



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Wokół integracji : badania nad koncepcją zdrowia pełnosprawnych uczniów klas integracyjnych

Author: Yvona Woźniakowa

Citation style: Woźniakowa Yvona. (2009). Wokół integracji : badania nad koncepcją zdrowia pełnosprawnych uczniów klas integracyjnych. W: Z. Dołęga, M. John-Borys (red.), "Zdrowie psychiczne uczniów - różne konteksty i odniesienia" (S. 17-55). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Yvona Woźniaková

Wokół integracji: badania nad koncepcją zdrowia pełnosprawnych uczniów klas integracyjnych

Wprowadzenie. Istota integracji

W Europie idea edukacji integracyjnej nie jest nowa. Pierwsze impulsy pojawiły się już w latach czterdziestych ubiegłego stulecia w Wielkiej Brytanii pod hasłem *open education*, a upowszechnienie integracyjnych form nauczania nastąpiło w Europie na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych (Müller, 1996). W Polsce formalnie ramy organizacyjne kształcenia integracyjnego ujednociono dopiero w 1993 roku za sprawą zarządzenia ministra edukacji narodowej. Zarządzenie MEN określa m.in. liczebność oddziałów integracyjnych, określa także wymagania w zakresie profesjonalnego przygotowania nauczycieli prowadzących klasy integracyjne oraz kierunki wspomagania procesu edukacyjno-wychowawczego w tychże klasach (np. pomoc psychologa, logopedy i innych specjalistów, doradztwo metodyczne dla nauczycieli itd.) (MEN, 2001).

Termin „integracja” oznacza „proces tworzenia całości z części albo włączanie jakiegoś elementu w całość; zespolenie i zharmonizowanie składników zbiorowości społecznej”. W języku łacińskim *integratio* znaczy dosłownie „odnowienie, odtworzenie” (Kopaliński, 1978, s. 437). Pojmowanie samej istoty integracji okazuje się złożone i niejednoznaczne. W literaturze znajdujemy dwie główne koncepcje społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych. Pierwsza z nich, koncepcja tzw. pełnej integracji, opo-

wiada się za nowym modelem życia społecznego oraz za nowym modelem edukacji, według którego pełnosprawni i niepełnosprawni mają równorzędne miejsce, każdy znalazłby odpowiednie dla swoich potrzeb warunki kształcenia, a nie musiałby dostosowywać się do obowiązującego dla wszystkich programu nauczania (Kościeleńska, 1996). Zwolennikiem idei pełnej integracji był A. Hulek. W myśl tego autora „integracyjny system kształcenia i wychowania polega na maksymalnym włączeniu dzieci i młodzieży z odchyleniami od normy do zwykłych szkół i innych placówek oświatowych, umożliwiając im — w miarę możliwości — wzrastanie w grupie zdrowych rówieśników” (Hulek, 1977, s. 492).

Zwolennicy drugiego rodzaju koncepcji, tzw. integracji niepełnej lub częściowej, wysuwają różne propozycje organizacyjne, w zależności np. od stopnia czy rodzaju niepełnosprawności. Mogą to być klasy terapeutyczne, integracyjne lub specjalne w ramach szkoły masowej albo specjalne ośrodki kształcenia dla niepełnosprawnych, z jednoczesnym upowszechnianiem idei integracji poza edukacją. Różne propozycje rozwiązań, wynikające z koncepcji częściowej integracji, pozwalają na uwzględnianie potrzeb niepełnosprawnych w już istniejących formach kształcenia specjalnego. Innymi słowy, integracja ze światem osób pełnosprawnych realizowana jest w ramach działających placówek na miarę możliwości uczęszczających tam dzieci, zgodnie z zasadą otwarcia się na zasoby środowiska lokalnego (por. Bogucka, Kościeleńska, red., 1996; Janiszewska-Nieścioruk, 1999a, 1999b; Barłóg, 2001).

Wydaje się, że oba ujęcia integracji nie stoją wobec siebie w opozycji, ponieważ według jednego i drugiego należy zmienić obecną sytuację, czyli systematycznie zmniejszać liczbę osób „sprawnych inaczej”, które nie czują się wśród nas akceptowane. Kompromisowym, nazwijmy go — integrującym, pomysłem jest propozycja patrzenia na proces integracji jako na „kontinuum różnych możliwości, rozciągającym się pomiędzy polem pełnego przyjęcia a polem pełnej izolacji” (Bleidick, 1987, za: Krause, 2001, s. 28). Nawet jeśli każde z wymienionych ujęć znajduje się w nieco innym punkcie integracyjnego kontinuum, to łączy je kierunek przemian, za którymi się opowiadają.

W kontekście form integracji wprowadza się ważne rozróżnienie między integracją organizacyjną a integracją funkcjonalną.

Pierwsza z wymienionych form, nazywana również integracją szkolną, fizyczną bądź pozorną, umożliwia wprawdzie dzieciom niepełnosprawnym kształcenie w szkole masowej, jednak bez udzielania im w sposób planowy i celowy fachowej pomocy i wsparcia ze strony specjalistów. Chodzi m.in. o pomoc i wsparcie poza wymiarem edukacyjnym, na przykład o oddziaływania socjoterapeutyczne, ukierunkowane na budowanie i wzmac-

nianie rówieśniczych więzi między pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi dziećmi (M a c i a r z, red., 1999). Wydaje się, że wysiłek włożony w tak zainicjowaną integrację (z naciskiem na możliwość „normalnego” kształcenia wśród rówieśników) nie przynosi grupie, a zwłaszcza niepełnosprawnym dzieciom wymiernych korzyści.

Integracja funkcjonalna natomiast zakłada stworzenie niepełnosprawnym dzieciom takich warunków kształcenia (z pomocą specjalistyczną włącznie), które pozwolą im na rozwijanie funkcji prawidłowych oraz tych, których sprawność jest obniżona, a także na bycie sobą wśród innych dzieci (D r y ż a ł o w s k a, 1997). Warunki te dotyczą zarówno kwestii edukacyjnych, czyli na przykład dostosowania wymagań do możliwości danego dziecka, zapewnienia odpowiednich środków, pomocy itd., ale też, a może przede wszystkim — całego obszaru relacji w zespole klasowym. Integracja funkcjonalna ma doprowadzić do tego, by otoczenie nauczyło się postrzegać niepełnosprawność jako różnicę indywidualną, poznać i zrozumieć jej specyfikę (M a c i a r z, red., 1999).

Niezależnie od formy proces integracji napotyka wiele ograniczeń. Oprócz barier architektonicznych, których wciąż jest niestety zbyt wiele, oraz barier edukacyjnych, jakimi nadal są sztywne reguły, wymogi i standardy tradycyjnego szkolnictwa, wyróżnia się bariery społeczne i kulturowe (por. M a c i a r z, red., 1999). W miarę trwania każdego zespołu integracyjnego okazuje się, że najłatwiej przychodzi zmagać się z barierami, które widać, które poddają się sile cierpliwości, przekonywania, organizowania, załatwiania. Badania nad procesem integracji w Polsce dostarczają wniosków, że powodzenie integracji zależy przede wszystkim od wzajemnych relacji między dziećmi pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi. Inaczej mówiąc, miarą społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych w szkole jest ich akceptacja przez pełnosprawnych rówieśników (M a c i a r z, 2001, s. 95). Wydaje się zatem, że przeszkody natury społecznej przychodzi pokonywać najtrudniej, zwłaszcza że pobyt w szkole stanowi tylko wycinek aktywności społecznej dziecka. Z pewnością potrzeba jeszcze wiele czasu, by z niepełnosprawności nie czyniono stale niecodziennego wydarzenia. Podobne powolne przemiany następują w wypadku barier kulturowych, jakimi są wysoka społecznie preferencja zdrowia oraz negacja choroby. Przeciętne dziecko wzrasta wśród tego typu przekazów bez możliwości skonfrontowania ich z przekazami o innej treści, natomiast dziecko w klasie integracyjnej ma szansę takiej konfrontacji, a w rezultacie zweryfikowania, być może, swoich poglądów na zdrowie czy chorobę. Wyzwaniem jest także zmaganie się z systemem oświaty. Nauczycielom z pewnością tłumaczyć nie trzeba, że udana integracja równa się z czasem większej efektywności nauczania, jednak wcześniej czy później każdemu z nich

przyjdzie się zmierzyć ze sztywnością reguł i przepisów. Na dziś badania dowodzą, że nawet nauczyciele w klasach integracyjnych nadal nastawieni są głównie na cele dydaktyczne, a praca wychowawcza na rzecz integracji najczęściej ogranicza się tylko do zajęć lekcyjnych (por. Maciarz, 2001).

Obszary badań nad integracją

W literaturze przedmiotu spotkać można prace badawcze podejmujące problematykę kształcenia integracyjnego na różnych płaszczyznach. Jedna grupa badań i refleksji skupia się wokół integracji, jako stosunkowo nowego, jak na warunki polskie, zagadnienia, i wokół pytania, jak integracja przedstawia się w świadomości różnych grup społecznych — dzieci, rodziców, nauczycieli. Drugi obszar badań nad integracją dotyczy, ogólnie rzecz biorąc, różnych aspektów funkcjonowania grup (oddziałów) integracyjnych jako całości. Trzeci natomiast obszar badań odnosi się do poszczególnych grup dziecięcych biorących udział w kształceniu integracyjnym, przy tym można odnieść wrażenie, że częściej podmiotem badań są dzieci niepełnosprawne aniżeli dzieci pełnosprawne.

Badania nad zjawiskiem integracji w świadomości różnych grup społecznych można podzielić ze względu na fakt uczestnictwa bądź nieuczestniczenia w procesie integracji w sposób bezpośredni. Osoby dorosłe uczestniczące w integracji to przede wszystkim nauczyciele. Spotyka się doniesienia o refleksjach nauczycieli na temat pozytywnych dla uczniów efektów integracji (np. Kozubal, 1993; Bogucka, Brzozowska, 1996; Łuszczuk, 1997), jak również na temat ograniczeń napotykanych w związku z integracją (np. Kozubal, 1993; Lalik, 1998; Nowak, 1998). Doniesienia piszą też nauczyciele niepracujący z niepełnosprawnymi uczniami. Nie są oni przekonani do idei integracji głównie ze względu na poczucie braku własnej kompetencji oraz ze względu na obniżony próg możliwości dzieci niepełnosprawnych w szkole masowej (np. Giryński, Przybylski, 1993). Kolejną interesującą dla badaczy grupę stanowią rodzice. Podobnie jak w wypadku nauczycieli, w badaniach pytano o zdanie zarówno rodziców, którzy nie mają dzieci niepełnosprawnych, jak i tych, którzy takie dzieci mają. Doniesienia na temat rodziców posiadających zdrowe potomstwo dotyczą deklaracyjnych postaw wobec integracji i wskazują generalnie na wysokie preferencje w tym zakresie (Lalik, 1998) albo pokazują różnice w preferencjach w zależności od rodzaju niepełnospraw-

ności (np. Milewski, Czaplowska, 1998). Badania nad rodzicami dzieci niepełnosprawnych wykazują natomiast, że w zależności od siły akceptacji niepełnosprawności dziecka, prezentują oni bardzo pozytywne nastawienia wobec integracji i czynnie w niej uczestniczą albo negują potrzebę integracji swego dziecka (np. Maciarz, 1992; Giryński, Przybylski, 1993). Rzadkie są z kolei badania, w których o integrację pytano by dzieci zdrowe, nieuczestniczące w tej formie kształcenia. Wiedza uczniów szkoły podstawowej na temat integracji niepełnosprawnych jest raczej powierzchowna, choć spostrzegają oni integrację jako ważną i potrzebną oraz potrafią wskazać płynące z niej dla obu stron korzyści (Koziełska, 1998).

Kolejny obszar badań dotyczy jakości funkcjonowania grup integracyjnych w przedszkolu i szkole. Uwaga badaczy skupia się w tym wypadku na stosunkach emocjonalno-społecznych w integracyjnych grupach przedszkolnych (np. Łuczak-Okraśńska, Stojanowska, 1994, za: Janiszewska-Nieścioruk, 1999c; Janion, 1999) bądź w szkolnych oddziałach integracyjnych (np. Lipińska, 1999). Wyniki analiz wzajemnych relacji dzieci uczestniczących w integracyjnych formach kształcenia nie są niestety zbyt optymistyczne. W doniesieniach zauważa się, że stosunkowo najlepiej przebiega integracja dzieci obciążonych tylko nieznacznym obniżeniem sprawności (por. Maciarz, 1999).

