

PL ISSN 0035-7715

ROCZNIKI PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY

SUPLEMENT

Kwartalnik



RPZHAW 57 SUPLEMENT 2006

**Tom 57
SUPLEMENT
2006**

Państwowy Zakład Higieny

ROCZNIKI PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY

POŚWIĘCONE NAUKOWEJ PROBLEMATYCE HIGIENY ŚRODOWISKA,
A W SZCZEGÓLNOŚCI HIGIENIE ŻYWNOŚCI I ŻYWIENIA ORAZ
PRZEDMIOTÓW UŻYTKU, TOKSYKOLOGII ŚRODOWISKOWEJ, HIGIENIE
SZKOLNEJ, HIGIENIE KOMUNALNEJ I INNYM DZIEDZINOM POKREWNYM

Kwartalnik

Tom 57	2006	Suplement
--------	------	-----------

Zeszyt poświęcony Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej

„Aktualne trendy w wychowaniu zdrowotnym”

Kraków, 19 czerwiec 2006

PODZIĘKOWANIE

Organizatorzy Konferencji Naukowej wyrażają serdeczne podziękowanie
Redakcji Roczników PZH za udostępnienie łamów czasopisma
do opublikowania prac prezentowanych podczas Konferencji.



**Akademia Wychowania Fizycznego
im. Bronisława Czecha
w Krakowie**

***Ogólnopolska Konferencja Naukowa
pod honorowym patronatem***

J.M. Rektora AWF w Krakowie prof. dr hab. Janusza Zdebskiego

i

Małopolskiego Kuratora Oświaty mgr Józefa Rostworowskiego

AKTUALNE TRENDY W WYCHOWANIU ZDROWOTNYM

Kraków, 19.06.2006

Komitet Naukowy

Przewodniczący

prof. dr hab. Andrzej de Tchorzewski

Członkowie:

prof. dr hab. Barbara Woynarowska

prof. dr hab. Zofia Żukowska

dr hab. Ewa Kałamacka

dr hab. Marian Kapica, prof. nadzw.

dr hab. Ewa Mędreła-Kuder

Komitet Organizacyjny

Przewodnicząca

dr Weronika Wrona - Wolny

Członkowie:

mgr Marta Wdowik - sekretarz

dr Bożena Makowska

mgr Piotr Słomiński

Podziękowanie

Serdecznie dziękujemy *Pani dr Kazimierze Ćwiek-Ludwickiej*, Redaktor Naczelnej czasopisma naukowego „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny” za życzliwą pomoc oraz wyrozumiałość w przygotowaniu Suplementu do druku.

Weronika Wrona-Wolny

Marta Wdowik

WPROWADZENIE

Niniejszy Zeszyt poświęcony jest Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Aktualne trendy w wychowaniu zdrowotnym”. Cykliczne konferencje naukowe dotyczące problematyki wychowania zdrowotnego, były organizowane w krakowskiej Akademii Wychowania Fizycznego od 1996 roku. Czwarta konferencja, która odbyła się 19 czerwca br. wiąże się z aktualnymi trendami w wychowaniu zdrowotnym, które występują w wyniku różnorodnych przemian w naszym kraju. W ciągu ostatnich kilkunastu lat w Polsce nastąpiło wiele zmian, które mają związek ze zdrowiem. Okres ten można scharakteryzować jako czas przemian gospodarczo-ekonomicznych. Zaszło wiele reform społecznych, a szczególnie istotną była reforma systemu edukacji. Edukacja zdrowotna pojawiła się po raz pierwszy w podstawach programowych obowiązkowych przedmiotów ogólnokształcących w 1997 roku (Zarządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 maja 1997 r. w sprawie podstaw programowych obowiązkowych przedmiotów w szkole podstawowej i ponadpodstawowej - Dz. Urz. MEN 1997 Nr 5, poz.23). Włączenie w 1999 r. do podstawy programowej kształcenia ogólnego w szkole podstawowej i gimnazjum zreformowanej szkoły, ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” (Dz.U. 1999 nr 14, poz. 129) oznacza, iż za jej realizację odpowiedzialni są nauczyciele wszystkich przedmiotów, którzy do własnego programu włączą odpowiednio treści danej ścieżki. Następnie rozporządzeniami w 2001 r. oraz 2002 r. wprowadzono ścieżkę edukacyjną „edukacja prozdrowotna” do podstawy programowej wszystkich typów szkół (Dz.U. 2001 r., Nr 61, poz. 625 oraz Dz. U. 2002 r. Nr 51, poz. 458).

Wynikiem przedstawionych zmian są też te, które dotyczą realizacji wychowania zdrowotnego w uczelniach kształcących nauczycieli i pedagogów , a także stylu życia i zachowań zdrowotnych, co zostało przedstawione w sesjach tematycznych w trakcie obrad konferencji.

Prace opublikowane w tym Zeszycie podzielono i uporządkowano w cztery grupy problemów, które odpowiadały poszczególnym sesjom tematycznym w trakcie obrad konferencji. Część pierwsza jest wprowadzeniem do tematu i zamieszczono w niej opracowania prezentujące zagadnienia teoretyczne i metodyczne edukacji zdrowotnej. W części drugiej i trzeciej omówiono realizację wychowania zdrowotnego w uczelniach o różnym profilu kształcenia nauczycieli i pedagogów, oraz ukazano doświadczenia nauczycieli w wykorzystaniu różnych programów z wychowania zdrowotnego w szkołach. W ostatniej części zaprezentowano charakterystykę zachowań zdrowotnych młodzieży oraz dorosłych ze szczególnym uwzględnieniem picia alkoholu a także aktywności fizycznej.

Serdecznie dziękujemy Recenzentom za dokonanie ocen nadesłanych prac.

Wyrazy podziękowania składamy Małopolskiemu Kuratorowi Oświaty mgr Józefowi Rostworowskiemu oraz J. M. Rektorowi Akademii Wychowania

Fizycznego w Krakowie *prof. Januszowi Zdebskiemu* za objęcie honorowego patronatu nad konferencją naukową. Patronat ten łączy środowisko szkolne z akademickim w realizacji edukacji zdrowotnej, uznawanej za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa.

Składamy serdeczne podziękowanie wszystkim Uczestnikom oraz Autorom, którzy przyczynili się do opracowania materiałów Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt. „Aktualne trendy w wychowaniu zdrowotnym”, zachęcając równocześnie do udziału w następnych spotkaniach, poświęconych problematyce edukacji zdrowotnej.

W imieniu Komitetu Naukowego i Organizacyjnego
Weronika Wrona-Wolny

SPIS TREŚCI

SESJA I.

ZAGADNIENIA TEORETYCZNE I METODYCZNE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

A. M. de Tchorzewski: Refleksje wokół aktualnego rozumienia wychowania zdrowotnego jako kategorii pojęciowej w naukach pedagogicznych	9
Z. Żukowska: Styl życia wobec zagrożeń zdrowia współczesnego człowieka i jego miejsce w wychowaniu zdrowotnym.....	17
A. Krawański: Interaktywne uczenie się i nauczanie jako remedium na impas edukacji zdrowotnej.....	23
A. Kowalewska: Możliwości wykorzystania „e-learningu” w kształceniu studentów w zakresie edukacji zdrowotnej	29
M. Cyłkowska -Nowak: Opór zdrowotny i jego konsekwencje dla edukacji i promocji zdrowia	35

SESJA II.

REALIZACJA WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO W UCZELNIACH O RÓŻNYM PROFILU KSZTAŁCENIA NAUCZYCIELI I PEDAGOGÓW

B. Wilk: Opinie studentów AWF iS w Gdańsku o swoim przygotowaniu do realizacji programu edukacji prozdrowotnej w szkole.....	43
M. E. Minczakiewicz: Wychowanie zdrowotne w treściach kształcenia przyszłych pedagogów specjalnych	47
S. Sterkowicz, Z. Pelc, Z. Bubka, J. Proniewicz: W sprawie interpretacji BMI w edukacji zdrowotnej studentów	53
M. Kaliszewska: Wyniki ewaluacji programu przedmiotu edukacja zdrowotna w szkole wyższej.....	59
M. Lewandowski, G. Antoszczuk, B. Kiciński, A. Surynt: Opinie studentów III roku studiów AWF we Wrocławiu na temat przygotowania do pełnienia roli nauczyciela zdrowia	65
Z. Kubińska, A. Pańczuk: Czynniki ryzyka zdrowia w potrzebach edukacyjnych studentów pedagogiki PWSZ w Białej Podlaskiej	71

SESJA III.
DOŚWIADCZENIA NAUCZYCIELI W REALIZACJI PROGRAMÓW
Z WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO W SZKOŁACH

J. Derbich: Wokół edukacji zdrowotnej w gimnazjum – refleksje o realizacji programu autorskiego	77
J. Urbanek, I. Kowalewski: Motyw zdrowia i jego promocja w prozie polskiej na wybranych przykładach	83
B. Makowska, B. Frączek: Przygotowanie kosmetologów w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	89
J. Rodziewicz-Gruhn, M. Pyzik, W. Pilis: Realizacja ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” w opiniach nauczycieli różnych przedmiotów	95

SESJA IV.
ZACHOWANIA ZDROWOTNE – PICIE ALKOHOLU I
AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

I. Gembalczyk: Spożycie alkoholu jako element stylu życia	101
B. Fedyn: Opinia młodzieży akademickiej na temat alkoholu jako substancji uzależniającej.....	107
P. Supranowicz, M. J. Wysocki, A. Berzanskyte, R.Valinteliene: Zmiany w zakresie picia alkoholu przez młodzież towarzyszące przystąpieniu do Unii Europejskiej: doświadczenia Polski i Litwy	113
J. Papież: Spożywanie alkoholu wśród wiejskich gimnazjalistów	121
A. Wójcik - Grzyb, A. Surynt: Opinie uczniów gimnazjum na temat spożywania alkoholu	125
T. Lisicki: Zjawisko spożywania alkoholu przez studentów gdańskich uczelni	131
I. Kowalewski: Picie alkoholu w wybranych środowiskach akademickich Krakowa	137
J. Brudecki , S. Gołąb: Zachowania antyzdrowotne mężczyzn a zmienne somatyczne i motoryczne	141

W. Wrona-Wolny, J. Brudecki: Zależność pomiędzy podejmowaniem zachowań ryzykownych a wiedzą na ich temat na przykładzie picia alkoholu przez młodzież	147
J. Królicki: Poziom sprawności fizycznej uczniów uprawiających sport w Uczniowskich Klubach Sportowych a ich postawy wobec zdrowia	155
G. Antoszczuk, A. Surynt, M. Lewandowski: Wiedza rodziców dzieci przedszkolnych na temat znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia	161
A. Nitecka-Walerych: Aktywność fizyczna a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie u uczniów klas VI szkół podstawowych	165
A. Szczupał: Zachowania zdrowotne w opinii młodzieży niepełnosprawnej Ruchowo	171

CONTENTS

SESSION I.

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF HEALTH EDUCATION

B. M. de Tchorzewski: Reflections about actual understanding of health education as a conceptional category in pedagogical science	9
Z. Żukowska: Style of life in view of health risks of a contemporary man and its place in health oriented education	17
B. Krawański: Interactive learning and teaching as a remedy for the deadlock of health education	23
A. Kowalewska: The possibilities of using e-learning in students' training in the field of health education	29
M. Cylkowska -Nowak: Health resistance and its consequences for health education and promotion	35

SESSION II.

REALISATION OF HEALTH EDUCATION PROGRAMME IN TEACHING PEDAGOGUES AND TEACHERS IN DIFFERENT TYPES OF HIGH SCHOOLS

B. Wilk: Opinions of Academy of Physical Education and Sports students from Gdansk on their preparation for pro-health education program at school	43
M. E. Minczakiewicz: Health as a value and its rank in the education of prospective special pedagogues in their own autoreflexion	47
S. Sterkowicz, Z. Pelc, Z. Bubka, J. Proniewicz: Interpretation of BMI in student's health education	53
M. Kaliszewska: The results of health education program's evaluation in Academy.....	59
M. Lewandowski, G. Antoszczuk, B. Kiciński, A. Surynt: Third year university' School of Physical Education in Wrocław student's opinion about their arrangement to health teacher role	65
Z. Kubińska, A. Pańczuk: Health risk factors in pedagogy students'	

educational needs in state school of higher vocational education in Biała Podlaska	71
---	----

SESSION III.
*TEACHERS' EXPERIENCE IN REALISATION OF HEALTH EDUCATION
IN SCHOOLS*

J. Derbich: Health education in secondary school – things about programme prepared myself	77
J. Urbanek, I. Kowalewski: Health education and its promotion as a motive in polish literature	83
C. Makowska, B. Frączek: Cosmetologists preparation in the field of health promotion and health education	89
J. Rodziewicz-Gruhn, M. Pyzik, W. Pilis: Accomplishment of the educational path “pro-healthy education” in the opinion of teachers of different subjects	95

SESSION IV.
HEALTH EDUCATION – ALCOHOL DRINKING AND PHYSICAL ACTIVITY

I. Gembalczyk: Alcohol as an element of student's life style	101
B. Fedyn: Opinions of academic youth on alcohol as an addictive substance ..	107
P. Supranowicz, M. J. Wysocki, A. Berzanskyte, R. Valinteliene: Changes in adolescents' alcohol drinking in the time of accession to European Union: Polish and Lithuanian experiences	113
J. Papież: Alcohol consumption among rural area junior secondary school students	121
A. Wójcik - Grzyb, A. Surynt: Gymnasium schoolchildren view on alcohol drinking	125
K. Lisicki: A phenomenon of consuming alcohol by students of Gdansk Universities	131
I. Kowalewski: Alcohol use among students in Cracow	137
J. Brudecki, S. Gołąb: Man's unhealthy behaviours - somatic and motor level	141

W. Wrona-Wolny, J. Brudecki: Youth drinking as an example of relationship between risk behaviour and knowledge on its effects	147
K. Królicki: The level of physical abilities of pupils practising sport in pupils sport clubs and their attitude to health	155
G. Antoszczuk, A. Surynt, M. Lewandowski: Knowledge concerning significance of physical activity to health represented by parents of preschool children	161
A. Nitecka-Walerych: Physical activity and responsibility for health among pupils of 6-th grade of primary school	165
B. Szczupał: Healthy behaviors declared by young people with motor disability..	171

ANDRZEJ M. DE TCHORZEWSKI

REFLEKSJE WOKÓŁ AKTUALNEGO ROZUMIENIA WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO JAKO KATEGORII POJĘCIOWEJ W NAUKACH PEDAGOGICZNYCH

REFLECTIONS ABOUT ACTUAL UNDERSTANDING OF HEALTH EDUCATION AS A CONCEPTIONAL CATEGORY IN PEDAGOGICAL SCIENCE

Zakład Pedagogiki i Wychowania Zdrowotnego
Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie
31-571 Kraków, Al. Jana Pawła II 78

Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. A. M. de Tchorzewski

Pojęcie „wychowanie zdrowotne”, które niekiedy utożsamia się z takimi pojęciami, jak: edukacja zdrowotna, edukacja prozdrowotna, czy edukacja do zdrowia bądź promocja zdrowia, określane jest w różny sposób. Na problem ten wskazują wyraźnie liczni autorzy publikacji, którzy wychowanie zdrowotne uczynili przedmiotem swoich zainteresowań badawczych a także działań pedagogiczno-społecznych. Analiza literatury należąca do tego obszaru zagadnień pozwala zauważyć, że nie ma pełnej zgodności co do przyjęcia jakiejś uniwersalnej definicji tej kategorii pojęciowej. Treść i zakres pojęcia „wychowanie zdrowotne” zależy w dużej mierze od tego, z jakiej perspektywy naukowej nadaje się jemu znaczenie oraz w jakim aspekcie nim się posługujemy. Zadaniem poniższego tekstu jest próba ukazania pojęcia „wychowanie zdrowotne” oraz jego aplikacyjnego charakteru z perspektywy pedagogicznej.

Słowa kluczowe: wychowanie zdrowotne, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia, pedagogika zdrowia, funkcje pedagogiki zdrowia

Key words: health education, health learning, health promotion, health pedagogic, functions of health pedagogic

Powyższy tytuł sugeruje postawienie następującego pytania: czym jest, czym może być i czym powinno być wychowanie zdrowotne? Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ta kategoria pojęciowa weszła na stałe do języka wielu dziedzin i dyscyplin naukowych. Posługują się nią zarówno przedstawiciele nauk medycznych i przyrodniczych, nauk o zdrowiu, nauk o żywności i żywieniu, nauk o kulturze fizycznej, nauk humanistycznych i społecznych, nauk historycznych i prawnych, a także nauk filozoficznych i teologicznych. Wszystkie one wspólnie przyczyniają się do tego, że „wychowanie zdrowotne” jako kategoria pojęciowa wraz z innymi pojęciami pochodnymi stanowi podstawę konstruowania różnych teorii szczegółowych będących narzędziami poznawania rzeczywistości i służących jej przekształcaniu.

Każda z przytoczonych tu nauk często nadaje temu pojęciu różnorodną treść i zakres na skutek odmiennych podejść ontologicznych (co to jest/czym jest „wychowanie zdrowotne”, jaka jest jego struktura bytowa, w jaki sposób ono istnieje?) epistemologicznych (jak poznawać „wychowanie zdrowotne”, jak zdobywać o nim wiedzę potoczną, a jak naukową, jak wyznaczać pola badawcze, ich granice i przestrzenie), oraz metodologicznych (jakimi metodami posługiwać się podczas poznawania „wychowania zdrowotnego”, jakimi metodami poznawać relacje zachodzące pomiędzy „wychowaniem zdrowotnym” a takimi przestrzeniami społecznymi jak „edukacja prozdrowotna”, „edukacja zdrowotna” czy „promocja zdrowia” oraz innymi).

Dodajmy do tego, że – jak chyba nigdy dotąd – narasta szczególne „zapotrzebowanie” na zdrowie, które coraz bardziej staje się jedną z wysoko cenionych wartości zarówno przez pokolenie dorastających, jak i dorosłych a także ludzi w podeszłym wieku. Wszyscy oni uświadamiają sobie wyraźnie, jak wiele czynników – a wśród nich zdrowie – decyduje o ich biologicznej, psychicznej oraz środowiskowej egzystencji. I chociaż liczne spośród tych czynników świadczą o niesłychanym dotąd postępie cywilizacyjnym ludzkości, to jednak można upatrywać w nich również szkodliwego, degradacyjnego, czy wręcz niszczytel-skiego wpływu na życie pojedynczego człowieka oraz różnych zbiorowości ludzkich.

Pojęcie „wychowanie zdrowotne” z pewnością przynależy do siatki pojęciowej nauk pedagogicznych z racji pierwszego członu tego pojęcia, ale pojawia się ono także w języku medycyny społecznej, psychiatrii, dietetyki, socjologii zdrowia, teorii sportu i licznych innych obszarach wielu szczegółowych dyscyplin różnych dziedzin nauki.

Natomiast nauki pedagogiczne, z racji traktowania takich pojęć, jak „wychowanie”, „so-cjalizacja” i „edukacja”, które są bytami realnymi, wyznaczającymi ich pola poznawcze w rzeczywistości społecznej, uczyniły obiektem swoich zainteresowań badawczych proble-my związane z wychowaniem i edukacją zdrowotną człowieka, które należy uznać jako nieodzowne elementy wchodzące w skład wszystkich procesów pedagogicznych. Ich wła-sciwością jest holistyczny, temporalny i dynamiczny charakter.

Z punktu widzenia nauk pedagogicznych wychowanie zdrowotne należy traktować jako proces holistyczny. Obejmuje on swym zasięgiem wszystkie najważniejsze wymiary egzy-stencji człowieka zwłaszcza te, które związane są z potrzebami popędowo-biologicznymi, dążeniami konserwacyjnymi zapewniającymi organizmowi trwałość, następnie z dążenia-mi ekspansywnymi związanymi z rozwojem i rozmnażaniem się, wreszcie z dążeniami iden-tyfikacyjnymi pozwalającymi człowiekowi trwać w zbiorowości społecznej poprzez naby-wanie różnorodnych umiejętności zachowań. Holizm wychowania zdrowotnego dotyczy także postrzeganych u człowieka potrzeb duchowych oraz mistyczno-religijnych, które pozwalają przekraczać własną zwierzęcość i wiążą się z różnymi formami i wynikającymi z nich zasad higieny życia nie tylko biologicznego, które na ogół dotyczą higieny osobistej, czy higieny odżywiania, ale także tych potrzeb, które dotyczą sfery poznawczej, kontem-placyjno-estetycznej oraz etycznej¹.

Wychowanie zdrowotne jest też procesem długotrwałym. Oznacza to, że procesem tym człowiek objęty jest przez całe swoje jednostkowe życie, od momentu narodzin do całkowi-tego uwiądu starczego. Niezależnie od kolejnych faz rozwoju i dokonujących się w nich zmian, a także w ramach już ukształtowanych nawyków i umiejętności oraz postaw wobec

¹ Por.: A. Grzegorzcyk, *Filozofia czasu próby*, Paryż 1979, s.13-25

własnego zdrowia, człowiek podlega ustawicznym wpływom mającym na celu ich doskonalenie poprzez samokształtowanie się w tym zakresie. Wraz z biegiem życia jednostki na skutek właściwie pojętej i przebiegającej edukacji, człowiek staje się podmiotem procesu samowychowania zdrowotnego.

Wychowanie zdrowotne jest też procesem dynamicznym, gdyż poszerza się zakres jego wpływów na coraz bardziej świadome i dobrowolne zachowania prozdrowotne podejmowane przez człowieka w różnych fazach i okresach jego życia, a także na jego zdolność odczytywania zdrowia jako kategorii aksjologicznej, która jest źródłem obowiązków i powinności względem samego siebie oraz stanowi o zasadach kierowania się nimi w relacjach interpersonalnych w złożonej przestrzeni społecznej.

Powyższy opis o charakterze wyjaśniającym stanowi podstawę do poszukiwania jednej z możliwych odpowiedzi na pytanie czym jest wychowanie zdrowotne w rozumieniu nauk pedagogicznych. Takie podejście pozwala podjąć próbę skonstruowania definicji projektującej tę kategorię pojęciową oraz umożliwia ukazanie jej związków z innymi pojęciami stosowanymi na ich gruncie, a zarazem wyznaczającymi specyficzne pola badawcze nierzadko mające wiele wspólnych styków z innymi naukami, dla których zdrowie i wychowanie zdrowotne są równie ważnymi kategoriami jak dla samych nauk o wychowaniu.

To co dotąd zostało powiedziane pozwala przyjąć, iż wychowanie zdrowotne jest/może być przedmiotem refleksji należącym do obszaru wiedzy nazywanej coraz częściej pedagogiką zdrowia. W obszarze tym wyodrębnia się pewien zakres ważnych zagadnień dotyczących wychowania zdrowotnego. Jednakże – w moim osobistym odczuciu – zbyt wcześnie jest traktować pedagogikę zdrowia jako autonomiczną subdyscyplinę nauk pedagogicznych. Jest ona co najwyżej pewną teorią o ograniczonym zasięgu, pewną uporządkowaną logicznie refleksją ale także narzędziem poznawania praktycznych działań i ich skutków w sferze wychowania zdrowotnego zarówno w aspekcie strategicznym jak i programowym. Tak rozumiana pedagogika zdrowia ze względu na swój inter- i multidyscyplinarny charakter obejmuje swym zasięgiem poznawczym zagadnienia dotyczące zarówno zdrowia fizycznego (somatycznego), ale także w jakimś stopniu zdrowia psychicznego oraz szeroko rozumianego zdrowia społecznego w wymiarze moralnym. Takie podejście pozwala traktować pedagogikę zdrowia w sposób kompatybilny, bowiem wspomniane płaszczyzny (somatyczna, psychiczna, społeczno-moralna) wzajemnie się dopełniają, uzupełniają i współdziałają łącznie. Innymi słowy mówiąc: podejmując na przykład jakiś wątek dotyczący zdrowia fizycznego w aspekcie pedagogicznym, nie uwalniamy się od kwestii zdrowia psychicznego oraz zdrowia społeczno-moralnego. I odwrotnie, kiedy mówimy o zdrowiu psychicznym w aspekcie pedagogicznym, nie jesteśmy wolni od kwestii zdrowia somatycznego, czy moralnego. Pedagogika zdrowia, mimo iż nie do końca potrafi w sposób jednoznaczny określić własnego przedmiotu poznania, nie dysponuje niezależną problematyką badawczą, ani odrębnymi metodami, technikami i narzędziami badawczymi, to jednak odgrywa istotną rolę w obszarze nauk pedagogicznych, bowiem jako szczególny obszar wiedzy spełnia szereg podstawowych funkcji przypisanych naukom pedagogicznym. Dlatego do funkcji pedagogiki zdrowia należy z pewnością zaliczyć w pierwszej kolejności:

- 1) funkcję eksplikacyjną, która polega na opisie, porządkowaniu i wyjaśnianiu podstawowych pojęć jakimi ona się posługuje (np.: wychowanie zdrowotne, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia) a także na ustalaniu zachodzących pomiędzy nimi relacjami, dzięki którym wyznacza się odpowiednie pola poznawcze;

2) funkcję generalizującą, która wyraża się w podejmowaniu próby uogólniającej wiedzy naukową i potoczną o wychowaniu zdrowotnym według jasnych kryteriów i twierdzeń budowanych w oparciu o zasady logiczno-metodologiczne;

3) funkcję komunikatywną, dzięki której zostają upowszechnione podstawowe treści;

4) dotyczące celów, zadań, form i metod wychowania zdrowotnego oraz innych procesów bliskoznacznych tej kategorii pojęciowej;

5) funkcję aplikacyjną polegającą na wyposażeniu profesjonalnych i nieprofesjonalnych

6) pedagogów (nauczycieli, wychowawców, rodziców) oraz ogółu społeczeństwa w zespół umiejętności praktycznych służących optymalizacji procesów wychowania zdrowotnego;

7) funkcję heurystyczną, która polega na ustawicznym poszukiwaniu i stawianiu nowych problemów badawczych wynikających z przedmiotu poznania jakim jest wychowanie zdrowotne, które zdeterminowane jest ustawiczną i dynamiczną zmiennością warunków życia człowieka.

Spełnianie przez pedagogikę zdrowia powyższych funkcji stanowi o możliwości traktowania jej jako szczegółowej teorii, rozumianej w tym przypadku jako pewien system ogólnych twierdzeń wyjaśniających ten obszar rzeczywistości wychowawczej, który ściśle wiąże się ze zdrowiem jednostki i społeczeństwa. Stąd do pedagogiki zdrowia na ogół zalicza się problematykę, która koncentruje się na zagadnieniu ochrony, doskonalenia i promocji zdrowia poprzez działania osłaniające i zapobiegawcze zarówno w odniesieniu do jednostki jak i różnych zbiorowości ludzkich. Nie obce są jej także kwestie związane na przykład z higieną osobistą i otoczenia, żywieniem, edukacją szkolną, higieną pracy oraz kulturą wypoczynku ale także kwestie dotyczące przeciwdziałania nałogom i „wychodzenia z nich” oraz działań ratowniczych (tzw. „pierwsza pomoc”).

Pedagogika zdrowia, czyniąc obiektem swoich zainteresowań poznawczych i aplikacyjnych wychowanie zdrowotne, w swej istocie nawiązuje do uniwersalnych wartości jakimi są życie i zdrowie człowieka. Czyni z tych wartości ideę wychowania oraz wyprowadza z nich określone cele pedagogiczne i normy powinnościowe. Toteż można powiedzieć, że wychowanie zdrowotne jako kategoria pojęciowa w naukach pedagogicznych bywa ujmowana w aspekcie teleologicznym, jak i technologicznym. Z jednej strony wyrasta ona z szeroko rozumianej filozofii zdrowia, zaś z drugiej – ma wymiar prakseologiczny. Takie podejście pozwala uściślić to, co często nazywa się pedagogiką zdrowia sprowadzając ją do teorii wychowania zdrowotnego. Przyjmując postać teorii staje się ona narzędziem logiczno-metodologicznym przyczyniającym się do budowania koncepcji oraz systemu sądów orzekających o jednym z ważniejszych obszarów rzeczywistości i działalności pedagogicznej odnoszących się do egzystencjalnego i doczesnego wymiaru bytu człowieka, do utrzymania i zachowania jego jakości w wymiarze „tu i teraz”.

Wychowanie zdrowotne jest tym co równoważy inne wymiary rozwoju człowieka i jego wrastania w zbiorowość ludzką. Jest ono tak samo ważne jak wychowanie intelektualne, moralne, czy estetyczne, które odwołują się do takich wartości, jak prawda, dobro i piękno. Jest wreszcie z nimi ściśle powiązane, bowiem w procesie kształtowania i samokształtowania osobowości człowieka poznanie prawdy o własnym zdrowiu i życiu, uznanie zdrowia jako dobra i postrzeganie w nim piękna czyni ten proces bardziej antropocentrycznym, czyli takim, w którym człowiek staje się ośrodkiem i celem.

Uwzględniając takie założenia można przyjąć, że teoria wychowania zdrowotnego –

w jakimś sensie – wchodzi w skład jednej z ważniejszych subdyscyplin nauk pedagogicznych, a mianowicie pedagogiki społecznej, której najszerzej ujętym przedmiotem badań są wszelkie działania o charakterze społeczno-wychowawczym w środowisku szkolnym, jak i pozaszkolnym. Trzeba w tym miejscu dodać, że aktualna struktura systemu szkolnego zatracza charakter zamkniętego układu. Tradycyjnemu procesowi dydaktyczno-wychowawczemu, którego centralnym miejscem i zarazem punktem odniesienia były i nadal jeszcze są różne segmenty edukacyjne, towarzyszą w coraz większym stopniu funkcjonujące pozaszkolne procesy dydaktyczne i wychowawcze.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wychowanie zdrowotnego, nie da się „zamknąć” w szkolnym procesie nauczania i uczenia się, bądź w jakiejś jednej określonej pozaszkolnej instytucji, organizacji, stowarzyszeniu, związku, czy klubie. To co nawet tylko intuicyjnie, bądź potocznie rozumiemy przez wychowanie zdrowotne rozpoczyna i dokonuje się z różnym skutkiem w podstawowej wspólnotcie ludzkiej, jaką jest rodzina oraz we wspomnianych segmentach edukacyjnych, do których w pierwszej kolejności zaliczyć należy przedszkole i szkołę, ale także wychowanie zdrowotne niejako dokonuje się poprzez bezpośrednie lub pośrednie działania, oddziaływania i wpływy różnorodnych lokalnych sił społecznych, uruchamianych z inicjatywy różnych szczebli administracji państwowej, jednostek pozarządowych czy samorządowych, realizujących liczne programy uruchamiające wiele akcji i zarazem mechanizmy oraz środki przeznaczane na ten cel. Wszystkie te zabiegi mają przyczyniać się do podniesienia kultury zdrowotnej społeczeństwa wpływając na jego świadomość, zachowania oraz postawy.

Do ważniejszych elementów strukturalnych procesu wychowania zdrowotnego należy zatem zaliczyć wielopostaciowe formy edukacji zdrowotnej, edukacji ekologicznej, edukacji sportowej, czy edukacji turystycznej i wielu innych. Każda z przykładowo wymienionych form jest splotem wielu sytuacji wychowawczych posiadających cechy konstytutywne przypisywane procesom pedagogicznym, wśród których na szczególną uwagę zasługują stawiane im cele i zadania oraz dobierane dla nich typowe zasady i metody kierowania nimi w różnych warunkach i okolicznościach życia indywidualnego i społecznego. Wychowanie zdrowotne swym zasięgiem obejmuje wszystkie te przestrzenie życia i aktywności człowieka, które wiążą się mniej lub bardziej świadomie z jego stosunkiem do własnej kondycji somatycznej i psychicznej, z jego relacją odnoszącą się do naturalnego środowiska oraz z jego spełnianiem się poprzez uruchamianie potencjalnych możliwości przyczyniających się do ustawicznego podnoszenia własnej kondycji życiowej.

Można zatem powiedzieć, że wychowanie zdrowotne jest takim obszarem rzeczywistości społecznej, w którym zbiegają się te wszystkie mniej lub bardziej celowe oddziaływania na świadomość, zachowania i postępowanie człowieka, które dzięki różnym formom, metodom i środkom przyczyniać się mają do poszanowania życia i zdrowia jako wartości autotelicznej, do umacniania rozwoju fizycznego, a także psychicznego i noetycznego (czyli rozumowego, dającego się pojąć rozumem) każdej jednostki, bez względu na jej wiek, właściwości osobnicze oraz uwarunkowania społeczno-kulturowe.

Przyjęcie takiego określenia wychowania zdrowotnego wskazuje na powiązanie tej kategorii pojęciowej z siatką pojęć i idei różnych nauk oraz ich szczegółowych dyscyplin. Wystarczy tu wspomnieć nauki przyrodnicze i medyczne, które pomagają głębiej dotrzeć i lepiej zrozumieć istotę samego wychowania zdrowotnego. Oprócz nich nie sposób nie dostrzec roli nauk psychologicznych, czy socjologicznych, ale także filozoficznych, złasz-

cza aksjologii i etyki. Wszystkie one, a także wiele innych, stanowią fundament dla właściwego rozumienia treści wychowania zdrowotnego i wyznaczania jego zakresu. Nauki pedagogiczne są tymi, które nadają kategorii pojęciowej „wychowanie zdrowotne” określoną rangę i znaczenie przede wszystkim w wymiarze i w odniesieniu do praktycznej działalności wychowawczej oraz służą szeroko rozumianej socjalizacji człowieka.

Zatem wychowanie zdrowotne jest tą kategorią pojęciową, która z jednej strony posiada swoje podstawy w ustaleniach pedagogiki społecznej zaś z drugiej – służy jej w budowaniu teorii wychowania zdrowotnego mającej swoje szerokie zastosowanie w naukach zajmujących się wspomaganiem wielostronnego rozwoju i całościowej egzystencji człowieka.

Z pedagogicznego punktu widzenia istotną rolę odgrywa wywiedzione z kategorii wychowania zdrowotnego pojęcie edukacji zdrowotnej. Edukacja zdrowotna oznacza wszelkie świadome i celowe działania o charakterze dydaktycznym. Innymi słowy mówiąc uwyraźnia się ona w procesie nauczania-uczenia się, którego jakość zdeterminowana jest odpowiednio dobraną do tego procesu technologią dysponującą właściwymi zasadami, formami, metodami oraz środkami. Edukacja zdrowotna zatem wydaje się być kategorią pochodną w stosunku do kategorii wychowania zdrowotnego. Jej treść i zakres jest najbliższy stosowanym naukom pedagogicznym, a więc takim, których przedmiotem refleksji teoretycznej i badań służącym praktyce jest na przykład nauczanie i wychowanie przedszkolne i propedeutyczne, nauczanie i wychowanie w różnych segmentach oświatowych (gimnazjalnym, licealnym, czy pomaturalnym łącznie z kształceniem na tak zwanym poziomie wyższym). Edukacja zdrowotna ma także swoje zastosowanie praktyczne w różnorodnych formach kształcenia równoległego i ustawicznego, w których uczestniczy współczesny człowiek z coraz większą intensywnością. Edukacją zdrowotną zajmują się zatem nie tylko nauczyciele odpowiadający za poziom wykształcenia ogólnego, jak i nauczyciele realizujący jej programy w postaci „ścieżek” dydaktycznych, czy nauczyciele przedmiotów przyrodniczo-ekologicznych, nauczyciele kultury fizycznej, ale także wyższy i średni personel medyczny, pracownicy socjalni, pracownicy służb sanitarnych, weterynaryjnych, porządkowych i wielu innych reprezentantów różnych zawodów i stanowisk pracowniczych.

Kolejnym pojęciem wywiedzionym z kategorii „wychowania zdrowotnego” jest pojęcie „promocji zdrowia”. Oznacza ono w swej istocie wszelkie działania propagujące taki styl życia, który jest oparty na aktywnym stosunku człowieka do intersubiektywnie postrzeganych problemów egzystencjalnych w zakresie własnego rozwoju i zdrowia oraz związanych z nimi działań profilaktycznych zapobiegających zagrożeniom, których źródłem są różnorodne czynniki i uwarunkowania narastających zjawisk o charakterze patologicznym. Promocja zdrowia ma więc na celu ukazywać skuteczność takich form zachowań, metod postępowania oraz środków, które służą zdrowiu, zaś jej podstawowym zadaniem jest uwalnianie każdego człowieka na potrzebę codziennej dbałości o zdrowie oraz systematyczne kształtowanie osobistego poczucia i brania na siebie odpowiedzialności za własne zdrowie.

Przykładem przywiązywania coraz większej wagi do wychowania zdrowotnego, a tym samym do edukacji zdrowotnej, jest obligatoryjnie wprowadzony przedmiot o tej nazwie na kierunku pedagogika oraz na kierunkach studiów nauczycielskich w różnych typach szkół wyższych. Tak więc „edukacja zdrowotna” należy do kanonu kształcenia pedagogów i wchodzi w skład standardów nauczania. Zdarza się, że w różnych szkołach wyższych występuje pewna dowolność w zakresie doboru treści i metod realizacji tego przedmiotu a zajęcia z „edukacji zdrowotnej” realizują nauczyciele akademicy reprezentujący różne dziedziny

i dyscypliny nauki. Są wśród nich: lekarze, farmaceuci, psychologowie, pedagodzy, biolodzy oraz osoby reprezentujące nauki o kulturze fizycznej, ale także filolodzy, a nawet reprezentanci nauk rolniczych, czy leśnych. Nic więc dziwnego, że każdy z nich prezentuje swoisty punkt widzenia na treści i sposób realizacji przedmiotu „edukacja zdrowotna”.

Analiza celów nauczania i treści programowych, zarówno tych, które zostały opisane w tzw. „minimach programowych” oraz tzw. sylabusy i literatura przypisana do przedmiotu „edukacja zdrowotna” opracowane przez prowadzących zajęcia w poszczególnych uczelniach, pozwala dostrzec pewną jaskrawą tendencję w sposobie jego realizacji. Na ogół dosłownie powtarzane (cytowane) są cele kształcenia tego przedmiotu, które ograniczają się do ogólnikowych stwierdzeń mówiących, że przedmiot ten ma „zwiększyć zainteresowania studentów sprawami zdrowia oraz wspierania ich działań w zakresie: doskonalenia własnego zdrowia i rozwoju osobistego i społecznego, ochrony zdrowia innych ludzi oraz tworzenia zdrowego środowiska fizycznego i społecznego. Przygotowanie przyszłych nauczycieli i pedagogów do realizacji ścieżki dydaktycznej o nazwie „edukacja zdrowotna.”

Nauczyciele akademicki prowadzący zajęcia z tego przedmiotu nie dokonują dydaktycznej operacjonalizacji celów nauczania tego przedmiotu. Powtarza się niemalże we wszystkich sylabusach ta sama tematyka zajęć, odzwierciedlająca zapisy zawarte w minimach programowych. To samo dotyczy literatury podstawowej niekiedy podzielonej na obowiązkową i zalecaną, do której odsyła się studiujących. Na ogół są to pozycje wydawane lokalnie, przez większe ośrodki akademickie i niedostępne w środowiskach peryferyjnych, zaś literatura podstawowa nie znajduje swojego miejsca na półkach uczelnianych bibliotek i czytelni. Zdarza się, że w skład wspomnianej literatury wprowadza się pozycje zwarte, które tylko w jakimś niewielkim wymiarze korespondują z główną ideą „edukacji zdrowotnej”. Znajdują się w podawanych studentom zestawach prace z epidemiologii i klinik chorób zakaźnych, pediatrii, immunologii, neurologii, metodyki wychowania fizycznego, pedagogiki czasu wolnego, psychologii osobowości i temperamentu, gerontologii, transplatologii, alergologii, onkologii, nauki o żywności i żywieniu, wreszcie resocjalizacji a nawet prawa.

PODSUMOWANIE

Przytoczone przykłady świadczą o pilnej potrzebie głębokiego namysłu nad samą ideą „wychowania zdrowotnego” i precyzyjnego dookreślenia czym winna być i na czym, ma polegać akademicka realizacja wykładanego przedmiotu „edukacja zdrowotna”. Celem jego nauczania nie jest tylko realizacja narzuconego „minimum programowego”, ale także dostrzeżenie w nim treści służących procesowi formacji osobowościowej i profesjonalnej przyszłych, a także czynnych zawodowo pedagogów i nauczycieli.

Na kanwie poczynionej tu refleksji wokół idei i pojęcia „wychowania zdrowotnego”, można zauważyć jak ważnym staje się problem aktualnego kształcenia kandydatów na nauczycieli i wychowawców bez względu na obrany przez nich kierunek studiów, a także przyszłych pedagogów sposobających się do różnych specjalności i specjalizacji zawodowych. Zarówno nauczyciele akademicki, jak i studenci studiów pedagogicznych są osobami wzajemnie biorącymi na siebie nie tylko formalną, ale przede wszystkim moralną odpowiedzialność za rozwój młodego pokolenia i jakość jego życia społecznego, jako przyszłych dorosłych. Problem ten wymaga jednak oddzielnego potraktowania.

