

Barbara Toroń

Zakład Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji
Instytut Pedagogiki Społecznej
Wydział Nauk Pedagogicznych i Społecznych
Uniwersytet Zielonogórski

AKCEPTACJA UCZNIÓW Z ZABURZENIAMI PARCJALNYMI W ZESPOLE KLASOWYM A TEORIA LABELINGU

Słowa kluczowe: teoria labelingu, parcjalne zaburzenia rozwoju, badania empiryczne, społeczna izolacja i wykluczenie

Streszczenie: Szkoła wyznacza określone normy zachowań, jak również pułap osiągnięć i wymogów, dlatego też dzieci z parcjalnymi zaburzeniami trudniej adaptują się do sytuacji szkolnej. Wytwarza się swoistego rodzaju bariera psychologiczna, która uniemożliwia normalne pełnienie roli ucznia i odnajdywanie się dziecka w tej roli. Może dojść do obniżenia pozytywnej motywacji do uczenia się, rozumianej jako siła mobilizująca i ukierunkowująca ucznia do działania w celu zdobywania wiedzy. Praktyka i badania podjęte na tym gruncie wskazują, iż bardzo często brak jest oddziaływania na poziom motywacji ze strony nauczycieli, a ponadto dzieci napotykają na jawną niechęć rówieśników niedotkniętych zaburzeniami, co powoduje nie tylko narastanie niechęci do szkoły, ale również skłonność do zachowań dewiacyjnych, antyspołecznych.

Badania, jakie przeprowadziłam na populacji liczącej 140 uczniów z zaburzeniami parcjalnymi pozwoliły nie tylko na określenie sytuacji społecznej tych dzieci w wymiarze ogólnym, ale na szczegółowe rozpatrzenie poszczególnych komponentów tej sytuacji. Należą do nich bez wątpienia relacje emocjonalne badanych dzieci z rówieśnikami z klasy szkolnej oraz pozycja, jaką zajmują one w zespole klasowym.

ACCEPTANCE OF PUPILS WITH PARTIAL DISORDER IN SCHOOL CLASS AND THE LABELING THEORY

Key words: labeling theory, partial disorder of pupils' development, empirical research, social isolation and exclusion

Summary: Educational system determines the norms of behavior as well as the range of achievements and requirements; which must be fulfilled by pupils. Therefore, the students with partial auditory, sight and motor coordination disorder etc. have difficulties in adaptation to school life. It raises in turn the peculiar psychological barrier, which disenables children

from performing the pupil role. It could lead to the decrease in positive motivation for learning. Practice and the empirical research undertaken by the author indicate that very often there is the lack of influence on pupils' motivation on the side of teachers; furthermore, children are confronted with open antipathy of those not affected by any kind of disorder. It results not only in increasing aversion to school, but also in inclination to deviant, antisocial behavior.

Szkoła wyznacza określone normy zachowań, jak również pułap osiągnięć i wymogów, dlatego też dzieci z parcjalnymi zaburzeniami trudniej adaptują się do sytuacji szkolnej. Wytwarza się swoistego rodzaju bariera psychologiczna, która uniemożliwia normalne pełnienie roli ucznia i odnajdywanie się dziecka w tej roli. Może dojść do obniżenia pozytywnej motywacji do uczenia się, rozumianej jako siła mobilizująca i ukierunkowująca ucznia do działania w celu zdobywania wiedzy. Motywacja ta oraz umiejętnie zaspokajana przez środowisko szkolne potrzeba osiągnięć są konieczne szczególnie u dzieci ryzyka dysfunkcji parcjalnych. Praktyka i badania podjęte na tym gruncie wskazują, iż bardzo często brak jest oddziaływania na poziom motywacji ze strony nauczycieli uczących (szczególnie w tzw. klasach normalnych, w których nie są prowadzone zajęcia typowo terapeutyczne), a ponadto dzieci napotykać na jawną niechęć rówieśników niedotkniętych zaburzeniami, co powoduje nie tylko narastanie niechęci do szkoły, ale również skłonność do zachowań dewiacyjnych, antyspołecznych.

Współcześni socjologowie, badając zagadnienia związane z zachowaniami dewiacyjnymi¹³¹, powołują się na teorie labelingu (stygmatyzacji) opartą na zapoczątkowanym przez G. H. Meada (1976) interakcjonizmie symbolicznym (E. Lemert, 1951; H. Becker, 1964), która w polskiej nomenklaturze nosi miano „naznaczenia społecznego” (M. Łoś, 1976). Teoretycy labelingu podkreślają „znaczenie i rolę grupy społecznej (opinii, wpływu) w kreowaniu zachowań dewiacyjnych poprzez symboliczne interakcje zachodzące w grupie. Teoria ta (...) głosi, że pozycja jednostki w grupie nie jest wyznaczona obiektywnymi czynnikami, lecz symbolicznym *uplasowaniem się* jednostki w świadomości członków grupy”¹³². W praktyce mówi się o tzw. *piętnowaniu*, *stygmatyzowaniu* i *etykietowaniu* jednostek, które pod jakimś względem wyróżniają się.

Jednostkami takimi w normalnym zespole klasowym są bez wątpienia dzieci posiadające parcjalne zaburzenia. Zostają one „wpisane w rolę”, czyli – jak określa to B. Urban – „(...) jednostka naznaczona godzi się z tym, co chciała grupa, zaczyna pełnić rolę, która wynika z treści etykiety”, czyli „jeśli zostaje określona jako upośledzona (...), to uważa, że rzeczywiście jest upośledzona, a więc mniej się od niej wymaga, i wobec tego nie podejmuje wysiłków podnoszących jej poziom rozwoju”¹³³. Paradoks polega na tym, iż podejmowane wysiłki będą przez grupę negowane i uważane za coś nienormalnego, zatem ranga dziecka z zaburzeniami parcjalnymi w zespole klasowym spada.

¹³¹ Por. B. Urban, *Zachowania dewiacyjne młodzieży*, Kraków 2000, s. 126 i n.

¹³² Ibidem, ss. 126–127.

¹³³ Ibidem, s. 129.