Prace poświęcone specyfice procesu integracji dzieci niepełnosprawnych dominują w wymienionym trzecim obszarze badań nad integracją. Autorzy przyglądają się efektom społecznej integracji w zależności od stopnia oraz rodzaju niepełnosprawności dziecka. Pojawiają się więc komunikaty o sytuacji dzieci przewlekle chorych (z astmą, padaczką, cukrzycą, alergią itd.) w szkole masowej (np. Nowicka, 1999; Maciarz, 1998a, 1998b), z zaburzeniami mowy (np. Skorek, 1999), dzieci z zaburzeniami słuchu (np. Dryżałowska, 1997), z mózgowym porażeniem dziecięcym (np. Dubowska i inni, 2002). Niektóre prace wskazują na trudności integracyjne dzieci niepełnosprawnych umysłowo (np. Łaś, 1995; Janiszewska-Nieścioruk, 1999b). Również wyniki tego rodzaju badań przemawiają na korzyść dzieci z niepełnosprawnością nieznacznie tylko rzutuącą na radzenie sobie w roli ucznia i rówieśnika.

Na podstawie przeglądu badań nad integracją nasuwa się wniosek, że dziecko pełnosprawne jako uczestnik procesu integracji nie cieszy się zainteresowaniem badaczy. Nawet śledząc teoretyczne opracowania z tego zakresu, można odnieść wrażenie, że pełnosprawnym uczniom — mimo podkreślania korzyści płynących dla nich ze spotkania z niepełnosprawnymi dziećmi — nie poświęca się zbytnej uwagi. Nie wiemy zatem wiele o ich odczuciach związanych z integracją, w której przyszło im współucze-

stniczyć. Badania nad postawami uczniów szkół podstawowych wobec niepełnosprawnych kolegów wskazują na złożone uwarunkowania tych postaw, powiązanych z zachowaniem i samopoczuciem niepełnosprawnych rówieśników (por. Minczakiewicz, 1993). Nie ma natomiast badań mówiących o tym, jak integracja wpływa na zdrowie dzieci, czy rzeczywistość przynosi głównie korzyści, czy też kryją się w niej także pułapki czy zagrożenia dla rozwoju, których obawiają się nieraz rodzice. Prezentowane badania własne stanowią próbę poszukiwania odpowiedzi na te niewyjaśnione jeszcze pytania.

Badania własne

Prezentowane badania osadzone są w nurcie środowiskowym psychologii zdrowia. Środowiskowe ujęcie opiera się na ogólnej teorii systemów oraz teorii systemów społecznych, a determinantów zdrowia poszukuje zwłaszcza w tych środowiskach, w których człowiek spędza znaczną część swojego czasu (por. Sheridan, Radmacher, 1998). Dla dziecka takim środowiskiem była i jest oczywiście szkoła. Od kilku lat jednak niektóre dzieci mają okazję korzystać z integracyjnych form nauczania. Na nową rzeczywistość edukacyjną, ze względu na jej specyfikę, można zatem spojrzeć w inny sposób, właśnie przez pryzmat osiągnięć psychologii zdrowia. Nowa sytuacja wymaga nowego podejścia.

Gdy dziecko zaczyna podlegać obowiązkowi szkolnemu, nieodwołalnie i na wiele lat wkracza w nowe systemy społeczne, jakimi odtąd będą dla niego jego zespół klasowy i cała zbiorowość danej szkoły. Tym samym znaczną część każdego dnia dziecko będzie odtąd spędzać w stałej grupie rówieśników, co niewątpliwie ma duży wpływ na pojawienie się nowych jakości rozwojowych. Dziecku w systemie edukacyjnym poświęcono znaczną liczbę publikacji, nie tylko psychologicznych. Umożliwienie w stosunkowo niedalekiej przeszłości powstawania oddziałów integracyjnych w szkołach masowych otwiera przed psychologami i pedagogami zupełnie nowe pole badań.

Wśród wielu pytań niezwykle interesujące jest na przykład to, czy fakt zetknięcia się dzieci pełnosprawnych z dziećmi „sprawnymi inaczej” można uznać za jeden z determinantów ich myślenia na temat zdrowia. Z dotychczasowych badań wynika na przykład, że posiadanie chorego rodzeństwa znacząco modyfikuje koncepcję zdrowia zdrowego dziecka. Wiadomo też, że rozmaite czynniki życia rodzinnego mają istotny wpływ na pojmo-

wanie zdrowia przez dzieci oraz na ich zachowania zdrowotne (por. np. John - Borys, 2002). Jak natomiast oddziałuje sytuacja codziennego przebywania razem z niepełnosprawnymi rówieśnikami, tego dotychczas nie badano. Dla wyjaśnienia tezy, że wzajemny kontakt dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych sprzyja poszerzeniu ich myślenia o zdrowiu, niezbędne jest zaprezentowanie przyjętego w niniejszej pracy rozumienia tego pojęcia. Zdrowie będzie tu bowiem traktowane jako szeroka gama zasobów (fizycznych, psychicznych, społecznych), jako potencjał umożliwiający dziecku pełne i adekwatne funkcjonowanie w środowisku tu i teraz. Czytelnika, który chciałby dowiedzieć się więcej, jak dzieci pojmują zdrowie, oraz jakie podejmują działania mogące mieć wpływ na zdrowie, można w tym miejscu zachęcić do zapoznania się np. z pracą M. John - Borys (2002), jak również z wcześniejszym artykułem autorki niniejszego opracowania (Woźniaková, 2006).

Założono, że proces integracji może modyfikować sposób, w jaki dzieci zdrowe, uczestniczące w tym procesie, patrzą na zdrowie. Poznanie kolejnego aspektu integracji może przyczynić się do zwiększenia efektywności tego procesu oraz ukazać następną wymierną korzyść dla dzieci uczestniczących w nim. Z punktu widzenia psychologa taką korzyścią rozwojową może być właśnie wzbogacenie koncepcji zdrowia. Chodzi o wzbogacenie w sensie szerszego rozumienia atrybutów zdrowia, pogłębienia wiedzy o potrzebach i możliwościach ludzi zdrowych i chorych, nadania zdrowiu i dbaniu o nie nowej jakości. W języku psychologii zdrowia będzie to oznaczać przybliżenie się do rozumienia zdrowia jako procesu, na który człowiek może mieć wpływ dzięki rozsądnemu korzystaniu z dostępnych zasobów. Wśród dzieci, które nie mają takich doświadczeń, rozumiane w ten sposób wzbogacenie koncepcji zdrowia prawdopodobnie nie nastąpi. Nie oznacza to oczywiście, że ich wiedza w tym zakresie jest mniej wartościowa, ominęła je jedynie niezwykła okazja do spojrzenia na sprawy zdrowia nieco inaczej.

W badaniach własnych brały udział dzieci w młodszym wieku szkolnym (średnia wieku wyniosła 9 lat). Część dzieci objęta była kształceniem integracyjnym, a część (grupa porównawcza) nie uczestniczyła w takiej formie kształcenia. Oznacza to, że badane dzieci różniły się między sobą doświadczeniami zdrowotnymi oraz stanem zdrowia. Doświadczenie rówieśnicze w zespole integracyjnym stanowi zmienną niezależną, założono bowiem, że wpływa ono na formułowane przez dzieci koncepcje zdrowia. Założono też, że doświadczenie rówieśnicze w zespole integracyjnym sprzyja rozwijaniu wrażliwości na problemy zdrowia. Proces asymilacji odpowiada za nieustanne dopasowywanie nowych faktów i zdarzeń zdrowotnych do schematów zdrowia. Piaget powiada, że jeżeli dziecko nie potrafi zasy-

milować informacji, następuje zmiana schematu (proces akomodacji), a dzieje się tak wtedy, gdy dziecko przeżywa ważne wydarzenia lub relacje (por. *Wadsworth*, 1998). Spotkanie się i nawiązanie relacji z niepełnosprawnym rówieśnikiem może być takim wydarzeniem. Uwzględniając specyficzne doświadczenie zdrowych dzieci z klas integracyjnych, można przypuszczać, że ich koncepcja zdrowia zostanie dzięki temu doświadczeniu wzbogacona, a zatem będzie nawiązywała do holistyczno-funkcjonalnego modelu zdrowia.

Kulturowe wzory zdrowia, pozostające pod wpływem tradycji, środowiska lokalnego i grup rówieśniczych, ale też instytucji edukacyjnych i polityki zdrowotnej, generują modele edukacji zdrowotnej (por. *John-Borys*, 2002). W odniesieniu do klasy integracyjnej, stanowiącej zarazem niepowszednią grupę rówieśniczą, szczególna edukacja zdrowotna (nauka „o innych światach” osób o różnym stopniu sprawności) dokonuje się w pewnym sensie sama przez się, w sposób niezamierzony. Mając na uwadze potwierdzone empirycznie zależności między rodziną dziecka a jego koncepcją zdrowia (przekazy zdrowotne), w badaniach uwzględniono również model rodziny oraz wydarzenia zdrowotne w rodzinie. By fakty te kontrolować, pytano nauczycieli o poważną chorobę w bliskiej rodzinie danego dziecka (rodzice, rodzeństwo) oraz o stan rodziny (pełna, niepełna, zrekonstruowana). Wśród dzieci zdrowych z klas integracyjnych znalazło się dziesięcioro (6,3% ogółu grupy), u których w rodzinie występowała poważna choroba lub niepełnosprawność. W grupie dzieci zdrowych z klas zwykłych takich dzieci było czworo (3,6% ogółu grupy). Dodać należy, że podjęciu badań własnych towarzyszyło przekonanie, że nie tylko rodzina, ale też integracyjna grupa rówieśnicza może uwrażliwiać dziecko na problemy zdrowia i choroby.

Podsumowując rozważania, można przyjąć dwa główne założenia, a mianowicie — koncepcja zdrowia dziecka kształtuje się pod wpływem jego doświadczeń, a uczenie się społeczne dzięki obserwacji i doświadczeniu stanowi znaczące źródło nabywania wiedzy o zdrowiu.

Metoda

W badaniach własnych postawiono pytanie, czy rówieśniczy kontakt dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych w ramach kształcenia integracyjnego zmienia w jakiś sposób koncepcję zdrowia dzieci pełnosprawnych. By przyjrzeć się różnym aspektom koncepcji zdrowia, formułowanych

przez dzieci, proszono je o wypowiedź na temat wyglądu, samopoczucia i funkcjonowania zdrowego człowieka oraz na temat ich własnych zachowań zdrowotnych, a także o wskazanie ważnych dla zdrowia zasobów.

Ponieważ codzienny kontakt z niepełnosprawnymi rówieśnikami uznano za specyficzny rodzaj doświadczenia, głównym celem podjętych badań było sprawdzenie, czy kontakt ten determinował koncepcję zdrowia, jaką miały dzieci pełnosprawne biorące udział w edukacji integracyjnej. Jeśli w porównaniu z równolatkami, którzy nie uczęszczali do klas integracyjnych, doświadczenie to wpływa istotnie na koncepcję zdrowia dzieci objętych kształceniem integracyjnym, to różnice mogą dotyczyć różnych aspektów tej koncepcji — pojmowania zdrowia, deklarowanych zachowań służących zdrowiu lub pewnych zasobów ważnych dla zdrowia. Koncepcja zdrowia jest tu rozumiana jako subiektywna wiedza dziecka na temat zdrowia. Dzieci w początkowych klasach szkoły podstawowej nie dysponują jeszcze zbiorem precyzyjnych pojęć pozwalających na zwerbalizowanie całościowej wypowiedzi i na świadome jej nazwanie koncepcją zdrowia. Dlatego pytano je, w jaki sposób bycie zdrowym wpływa na wygląd, samopoczucie i funkcjonowanie człowieka oraz jakie zachowania i zasoby ważne są w dbaniu o zdrowie. A zatem koncepcja zdrowia, jaką mają dzieci, opisywana będzie za pośrednictwem ich wiedzy i aktywności związanej ze zdrowiem.