A. M. de Tchorzewski

REFLECTIONS ABOUT ACTUAL UNDERSTANDING OF HEALTH EDUCATION
AS A CONCEPTIONAL CATEGORY IN PEDAGOGICAL SCIENCE

Summary

Health education is area of social reality, in which all less or more purposeful interactions on consciousness, behaviour and conduct of human met.

They are meant to be understand as holistic, dynamic and long- term process.

Bases of this process are two elemental values: life and health of the human being, which are the source of pedagogical and obligatory norms.

In the area of health education we should highline processes of health education and health promotion. From the health pedagogic point of view, which is fulfilling explicational, generalising, communicative, applicational and heuristic function, they become also needed to describing, explaining and estimating the health education process.

Example of attaching bigger weight to health educational processes is obligatory entering to the teacher's educational programs terms connected with it's aims, contents, forms, methods and measures.

PÍSMIENNICTWO

1. *Demel M.*: Pedagogika zdrowia, Warszawa, 1990.
2. *Gromadzka-Ostrowska J.*: Edukacja prozdrowotna, Warszawa, 2003.
3. *Słowska Z., Misiura M.*: Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów. Warszawa, 2001.
4. *Sygit M.*: Wychowanie zdrowotne, Szczecin, 1997.
5. *Wojnarowska B., Sokołowska M.*: Ścieżka edukacyjna – edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia w szkole, Warszawa, 2001.

ZOFIA ŻUKOWSKA

STYL ŻYCIA WOBEC ZAGROŻEŃ ZDROWIA WSPÓŁCZESNEGO CZŁOWIEKA I JEGO MIEJSCE W WYCHOWANIU ZDROWOTNYM

STYLE OF LIFE IN VIEW OF HEALTH RISKS OF A CONTEMPORARY MAN AND ITS PLACE IN HEALTH ORIENTED EDUCATION

Katedra Biologii i Higieny
Wydział Zamiejscowy w Białej Podlaskiej
Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie
21-500 Biała Podlaska, ul. Akademicka 2
Kierownik Katedry: prof. dr hab. G. Raczyński
e-mail: zofia.zukowska@awf.edu.pl

W artykule przedstawiono teoretyczne rozważania wokół jednego z głównych pojęć, jakim jest styl życia. Należy podkreślić wciąż aktualną jego problematykę w edukacji zdrowotnej. Na styl życia składają się zachowania (postępowania), będące rezultatem wpływu społecznie zdeterminowanych wzorów zachowań i interpretacji sytuacji, tworzonych i wykorzystywanych przez grupę jako mechanizmy umożliwiające radzenie sobie w życiu. W największym stopniu wpływa on na nasze zdrowie.

Słowa kluczowe: wychowanie zdrowotne, styl życia, zdrowie

Key words: health education, lifestyle, health

Styl życia jako przedmiot badań

Od początków XX wieku styl życia był przedmiotem badań socjologii [15] i psychologii [1]. Pierwsze ujęcie stylu życia nazywamy ekonomiczno-społecznym, drugie zaś psychologicznym. Te dwa ujęcia świadczą o złożoności koncepcji stylu życia oraz wzajemnym przenikaniu się cech grupowych i indywidualnych. W socjologii polskiej Ossowski [7] wiąże styl życia ze zróżnicowaniem społecznym, a Tyska [14] nie traktuje kategorii stylu życia jako trwałej cechy przypisywanej jednej klasie. Traktuje go jako jakościowy wyróżnik indywidualnego usytuowania, ujmowany w sposób dynamiczny, podlegający zmianom pokoleniowym, związany z uczestnictwem w kulturze. W latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku rozgorzały dyskusje nad kategorią pojęciową i treścią stylu życia, które zaowocowały wieloma wartościowymi opracowaniami teoretycznymi i empirycznymi. Styl życia stał się przedmiotem badań interdyscyplinarnych, m.in. socjologii, psychologii, pedagogiki społecznej, pedagogiki zdrowia, pedagogiki kultury fizycznej. Wiele z tych prac powstało pod kierunkiem Sicińskiego, który jest twórcą szkoły naukowej, do której do dziś odwołujemy się w rozważaniach nad stylem życia jednostek i grup społecznych. W poglądach Sicińskie-

go obserwujemy ewolucję, która dokonała się między rokiem 1976 a 2002. W pierwszych swych pracach pod pojęciem stylu życia rozumie zakres i formy codziennych zachowań jednostek i grup, specyficznych dla ich usytuowania społecznego, aby w 1988 roku mówić już o ich zróżnicowaniu co do treści i formy, ich motywacji oraz funkcji [9, 10, 12, 13].

Najciekawsze – z punktu widzenia omawianej problematyki – jest spojrzenie na problematykę stylu życia z perspektywy wyborów dokonywanych przez ludzi w ich codziennym życiu [10]. Jest to myślenie bliskie pedagogowi. Perspektywę tę nazwał „perspektywą homo eligens” (człowiek dokonujący wyborów). Założenia tej koncepcji dowodzą oryginalności propozycji teoretycznej. Styl życia jest przejawem wyboru codziennego postępowania spośród zachowań możliwych w danej kulturze. Stąd badania obejmują w tym świetle wzory społeczne, kulturowe i standardy zachowań. Zmienność zakresu zachowań wyznaczanych przez wzory kulturowe i standardy jest jednym z aspektów przemian stylu życia.

Człowiek wobec współczesnych zagrożeń. Wśród wielu zagrożeń i wyzwań współczesnej cywilizacji jednymi z bardziej niebezpiecznych, w szczególności dla populacji dzieci i młodzieży, są zagrożenia ekologiczne, zmurszałe i stare instytucje społeczne, w tym i oświatowe, lekceważone choroby społeczne, w tym wiele nałogów, siedzący tryb życia i bierne zachowanie ludzi, brak tolerancji dla inności, głębokie tkwienie w starych przyzwyczajeniach i sposobie życia, nie dopuszczającym zmian w dotychczasowym stylu życia, zamykanie się w skorupie izolującej od dookoła szerzących się niesprawiedliwości, egoizmu i zmaterializowanego życia. Rodzi to patologie, jak alienacja, apatia, narkomania, bunt, agresja, terroryzm, tortury, a nawet zbrodnie. Konsekwencją dotychczasowego rozwoju cywilizacyjnego jest głęboki kryzys obejmujący świat we wszystkich jego dziedzinach: egzystencjalnej, ekonomicznej, społecznej, politycznej, świadomościowej. Zapominamy przy tym o głębokiej prawdzie, że „inwestowanie w ludzi jest dużo ważniejsze niż inwestowanie w maszyny”. A inwestowanie w ludzi to przede wszystkim inwestowanie w ich świadomość i w ich wszechstronny rozwój, a tym samym inwestowanie w ich zdrowie. Zdrowie nie jest celem samym w sobie. Promowanie zdrowia jest procesem ciągłym, adresowanym do ludzi, którzy uznali potrzebę zmiany swego sposobu życia w trosce m.in. o przeciwdziałanie zagrożeniom cywilizacyjnym. Aby ukształtowały się te potrzeby, do świadomości ludzi muszą dotrzeć braki w zakresie ich warunków życia i narastających zagrożeń. Oni muszą je dostrzec i odnieść również do siebie. Promowanie zdrowia musi się odbywać w atmosferze osobistego wyboru i społecznej odpowiedzialności. W procesie tym ludzie powinni dojrzywać do kontroli nad stanem własnego zdrowia, tzn. uświadamiać sobie zagrożenia, podejmować decyzje przeciwdziałające im i działać w myśl tych ustaleń [18-20].

Prozdrowotny styl życia. W świetle wyników badań nad stylem życia, niezależnie od statusu społecznego grupy, ważne są również zachowania związane ze zdrowiem (sposób odżywiania, aktywność fizyczna, stosowanie używek, praktyki seksualne), które służą identyfikacji stylu życia określonych grup lub zbiorowości [8].

Ograniczenia w dokonywaniu wyborów w dziedzinie stylu życia dotyczą nie tylko uwarunkowań społecznych i kulturowych, ale także zależą od stanu organizmu i jego funkcjonowania. Kategorię styl życia rozważać należy w odniesieniu do kultury i jej wzorów oraz ze względu na zdrowie i stan psychofizyczny człowieka. Wydaje się, że taki sposób rozumienia swobody wyboru w obrębie stylu życia jest komplementarny do wszelkich analiz. Zwraca się również uwagę na konieczność stosowania indywidualnej i dynamicznej oceny zdro-

wia. Przy ocenie zdrowia nie należy mówić o dobrym samopoczuciu psychofizycznym jako o stanie trwałym, lecz o odporności na wysiłki pochłaniające energię, a prowadzące nieuchronnie do pogarszania samopoczucia, i o zdolności do względnie szybkiego odzyskiwania dobrego samopoczucia, czyli o prawidłowym procesie regeneracji sił. Przy tym rytm, w jakim ten proces utraty i regeneracji sił przebiega, musi się różnicować w zależności od cech osobniczych. W takim ujęciu aspektów zdrowia stwarza się miejsce dla aktywności ruchowej, której celem jest m.in. zwiększenie możliwości wysiłkowych organizmu, szybka regeneracja sił oraz dobre samopoczucie psychofizyczne.

Zmierzając do określenia prozdrowotnych stylów życia konieczne jest doprecyzowanie określeń związanych z tą problematyką, gdyż terminologia używana w odniesieniu do zachowań związanych ze zdrowiem jest zróżnicowana i używana w nieco dowolnych znaczeniach. W pracy używamy będziemy pojęć: zachowania zdrowotne i zachowania związane ze zdrowiem. Według określenia *Mazurkiewicza* [6] – zachowania zdrowotne obejmują wszelkie zachowania w dziedzinie zdrowia (nawyki, postawy, zwyczaje, uznawane wartości przez jednostkę i grupę społeczną). Zachowania związane ze zdrowiem mogą mieć różny wpływ na zdrowie: pozytywny lub negatywny. Pisząc o zachowaniach zdrowotnych dzieci i młodzieży *Woynarowska* i in. [16, 17] wyróżniają zachowania sprzyjające zdrowiu (właściwe odżywianie, aktywność fizyczna, właściwe stosunki międzyludzkie, umiejętność radzenia sobie ze stresem, czystość ciała i otoczenia, zachowanie bezpieczeństwa) oraz zachowania szkodliwe dla zdrowia (palenie tytoniu, nadmierne picie alkoholu, nadużywanie leków), a ponadto – według *Nieman* (1986) – brak zabezpieczenia w kontaktach z substancjami toksycznymi i ochrony przed nadmiernym nasłonecznieniem.

Szczegółowe opracowanie elementów prozdrowotnego stylu życia zawiera praca *Ostrowskiej* [8]. Najczęściej bierze się pod uwagę następujące klasyczne zachowania związane ze zdrowiem: dietę, aktywność fizyczną, palenie tytoniu, konsumpcję alkoholu (*Blaxter*, 1995, za: [8]). W ustaleniu hierarchii ważności tych zachowań nie znaleziono consensusu. Taka lista zachowań pokrywa się z koncepcją prozdrowotnego stylu życia przyjętego przez Światową Organizację Zdrowia [6]. Największą liczbę zachowań związanych z realizacją prozdrowotnego stylu życia wymieniono w badaniach europejskich [4]. Zaliczono do nich: niepalenie tytoniu, ograniczone spożywanie alkoholu, aktywność fizyczną, zdrową dietę (ze szczególnym uwzględnieniem właściwego śniadania i niejedzenie między posiłkami), bezpieczne zachowania seksualne, unikanie stresu i umiejętność jego rozładowania, umiarkowaną ekspozycję na słońce, stosowanie się do zasad bezpieczeństwa ruchu drogowego, wykonywanie określonych badań profilaktycznych oraz samokontrolę ciała, np. piersi u kobiet.

Cendrowski [2], zaproponował dziesięć głównych zasad zachowania i wzbogacenia zdrowia, nazywając ją „Dekalogiem zdrowego stylu życia”: zdobywanie wiedzy o samym sobie, utrzymywanie sił obronnych organizmu w stałej gotowości, nienadużywanie leków, utrzymywanie wszechstronnej aktywności fizycznej, prawidłowe odżywianie się, hartowanie się, rozwijanie umiejętności walki ze stresem, eliminowanie nałogów, życzliwość dla innych, zachowanie i demonstrowanie postawy radzenia sobie w życiu. Objęte dekalogiem zachowania są przejawem holistycznej koncepcji człowieka.

Z punktu widzenia promocji zdrowia ważny jest nie tylko wpływ stylów życia na zdrowie, ale także możliwość dokonywania się zmian w stylach życia. Zmierzając do poprawy stanu zdrowia przez dokonywanie zmian w stylach życia musimy oddziaływać zarówno na

jednostkę, jak i na czynniki związane ze środowiskiem [10]. Skomplikowany charakter kształtowania zachowań prozdrowotnych podkreśla również *Słońska* [11]. W koncepcji promocji zdrowia niezbędne jest współdziałanie polityki społecznej z instytucjami życia społecznego i gospodarczego w tworzeniu warunków umożliwiających dokonywanie wyborów życiowych.

Jaki styl życia może skutecznie stawić czoła zagrożeniom cywilizacyjnym zdrowia współczesnego człowieka i ułatwić radzenie sobie ze stresem? Zakładamy, że styl który ma wpisany w swój system wartości aktywność ruchową, uwzględnia nowoczesność, a nie tylko tradycjonalizm, aktywność kulturalną a nie tylko konsumpcję kulturalną, a oprócz posiadania ceni się w nim szansę na samorealizowanie się. Nie tylko „mieć” (aczkolwiek i to jest ważne), ale „być” człowiekiem umiejącym dokonywać osobistych wyborów w trosce o swoje zdrowie, z pełną odpowiedzialnością społeczną za ten wybór. W takim rozumieniu aktywność ruchowa wnosi zupełnie nowe wartości do oczekiwanych stylów życia w warunkach współczesnych, tzw. stylów samorealizacyjnych.

Określając perspektywy przemian stylu życia w umownym roku 2000, *Siciński* stwierdza, iż aktywnością która ma szansę szybkiego rozwoju jest aktywność ruchowa. O tym rodzaju aktywności, która może stać się „istotnym elementem różnych stylów życia przyszłości” – mówi autor w powiązaniu z problemami zdrowia, profilaktyki zdrowotnej i sposobów przeciwdziałania patologii społecznej, a tym samym z problemami radzenia sobie ze stresem [13].

Analizując funkcje stylu życia – zaproponowane przez *Sicińskiego* [13] – samoidentyfikacji jednostek, ich przynależności społecznej, wyróżnika grupy z szerszej zbiorowości i ekspresji osobowości, należy stwierdzić, iż aktywność ruchowa waży w sposób znaczący na odgrywanej przez każdego roli w różnych sytuacjach jego życia.

Uwzględniając różne warianty stylu życia *Siciński* [13] wyróżnił jego trzy wymiary: dominującego układu odniesienia (styl „jednostkowy”, „przyjacielsko-rodzinny”, „publiczny”), dominującej orientacji życiowej (styl „bierny” i „czynny”) i dominującej perspektywy czasowej (styl „konserwatywny”, „innowacyjny” i „dnia dzisiejszego”).

Rzadko występują one w czystej formie, możemy mówić jedynie o dominacji w poszczególnych stylach takiego lub innego wymiaru. Interesuje nas natomiast dynamika przemian wymienionych stylów życia.

W życiu chodzi o to, aby człowiek umiał różnicować pojęcie pracy i aktywnych form wypoczynku i traktować czas poświęcany na te dwie różne dziedziny aktywności jako swój problem i swój osobisty wybór. Zdrowie moje i innych, troska o jego zachowanie – to również mój problem i mój wybór. Szkoła i rodzina winna uczyć tego wyboru zachowań w trosce o własne zdrowie. Od tego, na ile jestem zdrowy i od tego, czy umiem aktywnie wypoczywać, zależy efektywność mojej pracy, a nawet mój sukces zawodowy oraz ułożenie sobie życia osobistego

Coraz częściej mówi się i pisze o edukacji dla rozwoju. Te warunki spełnia – jak się nam wydaje – uczestnictwo w kulturze fizycznej, rozumiane jako edukacja dla rozwoju psychofizycznego i kulturowego jednostki, jak i edukacja przez ruch do kształtowania potrzeb zmiany osobistego życia z biernego na aktywny, twórczy, samorealizacyjny, z wpisanym dobrostanem zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w rozwój każdej jednostki. Uczestnictwo w kulturze fizycznej traktować możemy metaforycznie jako jedność w różnorodności, jedność „zdrowego i twórczego życia w harmonii z przyrodą” (jak głosi Dekla-

racja z Rio), budowana także przez edukację oraz różnorodności, która właśnie dla edukacji jest tym samym, czym zachowanie różnorodności biologicznej dla przyrody. A przecież uczestnictwo w kulturze fizycznej wiąże się nie tylko z przyrodą, ale szerzej z ekorozwojem, a edukacja zdrowotna – tak ściśle związana z tym uczestnictwem – stanowi podstawę promocji zdrowia.

Miejsce aktywności fizycznej w stylu życia młodzieży i ludzi dorosłych

Szczególnie ważna rola w zakresie kształtowania zachowań prozdrowotnych przypada aktywności fizycznej, która według *Demela* [3] ma być „fabryką zdrowia”, a jej produktami – sprawność i wydolność organizmu. Autor „Pedagogiki zdrowia” widzi pole wzajemnego przenikania wychowania fizycznego i zdrowotnego w obejmowaniu tego wszystkiego, co wiąże się ze świadomością ceny zdrowia, pozytywnym zainteresowaniem się własnym organizmem, rozumieniem zdrowotnych walorów ćwiczeń ruchowych, a także formowaniem przyzwyczajeń rekreacyjnych. W takim ujęciu uznaje się nadrzędność pedagogiki zdrowia, która staje się transmisją biologii człowieka na teren pedagogiki [3].

Aktywność fizyczna jest skutecznym nośnikiem imperatywu pracy nad sobą, co stanowi przecież istotę samokształcenia i samowychowania. Wychowanie fizyczne stawia do dyspozycji wychowania zdrowotnego obfity arsenał środków, które umożliwiają osiąganie finałnych jego celów, a mianowicie samych realiów zdrowia.

Wobec tych wyzwań cywilizacyjnych szczególnego znaczenia nabiera rekreacja fizyczna w promocji zdrowia i w wyborze stylu życia. Rekreacja fizyczna przeobraziła się w ciągu ostatniego wieku (XX) z elitarnej formy spędzania czasu wolnego w dziedzinę aktywności popularną, a w niektórych krajach wręcz masową. Tempo tego procesu pozostaje w ścisłym związku z poziomem cywilizacyjnego zaawansowania i zamożnością społeczeństwa. Pod tym względem sytuacja Polski, jakkolwiek lepsza niż w innych krajach, odbiega wyraźnie od standardów państw wysoko rozwiniętych. Wychowanie młodzieży do rekreacji fizycznej jest jedyną nadzieją na nobilitację jej wartości w rozwijającej się cywilizacji, która oprócz licznych dobrodziejstw niesie z sobą poważne zagrożenia. Wynikają one szczególnie z degeneracji środowiska przyrodniczego, nadmiernej eksploatacji systemu nerwowego człowieka, atrofii życia społecznego, ale również z wydatnego ograniczenia wysiłku fizycznego, sedenteryjnego trybu życia, ograniczonej aktywności ruchowej; a wszystko to sprzyja chorobom cywilizacyjnym, obniżaniu się naturalnej odporności organizmu, trudnościom adaptacyjnym. Obok zdrowotnych walorów rekreacji fizycznej, które są niepodważalne, ułatwia radzenie sobie ze stresem, zapewnia ludziom niezbędny komfort psychiczny, skutecznie partycypuje w kształtowaniu osobowości i zapobiega patologiom, może być katalizatorem więzi społecznych, czynnikiem integrującym grupy oraz przeciwdziałającym izolacji człowieka. „Jest tylko kwestią czasu – pisał *Kunicki* [5] – kiedy aktywność ruchowa – środek o tak wszechstronnych walorach, tak mało kosztowny, a łatwo dostępny – stanie się trwałym i nieodzownym elementem stylu życia współczesnego człowieka. Właśnie w jego interesie jest, aby doszło do tego jak najszybciej.”

Powyższa problematyka – z konieczności tylko zasygnalizowana – winna znaleźć się obligatoryjnie w programach edukacji zdrowotnej realizowanych w kształceniu nauczycieli wszystkich kierunków i specjalności.

Z. Żukowska

STYLE OF LIFE IN VIEW OF HEALTH RISKS OF A CONTEMPORARY MAN
AND ITS PLACE IN HEALTH ORIENTED EDUCATION

Summary

The subject of our presentation is the style of life looked into as an issue of interdisciplinary research and its health oriented values in the contemporary world full of hazards to human health. Hence, the need to educate youth and the entire society to health oriented life style. When analysing the function and variations of the life style we define its pro-health values with particular focus on man's participation in physical culture. In view of the challenges of civilisation, physical recreation assumes particular importance in the promotion of health and in the choice of a life style.

The above problem should be recognised in the health education of youth, however, it is not always included in the programmes of teachers' education.

PIŚMIENNICTWO

1. *Adler A.*: Sens życia. Warszawa, PWN, 1986.
2. *Cendrowski Z.*: Dekalog zdrowego stylu życia. Warszawa, Fundacja Promo-Lider, 1993.
3. *Demel M.*: Pedagogika zdrowia. Warszawa, WsiP, 1980.
4. European Health and Behaviour Research Survey (red.), Wardle, Steptoc, 1991.
5. *Kunicki B.J.*: Rekreacja fizyczna. w: Encyklopedia kultury polskiej XX wieku, Warszawa, Wydawnictwo IK, 1997.
6. *Mazurkiewicz E.*: Pedagogika zdrowia a środowisko, w: Ku tożsamości pedagogiki kultury fizycznej, Z. Żukowska (red.), Warszawa, AWF, 1993.
7. *Ossowski S.*: O strukturze społecznej. Zagadnienia struktury społecznej. Struktura klasowa w społecznej świadomości. Łódź, PAN, 1957.
8. *Ostrowska A.*: Styl życia a zdrowie. Warszawa, IFiS PAN, 1999.
9. *Siciński A.*: Style życia w miastach polskich. Wrocław, Ossolineum, 1988.
10. *Siciński A.*: Styl życia, kultura, wybór. Szkice. Warszawa, IFiS PAN, 2002.
11. *Słońska Z.*: Ewolucja modeli edukacji zdrowotnej. „Kultura Fizyczna”, nr 5-6, 1994, s. 16-21.
12. *Strzelecki A., Siciński A.*: Styl życia a jakość życia. w: Styl życia. Koncepcje i propozycje. A. Siciński (red.), Warszawa, PAN, 1976.
13. *Siciński A.*: (red.) Styl życia. Koncepcje i propozycje. Warszawa. PWN. 1976.
14. *Tyszk A.*: Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia, Warszawa, PAN, 1971.
15. *Weber M.*: Economy and society, Berkeley, University of California Press 1978.
16. *Woynarowska B. i in.*: Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce i w innych krajach. Warszawa, ImiD, 1993.
17. *Woynarowska B., Mazur Z.*: Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia. Warszawa. UW, 1999 i 2002.
18. *Woynarowska B.*: Promocja zdrowia, edukacja zdrowotna a kultura fizyczna w szkole. w: V Sejmik Szkolnej Kultury Fizycznej, Warszawa, MEN, 2004.
19. *Żukowska Z.*: Aktywność ruchowa i jej zdrowotno-profilaktyczne walory a styl życia współczesnego człowieka. „Kultura Fizyczna”, nr 7-8, 1990, s. 26-27.
20. *Żukowska Z.*: Stres a twój styl życia, „Lider”, nr 10, 1997, s. 7-10.

ANDRZEJ KRAWAŃSKI

INTERAKTYWNE UCZENIE SIĘ I NAUCZANIE JAKO REMEDIUM NA IMPAS EDUKACJI ZDROWOTNEJ

INTERACTIVE LEARNING AND TEACHING AS A REMEDY FOR THE DEADLOCK OF HEALTH EDUCATION

Zakład Podstaw Wychowania Zdrowotnego
Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu
60-352 Poznań, ul. Grunwaldzka 55
Kierownik: dr hab. prof. A Krawański
email: eduzdrow@awf.ponan.pl

Dysonans pomiędzy posiadaną przez współczesnego człowieka wiedzą o zdrowiu a prezentowanymi zachowaniami zdrowotnymi wymaga podjęcia bardziej efektywnych metod edukacji. Przedstawione założenia interaktywnego sposobu uczenia się i nauczania pozwalają pokonać obserwowany impas edukacji zdrowotnej.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, umiejętności życiowe, interaktywne uczenie się i nauczanie

Key words: health education, life skills, interactive learning and teaching

WSTĘP

Edukacja zdrowotna¹ staje się coraz bardziej popularnym hasłem w odbiorze społecznym jak i w następstwie przedmiotem rozlicznych inicjatyw podejmowanych przez pedagogów czy tradycyjnie lekarzy, a także higienistów, niekiedy dietetyków, psychologów itp. Można wobec tego zapytać: na czym polega impas?, skoro:

- przyrasta ilość wiedzy o istocie zdrowia i jego determinantach,
- znaczna część tej wiedzy jest dostępna w środkach masowego przekazu,
- człowiek zdobywa coraz więcej wiedzy o zdrowiu w trakcie edukacji szkolnej lub w placówce medycznej,
- należy oczekiwać coraz korzystniejszego, bardziej aktywnego stosunku człowieka do własnego zdrowia.

¹ Hasło edukacja zdrowotna rozumie się w tym tekście wąsko, ograniczając się do procesu wychowawczego podejmowanego w placówce szkolnej czy służby zdrowia. Oznacza to, że pominięta zostanie kwestia roli systemu społecznego jako edukatora zdrowia.

Jaka jest jednak rzeczywistość – obraz zachowań zdrowotnych? Prezentowane style życia nie są adekwatne do posiadanej przez człowieka wiedzy o zdrowiu (dowodem są liczne wyniki badań oraz potoczne obserwacje). Jak zatem zmniejszyć dysonans pomiędzy dostępnym masowo dużym zasobem informacji o zdrowiu a jego wykorzystaniem przez człowieka? Trudno w bardzo krótkim tekście udzielić wyczerpującej odpowiedzi. Niemniej jednak można określić potencjalne kierunki niezbędnej korekty myślenia pedagogicznego oraz wynikających stąd zasad działań wychowawczych.

Lepsze wykorzystanie teorii pedagogicznej jako warunek wstępny

Tradycyjne procedury postępowania dydaktycznego, oparte na próbach unifikacji potrzeb człowieka w zakresie ciała i zdrowia, koncentrują się wokół uzyskania, określonych z góry, wzorców (standardów) zachowań. Zakłada się, że wystarczającym warunkiem osiągnięcia zakładanych celów edukacyjnych jest posiadanie niezbędnej wiedzy i ściśle wykonywanie przez ucznia, pacjenta poleceń nauczyciela, terapeuty. Nie uwzględnia się szerzej stosunku osoby edukowanej do proponowanych działań. Efekty tego rodzaju edukacji są ograniczone, sprowadzają się do – wyróżnionej wyżej – dysproporcji pomiędzy posiadaną wiedzą a demonstrowanymi przez człowieka zachowaniami. Coraz więcej wiem o zdrowiu, zwiększa się moje poczucie bezradności wobec zalewu informacji, a w efekcie narasta poczucie winy z powodu zaniechanych działań. Jest to więc sytuacja określana przez socjologów jako tzw. pułapka społeczna (social trap)².

Punktem wyjścia dla przyjęcia odmiennej, wobec tradycji, strategii postępowania pedagogicznego jest odwołanie się do niedyrektywnych (antyautorytarnych) teorii wychowania, tych pedagogii u podłoża których leży założenie, że celem wychowania jest promowanie szeroko pojętej zmiany człowieka wobec siebie i wobec świata, a więc emancypacja, uwolnienie się od zastanego obrazu rzeczywistości. Oznacza to, że w analizowanym przypadku zasadniczym zadaniem edukatora będzie wspieranie swobodnego rozwoju wychowanka w kierunku samodzielnej realizacji potrzeb własnego ciała i zdrowia. Wyzwaniem dla tak rozumianej pedagogiki zdrowia stają się poniższe dyrektywy. Pomóc człowiekowi w poszukiwaniu odpowiedzi na pytania: Jak żyć, aby zachować sprawne ciało? Jak żyć, aby zachować zdrowie? Jak żyć, aby wykorzystać ciało i zdrowie dla utrzymania i/lub podniesienia jakości życia. Łatwo dostrzec, że w kontekście tak postawionego problemu wiedza medyczna będzie jedynie elementem wyjściowym. Współczesna wykładnia zdrowia człowieka i podobnie rozumienie roli ciała daleko wykraczają poza refleksję biologiczną – medyczną i wynikający stąd zbiór rad i zaleceń. Biopsychospołeczny model zdrowia i choroby, bliższa charakterystyka pojęcia *Capra* [4] *Bishop* [2] zderza medyczną wiedzę o zdrowiu (tzw. model biomedyczny) z holistyczną wizją człowieka i świata. W efekcie powstaje dynamiczny obraz zdrowia, który tworzy wiele wzajemnie z sobą powiązanych czynników o wielu stopniach swobody. Każdy człowiek realizuje swoją własną „ścieżkę zdrowia” będącą wynikiem interakcji zachodzących pomiędzy właściwościami biologicznymi ciała i mentalnymi umysłu a czynnikami przyrodniczymi i społecznym procesem socjalizacji. Ten wieloaspektowy proces tworzenia się potencjału zdrowia człowieka powinien być wspo-

² Social trap (pułapka społeczna) – sytuacja, w której ludzie zdając sobie z tego sprawę zachowują się w sposób, który na dalszą metę będzie dla nich szkodliwy, lecz w danej chwili nie wiedzą jak przerwać to zachowanie, ani jak nad nim zapanować – Słownik pojęć socjologicznych. *M.Pacholski, A.Słaboń*, wyd.AE, Kraków 1997, s.147.

magany (wręcz optymalizowany) poprzez proces wychowawczy. Autorytarny proces dydaktyczny oparty na unifikacji potrzeb zdrowotnych nie tylko nie wspomaga, lecz bardzo często jest czynnikiem ograniczającym, lub nawet zakłócającym potencjalny rozwój człowieka w obszarze jego zdrowia.

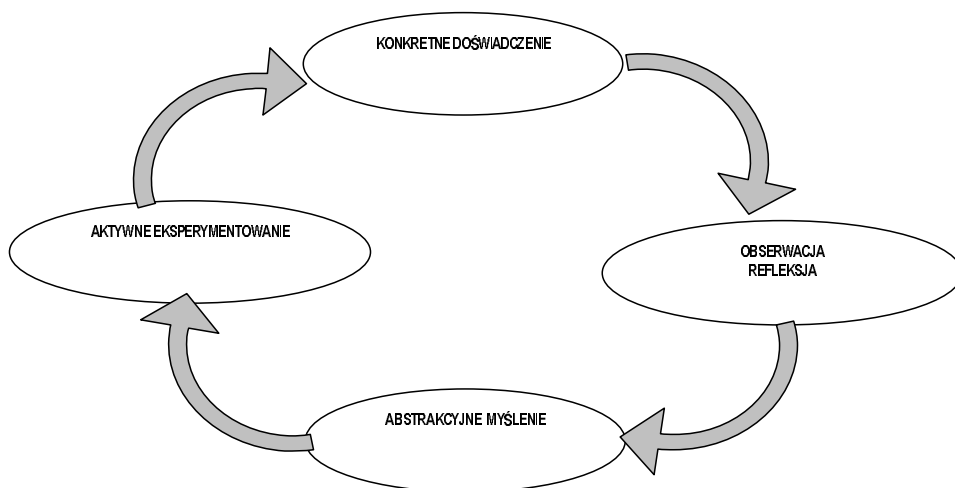
Antyautorytarny proces dydaktyczny wymaga zastosowania odmiennych wobec tradycji metod uczenia się i nauczania, tj. takich które wyzwolą kreatywność uczącego się, zdolność aktywnego działania na rzecz utrzymania bądź podniesienia potencjału zdrowia, a więc pozwolą na realizację hasła promocji zdrowia: „moje zdrowie w moich rękach”, „jestem odpowiedzialny za swoje zdrowie”. Szerokie omówienie tej kwestii zawarto w pracach własnych m.in. Krawańskiego [7, 8].

Aktywizujące procedury uczenia się i nauczania jako podstawa dydaktyki

Hasło *aktywne uczenie się i nauczanie* rozumiane intuicyjnie oznacza, że zadaniem edukatora jest doprowadzenie do sytuacji aby uczeń aktywnie słuchał, aby wykonywał aktywnie polecenia nauczyciela z pełną świadomością sensu kierowanych do niego uwag i spostrzeżeń. Taka refleksja ma niewiele wspólnego z pojęciem *aktywne uczenie się*. Nie wystarczy aktywne czytanie, pisanie, słuchanie, robienie notatek, mechaniczne, choć aktywne wykonywanie ćwiczeń fizycznych. Chodzi o to aby uczący się był bezpośrednio i aktywnie włączony w proces uczenia się. Aktywne uczenie się to nie tylko udział w rozwiązywaniu postawionego przez nauczyciela zadania, lecz głębsze emocjonalne zaangażowanie uczącego się poprzez robienie czegoś co powinno pomagać w wykorzystaniu (zastosowaniu) treści przekazu na własne potrzeby. Jak stwierdzają Bonwell i Eison [3] żeby być aktywnie zaangażowanym uczący się musi uruchomić wyższe procesy myślowe, dokonać analizy, syntezy i ewaluacji zadań. Ten proces nie zachodzi w wystarczającym stopniu samoistnie (bez zastosowania określonego postępowania przez nauczyciela). Stąd aktywne nauczanie można zdefiniować jako pomoc udzielana uczącemu się w tworzeniu nie tylko rzeczy i stanów, ale przede wszystkim jako pomoc ze strony edukatora w uświadomieniu sobie przez uczącego się dlaczego wykonuje określone zadania, polecenia. Aktywne nauczanie wymaga umiejętnego połączenia form dialogu, obserwacji i działania. Tego rodzaju interakcje zwiększają efekt edukacyjny.

Aktywne uczenie się ma zapewnić uczącemu się możliwość interaktywnego udziału w poszukiwaniu swoich związków z podjętym tematem, ma zachęcić do generowania (przetwarzania), a nie prostego przyswajania (gromadzenia) wiedzy. Uczący się powinni być zaangażowani w temat poprzez rozmowę (aktywny udział w debacie), słuchanie się nawzajem lub poprzez aktywne, indywidualnie ukierunkowaną refleksję związaną z pisanem, czytaniem tekstu, lub podobnie, z wykonywaniem ćwiczeń czy zabiegów hartujących wobec ciała³. Oznacza to, że powinni wyrazić swój stosunek do tematu, jak i zastanowić się, jak wykorzystać uzyskane informacje bądź umiejętności na własne potrzeby. W procesie

³ Przygotowując ten fragment jako inspirację wykorzystano teksty: Active Learning: Creating Excitement in the Classroom. The National Teaching & Learning Forum. Available from: <http://www.ntlf.com/html/lib/bib/91-9dig.htm> [3], tekst opublikowany przez Stanford University Newsletter on Teaching (1993) Active Learning: Getting Students to Work and Think in the Classroom [1] oraz tekst Wilberta J. McKeachie http://courses.science.fau.edu/~rjordan/active_learning.htm [11] W tym ostatnim przypadku autor wykorzystuje własne doświadczenia i treści zawarte w monografii R.M. Feldera i R. Brenta [5].



Ryc. 1. Cykl uczenia się według Kolba
Kolb learning cycle

dydaktycznym należy zatem, wykorzystując dotychczasowe doświadczenia człowieka, jego wiedzę, umiejętności zderzyć je z nowymi elementami wiedzy, lub przetworzyć istniejące doświadczenia w kierunku nowych potrzeb, celów związanych z dalszym rozwojem, doskonaleniem się. Tego rodzaju interaktywna koncepcja uczenia się i nauczania posiada swoje podstawy naukowe (konstruktywizm) jak i opracowane w następstwie procedury postępowania dydaktycznego. Najbardziej znaną procedurą dydaktyczną jest tzw. cykl uczenia się według Kolba [6].

Dydaktyka aktywnego nauczania wymaga równocześnie od edukatora znajomości różnorodnych aktywizujących technik i metod uczenia się i nauczania. W kontekście edukacji zdrowotnej przedstawiono taki zbiór technik w pracy własnej [7].

Dlaczego taki sposób postępowania pedagogicznego jest konieczny w przypadku edukacji zdrowotnej?

Tylko w ten sposób możemy połączyć interdyscyplinarny obszar informacji zawierający treści biologiczno – medyczne o zdrowiu z wiedzą psychologiczno – socjologiczną o zachowaniach człowieka z jednej a naszymi dotychczasowymi doświadczeniami życiowymi, tradycją rodziny, środowiska zamieszkania i wreszcie ograniczeniami ciała i umysłu wynikającymi z genetyki z drugiej. Nie można wyznaczyć zunifikowanego zbioru zasad zdrowotnych w takim stopniu szczegółowych, aby każdy z nas mógł wykorzystać to dla siebie. Każdy z wyróżnionych czynników z natury rzeczy posiada wiele stopni swobody (czyli istnieje możliwość wyboru alternatywnych rozwiązań). Można natomiast w procesie dydaktycznym uzyskać aktywny stosunek człowieka do własnego zdrowia. Należy tę wiedzę o zdrowiu i jego determinantach wykorzystać w taki sposób aby zwiększyć umiejętności człowieka w zakresie dokonywania świadomych wyborów, podejmowania samodzielnych decyzji w obrębie codziennych zdarzeń, sytuacji życiowych. To trzeba wykorzystać w całym procesie socjalizacji zdrowotnej, jak i w szczególności w procesie ukierunkowanej edukacji. Wiedza o zdrowiu musi zostać przetworzona, „przetłumaczona” na potrzeby każdego człowieka. Nie można jednak tego dokonać bez aktywnego udziału osoby zaintereso-

wanej. W ostatecznym bilansie każdy człowiek sam decyduje o swoich wyborach względem zdrowia, niezależnie od tego jaką przyjmie strategię wychowawczą. Proponowane postępowanie jest jedynie bardziej efektywne, gdyż pozwala na elastyczne dostosowanie się do indywidualnych potrzeb i zwiększa samodzielność uczącego się.

W ten sposób umiejętność dbania o zdrowie można traktować w podobny sposób jak wszelkie inne umiejętności niezbędne dla aktywnego życia. Zakłada się, że istotą współczesnej edukacji powinno być rozwinięcie dyspozycji psychicznych określonych jako umiejętności życiowe (life skills). Termin *ten* w znaczeniu proponowanym przez WHO odnosi się do rozlicznych cech i właściwości psychicznych, tych które są podłożem kształtowania się osobowości człowieka. *Mangrulkar, Whitman, Posner* [9] opierając się na teoriach i badaniach dotyczących rozwoju człowieka zidentyfikowali trzy kategorie umiejętności życiowych: a) społeczne i interpersonalne umiejętności takie jak: umiejętność komunikowania się, negocjacji, umiejętność odmowy, asertywność, współpraca, empatia, b) umiejętności poznawcze: rozwiązywanie problemów, rozumienie konsekwencji, podejmowanie decyzji, krytyczne myślenie, samoocena, c) umiejętność przyjmowania postawy copingowej: dawanie sobie rady z stresem, uczuciami, samoocena, samoorganizacja. Posiadanie takiego zbioru umiejętności decyduje o możliwościach dokonywania wyborów w zakresie zdrowia przez człowieka, gdyż jak zaznaczono nie ma możliwości, ani potrzeby, przygotowania człowieka z góry w zakresie wszystkich decyzji niezbędnych dla utrzymania bądź podnoszenia potencjału zdrowia.

PODSUMOWANIE

Interaktywny sposób uczenia się i nauczania przetwarzając wiedzę o zdrowiu na potrzeby jednostki pozwala efektywniej wypełnić różnorodne wymogi zdrowotne nie ograniczając naszych wyborów (indywidualnej chęci odróżnienia się stylem życia, poszukiwania własnej ścieżki rozwoju).

Interaktywne uczenie się stosunku do zdrowia odwołuje się do tych samych umiejętności które są niezbędne dla uzyskania efektywności w podejmowanych przez człowieka działaniach w wszelkich innych sferach egzystencji (pracy, umiejętności wypoczynku, korzystania z zdobyczy cywilizacji itd.). W ten sposób edukacja zdrowotna staje się nie tylko efektywnym narzędziem dla budowy potencjału zdrowotnego, lecz także funkcjonalnym elementem nowoczesnego systemu wychowania i kształcenia.