Badania, jakie przeprowadziłam na populacji liczącej 140 uczniów z zaburzeniami parcjalnymi (szkoła podstawowa i gimnazjum w wybranej dzielnicy Zielonej Góry oraz szkoła podstawowa w okolicznym środowisku wiejskim), uczącymi się zarówno w klasach terapeutycznych (63, 6% populacji w środowisku miejskim), jak i normalnych (36,4% w środowisku miejskim), w dwóch środowiskach: miejskim (110 uczniów) i wiejskim (30 uczniów), pozwoliły nie tylko na określenie sytuacji społecznej tych dzieci w wymiarze ogólnym, ale na szczegółowe rozpatrzenie poszczególnych komponentów tej sytuacji. Należą do nich bez wątpienia relacje emocjonalne badanych dzieci z rówieśnikami z klasy szkolnej oraz pozycja, jaką zajmują one w zespole klasowym.

W badaniach wzięto pod uwagę dzieci ze stwierdzonymi zaburzeniami: percepcji wzrokowej, percepcji słuchowej, koordynacji wzrokowo – ruchowej, lateralizacji, zdolności stosowania zasad poprawnej ortografii,

Za zaburzenia parcjalne uznano – zgodnie z definicją A. Maciarz – „opóźnienia lub zaburzenia jednej lub kilku funkcji psychoruchowego rozwoju dziecka przy ogólnym poziomie umysłowym odpowiednim do wieku i przy odpowiednim kształtowaniu się pozostałych funkcji i sfer rozwoju. Parcjalne zaburzenia rozwoju mogą ujawniać się w sferze percepcyjnej (wzrokowej i słuchowej), kinestetyczno – ruchowej oraz w sferze zdolności matematycznych. Są one następstwem mikrouszkodzeń mózgu we wczesnej ontogenezie, a także wynikiem braku w środowisku rodzinnym czynników stymulujących rozwój dziecka”¹³⁴.

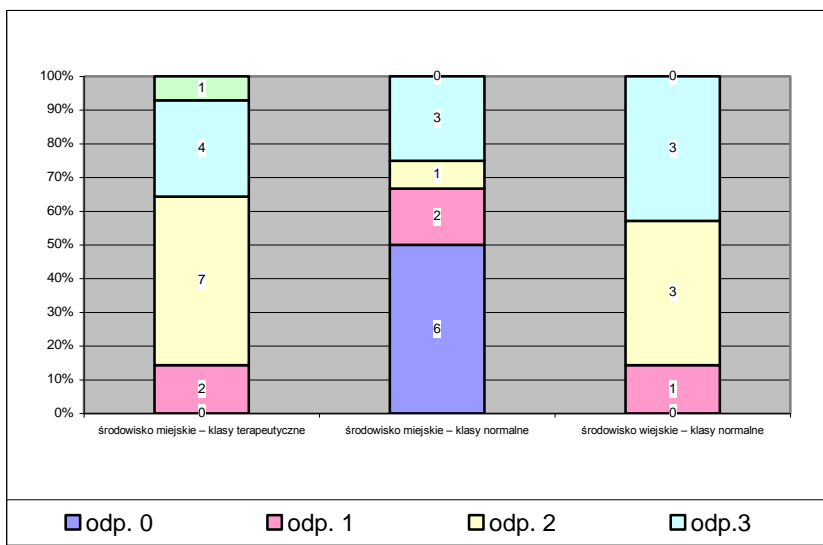
Klasa szkolna, jak pisze H. Sowińska¹³⁵, jest jednym z rodzajów zespołów wychowawczych, w którym zachodzą procesy socjalizacyjne, najczęściej kierowane. Powstaje ona w sposób instytucjonalny, tzn. dzieci rozpoczynające naukę szkolną tworzą początkowo zbiór nie znanych sobie jednostek, między którymi brakuje więzi społecznej. W miarę wzbogacania się jej życia wewnętrznego, rozwija się i utrwala w niej, obok struktury formalnej, również struktura nieformalna – oparta na emocjonalnej więzi między uczniami. Na terenie klasy dziecko powinno zaspokajać takie potrzeby, jak: potrzeba identyfikacji z zespołem, uczestnictwa, uznania społecznego, przebywania z innymi ludźmi, kontaktu emocjonalnego, a przede wszystkim akceptacji i samorealizacji. Dlatego też badanym dzieciom zadano pytanie, jak czują się wśród koleżanek i kolegów w klasie. Młodzież miała do wyboru 5 kategorii odpowiedzi:

- 0 – stale nie lubiany,
- 1 – często odrzucany,
- 2 – trudno powiedzieć,
- 3 – czasami akceptowany, czasami nie,
- 4 – zawsze akceptowany, potrzebny.

Uzyskane wyniki prezentują poniższe wykresy.

¹³⁴ A. Maciarz, *Dziecko niepełnosprawne. Podręczny słownik terminów*, Zielona Góra 1995, s. 50.

¹³⁵ H. Sowińska, *Klasa jako zespół wychowawczy*, Warszawa 1974, s. 54.



Wykres 1. Poziom akceptacji uczniów z zaburzeniami percepcji wzrokowej w zespole klasowym z uwzględnieniem badanych środowisk (w opinii ankietowanych uczniów). Źródło: badania własne

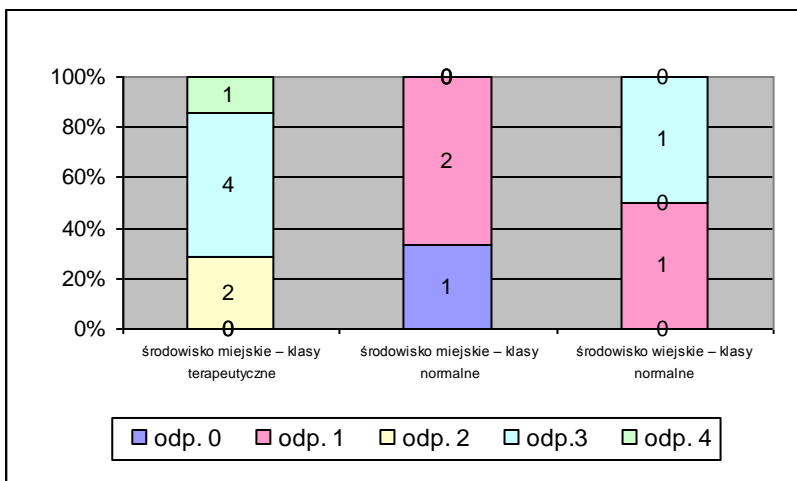
Dzieci z zaburzeniami percepcji wzrokowej w klasach terapeutycznych nie podkreślały odpowiedzi *stale nie lubiany*. Najczęściej wybierały odpowiedź drugą – *trudno powiedzieć* (50% wyborów). Brak akceptacji odczuwało 14% badanej grupy (porównanie ze średnimi ocen pozwoliło ustalić, iż dzieci te uzyskiwały wyższe średnie niż ich koledzy z klasy, co sugerowałoby tendencję do odrzucania osób, które wyróżniają się w tym środowisku oraz dążenie do ujednoczenia zespołu klasowego). *Akceptowanych* zawsze było w tej grupie 7% uczniów, zaś *czasami akceptowanych* 29% (były to dzieci uzyskujące niższe średnie ocen).