W badaniach wzięło udział łącznie 321 uczniów, a kompletne narzędzia badawcze otrzymano od 305 uczniów. Wśród nich 158 dzieci to pełnosprawni uczniowie klas integracyjnych, 37 uczniów to dzieci integrowane, pozostali zaś (110 dzieci) to uczniowie klas zwykłych. Dzieci integrowane brały udział w badaniach na zasadzie pełnoprawnych członków zespołów klasowych, ich wyniki natomiast nie były interpretowane. Poprzedzone rozmową z nauczycielem badania przeprowadzono grupowo i brały w nich udział całe klasy. Badania w danej klasie trwały od 35 do 45 minut. Za każdym razem najpierw stosowano dwukrotnie technikę „Draw and Write” (dwa rysunki wraz z pisemnymi wypowiedziami na zadane pytania — „Zdrowy człowiek” oraz „Moje zdrowie”). Jako trzecią w kolejności stosowano „Listę zasobów zdrowia”.

Ażeby badane dzieci mogły swobodnie się wypowiadać, a jednocześnie by badania były dla nich przyjemne i ciekawe, zdecydowano się sięgnąć właśnie po technikę „Draw and Write”, zrecznie wykorzystującą siłę ekspresji plastycznej dzieci (por. Williams i in., 1989a, 1989b). Tę ciekawą technikę opracowano w latach osiemdziesiątych w Wielkiej Brytanii na uniwersytecie w Southampton (Williams i in., 1989a, 1989b). Jest to łatwa w użyciu projekcyjna technika zbierania danych wśród dzieci od 4 do 11 lat, wykorzystująca rysowanie jako naturalny sposób wyrażania przez

dzieci myśli, uczuć i doświadczeń. Rysunek na określony temat spełnia funkcję aktywizującą myślenie dziecka i ukierunkowuje treść pisemnej wypowiedzi na pytanie związane z rysunkiem. Dziecko proszone jest o odpowiedź w formie rysunku na postawione przez badacza pytanie oraz o udzielenie krótkiej pisemnej wypowiedzi, wyjaśniającej, co znajduje się na rysunku. Analizie poddaje się pisemne wypowiedzi dziecka, natomiast rysunki — ze względu na trudność w zobjektywizowaniu kryteriów oceny — nie są analizowane. Pisemne wypowiedzi są kategoryzowane. Wszystkie indywidualne prace analizuje się pod kątem występowania każdej z kategorii.

W prezentowanych badaniach instrukcja brzmiała w ten oto sposób:

Rysunek nr 1 („Zdrowy człowiek”):

Pomyśl proszę i narysuj człowieka, który jest zdrowy. Obok rysunku napisz, jak wygląda, jak się czuje, co robi człowiek zdrowy.

Rysunek nr 2 („Moje zdrowie”):

Pomyśl proszę i narysuj siebie i co robisz, by być zdrowym człowiekiem. Obok rysunku napisz, co ty sam robisz, by być zdrowym człowiekiem.

Później następował dalszy ciąg instrukcji:

Pamiętaj, że każdy pomysł jest dobry. Proszę, pracuj sam. Wszystko, co ty sam narysujesz i napiszesz, jest dla mnie ważne. Nie pokazuj swego rysunku koledze i nie rozmawiaj z nim w czasie pracy. Nie zapomnij o pisemnej wypowiedzi obok rysunku! Napisz, proszę, w rogu swoje imię, pierwszą literę nazwiska oraz ile masz lat.

Kolejnym narzędziem pomiaru koncepcji zdrowia u dzieci była „Lista Zasobów Zdrowia”. Problem zasobów zdrowia, widzianych oczyma dziecka, nie był dotychczas przedmiotem dociekań badaczy, dlatego autorka podjęła próbę skonstruowania własnej metody „Listy Zasobów Zdrowia” (por. załącznik 1.). Narzędzie to zawiera dwadzieścia twierdzeń, odzwierciedlających cztery wybrane kategorie zasobów zdrowia. Dzieci, proszone o ustosunkowanie się do każdego z nich, mają do wyboru jedną z trzech możliwych odpowiedzi — to bardzo ważne dla zdrowia, to ważne dla zdrowia, to mało ważne dla zdrowia.

Uwzględniając specyficzne właściwości okresu średniego dzieciństwa, a zwłaszcza znaczenie wpływów ze strony grupy rówieśniczej (por. Turner, Helms, 1999), jako pierwszą wybrano kategorię zasobów interpersonalnych. Formułując twierdzenia z tego zakresu, skupiono się zarówno

na relacjach koleżeńskich w ogóle, jak i na zasobach tkwiących w klasie szkolnej. Nacisk położono na przeżywanie pozytywnych emocji w relacjach. Wprowadzono też rozróżnienie między samym faktem posiadania kolegów, a możliwością spędzania z nimi czasu oraz liczenia na ich pomoc.

Kolejną wybraną kategorią była kategoria zasobów intrapersonalnych. Ta grupa zasobów, w znaczeniu sił wewnętrznych, warunkuje nie tylko samopoczucie danej osoby, ale też jej otwartość na relacje z otoczeniem (por. Sh er i d a n, R a d m a c h e r, 1998), a zatem wiąże się również z zasobami interpersonalnymi. Dlatego sformułowane twierdzenia wyrażają wiarę we własne możliwości, ukazują umiejętności radzenia sobie z przykrymi emocjami oraz gotowość do niesienia pomocy innym.

Terenem badań było środowisko szkolne, postanowiono zatem sprawdzić, jak ważne są dla dzieci z różnych grup zasoby związane z edukacją i informacją. Zasoby edukacyjne rozumieć można jako możliwości zdobywania i pogłębiania zasobów informacyjnych (por. Sh er i d a n, R a d m a c h e r, 1998). Przy tworzeniu twierdzeń z obszaru zasobów edukacyjnych za najważniejsze uznano potrzebę poszukiwania wiedzy oraz związaną z tym przyjemność, a także szczególną potrzebę edukacji na temat zachowań służących zdrowiu i zapobiegających chorobom. Twierdzenia z zakresu zasobów informacyjnych skupiają się wokół pochodzących z przekazów społecznych informacji dotyczących prostych sposobów troski o zdrowie. Do wybranych kategorii zasobów zdrowia sformułowano odpowiednio po pięć stwierdzeń:

Zasoby interpersonalne:

- Mieć dużo koleżanek i kolegów. (3)
- Móc spędzać czas z koleżankami i kolegami. (7)
- Często się śmiać i żartować w klasie. (11)
- Lubić koleżanki i kolegów z klasy. (15)
- Móc liczyć na pomoc koleżanki lub kolegi. (19)

Zasoby intrapersonalne:

- Być w czymś dobrym albo nawet bardzo dobrym. (4)
- Nie wstydzić się płakać, gdy jest mi smutno. (8)
- Pomagać słabszym od siebie. (12)
- Szybko się pogodzić, gdy się z kimś posprzeczam. (16)
- Być pewnym, że z kłopotami dam sobie radę. (20)

Zasoby edukacyjne:

- Uczyć się i być coraz mądrzejszym człowiekiem. (1)
- Dowiadywać się o nowych i ciekawych rzeczach. (5)
- Nauczyć się, co robić, aby być zdrowym. (9)
- Z radością i ochotą chodzić do szkoły. (13)
- Nauczyć się, co robić, żeby nie chorować. (17)

Zasoby informacyjne:

Jeść warzywa i owoce. (2)

Dużo ćwiczyć i gimnastykować się. (6)

Dbać o zęby i często myć ręce. (10)

Nie jeść zbyt dużo słodczy i chrupek. (14)

Nie wysiadywać przed telewizorem (komputerem). (18)

Wyniki badań, dyskusja i wnioski

W celu wykazania różnic w pojmowaniu zdrowia przez dzieci, w zależności od specyficznego doświadczenia rówieśniczego, poniżej zaprezentowane zostaną rezultaty porównań między grupami dzieci zdrowych o różnych doświadczeniach.

Porządkując pisemne wypowiedzi badanych dzieci na każdym z rysunków, postępowano zgodnie z procedurą porządkowania danych jakościowych (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2001). W pierwszej kolejności dokonano klasyfikacji wypowiedzi, przyporządkowując je do jednej z kilkunastu kategorii opisowych, a następnie obliczono częstotliwość pojawiania się danej kategorii opisowej w grupie badanych dzieci. Kolejnym krokiem było porównanie frekwencji występowania wszystkich kategorii opisowych u dzieci, w zależności od ich doświadczenia rówieśniczego oraz płci.

Aby odpowiedzieć na postawione pytanie badawcze, czy wzajemne kontakty dzieci niepełnosprawnych i pełnosprawnych w ramach kształcenia integracyjnego zmienia w jakiś sposób koncepcję zdrowia dzieci pełnosprawnych, porównano wypowiedzi zdrowych dzieci z klas integracyjnych z wypowiedziami dzieci z klas tradycyjnych w zakresie opisów zdrowego człowieka, sposobów dbania o zdrowie oraz wybranych kategorii zasobów zdrowia. Szczegółowe omówienie poszczególnych kategorii opisu Czytelnik znajdzie w poprzednim artykule autorki (Woźniaková, 2006). Porównano grupy dzieci, używając testów istotności różnic (χ^2 i t-Studenta). Statystycznie istotne różnice między grupami zaznaczano w kolejnych tabelach szarą teksturą.

Tabela 1. ukazuje procentowe zestawienie udzielonych wypowiedzi na temat charakterystycznych dla zdrowego człowieka cech w porządku malejącym, osobno dla grupy dzieci zdrowych z klas integracyjnych oraz dla grupy dzieci z klas zwykłych.

W tabeli 2. przedstawiono proporcje kategorii opisu cech zdrowego człowieka, które podały dzieci, podzielone na grupy różniące się doświadczeniem rówieśniczym, oraz obliczone wartości testu χ^2 .

Tabela 1

Kategorie opisu cech zdrowego człowieka w grupach dzieci zdrowych o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach)

Lp.	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Dzieci zdrowe z klas integracyjnych	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Dzieci zdrowe z klas zwykłych
1.	Oznaki dobrego samopoczucia	68,4	Oznaki dobrego samopoczucia	73,6
2.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	59,5	Ruch, aktywność fizyczna, sport	44,5
3.	Jedzenie i picie	22,2	Brak objawów choroby	33,6
4.	Świeże powietrze, spacer	18,4	Zabawa	22,7
5.	Zabawa	17,7	Jedzenie i picie	21,8
6.	Praca, prace domowe	15,8	Praca, prace domowe	20,9
7.	Brak objawów choroby	13,9	Nauka	17,3
8.	Nauka	10,8	Świeże powietrze, spacer	14,5
9.	Ćwiczenia fizyczne	8,2	Ćwiczenia fizyczne	6,4
10.	Śpiew	5,1	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	5,5
11.	Higiena	4,4	Rozmawianie	3,6
12.	Leki, witaminy	3,8	Instrukcje, zakazy, nakazy	2,7
13.	Taniec	3,8	Odpoczynek	1,8
14.	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	3,2	Taniec	1,8
15.	Utrzymanie temperatury	3,2	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	1,8
16.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	3,2	Higiena	0,9
17.	Odpoczynek	2,5	Utrzymywanie temperatury	0,9
18.	Mycie zębów	1,9	Śpiew	0,9
19.	Rozmawianie	1,3	Mycie zębów	0,0
20.	Instrukcje, zakazy, nakazy	0,6	Leki, witaminy	0,0
21.	Lekarz	0,6	Lekarz	0,0
22.	Dentysta	0,0	Dentysta	0,0

Z tabeli 1. wynika, że wszystkie dzieci zdrowe przypisywały jednako-
we znaczenie oznakom dobrego samopoczucia w opisie zdrowego człowieka.
Obie grupy wymieniały na drugim miejscu ruch i aktywność fizyczną
jako atrybuty zdrowia, jednak dzieci z klas integracyjnych podały więcej
danych w tym zakresie. W pozostałych pozycjach opisu kolejność waż-
ności poszczególnych kategorii zmieniała się w zależności od grupy. Dzie-
ci z klas integracyjnych charakteryzowały zdrową osobę, podkreślając jej
aktywność w życiu codziennym (zdrowe pożywienie, spacer, zabawa, praca,
nauka). Dopiero znacznie niżej z hierarchii opisów pojawia się określenie
zdrowia jako braku choroby. Porządek opisów, które sporządziły dzieci
zdrowe ze zwykłych klas, jest dokładnie odwrotny. Jako trzecia kategoria,
i to aż u jednej trzeciej badanych dzieci, pojawia się brak oznak choroby,
a dopiero jako następne plasują się opisy odpowiedniej do wieku aktywno-
ści dnia codziennego.