A. Krawański

INTERACTIVE LEARNING AND TEACHING AS A REMEDY FOR THE DEADLOCK OF HEALTH EDUCATION

Summary

The goal of the research is the attempt to answer the question: how to decrease the disparity between the knowledge on health acquired by people and its usage? It has been assumed that the principle condition is to take advantage of the pedagogic theory to the greater extent and to invoke the non-directive (antiauthoritarian) concepts of education. That means that in the analyzed case the principle task of the educator will be to support independent development of the student in self-

realisation of the needs of his body and health. Profound emotional involvement of the student is necessary. This can be achieved through activities which will lead to using and applying the content of the medium for own needs. It requires the application of learning and teaching methods which differ from traditional ones. Those methods can encourage the student's creativity and ability of active involvement in maintaining or increasing the health potential, so they will allow to realize the catch-phrases of health promotion: "My health is in my hands" or "I am in charge of my health". Active teaching requires a skilful combination of the dialogue, observation and action. The pursuit of own connections with raised issues is to encourage generating, not only simple gathering of knowledge. The adequate to those assumptions didactic procedure – Kolb's cycle – has been presented.

In the conclusion, referring to the notion of life skills it has been indicated that the interactive method of learning and teaching which can process the knowledge on health for the needs of the individual allows to meet various health requirements more effectively and does not put limits to our choices (individual willingness of being distinguished because of lifestyle or a pursuit of own development path).

PIŚMIENNICTWO

1. *Active Learning*: Getting Students to Work and Think in the Classroom: <http://ctl.stanford.edu/teach/speakmenu.html>
2. *Bishop G.*: Psychologia zdrowia, Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław, 2000.
3. *Bonwell Ch.C., Eison J.A.*: Active learning: Creating Excitement in the Classroom. ASHE-ERIC Higher Education Report No.1. Washington, D.C.: The Georges Washington University, School of Education and Human Development 1991, Available from: <http://www.ntlf.com/html/lib/bib/91-9dig.htm>
4. *Capra F.*: Punkt zwrotny, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa, 1987.
5. *Felder R.M., Brent R.*: Effective teaching Workshop, North Carolina State University, 1997.
6. *Kolb D.*: Experiential Learning: Experiences as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.
7. *Krawański A.*: Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego (monografia), Wyd. AWF Poznań, Poznań, 2003.
8. *Krawański A.*: Interaktywne nauczanie i uczenie się w edukacji fizycznej i fizjoterapii (monografia – w druku).
9. *Mangrulkar L., Whitman CH.V., Posner M.*: Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Human Development, Pan American Health Organization, 2001.
10. *McKeachie W.J.*: Active Learning: Available from the World Wide Web: http://courses.science.fau.edu/~rjordan/active_learning.htm

ANNA KOWALEWSKA

MOŻLIWOŚCI WYKORZYSTANIA „E-LEARNINGU” W KSZTAŁCENIU STUDENTÓW W ZAKRESIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

THE POSSIBILITIES OF USING E-LEARNING IN STUDENTS' TRAINING IN THE FIELD OF HEALTH EDUCATION

Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania
Uniwersytet Warszawski

00-561 Warszawa, ul. Mokotowska 16/20

Kierownik: prof. dr hab. med. B. Woynarowska

e-mail: a.kowalewska@uw.edu.pl

„E-learning” jest nową formą uczenia się i nauczania. Jest ona przede wszystkim formą organizacji zajęć, a nie jedynie środkiem komunikacji. Specyfiką tego kształcenia jest to, że każdy uczący staje się odpowiedzialny za swoją naukę. Forma ta przy odpowiednio dobranych metodach aktywizujących może być dobrym uzupełnieniem zajęć prowadzonych w formie stacjonarnej.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, elektroniczna edukacja (e-edukacja)

Key words: health education, e-learning

WSTĘP

Człowiek stworzył świat wirtualny, w który zaczął wprowadzać funkcjonujące w realnym świecie instytucje. Pojawił się w nim e-Business, e-Medicine, e-Education [9]. Kolejnym etapem był rozwój e-learningu jako formy kształcenia za pomocą sieci informatycznej. W literaturze spotykamy się również z pojęciem kształcenia telematycznego (tele – z greckiego daleko, matyczne – skrót od informatyczne, realizowane za pomocą środków informatycznych). Niedawno rozpoczęła się dyskusja na temat wykorzystania (e-health) do promocji zdrowia na świecie [3]. Zdając sobie sprawę z zalet i wad tej formy kształcenia wydaje się celowe zastanowienie się nad wykorzystaniem e-learningu w kształceniu studentów i nauczycieli zagadnień dotyczących edukacji zdrowotnej.

Celem pracy jest:

- 1) wyjaśnienie podstawowych pojęć, dotyczących e-learningu,
- 2) uświadomienie znaczenia Internetu w życiu współczesnej młodzieży,
- 3) wskazanie możliwości wykorzystania formy e-learningu w kształceniu studentów i nauczycieli w ramach zagadnień dotyczących edukacji zdrowotnej.

Podstawowe pojęcia

Polskim odpowiednikiem terminu e-learning może być elektroniczna edukacja (e-edukacja). „Przez e-edukację rozumiemy taki system edukacyjny, czyli całość instytucji, osób

czynności – a więc instytucje, prawo, metodykę nauczania, proces nauczania oraz jego organizację i wreszcie relacje między uczestnikami tego procesu które prowadzą do zdobycia przez studenta nowej wiedzy, umiejętności i kompetencji przy użyciu nowoczesnych technologii informatycznych” [5].

„Przez nauczanie tradycyjne rozumieć będziemy wszelkiego typu procesy dydaktyczne, w których występuje jedność miejsca i czasu uczestników procesu, prowadzone klasycznymi metodami dydaktycznymi z zachowaniem obowiązujących reguł instytucji, która taki proces organizuje.

Przez kształcenie rozumiemy zaś proces zarówno przekazywania wiedzy przez nauczyciela, jak i proces przyswajania jej przez studenta oraz samodzielnego zdobywania przez niego nowych umiejętności” [8].

Internet a edukacja i zdrowie

Z amerykańskiego raportu „Pew Internet & American Life Project” w rozdziale „the Internet and Education” zamieszczonego na stronie <http://www.pewinternet.org>. [7]. Wynika, że 78% młodzieży w wieku 12-17 lat, korzystało z Internetu przy odrabianiu pracy domowej, 41% kontaktowało się ze swoim nauczycielem, przekazywało mu swoje prace domowe, dzieliło się swoimi przemyśleniami za pomocą elektronicznej poczty. Jednocześnie w rozdziale „Internet Health Resources” podano, że 80% dorosłych w amerykańskim społeczeństwie (w grupie osób z wyższym wykształceniem stanowili oni 86%) szukało informacji i zasięgało opinii na tematy zdrowotne drogą internetową. Głównie informacje dotyczyły chorób i specyficznych problemów zdrowotnych (63%); diet (44%); problemów zdrowia psychicznego (25%) kondycji fizycznej i odpowiednich ćwiczeń (36%); problemów seksualnych (10%) i problemów związanych z uzależnieniami od alkoholu i narkotyków (8%).

Z badań przeprowadzonych w Polsce nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej wynika, że już w wieku 11 lat 70% chłopców i 43% dziewcząt w czasie wolnym od zajęć korzysta z komputera [11].

Należy spodziewać się, że liczba studentów korzystających z Internetu będzie się systematycznie zwiększać, a komputer będzie wygodnym narzędziem nauki. W związku z tym nie można dzisiaj zrezygnować z zajęć prowadzonych w sieci internetowej, trzeba jednak wypracować i korzystać z nich w sposób mądry i przemyślany tak by wspomagały a nie zaburzały one rozwoju człowieka. Wymaga to również nowej organizacji procesu kształcenia.

Forma e-learningu a kształcenie studentów i nauczycieli w ramach zagadnień dotyczących edukacji zdrowotnej

W procesie kształcenia nauczania istotną rolę odgrywa uczeń, nauczyciel oraz instytucja edukacyjna, której zadaniem jest zorganizowanie dwóch pierwszych współpracy (5). Na Uniwersytecie Warszawskim projekty e-learningowe koordynuje Centrum Otwartej Multimedialnej Edukacji (COME UW) [6]. W ciągu kilkuletniej pracy przygotowało platformę edukacyjną, model dydaktyczny, zebrало doświadczenia dydaktyczne. Organizatorzy podkreślają, że e-learning jest przede wszystkim formą organizacji zajęć, a nie jedynie środkiem komunikacji. W kształceniu niezależnie od medium, formy kształcenia i pomocy naukowych należy sobie uświadomić czym jest kształcenie, nauczanie [4]. Jakie formy, metody, modele kształcenia stosujemy w pracy ze studentami? Tak jak w uczeniu stacjonarnym istotne jest ustalenie celów prowadzonych przez nas zajęć, sposobów w jaki chcemy tę

wiedzę przekazać, Jaką wiedzę i po co chcę ją przekazać? Czy student ma uczestniczyć w nich aktywnie, czy chcemy mu tylko przekazać informacje?

Zajęcia e-learningu mogą być prowadzone tylko drogą internetową, jednak zgodnie z modelem dydaktycznym COME UW, preferowane jest łączenie edukacji stacjonarnej z internetową (blended learning) [6].

W obecnym roku akademickim forma e-learningu była w naszej Katedrze wykorzystana do prowadzenia części zajęć z „biomedycznych podstaw rozwoju i wychowania” dla studentów studiów niestacjonarnych. Dotychczasowe doświadczenia pozwalają przypuszczać, że forma ta może być również przydatna w częściowej realizacji programu edukacji zdrowotnej. Metodyczne założenia zarówno programu edukacji zdrowotnej oraz kształcenia przez Internet wykazują wiele wspólnych punktów. Ze względu na ograniczoną liczbę godzin zajęć z edukacji zdrowotnej konieczne jest dostosowanie programu zgodnie z ich oczekiwaniami, zainteresowaniami i motywacją [2, 4, 5, 10]. Przy użyciu e-learningu konieczne jest również zaplanowanie i dostosowanie zajęć do potrzeb uczestników. Plusem prowadzenia zajęć przez Internet jest możliwość indywidualizacji nauczania. Każdy student może uczyć się we własnym stylu i tempie. Plusem prowadzenia zajęć przez Internet jest możliwość indywidualizacji nauczania. Istotną zaletą stosowania informatycznych środków dydaktycznych jest ich: polisensoryczność, multimedialność, interaktywność, symulacyjność, oraz angażowanie sfery emocjonalnej [9]. Stosowanie metod aktywizujących i interaktywnych rozwijających aktywność studenta i jego kreatywność należy również do charakterystycznych cech nowoczesnej edukacji zdrowotnej. Wspólną cechą jest również zmiana kompetencji nauczyciela, którego głównym zadaniem jest taka organizacja działań ucznia, aby przygotować go do samouczenia [1, 10].

Należy jednak pamiętać, że kształcenie na odległość ma swoje wady, które ze względu na rozległość tego tematu nie zostaną w tej pracy opisane. Jednak i uczenie stacjonarne napotyka na pewne trudności i ograniczenia. Na podstawie badań przeprowadzonych w 2003 r. wiadomo, że najczęstszymi trudnościami w realizacji edukacji zdrowotnej zdaniem osób realizujących ten przedmiot były: zbyt mała liczba godzin przeznaczonych na realizację przedmiotu [12]. Duża liczebność grup, mała dostępność literatury, brak podręcznika, niedostatek funduszy na pomoce dydaktyczne i materiały przy stosowaniu metod aktywizujących. Problemem jest również zróżnicowany poziom wiedzy biomedycznej studentów, oraz brak u studentów umiejętności samodzielnej pracy, analizy i syntezy informacji. Jednocześnie wśród dobrych pomysłów na prowadzenie zajęć z edukacji zdrowotnej wymienia się opracowywanie przez studentów, scenariuszy zajęć, dokonywanie przez studentów samooceny własnych zachowań zdrowotnych.

1. Wydaje się, że prowadzenie zajęć drogą e-learningu może pomóc w rozwiązaniu niektórych problemów, które pojawiają się przy prowadzeniu zajęć w formie stacjonarnej.

2. Możliwość realizacji procesu nauczania i uczenia się w trybie synchronicznym i asynchronicznym. Sieć umożliwia sprawdzanie scenariuszy, przekazywanie pewnych treści, wykonywanie niektórych ćwiczeń poza zajęciami w szkole w dogodnym dla ucznia terminie.

3. Możliwe jest sięganie do zbiorów bibliotek, zasięgnięcie opinii specjalisty w odległych miejscach, co jest zaletą zarówno dla studentów jak i nauczycieli akademickich.

4. Sieć umożliwia rozmowy z innymi uczestnikami i nauczycielem znajdującymi się w różnych miejscach. Studenci mają możliwość, przy użyciu odpowiednich narzędzi infor-

matycznych, opracowywać wspólne np. scenariusze zajęć, które mogą zrealizować na zajęciach stacjonarnych. W przypadku ocenianych prac mogą one być oceniane zarówno przez studenta jako całą grupę.

5. Użycie takich narzędzi jak ankiety, głosowania, fora dyskusyjne, czaty pozwalają na poznanie opinii na temat omawianych zagadnień jak i sposobu prowadzenia zajęć

6. Materiały, dyskusje, zadania do realizacji mogą być utrwalone w formie pisemnej, graficznej, słownej, muzycznej, a następnie odtworzone, powielane, modyfikowane i uzupełniane, przez co podniesie się skuteczność nauczania, zrozumienie tekstu, dostosowanie uczenia do stylu i tempa uczenia.

7. Odpowiednio dobrane metody aktywne (dyskusja, portfolio, projekt, scenariusz) przyczynią się do wzmacniania umiejętności osobistych i społecznych studenta.

WNIOSEK

Przedstawione powyżej informacje wskazują, że edukacja zdrowotna prowadzona w formie e-learningu może dostarczyć środków, które ułatwią eliminowanie trudności w realizacji programu w formie stacjonarnej. Wzbogaci metody procesu nauczania – uczenia się i pozwoli przystosować realizowany program do potrzeb osobowych i społecznych.

A. Kowalewska

THE POSSIBILITIES OF USING E-LEARNING IN STUDENTS' TRAINING IN THE FIELD OF HEALTH EDUCATION

Summary

E-learning is a new form of studying and teaching. This paper aims at: [1] Explaining basic definitions referring to e-learning; [2] Informing about the meaning of Internet in contemporary students' life; [3] Pointing out the possibilities of using e-learning in training of students and teachers in the field of health education. The paper presents limitations and advantages of conducting courses by e-learning method. The possibilities of conducting courses by Internet on the COME UE education platform are shown. The author indicates the common methodical instructions for realizing health education programme and courses conducted by Internet. The paper indicates that e-learning is an education form which might be a good complement to the courses conducted in stationary form.

PIŚMIENNICTWO

1. *Kędzierska B.*: Uczelnie pedagogiczne w drodze do informacyjnego społeczeństwa. W: *Pedagogika@środki informatyczne i media*. red. *M. Tanaś* WSP-ZNP Warszawa – Kraków 2004 s.85-92.
2. *Komorowska H.*: O programach prawie wszystko. WSiP Warszawa 1999.
3. *Korp P.*: Heath on Internet: Implications for health promotion. *Health Education Research*. 21, 1, 2006, s 78-86.
4. *Mieszkowska A.*: Jak kształcić przez Internet? Materiały szkoleniowe COME UW. Warszawa 2006.
5. *Mischke J.*: Dylematy współczesnej edukacji: nauczanie tradycyjne czy zdalne.: w: *Pedagogika@środki informatyczne i media*. red. *M. Tanaś* WSP-ZNP Warszawa – Kraków 2004 s 45-54.
6. *Nowak A.*: Raport: e-learning – nowa forma edukacji na UW. *come@uw*

7. Pew Internet&American Life Project. <http://www.pewinternet.org>
8. *Stanisławska A. K.*: Uczyć się w Internecie. Kilka wybranych problemów z metodyki zdalnego nauczania. IN Konferencja Naukowa MEDIA A EDUKACJA Poznań 2002.
9. *Tanaś M.*: Dydaktyczny kontekst kształcenia na odległość.: w *Pedagogika@środki informatyczne i media*, red. *M. Tanaś* WSP-ZNP Warszawa – Kraków 2004 s. 31-44.
10. *Woynarowska B.*: Edukacja zdrowotna a współczesna promocja zdrowia. w *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej* Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny UW. Warszawa 2005 s. 21-25.
11. *Woynarowska B., Mazur J.*: Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 r. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny UW. Warszawa 2002 s.100.
12. *Woynarowska B, Kowalewska A.*: Edukacja zdrowotna w kształceniu pedagogów i nauczycieli w niektórych szkołach wyższych. w. *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej* Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny UW. Warszawa 2005 s. 54-59.

MIROSLAWA CYLKOWSKA-NOWAK

„OPÓR ZDROWOTNY” I JEGO KONSEKWENCJE DLA EDUKACJI I PROMOCJI ZDROWIA

HEALTH RESISTANCE AND ITS CONSEQUENCES FOR HEALTH EDUCATION AND PROMOTION

Zakład Edukacji
Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
61-701 Poznań, ul. Fredry 10
p.o. Kierownika Zakładu: dr n. hum. M. Cylkowska-Nowak

Artykuł stanowi próbę przybliżenia mało znanego w Polsce problemu „oporu zdrowotnego” oraz jego znaczenia dla edukacji i promocji zdrowia. Odwołania do koncepcji reaktancji psychologicznej Jack'a Brehma pozwalają na lepsze i pełniejsze wyjaśnienie przyczyn omawianego zjawiska oraz stanowią mogą podstawę poszukiwania sposobów radzenia sobie edukatorów i promotorów zdrowia z oporem zdrowotnym przejawianym przez pacjentów.

Słowa kluczowe: opór zdrowotny, reaktancja psychologiczna, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia

Key words: health resistance, psychological reactance, health education, health promotion

WSTĘP

Badania ostatnich dekad nad działaniami w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej wskazują, iż nie zawsze są one w pełni efektywne. Część populacji poddawanej różnym formom oddziaływania edukacyjnego i promocyjnego nie dokonuje bowiem oczekiwanych zmian zachowań, pomimo pełnego uczestnictwa w programach¹. Zdaniem Rofes'a, wysiłki edukatorów i promotorów zdrowia mogą wywoływać nieoczekiwane efekty, gdyż drażnią ludzi powtarzaniem wielokrotnie przesłaniem o zdrowiu, samodoskonaleniu i „właściwym postępowaniu” [9]. Rozwijając to sformułowanie stwierdzić należy, że we współczesnych społeczeństwach zachodnich dążenie do „dobrego zdrowia” oraz zachowania, służące jego osiągnięciu, zaczęły spełniać szczególną funkcję kulturową. Edukatorzy

¹ Por. np. T. Kottke, R. Battista, G. DeFriese, M. Brekke, *Attributes of successful smoking cessation intervention in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials*, „Journal of the American Medical Association” 1988, t. 259, s. 2882-2889; F. Rhodewalt, J. Davison: *Reactance and the coronary-prone behavior pattern: the role of self-attribution in responses to reduced behavioral freedom*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1983, nr 15, s. 403-411.

i promotorzy zdrowia próbują bowiem powszechnie propagować wzór osoby – kogoś, kto reprezentuje współczesne „dobro moralne”, jest uparty, niezależny, zdeterminowany, konsekwentny, zorientowany na podejmowanie „właściwych” decyzji w dążeniu do bycia zdrowym. „Zdrowie” staje się zatem synonimem „moralnego dobra”. Jednak niekiedy osoby poddawane oddziaływaniu edukacyjnemu lub promocyjnemu wytwarzają wobec tak skonstruowanych wzorów pewien potencjał sprzeciwu lub oporu. Zjawisko to określa się obecnie terminem „oporu zdrowotnego”. Dla edukatorów i promotorów zdrowia zaczyna stanowić ono ogromny problem [4].

Niewielu profesjonalistów medycznych bierze pod uwagę, iż osoby uczestniczące w różnorodnych programach zdrowotnych mogą nie chcieć, aby postrzegać je jako „dobre”, „moralne” lub „poprawne” w sposób proponowany przez edukatorów i promotorów zdrowia – może to wydawać się im zbyt „konformistyczne”, zbyt „niedzisiejsze” lub „niemodne”. Stąd zachowaniom „niezdrowym”, „ryzykownym” lub „niewłaściwym” zaczyna być przypisywane pewne znaczenie, wartość i sens. Zachowania antyzdrowotne stają się całkowitym przeciwieństwem „dobra moralnego”, propagowanego przez edukację i promocję zdrowia i wiążącego się z zachowaniami prozdrowotnymi.

Ma tutaj miejsce następująca prawidłowość: mimo że zachowania antyzdrowotne symbolizują „brak kontroli”, „niemoralność”, „nieodpowiedzialność”, to w pewien sposób zaczynają również być one swoistą oznaką „symbolicznego prestiżu”, „wartości”, „przynależności” do specyficznej grupy.

Wiedza o potencjalnej śmiertelności lub szkodliwości zachowań antyzdrowotnych stanowi w rzeczywistości podstawową motywację do ich podejmowania. Zachowania ryzykowne nabierają w tym kontekście znaczenia symbolicznych wykroczeń i buntu, skierowanych przeciwko dominującym wartościom społecznym i kulturowym². Z tego punktu widzenia nietrudno przewidzieć problemy, jakie edukatorzy i promotorzy zdrowia napotkają, gdy w dalszym ciągu będą podkreślać szkodliwość tych zachowań. Komunikaty takie mogą po prostu wzmacniać zachowania antyzdrowotne, osiągając skutek odwrotny od założonego w programach edukacyjnych i promocyjnych.

MATERIAŁ I METODA

W pracy przeprowadzono metaanalizę wybranych brytyjskich i amerykańskich prac badawczych (które ukazały się w ostatnim dziesięcioleciu) podejmujących próbę wyjaśnienia zjawiska „oporu zdrowotnego”.

„Opór zdrowotny” – związki z koncepcją reaktancji psychologicznej

Próba teoretycznego wyjaśnienia zjawiska oporu zdrowotnego wymaga odwołania się do koncepcji reaktancji psychologicznej *Brehma* [1,2]. Zakłada ona, że podstawę zaspokojenia potrzeb jednostki stanowi realizacja jej potrzeby wolności. Z kolei stan, w którym człowiek postrzega siebie jako jednostkę z zaspokojoną potrzebą wolności wiąże się z przekonaniem, iż możliwe jest podjęcie przez niego różnorodnych działań (nieograniczonych

² Zagadnienie zachowań ryzykownych i ich znaczenia dla współczesnego człowieka podejmowane jest także w polskich pracach – por. Z. Melosik: *Młodość i styl życia – paradoksy pop-tożsamości*, [w:] *Młodość, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje* red. Z. Melosik, Wydawnictwo Wolu-min, Poznań 2001, s. 34-36.

przez kogokolwiek lub cokolwiek) w określonej sytuacji. Brak możliwości działania wywołuje stan deprivacji potrzeby wolności. Jednostka doświadcza reaktancji czyli rodzaju „oporu psychologicznego” definiowanego, jako nieprzyjemny stan motywacyjny polegający na presji w kierunku odzyskania zagrożonej lub utraconej wolności. Im ważniejsza jest dla jednostki wolność, tym większy opór się ujawni, gdy zostanie ona zagrożona lub odebrana [7].

Jednym ze sposobów odzyskiwania wolności jest angażowanie się w zakazane zachowanie. Stąd próby wywierania wpływu (takie jak edukacja i promocja zdrowia) mogą odnosić odwrotny skutek. Zjawisko to określane jest „efektem bumerangu”. Dlatego też jeśli wysiłki realizatorów edukacji i promocji zdrowia postrzegane będą jako próba „narzucenia” lub „cenzurowania” to zgodnie z teorią reaktancji jej przekaz w rzeczywistości podwyższy motywację do podejmowania zachowań antyzdrowotnych lub „ryzykownych” [4].

Dalej próbowano ustalić, czy zjawisko reaktancji determinowane jest przez psychologiczne różnice indywidualne, czy przez różnorodne czynniki społeczno-kulturowe lub sytuacyjne. We wczesnych latach dziewięćdziesiątych Dowd i jego współpracownicy opracowali skalę pomiaru indywidualnego „potencjału reaktancji” (Terapeutyczna Skala Reaktancji, TRS). Skalę tę oparli o teorię reaktancji psychologicznej Brehma. Pierwsza część skali składała się z 28 pytań kwestionariuszowych, takich jak: „Nie znoszę osób posiadających władzę, które próbują narzucać mi co mam robić”; „Mam silne pragnienie utrzymania wolności osobistej”; „Gdy ktoś mi mówi co mam robić, często robię coś wręcz przeciwnego”.

Zespół badawczy Dowda założył, iż niektóre jednostki przejawiają większą tendencję do bycia „w opozycji” niż inne. Wyniki badań przeprowadzonych przy użyciu przygotowanej skali wykazały, że reaktancja jest konsekwencją różnic indywidualnych, związanych w znaczący sposób z niektórymi wymiarami osobowości. Dowd stwierdził, że jednostki wykazujące reaktancję przejawiają tendencję do bycia autonomicznymi, dominującymi, niezbyt tolerancyjnymi, brakuje im samokontroli i socjalizacji (...) są niezadowolone z siebie, choć posiadają pozytywny obraz samego siebie (...) mniej troszczą się o wywieranie dobrego wrażenia (...) nie są opiekuńcze wobec innych, ale też nie chcą, aby ktoś się nimi opiekował (...) Tożsamość ludzi wykazujących reaktancję, a szczególnie ich niezależność zostały zbudowane przede wszystkim na zaufaniu i bliskości [6]. Ten rodzaj zachowań określany jest w psychologii wzorcem zachowań A.

Wybrane próby badawcze wokół „oporu zdrowotnego”

Analizując prace badawcze prowadzone wokół oporu zdrowotnego, zauważyć należy, iż zapoczątkowano je w latach dziewięćdziesiątych, lecz właściwy ich rozwój nastąpił po roku 2000. Szczególnie interesujące są odkrycia dotyczące związków pomiędzy reaktancją psychologiczną a zjawiskami zdrowotnymi. Badania Dowda wykazały, iż istnieje zależność pomiędzy reaktancją, wzorcem zachowania typu A, a nieprzestrzeganiem zaleceń zdrowotnych. Badacz ten uważa, że jednostka wykazująca reaktancję z powodu swojej potrzeby utrzymania poczucia kontroli i wolności osobistej buntuje się przeciwko poradzom medycznym lub zdrowotnym i nie poddaje się zaleceniom [7].

Crossley prowadził badania przy zastosowaniu własnej Skali Oporu Zdrowotnego (HR) oraz zmodyfikowanej Terapeutycznej Skali Reaktancji (TRS) Dowda. W badaniu tym okazało się, iż osoby (losowa próba populacji w mieście Manchester) uzyskujące wysoką punktację w skali HR otrzymywali podobnie wysoką również w skali TRS. Związek pomiędzy pomiarami oporu zdrowotnego i reaktancji psychologicznej wskazywał zatem, że pojęcie

oporu zdrowotnego, tak jak pojęcie reaktancji może zostać uznane za zmienną różnic indywidualnych. Początkowo nie znaleziono znaczącego zróżnicowania pomiędzy całkowitą punktacją HR a różnorodnymi zmiennymi społeczno-kulturowymi takimi, jak płeć, klasa społeczna, dochód, religia i pochodzenie etniczne.

W późniejszych badaniach studentów *Crossley* sformułował nieco inne wnioski. Poziom oporu zdrowotnego studentów zmieniał się w zależności od wydziału, na którym studiowali. Na przykład studenci wydziału stomatologii uzyskali znacząco niższą punktację w skali badającej opór niż studenci z wydziałów humanistycznego lub ekonomicznego. Poziom zdolności do i potrzeby kwestionowania autorytetu lekarzy i zaleceń medycznych, jak również upominania się o wolność osobistą i cenięcia jej wyżej niż tradycyjne źródła autorytetu zmienia się wraz z wartościami i ideologiami związanymi z różnymi instytucjonalnymi formami kształcenia wyższego.

W badaniu studentów *Crossley* opisał także związki pomiędzy poziomem oporu zdrowotnego a płcią. Na przykład w podskalach takich jak „sceptycyzm” i „wolność/opór” studenci płci męskiej otrzymali wyższe wyniki niż kobiety wskazując na tendencję do bycia sceptycznymi w stosunku do przekazywanych im komunikatów o treści zdrowotnej oraz na ujawnienie się zwiększonej tendencji mężczyzn do przeciwstawiania się im [4].

Wspomniane wyniki potwierdzają zatem założenie, że potencjał oporu zdrowotnego wiąże się z czynnikami społecznymi i kulturowymi.

Nieco innym czynnikom wpływającym na przejawianie oporu zdrowotnego przyglądał się *Crossley*. Badacz próbował bowiem rozstrzygnąć czy opór zdrowotny jest zjawiskiem indywidualnym czy zbiorowym. Dla celów badawczych skonstruował kontinuum pomiędzy jednostkowymi i zbiorowymi wymiarami oporu zdrowotnego. Twierdził on, że rozróżnienie to jest w oczywisty sposób pragmatyczne zważywszy na to, że jednostka i zbiorowość są z sobą nierozzerwalnie związane. Uważał jednak za zasadne rozróżnienie pomiędzy „pozornie jednostkowymi aktami” oporu (np. działanie pacjenta, który potajemnie wyrzuca tabletki do toalety; palacza, który w tajemnicy przed innymi ludźmi pali papierosy; osoby otyłej nie redukującej ilości zjadanych produktów) od tego co nazywa „subkulturą” (przyjmujących narkotyki lub pijaków). Zdaniem *Crossleya*, opór „praktykowany jest zbiorowo”, na przykład podczas „rave’u” lub w pubie oraz „może być regulowany i kształtowany zestawem różnych subkulturowych norm, wartości i przekonań” [4].

Badania *Crossley’a* koncentrowały się wokół oporu znajdującego po „zbiorowej” stronie kontinuum oraz dotyczyły zdrowia psychicznego. Twierdzi on, że akty oporu w stosunku do interwencji psychiatrycznych zawsze były praktykowane przez pojedynczych pacjentów psychiatrycznych. Opór zbiorowy, w formie zorganizowanego „ruchu społecznego” zaczął powstawać w latach sześćdziesiątych. Wylonił on również warunki konieczne do przekształcenia indywidualnych aktów oporu w opór zorganizowany, zbiorowy [4].

W ten sposób opór stanowić może element „opozycyjnego ruchu zdrowotnego”, którego uczestnicy rozpoznali „problem”, zwykle jakąś formę interwencji medycznej, edukacyjnej czy prewencyjnej. Dochodzi tu do bezpośredniego kwestionowania autorytetu medycznego na drodze krytyki oraz rozmaitych form akcji i protestów politycznych. Sprzeciw ten często polega na rozwijaniu alternatywnych form interwencji zdrowotnych takich, jak grupy samopomocowe [4].

Rozstrzygnięcia o jednostkowym i zbiorowym charakterze oporu zdrowotnego próbował dokonać cytowany już wcześniej *Rofes*. Badając gejów, próbował określić czy istnieje

różnica pomiędzy zachowaniem gejów angażujących się indywidualnie w akt niebezpiecznego seksu a „bardziej upolitycznioną” koncepcją „stosunku analnego bez prezerwatywy”. Niektóre grupy zajmujące się prewencją HIV interpretują te zachowania jako „agresywny opór wobec kolonizacji seksualności społeczności”, co stanowi podstawową przyczynę braku skuteczności edukacji zdrowotnej prowadzonej wśród homoseksualistów [9, 10].

Ryzykowne zachowania seksualne gejów były także przedmiotem badań innych badaczy. Np. *Dodds* i współautorzy, badając 6 tysięcy mężczyzn mieszkających w centrum Londynu, zaobserwowali wzrost liczby mężczyzn przyznających się do podejmowania stosunków analnych bez zabezpieczenia (zwłaszcza wśród młodych mężczyzn – przed 25 rokiem życia) [5].

Opór zdrowotny był diagnozowany także w kontekście innych problemów zdrowotnych. Przykładami mogą być badania: *Foxa* nad zażywającymi ekstazę; czy *Joffe* – wokół kwestii nieprzestrzegania zaleceń ekspertów w stosunku do palenia tytoniu i szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce [4].

Joffe podnosiła kwestię *intersubiektywnego* charakteru reakcji ludzi na edukację i promocję zdrowia oraz różnorodne interwencje medyczne. Badaczka występuje z krytyką głównego nurtu kognitywnych teorii i modeli postrzegania ryzyka, które – jak twierdzi – nie pozwalają odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób indywidualne postrzeganie ryzyka kształtowane jest przez innych ludzi, wpływy kulturowe i instytucjonalne. Uważa ona, że większą uwagę należy zwrócić na znaczenie nauki i mass mediów w ewolucji środowiska normatywnego, które to z kolei kształtuje współczesne postrzeganie ryzyka [4].

„Opór zdrowotny” w edukacji i promocji zdrowia – wybrane konteksty

Zdaniem *Crossleya* w badaniach oporu zdrowotnego należy dokonać rozstrzygnięcia kilku ważnych kwestii. Po pierwsze, ważne jest, aby nie uważać, iż potencjał „oporu” jest wyłącznie „bytem wewnętrznym” i stanowi część osobowości danej osoby, lub przeciwnie – wyłącznie „bytem zewnętrznym”, częścią zjawisk pozostających pod wpływem uwarunkowań społeczno-kulturowych. Jak podkreśla *Crosley*, „opór” ujawniany jest często tylko w kontekście szczególnej sytuacji.

Po drugie, opór zdrowotny należy badać w kontekście społecznym i historycznym. Na przykład istnieje duże prawdopodobieństwo, że zarówno rodzicielski „opór” wobec zaleceń ekspertów dotyczących szczepień ochronnych u dzieci, jak również angażowanie się gejów w praktyki niebezpiecznego seksu rozpoczynają się od indywidualnych decyzji lub działań – mniej lub bardziej zamierzonych, kierowanych przeciwko zaleceniom naukowym. Zdaniem *Crossleya* kwestia szczepień stanowi tu dobry przykład. To, co rozpoczęło się jako indywidualny „opór” kilkorga rodziców z klasy średniej w stosunku do zaleceń medycznych, bardzo szybko (w ciągu kilku tygodni) zostało wyolbrzymione medialnie do rozmiarów, jak to ujęła jedna z gazet, regularnej wojny „rodziców przeciwko ekspertom”. W ten sposób w bardzo krótkim czasie „opór” został przekształcony z „indywidualnego” w „zbiorowy” i „polityczny”.

Po trzecie, nawet jeśli badacze czy praktycy edukacji zdrowotnej uświadomią sobie potrzebę uznania oporu zdrowotnego za zjawisko społeczne i związane z dialogiem, to jednak wiele pytań pozostaje bez odpowiedzi. Próba przeprowadzenia pomiaru oporu zdrowotnego nie jest przedsięwzięciem daremnym. Jednak należy założyć, że chociaż pewne wydarzenia i okoliczności podnoszą ogólny poziom oporu zdrowotnego w konkretnej kulturze

lub subkulturze, to niektóre jednostki nadal wykazują wyższy poziom oporu niż inne. Kwestię tę próbuje wyjaśnić *Dowd*. Uważa on, że „prawdopodobnie właściwsze jest postrzeganie reaktancji jako zmiennej odnoszącej się do osoby w danej sytuacji, gdzie wpływ mają obie strony zależności. Niektóre sytuacje wydają się same w sobie wzbudzać większą reaktancję niż inne, ale też niektórzy ludzie wydają się być bardziej podatni na reaktancję niż inni [4].

PODSUMOWANIE

Po analizie wybranych prac badawczych przeprowadzonych wokół problemu oporu zdrowotnego nasuwa się pytanie: w jaki sposób rozwiązywać problemy związane z oporem zdrowotnym? Różni autorzy przedstawiają nam różnorodne sugestie w tym zakresie.

Propozycja *Dowda* wydaje się mieć charakter interwencyjny i biomedyczny – należy dokonywać diagnozy poziomu reaktancji u pacjenta, z którym pracuje profesjonalista medyczny. Zdaniem tego teoretyka, badanie poziomu reaktancji powinno stanowić część ogólnego wywiadu prowadzonego z pacjentem. To z kolei pozwoliłoby zastosować różnorodne techniki zmniejszające opór zdrowotny takie, jak np. stosowanie dużej liczby powtórzeń przekazywanej informacji, przy czym nie powinna być ona zbyt obszerna oraz podawana w najprostszy sposób [8].

Podobne do propozycji *Dowda* wskazania wysuwa *Crossley*. Badacz ten twierdzi, że istnieje niebezpieczeństwo uznania oporu zdrowotnego za zwykłą przeszkodę, którą należy pokonać lub zneutralizować jak „opornego na leczenie raka” [4]. Jednak radykalizm tych stwierdzeń nie zachęca do stosowania tego typu rozwiązań.

Z kolei biorąc pod uwagę opór o charakterze zbiorowym, jedną z podnoszonych kwestii jest sugerowane przez osoby przejawiające opór zdrowotny naruszanie praw lub autonomii. W takich okolicznościach konieczny wydaje się dialog, pozwalający ujawnić stanowiska obu stron.

Podobne postępowanie wskazuje *Fox* – lecz w nieco innym kontekście. Badacz uważa bowiem, iż ludzie ciągle eksperymentują i testują „granice swoich możliwości”. Mimo, że można to uznać za opór wobec norm zachowania to użyteczniejsze jest „uważać je jako zachowania afirmatywne wywierające nacisk na społecznie ustalone granice, które same <<opierają>> się temu naciskowi”. Odnosząc to do promocji i edukacji zdrowotnej, *Fox* twierdzi, że współcześnie „próba ograniczenia akceptowanego z punktu widzenia prawa do <<eksperymentowania z życiem>>, obowiązującego w społeczeństwie, nie jest ani właściwe, ani możliwe”. Należy przyznać, jak dalej kontynuuje ten autor, że pomiędzy wiedzą „niefachową” a „profesjonalną” istnieje konflikt – tak uznać należy, że „nie istnieją jakiegokolwiek niepodważalne podstawy do wymagania by laicy akceptowali wiedzę naukową”. Zdaniem *Foxa*, „jeśli laicy i naukowcy mają rozmawiać ze sobą (...) to trzeba znaleźć wspólny grunt pomiędzy tymi różnymi rodzajami wiedzy” [7].

Zbyt często wysiłki promotorów i edukatorów w zakresie kwestii związanych ze zdrowiem opierają się na uproszczonych modelach, które zachęcają nas do postrzegania „zdrowia” i „ryzyka” jako zjawisk skrajnie różnych i przeciwstawianych sobie (czarnych albo białych). W tym kontekście społeczeństwo utożsamiane bywa z „pasywną masą”, czekającą na dyrektywę lub kategoryczne zalecenie umożliwiające mu prowadzenie „bezpiecznego” życia, zgodnego z prawdami odkrytymi przez naukę. Wiedza odnosząca się do problematy-

ki zdrowia jest bardzo rzadko tak oczywista, jak oczekiwaliby tego promotorzy i edukatorzy zdrowotni – bywa często niejednoznaczna oraz niepewna. Aby zapewnić ludziom szansę na podejmowanie opartych na wiedzy, jasnych, świadomych decyzji dotyczących ich zachowania, dyskusja nad problemami związanymi ze zdrowiem musi pozostać otwarta. Personel medyczny i promotorzy zdrowotni nie mają w odniesieniu do tych kwestii monopolu na prawdę. W rzeczywistości odpowiedzi na te pytania mogą bardzo różnić się od tego, co promotorzy zdrowia chcą usłyszeć od pacjenta. Oczywiście istnieje również wiele innych implikacji (związanych z rozwiązywaniem problemów pacjenta i pokonywaniem oporu zdrowotnego), szczególnie finansowych. Na przykład jeśli ludzie aktywnie decydują się na „opór” wobec zaleceń edukacji i promocji zdrowia, wyraźnie nadając priorytet pogoni za osobistą przyjemnością i wolnością w stosunku do zdrowia fizycznego, to w jakim stopniu środki publiczne mają być wykorzystywane do finansowania takiej wolności, oraz jej ewentualnych negatywnych dla zdrowia konsekwencji? W jakim stopniu ludzie powinni być obarczani odpowiedzialnością za swoje, związane ze zdrowiem zachowania? Na ile świadomi są swoich motywacji do działania w taki, a nie inny sposób?

Konkludując należy stwierdzić, iż przekaz edukacyjny i promocyjny powinien stanowić przedmiot otwartej i krytycznej dyskusji. Ludzie powinni być zachęceni do zastanawiania się nad powodami i motywacjami swoich zachowań jak również dyskusowania nad słuszością i zasadnością swoich działań.

Jak ukazano w artykule reakcje oporu wobec edukacji i promocji zdrowia w rzeczywistości są rozpowszechnione w całej populacji w odniesieniu do zachowań zdrowotnych takich, jak np. palenie, jedzenie czy picie. Wiele takich przykładów można znaleźć na stronach internetowych. Na przykład wyszukiwanie stron zawierających sformułowanie „przeciwko niepaleniu” (anti-anti-smoking) daje w rezultacie kilkadziesiąt adresów, z których większość odnosi się do „kampanii” przeciwko niepaleniu. Na stronach tych autorzy tekstów często odwołują się do „tyranii zdrowia publicznego” lub „fanatyzmu niepalenia”. Podobnie w odniesieniu do „niezdrowego” jedzenia, na stronie internetowej Book News reklamowana jest nowa książka kucharska *Eat Dangerously: The Blow Health Out Your Ass Cookbook*. We wprowadzeniu do tej książki autor stwierdza, że „garstka silnych i odważnych, smakoszy dysydentów” oraz „krnąbrnych ludzi renesansu z pokolenia x”, to „uparci partyzanci w cichej ideologicznej wojnie” przeciwko „bezmyślnej cenzurze wojowników na rzecz zdrowia”. Ci „kulinarni supermani”, jak przekonuje nas autor reklamy tej książki, „jedzą niebezpiecznie w celu obrony swoich przekonań”. W tym przypadku niezdrowa dieta jest czymś więcej niż manifestacją. Jest postawą, stylem życia, credo umożliwiającym każdemu z nas doświadczać przyjemności na co dzień (...) pierwszym krokiem do wyzwolenia, który pozwala zwolennikom takiego postępowania wyzwolić się od niepotrzebnej ascezy, którą społeczeństwo chciałoby im narzucić [3].