W klasach normalnych w środowisku miejskim dominowały wybory negatywne – *stale nie lubiany* (50%). Odrzucanych przez zespół klasowy było 17%. Średnie ocen tych dzieci były niskie w porównaniu z zespołem klasowym. Dzieci, które wybrały drugą kategorię odpowiedzi (*trudno powiedzieć*) było w tej grupie 8%, natomiast *czasem akceptowanych* było 25% dzieci. Nie odnotowano wyborów czwartej kategorii odpowiedzi, a więc żadne dziecko nie czuło pełnej akceptacji zespołu klasowego. Dzieci *czasem akceptowane* uzyskiwały z reguły nieco wyższe oceny niż ich *nieakceptowani* koledzy z podobnym zaburzeniem.

W środowisku wiejskim nie odnotowano wyborów, które świadczyłyby o tym, iż dzieci czuły się nie lubiane, ale 14% czuło się *często odrzucanym* (niskie średnie uzyskiwanych ocen). Spora liczba badanych w tej grupie wskazała opcję odpowiedzi *trudno powiedzieć* – 43%. Taka sama liczba ankietowanych w środowisku wiejskim wybrała odpowiedź *czasem akceptowany, czasem nie* (43%).

Reasumując, można stwierdzić, iż **najniższy poziom akceptacji dzieci z zaburzeniami percepcji wzrokowej był w klasach normalnych w środowisku miejskim**, gdzie głównym kryterium aprobaty były wyniki w nauce. Inaczej przedstawiają się wybory w klasach terapeutycznych. Tutaj dzieci częściej wskazywały na akceptację zespołu klasowego, ale porównanie tych wyników ze

średnimi uzyskanych ocen, dowodzi, iż częściej akceptowane czują się w tym środowisku dzieci, które uzyskują niższe wyniki w nauce, a więc kryteria aprobaty są w tym środowisku inne.



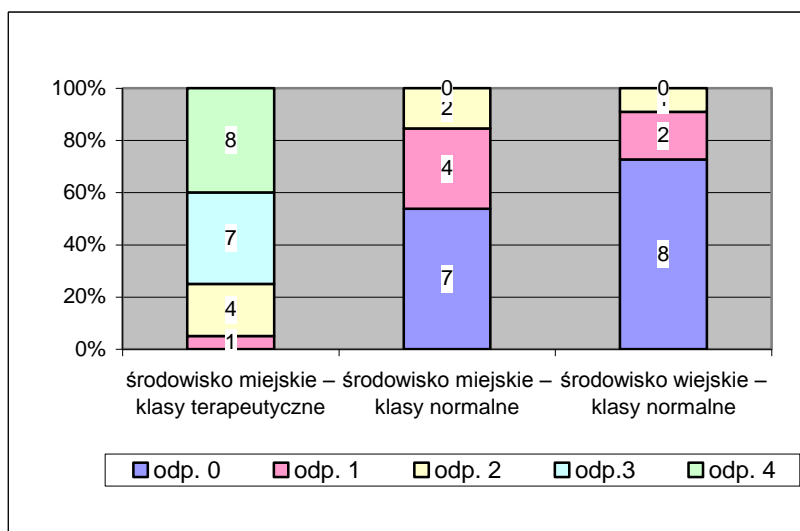
Wykres 2. Poziom akceptacji uczniów z zaburzeniami percepcji słuchowej w zespole klasowym z uwzględnieniem badanych środowisk (w opinii ankietyowanych uczniów). Źródło: badania własne

Dzieci z zaburzeniami percepcji słuchowej najczęściej wskazywały opcje odpowiedzi *czasami akceptowany* (57% wyborów). W tej grupie 14% dzieci czuło się *zawsze akceptowanymi*. Dzieci, które wskazały wyższy poziom akceptacji uzyskiwały z reguły (podobnie jak ich koledzy z zaburzeniami wzroku) średnie ocen zbliżone do średniej klasowej. Pozostałe 29% dzieci z klas terapeutycznych wybrało opcję odpowiedzi *trudno powiedzieć*.

W klasach normalnych w środowisku miejskim 33% dzieci czuło się *stale nie lubianymi*, zaś pozostałe 67% dzieci czuło się *często odrzucanymi*. Dzieci te na tle zespołu klasowego uzyskiwały niskie średnie ocen.

W środowisku wiejskim dzieci czuły się bądź *odrzucone* (50% odpowiedzi – 1 dziecko) bądź *czasami akceptowane* (50% – jedno dziecko). Dziecko *akceptowane* miało wyższą średnią ocen niż dziecko *odrzucone*.

Zauważamy, iż **poziom akceptacji przez zespół klasowy jest inny w klasach normalnych i terapeutycznych, inne są też kryteria aprobaty czy dezaprobaty.**



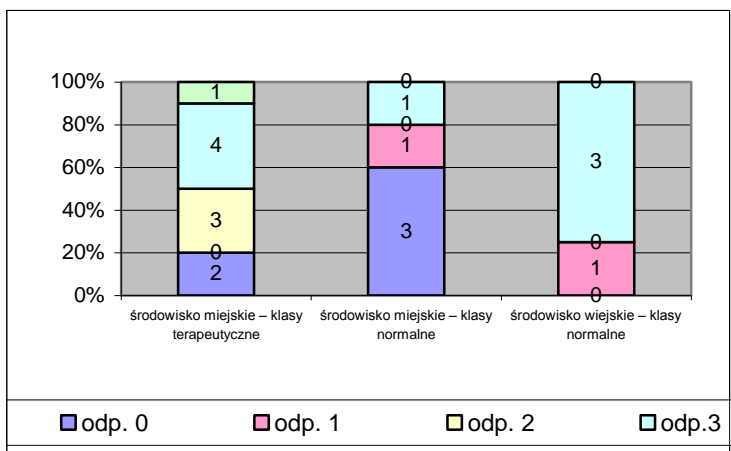
Wykres 3. Poziom akceptacji uczniów z zaburzeniami koordynacji wzrokowo – ruchowej w zespole klasowym z uwzględnieniem badanych środowisk (w opinii ankietowanych uczniów). Źródło: badania własne

Dzieci z zaburzeniami koordynacji wzrokowo – ruchowej w klasach terapeutycznych najczęściej wybierały kategorię odpowiedzi *zawsze akceptowany* (40% odpowiedzi) i *czasami akceptowany* (35% odpowiedzi). Dzieci te uzyskiwały niskie średnie ocen. W tej grupie 29% dzieci wybrało kategorię odpowiedzi *trudno powiedzieć*, natomiast 5% odpowiedź *często odrzucany*.