Tabela 2

**Różnice w opisie cech zdrowego człowieka przez grupy dzieci zdrowych
o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach, N = 268)**

Lp.	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Dzieci zdrowe z klas integracyjnych (N = 158)		Dzieci zdrowe z klas zwykłych (N = 110)		Test χ^2			Korekta χ^2
		brak	jest	brak	jest	χ^2	df	p	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Jedzenie i picie	77,8	22,2	78,2	21,8	0,004	1	0,948	0
2.	Higiena	95,6	4,4	99,1	0,9	1,694	1	0,193	1
3.	Mycie zębów	98,1	1,9	100,0	—	0,745	1	0,388	1
4.	Ćwiczenia fizyczne	91,8	8,2	93,6	6,4	0,326	1	0,568	0
5.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	40,5	59,5	55,5	44,5	5,823	1	0,016	0
6.	Świeże powietrze, spacer	81,6	18,4	85,5	14,5	0,673	1	0,412	0
7.	Leki, witaminy	96,2	3,8	100,0	—	2,714	1	0,099	1
8.	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	96,8	3,2	94,5	5,5	0,380	1	0,538	1
9.	Utrzymanie temperatury	96,8	3,2	99,1	0,9	0,653	1	0,419	1
10.	Instrukcje, zakazy, nakazy	99,4	0,6	97,3	2,7	0,772	1	0,379	1
11.	Odpoczynek	97,5	2,5	98,2	1,8	0,000	1	1,000	1
12.	Lekarz	99,4	0,6	100,0	0,0	0,000	1	1,000	1
13.	Dentysta	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
14.	Praca, prace domowe	84,2	15,8	79,1	20,9	1,141	1	0,285	0

cd. tab. 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.	Brak objawów choroby	86,1	13,9	66,4	33,6	14,678	1	0,000	0
16.	Oznaki dobrego samopoczucia	31,6	68,4	26,4	73,6	0,870	1	0,351	0
17.	Rozmawianie	98,7	1,3	96,4	3,6	0,758	1	0,384	1
18.	Śpiew	94,9	5,1	99,1	0,9	2,287	1	0,130	1
19.	Taniec	96,2	3,8	98,2	1,8	0,327	1	0,567	1
20.	Zabawa	82,3	17,7	77,3	22,7	1,024	1	0,312	0
21.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	96,8	3,2	98,2	1,8	0,084	1	0,771	1
22.	Nauka	89,2	10,8	82,7	17,3	2,366	1	0,124	0

Z tabeli 2. wynika, że istotne statystycznie różnice między grupami dotyczą dwóch kategorii cech: ruch, aktywność fizyczna, sport oraz brak objawów choroby. W zakresie pierwszej z wymienionych kategorii tabela 2. wskazuje, że dzieci zdrowe z klas integracyjnych znacznie częściej niż dzieci z klas zwykłych akcentowały potrzebę ruchu w opisie zdrowego człowieka, a jako sposób realizowania tej potrzeby podały uprawianie różnych sportów ($\chi^2 = 5,823$, $p = 0,016$). Druga istotna różnica dotyczy opisywania cech, które w żadnym wypadku osób zdrowych nie dotyczą. Różnica w proporcjach udzielonych na ten temat wypowiedzi w obu grupach sięga aż 20%. Dzieci ze zwykłych klas przywiązywały znacznie większą wagę do zdrowia rozumianego w kategoriach normy (braku oznak choroby) niż zdrowe dzieci z klas integracyjnych ($\chi^2 = 14,678$, $p = 0,000$).

Tabela 3. przedstawia charakterystyki zdrowego człowieka, które sporządziły dziewczynki z klas integracyjnych i zwykłych.

Jak wynika z tabeli 3., w opisach zdrowego człowieka obie grupy najczęściej wymieniały oznaki dobrego samopoczucia oraz aktywność fizyczną i sport. W tej ostatniej kategorii dziewczynki z klas integracyjnych podawały nieco więcej opisów na ten temat. W kolejnych kategoriach, które dziewczynki uznały za ważne, proporcje między grupami były zbliżone, odzwierciedlając przypisywaną zdrowemu człowiekowi aktywność w sprawach powszednich. Wyjątkiem okazały się opisy zdrowia jako braku choroby oraz możliwości korzystania z edukacji — dziewczynki z klas zwykłych wymieniały je znacznie częściej.

Tabela 3

Kategorie opisu cech zdrowego człowieka w grupach zdrowych dziewczyniek o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach)

Lp.	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Dziewczynyki zdrowe z klas integracyjnych (N = 81)	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Dziewczynyki zdrowe z klas zwykłych (N = 60)
1.	Oznaki dobrego samopoczucia	72,8	Oznaki dobrego samopoczucia	75,0
2.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	56,8	Ruch, aktywność fizyczna, sport	46,7
3.	Jedzenie i picie	27,2	Brak objawów choroby	33,3
4.	Świeże powietrze, spacer	23,5	Zabawa	26,7
5.	Praca, prace domowe	19,8	Jedzenie i picie	23,3
6.	Zabawa	19,8	Nauka	20,0
7.	Ćwiczenia fizyczne	11,1	Świeże powietrze, spacer	18,3
8.	Brak objawów choroby	8,6	Praca, prace domowe	18,3
9.	Nauka	7,4	Ćwiczenia fizyczne	5,0
10.	Higiena	6,2	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	5,0
11.	Leki, witaminy	6,2	Rozmawianie	5,0
12.	Śpiew	4,9	Instrukcje, zakazy, nakazy	3,3
13.	Taniec	4,9	Taniec	3,3
14.	Odpoczynek	3,7	Utrzymywanie temperatury	1,7
15.	Korzystanie z PC i oglądanie TV	3,7	Odpoczynek	1,7
16.	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	2,5	Śpiew	1,7
17.	Utrzymanie temperatury	2,5	Higiena	0,0
18.	Rozmawianie	2,5	Mycie zębów	0,0
19.	Instrukcje, zakazy, nakazy	1,2	Leki, witaminy	0,0
20.	Lekarz	1,2	Lekarz	0,0
21.	Mycie zębów	0,0	Dentysta	0,0
22.	Dentysta	0,0	Korzystanie z PC i oglądanie TV	0,0

Tabela 4

Różnice w opisie cech zdrowego człowieka przez grupy zdrowych dziewczynek o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach, N = 141)

Lp.	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Dziewczynki zdrowe z klas integracyjnych (N = 81)		Dziewczynki zdrowe z klas zwykłych (N = 60)		Test chi ²			Korekta chi ²
		brak	jest	brak	jest	chi ²	df	p	
1.	Jedzenie i picie	72,8	27,2	76,7	23,3	0,266	1	0,606	0
2.	Higiena	93,8	6,2	100,0	0,0	2,247	1	0,134	1
3.	Mycie zębów	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
4.	Ćwiczenia fizyczne	88,9	11,1	95,0	5,0	1,653	1	0,199	0
5.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	43,2	56,8	53,3	46,7	1,416	1	0,234	0
6.	Świeże powietrze, spacer	76,5	23,5	81,7	18,3	0,540	1	0,462	0
7.	Leki, witaminy	93,8	6,2	100,0	0,0	2,247	1	0,134	1
8.	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	97,5	2,5	95,0	5,0	0,118	1	0,732	1
9.	Utrzymanie temperatury	97,5	2,5	98,3	1,7	0,000	1	1,000	1
10.	Instrukcje, zakazy, nakazy	98,8	1,2	96,7	3,3	0,070	1	0,792	1
11.	Odpoczynek	96,3	3,7	98,3	1,7	0,043	1	0,836	1
12.	Lekarz	98,8	1,2	100,0	0,0	0,000	1	1,000	1
13.	Dentysta	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
14.	Praca, prace domowe	80,2	19,8	81,7	18,3	0,045	1	0,832	0
15.	Brak objawów choroby	91,4	8,6	66,7	33,3	13,573	1	0,000	0
16.	Oznaki dobrego samopoczucia	27,2	72,8	25,0	75,0	0,083	1	0,773	0
17.	Rozmawianie	97,5	2,5	95,0	5,0	0,118	1	0,732	1
18.	Śpiew	95,1	4,9	98,3	1,7	0,334	1	0,563	1
19.	Taniec	95,1	4,9	96,7	3,3	0,002	1	0,964	1
20.	Zabawa	80,2	19,8	73,3	26,7	0,939	1	0,333	0
21.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	96,3	3,7	100,0	0,0	0,840	1	0,359	1
22.	Nauka	92,6	7,4	80,0	20,0	4,908	1	0,027	0

Tabela 4. ukazuje, że między dziewczynkami z odmiennych typów klas pojawiły się znaczące statystycznie różnice w charakteryzowaniu zdrowego człowieka. Aż jedna trzecia dziewczynek (33,3%) z klas zwykłych opisała wygląd i zachowanie osoby zdrowej w kategoriach normy lub, inaczej mówiąc, precyzowała, jak zdrowa osoba nie wygląda. W porównaniu z dziewczynkami z klas integracyjnych (niecałe 9%) różnica okazała się znacząca ($\chi^2 = 13,573$, $p = 0,000$). Również ta sama grupa dziewczynek częściej łączyła zdrowie z możliwością kształcenia się niż dziewczynki z klas integracyjnych ($\chi^2 = 4,908$, $p = 0,027$).

Podobnie porównano grupy chłopców różniących się doświadczeniem edukacyjnym. W tabeli 5. zestawiono procenty udzielonych wypowiedzi chłopców z klas integracyjnych i zwykłych, dotyczące każdej z kategorii, natomiast w tabeli 6. pokazano statystycznie istotne różnice między obydwoma grupami chłopców.

Tabela 5

**Kategorie opisu cech zdrowego człowieka w grupach zdrowych chłopców
o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym
(w procentach)**

Lp.	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Zdrowi chłopcy z klas integracyjnych (N = 77)	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Zdrowi chłopcy z klas zwykłych (N = 50)
1	2	3	4	5
1.	Oznaki dobrego samopoczucia	63,6	Oznaki dobrego samopoczucia	72,0
2.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	62,3	Ruch, aktywność fizyczna, sport	42,0
3.	Brak objawów choroby	19,5	Brak objawów choroby	34,0
4.	Jedzenie i picie	16,9	Praca, prace domowe	24,0
5.	Zabawa	15,6	Jedzenie i picie	20,0
6.	Nauka	14,3	Zabawa	18,0
7.	Świeże powietrze, spacer	13,0	Nauka	14,0
8.	Praca, prace domowe	11,7	Świeże powietrze, spacer	10,0
9.	Ćwiczenia fizyczne	5,2	Ćwiczenia fizyczne	8,0
10.	Śpiew	5,2	Nie używanie alkoholu, papierosów, narkotyków	6,0
11.	Mycie zębów	3,9	Korzystanie z PC i oglądanie TV	4,0

cd. tab. 5

1	2	3	4	5
12.	Nieuzywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	3,9	Higiena	2,0
13.	Utrzymanie temperatury	3,9	Instrukcje, zakazy, nakazy	2,0
14.	Higiena	2,6	Odpooczynek	2,0
15.	Taniec	2,6	Rozmawianie	2,0
16.	Korzystanie z PC i oglądanie TV	2,6	Mycie zębów	0,0
17.	Leki, witaminy	1,3	Leki, witaminy	0,0
18.	Odpooczynek	1,3	Utrzymanie temperatury	0,0
19.	Instrukcje, zakazy, nakazy	0,0	Lekarz	0,0
20.	Lekarz	0,0	Dentysta	0,0
21.	Dentysta	0,0	Śpiew	0,0
22.	Rozmawianie	0,0	Taniec	0,0

Z tabeli 5. wynika, że w zależności od doświadczenia rówieśniczego badani chłopcy opisywali zdrowego człowieka w nieco inny sposób. Obie grupy za najważniejsze w swych charakterystykach uznały dobre samopoczucie, ruch oraz brak objawów choroby, jednakże proporcje wypowiedzi wskazują na ciekawe rozbieżności. Dla chłopców z klas zwykłych ważniejsze były — brak choroby oraz dobre samopoczucie, a dla zdrowych chłopców z klas integracyjnych — aktywność fizyczna i czerpanie z niej zadowolenia. W pozostałych kategoriach wypowiedzi rozłożyły się podobnie.