Cytowane teksty ujawniają ogromny sceptycyzm i niechęć do przyjmowania uproszczonych komunikatów edukacji i promocji zdrowia. Współcześni edukatorzy i promotorzy nie mogą pomijać ujawnianego oporu zdrowotnego oraz społecznej i kulturowej reakcji na oddziaływania edukacyjne lub promocyjne. Należy w tym miejscu stwierdzić, iż prowadzone dotychczas badania nie określiły stopnia rozpowszechnienia zjawiska oporu zdrowotnego. Artykuł ten miał jedynie charakter analityczny i teoretyczny, otwierał dyskusję nad tą problematyką. Wydaje się, iż istnieje potrzeba przeprowadzenia szczegółowych empirycznych badań ilościowych i jakościowych zjawiska oporu zdrowotnego.

M. Cylikowska-Nowak

HEALTH RESISTANCE AND ITS CONSEQUENCE FOR HEALTH EDUCATION AND PROMOTION

Summary

This paper presents analyses and discusses the phenomenon of 'health resistance' in health education and health promotion settings. The metaanalysis was used. British and American articles and books, published in the last ten years, were the materials.

In particular, the concept of 'health resistance' is defined and its affinity with the psychological reactance theory is described. Finally, strategies and methods of reducing 'health resistance' in health education and health promotion are presented.

PIŚMIENNICTWO

1. *Brehm J. W.*: A Theory of Psychological Reactance, Academic Press, New York 1966.
2. *Brehm, S. S., Brehm J. W.*: Psychological Reactance: a theory of freedom and control, Academic Press, New York 1981.
3. *Crossley M. L.*: 'Resistance' and health promotion, "Health Education Journal" 2001, nr 3, t. 60, s. 197-204.
4. *Crossley M.*: Introduction to the Symposium 'Health Resistance': The limits of contemporary health promotion, "Health Education Journal" 2002, nr 2, t. 61, s. 101-112.
5. *Dodds J., Nardone A., Mercem D., Johnson A.*: Increase in high risk sexual behaviour among homosexual men, B M J 2000, nr 320, s. 1510-1511.
6. *Dowd E. T., Milne C. R., Wise S. L.*: The Therapeutic Reactance Scale: a measure of psychological reactance, "Journal of Counseling and Development" 1991, nr 69, s. 541-545.
7. *Dowd E. T.*: Psychological reactance in health education and promotion, "Health Education Journal" 2002, nr 2, t. 61, s. 113-124.
8. *Dowd E. T., Seibel C. A.*: A Cognitive Theory of Resistance and Reactance: Implications for treatment, "Journal of Mental Health Counseling" 1990, nr 12, s. 458- 469.
9. *Rofes E.*: Dry Bones Breathe: Gay men Creating Post-AIDS Identities and Cultures, Haworth, New York 1998.
10. *Rofes E.*: Gay Today: AIDS Prevention – a Controversial Thesis: Gay Men are neither dumb nor self destructive, adres internetowy:
11. <http://gaytoday.badpuppy.com/garchive/health/030889hehtm,1999>.

BARBARA WILK

OPINIE STUDENTÓW AKADEMII WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
I SPORTU W GDAŃSKU O SWOIM PRZYGOTOWANIU DO REALIZACJI
PROGRAMU EDUKACJI PROZDROWOTNEJ W SZKOLE

OPINIONS OF ACADEMY OF PHYSICAL EDUCATION AND SPORTS
STUDENTS FROM GDAŃSK ON THEIR PREPARATION FOR PROHEALTH
EDUCATION PROGRAM AT SCHOOL

Katedra Teorii i Metodyki Wychowania Fizycznego
Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku
80-336 Gdańsk, ul. Wiejska 1
Kierownik Katedry: dr hab. J. Masłowski

W badaniach ankietowych, przeprowadzonych w roku akademickim 2002/2003 oraz 2003/2004 wśród 234 studentów kończących studia w Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku, starano się poznać ich opinie na temat przygotowania do realizacji problematyki prozdrowotnej w szkole.

Słowa kluczowe: studenci, edukacja prozdrowotna, szkoła

Key words: students, pro-health education, school

WSTĘP

Edukacja prozdrowotna jest obowiązkiem każdego nauczyciela pracującego z dziećmi i młodzieżą w placówkach oświatowo-wychowawczych. Pomimo, iż efekty pracy pedagogicznej nauczyciela wychowania fizycznego kształtują się w toku konkretnego działania, to jednak ich podstawę stanowi m.in. rozległa wiedza teoretyczna [1, 3]. Tymczasem, osobiwością ewolucji w kształceniu nauczycieli, jak zauważa *Grabowski* [4], jest wzrost wymagań dotyczących poziomu wykształcenia nauczycieli wraz z malejącym w nich udziałem kompetencji zawodowych.

Celem badań było zatem poznanie opinii studentów IV roku studiów dziennych Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku na temat ich przygotowania do realizacji problematyki prozdrowotnej.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując, opracowany w tym celu, kwestionariusz anonimowej ankiety, w którym zawarto pytania o charakterze otwartym, umożliwiając studentom udzielenie szerszej wypowiedzi na temat ich przygotowania do realizacji po-

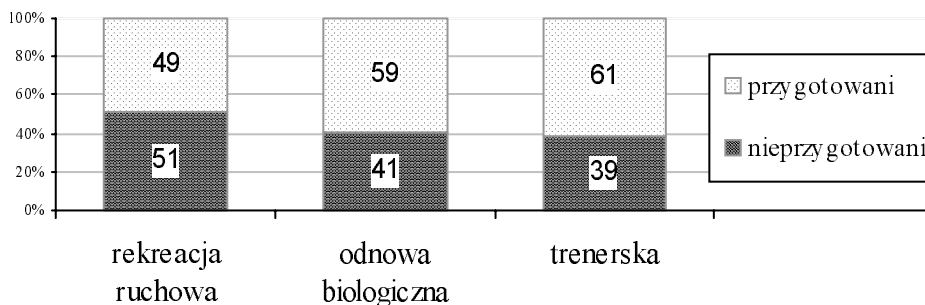
szczególnych treści bloków tematycznych programu edukacji prozdrowotnej w szkole. Badania przeprowadzono w roku akademickim 2002/2003 oraz 2003/2004 wśród 234 studentów ostatniego roku studiów o specjalnościach: trenerska, rekreacja ruchowa i odnowa biologiczna.

WYNIKI BADAŃ

Większość badanych, w tym 89% studentów specjalności rekreacja ruchowa, wszyscy studenci odnowy biologicznej oraz 94% ze specjalności trenerskiej, wskazywała na nauczyciela wf jako animatora problematyki prozdrowotnej w szkole.

Jednak relatywnie duża grupa studentów kończących studia ocenia swoje przygotowanie, m.in. w oparciu o doświadczenia z praktyk pedagogicznych, za niewystarczające do realizacji treści „Edukacji prozdrowotnej” (ryc. 1).

Analiza zebranego materiału umożliwiła wyodrębnienie przyczyn wpływających na niepełne przygotowanie studentów do realizacji problematyki prozdrowotnej w szkole. Według badanych są to: brak przygotowania praktycznego (42% ogółu wypowiedzi respondentów), zbyt mała liczba godzin poświęconych konfrontacji teorii z praktyką – 36%, mało interesujący sposób przekazu wiadomości – 22%.

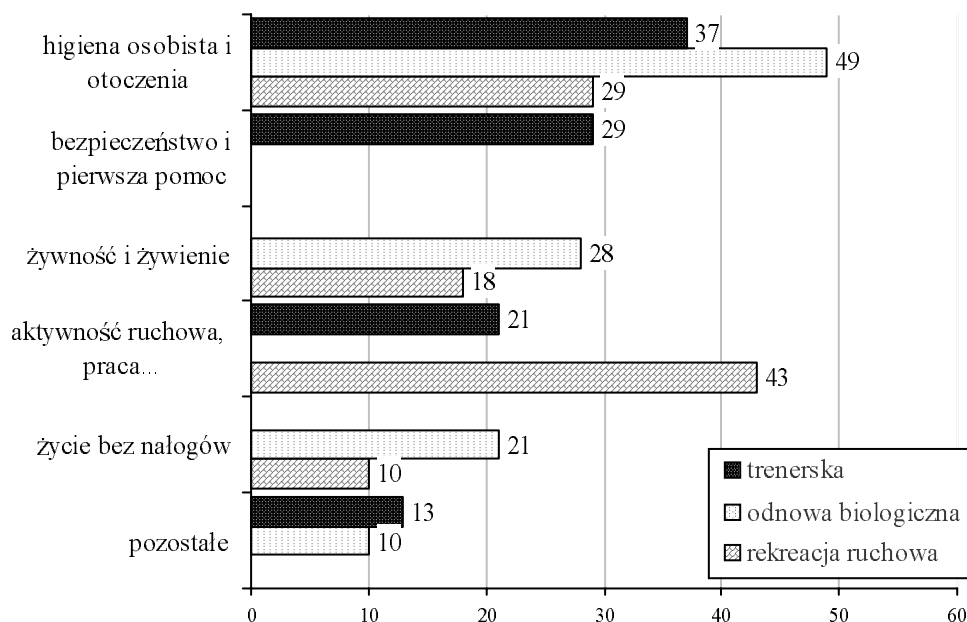


Ryc. 1. Samoocena przygotowania studentów o różnych kierunkach specjalizacji do realizacji treści „Edukacji prozdrowotnej”
Self-evaluation of students' preparations for realization prohealth education programs

O zróżnicowanym przygotowaniu studentów świadczy również preferowanie w ramach praktyk pedagogicznych niektórych treści bloków programowych edukacji prozdrowotnej. Studenci rekreacji ruchowej, najczęściej realizowali treści bloku: „Aktywność ruchowa, praca i wypoczynek, czas wolny”, a studenci specjalności: odnowa biologiczna oraz trenerska treści bloku „Higiena osobista i otoczenia” (ryc. 2).

Jedynie 13% ogółu badanych uznało, że realizacja programu studiów wychowania fizycznego w wystarczającym stopniu przygotowuje ich do pełnienia roli „nauczyciela zdrowia”.

Studenci odnowy biologicznej (51%), rekreacji ruchowej (56%) oraz trenerskiej (61%) postulowali: zwiększenie wymiaru zajęć praktycznych w zakresie edukacji prozdrowotnej, wdrożenie form zajęć i sposobów przekazu, bardziej angażujących studentów, większy nacisk na edukację prozdrowotną niż przygotowanie techniczne i sportowe studentów.



Ryc. 2. Bloki tematyczne edukacji prozdrowotnej poruszane przez studentów w ramach praktyk pedagogicznych (dane w %)
Contents of thematic blocks on prohealth education preferred by students during teacher training courses (data in %)

DYSKUSJA

Nauczyciel „dziś i jutra”, to humanista, pedagog i specjalista, posiadający umiejętność wiązania trzech kierunków kształcenia i wychowania: ogólnohumanistycznego, pedagogicznego i profesjonalnego. Taki nauczyciel wie, że istota współczesnego wychowania fizycznego obejmuje kształtowanie wszystkich sfer osobowości wychowanka, wyposażając go w dyspozycje instrumentalne oraz kierunkowe [2].

Na uczelniach wychowania fizycznego spoczywa zatem obowiązek wykształcenia absolwentów o takim zakresie kompetencji, który w działalności zawodowej umożliwi efektywne doskonalenie i promowanie zdrowia dzieci i młodzieży.

Większość studentów wskazała na nauczyciela wychowania fizycznego, jako animatora i koordynatora edukacji prozdrowotnej i wielostronnego rozwoju osobowości ucznia, wyraźnie podkreślając chęć współpracy w realizacji programów zawierających treści prozdrowotne z nauczycielami innych przedmiotów w szkole. Jednocześnie prawie połowa przyszłych „nauczycieli zdrowia” nie czuje się przygotowana do swojej roli pod względem nie tyle teoretycznym, co praktycznym. Rezultaty badań autorki potwierdzają opinie innych autorów [4, 5, 7] przekonanych, że nauczyciel wychowania fizycznego nie jest odpowiednio przygotowywany do realizacji zadań związanych z troską o zdrowie wychowanka. Z kolei sondaż przeprowadzony w 1998 roku w szkołach województwa gdańskiego wska-

zywał, według samooceny pracujących nauczycieli wf, na dobre przygotowanie 67% respondentów do realizacji całości programu edukacji prozdrowotnej [6].

WNIOSKI

1. Prawie połowa studentów deklaruje niezadowolające przygotowanie do pełnienia funkcji animatora i koordynatora edukacji prozdrowotnej w szkole.

2. Jedynie 13% ogółu badanych uznało, że realizacja programu studiów wychowania fizycznego w wystarczającym stopniu przygotowuje ich do pełnienia roli „nauczyciela zdrowia”.

3. Większość badanych studentów postulowała: wprowadzenie większego wymiaru zajęć praktycznych w zakresie edukacji prozdrowotnej oraz wprowadzenie form zajęć i sposobów przekazu wiedzy, bardziej angażujących studentów.

B. Wilk

OPINIONS OF ACADEMY OF PHYSICAL EDUCATION AND SPORTS STUDENTS FROM GDAŃSK ON THEIR PREPARATION FOR PROHEALTH EDUCATION PROGRAM AT SCHOOL

Summary

The object of the study was to collect opinions on preparations for prohealth education program at school presented by students from Gdańsk.

A diagnostic survey based on an anonymous questionnaire was applied. The study was carried out in students majoring in motor recreation, coaching and biological regeneration in 2002/2003 and 2003/2004 academic years. 234 respondents were qualified for the study.

Almost half of the students declare their dissatisfaction with preparations for being promoters and coordinators of prohealth programs at school.

Key words: students, prohealth education

PIŚMIENNICTWO

1. *Bielski J.*: Model efektywnego nauczyciela wychowania fizycznego i zdrowotnego; w: *Nauczyciel w edukacji zdrowotnej*, red. *W. Wrona-Wolny, B. Makowska, B. Jawień*. AWF, Kraków 2002, II, 123-132.
2. *Cieśliński R.*: Nauczyciel wychowania fizycznego jako animator wychowania zdrowotnego. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 1990, 6, 106-108.
3. *Derbich J., Nowocien J.*: Warsztaty pedagogiczne formą realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 1997, 2, 78-86.
4. *Grabowski H.*: O doborze na studia, kształceniu i pracy zawodowej nauczycieli wychowania fizycznego. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 2001, 8-9, 4-8.
5. *Kosińska E., Rębiałkowska M.*: Przygotowanie do realizacji edukacji zdrowotnej w autoocenie nauczycieli nauczania początkowego; W: *Nauczyciel w edukacji zdrowotnej*, red. *W. Wrona-Wolny, B. Makowska, B. Jawień*. AWF, Kraków 2002, 229-233.
6. *Lisicki T., Wilk B.*: Nauczyciele o swoich możliwościach realizacji programu edukacji prozdrowotnej. Gdańsk, AWF 1999.
7. *Pawłucki A.*: Nauczyciel wobec wartości zdrowia – studium krytyczne. Gdańsk, AWF 1997.

ELŻBIETA MARIA MINCZAKIEWICZ

ZDROWIE JAKO WARTOŚĆ I JEGO MIEJSCE W KSZTAŁCENIU PRZYSZŁYCH PEDAGOGÓW SPECJALNYCH W ICH AUTOREFLEKSJI

HEALTH AS A VALUE AND ITS RANK IN THE EDUCATION OF PROSPECTIVE SPECIAL PEDAGOGUES IN THEIR OWN AUTOREFLECTION

Katedra Pedagogiki Specjalnej
Akademia Pedagogiczna
30-060 Kraków, ul. Ingardena 4
Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. J. Wyczesany

Celem pracy było ukazanie wyników badań studentów pedagogiki specjalnej, ze specjalnością: oligofrenopedagogika, surdopedagogika, tyflopedagogika, pedagogika terapeutyczna oraz resocjalizacja, w ich autorefleksji na temat: czym jest zdrowie? Jak oceniają posiadaną wiedzę o zdrowiu, o czynnikach determinujących je oraz wiedzę na temat dbałości o zdrowie własne i cudze?

Słowa kluczowe: zdrowie, wiedza o zdrowiu, dbałość o zdrowie

Key words: health, health knowledge, health taking care

WSTĘP

Zdrowie zgodnie ze współczesną koncepcją definiowane jest jako: 1) wartość, dzięki której możemy realizować swoje osobiste cele; 2) zasób, który gwarantuje rozwój społeczny i ekonomiczny, 3) środek niezbędny do codziennego życia [10]. Definiowane bywa jako kategoria aksjologiczna, która nie posiada mierzalnych parametrów materii [6, 8, 9, 12]. Zdrowie człowieka w znaczącym stopniu zależy nie tylko od posiadanych predyspozycji uwarunkowanych genetycznie, ale także od środowiska jego życia i wychowania [2, 3, 7]. Za Woynarowską [15] daje się wyróżnić cztery podstawowe wymiary zdrowia, a to: 1) zdrowie fizyczne (prawidłowe funkcjonowanie organizmu człowieka), 2) zdrowie psychiczne (emocjonalne i intelektualne), 3) zdrowie społeczne (prawidłowe relacje z innymi ludźmi) oraz 4) zdrowie duchowe (noetyczne). Biorąc pod uwagę wymienione cele i wymiary zdrowia, trudno się dziwić, że problematyka ta interesuje zarówno profesjonalistów, jak również nieprofesjonalistów. Dziś coraz częściej mówi się nie tylko o edukacji zdrowotnej społeczeństwa, ale o „marketingu zdrowia” [4]. Ów „marketing” w wielu dziedzinach uzupełnia lub wyręcza tradycyjną edukację społeczeństwa, przenosząc akcent z wszelkiego rodzaju niedoboru zdrowia na zwiększenie akceptacji określonych zachowań oraz tworze-

nie nowych idei zdrowia, które – jak się okazuje – znajdują wielu zwolenników i propagatorów. Ze względu na fakt, iż studenci przygotowujący się do zawodu pedagoga specjalnego, już na etapie studiowania mają bezpośredni kontakt z uczniami z deficytami w stanie zdrowia, muszą być świadomi, jak znaczącym predykatorem ich rozwoju, jest nie tylko samo zdrowie, ale cały ekosystem, którego są elementem [5]. Z pobieżnych rozmów ze studentami pedagogiki specjalnej (różne specjalności, zwłaszcza pierwszych lat studiów), wynika, że stopień posiadanej wiedzy na temat zdrowia i choroby, różnicuje ich bardzo. Stąd też celem badań było poznanie opinii studentów pedagogiki specjalnej ze względu na obraną przez nich specjalizację, na temat takiej kategorii aksjologicznej, jaką jest „zdrowie”, czynników determinujących je, a zwłaszcza ich odpowiedź na pytanie: czy stopień posiadanej przez nich wiedzy o zdrowiu, jego determinantach i dbałości o nie, zależy od specjalności pedagogiki specjalnej?

MATERIAŁ I METODY

Materiał badawczy, o charakterze pilotażowym, pochodzi od 84 pozyskanych osób, w tym 57 (67,85%) studentek i 27 (32,15%) studentów pedagogiki specjalnej: I, III i V roku (o specjalnościach: oligofrenopedagogika, surdopedagogika, tyflopedagogika, pedagogika terapeutyczna i resocjalizacja), studiujących w różnych ośrodkach akademickich (o statusie akademii lub uniwersytetu) kraju. Wszystkie osoby, pozyskane drogą moich, bezpośrednich kontaktów z nimi i ich nauczycielami akademickimi, na zasadzie dobrowolności udziału, zostały poinformowane o celu i zakresie badań. Wiek życia studentów mieścił się w przedziale od 18 do 24 lat. Materiał badawczy zebrany przy pomocy intencjonalnie opracowanego kwestionariusza wywiadu (ten może być udostępniony na każde życzenie zainteresowanych) oraz rozmowy skategoryzowanej (tzw. „drabinka”) [1, 13], służył za podstawę do jakościowej analizy uzyskanych wyników badań.

WYNIKI

Analiza materiału badawczego zebranego przy pomocy kwestionariusza wywiadu i rozmowy skategoryzowanej z udziałem „drabinki” pozwoliła na zorientowanie się jak postrzegają i jak definiują „zdrowie” [10, s. 9] – określając posiadany stopień wiedzy (na siedmiostopniowej skali), w trzech zakresach, tj.: 1) w zakresie ogólnej wiedzy o zdrowiu; 2) znajomości czynników, od których zależy zdrowie człowieka; 3) dbałości o zdrowie – studenci pedagogiki specjalnej I, III i V roku, studiujący w wybranych ośrodkach akademickich kraju, ze względu na obraną specjalność zawodową.

Z badań wynika, że zdefiniowanie terminu „zdrowie” na ogół sprawiało młodzieży wiele trudności. Badani ujmowali je w kategorii stanu, który można: „zachować”, „utracić”, „odzyskać”, „poprawić”, jak również prymarnej wartości, warunkującej osiąganie wartości sekundarnych (np. „bo... od zdrowia zależy”: „samopoczucie”, „powodzenie w życiu”, „efekty nauki czy pracy”, „standard życia” i „status społeczny” oraz „przyszłość człowieka”). We wszystkich podanych definicjach, ujmujących zdrowie jako określony stan, „zdrowie” traktowane było substancjonalnie, a więc jako „coś” co człowiek może posiadać, co może z różnych powodów stracić, ale też w pewnych okolicznościach (np. w wyniku zabiegu chirurgicznego) może je na powrót odzyskać [por. 3, s. 98]. Podobnie też stopień samooceny studentów dotyczący wiedzy na temat zdrowia i czynników determinujących je, bez względu na płeć, rok studiów i status uczelni (akademia – uniwersytet), na ogół nie odbiegał

od wskaźnika samooceny, jaki ustalono przy pomocy tego samego narzędzia (tj. „drabinki”) u przypadkowo pozyskanych 35 dorosłych interlokutorów (badania w toku) oraz wyników badań prezentowanych w literaturze [2, 6, 8, 9]. Na postawione pytania: po czym można rozpoznać zdrowie? Skąd wiadomo, że ktoś jest zdrowy? Co wskazuje na zdrowie konkretnego człowieka? Czy, i w jaki sposób można zmierzyć zdrowie? Jeśli tak, to w jakich jednostkach miary można je wyrazić? Kto może dokonać takiego pomiaru? Czy istnieje jakieś specjalne urządzenie służące do pomiaru zdrowia? – uzyskane wyniki badań pozwoliły zauważyć, iż wypowiedzi były mało precyzyjne, enigmatyczne, niepełne, niezadowolające. Generalnie rzecz ujmując – definicje zdrowia sugerowały grupowanie określonych cech człowieka w rozumieniu samopoczucia, sprawności fizycznej czy wydolności fizycznej (wydolność wysiłkowa) wskazującej na rodzaj osiaganej kondycji (np. dobra, średnia, niska) oraz długość czasu trwania dobrostanu fizycznego i/lub psychicznego jednostki (np. kondycja krótkotrwała, chwilowa, stała, zmienna), jak również jej siły witalne. W rozumieniu osób badanych „człowiek zdrowy” – to człowiek dobrze zbudowany i silny, „odporny na zmęczenie i stres” – to ten, kto jest wytrzymały, zahartowany, długodystansowiec. Niektóre z wypowiedzi wydawały się sugerować znaczenie bardzo ważnego elementu zdrowia, jakim jest sprawność fizyczna i łącząca się z nią odporność organizmu człowieka na zmęczenie fizyczne, zmiany pogodowe, a nawet klimatyczne. Orientacyjnie około 60% badanych studentów podawało, iż „zdrowie” jako kategoria aksjologiczna, nie jest mierzalne. Nie daje się wyrazić w żadnych jednostkach miary. Jedynie fizyczne symptomy zdrowia lub ich brak można orientacyjnie ustalić na podstawie wyników badań laboratoryjnych i lekarskich oraz wybranych pomiarów (np. pomiarów antropometrycznych, takich jak: wzrost czy masa ciała). „Miarą zdrowia są jedynie subiektywne odczucia człowieka” – replikowali niektórzy. Na pytanie „kiedy mówimy, że ktoś jest zdrowy – co nasuwa się na myśl?” – wypowiedzi jednoznacznie wskazywały na fakt dobrego samopoczucia fizycznego i/lub psychicznego, brak bólu i innych dolegliwości oraz obserwowaną u danej osoby chęć do życia, przejawiającą się w jej zachowaniu.

Uzyskane wyniki badań nie potwierdziły wcześniejszych sugestii, iż wraz z postępem lat studiów, u studentów objętych programem badań, będzie wzrastał stopień deklaratywnie ocenianej przez nich wiedzy na temat zdrowia i jego determinantów. Okazało się bowiem, że najwyższy stopień samooceny w kwestii przedmiotowej uzyskali studenci V roku studiów – 5,73 pkt, ale drugą lokatę wbrew oczekiwaniom, uzyskali studenci I roku studiów – 4,52 pkt, natomiast studenci III roku studiów stopień posiadanej wiedzy na temat zdrowia, określili wielkością wskaźnika 2,61 pkt. (tj. poniżej średniej teoretycznej, za którą przyjęto wskaźnik 3,5 pkt). Biorąc pod uwagę obraną przez studiujących specjalność pedagogiki specjalnej, okazało się, iż najwyższy wskaźnik samooceny uzyskali studenci oligofrenopedagogiki – 6,21 pkt, druga lokata przypadła w udziale studentom pedagogiki terapeutycznej – 5,83 pkt, trzecią lokatę zajęli studenci tyflopedagogiki – 5,13 pkt, czwartą – studenci resocjalizacji – 3,47 oraz piątą, a zarazem ostatnią lokatę uzyskali studenci surdopedagogiki – 3,38 pkt. Biorąc pod uwagę pozostałe dwa kryteria samooceny, okazało się, iż najwyższą ocenę ze względu na znajomość wiedzy na temat dbałości o zdrowie, uzyskali studenci pedagogiki terapeutycznej (6,56 pkt), zaś najniższą studenci tyflopedagogiki – 3,38 pkt. W zakresie wiedzy dotyczącej znajomości czynników zapewniających zdrowie, najwyższą ocenę – 5,17 pkt - uzyskali studenci oligofrenopedagogiki, natomiast najniższą – 2,36 pkt – studenci resocjalizacji.

Tabela 1. Samoocena wiedzy studentów o zdrowiu jako wartości w zależności od kierunku pedagogiki specjalnej
Student's self assessment of health as a value knowledge in dependence of pedagogy speciality

Specjalność pedagogiki specjalnej	Kryteria samooceny		
	Ogólna wiedza o zdrowiu jako wartości	Znajomość czynników zapewniających zdrowie	Wiedza na temat potrzeby dbałości o zdrowie własne i cudze
Oligofrenopedagogika	6,21	5,17	4,31
Pedagogika terapeutyczna	5,83	4,04	6,56
Surdopedagogika	3,38	4,03	4,77
Tyflopedagogika	5,13	3,94	3,38
Resocjalizacja	3,47	2,36	5,18

DYSKUSJA

Problem zdrowia bywa często podejmowany przez nas samych, nasze rodziny, kręgi towarzyskie, czy instytucje. Leży w centrum uwagi społecznej, zwłaszcza rodziców dzieci z deficytami w stanie zdrowia, którymi studenci pedagogiki specjalnej, jako przyszli pedagodzy specjalni, najprawdopodobniej będą się zajmować na co dzień. Studenci I roku, pomimo stosunkowo wysokiego stopnia oceny posiadanej wiedzy na temat zdrowia, chętnie brali udział w wykładach z zakresu profilaktyki zdrowia, przyczyn niektórych wad genetycznych i zaburzeń rozwoju, patologii ciąży i porodu, dawkowania leków, skutków przedawkowania narkotyków oraz różnego rodzaju używek (np. kawy, herbaty czy alkoholu), zaburzeń psychicznych (schizofrenia, depresje, mutyzm) i sposobu zachowań społecznych wobec osób obciążonych dziedzicznie. Studenci przygotowujący się do zawodu pedagoga specjalnego, bez względu na rodzaj obranej specjalności, wydawali się wyróżniać wśród innych studentów prezentowanych uczelni (badania w toku), stosunkowo dużym zasobem wiedzy, na temat zdrowia w ogóle. Jednak - jak sami zauważali - odczuwają wyraźny niedosyt wiedzy z obszaru profilaktyki i konkretnie pojmowanej wielozakresowej terapii dzieci i młodzieży ze sprzężonymi zaburzeniami rozwoju (np. mózgowe porażenie dziecięce sprzężone z wadą wzroku i/lub słuchu, wada słuchu z niepełnosprawnością intelektualną i/lub zaburzeniami mowy). Dziewczęta posiadały o wiele bardziej rozbudowaną i ugruntowaną wiedzę o zdrowiu i sposobach jego pielęgnacji i ochrony, niż chłopcy z tych samych uczelni i roczników studiów.

WNIOSKI

1. Edukacja prozdrowotna w większym zakresie niż ma to miejsce dotychczas, winna być realizowana na wszystkich kierunkach studiów.

2. W programie studiów winna znaleźć się problematyka dotycząca alkoholizmu i jego skutków zdrowotnych jeśli chodzi o dziecko nienarodzone, a także wpływu nikotynizmu, narkomanii i różnego rodzaju używek na zdrowie nienarodzonych.

3. W toku studiów wiele się mówi na temat zdrowia, sposobów jego utrzymania, higieny zdrowia psychicznego, zasad prawidłowego odżywiania oraz higienicznego trybu życia, natomiast za mało się robi w tym kierunku, aby poprawić warunki studiowania, wywierające bezpośredni wpływ na kondycję fizyczną i psychiczną zwłaszcza tych studentów, którzy podczas studiów, będąc z dala od rodziców, nie zawsze sami potrafią troszczyć się o zdrowie, należyćcie o nie dbać, by zachować je na przyszłość.

4. W planie studiów z zakresu pedagogiki specjalnej winno być uwzględnione wychowanie zdrowotne rozszerzone o problemy związane z wychowaniem dziecka niepełnosprawnego (np. jego żywienie, leczenie, rehabilitacja medyczna, poradnictwo specjalistyczne, formy pomocy dziecku niepełnosprawnemu i jego rodzinie).

E. M. Minczakiewicz

HEALTH AS A VALUE AND ITS RANK IN THE EDUCATION OF PROSPECTIVE SPECIAL PEDAGOGUES IN THEIR OWN AUTOREFLECTION

Summary

Health is an axiological category, which does not possess measurable matter parameters. The problem of health is sometimes raised in families, social circles and institutions. Due to the fact that students of special pedagogy have contacts with school children with health deficits, they have to be fully aware of the fact how significant predicator health is in their own development. The target of this study was to show the output of the research aimed at seeking an answer to the following question: What level of knowledge about health and its determinants in their own perception is presented by the students on the grounds of the educational specialty they have chosen? The research comprised 84 students of 1st, 3rd and 5th years of the faculty of special pedagogy (different specialties) aged from 18 to 24. The research material was collected by an interview questionnaire elaborated by themselves and categorized conversation ("a ladder") concerning three of the following basic questions: 1) the amount of general knowledge about health they possessed; 2) the amount of their knowledge of factors conditioning a human's state of health; 3) the amount of the awareness of the importance of one's care for his or her own health and for that of others.

The output received in the research shows a mean degree of satisfaction of special pedagogy students with the level of their knowledge concerning health. Their statements connected with their self-assessment of that level should make one reflect upon the subject in question.

PIŚMIENNICTWO

1. *Brzeziński J.*: Metodologia badań psychologicznych. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
2. *Demel M.*: W poszukiwaniu istoty zdrowia. W: *Z. Krawczyk, J. Kosiewicz* (red.), *Filozofia kultury fizycznej. Koncepcja i problemy*, Wydawnictwo AWF, Warszawa.
3. *Demel M.*: *Pedagogika zdrowia*. WSiP, Warszawa 1980.
4. *Grębowski R.*: Promocja zdrowia młodzieży - od edukacji zdrowotnej do marketingu społecznego. W: *Problemy wieku dojrzewania, część I - zdrowie młodzieży*, pod red. *E. Kolarzyk*.: „Problemy Higieny”, 2000, 68, 159-162.
5. *Kolarzyk E.*: Stanowisko człowieka w przyrodzie. W: pod red. *E. Kolarzyk*: *Wybrane problemy higieny i ekologii człowieka*. Wydawnictwo UJ, Kraków 2000, s. 13-24.

6. *Kowalska J.E.*: Postawy prozdrowotne uczennic i nauczycieli w dwóch mikrosystemach edukacyjnych różnych środowisk. „Lider”, 1999, 9, s. 20-22.
7. *Krawański A.*: Ciało człowieka z perspektywy pedagogiki zdrowia, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, 2003, vol. LVIII, suppl. XII, 2, sectio D, s. 126-132.
8. *Kulmatycki L.*: Zdrowie jako wartość. „Promotor Zdrowia”, 2000, 1, s. 3-9.
9. *Kulmatycki L.*: Promocja zdrowia w kulturze fizycznej. Kryteria dobrej praktyki. Wydawnictwo AWF, Wrocław 2003.
10. *Lewicki Cz.*: Czynniki determinujące przebieg, jakość i efekty wychowania zdrowotnego dzieci 6-11 letnich w rodzinie, Wydawnictwo WSP, Rzeszów 2002.
11. *Maszczyk T.*: Promocja zdrowia jako globalne wyzwanie edukacyjne. W: *Z. Żukowska, R. Żukowski* (red.): Zdrowie i sport w edukacji globalnej, Wydawnictwo AWF, Warszawa 2002, s. 31-36.
12. *Pilch T.*: Zasady badań pedagogicznych. Wydawnictwo „Żak”, Warszawa 1995.
13. *Woynarowska B.*: Zdrowie i szkoła, WL PZWL, Warszawa 2000.

STANISŁAW STERKOWICZ^{1,2}, ZOFIA PELC¹, ZOFIA BUBKA¹, JAROSŁAW PRONIEWICZ¹

W SPRAWIE INTERPRETACJI BMI W EDUKACJI ZDROWOTNEJ STUDENTÓW

INTERPRETATION OF BMI IN STUDENT'S HEALTH EDUCATION

¹ Katedra Teorii i Metodyki Sportów Indywidualnych
Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie
31-571 Kraków, Al. Jana Pawła II 78
Kierownik Katedry: prof. dr hab. S. Sterkowicz

² Instytut Pedagogiczny
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
33-300 Nowy Sącz, ul. Staszica 1
Dyrektor Instytutu: dr K. Chyla

W pracy przedstawiono wyniki badań składu ciała 57 osób metodą impedancji elektrycznej na wadze „Tanita”. W opracowaniu materiału zastosowano obliczenia statystyczne i metodę graficzną. Ocena własnej budowy somatycznej kobiet wiązała się głównie ze wskaźnikiem masy ciała BMI, a nie z jego składem. Mężczyźni w samoocenie nie polegali na BMI, lecz kierowali się głównie FFM, wyobrażeniem wiążącym się z rozwiniętą muskulaturą i mniejszym procentem tłuszczu.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, dieta, aktywność fizyczna, wskaźnik BMI

Key words: health education, diet, physical activity, BMI

WSTĘP

W ocenie budowy somatycznej powszechnie stosuje się wskaźnik BMI. Ostatnio zwrócono uwagę na konieczność obiektywizacji zjawisk rozwojowych przez relatywizowanie diagnozy dotyczącej masy ciała beztłuszczowego FFM u dzieci i młodzieży [3, 5]. Badacze interesowali się także budową i składem ciała studentów różnych uczelni [2, 4].

Tanaka i wsp. [4] podkreślali, że wiele kobiet, łącząc szczupłą sylwetkę z pięknym wyglądem, redukowało masę ciała kosztem FFM. W edukacji słuchaczy AWF przekazuje się informacje na temat znaczenia kontroli masy ciała przez modyfikację stylu życia, tj. racjonalną aktywność ruchową i dietę.

Głównym celem niniejszej pracy jest określenie budowy i składu ciała studentek i studentów w odniesieniu do rezultatów dokonanej przez nich samooceny.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniami objęto 35 kobiet i 22 mężczyzn studiujących na Wydziale Fizjoterapii krakowskiej Akademii Wychowania Fizycznego. Najpierw przeprowadzono ankietę dotyczącą pozauczelnianej aktywności ruchowej oraz stosowania diety. Na skali od 1 (jestem osobą szczupłą) do 10 (jestem osobą otyłą) respondenci oceniali własną budowę ciała. Zebrano ich podstawowe dane demograficzne. Następnie na wadze "Tanita" dokonywano pomiarów metodą impedancji elektrycznej. W analizie materiału wykorzystano następujące parametry: masę ciała (kg), wskaźnik masy ciała BMI (kg/m^2), procent tłuszczu z masy ciała (%PF), masę tłuszczu FM (kg) i masę ciała beztłuszczowego FFM (kg). Dodatkowo obliczono analogicznie do BMI wartość wskaźników FFMI i FMI wyrażających wpływ wysokości ciała [1]. Hipotezy statystyczne dotyczące istotności różnic w rozkładach liczebności, wartości średnich oraz współczynnika korelacji weryfikowano na poziomie $p < 0,05$.

WYNIKI

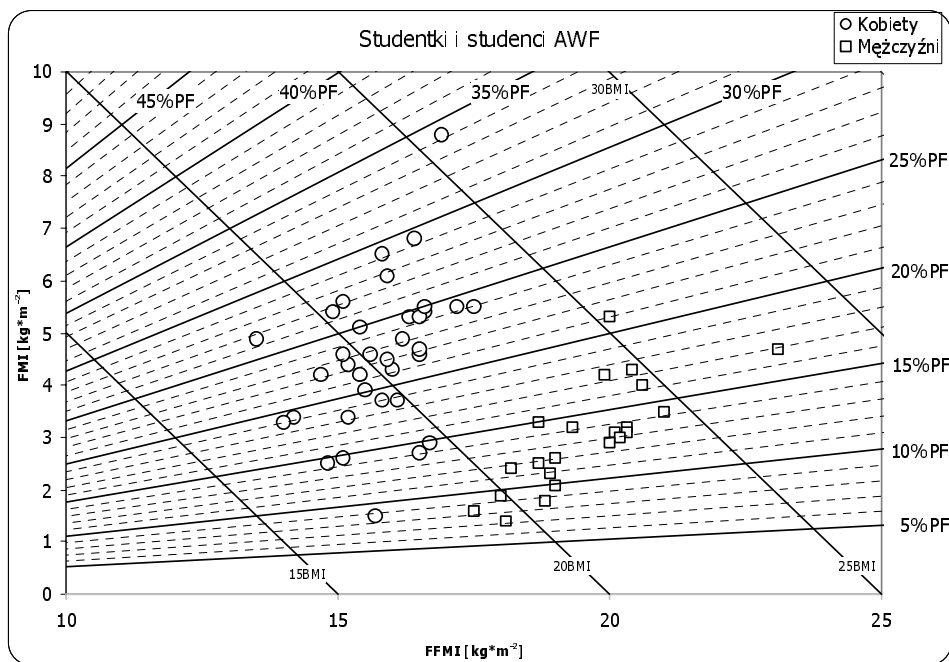
Osoby badane były w podobnym wieku, który u kobiet (K) wynosił $20,9 \pm 0,9$ roku, natomiast u mężczyzn (M) – $20,8 \pm 1,0$ rok. Częstość wykonywania dodatkowej aktywności ruchowej nie zależała od płci ($\chi^2 = 0,34$; $p = 0,56$). Większość kobiet (32) i mężczyzn (21) uczestniczyła w zajęciach rekreacji ruchowej spoza programu w AWF. Tylko 3 studentki i 1 student nie zgłosił takiej aktywności. Między płcią a stosowaniem diety występowała natomiast zależność istotna statystycznie ($\chi^2 = 8,01$). Kobiety częściej (15) niż mężczyźni (1) stosowały dietę. Liczebności osób nie stosujących ograniczeń w jedzeniu wynosiły odpowiednio 20 i 21. W tabeli 1 przedstawiono charakterystykę budowy ciała respondentów.