W klasach normalnych w środowisku miejskim 54% dzieci czuło się *stale nielubianymi*, 31% *stale odrzucanymi* i 15% wskazało odpowiedź *trudno powiedzieć*. Wyniki te świadczą o bardzo niskim poziomie akceptacji dzieci z zaburzeniami koordynacji wzrokowo – ruchowej w tym środowisku. Warto przypomnieć, iż dzieci te z reguły osiągały bardzo niskie średnie ocen w porównaniu ze średnią klasową.

W środowisku wiejskim *stale nielubianymi* czuło się aż 73% ankietowanych, 18% często było *odrzucanych* i 9% wskazało odpowiedź *trudno powiedzieć*. Wynik jest zbliżony do klas normalnych w środowisku miejskim.

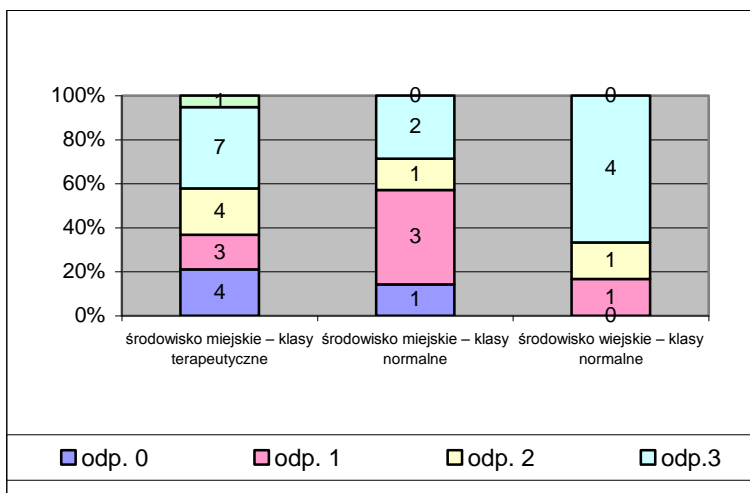
Niepokojąco przedstawia się poziom akceptacji dzieci z zaburzeniami koordynacji wzrokowo – ruchowej w klasach normalnych. Ma to niewątpliwie związek z brakiem osiągnięć tych dzieci w nauce. Inaczej czują się dzieci z tym zaburzeniem w terapeutycznym zespole klasowym, a poziom akceptacji nie jest uzależniony od wyższych wyników w nauce, wręcz przeciwnie. Zauważamy więc, że system wartościowania i akceptacji kolegów jest tutaj inny, odbiegający od standardów.



Wykres 4. Poziom akceptacji uczniów z zaburzeniami lateralizacji w zespole klasowym z uwzględnieniem badanych środowisk (w opinii ankietowanych uczniów). Źródło: badania własne

Dzieci z zaburzeniami lateralizacji w klasach terapeutycznych najczęściej wskazywały odpowiedź *czasami akceptowany*, *czasami nie* (40%). W tej grupie 30% stanowiły wybory: *trudno powiedzieć*, 10% – *zawsze akceptowany* i 20% – *stale nie lubiany*. Poziom akceptacji jest więc wyraźnie zróżnicowany, ale porównanie ze średnimi ocen uzyskanymi na koniec roku poprzedzającego badanie potwierdza, iż dzieci z niższą średnią uzyskują w tych klasach wyższy poziom akceptacji.

Dzieci z klas normalnych w środowisku miejskim najczęściej typowały odpowiedź *stale nie lubiany* (60% wyborów), wybierały również odpowiedź *często odrzucany* (20% wyborów) oraz *czasami akceptowany* (20% wyborów). Dzieci o niskim poziomie akceptacji z reguły osiągały niższe średnie ocen.



Wykres 5. Poziom akceptacji uczniów z zaburzeniami stosowania zasad poprawnej ortografii w zespole klasowym z uwzględnieniem badanych środowisk (w opinii ankietowanych uczniów). Źródło: badania własne

Dzieci z zaburzeniami w zakresie stosowania zasad poprawnej ortografii w klasach terapeutycznych najczęściej typowały odpowiedź *czasem* akceptowany, a czasem nie (36,8% wyborów w grupie). Kolejne wybory dotyczyły *stale nie lubiany* (21%) i odpowiedzi *trudno powiedzieć* (21%). W grupie tej znalazła się także odpowiedź *zawsze akceptowany* (5,3%).

W klasach normalnych w środowisku miejskim dzieci najczęściej typowały odpowiedź często odrzucany (42,9% wyborów w grupie) oraz odpowiedź czasem akceptowany, a czasem nie (28,6%).

W środowisku wiejskim dzieci najczęściej typowały odpowiedź czasem akceptowany, a czasem nie (66,6%).

Poziom akceptacji ze strony rówieśników z klasy w tej grupie jest zróżnicowany. Ogólnie można powiedzieć, iż dzieci z zaburzeniami w stosowaniu zasad poprawnej ortografii najczęściej typowały odpowiedź wskazującą na częściową akceptację, ale w każdym z badanych środowisk nie było odpowiedzi świadczących o niskim poziomie akceptacji.

Analizując uzyskane wyniki i porównując je ze średnimi ocen poszczególnych uczniów, możemy wysnuć wniosek, iż w klasach normalnych miernikiem akceptacji w zespole klasowym jest bardzo często (choć nie stanowi to reguły) uzyskiwanie dobrych ocen. Odwrotna sytuacja rysuje się w klasach terapeutycznych. Tu dzieci jakby dążyły do wyrównania poziomu swych wyników, a uzyskane noty nie stanowią miernika akceptacji.