Wyniki tabeli 5. potwierdzają dane z tabeli 6.

Chłopcy z klas integracyjnych częściej niż chłopcy z klas zwykłych wymieniali, opisując zdrowego człowieka, wiele form aktywności ruchowej ($\chi^2 = 5,053$, $p = 0,025$). Chłopcy z klas zwykłych natomiast częściej przedstawiali zdrowego człowieka w kategoriach normy lub braku choroby, a także wymieniając cechy i zachowania świadczące o dobrym samopoczuciu. Różnice te nie są wprawdzie istotne statystycznie, można jednak mówić o pewnej tendencji do ujmowania zdrowia w kategoriach normy ($\chi^2 = 3,391$, $p = 0,066$).

W tabeli 7. Zestawiono (w procentach) udzielone wypowiedzi na temat sposobów dbania o własne zdrowie w porządku malejącym, osobno dla grupy dzieci zdrowych z klas integracyjnych oraz dla grupy dzieci z klas zwykłych.

Tabela 6

**Różnice w opisie cech zdrowego człowieka przez grupy zdrowych chłopców
o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym
(w procentach, N = 127)**

Lp.	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Zdrowi chłopcy z klas integracyjnych (N = 77)		Zdrowi chłopcy z klas zwykłych (N = 50)		Test chi ²			Korekta chi ²
		brak	jest	brak	jest	chi ²	df	p	
1.	Jedzenie i picie	83,1	16,9	80,0	20,0	0,199	1	0,656	0
2.	Higiena	97,4	2,6	98,0	2,0	0,000	1	1,000	1
3.	Mycie zębów	96,1	3,9	100,0	0,0	0,663	1	0,415	1
4.	Ćwiczenia fizyczne	94,8	5,2	92,0	8,0	0,069	1	0,793	1
5.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	37,7	62,3	58,0	42,0	5,053	1	0,025	0
6.	Świeże powietrze, spacer	87,0	13,0	90,0	10,0	0,260	1	0,610	0
7.	Leki, witaminy	98,7	1,3	100,0	0,0	0,000	1	1,000	1
8.	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	96,1	3,9	94,0	6,0	0,014	1	0,906	1
9.	Utrzymanie temperatury	96,1	3,9	100,0	0,0	0,663	1	0,415	1
10.	Instrukcje, zakazy, nakazy	100,0	0,0	98,0	2,0	0,048	1	0,827	1
11.	Odpoczynek	98,7	1,3	98,0	2,0	0,000	1	1,000	1
12.	Lekarz	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
13.	Dentysta	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
14.	Praca, prace domowe	88,3	11,7	76,0	24,0	3,329	1	0,068	0
15.	Brak objawów choroby	80,5	19,5	66,0	34,0	3,391	1	0,066	0
16.	Oznaki dobrego samopoczucia	36,4	63,6	28,0	72,0	0,958	1	0,328	0
17.	Rozmawianie	100,0	0,0	98,0	2,0	0,048	1	0,827	1
18.	Śpiew	94,8	5,2	100,0	0,0	1,249	1	0,264	1
19.	Taniec	97,4	2,6	100,0	0,0	0,176	1	0,675	1
20.	Zabawa	84,4	15,6	82,0	18,0	0,128	1	0,720	0
21.	Korzystanie z PC i oglądanie TV	97,4	2,6	96,0	4,0	0,000	1	1,000	1
22.	Nauka	85,7	14,3	86,0	14,0	0,002	1	0,964	0

Tabela 7

Sposoby dbania o własne zdrowie, wymienione w grupach dzieci zdrowych z klas integracyjnych i zwykłych (w procentach)

Lp.	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Dzieci zdrowe z klas integra- cyjnych	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Dzieci zdrowe z klas zwykłych
1.	Jedzenie i picie	59,5	Jedzenie i picie	60,0
2.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	39,9	Ruch, aktywność fizyczna, sport	40,9
3.	Świeże powietrze, spacer	17,7	Świeże powietrze, spacer	22,7
4.	Leki, witaminy	17,7	Oznaki dobrego samopoczucia	16,4
5.	Ćwiczenia fizyczne	16,5	Utrzymanie temperatury	14,5
6.	Utrzymanie temperatury	12,0	Mycie zębów	12,7
7.	Higiena	10,8	Ćwiczenie fizyczne	12,7
8.	Mycie zębów	10,1	Higiena	11,8
9.	Oznaki dobrego samopoczucia	10,1	Leki, witaminy	11,8
10.	Zabawa	7,0	Instrukcje, zakazy, nakazy	7,3
11.	Instrukcje, zakazy, nakazy	6,3	Nauka	6,4
12.	Odpoczynek	5,7	Odpoczynek	5,5
13.	Lekarz	4,4	Zabawa	4,5
14.	Nauka	3,2	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	4,5
15.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	2,5	Lekarz	3,6
16.	Dentysta	0,0	Dentysta	0,0

Według danych z tabeli 7. proporcje wypowiedzi udzielanych w obu grupach są bardzo wyrównane, a zatem dzieci z klas integracyjnych i dzieci z klas zwykłych podały podobne sposoby pielęgnowania własnego zdrowia. Nieco więcej dzieci z klas zwykłych przykładało wagę do dobrego samopoczucia, dla dzieci z klas integracyjnych nieco ważniejsze były regularna gimnastyka oraz przyjmowanie witamin i leków.

Tabela 8. przedstawia proporcje podawanych przez dzieci kategorii opisu cech zdrowego człowieka, uwzględniając podział dzieci na grupy różniące się doświadczeniem rówieśniczym, oraz obliczone wartości testu χ^2 .

Jak wynika z tabeli, między zdrowymi dziećmi z klas integracyjnych oraz klas zwykłych nie było istotnych statystycznie różnic w zakresie podawanych przez nich sposobów dbania o własne zdrowie.

Tabela 8

**Różnice w opisie sposobów dbania o zdrowie,
wymienionych przez grupę dzieci zdrowych z klas integracyjnych i zwykłych
(w procentach, N = 268)**

Lp.	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Dzieci zdrowe z klas integracyjnych (N = 158)		Dzieci zdrowe z klas zwykłych (N = 110)		Test chi ²			Korek- ta chi ²
		brak	jest	brak	jest	chi ²	df	p	
1.	Jedzenie i picie	40,5	59,5	40,0	60,0	0,007	1	0,934	0
2.	Higiena	89,2	10,8	88,2	11,8	0,073	1	0,787	0
3.	Mycie zębów	89,9	10,1	87,3	12,7	0,441	1	0,507	0
4.	Ćwiczenia fizyczne	83,5	16,5	87,3	12,7	0,710	1	0,399	0
5.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	60,1	39,9	59,1	40,9	0,029	1	0,865	0
6.	Świeże powietrze, spacer	82,3	17,7	77,3	22,7	1,024	1	0,312	0
7.	Leki, witaminy	82,3	17,7	88,2	11,8	1,744	1	0,187	0
9.	Utrzymanie temperatury	88,0	12,0	85,5	14,5	0,363	1	0,547	0
10.	Instrukcje, zakazy, nakazy	93,7	6,3	92,7	7,3	0,092	1	0,761	0
11.	Odpoczynek	94,3	5,7	94,5	5,5	0,007	1	0,933	0
12.	Lekarz	95,6	4,4	96,4	3,6	0,000	1	0,993	1
13.	Dentysta	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
16.	Oznaki dobrego samopoczucia	89,9	10,1	83,6	16,4	2,277	1	0,131	0
20.	Zabawa	93,0	7,0	95,5	4,5	0,675	1	0,411	0
21.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądanie TV	97,5	2,5	95,5	4,5	0,309	1	0,579	1
22.	Nauka	96,8	3,2	93,6	6,4	0,894	1	0,344	1

Rodzaje starań na rzecz utrzymania dobrej kondycji zdrowotnej, które wymieniły zdrowe dziewczynki z klas integracyjnych i zwykłych, przedstawia tabela 9.

Tabela 9

**Kategorie opisu sposobów dbania o własne zdrowie
w grupach zdrowych dziewczynki z klas integracyjnych i zwykłych
(w procentach)**

Lp.	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Zdrowe dziewczynki z klas integracyjnych	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Zdrowe dziewczynki z klas zwykłych
1.	Jedzenie i picie	61,7	Jedzenie i picie	63,3
2.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	40,7	Ruch, aktywność fizyczna, sport	35,0
3.	Świeże powietrze, spacer	19,8	Świeże powietrze, spacer	31,7
4.	Ćwiczenia fizyczne	17,3	Higiena	18,3
5.	Leki, witaminy	17,3	Oznaki dobrego samopoczucia	18,3
6.	Utrzymanie temperatury	16,0	Ćwiczenia fizyczne	15,0
7.	Oznaki dobrego samopoczucia	12,3	Utrzymanie temperatury	15,0
8.	Higiena	7,4	Mycie zębów	11,7
9.	Odoczynek	7,4	Leki, witaminy	11,7
10.	Lekarz	7,4	Nauka	11,7
11.	Zabawa	7,4	Instrukcje, zakazy, nakazy	8,3
12.	Mycie zębów	6,2	Zabawa	6,7
13.	Instrukcje, zakazy, nakazy	4,9	Odoczynek	5,0
14.	Nauka	4,9	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	3,3
15.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	1,2	Lekarz	1,7
16.	Dentysta	0,0	Dentysta	0,0

Dane z tabeli 9. świadczą, że dziewczynki z obu klas wymieniły podobne sposoby troski o zdrowie. Dziewczynki z klas zwykłych nieco większą wagę przywiązały do zabiegów higienicznych oraz do przebywania na świeżym powietrzu i utrzymywania dobrego nastroju. Dziewczynki z klas integracyjnych przypisały większe znaczenie przyjmowaniu leków i witamin oraz korzystaniu z porad lekarskich.

Tabela 10

Różnice w opisie sposobów dbania o własne zdrowie, wymienionych przez zdrowe dziewczynki o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach, N = 141)

Lp.	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Zdrowe dziewczynki z klas integracyjnych (N = 81)		Zdrowe dziewczynki z klas zwykłych (N = 60)		Test chi ²			Korekta chi ²
		brak	jest	brak	jest	chi ²	df	p	
1.	Jedzenie i picie	38,3	61,7	36,7	63,3	0,038	1	0,846	0
2.	Higiena	92,6	7,4	81,7	18,3	3,881	1	0,049	0
3.	Mycie zębów	93,8	6,2	88,3	11,7	1,336	1	0,248	0
4.	Ćwiczenia fizyczne	82,7	17,3	85,0	15,0	0,132	1	0,717	0
5.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	59,3	40,7	65,0	35,0	0,481	1	0,488	0
6.	Świeże powietrze, spacer	80,2	19,8	68,3	31,7	2,622	1	0,105	0
7.	Leki, witaminy	82,7	17,3	88,3	11,7	0,858	1	0,354	0
9.	Utrzymanie temperatury	84,0	16,0	85,0	15,0	0,029	1	0,865	0
10.	Instrukcje, zakazy, nakazy	95,1	4,9	91,7	8,3	0,218	1	0,641	1
11.	Odpoczynek	92,6	7,4	95,0	5,0	0,053	1	0,818	1
12.	Lekarz	92,6	7,4	98,3	1,7	1,345	1	0,246	1
13.	Dentysta	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
16.	Oznaki dobrego samopoczucia	87,7	12,3	81,7	18,3	0,975	1	0,323	0
20.	Zabawa	92,6	7,4	93,3	6,7	0,000	1	1,000	1
21.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądanie TV	98,8	1,2	96,7	3,3	0,070	1	0,792	1
22.	Nauka	95,1	4,9	88,3	11,7	1,335	1	0,248	1

Tabela 10. potwierdza wcześniejsze przypuszczenia — w zakresie zabiegów związanych z higieną ciała między dziewczynkami z klas integracyjnych i zwykłych zaznaczyła się istotna statystycznie różnica ($\chi^2 = 3,881$, $p = 0,049$). Znacznie bardziej przekonane o wpływie higieny na stan zdrowia były dziewczynki z klas zwykłych. W odniesieniu do pozostałych kategorii sposobów troski o własne zdrowie, które wymieniły zdrowe dziewczynki, występujące różnice nie okazały się statystycznie istotne.