Tabela 1. Charakterystyka liczbowa cech i wskaźników budowy ciała badanych
Statistical characteristics of analysed students

Płeć	Wysokość ciała (cm)	Masa ciała (kg)	BMI (kg/m^2)	PF (%)	FFM (kg)	FM (kg)	Samo-ocena
	$\bar{x} \pm \text{S.D}$	$\bar{x} \pm \text{S.D}$	$\bar{x} \pm \text{S.D}$	$\bar{x} \pm \text{S.D}$	$\bar{x} \pm \text{S.D}$	$\bar{x} \pm \text{S.D}$	$\bar{x} \pm \text{S.D}$
Kobiety	$167,4 \pm 6,7$	$57,1 \pm 7,5$	$20,3 \pm 1,9$	$22,1 \pm 5,0$	$44,1 \pm 3,3$	$13,0 \pm 4,5$	$4,3 \pm 1,7$
Mężczyźni	$180,5 \pm 6,3$	$73,9 \pm 8,3$	$22,5 \pm 2,2$	$13,1 \pm 3,4$	$63,8 \pm 5,6$	$9,8 \pm 3,4$	$4,0 \pm 1,9$
BMI – wskaźnik masy ciała; PF% – tłuszcz w procentach masy ciała; FFM – masa ciała beztłuszczowego; FM – masa tłuszczu							

Stwierdzono szereg istotnych różnic między średnimi grup K i M. Naturalnie mniejsza była wysokość i masa ciała, przy większym udziale tłuszczu (PF% i FM) u kobiet niż u mężczyzn. W przypadku FFM było natomiast odwrotnie. Chociaż BMI osiągał istotnie statystycznie mniejsze wartości u studentek niż u studentów, to ich budowa ciała w samo-ocenie była podobna. Wskaźniki masy ciała beztłuszczowego FFMI oraz masy tłuszczu FMI potwierdziły większe odtłuszczenie kobiet ($\text{FFMI} = 15,8 \pm 0,9 \text{ kg}/\text{m}^2$; $\text{FMI} = 4,6 \pm 1,4$) niż mężczyzn ($\text{FFMI} = 19,6 \pm 1,2 \text{ kg}/\text{m}^2$; $\text{FMI} = 3,0 \pm 1,0$). Międzygrupowe różnice wartości średnich były istotne statystycznie.

Na rycinie 1 zilustrowano położenie indywidualnych charakterystyk studentek i studentów z uwzględnieniem wskaźników BMI, FFMI i FMI.



Ryc. 1. Relacje między wskaźnikami BMI, FFMI i FMI oraz %PF studentek i studentów AWF (BMI – wskaźnik masy ciała; FFMI – wskaźnik masy ciała beztłuszczowego; FMI – wskaźnik masy tłuszczu, PF% – tłuszcz w procentach masy ciała)
Relations between BMI, FFMI, FMI and %PF in analysed students

W grupie K wartość wskaźnika BMI wahała się w szerokich granicach od 17,1 do 25,7, natomiast w grupie M od 19,1 do 27,8 kg/m². Dane indywidualne FFMI zawierały się w zakresie od 13,5 do 23,1 kg/m², przy czym wartość wynosząca 17,5 kg/m² stanowiła naturalne kryterium podziału grup według płci. Wskaźnik masy tłuszczu FMI w grupie K wynosił od 1,5 do 8,8, natomiast w grupie M jego rozstęp był mniejszy i wynosił od 1,4 do 5,3 kg/m². Procent tłuszczu PF% – pozostający w matematycznej zależności od wymienionych wskaźników – u studentek posiadał również większe zróżnicowanie (od 8,7 do 34,3%) niż u studentów (7,2 do 20,9%).

Omówione wcześniej parametry łączyły się z samooceną budowy somatycznej. W grupie K wiązała się ona silnie i istotnie statystycznie z BMI ($r=0,77$), oraz umiarkowanie z masą ciała (0,62), PF% (0,61), FM (0,63) i FFM (0,55). Gdy zastosowano korelację cząstkową z wytrąceniem wpływu BMI oraz masy ciała straciła na znaczeniu zależność między samooceną a PF%, FM (-0,04) oraz FFM (0,04). W grupie M występowała umiarkowana korelacja samooceny z masą ciała ($r=0,50$), PF% (0,61) oraz FM (0,53). Nie wykazano istotnej statystycznie zależności samooceny budowy ciała od BMI (0,24) i FFM (0,26). W tej grupie – po wytrąceniu wpływu masy ciała i BMI – wartości współczynnika cząstkowej korelacji samooceny wynosiły 0,59 z PF%, 0,45 z FM oraz -0,70 z FFM.

DYSKUSJA

Porównania wyników badań własnych dokonano na tle młodzieży studiującej w Warszawie (Piechaczek 1998). Średnie wartości wysokości ciała kobiet i mężczyzn z AWF w Krakowie były podobne jak w AWF w Warszawie i większe niż w grupach z Politechniki Warszawskiej (PW). W odniesieniu do młodzieży akademickiej z Warszawy przeciętna masa ciała studentek i studentów z krakowskiej AWF lokowała się między charakterystykami z warszawskiej AWF oraz PW. Średnie wartości BMI z badań własnych były bardziej podobne do charakterystyk badanych z PW niż z AWF w Warszawie. Ponadto wartości BMI w grupie K były mniejsze niż w grupie M. Analogiczne relacje występowały w badaniach warszawskich [2] oraz japońskich [4]. Trudno jest przeprowadzić kuszące porównania wyników własnych dotyczących składu ciała, ponieważ w cytowanych pracach stosowane były odmienne metody szacowania tłuszczu w procentach masy ciała. Niemniej jednak mniejsze otłuszczenie tłumaczone było większą aktywnością ruchową grupy z AWF niż z PW [2].

WNIOSKI

1. W stylu życia kobiet i mężczyzn studiujących w AWF czynnik ruchu ma podobne znaczenie dla kształtowania się składu ciała, przy czym kobiety częściej stosują dietę.
2. Zastosowana metoda graficzna stwarza dobrą możliwość analizy porównawczej wskaźników masy i składu ciała.
3. Samoocena budowy ciała u kobiet koreluje z innymi pomiarami i wskaźnikami niż u mężczyzn. Ocena budowy ciała na podstawie kryteriów BMI może być myląca.
4. W programach edukacji zdrowotnej interpretację BMI powinno poszerzyć się o analizę FFMI (wskaźnik masy ciała beztłuszczowego) oraz FMI (wskaźnik masy tłuszczu).

S. Sterkowicz, Z. Pelc, Z. Bubka, J. Proniewicz

INTERPRETATION OF BMI IN STUDENT'S HEALTH EDUCATION

Summary

Cross-sectional studies were conducted on 35 female and 22 male AWF students in order to describe the connection of self-evaluation of one's physique with the results of the studies of body ingredients. The students were surveyed and submitted to the Tatina weight measurement: BMI, fat scale with body water percentage. Basic statistical methods and graphical method of body ingredients analysis were employed to the research. It was observed that movement factor, taking both male and female AWF students lifestyles into consideration, plays similar role in shaping body ingredients. Women, however, go on a diet more often. Graphical method gives a great opportunity to make a comparison analysis of body mass and body ingredients factors. Female self-evaluation of physique correlates with other measurements and factors than male. Evaluation of body structure based on BMI criteria may be misleading.

PIŚMIENNICTWO

1. *Hattori K., Tatsumi N., Tanaka S.*: Assessment of body composition by using a new chart method. *American Journal of Human Biology*, 9, 573-578, 1997.
2. *Piechaczek H.*: Typologia budowy ciała studentów AWF i Politechniki Warszawskiej. *Wychowanie Fizyczne i Sport*, 1, 67-79, 1998.
3. *Sterkowicz S., Żak S.*: Zmiany budowy somatycznej i składu ciała chłopców w wieku rozwojowym. Promocja zdrowia w hierarchii wartości. *Annales UMCS, sectio D. Vol. 60, Supl. 15: [Cz. 5]*, s. 256-260, 2005.
4. *Tanaka S., Itoh Y., Hattori K.*: Relationship of body composition to body fatness estimation in Japanese university students. *Obesity Research*, Vol, 10, No.7, 590-596, 2002.
5. *Wells J.C.K.*: A critique of the expression of pediatric body composition data. *Arch Dis Child*; 85:67-72 (July), 2002.

MALGORZATA KALISZEWSKA

WYNIKI EWALUACJI PROGRAMU PRZEDMIOTU EDUKACJA ZDROWOTNA W SZKOLE WYŻSZEJ

THE RESULTS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM'S EVALUATION IN ACADEMY

Zakład Pedagogiki Ogólnej i Teorii Wychowania
Akademia Świętokrzyska im. Jana Kochanowskiego w Kielcach
25-369 Kielce, ul. Żeromskiego 5
Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. K. Duraj-Nowakowa

Autorka przedstawia wyniki ewaluacji programu edukacji zdrowotnej w szkole wyższej. Studenci preferują tematykę związaną bezpośrednio z ich potrzebami zdrowotnymi i postulują też ograniczenie teorii na rzecz zaleceń praktycznych. Koniecznym jest integracja składników edukacji akademickiej, a także staranniejszego i skuteczniejszego prowadzenia edukacji zdrowotnej na niższych szczeblach edukacji, tak by studenci mogli skupić się na metodyce edukacji zdrowotnej.

Słowa kluczowe: ewaluacja, podmiotowość, edukacja zdrowotna, integrowanie składników edukacji

Key words: evaluation, subjectiveness, health education, education component integration

WSTĘP

Bezpośrednią inspiracją do napisania tego tekstu były wyniki ewaluacji po zakończeniu programu edukacji zdrowotnej w jednej ze szkół wyższych woj. świętokrzyskiego. A celem głównym – podzielenia się wnioskami wypływającymi z ich analizy, jako że program przedmiotu wymaga ustawicznego doskonalenia, także przez wymianę doświadczeń.

Przypomnieć należy, że termin „ewaluacja”, ani zbliżone do niego termin „ocena” i „analiza” nie oddają w pełni istoty ewaluacji, która ma na celu sprawdzenie przebiegu i wyników naszych działań [5, 6]. Ewaluacja jest to raczej „systematyczne badanie wartości lub zalet jakiegoś „obiekту” [3]. „Ewaluacji powinny dokonywać w codziennej praktyce wszystkie osoby prowadzące edukację zdrowotną, stosując dostępne, w miarę proste metody”. Wyróżnia się dwa rodzaje ewaluacji: ewaluację wyników oraz ewaluację procesu [5, 6]. Ale też: ewaluację wstępną, bieżącą, końcową [4]. Ponadto: ewaluację dialogiczną, formatywną, konkluzywną, naturalistyczną i wyjaśniającą [3]. Przedstawione tu wyniki dotyczą ewaluacji wyjaśniającej i końcowej procesu edukacji, ponieważ celem ewaluacji wyjaśnia-

jącej jest m. in. ocena zalet i wad programu „z punktu widzenia potrzeb i systemu wartości jego uczestników” [3]. W literaturze przedmiotu ewaluację uważa się też za istotny składnik badania jakości pracy uczelni. Taka ewaluacja ma ważny aspekt socjologiczny, pedagogiczny i dydaktyczny związany z umasowieniem studiów oraz powstawaniem „uczącego się społeczeństwa” [4].

MATERIAŁ I METODY

Ewaluacja miała na celu sprawdzenie, w jakim stopniu przyjęty program „edukacja zdrowotna” wiązał się z zainteresowaniami i potrzebami studentów drugiego roku dziennych i zaocznych pedagogicznych studiów licencjackich. Zatem dotyczyła ona treści kształcenia przedmiotowego.

Zbadano 43 osoby studiujące w trybie dziennym i 75 – w trybie zaocznym. Metodą badań był sondaż diagnostyczny, a narzędziem kwestionariusz uwzględniający listę zagadnień będących treściami tegorocznych wykładów i ćwiczeń. Wykaz tematów zaprezentowany został w Tab. I.

Pytania brzmiały: 1) które z wymienionych na liście tematów z zakresu poznanych treści przedmiotu edukacja zdrowotna uważa Pani/Pan za najważniejsze dla siebie? Proszę wskazać pięć pozycji i uzasadnić wybory. 2) jakie macie Państwo uwagi do treści wykładów i ćwiczeń?

WYNIKI

W tabeli I przedstawiono wyniki ewaluacji treści programowych, dotyczące studentów studiów dziennych i zaocznych, to jest pięć najczęściej wskazywanych tematów.

Na studiach dziennych 25 kobiet, czyli 67,6% badanych wymieniło Zdrowe odżywianie; 59,4% Aktywność fizyczną człowieka; także 59,4% Bezpieczeństwo w życiu; 54% Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych i 48,6% Czynniki ryzyka dla *zdrowia*, jako tematy najważniejsze dla siebie.

Odpowiedzi mężczyzn, choć nieliczne, były podobne. Nieco wyżej, niż u kobiet uplasowała się ważna tematyka seksualizmu człowieka. Zatem studenci dzienni wybrali – jako najważniejsze dla siebie – te treści, które wiążą się bezpośrednio z ich życiem codziennym i są podstawowe dla jego jakości. Uzasadnienia były raczej lakoniczne: „Bo to jest w życiu ważne”, „Człowiek powinien być aktywny” i nie wniosły istotnych informacji przydatnych wykładowcy.

Z kolei wybory studentów zaocznych, osób znacznie dojrzałych, były nieco odmienne. Można wprawdzie dostrzec, że i tych studentów wybory mają przede wszystkim walor praktyczny dla ich życia osobistego. Zapobieganie przemocy zajmuje wysoką pozycję tak u kobiet, jak i u mężczyzn, kobiety wskazały na potrzebę Wiedzy o zdrowiu psychicznym (61%), mężczyźni zaś na pierwszych miejscach umieścili Aktywność fizyczną oraz Seksualność człowieka. Zarówno mężczyźni jak i kobiety doceniają znaczenie problematyki związanej ze Zdrowym odżywianiem. Kobiety wskazały też na znaczenie Czynników ryzyka dla zdrowia, czego nie docenili zupełnie studenci dzienni. Pojawiły się też wskazania na tematy związane z metodyką edukacji zdrowotnej, choć ich liczba była mniejsza od spodziewanej (10= 18 %) i nie zmieściły się już w pierwszej piątce.

Różnice między wskazaniem studentów dziennych i zaocznych nie są duże. Jednak wyszczególnienie przez studentów zaocznych tematów takich jak Czynniki ryzyka dla zdrowia (25), Zapobieganie przemocy (38), Kształtowanie umiejętności życiowych (15) oraz Wiedza o zdrowiu psychicznym (15) można by uznać za pewien symptom gotowości do

Tabela I. Wyniki ewaluacji programu z edukacji zdrowotnej na studiach (pięć najczęściej wskazywanych tematów)
Results of health education programme evaluation for students (five most popular subjects)

Lp.	Tematy	Studia dzienne		Studia zaoczne	
		kobiety N= 37	mężczyźni N=6	kobiety N= 54	mężczyźni N=21
1	Czynniki ryzyka dla zdrowia	18	0	25	0
2	Wiedza o zdrowiu psychicznym	0	0	33	0
3	Bezpieczeństwo w życiu	22	3	28	0
4	Seksualność człowieka	0	3	0	14
5	Aktywność fizyczna człowieka	22	6	25	16
6	Zdrowe odżywianie	25	5	34	13
7	Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych	20	4	0	13
8	Zapobieganie przemoc	0	0	38	12

podjęcia działań i do przekazywania wiedzy innym. Jednak co z tego, skoro po zaliczeniu przedmiotu nie można już tej gotowości ani sprawdzić, ani wzmocnić, ani też praktycznie wykorzystać. Jawi się zatem potrzeba integrowania składników edukacji akademickiej [1], aby tego potencjału nie zmarnować.

Ponadto poproszono badane osoby o uwagi do wykładów i ćwiczeń. Niektóre ilustrują dostrzeżoną już tendencję i mają charakter postulatów:

„Należy omawiać temat w sposób bardziej praktyczny, niż teoretyczny”, „Większy nacisk położyć na uprzątnienie zajęć”, „Poprzez praktyczne pokazanie zdrowego życia łatwiej przekonać odbiorcę”, „Na przykład układanie w czasie zajęć przykładowych jadłospisów”, „Większe nastawienie na praktykę, niż na teorię oraz pokazanie skutków złego stylu życia”. Ponadto: „Należy utworzyć nowe stanowisko – czyli osobę, która będzie mogła pomóc i doradzić studentowi w większym zakresie, skierować w miejsce, gdzie może uzyskać pomoc”, „Uczyć jak walczyć ze stresem i problemami dnia codziennego”, „Jak radzić sobie i postępować w trudnych sytuacjach”. Tylko jedna osoba wskazała, jako bardzo ważną, problematykę związaną z możliwością zarażenia wirusem HIV i konieczność jej wyeksponowania w programie.

DYSKUSJA

Jak można by dostrzec na podstawie tych wyników, rysuje się wśród studentów pewna charakterystyczna tendencja do tego, by oczekiwać od nauczycieli akademickich i treści programowych przedmiotu gotowych recept na szczęście i zdrowie w życiu.

Studencki postulat „uprzątnienia” zajęć można rozumieć dwojako. Z jednej strony może to być oczekiwanie, że zbyt hermetyczny naukowy język wykładu zastąpiony zostanie przystępnym, potocznym a treści dotyczyć będą sytuacji życiowych człowieka i róż-

nych aspektów dbania o zdrowie. Może to być też oczekiwanie, że zostaną wprowadzone bardziej atrakcyjne metody aktywizujące. Jeśli jednak nauczyciel akademicki nie widzi takich usterek w swojej pracy, to prawdopodobnie studenci oczekują od niego wspomnianych już recept, porad i gotowych rozwiązań dotyczących zdrowia i radzenia sobie z problemami.

WNIOSKI

1. Badani studenci nie są zainteresowani zagadnieniami teoretycznymi, bardzo mało – metodyką edukacji zdrowotnej. Brakującą wiedzę o zdrowym stylu życia, znaczeniu ruchu, seksualności człowieka itp. chcieliby uzupełnić w ramach zajęć na studiach.

2. Uczenie innych wymusza własną aktywność, poszukiwanie źródeł wiedzy, branie odpowiedzialności za wiedzę i rozwój innych osób.

3. Optymalizacja pracy w uczelni winna zmierzać w kierunku integrowania treści przedmiotowych oraz innych składników edukacji w taki sposób, aby umiejętności studentów wzmacniać przez ich powtarzanie, a rezultaty ewaluacji jednego z przedmiotów można było też wykorzystać dla optymalizacji innych zajęć. Program edukacji zdrowotnej w szkole wyższej wymaga dalszego udoskonalania, a jego znaczenie dla studenta powinno wzrastać w toku ewaluacji na różnych etapach jego optymalizacji.

4. Na niższych szczeblach edukacji należy bardziej konsekwentnie prowadzić edukację zdrowotną tak, by student już posiadał podstawową wiedzę o zagrożeniach dla zdrowia i różnych aspektach dbania o nie, by mógł się skupić na metodyce edukacji zdrowotnej.

M. Kaliszewska

THE RESULTS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM'S EVALUATION IN ACADEMY

Summary

Author presents the results of health education program's evaluation in academy. She stresses the fact that students prefer subject matter directly related to their own health needs and postulate to increase practical teaching by limitation theoretical knowledge. Author postulates the need of integration academic education's elements and also more accurate and effective carrying on health education on lower levels of education, so that students using their skills and widening their knowledge could concentrate on methodic of health education, threatened like one of the instruments of their future work.

PIŚMIENNICTWO

1. *Duraj-Nowakowa K.*: Integrowanie edukacji: Źródła, tendencje i teorie. W: *K. Duraj-Nowakowa* (red.): „Studia Pedagogiczne Akademii Świętokrzyskiej” Tom 16, Kielce 2006, s. 65-77.
2. *Nalaskowski S.*: Humanizm i podmiotowość w wychowaniu: na przykładzie szkolnych systemów wychowania w Polsce, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2002
3. *Korporowicz L.*: (red.): Ewaluacja w edukacji. Oficyna Wydawnicza, Warszawa 1997.
4. *Paclawska K.*: Ewaluacja w dydaktyce akademickiej. W: *Skulicz D.* (red.): *W poszukiwaniu modelu dydaktyki akademickiej*, Wyd. UJ, Kraków 2004 s. 126.
5. *Wojnarowska B.* (red.): Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie, wersja polska, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa 1995.
6. *Wrona-Wolny W., Makowska B., Jawień B.* (wyb. i oprac.): Wypisy z wychowania zdrowotnego, cz. II, Wyd. AWF, Kraków 2001.

MAREK LEWANDOWSKI, GABRIELA ANTOSZCZUK, BŁAŻEJ KICIŃSKI,
AGNIESZKA SURYNT

STUDENCI III ROKU STUDIÓW AKADEMII WYCHOWANIA
FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU O SWOIM PRZYGOTOWANIU
DO PEŁNIENIA ROLI NAUCZYCIELA ZDROWIA

THIRD YEAR UNIVERSITY' SCHOOL OF PHYSICAL EDUCATION
IN WROCŁAW STUDENT'S OPINION ABOUT THEIR ARRANGEMENT
TO HEALTH TEACHER ROLE

Zespół Teorii Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
51-617 Wrocław, ul. Witelona 25
Kierownik Katedry: prof. dr hab. T. Koszycz

Praca przedstawia wyniki badania, którego celem było poznanie opinii studentów kończących studia pierwszego stopnia w Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu na temat programu nauczania. Badani studenci uznali, że w treściach poszczególnych przedmiotów realizowanych w toku trzyletnich studiów znalazło się niewiele informacji i umiejętności dających im możliwość, dobrego przygotowania się do pełnienia w szkole roli nauczyciela zdrowia.

Słowa kluczowe: nauczyciel wychowania fizycznego, nauczyciel zdrowia, kształcenie nauczycieli

Key words: physical education teacher, health teacher, teacher education

WSTĘP

Spory o sposób rozumienia teorii pedagogicznej i jej relacji z praktyką zmuszają do poszukiwań nowych metod kształcenia nauczycieli poprzez zasadniczą przebudowę programów i treści rozwijających niezbędne kompetencje nauczycielskie [6]. Dokonana w 1999 r. zmiana systemu edukacji w Polsce wymaga trafnego określenia zadań oraz ciągłej kontroli jakości procesu kształcenia kadr nauczycielskich. Do najważniejszych z nich należy przygotowanie nauczyciela o wysokich kompetencjach zawodowych [1]. Działając w obszarze kultury fizycznej, jako znawca różnorodnych znaczeń wartości ciała, absolwent akademii wychowania fizycznego realizując pedagogiczną koncepcję wychowania fizycznego powinien umieć przyjmować role nauczyciela zdrowia, rekreacji, sportu oraz estetyki zachowań ruchowych [7]. W związku z tym postanowiliśmy sprawdzić, jak studenci AWF we Wrocławiu kończący trzyletnią edukację ocenili program studiów pod kątem przygotowy-

wania ich do pełnienia roli nauczyciela zdrowia. W pracy postawiliśmy następujące pytania badawcze:

1. Które przedmioty realizowane w toku studiów zawierały zdaniem respondentów treści (informacje i umiejętności) dające im dobre przygotowanie do przyjęcia roli nauczyciela zdrowia?
2. Jak badani studenci AWF we Wrocławiu ocenili swoje przygotowanie teoretyczne i praktyczne do pełnienia roli nauczyciela zdrowia?

MATERIAŁ I METODA

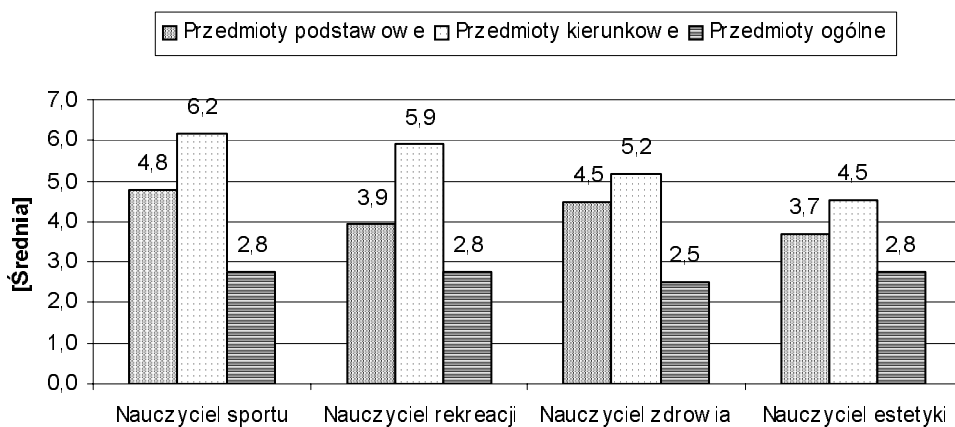
Badanie przeprowadzono pod koniec maja 2005 roku i objęto nim grupę wszystkich studentów III roku studiów dziennych w Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Do analizy zakwalifikowano 200 w pełni wypełnionych ankiet (100 kobiet i 100 mężczyzn – 81,6% studentów trzeciego roku). W badaniu zastosowaliśmy metody sondażu diagnostycznego [9] i analizy dokumentów [11]. Do zebrania materiału wykorzystaliśmy technikę ankiety, posługując się narzędziem własnej konstrukcji (BK/ML–2403/2005). Chcąc poznać opinię respondentów na temat ich przygotowania do pełnienia roli nauczyciela sportu, rekreacji, zdrowia i estetyki posłużyliśmy się listą przedmiotów realizowanych na pierwszym etapie studiów w AWF we Wrocławiu. Wszystkie przedmioty zostały podzielone na trzy bloki: podstawowy, kierunkowy i ogólny [10]. Respondenci oceniali każdy przedmiot w skali punktowej od 1 do 10 (1 – ocena najniższa), wyrażając swoją opinię na temat przydatności kursu (przedmiotu) w kształtowaniu się ich wiedzy i umiejętności przydatnych do pełnienia różnych powinności nauczyciela wychowania fizycznego. Zamieniając wskazania punktowe badanych na ocenę opisową przyjęliśmy następującą skalę: 1-2,99 – treści przedmiotu nie przygotowywały do pełnienia roli nauczyciela; 3-4,99 – przygotowywały niedostatecznie; 5-6,99 – przygotowywały dostatecznie; 7-8,99 – przygotowywały dobrze; 9-10 – przygotowywały bardzo dobrze. Respondentów podzielono na dwie podgrupy. W pierwszej umieściliśmy studentów, którzy uzyskali w toku studiów średnią ocen mniejszą i równą 4,0, a w drugiej tych, którzy legitymowali się wyższą średnią ocen. W pracy zastosowano następujące obliczenia statystyczne: średnią arytmetyczną oraz współczynnik korelacji r -Pearsona.

WYNIKI

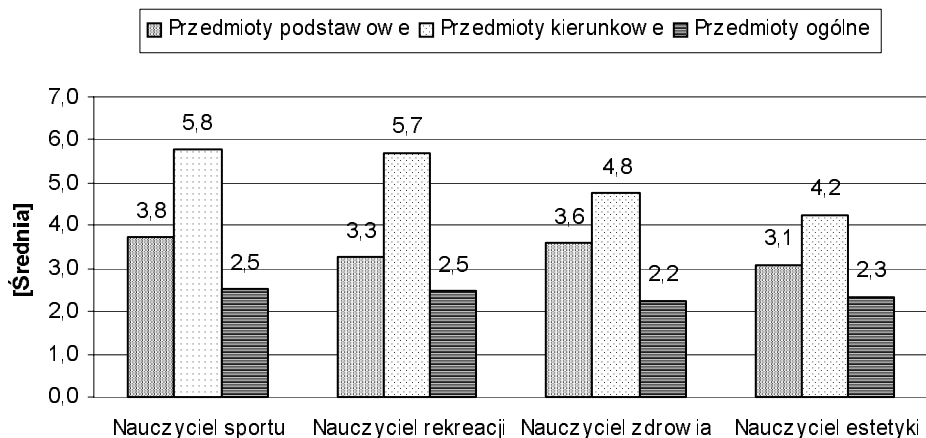
Respondenci wybierając studia na AWF we Wrocławiu kierowali się różnymi motywami. Większość z nich (79%) deklarowała zamiłowanie do sportu. Z dalszych wypowiedzi ankietowanych wynikało, że znaczny ich odsetek zakładał, że nie podejmie pracy w szkole w charakterze nauczyciela wychowania fizycznego (39,5%), lub podejmie ją tylko wówczas, jeśli nie znajdzie lepszej posady (39%). Analizując oceny wystawione przez respondentów poszczególnym blokom przedmiotów stwierdziliśmy, że do zadań przewodnika po kulturze ludzkiego ciała najlepiej pod względem teoretycznym i praktycznym przygotowywały ich przedmioty kierunkowe.

W opinii badanych studentów poszczególne przedmioty, które znalazły się w programie studiów wyposażały ich przede wszystkim w informacje i umiejętności przydatne do pełnienia roli nauczyciela sportu.

Ankietowani uznali, że w bloku przedmiotów podstawowych „Fizjologia z elementami biochemii” była przedmiotem najlepiej przygotowującym ich teoretycznie do pełnienia roli nauczyciela zdrowia (średnia ocen 7,2 punktów). Natomiast wśród przedmiotów kierunkowych najwyższe średnie oceny w punktach uzyskały: „Medycyna wychowania fizycznego”



Ryc. 1. Średnia ocen dla poszczególnych bloków przedmiotów za teoretyczne przygotowanie do pełnienia ról: nauczyciela sportu, rekreacji, zdrowia i estetyki
Average of grades for the particular groups of subjects in the theoretical preparation for the roles of sports, recreation, health and esthetics teacher



Ryc. 2. Średnia ocen dla poszczególnych bloków przedmiotów za praktyczne przygotowanie do pełnienia ról: nauczyciela sportu, rekreacji, zdrowia i estetyki
Average of grades for the particular groups of subjects in the practical preparation for the roles of sports, recreation, health and esthetics teacher

(7,8), „Gimnastyka korekcyjna” (7,4) i „Promocja zdrowia” (7,2). Analizując dalsze wypowiedzi badanych stwierdziliśmy, że studenci wśród bloku przedmiotów kierunkowych najwyżej ocenili umiejętności, które mogli zdobyć realizując kurs „Gimnastyki korekcyjnej” (średnia ocen 6,5 punktów) i „Medycyny wychowania fizycznego” (6,0). Natomiast w bloku przedmiotów podstawowych najwyżej oceniono umiejętności praktyczne przydatne nauczycielowi zdrowia, które przekazywano na zajęciach z „Fizjologii z elementami biochemii” (średnia ocena 5,9 punktów) i „Anatomii” (4,8). Okazało się, że blok przedmiotów

podstawowych i ogólnych studenci ocenili nieznacznie wyżej niż ich koleżanki. Po przeprowadzeniu obliczeń stwierdziliśmy, że respondenci ze średnią ocen z przebiegu studiów wyższą niż 4,0 niżej ocenili poszczególne bloki przedmiotów od swoich kolegów i koleżanek legitymujących się gorszymi wynikami w nauce. Nie stwierdziliśmy jednak istotnych statystycznie zależności pomiędzy płcią badanych, wynikami w nauce a oceną poszczególnych bloków przedmiotów.

DYSKUSJA

Teoretycznie wprowadzenie nowych założeń programowych do polskich szkół w 1999 r. nałożyło na nauczyciela wychowania fizycznego obowiązek modyfikacji treści, metod i form pracy z uczniem. Praktycznie jednak reforma edukacji nie została poprzedzona wcześniejszymi zmianami w kształceniu studentów – przyszłych nauczycieli [2]. Wśród wielu czynników wpływających negatywnie na jakość profesjonalnego kształcenia nauczycieli istotne znaczenie przypisać można poważnym niedoborom nauczycieli akademickich z doświadczeniem zawodowym [3]. Za niepokojące należy uznać to, że pomimo dokonanej zmiany koncepcji wychowania fizycznego (wychowanie do wartości ciała) w ocenie respondentów realizowany na uczelni program studiów w stopniu niewystarczającym przygotowuje ich do pełnienia nowych ról – nauczyciela zdrowia i estetyki. Wszelkie braki w przygotowaniu nauczyciela wychowania fizycznego mogą niekorzystnie wpływać nie tylko na proces nabywania przez dziecko sprawności motorycznej, ale przede wszystkim uniemożliwić mu zrozumienie doniosłego znaczenia zdrowia w życiu człowieka [4, 5, 7, 8]. Podsumowując zebrany materiał stwierdziliśmy, że:

1. Studenci nisko ocenili przekazywane im w toku trzyletnich studiów umiejętności praktyczne przydatne do pełnienia roli nauczyciela zdrowia (żaden z przedmiotów podstawowych, kierunkowych i ogólnych nie oceniono jako dobrze wyposażający ich w te umiejętności). Tylko cztery przedmioty (medycyna wychowania fizycznego, gimnastyka korekcyjna, fizjologia z elementami biochemii i promocja zdrowia) oceniono jako te, które zawierały informacje dające im dobre przygotowanie do pełnienia roli nauczyciela zdrowia.
2. Badani studenci AWF we Wrocławiu ocenili swoje przygotowanie teoretyczne jako dostateczne, a praktyczne jako niedostateczne do pełnienia roli nauczyciela zdrowia.

WNIOSKI

1. Unowocześnienie koncepcji programowych nie wprowadzi istotnych zmian w szkolnym wychowaniu fizycznym o ile nie zostaną wsparte zmianami dokonywanymi w programie kształcenia nauczycieli tego przedmiotu.
2. Bez zmian nowe zadania nakładane na nauczyciela wychowania fizycznego, nakreślone w założeniach modelowych nie będą realizowane w szkole.

M. Lewandowski, G. Antoszczuk, B. Kiciński, A. Surynt

THIRD YEAR UNIVERSITY' SCHOOL OF PHYSICAL EDUCATION IN WROCLAW
STUDENT'S OPINION ABOUT THEIR ARRANGEMENT TO HEALTH TEACHER ROLE

Summary

In 1999 in Poland we witnessed a change in the concept of physical education (from biotechnological to pedagogic). The change like this obliges the teacher to perform various roles (health teacher, recreation teacher, sports teacher and mobile behaviours esthetics teacher). However, in practice, the reform of the education system was not preceded by previous alterations in the students' education – the education of future teachers. The aim of our research was to collect students' opinions with regard to the evaluation of the particular courses (subjects) which are realised in the course of studies taking into account their usefulness for the future role of a health teacher. The research was conducted in May 2005 and it comprised the students of The University School of Physical Education in Wrocław who graduated from the first degree studies (100 women and 100 men – 81,6% of III year students). In order to gather the material we employed the technique of a survey questionnaire with the use of a tool composed by ourselves. It turned out that the examined students declared that the three year long studies equipped them, in the first place, with the necessary information and skills which are useful for their roles of sports teachers and recreation teachers. Their theoretic preparation for the role of health teachers was assessed as only satisfactory, whereas their practical preparation was assessed as unsatisfactory (insufficient). This proves that without introducing changes in the programme of education of the future teachers it will not be possible to make any real changes of aims and tasks of physical education assumptions in the Polish schools.

PIŚMIENNICTWO

1. *Denek K.*: Funkcje nauczyciela w społeczeństwie wiedzy; W: *T. Koszycz, M. Lewandowski, W. Starościak* (red.), *Wychowanie i kształcenie w reformowanej szkole*. Wrocław 2004, s. 27-33.
2. *Gula-Kubiszewska H., Lewandowski M.*: Przygotowanie nauczycieli gimnazjum do realizacji wychowania fizycznego w nowym systemie edukacji; W: *R. Muszkieta, M. Bronikowski* (red.), *Wychowanie fizyczne w nowym systemie edukacji*, AWF Poznań 2000, s. 157-163.
3. *Kamedula E.*: Kształtowanie kompetencji nauczycieli dla zreformowanej szkoły; W: *K. Denek, T.M. Zimny* (red.) *Edukacja jutra. V Tatrzańskie Seminarium Naukowe*. Częstochowa 1999, s. 245-252.
4. *Lewandowski M., Koszycz T.*: Reforma systemu oświaty a zmiany w szkolnym wychowaniu fizycznym; W: *K. Denek, T.M. Zimny* (red.), *Edukacja jutra. VI Tatrzańskie Seminarium Naukowe*, Menos, Częstochowa 2000, s. 148-155.
5. *Lewandowski M., Supińska U.*: Szkolne wychowanie fizyczne – sytuacja trudna dla ucznia czy nauczyciela? W: *T. Koszycz* (red.), *Dydaktyka wychowania fizycznego*. AWF, Wrocław 1997, 173-178.
6. *Paclawska K.*: Przemiany modelu edukacji nauczyciela; W: *W. Kojs, E. Piotrkowski, M. Zimny* (red.), *Edukacja jutra. VIII Tatrzańskie Seminarium Naukowe*. Menos, Częstochowa 2002, s. 164-176.
7. *Pawłucki A.*: *Pedagogika wartości ciała*. AWF, Gdańsk 1996.
8. *Pawłucki A.*: *Nauczyciel wobec wartości zdrowia – studium krytyczne*. AWF, Gdańsk 1997.
9. *Pilch T.*: *Zasady badań pedagogicznych*, Żak, Warszawa 1998.
10. Standardy Kształcenia, Kierunek Wychowanie Fizyczne, Projekt z dnia 13.09.2005. <http://www.mein.gov.pl>
11. *Zaczyński W.*: *Praca badawcza nauczyciela*. WSiP, Warszawa 1995.

ZOFIA KUBIŃSKA¹, ANNA PAŃCZUK²

**CZYNNIKI RYZYKA ZDROWIA W POTRZEBACH EDUKACYJNYCH
STUDENTÓW PEDAGOGIKI PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY
ZAWODOWEJ W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

**HEALTH RISK FACTORS IN PEDAGOGY STUDENTS' EDUCATIONAL NEEDS
IN STATE SCHOOL OF HIGHER VOCATIONAL EDUCATION
IN BIAŁA PODLASKA**

¹Zakład Turystyki i Rekreacji

²Zakład Pielęgniarstwa

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Białej Podlaskiej

21-500 Biała Podlaska, ul. Sidorska 95

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. J. Bergier

Praca dotyczy czynników ryzyka zdrowia i ich miejsca w deklarowanych potrzebach edukacyjnych studentów pedagogiki. Wynikające z tych czynników ogromne zagrożenie dla zdrowia i prawidłowego rozwoju młodego pokolenia powodują niepokój społeczeństwa, a w szczególności rodziców oczekujących pomocy od nauczycieli. W grupie badanych studentów największe zainteresowanie w zakresie zdobycia wiedzy i umiejętności pedagogicznych wzbudziły takie czynniki ryzyka jak: alkoholizm; narkomania; bieda, ubóstwo, bezrobocie, niezaradność życiowa oraz formy i rodzaje przemocy wybranych grup społecznych.

Słowa kluczowe: czynniki ryzyka, potrzeby edukacyjne, studenci

Key words: risk factors, educational needs, students

WSTĘP

Obecnie coraz częściej w polskich szkołach zasadniczym problemem są zachowania destrukcyjne, agresywne, prowokacyjne czyli zagrażające zdrowiu ucznia i otoczenia. Są one często reakcją na błędy środowiska rodzinnego, szkolnego lub rówieśniczego. Te zaburzone (antyzdrowotne) zachowania uczniów oczekują na profesjonalne reakcje (diagnozę i poradnictwo) nauczyciela. Po latach wdrażania programu wszechstronnej edukacji zdrowotnej, na różnych etapach kształcenia pojawiła się potrzeba rozszerzenia działań, aby sprostać pojawiającym się wyzwaniom. Rodzaje i treści dokumentów oraz aktów prawnych*

* Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów alkoholowych 2000-2005, Warszawa PARPA. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

zobowiązują nauczycieli do podejmowania działań profilaktycznych [2,3], prewencyjnych [4], a nawet terapeutycznych. Stanowią one dopełnienie dotychczasowego nauczania, wychowania, opieki i poradnictwa. Ich wzajemne przenikanie się ma służyć ochronie i pomocy młodemu pokoleniu w radzeniu ze współczesnymi zagrożeniami zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego. W wyniku szerokiego zainteresowania problematyką uwarunkowań zdrowia powstały ujęcia tego zagadnienia z punktu widzenia czynników ryzyka zdrowotnego. W Australii uwarunkowania te podzielono na cztery następujące grupy czynników ryzyka: społeczno-środowiskowe, psycho-społeczne, wynikające z zachowań osobniczych i patofizjologiczne [6]. Te niepokojące i trudne zjawiska wzbudzają zainteresowanie specjalistów z różnych dziedzin wiedzy [1,5]. Ze względu na ogromne zagrożenia dla zdrowia i prawidłowego rozwoju młodego pokolenia powodują niepokój rodziców oczekujących pomocy od pedagogów i nauczycieli.

Głównym celem pracy jest poznanie potrzeb edukacyjnych deklarowanych przez studentów pedagogiki, dotyczących zdobycia wiedzy i umiejętności z wybranych czynników ryzyka zdrowia. Postanowiono zrealizować następujące szczegółowe zadania badawcze:

1. Sporządzić hierarchię czynników ryzyka według zadeklarowanego stopnia zainteresowania każdym z nich przez badanych studentów.
2. Przedstawić źródła wiedzy z zakresu czynników ryzyka, z których studenci dotychczas czerpali wiedzę, a z których chcieliby pogłębiać ją w przyszłości.
3. Ukazać znane badanym metody pracy pedagogicznej umożliwiające zdobycie podstawowych umiejętności w zakresie minimalizowania nie tylko konsekwencji ale i przyczyn czynników ryzyka. Jakie metody chcieliby jeszcze poznać?

