

Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu

KRYSTYNA DUDKIEWICZ

Health situation of children from poor families

Sytuacja zdrowotna dzieci z rodzin ubóstwa społecznego

Ubóstwo jako zjawiska społeczno-ekonomiczne jest różnie definiowane, a określenie jego wielkości w danej populacji zależy od przyjętych kryteriów wyznaczania jego granic, tzw. linii ubóstwa.(Golinowska-1997, Miłokosiewicz-1997, Panek-2002,i inni)Pojęcie ubóstwa w świadomości społecznej funkcjonuje jako brak dostatecznych środków materialnych do życia, jako bieda, niedostatek. Głównym przedmiotem sporu na etapie formułowania definicji jest to, czy ubóstwo jest to stan niezaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych (ujęcie absolutne), czy też jest sytuacją naruszenia zasad sprawiedliwości społecznej przez istnienie nadmiernego dystansu pomiędzy poziomem życia poszczególnych grup ludności (ujęcie względne)(Pilch, Lepalczyk 1995). Ubóstwo w Polsce zależy od wielu czynników demograficznych i społeczno-ekonomicznych. Natura ubóstwa w Polsce w decydującym stopniu wynika ze splotu indywidualnych sytuacji życiowych. z których zasadnicze znaczenie mają: 1.występowanie alkoholizmu w rodzinie,2.wielodzietność, 3.przeludnienie mieszkań lub wynajmowanie na rynku, 4.podeszły wiek i emerytura starego portfela, 5.inwalidztwo, 6.pozostawanie w kręgu subkultury ludzi ubogich(Pilch, Lepalczyk 1995). Z badań GUS dotyczących sytuacji materialnej Polaków z 2001 roku wynika, że 57 procent osób żyło w rodzinach, w których poziom wydatków był niższy od minimum socjalnego przyjętego za granicę sfery niedostatku. Rodziny o niskich dochodach, odznaczają się kumulacją negatywnych czynników statusu społecznego wraz ze wszystkimi ich konsekwencjami, które przejawiają się nie tylko w warunkach bytowych, ale również w sferze oświatowej i zdrowotnej. Niski poziom dochodów rodziny, nawet przy stabilnym stylu życia, może być czynnikiem aktywizującym niekorzystny rozwój psychiczny i fizyczny dzieci i młodzieży. W przypadku rodziców wywiązujących się ze swoich zadań opiekuńczych na skutek piętrzących się trudności dochodzi do zaniechania zadań związanych z funkcją psychohigieniczną. Funkcja psychohigieniczna polega na zapewnieniu dziecku poczucia bezpieczeństwa, stabilizacji, pewności, przynależności uczuciowej, miłości i uznania. Trudne warunki materialne obniżają odporność psychiczną członków rodziny, wytwarzają klimat ambiwalencji życiowej, zaburzają stosunki wewnątrzrodzinne. Niemożność dorównania kolegom jest przyczyną wytworzenia się u dziecka biednego poczucia niskiej wartości ale także oczekiwań konsumpcyjnych lub ograniczenia kontaktów koleżeńskich. Trudne warunki ekonomiczne decydują o tym, że rodzice skupiają uwagę przede wszystkim na zabezpieczeniu bytu ekonomicznego rodziny, mniej interesując się sytuacją szkolną dziecka. Dzieci z rodzin ubogich najczęściej dziedziczą niski społeczny i materialny status rodziny(Radziejewicz-Winnicki 1993).Niewątpliwie w najtrudniejszej sytuacji znajdują się dzieci, w rodzinach których z powodu ubóstwa doszło do całkowitego zaniku funkcji rodzinnych. Z badań które dotyczą zachowań dzieci z rodzin w sferze ubóstwa wynika, że można wyróżnić

dwa ich typy: dzieci przejawiające zachowania nieśmiałe i dzieci o zachowaniach nadpobudliwych (Grochmal 1993)