Tabela 11. ukazuje częstotliwość wypowiedzi zdrowych chłopców o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym na temat zachowań służących zdrowiu.

Tabela 11

Wypowiedzi zdrowych chłopców o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym na temat sposobów dbania o własne zdrowie (w procentach)

Lp.	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Zdrowi chłopcy z klas integracyj- nych	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Zdrowi chłopcy z klas zwykłych
1.	Jedzenie i picie	57,1	Jedzenie i picie	56,0
2.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	39,0	Ruch, aktywność fizyczna, sport	48,0
3.	Leki, witaminy	18,2	Mycie zębów	14,0
4.	Ćwiczenia fizyczne	15,6	Utrzymanie temperatury	14,0
5.	Świeże powietrze, spacer	15,6	Oznaki dobrego samopoczucia	14,0
6.	Higiena	14,3	Świeże powietrze, spacer	12,0
7.	Mycie zębów	14,3	Leki, witaminy	12,0
8.	Utrzymanie temperatury	7,8	Ćwiczenia fizyczne	10,0
9.	Instrukcje, zakazy, nakazy	7,8	Instrukcje, zakazy, nakazy	6,0
10.	Oznaki dobrego samopoczucia	7,8	Odpuzynek	6,0
11.	Zabawa	6,5	Lekarz	6,0
12.	Odpuzynek	3,9	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	6,0
13.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	3,9	Higiena	4,0
14.	Lekarz	1,3	Zabawa	2,0
15.	Nauka	1,3	Dentysta	0,0
16.	Dentysta	57,1	Nauka	0,0

Według tabeli 11. zdrowi chłopcy z klas integracyjnych nieco częściej niż chłopcy z klas zwykłych podawali wykonywanie zabiegów higienicznych, uprawianie ćwiczeń fizycznych oraz przyjmowanie lekarstw i witamin. Chłopcy z klas zwykłych częściej z kolei wymieniali ruch oraz dbałość o utrzymanie odpowiedniej temperatury ciała, a także starania o zachowanie dobrego samopoczucia. Z tabeli 12. wynika natomiast, że

różnice nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej, można mówić jedynie o pewnej tendencji do przypisywania zabiegom higienicznym większej wagi przez chłopców z klas integracyjnych ($\chi^2 = 3,490$, $p = 0,062$).

Tabela 12

Różnice w opisie sposobów dbania o własne zdrowie, wymienionych przez zdrowych chłopców o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach, N = 127)

Lp.	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Zdrowi chłopcy z klas integracyjnych (N = 77)		Zdrowi chłopcy z klas zwykłych (N = 50)		Test χ^2			Korekta χ^2
		brak	jest	brak	jest	χ^2	df	p	
1.	Jedzenie i picie	42,9	57,1	44,0	56,0	0,016	1	0,899	0
2.	Higiena	85,7	14,3	96,0	4,0	3,490	1	0,062	0
3.	Mycie zębów	85,7	14,3	86,0	14,0	0,002	1	0,964	0
4.	Ćwiczenia fizyczne	84,4	15,6	90,0	10,0	0,815	1	0,367	0
5.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	61,0	39,0	52,0	48,0	1,013	1	0,314	0
6.	Świeże powietrze, spacer	84,4	15,6	88,0	12,0	0,320	1	0,571	0
7.	Leki, witaminy	81,8	18,2	88,0	12,0	0,873	1	0,350	0
9.	Utrzymanie temperatury	92,2	7,8	86,0	14,0	1,271	1	0,259	0
10.	Instrukcje, zakazy, nakazy	92,2	7,8	94,0	6,0	0,001	1	0,976	1
11.	Odpoczynek	96,1	3,9	94,0	6,0	0,014	1	0,906	1
12.	Lekarz	98,7	1,3	94,0	6,0	0,926	1	0,336	1
13.	Dentysta	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
16.	Oznaki dobrego samopoczucia	92,2	7,8	86,0	14,0	1,271	1	0,259	0
20.	Zabawa	93,5	6,5	98,0	2,0	0,545	1	0,460	1
21.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	96,1	3,9	94,0	6,0	0,014	1	0,906	1
22.	Nauka	98,7	1,3	100,0	0,0	0,000	1	1,000	1

W tabeli 13. zestawiono średnie wszystkich wypowiedzi dzieci z klas integracyjnych i zwykłych w każdej z czterech kategorii zasobów zdrowia. Tabela 14. przedstawia wyniki testu istotności różnic między średnimi z grupy zdrowych dzieci z klas integracyjnych i klas zwykłych.

Tabela 13

**Kategorie zasobów zdrowia — zestawienie średnich
z wypowiedzi grup dzieci
o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym**

Kategorie zasobów zdrowia	Dzieci zdrowe z klas	N	Średnia	Odchylenie standardowe
Zasoby edukacyjne	integracyjnych	158	11,91	2,33
	zwykłych	110	12,28	2,14
Zasoby informacyjne	integracyjnych	158	13,55	1,71
	zwykłych	110	13,47	1,37
Zasoby interpersonalne	integracyjnych	158	8,90	2,89
	zwykłych	110	9,45	3,05
Zasoby intrapersonalne	integracyjnych	158	9,67	3,25
	zwykłych	110	10,15	2,87

Tabela 14

**Kategorie zasobów zdrowia a doświadczenie rówieśnicze
(test dla prób niezależnych)**

Kategorie zasobów zdrowia	Założenie o równości wariancji	Test t równości średnich		
		t	df	istotność (dwustronna)
Zasoby edukacyjne	założenie równości	-1,324	266	0,187
	niezałożenie równości	-1,344	246,714	0,180
Zasoby informacyjne	założenie równości	0,398	266	0,691
	niezałożenie równości	0,413	260,414	0,680
Zasoby interpersonalne	założenie równości	-1,514	266	0,131
	niezałożenie równości	-1,499	226,550	0,135
Zasoby intrapersonalne	założenie równości	-1,231	266	0,219
	niezałożenie równości	-1,259	251,432	0,209

Tabela 14. pokazuje, że między porównywanymi grupami nie było żadnej istotnej statystycznie różnicy w zakresie spostrzeganej ważności czterech wybranych zasobów zdrowia. Można zatem stwierdzić, że dzieci zdrowe z obydwu grup w zbliżony sposób oceniały ważność wskazanych zasobów zdrowia.

W tabeli 15. zestawiono średnie wszystkich odpowiedzi, które udzieliła grupa dziewczynek z klas integracyjnych i z klas zwykłych, na temat każdej z czterech kategorii zasobów zdrowia. Tabela 16. przedstawia wyniki testu istotności różnic między średnimi z grupy zdrowych dziewczynek z klas integracyjnych i z klas zwykłych.

Tabela 15

**Kategorie zasobów zdrowia — zestawienie średnich,
uzyskanych w grupie dziewczynek
o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym**

Kategorie zasobów zdrowia	Grupa zdrowych dziewczynek z klas	N	Średnia	Odchylenie standardowe
Zasoby edukacyjne	integracyjnych	81	11,89	2,10
	zwykłych	60	12,30	2,07
Zasoby informacyjne	integracyjnych	81	13,78	1,52
	zwykłych	60	13,63	1,41
Zasoby interpersonalne	integracyjnych	81	8,69	2,73
	zwykłych	60	9,68	3,11
Zasoby intrapersonalne	integracyjnych	81	10,00	3,37
	zwykłych	60	10,10	3,05

Tabela 16

**Kategorie zasobów zdrowia a doświadczenie rówieśnicze dziewczynek
(test dla prób niezależnych)**

Kategorie zasobów zdrowia	Założenie o równości wariancji	Test t równości średnich		
		t	df	istotność (dwustronna)
Zasoby edukacyjne	założenie równości	-1,157	139	0,249
	niezałożenie równości	-1,160	128,220	0,248
Zasoby informacyjne	założenie równości	0,573	139	0,567
	niezałożenie równości	0,580	132,129	0,563
Zasoby interpersonalne	założenie równości	-2,012	139	0,046
	niezałożenie równości	-1,974	117,426	0,051
Zasoby intrapersonalne	założenie równości	-0,181	139	0,856
	niezałożenie równości	-0,184	133,575	0,854

Z tabeli 16. wynika, że w zakresie spostrzeganej ważności zasobów zdrowia dziewczynki z klas zwykłych przykładały większą wagę do zasobów interpersonalnych niż zdrowe dziewczynki z klas integracyjnych ($t = -2,012$, $df = 139$, $p = 0,045$). W odniesieniu do pozostałych kategorii zasobów zdrowia różnice między dziewczynkami z różnych klas nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 17. zestawiono średnie wszystkich odpowiedzi, które udzieliła grupa zdrowych chłopców z klas integracyjnych i klas zwykłych, w zakresie czterech kategorii zasobów zdrowia. Tabela 18. przedstawia wyniki

testu istotności różnic między średnimi, uzyskanymi w grupie zdrowych chłopców z klas integracyjnych i z klas zwykłych.

Tabela 17

Kategorie zasobów zdrowia — zestawienie średnich, uzyskanych w grupie chłopców o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym

Kategorie zasobów zdrowia	Grupa zdrowych chłopców z klas	N	Średnia	Odchylenie standardowe
Zasoby edukacyjne	integracyjnych	77	11,94	2,57
	zwykłych	50	12,26	2,24
Zasoby informacyjne	integracyjnych	77	13,31	1,86
	zwykłych	50	13,28	1,31
Zasoby interpersonalne	integracyjnych	77	9,12	3,06
	zwykłych	50	9,18	2,99
Zasoby intrapersonalne	integracyjnych	77	9,32	3,11
	zwykłych	50	10,20	2,68

Tabela 18

Kategorie zasobów zdrowia a doświadczenie rówieśnicze chłopców (test dla prób niezależnych)

Kategorie zasobów zdrowia	Założenie o równości wariancji	Test t równości średnich		
		t	df	istotność (dwustronna)
Zasoby edukacyjne	założenie równości	-0,732	125	0,465
	niezałożenie równości	-0,754	114,538	0,453
Zasoby informacyjne	założenie równości	0,105	125	0,917
	niezałożenie równości	0,113	124,106	0,911
Zasoby interpersonalne	założenie równości	-0,115	125	0,909
	niezałożenie równości	-0,115	106,512	0,908
Zasoby intrapersonalne	założenie równości	-1,634	125	0,105
	niezałożenie równości	-1,687	115,300	0,094

Dane z tabeli 18. świadczą, że między zdrowymi chłopcami z dwóch różnych klas nie ma istotnych statystycznie różnic, gdy chodzi o postrzeżoną ważność wskazanych zasobów zdrowia.

Otrzymane w badaniach własnych wyniki okazały się niezwykle ciekawe. Zebrane od dzieci wypowiedzi stanowią unikalne odzwierciedlenie dziecięcej epistemologii związanej z pojęciem zdrowia. Podstawę prezentowanych badań stanowi założenie, że wiedza o otaczającej rzeczy-

wistości kształtuje się i zmienia w wyniku przetwarzania napływających z różnych źródeł doświadczeń. Doświadczenia związane ze zdrowiem i z chorobą wpisane są w ludzki los od pierwszych chwil po narodzeniu. Konstruowana w początkowych latach życia wiedza na temat zdrowia podlega głównie wpływowi najbliższych dziecku środowisk, a w decydującej mierze wpływom rodziny. W świetle tego faktu jest bardzo interesujące, że — mimo silnych oddziaływań rodzinnych — wśród dzieci zdrowych o odmiennym i bardzo specyficznym doświadczeniu rówieśniczym zaznaczają się jednak pewne znaczące zmiany w patrzeniu na istotę zdrowia. Wspomniane różnice dotyczą treści, których jedynym autorem jest samo dziecko, w sposób podmiotowy ujmujące zjawiska.