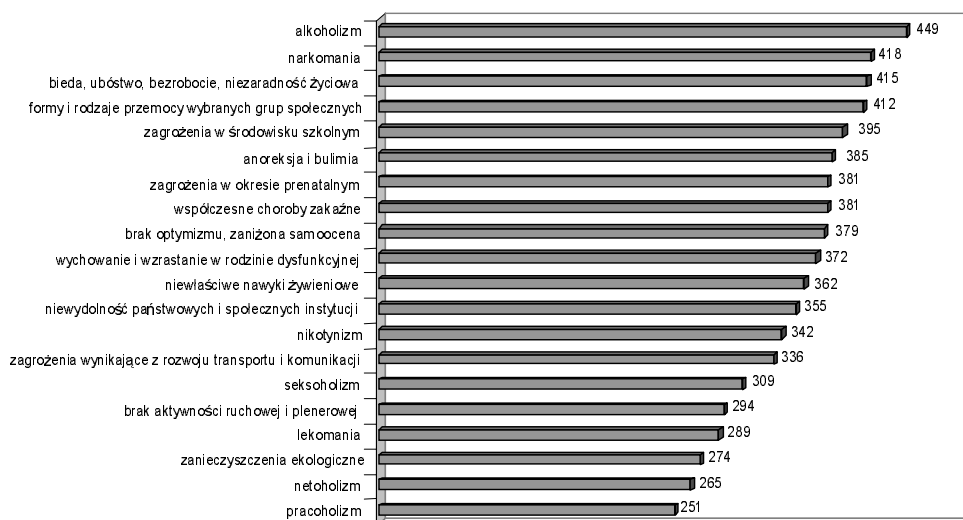
MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono w 2006 roku wśród 154 studentów II-go i III-go roku studiów stacjonarnych pedagogiki społecznej w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Białej Podlaskiej. Wśród badanych większość stanowiły kobiety (84,4%), mężczyźni to 14,3% ogółu (1,3% nie podało informacji o płci). Prawie połowa studentów mieszka na wsi (48,0%), co piąta osoba (20,1%) pochodzi z miasta o liczbie mieszkańców do 20 tysięcy, natomiast w miastach powyżej 20 tysięcy mieszka 30,5% badanych. W badaniach wykorzystano sondaż diagnostyczny stosując autorski kwestionariusz ankiety, który dotyczył trzech zagadnień badawczych: czynników ryzyka, źródeł wiedzy i metod dydaktycznych.

WYNIKI

Spośród dwudziestu czynników ryzyka badani zadeklarowali największe zainteresowanie alkoholizmem (449 pkt.). W następnej kolejności wskazali narkomanię (418 pkt.); biedę, ubóstwo, bezrobocie, niezaradność życiową (415 pkt.); różne formy i rodzaje przemocy (412 pkt.). Kolejność pozostałych czynników ryzyka przedstawiono na rycinie 1.

Jeżeli chodzi o źródła wiedzy, z których badani dotychczas ją czerpali, to aż 96,8% wskazało telewizję i radio. Nieco mniej studentów wskazało książki naukowe (85,1%), ulotki i foldery (85,1%). Dla 84,4% respondentów tym źródłem był Internet. Wśród źródeł, z których w przyszłości badani chcieliby zdobywać wiedzę znalazły się materiały pokonferencyjne (40,9%) i źródła archiwalne (40,9%).



Ryc. 1. Czynniki ryzyka według stopnia zainteresowania badanych studentów (dane w punktach)
The risk factors according to the range of interest of examined students (data in points)

Tabela I. Źródła, z których badani studenci czerpali i z których chcieliby czerpać wiedzę na temat czynników ryzyka (dane w %)
The sources, from which the examined students drew and from which they would like to draw the knowledge on the subject of the risk factors (data in%)

Źródła	Stosowane	Oczekiwane
Książki naukowe	85,06	9,09
Skrypty przedmiotowe	20,78	28,57
Czasopisma popularnonaukowe	75,97	11,04
Monografie	14,94	33,77
Materiały pokonferencyjne	14,29	40,91
Ulotki i foldery	85,06	4,55
Źródła archiwalne	13,64	40,91
TV i radio	96,75	3,90
Internet	84,42	12,99
Wykład, prelekcja	71,43	14,29
Dyskusja panelowa	25,97	26,62
Pogadanka	47,40	24,03
Rozmowa dydaktyczna	40,26	24,68
Inne	1,30	0,65

Następnym zagadnieniem, do którego donieśli się badani, były metody czyli sposób postępowania stosowany świadomie dla osiągnięcia celu. Analiza uzyskanych wyników ukazała, że dotychczas treści dotyczące czynników ryzyka w największym stopniu były realizowane metodą pokazu filmowego i spektaklu (44,16%). Jeżeli chodzi o oczekiwania związane z metodami, to ponad połowa badanych wskazała spotkania z autorytetem (55,19%) i pracę w grupie wsparcia (50,65%).

Tabela II. Metody nauczania umiejętności profilaktycznych, które znają badani i które chcieliby poznać (dane w %)

The teaching methods of the prophylactic abilities, which are known by the examined students and which the students would like to get to know (data in %)

Metody nauczania	Znane	Oczekiwane
Warsztaty tematyczne	26,62	41,56
Spotkania z autorytetem	26,62	55,19
Akcje prozdrowotne	20,13	39,61
Quizy, festyny, konkursy	18,18	42,86
Pokazy filmowe, spektakle	44,16	40,26
Praca w grupie wsparcia	9,74	50,65
Tworzenie posterów	13,64	39,61
Inne	1,30	1,30

DYSKUSJA

Wyniki badań prowadzonych przez *Woynarowską* i wsp. w 2000 roku dotyczące wdrażania i realizacji edukacji prozdrowotnej w szkołach ukazały między innymi, że: 57% badanych nauczycieli uważa się za przygotowanych do realizacji tego programu, 17% uczestniczyło w jakimś szkoleniu, 64% było zainteresowanych podniesieniem kwalifikacji [8].

Wśród bialskich nauczycieli w 2002 roku kwalifikacje do realizowania programów profilaktycznych posiadało 10% ogółu zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych [10].

Raport NIK w 2000 roku, z badań przeprowadzonych w 44 szkołach, potwierdził, że skala zagrożeń patologią w polskich szkołach jest stosunkowo duża. Wynikało z niego, że nie opracowano na użytek szkół metod diagnozowania zagrożeń. Brakuje także skutecznych programów profilaktyczno-interwencyjnych. Zatrudnianie firm ochroniarskich i zastraszanie regulaminów to pomysł na dziś wielu szkół, czy jednak należy iść dalej w tym kierunku [9]?

Główne zadanie nauczyciela to pomaganie w rozwoju, towarzyszenie uczniom w osiągnięciu celów. Jednak kardynalnym warunkiem pomyślnego przebiegu procesu rozwoju (wcześniejszego wychowania) jest zdrowie, które nie jest dane na zawsze. Liczyć się więc trzeba z całym splotem uwarunkowań zdrowotnych i antyzdrowotnych, które mogą ograniczać, a nawet wykluczać poczynania dydaktyczne i wychowawcze.

WNIOSKI

1. Zadeklarowany przez badanych stopień zainteresowania wymienionymi czynnikami ryzyka umożliwił sporządzenie ich hierarchii, w której na czołowych pozycjach znalazły się: alkoholizm i narkomania.

2. Dotychczasowe źródła wiedzy studentów z zakresu czynników ryzyka to: telewizja i radio, książki naukowe, ulotki oraz foldery. Chcieliby korzystać z materiałów pokonferencyjnych i archiwalnych.

3. Znane badanym metody to głównie pokaz filmowy i spektakl, chętnie uczestniczyliby w spotkaniach z autorytetami i pracowali w grupie wsparcia.

Z. Kubińska, A. Pańczuk

HEALTH RISK FACTORS IN PEDAGOGY STUDENTS' EDUCATIONAL NEEDS IN STATE
SCHOOL OF HIGHER VOCATIONAL EDUCATION IN BIAŁA PODLASKA

Summary

The health conditions encompass also the risk factors. The cognition and showing the range of social pedagogy students' interest in the knowledge and abilities useful for minimizing the causes and consequences of the health risk factors was the aim of the work. There were 154 social pedagogy students tested. The questionnaire was applicated within the confess of researches.

The results, which were received, showed that the tested students are the most interested in knowledge and abilities within the confess of the factors like: alcoholism, drug addiction, poverty, unemployment, impracticality and different forms and kinds of violence in selected social groups. To the sources of the knowledge from which the students would like to use in the future were ranked post conference materials and the archival sources. The majority of students would like to participate in meetings with authority and work in support groups if we talk about the methods enabling them to gain the prophylactic abilities in the minimizing range of the risk factors.

PIŚMIENNICTWO

1. *Cekiera Cz.*: Ryzyko uzależnień. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1994.
2. *Gaś Z.B.*: Badania zapotrzebowania na profilaktykę w szkole. MENiS, Warszawa 2004.
3. *Gaś Z.B.*: Diagnoza zapotrzebowania na profilaktykę w szkole – zagrożenie czy szansa? *Remedium* 2005, 11/12, 18-19.
4. *Grzybowska K., Zimna-Walendzik E.*: Wybrane zagadnienia działań prewencyjnych w opiece nad dzieckiem zdrowym i chorym; W: *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*, red. Z. Jethon, A. Grzybowski, PZWL. Warszawa, 2000, 277-306.
5. *Jan Paweł II*: *Evangelium vite* (encyklika), KAJ, Warszawa, s. 8.
6. *Karski J.B.*: Praktyka i teoria promocji zdrowia wybrane zagadnienia. CeDeWu, Warszawa 2003.
7. *King G.*: Umiejętności terapeutyczne nauczyciela. GWP, Gdańsk 2003.
8. *Kowalewska A., Woynarowska B., Mazur J.*: Ocena wdrażania i realizacji edukacji prozdrowotnej w szkołach podstawowych i gimnazjach w roku szkolnym 1999/2000. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 2001, 617, 32-37.
9. *Poraj G.*: Szkoła wobec agresji. *Psychologia w szkole* 2006, I(9), 3-24.
10. *Tatarczuk E.*: Raport z monitorowania problemów alkoholowych w Gminie Miejskiej Biała Podlaska – 2002. Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Biała Podlaska 2003.

JOLANTA DERBICH

WOKÓŁ EDUKACJI ZDROWOTNEJ W GIMNAZJUM – REFLEKSJE Z REALIZACJI PROGRAMU AUTORSKIEGO*

HEALTH EDUCATION IN SECONDARY SCHOOL – THINGS ABOUT PROGRAMME PREPARED MYSELF

Zakład Pedagogiki,
Akademia Wychowania Fizycznego
00-968 Warszawa 45, ul. Marymoncka 34
Kierownik Zakładu: dr J. Królicki
e-mail: jola.derbich@konto.pl

W niniejszej pracy autorka przedstawia własne doświadczenia w zakresie przygotowania i wdrażania programu edukacji zdrowotnej w Gimnazjum Nr 71 im. K.K. Baczyńskiego w Warszawie i Gimnazjum im. S.F. Składkowskiego w Pomiechówku (woj. mazowieckie) w latach 2003-2006. Ewaluacja programu została przygotowana na podstawie materiałów dokumentujących przebieg eksperymentu i przygotowywanych przez nauczycieli sprawozdań z wykonanych zadań.

Słowa kluczowe: zdrowie, edukacja zdrowotna, gimnazjum
Key words: health, health education, secondary school

WSTĘP

Dobre zdrowie jest uznawane za jedną z najbardziej cenionych wartości, zarówno w subiektywnym systemie wartości jednostki, jak i obiektywnym odbiorze i ocenie grupy społecznej. Od dawna – z dużym powodzeniem – szukamy sposobów, które pozwolą nam chronić się przed zagrożeniem lub utratą zdrowia, „identyfikujemy zagrożenia i wykrywamy czynniki prowadzące do patologii, by się ich ustrzec” [4]. Co więcej od czasu opracowania przez Antonowskiego w 1979 r. koncepcji salutogenezy, mamy przekonanie o tym, że istnieją czynniki, które sprzyjają zachowaniu zdrowia i staramy się ich poszukiwać.

Terminu „zdrowie” nie da się wprawdzie jednoznacznie określić, ale zazwyczaj odwołujemy się do tej powszechnie znanej, sformułowanej przez WHO, która uwzględnia zarówno obiektywny, jak i subiektywny aspekt zdrowia [1]. Zgodnie z nią należy rozumieć zdrowie jako „nie tylko nieobecność choroby i niedołęstwa, ale stan dobrego fizycznego, psy-

* Pracę wykonano w ramach badań statutowych – temat nr Ds.-67 finansowanych przez MEiN.

chicznego i społecznego samopoczucia” [1]. Tak pojęte zdrowie powinno stać się przedmiotem zainteresowania każdego, ale bez wątpienia stanowi poważne wyzwanie dla edukatorów realizujących proces wychowania zdrowotnego na wszystkich szczeblach kształcenia. Edukacja zdrowotna jest podstawowym prawem każdego ucznia. Dobre zdrowie stanowi bowiem warunek osiągnięć szkolnych i dobrej jakości życia. Przekazując dzieciom i młodzieży wiedzę o zdrowiu i sposobach jego ochrony, kształtując umiejętności w zakresie dbałości o zdrowie i postawy sprzyjające zdrowiu możemy w znaczący sposób przyczynić się do wyborów wychowanka w zakresie zdrowego stylu życia i pracy, a tym samym wpłynąć na poprawę zdrowia społeczeństwa w ogóle.

Zdrowie a edukacja zdrowotna – podstawy prawne i organizacyjne

Istnieje ścisły związek między zdrowiem i edukacją. Zdrowy uczeń charakteryzuje się bowiem lepszą dyspozycją do sprostania obowiązkom szkolnym, a z kolei ludzie o wyższym poziomie wykształcenia cechuje świadomość w zakresie potrzeby podejmowania zachowań służących zdrowiu. Powszechnie sądzi się, że edukacja zdrowotna w szkole jest najbardziej opłacalną, długofalową inwestycją w zdrowie całego społeczeństwa. Na początku lat 90. XX w. zaistniały w Polsce szczególnie sprzyjające warunki dla realizacji zadań w zakresie edukacji zdrowotnej w szkole. Ruch na rzecz promocji zdrowia zaowocował wprowadzeniem do obowiązkowych programów kształcenia treści z tego zakresu. Podstawy prawne dla tych działań stworzyły m.in.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (1994), Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (1996), Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach przerywania ciąży (1996), Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii (1977), Narodowy Program Zdrowia (1996) przyjęty przez Radę Ministrów jako dokument rządowy, określający cele i kierunki zdrowotnej polityki publicznej w Polsce do roku 2005. Realizacja działań wynikających z wymienionych Ustaw stała się możliwa dzięki wprowadzeniu w latach 1992-95 projektu „Szkoła Promująca Zdrowie” do 15 szkół podstawowych w Polsce, a następnie rozwijaniu programu wychowania zdrowotnego dzięki inicjatywie tworzenia Polskiej i Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Do ESSzPZ, która zaczęła rozwijać się od 1993 r. „należą 42 kraje – pisze *Wojnarowska*. Są one na bardzo różnym poziomie rozwoju (...) Charakterystyczną cechą tego ruchu w Europie jest różnorodność podejść w tworzeniu Szkół Promujących Zdrowie, wynikająca ze specyficznych potrzeb i możliwości każdego kraju” [7]. Tym faktem, który przypieczętował obligatoryjny charakter edukacji zdrowotnej było uchwalenie Podstawy Programowej Kształcenia Ogólnego dla Szkół Podstawowych i Gimnazjów (z dn. 15.02.1999 r.), w której zaistniał zapis o obowiązku realizacji przez wszystkich nauczycieli ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” w szkole. „Nauczyciele w pracy wychowawczej – czytamy w Ustawie – powinni zmierzać do tego, aby uczniowie znajdowali w szkole środowisko wszechstronnego rozwoju osobowego w wymiarze intelektualnym, psychicznym, społecznym, zdrowotnym, estetycznym, moralnym i duchowym” [6].

„Cytowane rozporządzenie niby reguluje, kto jest odpowiedzialny za realizację programu ścieżki międzyprzedmiotowej w zakresie edukacji zdrowotnej – konstatuje *Lewicki* – Są to „wszyscy nauczyciele, którzy... itd.”. Wydaje się jednak, że to przede wszystkim ci, którzy są gotowi do realizacji wyróżnionej „ścieżki”, tzn. ci, którzy posiadają stosowne kompetencje wynikające z ich wykształcenia, samodoskonalenia i praktyki szkolnej” [5]. *Żelich* dodaje, że „realizacja ścieżki to zadanie trudne zarówno dla nauczycieli „przedmio-

towców”, jak również wychowawców klasowych. Ścieżka ma charakter wychowawczo-dydaktyczny. Wymaga dobrej znajomości zespołu klasowego, w tym: wieku, płci, środowiska, w którym żyje uczeń, jego potrzeb i zainteresowań oraz wzorcowej współpracy z rodzicami” [8].

E w a l u a c j a p r o j e k t u

W ramach realizowanego problemu badawczego nt. Poziom sprawności fizycznej i aktywności ruchowej gimnazjalistów a ich postawy wobec zdrowia¹. Uchwałą Rady Pedagogicznej we wrześniu 2003 r. program został zatwierdzony do realizacji w dwóch szkołach: gimnazjum nr 71 w Warszawie i gimnazjum im. *S. F. Składkowskiego* w Pomiechówku, wiejskiej gminie usytuowanej na Nizinie Mazowieckiej, w dorzeczu Wkry i Narwi, około 40 km od Warszawy. Realizację programu przewidziano na lata 2003-2006². Założenia programu były następujące:

- wdrożenie programu we wszystkich klasach pierwszych w roku szkolnym 2003/2004, a następnie kontynuacja w klasie II i III (kolejne lata);
- nadzór nad realizacją zadań programowych przyjmują dyrektorzy ww. placówek, przy współpracy nauczycieli pełniących funkcje liderów edukacji zdrowotnej w szkole;
- program realizują wszyscy uczniowie na poziomie kształcenia i wszyscy nauczyciele przedmiotowi uczący w klasach eksperymentalnych;
- nauczyciele i dyrektorzy przygotowują pisemne sprawozdania z realizacji programu na zakończenie każdego semestru.

W roku szkolnym 2003/2004 (klasa I) przeprowadzono badania postaw wobec zdrowia nauczycieli, uczniów, rodziców oraz badanie sprawności fizycznej gimnazjalistów klas I wykorzystując w tym celu Międzynarodowy Test Sprawności Fizycznej. W drugim semestrze rozpoczęto wdrażanie programu edukacji zdrowotnej podejmując następujące zagadnienia:

- Zdrowie jako wartość (lekcja wychowawcza)
- Alkohol wrogiem młodzieży (lekcja wychowawcza)
- Na wf-ie nie tylko ćwiczę, ale także zdobywam wiedzę (wf).

Opracowanie materiału zgromadzonego w wyniku ewaluacji lekcji (opinie uczniów i nauczycieli prowadzących) zostało opublikowane [2, 3].

W roku szkolnym 2004/2005 (klasa II) podjęte zostały następujące inicjatywy:

- APEL szkolny zapowiadający rok szkolny 2004/2005 „ROKIEM TROSKI O ZDROWIE” (odpowiedzialni nauczyciele wszystkich przedmiotów);
- Ogłoszenie i przeprowadzenie konkursu na tablice edukacyjne promujące zdrowie (lekcja wychowawcza);
- Konkurs plastyczny z motywem zdrowotnym (plastyka);

¹ Założenia i treść programu edukacji zdrowotnej autorka referowała podczas V Międzynarodowej Konferencji Naukowej w Łodzi (14-16.04.2005) nt. Edukacja alternatywna – dylematy teorii i praktyki.

² W programie badawczym uczestniczą także dwa gimnazja kontrolne, tj. Gimnazjum nr 75 w Warszawie (Bielany) i Gimnazjum w Koczargach Starych.

³ Wykorzystałam projekt Z. *Cendrowskiego* opublikowany w czasopiśmie „Lider” 2004, nr 2 pt. Healthplan. Projektowanie osobistego modelu zdrowego stylu życia.

- Konkurs literacki z motywem zdrowotnym – poezja, wypracowania, rozprawka itp. (język polski);
- „Muzyka łagodzi obyczaje” – muzykoterapia jako metoda w profilaktyce i terapii zdrowotnej (muzyka);
- Mój dom może być niebezpieczny – co może mi zagrażać” (fizyka, chemia);
- Zielone ogródki zimą – samodzielna hodowla i pielęgnacja roślin kielkujących (biologia);
- Bezpieczeństwo na co dzień (technika);
- Choroby cywilizacyjne i przenoszone drogą płciową (biologia);
- Kto może mi pomóc czyli opieka zdrowotna w Polsce i wybranych krajach UE (wiedza o społeczeństwie);
- Moje zdrowie w moich rękach – samoobserwacja uczniów (lekcja wychowawcza);
- „Od Aten do Aten” – rola sportu w życiu człowieka (historia, geografia);
- Zdrowie w mediach – to warto wiedzieć (wszyscy nauczyciele);
- Quiz o zdrowiu (wszyscy nauczyciele);
- Szczepienia – zło czy konieczność (pielęgniarka lub lekarz).

Poniżej przytaczam wybrane wypowiedzi nauczycieli i pielęgniarki szkolnej, którzy realizowali zadania z edukacji zdrowotnej.

„Przeprowadziłam pogadankę na temat szczepień obowiązkowych i zalecanych. Cieszyła się ona dużym zainteresowaniem wśród młodzieży. Przez cały rok wraz z Samorządem Uczniowskim prowadziliśmy gazetkę dotyczącą nowinek zdrowotnych. Gazetka poruszała tematy: zdrowego żywienia, aktywnego wypoczynku, oceny postawy ciała oraz higieny. Podsumowaniem całej akcji był Quiz o zdrowiu przeprowadzony w czerwcu. Tematyka quizu dotyczyła nowinek i opracowań, które pojawiły się w gazetce” (pielęgniarka ze szkoły w Pomiechówku).

„Zdrowie w mediach, opieka zdrowotna w RP – w każdej klasie wybrani zostali uczniowie do przygotowania referatu na ten temat. Wyniki swej pracy prezentowali na forum klasy. Odbędzie się dyskusja. Uczniowie bardzo chętnie wypowiadali swe opinie, zwłaszcza w kwestii opieki zdrowotnej w RP, która niestety oceniona została negatywnie. Młodzież zwróciła uwagę na pozytywną rolę mediów w promowaniu zdrowego stylu życia” (nauczycielka WOS, Pomiechówek).

„Choroby cywilizacyjne i przenoszone drogą płciową – po omówieniu zagadnienia uczniowie przeprowadzili dyskusję na ten temat. Doszli do wniosku, że zwalczanie wszystkich chorób jest możliwe tylko wtedy, gdy społeczeństwo jest uświadamione o istniejącym zagrożeniu (nauczycielka biologii, Pomiechówek).

„Zielone ogródki zimą (praca samodzielna). Uczniowie opracowali krótkie wypowiedzi w oparciu o dostępne materiały. Tematy zostały przydzielone przez nauczyciela: pielęgnacja roślin kielkujących, występowanie, wartości odżywcze, przepisy dań, ciekawostki, odżywiam się zdrowo, ułożenie reklamy promującej takie rośliny. Wywiązała się dyskusja podsumowana wnioskami” (nauczycielka biologii, Pomiechówek).

„W styczniu odbył się finał konkursu plastyczno-literackiego zatytułowanego „Szlachetne zdrowie”. Uczniowie wzięli w nim liczny udział. Nagrodzone prace zostały zaprezentowane na szkolnych tablicach. Nagrodą tym razem była celująca ocena z języka polskiego lub plastyki. W części literackiej przeważały krótkie formy wypowiedzi (autorzy najchętniej szli tropem mistrza z Czarnolasu i pisali fraszki). Konkurs plastyczny sprawdzał umie-

jętność zastosowania dowolnej techniki przy komponowaniu afisza inspirowanego fraszką *J. Kochanowskiego* „Na zdrowie”. Nie sposób opisać bogactwa form plastycznych i wyszukanego liternictwa” (dyrektor gimnazjum w Warszawie).

W obu gimnazjach wykonano tablice edukacyjne promujące zdrowie. Wybór tematu tablic należał do poszczególnych klas. W Warszawie np. najchętniej wybierano temat: „Wiem co zjadam i wiem dlaczego, czyli dieta nastolatka”, „Aktywność ruchowa, czyli mój pomysł na zdrowy styl życia”, „Użytkom mówię – NIE”. Wyloniono klasy zwycięskie w konkursie tablic, a laureaci otrzymali nagrody rzeczowe. Wizytowałam te wystawy i sfotografowałam prace uczniów.

W roku szkolnym 2005/2006 (klasa III) podjęto następujące inicjatywy w ramach realizowanego programu:

- Sonda uliczna nt. Jak Polacy dbają o zdrowie (matematyka, informatyka)
- Planu zdrowotnego czyli projektowanie osobistego modelu zdrowego stylu życia³ (wych.fiz.)
- Ocena postawy ciała ucznia (wych.fiz.).

O realizacji tych zadań opowiada nauczycielka wf – odpowiedzialna za koordynowanie działań w obrębie programu edukacji zdrowotnej w gimnazjum warszawskim.

„Uczniowie klas trzecich na lekcjach informatyki i matematyki przeprowadzili sondę poświęconą problematyce zdrowotnej. Nauczyciele wprowadzili uczniów do zagadnienia i omówili cele tego zadania, które polegało na zgromadzeniu informacji na temat tego, jak respondenci dbają o własne zdrowie. Respondentami byli uczniowie naszego gimnazjum, a także ich rówieśnicy z innych szkół, dorośli – rodzice, znajomi rodziców oraz przechodnie na ulicach i klienci centrów handlowych. Uczniowie pracowali indywidualnie, a także w zespołach dwu- i trzyosobowych posługując się przygotowanym kwestionariuszem. Po zebraniu materiału, korzystając z programów komputerowych młodzież opracowała wyniki i przygotowała ich prezentację w postaci tabel, wykresów, rycin.

Na lekcjach wf odbyły się mini wykłady na temat postawy ciała. Analizie poddano typy postawy i przyczyny powstawania skrzywień kręgosłupa. Nauczyciele omówili metody oceny postawy ciała oraz zaprezentowali ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne.

Badania przeprowadzili sami uczniowie, a na koniec odbyła się dyskusja na temat zapobiegania i przeciwdziałania wadom postawy. W listopadzie uczniowie realizowali zadania planu zdrowotnego. Zebrane materiały i analiza poszczególnych podobszarów w obrębie planu zdrowego stylu życia nie napawają optymizmem. Codzienne zachowania młodzieży są dalekie od modelu zdrowego stylu życia.

PODSUMOWANIE

Autorka opracowania dysponuje bogatym materiałem dokumentującym realizację rzeczowanego programu edukacji zdrowotnej w zakwalifikowanych do eksperymentu szkołach gimnazjalnych. Z uwagi na wymagany zakres niniejszego doniesienia ograniczono się tylko do niektórych elementów, które scharakteryzowano w pracy. Warto jednak podkreślić, że w obu szkołach propozycja spotkała się z zainteresowaniem, a częste wizytacje autorki w szkołach i kontakt z dyrektorami placówek świadczą o tym, że zarówno nauczyciele przedmiotowi, jak i uczniowie starali się realizować ten program z dużym zaangażowaniem i rzetelnością.

Drugi etap badań, do którego aktualnie trwają przygotowania potwierdzi zasadność realizacji wychowania zdrowotnego w szkole w formie ścieżki międzyprzedmiotowej, co może zaowocować pozytywnymi postawami wobec zdrowia uczniów kończących edukację w gimnazjum.

J. Derbich

HEALTH EDUCATION IN SECONDARY SCHOOL – THINGS ABOUT PROGRAMME PREPARED MYSELF

Summary

In 90-ties of the XX century there were in Poland favourable to implement tasks concerning health education in school. Thanks to the health promotion movement there was introduced by a legislator in 1999 a duty to implement health education in primary and secondary schools.

In prepared presentation I show you teacher's and pupil's action results concerning health promotion in two secondary schools (Warsaw, Pomiechówek) on the basis of prepared myself health education programme. The programme was implemented in above mentioned schools in 2003-2006 within prepared pedagogical experiment.

At my disposal there are materials documenting health education programme implementation and half-year reports prepared by teachers implementing programme. These materials helped me to prepare this presentation.

PIŚMIENNICTWO

1. *Demel M.*: Pedagogika zdrowia. WSiP. Warszawa 1980.
2. *Derbich J.*: Promocja wartości zdrowia poprzez intelektualizację lekcji wychowania fizycznego; W: Wychowanie i kształcenie w reformowanej szkole, red. *T. Koszczyc, M. Lewandowski, W. Starościk*, Wrocławskie Tow. Nauk. Wrocław 2004.
3. *Derbich J.*: Edukacja zdrowotna realizowana metodą warsztatów pedagogicznych. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne 2005, 3.
4. *Kosińska-Dec K.*: Stres ujarzmiony. Charaktery, 2005, 12, 53.
5. *Lewicki C.*: Gotowość nauczycieli szkół podstawowych do realizacji zadań ścieżki międzyprzedmiotowej z zakresu edukacji zdrowotnej; w: Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole 2004, z.8, 26-33.
6. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. 1999, nr 14, poz. 129).
7. *Wojnarowska B.*: Ewaluacja w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie i w Polsce – nad czym należy pracować?; W: Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole 2002, z.3, 51-53.
8. *Żelich K.*: Przykłady pracy z uczniami w zakresie edukacji prozdrowotnej na wydzielonej jednostce lekcyjnej – lekcji wychowawczej; W: Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole 2003, z.6, 29-31.

JOLANTA URBANEK, IRENEUSZ KOWALEWSKI

MOTYW ZDROWIA I JEGO PROMOCJA W PROZIE POLSKIEJ NA WYBRANYCH PRZYKŁADACH

HEALTH EDUCATION AND ITS PROMOTION AS A MOTIVE IN POLISH LITERATURE

Instytut Nauk o Wychowaniu,
Akademia Pedagogiczna
30-084 Kraków, ul. Ingardena 4
Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. M. Szymański

Edukacja zdrowotna jest elementem promocji zdrowia. Analizując dorobek kultury na przestrzeni dziejów można zauważyć obecność problematyki zdrowia w różnorodnych jej dziedzinach. Powyższa problematyka obecna jest również w literaturze polskiej. Artykuł przedstawia motywy promocji zdrowia obecne w prozie polskiej na wybranych przykładach.

Słowa kluczowe: zdrowie w literaturze, kultura, promocja zdrowia
Key words: health in literature, culture, promotion health

WSTĘP

Edukacja zdrowotna jest elementem promocji zdrowia. Analizując dorobek kultury na przestrzeni dziejów można zauważyć obecność problematyki zdrowia w różnorodnych jej aspektach. Wybrane przykłady prozy polskiej, mają na celu ukazanie, że problem ten nie jest obcy nawet w dziedzinie, tak wydawałoby się odległej od medycyny, jaką jest literatura piękna.

Zdrowie w utworach Mikołaja Reja

Począwszy od ojca literatury polskiej Mikołaja Reja, który w swoim utworze „Żywot człowieka poczciwego” po raz pierwszy porusza aspekt promocji zdrowego stylu życia, w kolejnych epokach literackich dla wielu autorów ta problematyka była także ważna.

„Żywot człowieka poczciwego” M. Reja stanowi składową, pierwszą i najważniejszą część „Zwierciadła.” Został napisany w 1568 r., gdy autor miał 63 lata, a więc na rok przed jego śmiercią. Jest podsumowaniem jego wszelkich życiowych obserwacji i doświadczeń. Utwór daje obraz idealnego szlachcica-ziemianina; mówi o tym, jakie powinno być jego życie od urodzenia, aż do późnej starości i zawiera wiele rad, wskazówek, pouczeń i napomnień. Umiłowanie ziemiańskiego życia i przyrody, zalecanie spokojnego, radosnego trybu życia i korzystania z wszelkich dóbr, jakie przynoszą kolejne pory roku, może być uzna-

ne za renesansową promocję zdrowego stylu życia. Doskonale obrazują ten pogląd poniższe cytaty:

„...Więc też sobie pójdziesz potym do ogródeczków, do wirydarzyków, grządki nadobnie każesz pokopać. (...) To sobie z ona rozkoszą nasiejesz ziólek potrzebnych, rzodkiewek, sałatek, rzeżuszek, nasadzisz maluneczków, ogóreczków. I majoranik, i szalwijka, i inie ziółka, wszystko to nic nie wadzi. Więc włoskich grochów, więc wysokich koprów, więc i inych wiele rzeczy, co się to wszystko przygodzi. Bo to zasię kiedy wszędzie, tedy to i panienki albo ty inie domowe dziewczeczki mogą wyleć i ochędożyć. Więc nie wadzi brzoskwiniową, morellową, marunkową kosteczkę wsadzić albo też włoski orzeszek, bo to wszystko prędko uroście, a przedsię i pożytek uczynić może...”

„... I nuż gdy przydzie ono gorące lato, azaż nie rozkosz, gdy ono wszystko, coś na wiosnę robił, kopał, nadobnieć dojrzeje a poroście? Anoć niosą, jabłuszka, gruszećki, wisneczki, śliweczki z pirwszego szczepienia twego; więc z ogródków ogóreczki, maluneczki, ogrodne ony inie rozkoszy...” [9].

Elementy zdrowia w opracowaniach Andrzeja Frycza Modrzewskiego i Kazaniach Piotra Skargi

Traktat „O poprawie Rzeczypospolitej” Andrzeja Frycza Modrzewskiego jest największym dziełem politycznym epoki. Oprócz poglądów społeczno-politycznych, w utworze Modrzewskiego można znaleźć elementy propagowania zachowań prozdrowotnych dotyczących: aktywności fizycznej, zdrowego żywienia, przeciwdziałania uzależnieniom. Dużą wagę przykładał do fizycznego rozwoju młodzieży: „Mogą też dzieciom nie bronić jazdy na koniu i pieszej pracy, to jest: albo przechadzek, albo skakania jakiego, albo ciskania kamieniem, albo grania piły i inszych tym podobnych gier, by jedno tego miernie używały; ponieważ zdrowie człowiecze i siła takowemi pomiernymi pracami stwierdza się i umacnia i roście w człowieku; a zasię praca, albo takowe gry zbytne a gwałtowne wadzą ciału, a doktorowie lekarskich nauk powiedają, że takowa praca ma być albo przed jedłem, albo nie rychło po jedle: aby, gdy ciało jest napelnione, jedło za taką zbytnią pracą niestrawione nie zepsowało się, które potym zle wilgotności i ciężkie niemocy czyni; ale jakom powiedział, niech wszystkie gry będą uczciwe, niech nie będą wszeteczne, błazeńskie a niewstydlive...”.

Omawiał także problem opieki nad chorymi i kalekami, proponując budowę przytułków i szpitali, a żebraków zdrowych zalecał nakłaniać do pracy.

Podobnie krytykował zbytne obżarstwo i pijaństwo: „Jedzenia i picia, i zbytne żarcie nieprzystojne jest człowiekowi, ale najwięcej tym, którzy na sobie osobę urzędu noszą, bo ciało rozmaitemi niemocami zaraża, samego człowieka do statecznych spraw niesposobnego a na koniec wszetecznym i zuchwałym, a jako bez uzdy konia z drogi błędzącym czyni” [5].

Trochę inaczej motyw zdrowia ukazuje w swoich kazaniach Piotr Skarga. Zdrowie postrzega on jako wartość, którą należy poświęcić dla ratowania ojczyzny. W jednym z kazań, Skarga wylicza sześć chorób toczących organizm Rzeczypospolitej. Są to: brak miłości ojczyzny, brak zgody politycznej, tolerowanie herezji w kraju, osłabienie władzy królewskiej, niesprawiedliwe prawa oraz wady i grzechy ludzkie, „złości jawne” [10].

Motyw zdrowia w twórczości Bolesława Prusa

Motyw zdrowia szczególnie mocno został zaakcentowany w epoce pozytywizmu. Literatura, tego okresu, stała się prawdziwym twórcą nowej świadomości społeczeństwa polskiego po upadku powstania styczniowego. Zadaniem pisarza i jego twórczości stała się

służba społeczna. Zwrócono uwagę na zaniedbania cywilizacyjne w środowiskach biedoty miast i wsi. Propagowano hasło „pracy u podstaw”, tj. pracy oświatowej wśród ludu, służącej wydobyciu z nędzy i zacofania upośledzonych warstw społecznych, by stały się one świadomymi i wartościowymi współtwórcami dobra narodu.

Program pozytywizmu wychowywał społeczeństwo w duchu ideałów demokratycznych i altruistycznych, uczył szanowania każdego człowieka. Wiele miejsca poświęcano problematyce zdrowia. Wybitni pisarze tej epoki, nie tylko pisali o zdrowiu, ale także tworzyli różne organizacje społeczne.

Jednym z najwybitniejszych twórców epoki był Bolesław Prus. Oprócz pisarstwa angażował swój umysł i serce w różne przedsięwzięcia użyteczności publicznej, jak też humanitarne działania na rzecz potrzebujących wsparcia najuboższych. Można byłoby go uznać za jednego z prekursorów higieny i epidemiologii. W latach 1882-83 pełnił funkcję opiekuna oddawanych majstrom do terminu sierot z zakładów Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności. Z ramienia Towarzystwa Kolonii Letnich, którego był członkiem, zajmował się organizacją wakacji dla dzieci. W roku 1898 współtworzył Warszawskie Towarzystwo Higieniczne. Organizacja ta zainicjowała utworzenie dwóch ważnych instytucji oświatowych – ogrodów im. Wilhelma Raua prowadzących działalność rekreacyjną i wychowawczą dla dzieci zamożniejszych rodziców oraz Instytut Higieny Dziecięcej ufundowany przez barona Leona Lenvala, który prowadził działalność na ówczesne czasy nowatorską – świadcząc pomoc lekarską i poradnictwo w zakresie higieny i wychowania dziecka. Dzięki jego osobie niezwykle rangę uzyskał Nałęczów. Relacje z pobytu w tym uzdrowisku przedstawiał pisarz w „Kronikach Tygodniowych.” – „Rezultat taki, że Nałęczów po paru miesiącach wypędza z człowieka najgłębiej zakorzenioną hipochondrię...” [7].

W swoich utworach Prus nie pisze wprost o zdrowiu, ale poprzez ukazanie naturalistycznych obrazów wsi polskiej (*Antek*) i miast (*Lalka*) chce pokazać dramatyczny stan zdrowia społeczeństwa polskiego. W noweli *Antek* opisuje sposób leczenia chorej Rozalki, która poddana zabobonnej kuracji zmarła. Taki sposób leczenia zaobserwował Prus we wsiach koło Nałęczowa. Wstrząśnięty tym pisarz nie tylko uwiecznił to w *Antku*, lecz także przyczynił się do powstania szpitala dla ubogich przy uzdrowisku w Nałęczowie.

Z kolei w *Lalce* ukazuje on Warszawę XIX w. Stosunki społeczne, a także tragiczny stan warunków higienicznych, w jakich żyła współczesna Warszawa: „Wokulski doszedł do brzegu Wisły i zdumiał się. Na kilkumorgowej przestrzeni wznosił się tu pagórek najobrzydliwszych śmieci, cuchnących, nieomal ruszających się pod słońcem, a o kilkadziesiąt kroków dalej leżały zbiorniki wody, którą piła Warszawa” [8]. Analizując jego twórczość można byłoby pokusić się o stwierdzenie, że autor był propagatorem zdrowia pozytywnego, które jest głównym elementem promocji zdrowia.

Aspekty zdrowia w utworach Elizy Orzeszkowej i Stefana Żeromskiego

Kolejną wybitną pisarką epoki pozytywizmu była Eliza Orzeszkowa. W swoim dziele *Nad Niemnem* ukazuje ona całą gamę postaci, które bardzo różnie postrzegają zdrowie.

Autorka promuje tu życie proste, oparte na pracy, które daje szczęście i zdrowie. Krytykuje styl życia szlachty, która pozbawiona pracy, nie mając czym wypełnić życia wpada w różnego rodzaju nałogi, hipochondrię itp. [6].

W okresie Młodej Polski szczególna rola w tych czasach przypadła Zakopanemu. Mała, nieznana do niedawna wioska góralska zrobiła na przełomie dwu wieków niebywałą i za-

wrotną karierę. Stała się miejscem swoistej integracji narodowej, bo zaczęła przyciągać przybyszów z Królestwa i Poznańskiego, dla których atrakcją były nie tylko swobody galicyjskie, lecz i krajobrazy tatrzańskie. Bardzo popularne stały się wędrowki po górach, Tatrzy stały się modne jako temat literacki. Osiadali tu na dłużej lub krócej: *Kasprowicz, Żeromski i Witkiewicz* [1]. Popularyzacja turystyki górskiej to swoistego rodzaju promocja zdrowego stylu życia, choć może przez współczesnych nie do końca uświadomiona.

Stefan Żeromski w swoich utworach porusza sprawy społeczne. Szczególnie widoczne jest to w powieści *Ludzie Bezdomni*, której bohaterem jest lekarz *Judym*.