Wielokierunkowe transformacje cywilizacyjne przełomu XX i XXI wieku z towarzyszącymi im nierzadko negatywnymi zjawiskami biospołeczno-ekonomicznymi znajdują swoje odbicie w stanie zdrowia wszystkich grup wiekowych współczesnych społeczeństw (Kopczyńska-Sikorska 1995). Stan ten w połowie lat dziewięćdziesiątych określany był w Polsce mianem kryzysu zdrowotnego (Miśkiewicz 1994). Zdrowie jednostki i społeczeństwa zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników: według Karty Ottawskiej: "aby ludzie byli zdrowi i mogli poprawić i stworzyć swoje zdrowie, niezbędne jest zapewnienie im pewnych fundamentalnych warunków. Należą do nich: pokój, mieszkanie, edukacja, żywność(...), sprawiedliwość społeczna i równość". Zgodnie z uznawaną koncepcją „pół zdrowia”, czynnikami determinującymi zdrowie w najwyższym stopniu (50-60%) są: styl życia i zachowania zdrowotne (Woynarowska, Burzyńska 1995). W Polsce coraz częściej lekarze, psycholodzy i pedagodzy zwracają uwagę na wzrost zaburzeń zdrowia psychospołecznego dzieci i młodzieży szkolnej. Należą do nich zaburzenia zachowania, nerwice, zaburzenia osobowości, psychozy oraz różne formy nieprzystosowania społecznego, w tym używanie środków uzależniających i samobójstwa (Woynarowska, Oblacińska 1996). Sytuacja ta, w ocenie psychologów praktyków wynika z: 1. braku wsparcia psychicznego w domu rodzinnym, 2. trudności i niepowodzeń szkolnych, 3. słabej kondycji psychofizycznej uczniów (wysoki poziom lęku, napięcie psychiczne, 4. obniżenia poczucia sensu życia, 5. bezrobocia rodziców

MATERIAŁ I METODY

Niniejsze badania dotyczą sytuacji zdrowotnej dzieci 7-9 letnich pochodzących z rodzin ubóstwa społecznego, środowisk wiejskiego (lubelskie) i wielkomiejskiego (Warszawa). Dla potrzeb prowadzonych badań wykorzystano sondaż diagnostyczny jako metodę badającą sytuację zdrowotną dzieci za pomocą technik i narzędzi jakimi były, wywiad, ankieta, analiza dokumentów. Badania przeprowadzono w listopadzie i grudniu 2003 roku, objęto nimi 150 dzieci wiejskich (47 szkół) i 90 dzieci z Warszawy (25 szkół)

Pierwszym etapem było określenie statusu ekonomicznego respondentów i wyłonienie tych, których można uznać za ubogich. Określając status ekonomiczny brano pod uwagę dochód rodziny w przeliczeniu na jednego członka, zakładając płacę minimalną (683 zł / 2001 roku) przy 60% tej kwoty jako minimum egzystencji. Prezentowane badania stanowią próbę odpowiedzi na niektóre pytania dotyczące sytuacji zdrowotnej dzieci 7-9 letnich pochodzących ze zróżnicowanych środowisk: wiejskiego i wielkomiejskiego.

Przyjmując jako przedmiot badań sytuację zdrowotną dzieci z rodzin ubóstwa społecznego, zasadniczy problem badawczy sformułowałam w pytaniu:

1. Czy i jakie różnice występują u dzieci 7-9 letnich z rodzin ubóstwa społecznego pochodzących ze środowiska wiejskiego i wielkomiejskiego w sytuacjach zdrowotnych?
2. Jaka jest skala problemów, wynikająca ze zróżnicowania środowiskowego?

WYNIKI BADAŃ

Tabela 1. Struktura badanych rodzin

Struktura rodziny	Warszawa n/90	Wieś n/150
bezrobotni	58	123
rodziny wielodzietne (od 4 do 12 dzieci)	12	47
rodziny niepełne		
matki samotnie wychowujące dzieci	32	12
...ojcowie samotnie wychowujący dzieci	3	18
osoby z grupą inwalidzką	22	37
osoby na zasiłku przedemerytalnym	19	21

Z tabeli wynika, że zarówno na wsiach jak i w Warszawie najliczniejszą grupę stanowią osoby bezrobotne, następnie rodziny wielodzietne, z grupą inwalidzką (wieś) i matki samotnie wychowujące dzieci (Warszawa) i ojcowie samotnie wychowujący dzieci.

Tabela 2. Wykształcenie rodziców badanych dzieci

Poziom wykształcenia	Warszawa n=90	Wieś n=150
	matki / ojcowie	matki / ojcowie
wyższe		
średnie techniczne	11 / 13	13 / 8
średnie ogólnokształcące	31 / 11	31 / 3
zawodowe	51 / 21	83 / 79
podstawowe	3 / 8	23 / 21

Najliczniejszą grupę zarówno na wsiach jak i w Warszawie stanowią osoby z wykształceniem zawodowym, następnie podstawowym (wieś) i średnim (Warszawa).

