

Uniwersytet Łódzki Wydział Nauk o Wychowaniu

KRYSTYNA DUDKIEWICZ., ANNA MAKARCZUK

Unhealthy and harmful habits of children from partial families

Zachowania antyzdrowotne u dzieci z rodzin niepełnych

Funkcje rodziny w procesie wychowania zdrowotnego dzieci. należy rozpatrywać na tle ogólnych funkcji przypisanych rodzinie przez pedagogów, psychologów i socjologów. W literaturze definicję funkcji rodziny spotkać można u (Turskiego-1994, Adamskiego-1982, Tyski-1990, Ziemska 1979) i innych. Pod pojęciem funkcji rodziny, rozumiemy podstawowe obowiązki, kierunki i skutki działania. Świadomość związku między funkcjami rodziny a zdrowiem i chorobą jest oczywista. Rodzina stanowiła od wieków podstawową instytucję pełniącą rozliczne funkcje w sferze zdrowia i choroby, aktualnie określane jako promocja czy umocnienie zdrowia, oraz profilaktyka i rehabilitacja(Wszeborowski 1995).Niestety rodzina z różnych powodów, często nie jest w stanie właściwie spełniać wobec swoich członków, głównie dzieci wskazanych funkcji. W okresie dzieciństwa(7-9 lat) dzieci podlegają wpływowi rodziny i identyfikują się z rodzicami. Właściwe stosunki rodzinne sprzyjają kształtowaniu się korzystnych z wychowawczego punktu widzenia cech życia uczuciowego. Rozwój społeczny, którego ukoronowaniem jest dojrzałość społeczna, ściśle wiąże się z rozwojem fizycznym, umysłowym i emocjonalnym dziecka. Można ogólnie powiedzieć, że wymienione sfery rozwoju jednostki w powiązaniu z charakterem jej doświadczeń społecznych warunkują kształtowanie się określonych społecznych cech osobowości (Jackowska 1980). Oddziaływanie rodziców na dziecko ma miejsce przez dłuższy czas w okresie największej plastyczności zachowania dziecka, co decyduje o tym, że mają oni zasadniczy wpływ na tworzenie się podstaw dziecięcej osobowości(Sołowiej 1979).

Termin „rodzina niepełna” bywa niekiedy używany do określenia rodzin, w których brak jest obojga rodziców, a dzieci wychowywane są przez starsze rodzeństwo, dziadków lub krewnych, oraz rodziny z obojgiem rodziców, z których jedno z rodziców z powodu pracy zarobkowej poza miejscem zamieszkania, lub choroby nie spełnia obowiązków wynikających z ról małżeńskich i rodzicielskich (Szymanowska 2000).Sytuacja psychologiczna dziecka wychowanego w rodzinach niepełnych jest zależna w znacznym stopniu od przyczyny niekompletności rodziny. Problemy z którymi borykają się dzieci są odmienne: w rodzinach rozwiedzionych, w rodzinach samotnych matek, w rodzinach w których zmarło jedno z rodziców. Rodzina niepełna najczęściej nie jest w stanie właściwie spełniać wobec dzieci swoich funkcji. Dysfunkcje zdrowotne, wiążą się z niezaspokajaniem przez rodzinę podstawowych potrzeb dziecka; m.inn. poznawczych, emocjonalnych, materialnych, opiekuńczych. Pedagogiczny proces kształtowania postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży, jako proces świadomy i celowy –obejmuje, podobne czynności jak w postępowaniu lekarskim tzn.1. diagnozę- rozpoznanie,2.prognozę-rokowanie,3.ordynację, czyli przemyślany sposób działania,4. epikryzę,- krytyczne podsumowanie wraz z oceną i wyciągnięciem wniosków (Demel 1968)