Jest to człowiek ogarnięty pasją pracy społecznej, ma ambicje dokonania jakiegoś czynu; marzenia jego oraz pomysły obracają się wokół poprawy losu biedoty. *Judym* uważa, że jest to jego obowiązek społeczny. Rozpoczyna walkę z nędzą najbiedniejszych, od wystąpienia w gronie lekarzy warszawskich z odczytem, w którym ukazuje życie biedoty miejskiej i wiejskiej, brud, choroby, krzywdę i niesprawiedliwość społeczną. Tomasz sugeruje, że:

– obowiązkiem lekarzy jest szerzyć higienę tam, gdzie jej nie ma, czyli wśród nędzarzy: „Czy nie jest naszym obowiązkiem szerzyć higienę tam, gdzie nie tylko jej nie ma, ale gdzie panują stosunki tak okropne? Któż to ma czynić, jeśli nie my?”,

– lekarz powinien zwalczać przyczyny chorób biednych ludzi, starając się, by po wyleczeniu nie wracali oni do tych samych warunków, lekarze nie leczą, jeśli nie niszczą źródeł śmierci: „Medycyna dzisiejsza – ciągnął *Judym* – jako fakt bierze powód choroby i leczy ją samą, bynajmniej nie usiłując zwalczać przyczyn. Ciągłe mówię o leczeniu nędzarzy... Nie jest moim zamiarem żądać, ażeby lekarz szukał miejsca dla swych uzdrowionych pacjentów. Stan lekarski ma obowiązek, ma nawet prawo zakazać w imieniu umiejętności, ażeby chory wracał do źródła zguby swego zdrowia.” – lekarze powinni się naradzić i podjąć w tym celu odpowiednie działania [12]. Bohatera powieści Żeromskiego możemy uznać więc za lekarza który wyznawał zasady etyki lekarskiej mogące współcześnie być wzorem dla innych.

Promocja zdrowia w okresie międzywojennym

Okres tzw. międzywojnia – wyznaczony datami 1918, czyli odzyskania niepodległości i 1939, czyli wybuchem drugiej wojny światowej – wyodrębnia się bardzo wyraziście w historii Polski. Po wieloletnim nieistnieniu jako kraj Polska staje się suwerennym państwem. Fakt ten znacząco wpływa na literaturę, odchodzi ona od zajmowania się problemami politycznymi i społecznymi. Powstaje proza zajmująca się koncepcjami człowieka w jego egzystencji biologicznej i kulturowej [4]. Jednak i tej epoce nieobca była promocja zdrowia. Elementy te znajdujemy w prozie Ireny Krzywickiej i Tadeusza Boya-Żeleńskiego. Szczególny nacisk kładli oni na promocję świadomego macierzyństwa, co miało zapobiegać zabiegom przerywania ciąży, które często kończyły się utratą zdrowia, a nawet śmiercią pacjentki. Oto, co pisze Boy w eseju *Paragraf a lancet*: „... Otóż, gdyby nawet prawo zwolniło zupełnie zabieg przerywania ciąży od kar, zawsze zostanie w nim dla lekarza coś, przed czym będzie się wzdrygało jego poczucie lekarskie: jego zadaniem jest leczyć choroby, nie zaś – dla względów obcych na pozór jego sztuce przerywać stan fizjologiczny u osoby zdrowej, może narażając ją na chorobę” [11].

Problematyka zdrowia w literaturze współczesnej

Literatura współczesna początkowo zdominowana została tematyką wojenną (Tadeusz Borowski, Zofia Nalkowska). W tym najwcześniejszym okresie literatury dominuje motyw

śmierci. Czy można tu mówić o zdrowiu i jego promocji? Lekarze hitlerowscy łamiąc wszelkie reguły zawodu i umowy międzynarodowe dotyczące prowadzenia wojny, stali się oprawcami. Lekarze narodów okupowanych byli praktycznie bezsilni wobec ogromu cierpienia.

Analizując literaturę ostatnich lat, można zauważyć, że bardzo modne stają się drukowanie różnorodnych publikacji popularnonaukowych, a także reportaży, esejów zawierających tematykę patologii społecznych.

Wspomnijmy chociażby serię *Losy Ludzkie*, która od niedawna istnieje na polskim rynku księgarskim. I tak Jan Paweł Krasnodębski w powieści *Stokrotka. Rok z życia narkomanki*, przedstawia egzystencję nastolatki Doroty, która wpadła w nałóg narkomanii. Oto, co mówi ona o swoim życiu:

„Nie, Magda, ja nie mogę opisać Ci tego, co przeżyłam. Gdy tylko o tym pomyślę, znowu mam wiry w mózgu. Kochanie, nie próbuj nigdy niczego! Błagam Cię!” [2].

Kolejna książka z tego cyklu to *Przeklinam cię*, ciało Wandy Lachowicz. Bohaterką tych zwierzeń jest studentka, która chorowała na anoreksję i bulimię. Pokonała chorobę, chociaż ciągle uważa się za anorektyczkę, bo wie, że koszmar tamtych lat w każdej chwili może powrócić. Zdecydowała się opowiedzieć o swojej walce, zachowując anonimowość. Nie chce, by problemy z tamtego okresu życia zaważyły na jej przyszłości. O przeszłości chciałaby zapomnieć. Uznała jednak, że powinna podzielić się swoimi doświadczeniami z innymi. Być może jej historia pozwoli wielu młodym dziewczynom uniknąć tragedii wyniszczania własnego organizmu. Oto fragment jej przemyśleń dotyczących choroby: „Kiedy jest mi dobrze, jestem wyluzowana, szczęśliwa, organizm nie sprawia mi kłopotów. W sytuacjach trudnych natychmiast zachowuje się w wiadomy sposób. I tak już chyba będzie zawsze. Jestem tego świadoma. To cena, jaką zapłaciłam za zdrowotne eksperymenty. Piszę o tym wprost, bo tak naprawdę nikogo innego poza sobą nie mogę za to winić. Niech więc moje doświadczenia będą jakąś przestrogą. Wejść na tę drogę łatwo, ale zawrócić znacznie trudniej” [3].

PODSUMOWANIE

Zachowanie i wzmacnianie zdrowia to podstawowe cele promocji. Analizując na wybranych przykładach literaturę polską można zauważyć, że problem ten pojawiał się od jej zarania. Wielu autorów świadomie podejmowało tą problematykę chcąc zwrócić uwagę na istotną wartość, jaką jest zdrowie dla człowieka.

J. Urbanek, I. Kowalewski

HEALTH EDUCATION AND ITS PROMOTION AS A MOTIVE IN POLISH LITERATURE

Summary

Health education is one element of health promotion. An analysis of cultural output through the ages shows the presence of a wide variety of health issues. These issues are also seen in Polish literature, beginning with the “father” of Polish literature, *Mikołaj Rej*. In his work, „*Żywot człowieka poczciwego*” (The Life of a Kind-Hearted Man) he writes for the first time of promoting a healthy life-style. In later epochs of literature questions of health were also important to many authors, including *A. Frycz-Modrzewski*, *B. Prus*, *E. Orzeszkowa* and *S. Żeromski*.

PIŚMIENNICTWO

1. *Hutnikiewicz A.*: Młoda Polska, Warszawa 1997.
2. *Krasnodębski J. P.*: Stokrotka. Rok z życia narkomanki, Katowice 2003, 6.
3. *Lachowicz W.*: Przeklinam cię, ciało, Katowice 2000, 217.
4. *Majda J.*: Okresy literackie, Warszawa 1988.
5. *Modrzewski A. F.*: O poprawie Rzeczypospolitej, [online]. Skarbnica literatury polskiej. Dostępny w internecie <http://www.literatura.zapis.net.pl>.
6. *Orzeszkowa E.*: Nad Niemnem, Warszawa 2001.
7. *Prus B.*: Kroniki tygodniowe (o Nałęczowie), Lublin 1966, 5-9.
8. *Prus B.*: Lalka, Warszawa 1999, 96.
9. *Rej M.*: Żywot człowieka poczciwego, [online]. Skarbnica literatury polskiej. Dostępny w internecie <http://www.literatura.zapis.net.pl>.
10. *Staszic S.*: Uwagi nad życiem Jana Zamojskiego, [online]. Skarbnica literatury polskiej. Dostępny w internecie <http://www.literatura.zapis.net.pl>.
11. *Żeleński-Boy T.*: Reflektorem w mrok, Warszawa 1984, 274.
12. *Żeromski S.*: Ludzie bezdomni, Lublin 1987, 66-67.

BOŻENA MAKOWSKA¹, BARBARA FRĄCZEK^{2,3}

PRZYGOTOWANIE KOSMETOLOGÓW W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA I EDUKACJI ZDROWOTNEJ

COSMETOLOGISTS PREPARATION IN THE FIELD OF HEALTH PROMOTION AND HEALTH EDUCATION

¹Zakład Pedagogiki i Wychowania Zdrowotnego

²Zakład Higieny i Promocji Zdrowia

Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

31-571 Kraków, al. Jana Pawła II 78

¹Kierownik Zakładu: prof. dr hab. A. de Tchorzewski

²Kierownik Zakładu: dr hab. E. Mędreła-Kuder

³Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia

31-158 Kraków, ul. Krowoderska 73

Praca dotyczy kształcenia kosmetologów jako przyszłych liderów promocji zdrowia w środowisku lokalnym i przedstawia ich pełne przygotowanie do promowania zdrowia i edukacji zdrowotnej w kontekście nabywanej wiedzy i umiejętności w ramach programu studiów licencjackich.

Słowa kluczowe: promocja zdrowotna, edukacja zdrowotna, kadry dla edukacji zdrowotnej, kosmetolog

Key words: education cosmetology, health promotion, health education

WSTĘP

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na przygotowanie nowych kadr tj. kosmetologów dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w kontekście nowoczesnych koncepcji promocji zdrowia nastawionych na rozwój uczestnictwa społecznego. Ponadto dokonano analizy planów kształcenia kosmetologów na poziomie licencjata, aby wykazać zakres zdobywanej wiedzy i umiejętności z promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Kształcenie kosmetologów reguluje ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 164, poz. 1365). Studia w uczelni prowadzone są w ramach kierunków studiów. Do kierunków prowadzonych w uczelniach medycznych należą: analityka medyczna, farmacja, kierunek lekarski, kierunek lekarsko-dentystyczny, kosmetologia, pielęgniarstwo, położnictwo, zdrowie publiczne.

„Kosmetologia, kosmetyka lekarska to dziedzina medycyny zajmująca się metodami leczenia i pielęgnowania ciała, zwłaszcza twarzy, skóry, włosów paznokci itp. Opierając się na znajomości różnych działów medycyny, wypracowuje i wprowadza do praktyki metody korygowania wad i defektów wrodzonych albo związanych z chorobami lub z wiekiem.

Kosmetologia jest bardzo ważną pożyteczną dyscypliną działalności, bowiem zaspokaja istotne potrzeby zdrowotne i kulturalne człowieka. Kieruje ona swoją uwagę na aspekty prewencyjne, które mogą przedłużyć młodość, sprawność, czyli ułatwić zachować zdrowie” (cyt. za Encyklopedią Medycyny)

W kontekście tak zarysowanych zadań kosmetologia ma bliski związek ze współczesną wizją promocji zdrowia, a ta z kolei wymaga różnych form edukacji zdrowotnej nie tylko koncentrujących się na jednostce, ale na grupie i całych społecznościach.

Promocja zdrowia i edukacja zdrowotnej ukierunkowane na zainteresowanie społeczności i społeczeństwa obywatelskiego.

Według Karty z Bangkoku nt. Promocji zdrowia w zglobalizowanym świecie w ramach podstawowych zobowiązań jest uczynienie promowania zdrowia głównym punktem zainteresowania społeczności i społeczeństwa obywatelskiego. Szczególny udział powinny mieć osoby zawodowo związane z medycyną i zdrowiem¹.

Promocja zdrowia jest nową, dynamicznie rozwijającą się dziedziną. Według *Wysockiego* [6] promocja zdrowia jest jednym z głównych narzędzi nowego zdrowia publicznego tj.: nauki i sztuki ochrony i poprawy stanu zdrowia populacji w wymiarze makrospołecznym i lokalnym.

Podobnie *Kickbusch* [2] podkreśla społeczny wymiar promocji zdrowia, która jest procesem zmian społecznych służących rozwojowi ludzi. W procesie tym uczestniczy wiele dyscyplin (podmiotów), wykorzystywana jest międzydyscyplinarna wiedza w sposób profesjonalny, metodologiczny i twórczy

Nieodłącznym elementem promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna. Wnosi ona nowe podejścia, terminologię i metody. Stawia przed edukatorami zdrowia nowe wyzwania. Dla wielu osób podążanie za nowymi trendami może być trudne, wymaga oderwania się od dotychczasowego sposobu myślenia o celach i oczekiwanych efektach edukacji [5].

Edukację zdrowotną należy rozumieć jako przede wszystkim jeden z kluczowych obszarów, rozległego pola zdrowia publicznego, praktyczną dyscyplinę, którym z zasadniczych celów jest poprawa stanu zdrowia oraz dobra jednostek i populacji, w tym zdolności jednostek i zespołów ludzkich do zajmowania się zdrowiem i problemami z nim związanymi [1].

Tones i Green [4] przedstawili edukację zdrowotną ukierunkowaną na upodmiotowienie ludzi gdzie tworzone są warunki, w których ludzie uczą się o zdrowiu i chorobach a poprzez uczenie się ludzie wzmacniają swoje zdolności do działań na rzecz swego zdrowia, stają się podmiotami tych działań.

W świetle przedstawionych koncepcji pojmowania promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej kosmetolog ma nowe zadania i możliwości działań na rzecz poprawy zdrowia i jego potęgowania w swoim środowisku.

Jak twierdzi *Słońska* [3] w ramach procesu promocji zdrowia, z założenia nastawionego na rozwój uczestnictwa społecznego wykreowana została nowa kategoria „nadawców edukacji zdrowotnej” – ludzie reprezentujących różne zawody i określanych w Polsce mianem liderów promocji zdrowia. Pełnienie roli lidera promocji zdrowia powinno wiązać się według autorki z profesjonalnym przygotowaniem do prowadzenia działalności z obszaru edukacji zdrowotnej.

¹ Promocja zdrowia w polityce zdrowotnej i społecznej państwa. Konferencja Krajowa 26 października 2005 Państwowy Zakład Higieny Warszawa.

Zakres kształcenia kosmetologów

Poniżej przedstawiono program kształcenia kosmetologów w Krakowskiej Wyższej Szkole Promocji Zdrowia na studiach dziennych licencjackich pod kątem ich przygotowania w obszarze działań w promocji zdrowia.

Tabela I. Wybrane przedmioty kształcenia kosmetologów
Selected educational subjects for cosmetologists

Przedmioty kształcenia	Liczba godzin
Przedmioty kształcenia ogólnego	
Podstawy informatyki	45
Podstawy psychologii	30
Etyka zawodowa	15
Języki obce angielski	120
Przedmioty podstawowe	
Biologia z genetyką	45
Elementy biofizyki	30
Anatomia	45
Histologia	30
Podstawy chemii	45
Doraźna pomoc medyczna	15
Podstawy toksykologii	30
Farmakologia	60
Immunologia	30
Mikrobiologia	30
Kształtowanie sylwetki i postawy ciała	30
Fizjologia	45
Biochemia	60
Higiena	30
Patofizjologia	30
Przedmioty kierunkowe	
Kosmetologia pielęgnacyjna	180
Kosmetologia upiększająca	150
Kosmetyka lecznicza	150
Dermatologia	105
Alergologia	45
Promocja zdrowia	60
Podstawy fizjoterapii i masażu	30
Rehabilitacja	30
Marketing i zarządzanie	30
Ustawodawstwo	15

Poszczególne przedmioty są realizowane w szerokim zakresie nauk medycznych i społecznych. Ponadto w ramach odbywania studiów w semestrze VI student może wybrać specjalizację „promocja zdrowia w kosmetologii” w trakcie, której nabywa w większym zakresie zdolności do rozpoznawania potrzeb zdrowotnych przyszłych klientów. Słuchacze mają dostarczaną także wiedzę o racjonalnym żywieniu człowieka zdrowego i potrafią modyfikować dietę w przypadku różnych problemów zdrowotnych. Istotne z punktu widzenia edukacji zdrowotnej umiejętności komunikowania się, studenci uzyskują na przedmiocie „komunikacja interpersonalna”, która jest prowadzona metodami interaktywnymi.

Tabela II. Przedmioty realizowane w ramach specjalizacji „promocja zdrowia w kosmetologii”
Subjects taught in specialization „health promotion in cosmetology”

Przedmioty kształcenia	Liczba godzin
Problemy zdrowotne populacji polskiej	60
Podstawy żywienia człowieka z dietetyką	60
Zagrożenia cywilizacyjne dla środowiska	45
Toksykologia i chemia żywności	45
Monitoring środowiska	45
Odnowa psychosomatyczna	50
Komunikacja interpersonalna	50
Medycyna estetyczna	50

Dla zainteresowanych słuchaczy kosmetologii jest prowadzony w wymiarze 20 godzin wykładów i 60 godzin ćwiczeń kurs pedagogiczny dla instruktorów praktycznej nauki zawodu – mistrzów. Organizowany jest on dla studentów, których praca dydaktyczna i wychowawcza z uczniami lub młodocianymi pracownikami nie będzie stanowić podstawowego zajęcia lub będzie wykonywana w tygodniowym wymiarze niższym niż przewidziany dla nauczycieli czas pracy.

Przygotowanie pedagogiczne należy rozumieć jako nabycie wiedzy i umiejętności z psychologii, pedagogiki i dydaktyki szczegółowej przedmiotu: praktyczna nauka zawodu. Zakres tematyczny kursu zgodny jest z rozporządzeniem Ministra Edukacji i Sportu z dnia 1 lipca 2002 r. w sprawie praktycznej nauki zawodu (Dz.U. z 2002 r. Nr 113, poz. 988).

Uzyskanie przygotowania pedagogicznego potwierdza świadectwo wydane przez szkołę – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji i Nauki w sprawie uzyskiwania i uzupełniania przez osoby dorosłe wiedzy ogólnej, umiejętności i kwalifikacji zawodowych w formach pozaszkolnych z dnia 3 lutego 2006 r. (Dz.U. z 2006 r. Nr 31, poz. 216).

We wnioskach i sugestiach dotyczących monitoringu Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2005. koordynatorzy celu operacyjnego nr 6 pt. „Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia” – wskazali na konieczność rozwoju infrastruktury pomocnej w realizacji zadań promocji zdrowia. Pod pojęciem infrastruktury rozumiane są zarówno zasoby ludzkie (zwiększenie liczby profesjonalistów) jak i baza wchodząca w skład systemu społecznego (ochrona zdrowia, opieka społeczna, system edukacji, instytucje naukowe, media itd.)².

² Wstępny Projekt Narodowego Programu Zdrowia 2006-2015.

WNIOSKI

1. W świetle przedstawionych planów studiów a zatem przedmiotów realizowanych w ramach kształcenia na poziomie licencjata można stwierdzić, iż kosmetolog posiada szeroki zakres wiedzy i umiejętności do promowania zdrowia i edukacji zdrowotnej w miejscu swojej pracy i środowisku lokalnym

2. Uzasadnionym jest z punktu widzenia posiadanych kompetencji włączenie kosmetologów w proces rozwiązywania problemów zdrowotnych ludzi i uznanie ich jako liderów promocji zdrowia

3. Przygotowanie kosmetologów w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej jest odpowiedzią na oczekiwania zawarte we wstępnym projekcie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015 w celu operacyjnym nr 17. „Rozbudowanie kadr i infrastruktury dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej”

B. Makowska, B. Frączek

COSMETOLOGISTS PREPARATION IN THE FIELD OF HEALTH PROMOTION
AND HEALTH EDUCATION

Summary

Cosmetology is a very important and advantageous branch, because it indulges essential health and cultural human necessities. The specialization focuses on those aspects of prevention that can extend youth and efficiency which is helpful for health retaining.

The thesis shows the ways of preparation of the new skeleton crew for health promotion and education reflecting presented teaching program for cosmetologists on bachelor level.

As it results from an analysis of particular subject and didactic items presented during the studies, the cosmetologist can be a leader of health promoters in surrounding because of acquiring all necessary references in the matter.

PIŚMIENNICTWO

1. *Burdine J.N. McLeroy R.K.*: Practitioners Use of Theory: examples from a workshop. *Health Education Quarterly* 19, 331-334, 1992.
2. *Kickbusch I.*: Think health: What makes the difference. *Health Promotion International* 4, 265-272, 1997.
3. *Słowska Z.*: Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia w: *Promocja zdrowia* pod red. Jerzego B. Karskiego Wyd. IGNIS. Warszawa, 308, 1999.
4. *Tones K. Green J.*: Health promotion. Planning and strategies. SAGE Publications, London, 2004.
5. *Woynarowska B.*: Edukacja zdrowotna a współczesna promocja zdrowia; W: *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, pod red. B. Woynarowskiej, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego: 21, 2005.
6. *Wysocki M.J.*: Potrzeby zdrowia publicznego (w tym promocji zdrowia) w Polsce W: *Promocja zdrowia w polityce zdrowotnej i społecznej państwa*. Konferencja Krajowa, 26 października 2005, Państwowy Zakład Higieny Warszawa, 2005.

JOANNA RODZIEWICZ-GRUHN, MARIA PYZIK, WIESŁAW PILIS

REALIZACJA ŚCIEŻKI EDUKACYJNEJ „EDUKACJA PROZDROWOTNA” W OPINIACH NAUCZYCIELI RÓŻNYCH PRZEDMIOTÓW

ACCOMPLISHMENT OF THE EDUCATIONAL PATH “PRO-HEALTHY EDUCATION” IN THE OPINION OF TEACHERS OF DIFFERENT SUBJECTS

Instytut Kultury Fizycznej
Akademia Pedagogiczna im. Jana Długosza w Częstochowie
42-200 Częstochowa, ul. Armii Krajowej 13/15
Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. *W. Pilis*

Na podstawie badań ankietowych nauczycieli różnych przedmiotów ze szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadpodstawowych w województwach śląskim, podkarpackim, lubelskim oceniono warunki realizacji ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna”. Analizie poddano wypowiedzi nauczycieli na temat uzupełniania wiedzy, realizowanej tematyki i stosowanych metod w edukacji zdrowotnej.

Słowa kluczowe: klimat, diagnoza, współpraca, tematyka, metody

Key words: climate, diagnosis, co-operation, subject mater, methods

WSTĘP

Przygotowanie nauczycieli do realizacji edukacji zdrowotnej w szkole stanowi częstą tematykę konferencji naukowych organizowanych przez wyższe uczelnie i władze oświatowe różnych szczebli. Efektem tych spotkań są liczne publikacje, w których poruszane były problemy treści kształcenia edukacji zdrowotnej, wiedzy, umiejętności i postaw nauczycieli [1–5]. Wobec obligatoryjnego wprowadzenia w 1999 roku do szkół ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” każdy nauczyciel, niezależnie od prowadzonego przedmiotu, został zobowiązany do wprowadzenia elementów edukacji zdrowotnej na swoich zajęciach. Za realizację tej ścieżki odpowiada dyrektor szkoły, który wraz z zespołami nauczycieli, pracownikami medycznymi i rodzicami powinien stworzyć sprzyjający zdrowiu klimat [4]. Wyniki badań dotyczących uwarunkowań i realizacji tej ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” wskazują na znaczące niedociągnięcia w zakresie organizacji [2]. Wobec burzliwych dyskusji dotyczących przygotowania przyszłych nauczycieli do realizacji problematyki zdrowotnej w różnych typach szkół zasadnym wydaje się systematyczne zbieranie informacji na temat problemów z jakimi borykają się nauczyciele realizujący tę ścieżkę.

Celem prezentowanego doniesienia jest analiza wypowiedzi nauczycieli różnych przedmiotów na temat uzupełniania wiedzy, realizowanej tematyki, stosowanych metod w edukacji zdrowotnej oraz jej środowiskowych uwarunkowań.

MATERIAŁ I METODY

W Instytucie Kultury Fizycznej Akademii im. *J. Długosza* (AJD) w Częstochowie od wielu lat realizowane są badania dotyczące problemów edukacji prozdrowotnej. W latach 2004-2006 przeprowadzono sondaż diagnostyczny wśród 289 nauczycieli szkół różnych typów województwa śląskiego, lubelskiego i podkarpackiego. Pracujących w szkołach podstawowych było 39,4% nauczycieli, w gimnazjach 27%, szkołach ponadgimnazjalnych 13%, natomiast pozostali łączyli pracę w szkole podstawowej i gimnazjum lub gimnazjum i w szkole ponadgimnazjalnej. Wśród badanych 30,1% mieszkało na wsi, a 55,7% w miastach. Wszyscy nauczyciele legitymowali się wykształceniem wyższym. Najliczniejszą grupę stanowili nauczyciele w wieku 30-40 lat, mający 11-20 letni staż pracy. Wśród badanych dominowali nauczyciele wychowania fizycznego (25%) oraz nauczyciele nauczania zintegrowanego (19,4%). Pozostali, to nauczyciele różnych specjalności, przy czym wielu z nich prowadziło zajęcia z kilku przedmiotów.

Na potrzeby badania opracowano kwestionariusz ankiety, w którym znajdowały się dwa bloki pytań. Pierwszy zawierał pytania dotyczące panującego w szkole klimatu dla realizacji edukacji zdrowotnej (kontakty i współpraca z pedagogiem, dyrektorem szkoły, sporządzanie diagnozy, współpraca z rodzicami). Drugi zawierał pytania oceniające własne działania badanych w zakresie realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej (szkolenia, rozwój, tematyka EZ realizowana na prowadzonych przedmiotach, wykorzystywane metody, znajomość literatury).

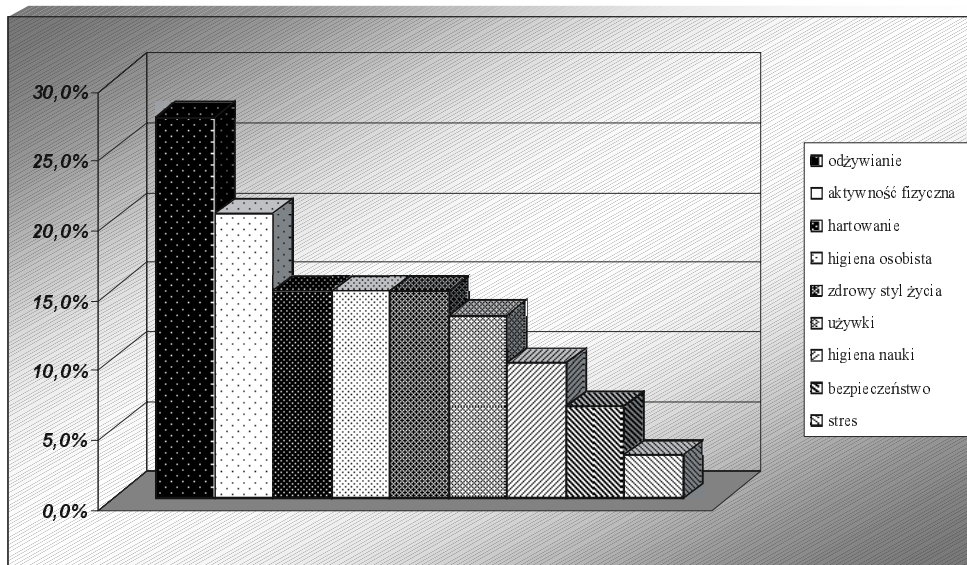
WYNIKI

W planowaniu edukacji zdrowotnej bardzo ważną rolę odgrywa diagnozowanie aktualnych problemów i potrzeb lokalnej społeczności. Ważne jest przy tym to, by wyniki tej diagnozy stały się przedmiotem dyskusji w szerokim gronie pod przewodnictwem koordynatora. Okresową diagnozę zachowań zdrowotnych uczniów przeprowadzało blisko 67% nauczycieli i jedynie 39,6% badanych wskazywało na obecność w szkole koordynatora do spraw edukacji zdrowotnej. Można zatem przypuszczać, że działania w tych szkołach, gdzie nie ma koordynatora mogą być chaotyczne i jednocześnie mało efektywne.

Powszechnie uważa się, że osobą wspierającą realizację ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” jest pedagog szkolny. Współpracę z pedagogiem szkolnym w pełni zadawalającą lub zadawalającą potwierdziło tylko 43% badanych.

W odpowiedzi na pytanie „Jakie instytucje mogą być pomocne do realizacji edukacji zdrowotnej w szkole” aż 24,4% badanych nie udzieliło odpowiedzi. Część respondentów (41,6%) dostrzega możliwości współpracy tylko z placówkami służby zdrowia i personelem medycznym, w dalszej kolejności wymieniane są PCK (18,5%), wydziały urzędów miasta lub gminy (12,6%), poradnie psychologiczno-pedagogiczne (10,8 %). Pojedyncze osoby wymieniały stacje sanitarno-epidemiologiczne i wyższe uczelnie, natomiast w ogóle nie uwzględniono w odpowiedziach ośrodków metodycznych. Badani w niewielkim stopniu potrafili określić na czym polega rola rodziców we wspieraniu działalności szkoły. Aż 54% ankietowanych pozostawiło to pytanie bez odpowiedzi. Pozostali wymieniali udział w prowadzeniu zajęć edukacyjnych (21,4%), zajęć rekreacyjnych i sportowych (23%), wsparcie materialne imprez prozdrowotnych (5%). Następne pytanie dotyczyło tematyki zdrowotnej omawianej na lekcjach przedmiotu prowadzonego przez ankietowanych. Na pytanie nie udzieliło odpowiedzi 13% badanych a 2% stwierdziło, że nie realizuje tematyki edukacji zdrowotnej. Najczęściej nauczyciele wymieniali tematy dotyczące żywienia, higieny osobistej, hartowania, uzależnień, aktywności fizycznej i sposobu spędzania czasu wolnego.

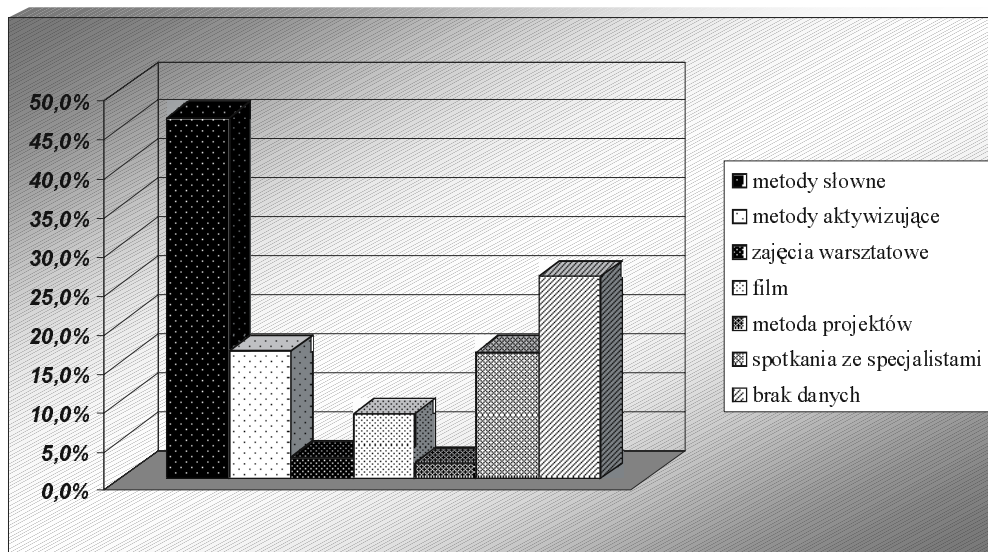
go, pierwszej pomocy, postawy ciała i gimnastyki korekcyjnej. Rzadko były wymieniane zagadnienia higieny pracy, bezpieczeństwa w szkole, radzenia sobie ze stresem.



Ryc. 1. Tematyka zdrowotna podejmowana przez badanych w nauczaniu przedmiotowym
Subject matter picked up by the examined in the subject teaching

Nie wymieniono wcale tematów związanych z zagrożeniami cywilizacyjnymi, udzielaniem pierwszej pomocy.

Na rycinie 2 przedstawiono najczęściej stosowane metody w realizacji ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna”. Najczęściej wymieniano metody słowne (46,3%) – pogadanka, wykład, prelekcja, w dalszej kolejności spotkania ze specjalistami i filmy. Tylko 16,4 % badanych stosuje metody aktywizujące, zalecane przez specjalistów jako najlepsze w edukacji zdrowotnej. Niepokojące jest to, że 26% ankietowanych nie wymienia żadnej metody. Badani proszeni o wymienienie tytułów czasopism, z których korzystają dla podniesienia własnych kwalifikacji do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej najczęściej wymieniają tytuły: Lider oraz Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne. Rzadziej pojawiają się tytuły czasopism przedmiotowych, lokalnych biuletynów i poradników metodycznych. Na pytanie o możliwość uzupełnienia wiedzy metodycznej i merytorycznej w zakresie edukacji zdrowotnej 35,3% badanych nie udzieliło odpowiedzi, 58,8% ankietowanych wyraziło gotowość udziału w kursach i konferencjach, 3% w studiach podyplomowych, 22,5% w warsztatach metodycznych. Co piąty badany deklarował chęć samokształcenia z wykorzystaniem fachowych książek i czasopism.



Ryc. 2. Metody wykorzystywane w realizacji edukacji pro zdrowotnej
Methods used in realization pro-health education

DYSKUSJA

Do pozytywnych spostrzeżeń w opiniach nauczycieli należą: sprzyjający klimat dla edukacji zdrowotnej, dobra współpraca z poradniami pedagogiczno-psychologicznymi, władzami lokalnymi. Nauczyciele podkreślają działania dyrekcji szkół na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa uczniów (monitoring obiektu, współpraca z policją i strażą miejską). Jednocześnie badani nauczyciele wskazywali na trudności wynikające z braków środowiskowych – brak sali gimnastycznej, pływalni, przystosowania placówek oświatowych do pracy z niepełnosprawnymi, niski standard stolówek szkolnych, antyzdrowotna oferta produktów spożywczych w sklepikach szkolnych oraz stale zmniejszające się możliwości organizowania zajęć sportowych i rekreacyjnych.

WNIOSKI

1. Należy zachęcać nauczycieli do aktywnego uczestnictwa w kursach, studiach podyplomowych, konferencjach na, których mogliby nie tylko uzupełnić wiedzę a przede wszystkim doskonalić swoje przygotowanie metodyczne w zakresie prowadzenia edukacji zdrowotnej.
2. Zintensyfikować współpracę szkoły z ośrodkami metodycznymi i sekcjami oświaty zdrowotnej stacji sanitarno-epidemiologicznych.
3. Usprawnić organizację procesu edukacji zdrowotnej (diagnoza, planowanie, koordynowanie działań, ewaluacja).
4. W procesie pedagogizacji rodziców zwracać większą uwagę na problematykę zdrowia.

Rodziewicz-Gruhn J., Pyzik M., Plis W.

ACCOMPLISHMENT OF THE EDUCATIONAL PATH "PRO-HEALTHY EDUCATION"
IN THE OPINION OF TEACHERS OF DIFFERENT SUBJECTS

Summary

The purpose of the presented report is analysis of opinions of teachers of different subjects on supplementing knowledge, discussed topics, methods applied in health education and its environmental factors. In the years 2004-2006, a diagnostic survey was carried out among 289 teachers of different subjects employed in secondary and post-secondary schools in śląskie (Silesian), lubelskie (Lublin) and podkarpackie (sub-Carpathian) voivodeships /regions/. Analysis covered answers to questions concerning the atmosphere predominating in school when realizing health education and ways of carrying out the pro-health path. The obtained results show irregularities that take place in many schools: no coordinator of health education, unsatisfactory cooperation between school pedagogue and parents, as well as adverse conditions for carrying out recreational and sports classes. When listing institutions that might provide support realization of pro-health education, the respondents did not mention higher education institutions, regional disease control centres or methodological centres. The most frequently applied methods in realisation of discussion on health problems at school are verbal methods. Majority of teachers declare their willingness to participate in different forms of instruction in the field of health education.

PIŚMIENNICTWO

1. Kowalewska A., Woynarowska B.: Przygotowanie nauczycieli i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. w: Nauczyciel w edukacji zdrowotnej. Ogólnopolska Konferencja Naukowa, AWF Kraków 27-28 maja 1999 (red.) W. Wrona-Wolny, B. Makowska, B. Jawień, Zeszyty Naukowe AWF Kraków 2002, 86 T I, 223-228.
2. Lewicki C.: Kompetencje nauczycieli i realizacja edukacji zdrowotnej w przedszkolach i szkołach podstawowych. W: Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej. (red.) B. Woynarowska, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2005, 85-89.
3. Ławniczak P.: Czynniki skuteczności edukacji zdrowotnej w szkole. W: Biokulturowe uwarunkowania rozwoju sprawności i zdrowia. (red.) J. Rodziewicz-Gruhn, Wyd. WSP Częstochowa, 2003, 485-493.
4. Sokołowska M.: Edukacja zdrowotna w polskiej szkole z punktu widzenia pracowników nadzoru pedagogicznego. W: Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej. (red.) B. Woynarowska, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2005, 40-45.
5. Żukowska Z.: Nauczyciel kreatorem zdrowia w reformującej się szkole. W: Nauczyciel w edukacji zdrowotnej Ogólnopolska Konferencja Naukowa, AWF Kraków 27-28 maja 1999 (red.) W. Wrona-Wolny, B. Makowska, B. Jawień, Zeszyty Naukowe AWF Kraków 2002, 86 T I, 21-30.

ILONA GEMBALCZYK

ALKOHOL JAKO ELEMENT STUDENCKIEGO STYLU ŻYCIA

ALCOHOL AS AN ELEMENT OF STUDENT'S LIFE STYLE

Instytut Studiów Edukacyjnych
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Raciborzu
47-400 Racibórz, ul. Słowackiego 55
Dyrektor Instytutu: dr hab. G. Kapica, prof. PWSZ

Zaprezentowane w pracy wyniki badań są częścią realizowanego przez uczelnię programu „Uczelnie wolne od uzależnień”. Ich celem było zdiagnozowanie skali i rozmiarów zjawiska używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży akademickiej. Stały się również podstawą opracowania programu profilaktycznego.

Słowa kluczowe: spożycie alkoholu, studenci, styl życia

Key words: alcohol consumption, students, life style

WSTĘP

Choroby cywilizacyjne są głównymi problemami zdrowotnym współczesnych społeczeństw. Badania stanu zdrowia i czynników je warunkujących wykazały, że decydującą rolę w tym zakresie odgrywa styl życia [7]. Do najczęściej analizowanych zachowań w kontekście ich związku ze zdrowiem należą: sposób odżywiania, aktywność fizyczna, umiejętność radzenia sobie ze stresem oraz konsumpcja alkoholu [1, 9]. W ostatnich latach notuje się szczególnie niekorzystne tendencje w zakresie spożycia napojów alkoholowych wśród młodzieży; coraz wcześniejszy wiek inicjacji alkoholowej, intensywne picie, nasilenie zjawiska tzw. ciągów alkoholowych, wzrost spożycia alkoholu wśród kobiet czy łączenie picia alkoholu z używaniem narkotyków [5, 8]. Zjawiska te dotyczą również studiującej młodzieży. Zwiększająca się liczba studentów w naszym kraju zmusza do analizy tego zjawiska w środowisku akademickim. Prezentowane w pracy badania są częścią realizowanego przez uczelnię ogólnopolskiego programu Uczelnie wolne od uzależnień. Ich celem było zdiagnozowanie zjawiska używania przez studentów substancji psychoaktywnych. Interesował nas skala zjawiska, czyli ilu studentów spożywa alkohol, jak często, jakie trunki oraz czy rozpoczęcie tzw. życia studenckiego jest momentem, w którym zwiększa się spożycie alkoholu.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto studentów I i II roku studiów stacjonarnych i niestacjonarnych wszystkich kierunków Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Raciborzu. Przeprowadzono je na przełomie maja i czerwca 2005 roku. W celu zebrania niezbędnego materiału empirycznego wykorzystano krytyczną analizę literatury oraz sondaż diagnostyczny z przynależną mu techniką ankietową [10]. Ponadto wykorzystano metody statystyczne takie jak konstruowanie szeregów rozdzielczych, klasyfikacja i obliczanie wskaźników procentowych. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany przez Pracownię Badań Społecznych. Badaniami objęto ogółem 440 osób, czyli 18,5% całej populacji młodzieży akademickiej. Studenci I roku studiów stacjonarnych stanowili 34,8% badanej grupy, 33,2% to studenci I roku studiów niestacjonarnych, 18,2% studenci II roku studiów stacjonarnych i 13,8% II roku studiów niestacjonarnych.

WYNIKI

Picie alkoholu jest zachowaniem, które zależy przede wszystkim od osobistej decyzji człowieka polegającej na dokonaniu przez nią wyborze. Konsumpcja napojów alkoholowych jest zjawiskiem powszechnym wśród młodzieży akademickiej, a alkohol jest najbardziej rozpowszechnioną w tym środowisku substancją psychoaktywną [2,6,11]. Za wskaźnik względnie częstego picia alkoholu przyjmuje się spożywanie go w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. Piwo spożywało w tym czasie 75 % ankietowanych, wino 46,1%, a wódkę 42,2% respondentów. Odsetki spożywających alkohol w czasie ostatnich 12 miesięcy są wyższe szczególnie w odniesieniu do wina i wódki.