Klasa szkolna, jako grupa mająca swoistą strukturę, wyznacza układ panujących w niej stosunków, wzajemnych zależności, podporządkowania, dominacji. Pozycja społeczna, jaką dziecko zajmuje w klasie stanowi ważny element jego sytuacji szkolnej.

Według H. Sowińskiej „pozycja jednostki jest to jej miejsce w grupie w stosunku do innych członków ze względu na określone kryterium, np. popularności, władzy”¹³⁶. Każdej pozycji w grupie przypisuje się pewne prawa i obowiązki, które określają, w jakich dziedzinach życia grupy jednostka zajmująca tę pozycję może partycypować i w jakim zakresie. Inaczej rzecz ujmując, od tego, jaką pozycję jednostka zajmie, zależy, na ile zostanie zaangażowana w działalność grupy. Z tych względów pojęcie pozycji utożsamia się niekiedy z pojęciem statusu.

W nietypowej sytuacji społecznej znajdują się dzieci z parcjalnymi zaburzeniami rozwoju w klasach normalnych, występują u nich bowiem liczne zaburzenia czynności psychofizycznych, co z kolei może utrudniać nawiązywanie kontaktów z innymi i osiągnięcie odpowiednio wysokiej pozycji społecznej w klasie.

D. Ekiert - Grabowska¹³⁷ wyróżnia kilka kategorii członków grupy klasowej, ze względu na powiązania ze sobą poszczególnych osób. Są to:

- a) dzieci akceptowane – cieszące się uznaniem. Klasa szkolna jest dla nich terenem sukcesów, zapewnia poczucie bezpieczeństwa i satysfakcji z przebywania w grupie.

¹³⁶ H. Sowińska, op. cit., s. 36.

¹³⁷ D. Ekiert – Grabowska, *Dzieci nieakceptowane w klasie szkolnej*, Warszawa 1982, ss. 28-31.

- b) dzieci przeciętnie akceptowane – raczej akceptowane, lecz nie zajmujące ważnych miejsc w grupie.
- c) dzieci o statusie niezrównoważonym – polaryzujące opinie grupy. Uczeń jest jednocześnie akceptowany i odizolowany.
- d) dzieci izolowane – funkcjonują na marginesie życia klasy. Członkowie grupy nie okazują im sympatii i zainteresowania, traktują ich obojętnie. Dzieci te są określane jako bierne społecznie, nie podejmują działań na rzecz grupy.
- e) dzieci odrzucone – są przedmiotem niechęci grupy. Pozostali członkowie unikają kontaktów z nimi. Klasa ich nie lubi i nie uznaje.

Od pozycji zajmowanej w klasie szkolnej w dużej mierze zależy samopoczucie dziecka w szkole, zaspokajanie jego podstawowych potrzeb społecznych i emocjonalnych. Zależy także jego przystosowanie społeczne, gdyż dzieci „odrzucone” częściej będą sięgać po wszelkiego rodzaju środki „zaradcze”, typu wagary jako sposób na ucieczkę od stresu wywołanego szkołą, wszelkiego typu używki (alkohol, nikotyna, narkotyki), próbować wejść w świat przestępstw (kradzieże, dewastacja mienia, rozboje itp.).

W niniejszej pracy starano się ustalić, jaką pozycję społeczną w klasach terapeutycznych i normalnych zajmują dzieci z parcjalnymi zaburzeniami rozwoju oraz, czy pozycja dziecka w klasie ma związek z rodzajem zaburzenia. Do ustalenia społecznej pozycji dzieci w grupie użyto testu socjometrycznego J. L. Moreno. Jest to technika socjometryczna polegająca na podaniu wszystkim członkom zespołu klasowego (w klasach normalnych testem objęto także dzieci nie dotknięte zaburzeniami) kilku specjalnie skonstruowanych pytań dotyczących różnych rodzajów stosunków społecznych (np. wzajemne sympatie, zaufanie, popularność, przywództwo). W odpowiedzi badana osoba ma podać nazwiska osób, z którymi chciałaby wejść w kontakt przy zaistnieniu pewnych umownych warunków podanych w założeniu¹³⁸. Następnie, stosując tablicę statusów socjometrycznych, ustalono pozycję społeczną badanych dzieci na Skali Sympatii i Skali Antypatii.

Pozycja zajmowana na Skali Sympatii świadczy o stopniu akceptacji przez koleżanki i kolegów z klasy, natomiast pozycja na Skali Antypatii świadczy o odrzuceniu dziecka przez grupę.

W tabeli poniżej przedstawiono społeczne pozycje badanych dzieci na Skali Sympatii, gdzie następującymi oznaczeniami objęto:

- Z1 – zaburzenie percepcji wzrokowej;
- Z2 – zaburzenie percepcji słuchowej;
- Z3 – zaburzenie koordynacji wzrokowo – ruchowej;
- Z4 – zaburzenie lateralizacji;
- Z5 – zaburzenie stosowania zasad poprawnej ortografii.

¹³⁸ Por. M. Pilkiewicz, *Wybrane techniki badania nieformalnej struktury klasy szkolnej. Próba klasyfikacji*, [w:] *Materiały do nauczania psychologii*, seria III, *Metody badań psychologicznych*, t. 2, pod red. L. Wołoszynowej, ss. 194–195.

Tabela 1. Rozkłady społecznych pozycji dzieci na Skali Sympatii w klasach terapeutycznych

Kategorie pozycji	N=12 Kl. IVa					N=14 Kl. Va					N=14 Kl. VIa					N=15 Kl. IIa gim.					N=15 Kl. IIIa gim.					
	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	
Wysoka		1	2			1	1						2						1							
Wiecej niż średnia	1	2			1					1			4	1										2	2	1
Średnia	1							1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	1	1		1	3	
Mniej niż średnia				2		1	1	1	1	1	1				1			1					1		2	
Niska				1	1		1	1	2							2									1	

Źródło: badania własne

Tabela 2. Rozkłady społecznych pozycji dzieci na Skali Sympatii w klasach normalnych w środowisku miejskim