Proces kształtowania postaw zdrowotnych jest złożony i długotrwały, rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie i trwa do późnej starości. Na każdym etapie rozwoju proces wychowania zdrowotnego zmierza nie tylko do kształtowania, ale przeważnie do zmiany postaw negatywnych na pozytywne. W okresie dzieciństwa, na kształtowanie się postaw zdrowotnych największy wpływ mają rodzice i rodzina. W wieku późniejszym ten wpływ dzieli się między rodziców, nauczycieli, grupy rówieśnicze oraz instytucje pozaszkolne. Etapy wychowania zdrowotnego zależne są od przykładów osobowych członków rodziny. Obok działania przykładów osobowych rodziców, skuteczną i zalecaną metodą wychowania zdrowotnego w rodzinie jest realizacja doświadczeń zdrowotnych dziecka. O efektach wychowania dziecka (także zdrowotnego) w rodzinach niepełnych nie decydują tylko specjalne metody i techniki wychowania, ale przede wszystkim charakter i forma stosunków rodzica z dzieckiem. Dom rodzinny spełnia funkcje środowiska wspierającego wówczas, gdy warunki fizyczne i psychospołeczne życia jego członków będą służyły promowaniu zdrowia. Zdrowie jako koncepcja pozytywna w swoim rozumieniu, kładzie nacisk zarówno na pełną sprawność fizyczną, jak również sprawność życiową w wymiarze jednostkowym i społecznym (Woynarowska 1995). Aby osiągnąć zdrowie, czyli dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, każdy powinien znać swoje potrzeby zdrowotne, oraz wiedzieć jak je rozwiązywać i zaspokajać. Oczywistym jest fakt, że dom rodzinny to miejsce, gdzie dziecko kształtuje podwaliny swojego stylu życia, które będzie pielęgnowało jako dorosły człowiek. W rodzinie dziecko uczy się zachowań, które mogą mieć zarówno pozytywny jak i negatywny wpływ na zdrowie. Rodzice mają największy wpływ na wykształcenie podstawowych umiejętności służących zdrowiu: właściwe odżywianie, radzenie sobie z emocjami, będącymi konsekwencją stresów, samokontroli organizmu, bezpieczeństwa, organizacji pracy, wypoczynku. Dzieci w środowisku rodzinnym mogą być również świadkami zachowań antyzdrowotnych-negatywnych, szkodliwych dla zdrowia (alkohol, niktynizm, wulgaryzm, przemoc)

MATERIAŁ I METODY

Wybór metod i technik badawczych uwarunkowany został problematyką prowadzonych badań, która została zawarta w pytaniach

- Jakie zachowania antyzdrowotne przejawiają dzieci 7-9 letnie z rodzin niepełnych?
- Czy istnieją różnice w badanym zakresie między chłopcami a dziewczętami?

W badaniach zastosowano sondaż diagnostyczny, wywiad z rodzicami, ankietę dla nauczycieli oraz technikę projekcyjną „Rysunek rodziny”.

Badania przeprowadzono w styczniu 2004 roku. Etap pierwszy badań koncentrował się na zebraniu informacji od grupy 150 nauczycieli studiujących zaocznie, o funkcjonowaniu w szkołach w których pracują dzieci z rodzin niepełnych i przedstawieniu listy takich dzieci. Grupa wyselekcjonowana do badań liczyła 68 dzieci 7-9 letnich. W rodzinie niepełnej dzieci przebywały od 2 do 5 lat. We wstępnym etapie uzyskano zgodę od 53 osób wychowujących dzieci i mieszkających w Warszawie na przeprowadzenie wywiadu na temat „Uwarunkowania zdrowia mojego dziecka”. Następnie badaniom ankietowym poddano nauczycieli uczących badane dzieci oraz przeprowadzono zajęcia techniką projekcyjną „Rysunek rodziny”.

Zgromadzony materiał pozwolił z jednej strony rozpoznać sytuację rodzinną dziecka, z drugiej ukazał źródła zasobów a także być może uwarunkowań, na których powinna zostać oparte postępowanie rewalidacyjne.

WYNIKI BADAŃ

Prezentowane wyniki dotyczą następujących zagadnień:

- Opinii osób wychowujących dzieci o sytuacji zdrowotnej oraz czynnikach rzutujących na zachowania antyzdrowotne wychowanków.
- Ocena zachowań dzieci w ujęciu nauczycieli,
- Postrzeganie zachowań dzieci poprzez „Rysunek rodziny”

Tabela 1. Charakterystyka badanych rodzin

Osoby wychowujące dzieci	N/56
Matka w tym 4 półsieroty, 2 odebrane prawa rodzicielskie	49
Ojciec (w tym 1 dziecko półsierota, 2-matka odeszła, miejsce pobytu nieznane	3
Dziadkowie(rodzicom odebrano prawa)	2
Rodzeństwo(rodzice w więzieniu)	1

W przeważającej większości badane dzieci wychowywane są przez matki, pozostałe przez członków rodziny o bliskim stopniu pokrewieństwa.