Oceniając stan zdrowia swoich dzieci jako bardzo dobry czy dobry, rodzice (wieś) często brali pod uwagę brak widocznego kalectwa oraz brak chorób przewlekłych. Tylko 20 rodziców z Warszawy oceniło stan zdrowia swoich dzieci jako bardzo dobry, 46 jako dobry, 15 jako zadawalający i 9 jako zły. Rodzice dzieci wiejskich ocenę bardzo dobrego stanu zdrowia wystawili w 40 przypadkach, 63 osoby oceniły stan zdrowia swoich dzieci jako dobry, 35 jako zadawalający i 12 jako zły.

Tabela 3 Sytuacja zdrowotna dzieci z rodzin ubogich

Diagnoza stanu zdrowia dzieci	Warszawa/90	Wieś/150
choroby układu oddechowego (nieżyty dróg oddechowych, zapalenia oskrzeli, płuc, astma)	67	74
wady postawy i wady stóp	67	113
próchnica	11	67
alergie	49	46
wady słuchu	18	38
wady wzroku	36	41
wady zgryzu	21	31
choroby układu krążenia	9	17
zaburzenia emocjonalne(nadpobudliwość psychoruchowa, agresywność)	69	19

choroby metabolizmu(zaburzenia hormonalne)	18	7
choroby układu moczowego	3	42
choroby układu nerwowego	11	17

Z tabeli wynika jak duża jest skala problemów zdrowotnych dzieci z rodzin ubóstwa społecznego, pochodzących z Warszawy jak i ze wsi lubelskich.

Analiza dokumentacji szkolnej wykazała, że w środowisku wiejskim istnieją dodatkowe zagrożenia dla zdrowia i życia dzieci, wynikające z faktu że dość duża grupa dzieci powinna być pod opieką PZP(13 dzieci). Ze względu na brak środków finansowych i braku zgody rodziców dzieci te nie są poddawane leczeniu. Brak funduszy i specjalistycznej kadry powoduje że na wsiach nie odbywają się zajęcia gimnastyki kompensacyjno-korekcyjnej (20%), zajęcia logopedyczne(60%), zajęcia reedukacyjne (80%). Brak jest w szkole usług stomatologicznych bezpłatnych (Warszawa 20% szkół, środowisko wiejskie 80% szkół).

Z opinii rodziców i nauczycieli wynika, że 30% dzieci warszawskich i 60% dzieci wiejskich nie przynosi drugiego śniadania do szkoły , zaś 40% dzieci wiejskich i 15 % warszawskich nie jada śniadań. Z powodów finansowych (brak środków czystości, mydła, pasty do zębów) w 15% szkół wiejskich dzieci z rodzin ubóstwa społecznego myją się i myją zęby w szkole.

Dane z poniższej tabeli upoważniają do stwierdzenia, że pomoc udzielana dzieciom z rodzin ubóstwa społecznego jest bardziej skuteczna(większa liczba szkół biorąca w niej udział) w środowisku wiejskim, natomiast w Warszawie więcej dzieci ma dostęp do opieki specjalistycznej lekarskiej, psychologicznej. Z tabeli wynika, że nie wszystkie dzieci z rodzin ubóstwa społecznego objęte są wsparciem w zakresie potrzeb kulturalnych, zdrowotnych.

Tabela 4. Formy pomocy udzielane dzieciom z rodzin ubogich przez szkołę i MOPS

Formy pomocy	Warszawa-25 szkół	Wieś-47 szkół
dofinansowanie do obiadów, posiłków	18	47
dofinansowanie do zakupów książek, przyborów do pisania, zbiórkę odzieży, obuwia, zabawek	21	40
finansowanie wycieczek, kina, teatru	15	32
pomoc poradni PZP	20	25
pomoc poradni pedagogiczno-psychologiczna	11	3
pomoc bezpłatna specjalistów(logopeda, pediatra, stomatolog, i inni	25	7
paczki świąteczne	13	47
zakup żywności dla rodzin	25	21
zakup lekarstw	6	12
wsparcie ogniska wychowawczego	7	49