Wypowiedzi dzieci, opisujące charakterystyczne cechy zdrowego człowieka, skupiały się najczęściej na cechach towarzyszących zdrowiu: dobrym samopoczuciu, aktywności ruchowej i zadaniowej, lub na nieobecnych oznakach choroby. W opinii dzieci zdrowy człowiek czuje się dobrze, jest zadowolony i szczęśliwy, fizycznie nic mu nie dolega i dlatego może być aktywny w różnych sferach życia — w szkole, w pracy i w czasie wolnym (sport, spacer, zabawa). Aktywność zdrowego człowieka wyraża się też w sposobach dbania o siebie i o własne zdrowie. Badane dzieci wskazywały na wspomniany już ruch — sporty, spacer, ćwiczenia fizyczne, oraz zdrowy styl odżywiania się. O wiele rzadziej pojawiały się natomiast wypowiedzi mówiące o tym, że zdrowa osoba powinna przestrzegać zasad higieny, dbać o utrzymanie odpowiedniej ciepłoty ciała i wzmacniać organizm, przyjmując witaminy. Zaskakujący okazał się fakt, że w dziecięcych wypowiedziach zabrakło profilaktycznych wizyt u lekarza i stomatologa.

W badaniach pytano dzieci o pewne zasoby oraz o ważność tych grup zasobów dla zdrowia. Jeśli chodzi o zasoby edukacyjne i informacyjne, okazało się, że dzieci dostrzegają potrzebę zdobywania wiedzy, dzięki której można aktywnie i efektywnie wpływać na swoje zdrowie, a sam proces zdobywania nowej wiedzy utożsamiają z przyjemnymi doznaniem. Zdania dzieci co do stopnia ważności zasobów interpersonalnych i intrapersonalnych były podzielone, jednak w wypadku możliwości uzyskania wsparcia rówieśniczego większość z nich oceniła je jako bardzo ważne dla zdrowia. Za ważne dla zdrowia dzieci uznały takie cechy osobowe, jak wiara we własne siły i gotowość niesienia wsparcia innym.

W podawanych przez badane dzieci sposobach dbania o zdrowie przeważała wprawdzie troska o ciało, lecz część badanych dzieci dostrzegła związek między zdrowiem i dbałością o dobre samopoczucie w sensie psychicznym. To ważny wniosek, zwłaszcza jeśli się porówna wyniki innych badań nad zachowaniami zdrowotnymi dzieci w podobnym wieku, w których wspomniana kategoria w ogóle nie występuje.

Podsumowując zatem rozważania nad komponentami koncepcji zdrowia, jaką mają dzieci w okresie średniego dzieciństwa, wyłania się złożony, a przy tym dość spójny obraz zdrowia, odpowiadający treściowo opisanemu w literaturze holistyczno-funkcjonalnemu modelowi zdrowia (por. np. Sęk, 1997). Obraz ten nawiązuje jednocześnie do dwóch z trzech kategorii subiektywnych koncepcji zdrowia podawanych przez Herzlich, dzieci bowiem opisują zdrowie jako ważny potencjał, a także jako współgranie ciała i umysłu oraz człowieka i otoczenia. Opisy dzieci wskazują ponadto na podmiotową perspektywę w porządkowaniu informacji dotyczących zdrowia. Potrafią one wskazać istotne, z ich punktu widzenia, wymiary funkcjonowania człowieka, czyli wymiar intrapersonalny i interpersonalny, które dostępne są przez zdrowie i dzięki zdrowiu.

Zdrowie w wymiarze intrapersonalnym większość dzieci utożsamia przede wszystkim z dobrym samopoczuciem, przeżywaniem pozytywnych emocji, energią do działania oraz wiarą we własne możliwości. Sposób pojmowania zdrowia przekłada się na zachowania i działania podejmowane w celu zadbania o siebie i swe zdrowie. Wachlarz dziecięcych starań o zdrowie obejmuje nie tylko wszelkie przejawy troski o ciało, ale i dbanie o zachowanie dobrego samopoczucia, opisywanego jako pogodne nastawienie do życia, podchodzenie do wielu spraw z humorem.

W odniesieniu do wymiaru interpersonalnego dzieci wskazują właściwie wszystkie najważniejsze obszary, w których człowiek zdrowy może być aktywnym sprawcą zdarzeń — aktywność zabawową, edukacyjną, zawodową oraz aktywność związaną z prowadzeniem domu rodzinnego. Dzieci dostrzegają też związki między omawianymi wymiarami, na przykład w zakresie wsparcia rówieśniczego własna inicjatywa przejawia się w pomaganiu innym, można też na taką pomoc liczyć.

Wspomniane wnioski nie oznaczają jednak, że w wypowiedziach dzieci nie pojawiały się w ogóle treści odpowiadające biomedycznemu podejściu w wyjaśnianiu zdrowia. Kategoria obejmująca opisy zdrowia jako braku oznak choroby stanowi integralną część dziecięcych wypowiedzi. W wypowiedziach tych występowały opisy zarówno objawów i dolegliwości związanych z niegroźnymi infekcjami (katar, kaszel, wysypka), jak i opisy odnoszące się do zdrowia jako normy (normalny wygląd, zdrowe ciało, dobra forma). Nawiązując do nakreślonego wcześniej holistycznego ujmowania przez dzieci zdrowia, włączenie do jego opisów także towarzyszących człowiekowi dolegliwości można traktować jako oswojenie się dzieci z przeciwnym krańcem zdrowia i uświadomienie sobie jego kruchości.

Zdrowi uczniowie z klas integracyjnych spotykają się na co dzień z chorobą innych dzieci, postawiono im zatem pytanie, czy takie kontakty mogą w jakiś sposób zmienić ich koncepcję zdrowia. Wyniki badań własnych

potwierdzają, że pytanie to zostało słusznie zadane. Grupy dzieci o odmiennych doświadczeniach rówieśniczych rzeczywiście różnie ujmowały zdrowie. Różnice zaznaczają się także w koncepcjach zdrowia, jakie mieli chłopcy i dziewczynki.

Opisując charakterystyczne cechy osoby zdrowej, dzieci z klas tradycyjnych częściej niż dzieci zdrowe z klas integracyjnych wspominały o braku dolegliwości fizycznych. Odwoływanie się do medycznych kryteriów opisu zdrowia stanowi w tym wypadku wyraźne odniesienie do biomedycznego modelu zdrowia czy też do wymienianej przez Herzlich subiektywnej kategorii zdrowia — „zdrowia w próżni” (por. Sęk i in., 1992; Sęk, 1997). Jak donoszą Schmidt i Fröhling (2000), nawiązywanie w opisach zdrowia do jego negatywnej definicji (zdrowie jako brak chorób i niesprawności) stanowi najczęstszy sposób opisywania zdrowia przez dzieci, niezależnie od wieku (autorzy badali dzieci między 5. a 16. rokiem życia); można więc sposób ten nazwać charakterystycznym dla okresu dzieciństwa. Oprócz wspomnianej definicji negatywnej autorzy podają również dwie inne kategorie definiowania zdrowia przez dzieci: dobre samopoczucie połączone z energią oraz pełne funkcjonowanie w różnych sferach życia. Wyniki badań własnych korespondują częściowo z wynikami, które prezentują Schmidt i Fröhling. Niezależnie bowiem od rodzaju doświadczenia rówieśniczego, jako najważniejsze kategorie opisu dzieci wymieniały oznaki dobrego samopoczucia oraz ruch, aktywność fizyczną, sport. Dzieci z klas tradycyjnych kategorię „brak objawów choroby” umieściły jednak na trzecim miejscu, podczas gdy dzieci zdrowe z klas integracyjnych dopiero na miejscu siódmym, wśród innych kategorii, odzwierciedlających różne formy aktywności w życiu codziennym. Wydaje się zatem, że dzieci zdrowe z klas integracyjnych częściej odwołują się do wewnętrznych kryteriów, a rzadziej łączą zdrowie z brakiem choroby. Można przypuszczać, że to właśnie spotkanie z chorym rówieśnikiem przyczyniło się do zweryfikowania kryteriów opisu zdrowia, jakie mają dzieci zdrowe z klas integracyjnych, i do lokowania opisów zdrowia częściej „poza ciałem”. Dostrzegają one prawdopodobnie u niepełnosprawnych nieco inne cele i możliwości rozwoju, odkrywają przy tym jednak, że ograniczenia ciała niekoniecznie pozbawiają człowieka szans na zabawę czy naukę, że pozwalają na realizowanie zwyczajnej codziennej aktywności, choć czasem może bywa to trudniejsze.

Kolejną różnicą w opisie zdrowego człowieka okazała się aktywność ruchowa, gdyż zdrowe dzieci z klas integracyjnych znacznie częściej ją wymieniały. Pozwala to przypuszczać, że obcując z niepełnosprawnymi rówieśnikami, jako stałą grupą odniesienia, dzieci pełnosprawne bardziej doceniają własną sprawność w tych obszarach, które niepełnosprawnym nie są łatwo lub wcale dostępne. Wydaje się, że dzieci zdrowe w klasach

integracyjnych dość dobrze orientują się w ograniczeniach i możliwościach niepełnosprawnych rówieśników, związanych niejednokrotnie z obniżoną jakością życia, dlatego gotowe są bardziej **doceniać** swoje możliwości i zasoby. Przywiązują zatem dużą wagę do sprawności fizycznej, którą można wiązać ze sporym zapasem energii i siły do działania, ale też z przyjemnością, jaką ruch przynosi człowiekowi. Energia i dobry nastrój (będący efektem przeżywania pozytywnych emocji) pozwalają z kolei na realizowanie się w innych ważnych obszarach aktywności człowieka: w zabawie, nauce, pracy.

Podobne prawidłowości uwidaczniają się, jeśli osobno porównać dziewczynki i chłopców. Silnie zaznacza się rozdźwięk między zdrowymi dziewczynkami z klas integracyjnych i zwykłych, te ostatnie bowiem przywiązują wielką wagę do braku objawów choroby. Kolejny raz potwierdza się zatem przypuszczenie, że dziewczynki z klas zwykłych nawiązują częściej w swych opisach zdrowego człowieka do zewnętrznych, obiektywnych kryteriów medycznych, a dziewczynki z klas integracyjnych do kryteriów uwzględniających też różne pozacielesne wyznaczniki zdrowia. Wśród chłopców zauważa się podobną tendencję. Dziewczynki z klas integracyjnych prawdopodobnie są też bardziej wrażliwe na sprawy związane ze zdrowiem. O tym, że dziewczynki z klas zwykłych zwracają większą uwagę na kryteria zewnętrzne w opisywaniu zdrowia, świadczy jeszcze jedna istotna różnica, a mianowicie bardziej podkreślają wartość korzystania z edukacji. Można przyjąć, że realizują one w ten sposób znaczący obecnie przekaz społeczny, w którym kładzie się silny nacisk na wykształcenie. W opiniach nauczycieli bowiem wyścig społeczny zaczyna się już w szkole podstawowej. Z kolei zdrowi chłopcy z klas integracyjnych istotnie częściej patrzą na zdrowie przez pryzmat aktywności fizycznej, szukając być może potwierdzenia własnej sprawności. Porównywanie się z niepełnosprawnymi chłopcami pozwala wysoko ocenić własne możliwości, towarzyszy temu poczucie energii i mocy, co może przypuszczalnie stanowić podstawę budowania samooceny. Chłopcy z klas tradycyjnych częściej opisują zdrowie pod kątem aktywności zawodowej i pracy. Wydaje się, że tak jak wśród ich koleżanek nauka, tak u tych chłopców praca stanowi kolejne zewnętrzne kryterium opisu zdrowia, zgodne ze społecznymi oczekiwaniami stawianymi zdrowym osobom.