Tabela 2. Charakterystyka badanych dzieci

Ilość/Wiek/Płeć	7 lat	8 lat	9 lat
22 chłopców	11	7	4
34 dziewczynki	13	9	12

Wśród badanych ilościowo dzieci przeważały dziewczynki w grupie 7 latków i chłopcy 9 letni. Na 56 dzieci najwięcej było jedynaków-28, następnie 12 dzieci posiadało jedno rodzeństwo, 13-dwoje, dwoje dzieci miało dwójkę rodzeństwa i jedno dziecko sześcioro.

Tabela 3. Sytuacja bytowa rodzin dzieci n/56

Matka/Ojciec/Inni /pracują	31
Zasiłek/Renta	9
Alimenty	12
Pomoc rodziny	3

Na 56 badanych rodzin 31 posiada stałą pracę, 12 osób otrzymuje alimenty, 9 jest na rencie lub zasiłku , 3 korzystają z pomocy rodziny. Zróżnicowany jest poziom wykształcenia osób wychowujących badane dzieci. 10 osób posiada wykształcenie wyższe, 28 średnie, 10 zasadnicze i 8 podstawowe.

Tabela 4. Zachowania antyzdrowotne występujące wśród badanych dzieci

LP	Zachowania antyzdrowotne	Razem	Dz	Chł
1	Nieregularne spożywanie posiłków	27	9	18
2	Nieregularne pory snów	40	15	25
3	Nieracjonalne odżywianie się(brak owoców, przetworów mlecznych)	18	6	12
4	Brak zabezpieczenia organizmu przed przeziębieniem	23	12	11
5	Braki w higienie osobistej(brak środków)	8	2	6
6	Brak dbałości o wygląd zewnętrzny	4	1	3
7	Brak zamiłowania do czystości wokół siebie	13	3	10
8	Niechęć do zabawy ruchowych z dziećmi (hipokinezja)	15	3	12
9	Niechęć do współuczestnictwa w życiu klasy	12	5	7
10	Niedożywienie(brak środków)	5	1	4
11	Niedobór masy ciała w stosunku do normy	16	3	13
12	Nadmiar masy ciała w stosunku do normy	6	5	1
13	Zaburzenia wegetatywne(moczenie nocne)	8	6	2

Z tabeli wynika ogrom i zróżnicowanie zachowań antyzdrowotnych występujących u badanych dzieci, bardziej nasilone u dziewczynek które rzutują zarówno na zdrowie fizyczne jak i psychiczne

Osoby wychowujące dzieci w 15 przypadkach określiły stan ich zdrowia jako bardzo dobry, w 30 jako dobry, 9 jako zadawalający i 2 jako zły.

Z opinii ankietowanych nauczycielek wynika, że dzieci z rodzin niepełnych przejawiają większe niż u innych dzieci zachowania rzutujące na zaburzenia emocjonalne.

Tabela 5. Przejawy zaburzeń występujące u dzieci z rodzin niepełnych

LP	Zaburzenia	Dziewczynki	Chłopcy	Razem
1	Zaburzenia koncentracji uwagi	14	20	34
2	Przejawy agresji werbalnej i fizycznej	20	31	51
3	Nadpobudliwość emocjonalna i ruchowa	47	32	15
4	Zaburzenia wegetatywne(bóle niewiadomego pochodzenia)	15	5	10
5	Zahamowania w sytuacjach społecznych(trudności w nawiązaniu kontaktów z rówieśnikami)	23	15	8
6	Płaczliwość	12	4	8
7	Bierność	10	6	4
8	Wzrost poziomu lęku	12	8	4
9	Stosowanie używek(papierosy, napoje alkoholowe, inne)	9	7	2
10	Zainteresowania erotyczno-seksualne	4	3	1

Z opinii nauczycieli wynika złożoność problemu jakim jest występowanie zaburzeń emocjonalnych u dzieci 7-9 letnich z rodzin niepełnych. Wśród 56 przebadanych dzieci aż u 30 stwierdzono kłopoty w nauce, w tym 4 dzieci powtarzało klasę

Interpretacja techniki projekcyjnej „rysunek rodziny, ”pozwała na poznanie stosunków uczuciowych(psychicznych) panujących pomiędzy dziećmi a rodzicami.