Kategorie pozycji	N=3 Kl. IVc					N=4 Kl. Vb					N=3 Kl. Vc					N=4 Kl. Ve					N=5 Kl. VIb														
	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅					
	Wysoka																																		
Więcej niż średnia																																			
Średnia	1	1				1			1						1	1	1			1											1	1			
Mniej niż średnia											1	1																			1	1	1	1	1
Niska	1					2										1	1																		1
Kategorie pozycji	N=3 Kl. VIc					N=3 Kl. VIe					N=4 Kl. Ib gim.					N=6 Kl. IIb gim.					N=5 Kl. IIIc gim.														
	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅					
Wysoka																																			
Więcej niż średnia																																			
Średnia						1				1																		1							1
Mniej niż średnia				1																															
Niska			2			1																													

Źródło: badania własne

Tabela 3. Rozkłady społecznych pozycji dzieci na Skali Sympatii w klasach normalnych w środowisku wiejskim

Kategorie pozycji	N=4 Kl. IVb					N=8 Kl. IVc					N=5 Kl. Vb					N=6 Kl. VIc.					N=7 Kl. VIId									
	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅					
	Wysoka																													
Więcej niż średnia					1	1										1														
Średnia	1						1		2				1		1		1	1	2	1										
Mniej niż średnia	1														1															
Niska			1					3								1								1						3

Źródło: badania własne

W klasach terapeutycznych 30% badanych dzieci uzyskało średni poziom akceptacji w zespole klasowym, 24% poziom „wyższy niż średni” i 15,7% dzieci – poziom „wysoki”. „Niską” i „mniej niż średnią” pozycję w klasie zajmowało w tej populacji łącznie 30% dzieci. Wysoką pozycję zajmowały dzieci z różnymi kategoriami zaburzeń (słuchowe, koordynacji wzrokowo – ruchowej, wzrokowe, lateralizacji), podobnie jeśli chodzi o pozycję „więcej niż średnią”. Przy „niskiej” pozycji w klasie także nie zauważmy zależności między kategorią zaburzenia a akceptacją zespołu klasowego. Porównanie średnich ocen tych dzieci dowodzi, iż bardzo często niższa średnia idzie w parze z większą akceptacją.

W klasach normalnych w środowisku miejskim dzieci z zaburzeniami parcjalnymi nie zajmowały wysokich i średnich pozycji na Skali Sympatii. W środowisku tym 30% dzieci osiągnęło pozycję „średnią”, 25% – pozycję „mniej niż średnią”, pozostałe 45% dzieci – pozycję „niską”. Kategoria zaburzenia nie miała wpływu na zajmowaną pozycję na Skali Sympatii. Przypomnijmy, iż dzieci te osiągały średnie ocen dużo poniżej średniej klasowej.

W środowisku wiejskim 16,7% badanych dzieci z zaburzeniami parcjalnymi osiągnęło pozycję „więcej niż średnią” na Skali Sympatii. Pozycję „średnią” uzyskało 43,3% dzieci, „mniej niż średnią” – 10% badanych i pozycję „niską” – 30% badanych. Kategoria zaburzenia także w tym środowisku zdaje się nie mieć wpływu na poziom akceptacji, aczkolwiek zauważamy, iż w grupie dzieci zajmujących „niską” pozycję 88,9% dzieci miało zaburzenia koordynacji wzrokowo – ruchowej i osiągało najniższe średnie ocen w swoich zespołach klasowych. Natomiast dzieci z pozycją „więcej niż średnia” miały z reguły zaburzenie wzroku, umiejętności stosowania zasad ortografii i lateralizacji i średnie ich ocen były wyższe niż ich rówieśników o niższych pozycjach.

Reasumując, dochodzimy do wniosku, iż dzieci z zaburzeniami parcjalnymi osiągały najniższe pozycje na Skali Sympatii w klasach normalnych w środowisku miejskim i miało to związek ze średnią ocen. Dzieci w klasach terapeutycznych zajmowały wyższe lub niższe pozycje niezależnie od kategorii zaburzenia, a niższa skala ocen towarzyszyła czasem wyższej akceptacji.

Tabela 4. Rozkłady społecznych pozycji dzieci na Skali Antypatii w klasach terapeutycznych

Kategorie pozycji	N=12 Kl. IVa					N=14 Kl. VIa					N=15 Kl. IIa gim.					N.=15 Kl. III d gim.											
	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅							
	Wysoka					1	1	1	1		2						2					1					
Więcej niż średnia				3		1	1	1		1	1										1						
Średnia							1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	2				1	1	1	1	4		
Mniej niż średnia	2	2	1	1	1				1	2			3	1							2	1			2	2	2
Niska		1	1			1	1						2			2										1	

Źródło: badania własne

Tabela 5. Rozkłady społecznych pozycji dzieci na Skali Antypatii w klasach normalnych w środowisku miejskim

Kategorie pozycji	N=3 Kl. IVc					N=4 Kl. Vb					N=3 Kl. Vc					N=4 Kl. Ve					N=5 Kl. VIb																													
	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅																				
	Wysoka	1					2					1					1	1				1	1														1													
Więcej niż średnia											1																														1	1								
Średnia	1	1				1			1						1					1					1																									
Mniej niż średnia																																				1														
Niska																																																		
Kategorie pozycji	N=3 Kl. VIc					N=3 Kl. VIe					N=4 Kl. Ib gim.					N=6 Kl. IIb gim.					N=5 Kl. IIIc gim.																													
	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄	Z ₅																				
			2				1					1																																						
Wysoka			2				1					1																																						
Więcej niż średnia																																																		
Średnia				1			1			1																																								
Mniej niż średnia																																																		
Niska																																																		

Źródło: badania własne

W klasach terapeutycznych 25,7% dzieci uzyskało wysokie i więcej niż średnie pozycje na Skali Antypatii. 30% populacji w tym środowisku zajmowało średnią pozycję na tej skali. Dzieci, które uzyskały pozycję „mniej niż średnia” i „niska” było 44,3%. Nie istnieje zależność między kategorią zaburzenia a pozycja dziecka na skali antypatii, natomiast zauważa się, iż dzieci mniej lubiane uzyskiwały wyższe średnie ocen.

W klasach normalnych w środowisku miejskim jedynie 5% dzieci zajmowało „mniej niż średnią” pozycję na Skali Antypatii (brak dzieci z pozycją „niską”). Pozycję „średnią” zajmowało w tym środowisku 12 dzieci, co stanowi 30%. Pozycję „więcej niż średnią” – 22,5% dzieci, a pozycję „wysoką” – (17 dzieci) 42,5%. Ogólnie możemy stwierdzić, iż wiele dzieci w tym środowisku, posiadających zaburzenia parcjalne, nie cieszy się sympatią ich zdrowych rówieśników. Nie jest to uwarunkowane kategorią zaburzenia, gdyż wybory dotyczyły dzieci z różnymi zaburzeniami. Dzieci, które nie były akceptowane zazwyczaj osiągały niskie średnie ocen, nauka przychodziła im z trudem i były (prawdopodobnie) mniej bystre i zaradne niż ich zdrowi rówieśnicy z klasy.