Z opinii nauczycieli wynika, że dzieci wiejskie z rodzin ubogich wykazują najczęściej postawę bierną i wycofującą się (32 respondentów).Są wstydliwe, po kryjomu oglądają zabawki innych dzieci, będąc głodne nie wykazują postawy roszczeniowej, bardzo rzadko są agresywne (10 przypadków),natomiast rodzice dzieci wiejskich przyjmują postawę izolującą, przeważnie charakteryzują się niezaradnością życiową. Dzieci z rodzin ubogich pochodzące z Warszawy wykazują odmienne zachowania. Są agresywne (60 przypadków agresji fizycznej), wulgarne, skryte, opóźnione intelektualnie., kłamliwe. Kradną, starają się przewodzić w grupach dzieci słabszych psychicznie(29 przypadków). Postawy ich rodziców są roszczeniowe. W badanych rodzinach wiejskich , zwłaszcza biednych coraz radsze są przypadki wielodzietności (47 przypadków)

Sugerowana w badaniach tematyka nie obejmowała problemów szkolnych dzieci z rodzin ubóstwa społecznego, które uwarunkowane są zdrowiem fizycznym i psychicznym. Dlatego sędzę, że należałoby podjąć ten temat w kolejnych prowadzonych badaniach

DYSKUSJA I WNIOSKI

Uzyskane w badaniach własnych wyniki wskazują na złożoność problemu jakim jest ocena sytuacji zdrowotnej u dzieci 7-9 letnich, pochodzących z rodzin ubogich z miast i wsi.

1. W strukturze rodzin z ubóstwa społecznego w środowisku wiejskim w stosunku do wielkomięjskiego przeważają rodziny bezrobotnych, rodziny wielodzietne, ojcowie samotnie wychowujący dzieci, natomiast w rodzinach dzieci warszawskich najwięcej jest matek samotnie wychowujących dzieci.
2. W środowisku wiejskim najliczniejszą grupę stanowią osoby z wykształceniem zasadniczym, następnie podstawowym, natomiast wśród rodzin z Warszawy przeważają osoby z wykształceniem zawodowym i średnim,
3. Skala problemów zdrowotnych dzieci pochodzących z rodzin ubogich jest znacząca i dotyczy zarówno dzieci wiejskich jak i warszawskich u których występują choroby układu oddechowego, wady postawy, wady wzroku. U dzieci z Warszawy w większej liczbie występują alergie i zaburzenia emocjonalne, natomiast u dzieci wiejskich wady słuchu, wzroku, choroby układu moczowego.
4. Dzieci ze środowiska wiejskiego zakwalifikowane do leczenia w PZP, nie podejmują leczenia z powodu braku funduszy u rodziców. Z tych samych powodów w mniejszym stopniu niż dzieci z Warszawy, lub wcale nie korzystają z pomocy specjalistów i zajęć usprawniających (logopeda, poradnia psychologiczno-pedagogiczna, gimnastyka korekcyjna)
5. Duża ilość dzieci wiejskich i warszawskich korzysta z różnych form dofinansowania. W środowisku wiejskim przeważają formy pomocy rzeczowej, natomiast w Warszawie pomoc specjalistyczna (lekarze, ogniska wychowawcze, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, PZP)
6. Dzieci wiejskie podobnie jak ich rodziców charakteryzują postawy bierne, wycofujące się, natomiast rodziców i dzieci z Warszawy postawy roszczeniowe, agresywne.

LITERATURA

1. Grochmal D (1993), Uspołecznienie dzieci z ubogich rodzin wielodzietnych(Raport z Międzynarodowej Konferencji . Ubóstwo- zaradność społeczna-zmiana społeczna) Wrocław.
2. Kopczyńska-Sikorska M (1998) Stan zdrowia fizycznego populacji w wieku szkolnym{w} Zdrowie młodzieży w aspekcie fizycznym psychicznym, społecznym, duchowym, Kielce, KTN.
3. Miłokosiewicz M (1997) Przyczyny i formy ubóstwa, Zeszyty Naukowe Uniw. Szcz. Nr 201.
4. Ostrowska K(199)Zdrowie młodzieży w aspekcie psychicznym,{w} Zdrowie młodzieży w aspekcie fizycznym psychicznym, społecznym i duchowym, Kielce, KTN.
5. Panek T(2002) teoria i praktyka pomiaru, PWN, Warszawa
6. Pilch J., Lepalczyk (red) (1995) Pedagogika społeczna, wyd. Żak, Warszawa.

7. Radzewicz –Winnicki A(1993), Modernizacja pozaszkolnych obszarów edukacji w środowisku lokalnym w procesie transformacji ku gospodarce rynkowej, Wrocław .
8. Woynarowska B., Oblacińska A(1996) Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce, Warszawa

ABTRACT

This research deals with the situation of children from poor families living in urban environment as well as living in the country. It show what kind of differences can be seen as for as influenes, health conditions, and health and finaniel assistance .