Tabela 6 Analiza treści rysunków

Treść rysunku	M		O		D/S		R	
	Dz	Chł	D	Chł	D	Chł	D	Chł
Powiększenie postaci	40	27	18	6	3	7		
Ozdobienie postaci	21	7	1	9	2		4	2
Rysowanie postaci w ostatniej kolejności		7	5	7	10	9	13	18
Zmniejszenie postaci w porównaniu z innymi	1	2	14	9	17	16	6	9
Odsunięcie postaci od pozostałych	9	5	8	5	8	10	3	9
Pominięcie postaci	2	1	4	3	8	5	3	7
Inne nie istniejące w rodzinie dzieci/zwierzęta	Psy-8, koty-3, rybki-7							

M-matka, O-ojciec, D-dziecko, S-samo, R- rodzeństwo

Ponadto postacie umieszczone obok siebie 12, połączone rękami 5

Kolorystyka: rysunki czarno-białe 8, rysunki bardzo kolorowe 5, rysunki z kolorem ledwo widocznym-7, jednokolorowe 5. Postacie na rysunkach statyczne-36, w ruchu-4, przy stole-6,

DYSKUSJA I WNIOSKI

Badane dzieci 7-9 letnie pochodzące z rodzin niepełnych, wśród których było 50% jedyneków, wychowywane były przeważnie przez matki (85%), z których 20% miało wykształcenie wyższe i posiadało pracę.

U dzieci występowały zachowania antyzdrowotne niekorzystne dla zdrowia takie jak: nieregularne odżywianie się, braki w higienie osobistej, hipokineza, zaburzenia żywieniowe, bardziej nasilone u chłopców niż dziewczynek

Stan zdrowia fizycznego w 30% (przeważnie u chłopców) wykazywał niedobór masy ciała w stosunku do normy wiekowej dziecka,

15% dzieci badanych nie wykazywało chęci do aktywności w życiu społecznym klasy oraz współuczestniczenia w zabawach

Zaburzenia zdrowotne występujące u badanych dzieci były zróżnicowane, co niekorzystnie rokuje dla zdrowia fizycznego i psychicznego, Zaburzenia koncentracji i przejawy agresji częściej występowały u chłopców, natomiast u dziewczynki bardziej nasilone były: nadpobudliwość, zaburzenia żywieniowe i zahamowania w sytuacjach społecznych

Interpretacja rysunków "moja rodzina" wykazała, że dominującą rolę w życiu dzieci pełni wychowująca matka, oraz identyfikację dzieci z nieobecnym ojcem.

PIŚMIENNICTWO

1. Demel M, 1968, O wychowaniu zdrowotnym, PZWS, Warszawa.
2. Jackowska E, 1980, Środowisko rodzinne a przystosowanie społeczne dziecka w młodszym wieku szkolnym, WSiP, Warszawa
3. Sołowiej J, 1979, Identyfikacja dzieci z rodzicami {w} Ziemska (red) Rodzina i dziecko, PWN, Warszawa.
4. Szymanowska A, 2000, Dziecko w rodzinie niepełnej {w} Rodzice i dzieci-psychologiczny obraz sytuacji problemowych (red) E. Milewska., A. Szymanowska,

5. Tyszka Z, 1979, Społeczna przynależność rodziny a sytuacja rodzinna dziecka {w}Rodzina i dziecko 9 (red). Ziemska M, Warszawa
6. Woynarowska B,1995, {red}, Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie, Polski Zespół d.s. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa.
7. Wszeborowski K 1995, Funkcja rodziny a zdrowie {w} Czaplicki Z., Muzyka, Olsztyn
8. Ziemska M(1979) Wpływ przemian funkcji rodziny na socjalizację dzieci,{w}Rodzina i dziecko (red) Ziemska M, Warszawa

ABSTRACT

The aim of this research was to define in what way harmful habits of children from partial families correlate with their sex. The whole range of such habits strongly influence their physical and psychological health.