W klasach normalnych w środowisku wiejskim 26,6% dzieci uzyskało „mniej niż średnią” pozycję na Skali Antypatii (brak dzieci z pozycją „niską”). Pozycję „średnią” zajęło w tym środowisku 30% dzieci. Pozycję „więcej niż średnią” – 23,3% dzieci i pozycję „wysoką” – 20% dzieci. Wybory nie były uwarunkowane kategorią zaburzeń, ale niższa średnia ocen oznaczała niekiedy wyższą pozycję na Skali Antypatii.

Dla określenia pozycji ucznia w klasie szkolnej możemy posłużyć się Socjometryczną Skalą Akceptacji⁹, która operuje następującymi kategoriami socjometrycznymi: akceptacja, przeciętność, polaryzacja akceptacji, odrzucenie, izolacja (kategorie te dzielą się na tzw. Podkategorie szczegółowe, niekiedy określane mianem „skali”).

Przy wcześniejszym założeniu, iż kategoria zaburzenia nie ma wpływu na pozycje ucznia w klasie, przy wyznaczaniu poszczególnych kategorii i podkategorii akceptacji nie wzięto pod uwagę rodzaju zaburzenia parcjalnego, uwzględniono natomiast przynależność do konkretnego zespołu klasowego oraz środowiska.

⁹ M. Pilkiewicz, *Socjometryczna skala akceptacji jako technika badania pozycji jednostki w nieformalnej strukturze grupy*, [w:] *Materiały do nauczania psychologii*, seria III, *Metody badań psychologicznych*, t. 2, pod red. L. Wołoszynowej, Warszawa 1973, ss. 268–274.

Tabela 7. Pozycje uczniów z zaburzeniami parcjalnymi w klasach terapeutycznych na Socjometrycznej Skali Akceptacji.

Kategorie główne	Podkategorie szczegółowe (stopnie)	Klasa IVa N=12		Klasa Va N=14		Klasa VIa N=14		Klasa IIa gim. N=15		Klasa III d gim. N=15	
		L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
AKCEPTACJA	A ₀ – wybitna akceptacja	3	25,0	5	35,7	2	14,3	3	20	1	6,7
	A ₁ – silna akceptacja	–	–	–	–	2	14,3	–	–	–	–
	A ₂ – słaba akceptacja	3	25,0	2	14,3	1	7,1	1	6,7	6	40,0
PRZECIĘTNOŚĆ	X – przeciętność	2	16,6	4	28,6	6	42,3	6	40,0	6	40,0
POLARYZACJA AKCEPTACJI	P ₀ – wybitna polaryzacja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	P ₁ – silna polaryzacja	–	–	1	7,1	3	21,4	1	6,7	1	6,7
IZOLACJA	I ₀ – wybitna izolacja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	I ₁ – silna izolacja	–	–	–	–	–	–	–	–	1	6,7
	I ₂ – słaba izolacja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ODRZUCENIE	O ₀ – wybitne odrzucenie	1	8,4	2	14,3	–	–	2	13,3	–	–
	O ₁ – silne odrzucenie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	O ₂ – słabe odrzucenie	3	25,0	–	–	–	–	2	13,3	–	–

Źródło: badania własne

Tabela 8. Pozyccje uczniów z zaburzeniami parcjalnymi w klasach normalnych w środowisku miejskim na Socjometrycznej Skali Akceptacji

Kategorie główne	Podkategorie szczegółowe (stopnie)	Klasa IVc N=3		Klasa Vb N=4		Klasa Vc N=3		Klasa Ve N=4		Klasa Vb N=5		Klasa VIc N=3		Klasa Ib gim. N=4		Klasa IIb gim. N=6		Klasa IIIc gim. N=5		
		L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	
AKCEPTACJA	A ₀ – wybitna akceptacja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	A ₁ – silna akceptacja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	A ₂ – słaba akceptacja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
PRZECIEŹNOŚĆ	X – przeciętność	2	66,6	2	50,0	1	33,3	2	50,0	1	20,0	1	33,4	2	66,6	-	1	16,7	1	20,0
POLARYZACJA AKCEPTACJI	P ₀ – wybitna polaryzacja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	P ₁ – silna polaryzacja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	I ₀ – wybitna izolacja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
IZOLACJA	I ₁ – silna izolacja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	I ₂ – słaba izolacja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	O ₀ – wybitne odrzucenie	1	33,4	2	50,0	-	-	2	50,0	1	20,0	2	66,6	1	33,4	1	25,0	3	50,0	3
ODRZUCENIE	O ₁ – silne odrzucenie	-	-	-	-	1	33,3	-	-	1	20,0	-	-	1	25,0	-	-	1	20,0	
	O ₂ – słabe odrzucenie	-	-	-	-	1	33,3	-	-	2	40,0	-	-	2	50,0	2	33,3	-	-	

Źródło: badania własne

Tabela 9. Pozycje uczniów z zaburzeniami parcjalnymi w klasach normalnych w środowisku wiejskim na Socjometrycznej Skali Akceptacji

Kategorie główne	Podkategorie szczegółowe (stopnie)	Klas a IVb N=4		Klas a IVc N=8		Klas a Vb N=5		Klas a VIc N=6		Klas a VIId N=7	
		L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
		AKCEPTACJA	A ₀ – wybitna akceptacja	–	–	–	–	–	–	–	–
A ₁ – silna akceptacja	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–
A ₂ – słaba akceptacja	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–
PRZECIĘTNOŚĆ	X – przeciętność	2	50,0	5	62,5	2	40,0	5	83,4	3	42,9
POLARYZACJA AKCEPTACJI	P ₀ – wybitna polaryzacja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	P ₁ – silna polaryzacja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
IZOLACJA	I ₀ – wybitna izolacja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	I ₁ – silna izolacja	1	25,0	–	–	2	40,0	–	–	1	14,3
	I ₂ – słaba izolacja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ODRZUCENIE	O ₀ – wybitne odrzucenie	–	–	2	25,0	1	20,0	1	16,6	2	28,5
	O ₁ – silne odrzucenie	1	25,0	1	12,5	–	–	–	–	1	14,3
	O ₂ – słabe odrzucenie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Źródło: badania własne

Badając poziom akceptacji na Socjometrycznej Skali Akceptacji, dochodzimy do wniosku, iż duża liczba dzieci w klasach terapeutycznych uzyskała akceptację zespołu klasowego. Pozycję „przeciętną” na Skali Akceptacji zajmowało w tej próbie badawczej łącznie 34,3% badanych dzieci. Z „polaryzacją akceptacji” mieliśmy do czynienia tylko w niektórych klasach i łącznie odsetek tych dzieci wynosił 8,6%. Z „odrzuconiem” („wybitnym” i „słabym”) spotkaliśmy się także w niektórych klasach i łącznie podlegało mu 10 dzieci, co stanowiło 14,3% badanego środowiska.