Ocena ważności zasobów zdrowia przedstawia się podobnie w obu grupach. Jeżeli natomiast przyjrzymy się osobno dziewczynkom i chłopcom z odmiennym doświadczeniem rówieśniczym i porównamy ich z rówieśnikami z klas zwykłych, dostrzeżemy jednak różnicę między dziewczynkami. Dziewczynki z klas zdrowych przypisują większe znaczenie zasobom interpersonalnym niż dziewczynki z klas integracyjnych. Fakt ten potwierdza doniesienia o niesprzyjających procesom integracji warunkach panu-

jących w szkołach masowych, powodujących osłabienie więzi koleżeńskich w klasach integracyjnych (por. np. M a c i a r z, 1999).

W odniesieniu do sposobów troski o zdrowie zdrowe dzieci podawały podobne metody, niezależnie od klasy, w jakiej się uczyły. Jedyna wyrażona, za to bardzo znacząca różnica wystąpiła przy porównaniu zdrowych dziewczynek z dwóch typów klas. Dziewczynki z klas zwykłych większą uwagę poświęcały zabiegom higienicznym. To kolejny fakt potwierdzający skupienie się dzieci z klas zwykłych na medycznych aspektach w opisywaniu zdrowia. Nie oznacza to bynajmniej, że zdrowe dzieci z klas integracyjnych nie przywiązują wagi do dbania o higienę ciała. Przypuszczalnie więcej z nich jednak stosuje bardziej elastyczne kryteria, skoncentrowane na różnych wymiarach funkcjonowania człowieka.

Wyniki badań potwierdzają słuszność postawionych hipotez. Dzieci ze specyficznym doświadczeniem rówieśniczym — które spotkały osoby „sprawne inaczej” — nieco inaczej opisywały zdrowie niż dzieci, które nie miały takich doświadczeń rówieśniczych. Pod względem treści opisy zdrowia podawane przez dzieci z odmiennym doświadczeniem rówieśniczym nie różniły się między sobą, natomiast ich hierarchia przedstawiała się w obu grupach rozmaicie. Elementy składające się na koncepcję zdrowia dzieci zdrowych z klas integracyjnych odnosiły się częściej do holistyczno-funkcjonalnego modelu zdrowia nie w sensie pominięcia aspektów związanych z biomedycznymi kategoriami zdrowia, lecz w sensie ważnego przesunięcia akcentów w pojmowaniu zdrowia. Dzieci z klas tradycyjnych, bez wspomnianych doświadczeń, odwoływały się nieco częściej w wypowiedziach na temat zdrowia do kategorii charakterystycznych dla biomedycznego sposobu pojmowania zdrowia. Wynik ten można zinterpretować następująco — zdrowe dzieci uczestniczące w procesie integracji, podobnie jak dzieci zdrowe z tradycyjnych szkół, upatrują w zdrowiu możliwość pełnego uczestnictwa w różnych sferach życia. Jednak dzieci ze szkół tradycyjnych wymieniały równocześnie nieodzowny warunek takiego uczestnictwa: pełne zdrowie fizyczne, brak dolegliwości i ograniczeń związanych z chorobą. Dzieci zdrowe z klas integracyjnych natomiast nie stawiały tego warunku tak kategorycznie, można zatem wnioskować, że **w ich mniemaniu ograniczenia wynikające z towarzyszącej człowiekowi niepełnosprawności czy choroby nie przekreślają możliwości aktywnego włączenia się w nurt codziennego życia.**

Zależności te wymagają jednak dalszych badań. Przedstawione wyniki zasygnalizowały, że akcenty w koncepcjach zdrowia, jakie miały obie badane grupy, przedstawiają się nieco inaczej, zachodzi zatem ścisły związek między specyficznym doświadczeniem społecznym integracji a kon-

cepcją zdrowia dzieci pozostających pod wpływem tych doświadczeń. Powstaje pytanie, czy pełniejsza integracja przyczyni się do dalszego wzbogacania koncepcji zdrowia dzieci. Odpowiedź na to pytanie będzie możliwa po podjęciu nowych badań, z kilkuletnim odstępem czasowym, w których czas działał na korzyść integracji oraz na korzyść wszystkich dzieci, które w niej uczestniczą i będą uczestniczyć.

Literatura

- Barłóg K., 2001: *Efekty procesu integracji dzieci pełnosprawnych oraz z mózgowym porażeniem dziecięcym w młodszym wieku szkolnym*. Rzeszów: Wydawnictwo WSP.
- Bogucka J., Brzozowska A., 1996: *Dwie klasy integracyjne w Warszawie*. W: *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Materiały dla nauczycieli i rodziców*. Red. J. Bogucka, M. Kościelska. Warszawa: WOM MEN.
- Bogucka J., Kościelska M., red., 1996: *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Materiały dla nauczycieli i rodziców*. Warszawa: WOM MEN.
- Bonner M., Finney J., 1996: *A psychosocial model of children's health status*. In: *Advances in Clinical Child Psychology*. Eds. T.H. Ollendick, R.J. Prinz. Vol. 18. New York: Plenum Press.
- Dryżałowska G., 1997: *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna. Model kształcenia integracyjnego*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Dubowska A., Hornik B., Niebrój B., Jadamus-Niebrój D., 2002: *Integracja w środowisku zamieszkania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*. W: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i szkole*. Red. E.M. Minczakiewicz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., 2001: *Metody badawcze w naukach społecznych*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Giryński A., Przybylski S., 1993: *Integracja społeczna osób upośledzonych umysłowo w świetle ujawnianych do nich nastawień społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
- Hulek A., 1977: *Pedagogika rewalidacyjna*. Warszawa: WSiP.
- Janion E., 1999: *Stosunki emocjonalno-społeczne między dziećmi pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi w przedszkolnej grupie integracyjnej*. W: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Janiszewska-Nieścioruk Z., 1999a: *Koncepcje społecznej integracji*. W: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Janiszewska-Nieścioruk Z., 1999b: *Społeczna integracja dzieci lekko niepełnosprawnych intelektualnie w rodzinie i środowisku lokalnym*. W: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Janiszewska-Nieścioruk Z., 1999c: *Uwarunkowania społecznej integracji. W: Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych.* Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- John-Borys M., 2002: *Koncepcje zdrowia i choroby u dorastających.* Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kopaliński W., 1978: *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych.* Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Kościelska M., 1996: *Integracja — szansa dla wszystkich uczniów czy sposób zaspokajania potrzeb dzieci specjalnej troski? W: Wychowanie i nauczanie integracyjne. Materiały dla nauczycieli i rodziców.* Red. J. Bogucka, M. Kościelska. Warszawa: WOM MEN.
- Kozielska J., 1998: *Poglądy uczniów szkół masowych dotyczące integracji osób niepełnosprawnych.* Praca licencjacka. Kolegium Nauczycielskie. Bytom, maszynopis.
- Kozubal M., 1993: *Granice integracji.* „Głos Nauczycielski”, nr 3.
- Krause A., 2001: *Integracyjne złudzenia ponowoczesności. Sytuacja ludzi niepełnosprawnych.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lalik A., 1998: *Integracja dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w szkole masowej.* Praca licencjacka. Kolegium Nauczycielskie. Bytom, maszynopis.
- Lipińska J., 1999: *Układ stosunków emocjonalno-społecznych między dziećmi w integracyjnych klasach szkolnych. W: Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych.* Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Łaś H., 1995: *Proces społecznej integracji uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w szkole powszechnej. W: Pomoc psychopedagogiczna dzieciom niepełnosprawnym.* Red. J. Wyczesany. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Łuszczuk W., 1997: *Edukacja integracyjna. Szanse i bariery.* „Auxilium Sociale. Wsparcie Społeczne”, nr 2.
- Maciarz A., 1992: *Uczniowie niepełnosprawni w szkole powszechnej.* Warszawa: WSiP.
- Maciarz A., 1998: *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekłe chorych.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Maciarz A., 2001: *Przemiany w ujęciu istoty i uwarunkowań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych. W: Paradygmaty i przeobrażenia edukacji specjalnej w świetle dorobku Prof. Aleksandra Hulka.* Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Maciarz A., red., 1999: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Minczakiewicz E., 1993: *Postawy społeczne uczniów szkół podstawowych wobec niepełnosprawnych rówieśników.* „Kultura i Edukacja”, nr 3 (5).
- Ministerstwo Edukacji Narodowej, 2001: *O kształceniu integracyjnym i specjalnym.* Biblioteczka Reformy 35. Warszawa: Biuro Administracyjne MEN.
- Mroziak B., 1994: *A. Antonovsky’ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji.* „Nowiny Psychologiczne”, nr 1.
- Müller H., 1996: *Nauczanie otwarte. W: Wychowanie i nauczanie integracyjne. Materiały dla nauczycieli i rodziców.* Red. J. Bogucka, M. Kościelska. Warszawa: WOM MEN.
- Nowak A., 1998: *Integracja edukacyjna — szansą czy zagrożeniem rozwoju niepełnosprawnych? W: Człowiek niepełnosprawny. Zagrożenia i szanse rozwoju.* Red. B. Aouil. Bydgoszcz: WSP.

- Nowicka A., 1999: *Psychospołeczna integracja dzieci przewlekle chorych w klasach normalnych*. W: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Persaud R., 1998: *Pozostać przy zdrowych zmysłach. Jak nie stracić głowy w stresie współczesnego życia?* Warszawa: Wyd. Jacek Santorski & CO.
- Puchalski K., 1994: *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, R. 1, nr 1—2.
- Puchalski K., 1997: *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera. Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.
- Schmidt L.R., Fröhling H., 2000: *Lay concepts of health and illness from a developmental perspective*. „Psychology and Health”, vol. 15, s. 229—238.
- Sęk H., 1997: *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna, a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Sęk H., Ścigała I., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., 1992: *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*. „Przegląd Psychologiczny”, R. 35, nr 3, s. 351—363.
- Sheridan C.L., Radmacher S.A 1998: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, PTP.
- Skorek E.M., 1999: *Stosunki koleżeńskie dzieci z zaburzeniami mowy w klasach I—III*. W: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Turner J.S., Helms D.B., 1999: *Rozwój człowieka*. Warszawa: WSiP.
- Wadsworth B.J., 1998: *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*. Warszawa: WSiP.
- Williams T., Wetton N., Moon A., 1989a: *A picture of health. What do you do that makes you healthy and keeps you healthy?* [Southampton]: Health Education Authority.
- Williams T., Wetton N., Moon A., 1989b: *A way in. Five key areas of health education*. [Southampton]: Health Education Authority.
- Woźniaková Y., 2006: *Zdrowie psychiczne jako ważny aspekt subiektywnych koncepcji zdrowia w wieku szkolnym*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Woźniaková Y., 2003: *Koncepcja zdrowia u dzieci objętych kształceniem integracyjnym*. Praca doktorska. Uniwersytet Śląski. Katowice, maszynopis.


ZAŁĄCZNIK 1

ZDROWIE

Nazywam się

Mam lat



 <p>Aby być zdrowym, ważne jest:</p>	To bardzo ważne dla zdrowia	To jest ważne dla zdrowia	To mało ważne dla zdrowia
1. Uczyć się i być coraz mądrzejszym człowiekiem			
2. Jeść warzywa i owoce			
3. Mieć dużo koleżanek i kolegów			
4. Być w czymś dobrym albo nawet bardzo dobrym			
5. Dowiadywać się o nowych i ciekawych rzeczach			
6. Dużo ćwiczyć i gimnastykować się			
7. Móc spędzać czas z koleżankami i kolegami			
8. Nie wstydzić się płakać, gdy jest mi smutno			
9. Nauczyć się, co robić, aby być zdrowym			
10. Dbać o zęby i często myć ręce			
11. Często się śmiać i żartować w klasie			
12. Pomagać słabszym od siebie			
13. Z radością i ochotą chodzić do szkoły			
14. Nie jeść zbyt dużo słodyczy i chrupek			
15. Lubić koleżanki i kolegów z klasy			
16. Szybko się pogodzić, gdy się z kimś posprzeczą			
17. Nauczyć się, co robić, żeby nie chorować			
18. Nie wysiadywać przed telewizorem (komputerem)			
19. Móc liczyć na pomoc koleżanki lub kolegi			
20. Być pewnym, że z kłopotami dam sobie radę			