W klasach normalnych w środowisku miejskim dzieci z parcjalnymi zaburzeniami zajmowały „przeciętną” pozycję na Skali Akceptacji (łącznie dzieci tych było 32,5%) lub pozycję „odrzuconia o różnej skali nasilenia (pozostałe 67,5% dzieci). **Sytuacja dzieci z parcjalnymi zaburzeniami w klasach normalnych w tym środowisku jest więc alarmująca. Dzieci są z reguły odrzucane przez zespół klasowy i nie są brane pod uwagę przy wyborach dotyczących wspólnego spędzania wolnego czasu i przy zabawie.**

W środowisku wiejskim dzieci z zaburzeniami parcjalnymi zajmowały pozycję „przeciętną” na Skali Akceptacji (56,7% badanej populacji) lub podlegały „odrzuconiu” przez zespół klasowy (30%), lub też „izolacji” (13,3%).

Konkludując, musimy uznać, iż najmniej akceptowane są dzieci z zaburzeniami parcjalnymi w środowisku miejskim w klasach normalnych i najczęściej są one „odrzucone” przez rówieśników. W środowisku wiejskim dzieci te również nie spotykają się z akceptacją, ale ich pozycja na Skali Akceptacji jest przeważnie „przeciętna”

(zdecydowanie mniejszy odsetek dzieci „odrzuconych”). Tutaj z kolei mamy do czynienia ze zjawiskiem „izolacji”, ale dotyczy ono niewielkiej liczby badanych i nie występuje we wszystkich klasach. Z najsilniejszą akceptacją ze strony rówieśników spotykają się dzieci w klasach terapeutycznych, gdzie więź ma nie tylko charakter interpersonalnych wyborów typu sympatia – antypatia, ale polega na wzajemnym zrozumieniu tych samych problemów, wspólnym pokonywaniu barier związanych ze zdobywaniem wiedzy i poczuciu podobnych deficytów rozwojowych, nie istnieje w tym zespole zasada stygmatyzacji, dlatego też należy podkreślić, iż tworzenie klas terapeutycznych sprzyja właściwemu rozwojowi ucznia i stanowi jak dotąd najlepszy sposób pomocy społecznej w pokonywaniu trudności rozwojowych, w przygotowaniu do życia i przyszłego zawodu.

BIBLIOGRAFIA:

- Ambroziak W., Modrzewski J. (red.), *Problematyka wychowania w twórczości polskich socjologów*, tom I, Koszalin 1998.
- Bogdanowicz M., *O dysleksji, czyli specyficznych trudnościach w pisaniu i czytaniu – odpowiedzi na pytania rodziców i nauczycieli*, Lublin 1994
- Bogdanowicz M., *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*, Gdańsk 2003
- Côte-Jallade M. F., *Młodzieńczość – trud istnienia*, Gdańsk 1995.
- Ekiert-Grabowska D., *Dzieci nieakceptowane w klasie szkolnej*, Warszawa 1982.
- Goodman N., *Wstęp do socjologii*, Poznań 1992.
- Hajduk E., *Układy społeczne i ich funkcje socjalizacyjne (zarys problemów)*, Zielona Góra 1999.
- Hałas E., *Społeczny kontekst znaczeń w teorii symbolicznego interakcjonizmu*, Lublin 1987.
- Hurrelmann K., *Struktura społeczna a rozwój osobowości*, Poznań 1994.
- Kawula S. *Człowiek w relacjach socjopedagogicznych. Szkice o współczesnym wychowaniu*, Toruń 1999.
- Kwieciński Z., *Wykluczanie. Badania dynamiczne i porównawcze nad selekcjami społecznymi na pierwszym progu szkolnictwa*, Toruń 2002.
- Lis S., *Proces socjalizacji dziecka w środowisku pozarodzinnym*, Warszawa 1992.
- Łoś M., *Teorie społeczeństwa a koncepcja dewiacji*, [w]: A. Podgórecki (red.), *Zagadnienia patologii społecznej*, Warszawa 1976.
- Maciarz A., *Dziecko niepełnosprawne. Podręczny słownik terminów*, Zielona Góra 1995.
- Mandal E., Stefańska-Klar R. (red.), *Współczesne problemy socjalizacji*, Katowice 1995.
- Mead G. H., *Umysł, osobowość, społeczeństwo*, Warszawa 1976.
- Modrzewski J., *Dzieciństwo – funkcja i kwestia społeczna*, „Studia Edukacyjne” 2000, nr 5.
- Putkiewicz E., Zamorska M., *Społeczne nierówności edukacyjne – studium sześciu gmin*, Warszawa 2001.
- Spionek H., *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa 1985.
- Tillmann K. J., *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*, Warszawa 1996.
- Tuner J. H., *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowanie*, Poznań 2000.
- Turowski J., *Socjologia. Wielkie struktury społeczne*, Lublin 1994.
- Tyszcza Z., *Społeczna przynależność rodziny a sytuacja rodzinna dziecka*, [w:] Ziemska M. (red.), *Rodzina i dziecko*, Warszawa 1979.
- Tyszcza Z., *Z metodologii badań socjologicznych nad rodziną*, Poznań 1991.
- Tyszkowa M., *Zachowanie się dzieci szkolnych w sytuacjach trudnych*, Wyd. III. Warszawa 1986.
- Urban B., *Zachowania dewiacyjne młodzieży*, Kraków 2000.
- Wosik E. (red.), *Zmiany w systemie oświaty*, Warszawa 2002.