Tabela I. Spożycie napojów alkoholowych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem i w czasie 30 dni przed badaniem
Alcohol consumption in the last 12 months before the survey and 30 days before the survey

Rodzaj alkoholu	W czasie ostatnich 12 miesięcy			W czasie ostatnich 30 dni		
	ogółem	I rok	II rok	ogółem	I rok	II rok
Piwo	88,4	88,75	87,9	75,0	75,89	74,72
Wino	73,4	73,64	73,07	46,1	44,57	48,35
Napoje spirytusowe	76,1	74,4	81,31	42,2	43,02	48,9

Częstotliwość konsumpcji poszczególnych napojów alkoholowych mierzona była liczbą przypadków picia w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Analiza danych wskazuje, że trunkiem najczęściej pitym jest piwo.

Wino i wódka są trunkami prawie o połowę rzadziej spożywanymi. Sugerować to może, iż piwo traktowane jest często jako napój orzeźwiający a wino i wódka są napojami pełniącymi albo funkcje symboliczne (wino), albo tradycyjnego napoju alkoholowego (wódka).

Silnie zróżnicowane okazały się ilości spożywanych trunków przy jednej okazji. Typową ilością piwa konsumowaną jednorazowo jest od 0,5 do jednego litra (41,81%), więcej niż 2 litry piwa przy jednej okazji spożywało 10,9% badanych. 38,6% studentów przy jednorazowej okazji spożywa od jednego do trzech kieliszków (100-300 gramów) wina. Butelkę lub więcej jednorazowo wypija 7% ankietowanych. Charakterystyczną dla studenc-

Tabela II. Częstość spożycia napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem
Frequency of alcohol consumption in the last 30 days before the survey

Częstotliwość spożycia	Liczba badanych [%]		
	piwo	wino	wódka
Nie piłem	25,00	53,86	54,31
1 -2 razy	24,09	23,18	21,36
3 -5 razy	18,4	7,27	9,54
6 -9 razy	11,81	1,81	3,86
10 -19 razy	8,63	0,9	1,59
20 - 39 razy	4,09	0,45	0,9
40 razy lub więcej	2,27	0,22	0,68

kiego wzoru picia wódki miarką jest więcej niż 5 kieliszków. Przy jednej okazji wypija tyle lub więcej 27,5% respondentów.

Obiektywną miarą nadmiernego spożycia alkoholu przy jednej okazji było wypicie 5 lub więcej drinków. W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem taką konsumpcję alkoholu zadeklarowało 46,34% badanych. Prawie 10% robi to systematycznie tj. co najmniej raz w tygodniu.

Tabela III. Nadmierne spożycie napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem*
Excessive alcohol consumption in the last 30 days before the survey

Częstotliwość spożycia	Liczba badanych [%]		
	ogółem	I rok	II rok
Ani razu	53,18	57,36	48,9
1 raz	12,72	13,56	12,08
2 razy	11,81	11,24	12,63
3-5 razy	12,04	9,68	15,93
6-9 razy	5,00	5,03	4,94
10 lub więcej razy	4,77	3,48	6,59

* za takie uznaje się wypicie 5 lub więcej drinków z rzędu (drink oznacza kieliszek wina, butelkę piwa, mały kieliszek wódki lub innego napoju spirytusowego)

W naszych badaniach nie odnotowano różnic w konsumpcji alkoholu wśród studentów różnych lat studiów. Dotyczyło to zarówno kwestii ilości, rodzaju spożywanego alkoholu jak i jego nadmiernego spożycia.

DYSKUSJA

Jak pokazują wyniki badań dotyczące picia alkoholu wśród studentów naszej uczelni, skala i rozmiary tego zjawiska nie odbiegają od tendencji notowanych w populacji ogólnie-

polskiej czy w innych ośrodkach akademickich [6,11]. Najczęstszym wzorem konsumpcji jest spożywanie przynajmniej raz w tygodni od 0,5-1 litra piwa. Podobne trendy odnotowywano także w innych badaniach [2,6,11].

Ilość i częstotliwość spożycia napojów alkoholowych oraz fakt, iż są one powszechnie dostępne wskazują na znacznie większe zagrożenie studentów uzależnieniem legalnymi substancjami psychoaktywnymi, niż substancjami nielegalnymi.

Brak różnic w spożyciu alkoholu między studentami I i II roku sugeruje, iż młodzi ludzie przychodzą na uczelnie z już ukształtowanymi wzorami konsumpcji alkoholu. Fakt ten nie może dziwić wobec obniżającego się coraz bardziej wieku inicjacji alkoholowej i rozmiarów zjawiska alkoholizowania się uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych [4,6,12].

Wyniki badań wskazują, że profilaktyka prowadzona w szkołach nie przynosi oczekiwanych rezultatów, a zatem uczelnie wyższe winny również realizować programy, których celem byłoby ograniczenie niekorzystnych zachowań zdrowotnych. Strategia edukacyjna programów prewencyjnych odwoływać się powinna do doświadczeń, postaw i przekonań młodych ludzi ponieważ prawie 1/5 z nich nie uznaje alkoholu za środek uzależniający, a prawie połowa wykazuje bardzo liberalne postawy wobec zjawiska nadmiernego spożycia alkoholu [11]. Przeciwdziałanie nadmiernemu spożyciu alkoholu powinno być realizowane również przez tworzenie warunków ułatwiających zaspakajanie potrzeb powstrzymujących od spożywania alkoholu np. poprzez stwarzanie możliwości spędzania wolnego czasu.

WNIOSKI

1. Picie alkoholu jest zjawiskiem powszechnym wśród studentów.
2. Najbardziej rozpowszechnionym trunkiem wśród studentów jest piwo, co wynika z jego powszechnej dostępności i relatywnie niskiej ceny.
3. Brak różnic między studentami I i II roku wskazuje, iż młodzi ludzie już na uczelnie przychodzą ze zwyczajem picia alkoholu.
4. Uczelnie wyższe muszą podejmować działania, których celem było by zmniejszenie rozmiarów zjawiska.

I. Gembalczyk

ALCOHOL AS AN ELEMENT OF STUDENT'S LIFE STYLE

Summary

The present work has been aimed at surveying the phenomenon of student's use of psychotropic substances, especially alcohol. The results of the research are the basis for planning preventative measures to be taken in the academic community. The research was conducted by means of a survey in which 440 students of state High Vocational School took part. The results of the survey reveal that alcohol consumption is a prevailing phenomenon among students. The intoxicant, which is used most often and in largest quantities, is beer. Lack of differences between drinking behavior patterns of the first – and second year students indicates that alcohol consumption becomes a habit before students enter the academic community.

PIŚMIENNICTWO

1. *Blaxter M.*: Heath and life styles. Routledge, London, New York, 1995, s. 32.
2. *Gawel A.*: Pedagogzy wobec wartości zdrowia. Wyd. UJ, Wydanie I, Kraków, 2003, s. 116 -118.
3. *Gniazdowski A.* (red.): Zachowania zdrowotne – zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Instytut Medycyny Pracy, Wydanie I, Łódź, 1990.
4. *Fedyn B.*: Eksperymentowanie ze środkami uzależniającymi przez dzieci i młodzież na pograniczu polsko-czeskim. Konferencja „Antropologiczno-psychologiczna charakteristika populace v Moravském regionu”. Uniwersytet Palackiego w Ołomuńcu, 2004, 137-141.
5. *Holyst B.*: Wybrane zjawiska patologii społecznej – główne kierunki profilaktyki. Promocja zdrowia, Karski J. (red.), Wyd. IGNIS, Wydanie II, Warszawa, 1999, s. 154.
6. *Kawczyńska-Butrym Z.*: Zachowania wynikające z osobistego wyboru. Uczelnia promująca zdrowie, *Kawczyńska – Butrym Z.* (red.) Wyd. UMCS, Lublin, 1995, 125-140.
7. *Lalonde M.*: A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa, 1978.
8. *Niewiadomska I., Sikorska-Głodowicz M.*: Alkohol. Wyd. „Gaudium”, Wydanie I, Lublin, 2004, s. 44-46.
9. *Ostrowska A.*: Styl życia a zdrowie. Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Wydanie I, Warszawa, 1999, s. 14.
10. *Pilch T.*: Zasady badań pedagogicznych. Wyd. „Żak” Wydanie II, Warszawa 1995, s. 41-51.
11. *Sierosławski J.*: Studenci 2004. Raport z badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii Warszawa 2004, s. 9.
12. *Woynarowska B., Mazur J., Kołoto H., Małkowska A.*: Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej. Wyd. UW, Warszawa 2005, s. 33-34.

BEATA FEDYN

OPINIE MŁODZIEŻY AKADEMICKIEJ NA TEMAT ALKOHOLU JAKO SUBSTANCJI UZALEŻNIAJĄCEJ

OPINIONS OF ACADEMIC YOUTH ON ALCOHOL AS AN ADDICTIVE SUBSTANCE

Instytut Studiów Edukacyjnych
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Raciborzu
47-400 Racibórz, ul. Słowackiego 55
Dyrektor Instytutu: *dr hab. G. Kapica, prof. PWSZ*
e-mail: beata.fedyn@pwsz.raciborz.edu.pl

W artykule przedstawiono wyniki badań na temat podmiotowych uwarunkowań zachowań dotyczących spożycia alkoholu przez młodzież akademicką. Skupiono się na rozpoznaniu opinii studentów na temat uznania alkoholu za środek uzależniający, poznaniu oceny zachowań dotyczących spożywania alkoholu w środowisku akademickim oraz zdiagnozowaniu opinii badanych na temat ryzyka zachowań związanych z określoną częstotliwością i ilością spożywanego alkoholu.

Słowa kluczowe: opinie, alkohol, młodzież akademicka, substancje uzależniające

Key words: opinions, alcohol, students, addictive substances

WSTĘP

Alkohol, jako środek ogólnie dostępny i legalny stał się dla wielu młodych ludzi elementem banalnej rzeczywistości. Stojąc u progu dorosłego i samodzielnego życia nie zdają sobie sprawy z zagrożeń jakie niesie konsumpcja alkoholu. Dotyczy to również młodzieży akademickiej, która jawi się jako silnie zagrożona przez legalne substancje psychoaktywne [5] i która bardzo często wiąże spożywanie alkoholu ze stereotypem „życia studenckiego”. Wydaje się, więc zasadnym zbadanie podmiotowych uwarunkowań rozpatrywanych zachowań zdrowotnych. Wychodzimy tutaj z założenia, że zachowania człowieka lub też gotowość do określonych zachowań, w dużej mierze uzależnione są od tego, co myśli on o otaczającej rzeczywistości, jak ją postrzega i jakie znaczenie przypisuje określonym oraz jak je wartościuje. Założenie to pozwala przyjąć tezę, że poprzez oddziaływanie na treści zbadanej świadomości, możemy kształtować zachowania zdrowotne ludzi w kierunku pożądanym [1]. Opierając się na przedstawionym założeniu podjęto badania mające na celu zdiagnozowanie opinii studentów na temat alkoholu jako substancji uzależniającej. W badaniach skupiono się przede wszystkim na następujących szczegółowych celach badaw-

czych: poznanie opinii młodzieży akademickiej na temat uznania alkoholu za środek uzależniający, poznanie oceny zachowań dotyczących spożywania alkoholu w środowisku akademickim oraz zdiagnozowanie opinii badanych na temat ryzyka zachowań związanych z określoną częstotliwością i ilością spożywanego alkoholu.

MATERIAŁ I METODY

Przedmiotem badań uczyniono opinie młodzieży akademickiej na temat alkoholu jako substancji uzależniającej. W celu zebrania niezbędnego materiału empirycznego wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z przyporządkowaną mu techniką ankiety. Posłużono się kwestionariuszem ankiety udostępnionej przez Pracownię Badań Społecznych z Sopotu w ramach programu „Uczelnia wolna od uzależnień”, 40 pytań składających się na kwestionariusz miało na celu zbadanie przekonań, opinii oraz zachowań studentów dotyczących wszystkich grup środków uzależniających. Przedstawione wyniki badań są fragmentem analizy materiału otrzymanego za pomocą wspomnianego narzędzia i dotyczą tylko opinii studentów na temat alkoholu jako substancji uzależniającej. Populację badawczą stanowiła wybrana losowo grupa 440 studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Raciborzu. Anonimową ankietę przeprowadzono na przełomie maja i czerwca 2005 roku. Badaniami objęto studentów I i II roku studiów stacjonarnych oraz niestacjonarnych. W odróżnieniu do badań ogólnopolskich ankietą objęto również studentów studiów niestacjonarnych, ponieważ analiza wieku tej grupy badanych wskazała, że są to przede wszystkim osoby mieszczące się w przedziale wiekowym 19-24 lata [5].

WYNIKI

Analiza materiału badawczego wskazuje na niepokojące zjawisko braku świadomości co do uzależniających właściwości alkoholu.

Tabela I. Opinie młodzieży na temat alkoholu jako środka uzależniającego
Opinions of academic youth on alcohol as an addictive substance

Opinia	N	%
Zdecydowanie uzależnia	247	56,13
Raczej uzależnia	102	23,20
Raczej nie uzależnia	50	11,36
Zdecydowanie nie uzależnia	11	2,50
Trudno powiedzieć	24	5,45
Brak odpowiedzi	6	1,36
Razem	440	100

Źródło: wyniki badań własnych na podstawie ankietowania studentów

Tylko połowa ankietowanych wyraża zdecydowane przekonanie o możliwości uzależnienia się od alkoholu. Pozostali badani nie są w pełni przekonani – co czwarty skłania się ku stwierdzeniu „raczej uzależnia”, natomiast pozostali nie są zdecydowani w swoich sądach lub też stanowczo twierdzą, że alkohol nie uzależnia (2,5%). Przedstawione opinie ankietowanych studentów mają także związek z ich sądami na temat oceny ryzyka zaszko-

Tabela II. Ocena ryzyka zachowań zdrowotnych dotyczących picia alkoholu
Assessment of risk of health behaviors relating to alcohol consumption

Lp	Zachowanie	Ocena											
		nie ma ryzyka		małe ryzyko		umiarkowane ryzyko		duże ryzyko		trudno powiedzieć		brak odpowiedzi	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Wypijanie jednego lub dwóch „drinków” prawie codziennie	10	2,3	26	5,9	122	27,7	225	51,1	20	4,6	37	8,4
2	Wypijanie czterech lub pięciu „drinków” prawie codziennie	5	1,1	15	3,4	29	6,6	341	77,5	19	4,3	31	7,0
3	Wypijanie pięć lub więcej „drinków” jeden lub dwa razy w ciągu każdego weekendu	25	5,7	42	9,5	126	28,6	183	41,6	31	7,0	33	7,5

Źródło: wyniki badań własnych na podstawie ankietowania studentów

Zastosowaną tu miarą dawki alkoholu jest „drink” czyli kieliszek wina lub butelka piwa, lub kieliszek wódki czy też innego napoju spirytusowego. Według opinii badanych najbardziej ryzykują osoby pijące prawie codziennie i w dużych ilościach. Jednak na szczególną uwagę zasługują odpowiedzi badanych na temat ryzyka „weekendowego” spożywania dużych ilości alkoholu. Już tylko 41,6% respondentów ocenia te zachowania za bardzo ryzykowne, natomiast prawie co trzeci student twierdzi, że taki sposób spożywania alkoholu niesie umiarkowane ryzyko. Warto zwrócić także uwagę na odsetek osób, które są przekonane o braku lub małym ryzyku lub też mają trudności z jego oceną (22,2 %). Ma to zapewne związek z preferowaniem takiego sposobu picia alkoholu przez młodzież – w czasie wolnym – dla studentów studiów stacjonarnych, natomiast dla studentów studiujących w trybie niestacjonarnym – w czasie zjazdów. Należałoby także zwrócić tutaj uwagę na ilości alkoholu, które studenci wypijają przy jednej okazji, 27,5% z nich wypija więcej niż 250 g wódki lub innego napoju spirytusowego.

Ważnym aspektem analizy zebranego materiału jest poznanie opinii studentów na temat zachowań związanych ze spożywaniem alkoholu w środowisku akademickim.

Badani zdecydowanie potępiają częste upijanie się oraz spożywanie alkoholu codziennie lub prawie codziennie. Natomiast w małym stopniu potępiają picie alkoholu kilka razy w miesiącu. Co trzeci student nie ocenia negatywnie upijania się od czasu do czasu.

Tabela III. Opinie na temat zachowań związanych z używaniem alkoholu w środowisku studenckim

Opinions on behaviours connected with using alcohol in students' community

Lp.	Zachowanie	Opinia											
		zdecydowanie potępiam		raczej potępiam		raczej nie potępiam		zdecydowanie nie potępiam		trudno powiedzieć		brak odpowiedzi	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Picie alkoholu raz, dwa razy na rok	14	3,2	10	2,3	106	24,0	279	63,4	29	6,6	2	0,4
2	Picie alkoholu kilka razy w miesiącu	36	8,2	97	22,0	167	37,9	94	21,4	36	8,2	10	2,27
3	Picie alkoholu codziennie lub prawie codziennie	254	57,7	121	27,5	26	5,9	19	4,3	20	4,5	0	0
4	Upijanie się od czasu do czasu	117	26,6	130	29,5	119	27,0	34	7,7	28	6,4	12	2,7
5	Upijanie się codziennie lub prawie codziennie	338	76,8	60	13,6	16	3,6	3	0,7	16	3,6	7	1,6

Źródło: wyniki badań własnych na podstawie ankietowania studentów

DYSKUSJA

Problematyka spożycia alkoholu przez młodzież jest jednym z kluczowych zagadnień współczesnego wychowania zdrowotnego. Obserwujemy niepokojące zjawiska odnoszące się do wspomnianego problemu, a mianowicie obniżanie się wieku inicjacji alkoholowej, a także rozpowszechnienie konsumpcji alkoholu, a nawet upijanie się już wśród dzieci szkół podstawowych [2, 7]. Niewątpliwie zachowania te mają związek z ciągle jeszcze liberalnym podejściem osób dorosłych do konsumpcji alkoholu, a przede wszystkim piwa. Obserwujemy bowiem w ostatnich latach zjawisko wzrostu częstości spożycia piwa, pomimo obniżenia odsetka osób pijących najczęściej [3, 4]. W odniesieniu do przeprowadzonych badań warto zwrócić uwagę na to, iż abstynencja alkoholowa jest najrzadsza w grupie ludzi z wyższym wykształceniem, natomiast najczęściej abstynentów jest wśród osób z wykształceniem podstawowym [1].

Przedstawione wyniki badań młodzieży akademickiej wskazują również na rozpowszechnienie liberalnych przekonań na temat właściwości uzależniających alkoholu, a także liberalnej oceny zachowań dotyczących picia najbardziej ryzykownego – częstego spożywania

napojów alkoholowych, częstego i w dużych ilościach lub upijania się. Niestety używanie alkoholu, a zwłaszcza częste i w dużych ilościach – a takie oceniali badani – pociąga za sobą niemal wyłącznie konsekwencje negatywne. Główną z nich jest zatrzymanie rozwoju emocjonalnego, na skutek zastępowania alkoholem samokontroli i umiejętności radzenia sobie z negatywnymi uczuciami. Następne to pogorszenie stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, konflikty z otoczeniem i stopniowa utrata kontroli nad piciem [6].

Zdajemy sobie sprawę, że etiologia picia i w konsekwencji uzależniania się od alkoholu leży przede wszystkim w braku odpowiednich umiejętności życiowych, ale wycinek zaprezentowanych wyników może wskazywać także na to, iż liberalne i często błędne opinie mogą być jedną z przyczyn rozpowszechnionego i niebezpiecznego eksperymentowania z alkoholem. Osoby sięgające po alkohol przekonane o jego nieszkodliwości lub nieświadome zagrożeń są szczególnie narażone na uzależnienie. Można, więc podkreślić, że świadomość zagrożeń może mieć także znaczenie profilaktyczne.

WNIOSKI

1. Problemem młodzieży akademickiej jest niska świadomość skutków picia i upijania się oraz związane z tym liberalne podejście do alkoholu jako substancji mniej groźnej w porównaniu do nielegalnych środków odurzających. Proces psychoprofilaktyki uzależnień powinien być także zadaniem wyższej uczelni.

2. Działania tylko profilaktyczne mogą być niewystarczające. Ważnym jest stworzenie systemu pomocy studentom mającym problem ze środkami odurzającymi.

B. Fedyn

OPINIONS OF ACADEMIC YOUTH ON ALCOHOL AS AN ADDICTIVE SUBSTANCE

Summary

The article presents results of a probe carried out among academic youth. Students' opinions on alcohol as an addictive substance were the area of research. Technique of questionnaire was applied in order to collect the necessary empirical data. We used a questionnaire form available within a framework of programme "Institutions of higher education free of addictions". The analysis of collected material indicates a disturbing phenomenon of low awareness of the examined students about addictive properties of alcohol as well as liberal appraisal of risky behaviors – frequent consumption of alcoholic liquors, frequent consumption of large quantities of alcohol and getting drunk. The results of the research induce our statement that process of psycho prophylaxis of psycho prophylaxis of addictions also ought to be a task fulfilled by institutions of higher education.

PIŚMIENNICTWO

1. *Dolińska-Zygmunt G.*: Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne; w: *Elementy psychologii zdrowia*, red. *G. Dolińska-Zygmunt*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego. Wrocław 1996, 41-68.
2. *Fedyn B.*: Eksperymentowanie ze środkami uzależniającymi przez dzieci i młodzież na pograniczu polsko-czeskim. Konferencja „Antropologiczno-psychologiczna charakteristika populace v Moravském regionu”. Uniwersytet Palackiego w Olomouci, 2004, 137-141.

3. *Gembalczyk I.*: Kształtowanie zdrowego stylu życia w rodzinie. *Annales UMCS*, Vol. LIX, Suppl. XIV, N 2, 162-166.
4. *Ostrowska A.*: Społeczne czynniki warunkujące zachowania zdrowotne – bilans dekady. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* 2000, 19, 46-65.
5. *Sierosławski J.*: Raport z badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów. *Studenci 2004*. Pracownia Badań Społecznych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2004.
6. *Woydyłło E., Osiatyński W.*: Alkohol i inne substancje odurzające; w: *Promocja zdrowia*, red. J. Karski i in., Sanmedia, Warszawa 1994, 247-262.
7. *Wojnarowska B., Mazur J., Kołolo H., Małkowska A.*: Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005, 33-35.

PIOTR SUPRANOWICZ¹, MIROSLAW J. WYSOCKI¹, AUSRA BERZANSKYTE²,
ROLANDA VALINTELIENE²

ZMIANY W ZAKRESIE PICIA ALKOHOLU PRZEZ MŁODZIEŻ TOWARZYSZĄCE PRZYSTĄPIENIU DO UNII EUROPEJSKIEJ: DOŚWIADCZENIA POLSKI I LITWY

CHANGES IN ADOLESCENTS' ALCOHOL DRINKING IN THE TIME OF ACCESSION TO EUROPEAN UNION: POLISH AND LITHUANIAN EXPERIENCES

¹Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

Państwowy Zakład Higieny

00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24

Kierownik: prof. dr hab. med. M. J. Wysocki

²Zakład Badania Zdrowia Publicznego

Instytut Higieny

LT-2001 Vilnius, Didzoji 22

Kierownik: dr med. R. Valinteliene

W artykule przedstawiono zmiany, jakie nastąpiły między rokiem 1999 i 2004, w zakresie częstości picia alkoholu przez młodzież warszawską i postawy wobec picia alkoholu. Ponadto wyniki badań przeprowadzonych w 2004 roku wśród młodzieży warszawskiej porównano z podobnymi badaniami przeprowadzonymi równolegle wśród młodzieży wileńskiej.

Słowa kluczowe: młodzież, alkohol, zachowania, postawy

Key words: youth, alcohol, behaviour, attitude

WSTĘP

Na okres między dzieciństwem a dorosłością przypadają największe jakościowe zmiany biologiczne, psychiczne i społeczne. Proponowane są różne ramy czasowe dla tego okresu. Panuje na ogół zgoda, że rozpoczyna się on w wieku 8-10 lat, a kończy w osiemnastym-dwudziestym pierwszym roku życia [23]. Krawczyński proponuje nazwanie tego okresu dojrzewaniem i dorastaniem [7]. W okresie tym następuje przyswojenie sobie stylu życia, który kontynuowany jest w wieku dorosłym, w tym również zachowań szkodliwych dla zdrowia. Jednym z najbardziej szkodliwych zachowań jest podejmowanie regularnego picia alkoholu. W okresie dorastania doraźnymi skutkami zdrowotnymi uzależnienia się od alkoholu jest większa wypadkowość, wzrost stosowania przemocy, skłonność do rozboju, gwałtów, zabójstw i samobójstw [22, 23]. Stwarza również ryzyko podejmowania przedwczesnego współżycia seksualnego [19, 27]. Odległymi skutkami uzależnienia od alkoholu jest rozwinięcie się – najczęściej po trzydziestym roku życia – chorób przewlekłych, takich

jak niektóre choroby nowotworowe, choroby wrzodowe, układu krążenia czy marskość wątroby [11].

W ostatnim pięćdziesięcioleciu spożycie alkoholu przez młodzież stale wzrasta i dotyczy to zarówno ilości wypijanego alkoholu, jak i częstości picia. Ponadto obniża się wiek, w którym młodzież rozpoczyna regularne picie alkoholu. Tendencja ta wydaje się być zjawiskiem ogólnoswiatowym [23]. Problem ten jest szczególnie istotny w przypadku państw Europy Środkowo-Wschodniej, w której wcześniejsze normy społeczne dotyczące dopuszczalności picia alkoholu przez młodzież zetknęły się z naciskiem na konsumpcję alkoholu w postaci bardziej lub mniej ukrytej jego reklamy [22].

Zagrożenia, jakie odnotowano w latach osiemdziesiątych w USA, spowodowane liberalizacją nadzoru nad młodzieżą i uczynienia młodzieżą adresatem reklamy dóbr konsumpcyjnych, w tym również alkoholu, a także produkcją przeznaczonych głównie dla młodzieży „nieszkodliwych” gazowanych napojów zawierających alkohol (alcopops), określone zostały jako zagrożenia o charakterze narodowym [10].

W badaniach rozpowszechnienia picia alkoholu przez młodzież dużo uwagi poświęcono zachowaniu (częstość, intensywność i okoliczności picia, częstość upijania się), postawę wobec alkoholu badano głównie wśród dorosłych, w mniejszym stopniu postawę młodzieży [5, 13].

Integracja europejska stwarza konieczność dostosowania regulacji prawnej produkcji i sprzedaży towarów, w tym alkoholu, do wymagań Unii Europejskiej. W Polsce od końca lat siedemdziesiątych podjęto działania mające na celu ograniczenie sprzedaży alkoholu (zaprzeszano sprzedaży napojów alkoholowych w sklepach nocnych, zmniejszono o 30% liczbę punktów sprzedaży alkoholu, a o 50% – napojów spirytusowych. „Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi”, która wprowadziła centralne ustalanie limitów liczby punktów sprzedaży oraz coroczne ustalanie planu sprzedaży alkoholu, a sprzedaż i podawanie alkoholu w godz. 6-13 było zabronione. Rozwiązanie te były podobne do tych, jakie obowiązywały w krajach skandynawskich [15].

W Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Państwowego Zakładu Higieny od roku 1999 prowadzone są wieloaspektowe badania dotyczące zdrowia młodzieży, stylu życia i ich uwarunkowań wynikających z przemian, jakie w Polsce zachodziły w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia i następują obecnie. Celem niniejszego artykułu jest: 1) przedstawienie zmian rozpowszechnienia regularnego picia alkoholu przez warszawską młodzież w środkowym okresie dorastania oraz postawy wobec picia alkoholu, jakie zaszły przed przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, 2) porównanie rozpowszechnienia regularnego picia alkoholu przez młodzież warszawską i wileńską oraz postawy wobec picia alkoholu, w momencie, gdy oba te państwa przystąpiły do Unii Europejskiej.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród młodzieży 14-15-letniej w okresie marzec -maj w roku 1999 i w tym samym okresie w roku 2004 w losowo dobranych szkołach w Warszawie oraz w 2004 roku w tym samym okresie i wśród młodzieży w tym samym wieku w Wilnie. W sondażu z 1999 roku dane zebrano od 682 uczniów (chłopcy – 46,2%, dziewczęta – 53,8%), w sondażu z 2004 roku od 783 uczniów (chłopcy – 50,6%, dziewczęta – 49,4%). Próba młodzieży wileńskiej składała się z 638 uczniów (chłopcy – 52,4%, dziewczęta – 49,4%).

Do badania posłużyła ankieta opracowana w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Państwowego Zakładu Higieny. Użyteczność ankiety przedstawiona została w innym miejscu [16, 18, 20]. Częstość picia alkoholu notowana była w sześciopunktowej skali monotonicznej od „wcale” do „codziennie”. Zgodnie z powszechnie akceptowanymi kryteriami przyjęto iż picie alkoholu przynajmniej raz w tygodniu oznacza regularne picie alkoholu [12, 25]. Do kategorii pijących alkohol okazjonalnie zaliczono respondentów, którzy pili z różną częstotliwością (od „rzadziej niż raz w roku” do „przynajmniej raz w miesiącu, ale rzadziej niż raz w tygodniu”). Do mierzenia postawy wobec picia alkoholu użyto analogowej skali wizualnej (VAS – Visual Analogue Scale). Wcześniejsze badania potwierdziły przydatność analogowej skali wizualnej jako jednopozycyjnego narzędzia do mierzenia postaw [4, 17]. Poproszono respondentów, by na stumilimetrowej linii, której krańce oznaczono „wcale” i „całkowicie”, zaznaczyli, w jakim stopniu – ich zdaniem – picie alkoholu pomaga rozwiązać problemy życiowe.

Do założenia bazy danych i analizy statystycznej zastosowano program Epi Info [1]. Do zbadania zależności między grupami różniącymi się częstością picia alkoholu użyto testu χ^2 . Do analizy różnic między średnimi wartościami postaw wobec picia alkoholu wykorzystano test *t-Studenta*. Istotność statystyczną przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

WYNIKI BADAŃ

W tabeli I porównano częstość picia alkoholu przez młodzież warszawską w wieku 14-15 lat w 1999 roku i w 2004 roku oraz młodzież wileńską w tym samym wieku w 2004 roku. We wszystkich badanych próbach odsetki dziewcząt regularnie pijących alkohol były niższe niż odsetki chłopców. Różnica ta wystąpiła wyraźniej wśród młodzieży warszawskiej, zwłaszcza w sondażu z 2004 roku. Najliczniejsza grupa młodzieży piła alkohol okazjonalnie. W grupie tej znalazło się relatywnie więcej dziewcząt niż chłopców, przy czym różnica ta w sondażu z 1999 roku była niewielka i wynosiła ok. 2%, to w sondażu z 2004 roku była pięciokrotnie większa i wynosiła ponad 10%, zarówno w przypadku próby warszawskiej jak i wileńskiej. Interesująco przedstawia się różnica między płciami w grupie respondentów, którzy deklarowali, iż nie pili alkoholu. Podczas gdy w próbie z 1999 roku

Tabela I. Częstość picia alkoholu przez młodzież
Frequency of adolescent's alcohol drinking

Picie alkoholu	Próby ¹					
	1999 Warszawa		2004 Warszawa		2004 Wilno	
	chłopcy n=313	dziewcz. n=364	chłopcy n=396	dziewcz. n=381	chłopcy n=311	dziewcz. n=315
Regularnie (%)	10,2	4,1	12,9	4,5	12,9	9,6
Okazjonalnie (%)	46,7	48,9	58,3	70,8	55,9	66,9
Wcale (%)	43,1	47,0	28,8	24,7	31,2	23,5
Różnice między chłopcami i dziewczętami						
χ^2	9,71		21,68		8,05	
p	0,0076		<0,0001		0,0178	

¹ Różnice między próbami:

chłopcy – 1999/2004 $\chi^2=15,78$, $p=0,0004$; Warszawa/Wilno $\chi^2=0,51$, $p=0,7750$

dziewczeta – 1999/2004 $\chi^2=41,01$, $p<0,0001$; Warszawa/Wilno $\chi^2=7,02$, $p=0,299$

przeważały dziewczęta, to w obu próbach z 2004 roku zanotowano nieco większe odsetki chłopców. Porównując częstość picia alkoholu wśród młodzieży warszawskiej w 1999 roku i w 2004 w przypadku obu płci stwierdzono istotne statystycznie różnice. Były one niewielkie w przypadku respondentów pijących alkohol regularnie, zwłaszcza wśród dziewcząt, to jednak znacznie większy odsetek chłopców (ponad 10%) i dziewcząt (ponad 20%) odnotowano w grupie respondentów pijących alkohol okazjonalnie. Jeśli chodzi o młodzież niepijącą alkoholu, to zarówno wśród chłopców jak i wśród dziewcząt prawie dwukrotnie mniejszy odsetek zanotowano w próbie z 2004 roku. Porównanie danych uzyskanych w sondażu przeprowadzonym w 2004 roku w Warszawie i Wilnie wskazuje na brak różnicy w częstości picia alkoholu między chłopcami warszawskimi i wileńskimi, natomiast w przypadku dziewcząt różnicę taką stwierdzono. Dotyczyła ona zwłaszcza dziewcząt pijących alkohol regularnie. Przyznało się do tego relatywnie dwa razy więcej dziewcząt litewskich.

Tabela II. Postawa młodzieży wobec picia alkoholu
Adolescent's attitude toward alcohol drinking

Postawa wobec alkoholu (VAS)	Próby ¹					
	Warszawa 1999		Warszawa 2004		Wilno 2004	
	chłopcy n=297	dziewcz. n=348	chłopcy n=377	dziewcz. n=384	chłopcy n=300	dziewcz. n=303
Średnia postawa (mm)	8,82	5,58	12,47	10,47	21,46	17,84
Odczylenie standard.	18,70	14,25	23,00	18,96	26,89	24,10
Różnice między chłopcami i dziewczętami						
t	2,49		1,54		1,74	
p	0,0124		0,1198		0,0781	

¹ Różnice między próbami:

chłopcy – 1999/2004 t = 2,21, p = 0,0272; Warszawa/Wilno t = 4,68, p < 0,0001

dziewczęta – 1999/2004 t = 3,91, p = 0,0001; Warszawa/ Wilno t = 4,49, p < 0,0001

Przedstawione w tabeli II dane, obrazujące zróżnicowanie postaw wobec picia alkoholu, wskazywałyby, iż chłopcy nieco wyżej oceniali picie alkoholu jako zachowanie użyteczne do rozwiązywania problemów życiowych. Jednakże różnica to wykazywała istotność statystyczną jedynie w przypadku próby warszawskiej z 1999 roku. Sondaże przeprowadzone w Warszawie w 1999 roku i 2004 roku, wykazały, iż zarówno chłopcy jak i dziewczęta z próby z 2004 roku znacząco wyżej oceniali użyteczność picia alkoholu. Porównanie młodzieży warszawskiej i wileńskiej wskazywałoby, iż zarówno chłopcy jak i dziewczęta mieszkające w Wilnie byli bardziej skłonni przypisać picciu alkoholu wyższą wartość.

DYSKUSJA

Nasze badania wykazały, że w okresie pięciu lat poprzedzających przystąpienie Polski do Unii Europejskiej wzrosła częstość picia alkoholu wśród warszawskiej młodzieży 14-15-letniej. Również w przypadku ogólnopolskich badań młodzieży, prowadzonych w ramach międzynarodowych programów badawczych, zanotowano takie tendencje. W ba-

daniach HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), obejmujących młodzież w wieku 11,5, 13,5 i 15,5 lat odnotowano wzrost między rokiem 1998 i 2002 odsetka młodzieży polskiej pijącej jakiegokolwiek alkohol przynajmniej raz w tygodniu we wszystkich grupach wiekowych [2, 12], aczkolwiek porównanie spożycia poszczególnych rodzajów alkoholu wskazywałoby na wzrost w tym okresie regularnego picia jedynie wina i wódki przez dziewczęta [24, 27]. Należy dodać, że odsetek młodzieży 11-15-letniej pijącej regularnie alkohol gwałtownie wzrósł między rokiem 1990 i 1994 [26]. Badania prowadzone w Polsce w ramach programu ESPAD (European Survey Project on Alcohol and Drugs) wykazały stały wzrost między 1995 i 2003 odsetka młodzieży w wieku 15-16 i 17-18 lat, przy czym znaczny wzrost nastąpił między rokiem 1995 a 1999. W następnym czterolecu proces ten był wolniejszy i zanotowano go jedynie w młodszej grupie [14]. Wyniki obu badań oraz badań prowadzonych przez nas wskazywałyby na to, że w okresie poprzedzającym przystąpienie Polski do Unii Europejskiej przybywało młodzieży pijącej alkohol okazjonalnie, natomiast gwałtowny wzrost rozpowszechnienia regularnego picia alkoholu przez młodzież nastąpił w połowie lat dziewięćdziesiątych jako skutek urynkowania sprzedaży alkoholu, zwiększenia jego dostępności i wykorzystaniu przez producentów alkoholu luk dotyczących zakazu jego reklamy [6, 15]. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi należy do najczęściej nowelizowanych polskich ustaw.

Rozpowszechnienie regularnego picia alkoholu w państwach europejskich i północno-amerykańskich jest bardzo zróżnicowane i wśród piętnastolatków wahało się w przypadku chłopców od 18% w Finlandii do 58% w Walii, a w przypadku dziewcząt od 10% w Polsce do 54% również w Walii [12]. Państwa skandynawskie należą do tych państw, w których rozpowszechnienie regularnego picia alkoholu wśród młodzieży jest najniższe. Było to spowodowane ustanowieniem monopolu państwowego na produkcję i sprzedaż alkoholu oraz rygorystycznych restrykcji dotyczących reklamy i dostępności alkoholu. Przystąpienie państw skandynawskich do Unii Europejskiej spowodowało konieczność demonopolizacji obrotu alkoholem, urynkowania cen i złagodzenia innych restrykcji ograniczających jego dostępność. Akty prawne liberalizujące wcześniejsze postanowienia ustanowiono w 1995 roku w Finlandii i Szwecji, a w Norwegii w roku następnym [21]. Sondaże przeprowadzone w ramach badań HBSC w roku 1998 i 2002 wykazały znaczny wzrost regularnego picia alkoholu wśród młodzieży państw skandynawskich we wszystkich grupach wiekowych [2, 12]. Odmienną politykę wobec dostępności alkoholu realizowano w latach dziewięćdziesiątych w USA. Zezwolenie na sprzedaż alkoholu uzyskały jedynie bary lub restauracje i sklepy posiadające licencje, podniesiono wiek uprawniający do kupowania alkoholu do 21 lat i wprowadzono ograniczenia dotyczące konsumpcji alkoholu [11]. Ta restrykcyjna polityka wobec alkoholu przyniosła pozytywne skutki. Badania HBSC wykazały, że w USA między rokiem 1998 i 2002 rozpowszechnienie regularnego picia alkoholu obniżyło się, zwłaszcza w najmłodszej grupie wiekowej [2, 12].

Zarówno nasze badania, jak i badania prowadzone w Wilnie wykazały, że znacznie większy odsetek chłopców niż dziewcząt regularnie pije alkohol. Sytuacja taka panowała we wszystkich państwach, w których zbierano dane o rozpowszechnieniu picia alkoholu. Różnice te są większe w tych państwach lub regionach, w których religijność (katolicyzm, judaizm, mormonizm) jest bardziej rozpowszechniona, a postrzegane role społeczne obu płci bardziej zróżnicowane [2, 3]. Po drugiej wojnie światowej Litwa włączona została do ZSRR jako republika radziecka, w większym stopniu narażona była na oddziaływanie norm spo-

lecznych akceptowanych w Związku Radzieckim, w tym również społecznej akceptacji pijactwa, i w większym stopniu, niż w Polsce wychowanie religijne młodzieży napotykało przeszkody. Wydaje się, że może to tłumaczyć mniejszą różnicę między chłopcami i dziewczętami regularnie pijącymi alkohol w przypadku młodzieży wileńskiej oraz istotną różnicę między Litwinkami i Polkami. Sondaże przeprowadzone zarówno w 1999 jak i w 2004 roku wykazały, że więcej dziewcząt niż chłopców piło alkohol okazjonalnie, przy czym różnica ta była znacznie większa w momencie przystępowania do Unii Europejskiej. Ponadto w 2004 roku zarówno wśród młodzieży warszawskiej jak i wileńskiej relatywnie mniej dziewcząt niż chłopców nie piło alkoholu w ogóle. Niekorzystne tendencje przebiegające bardziej dynamicznie w przypadku dziewcząt, potwierdzone również przez inne badania, powodują, że stanowią one grupę szczególnego ryzyka [9].

Średnia postawa wobec picia alkoholu, prezentowana przez młodzież wszystkich badanych grup, leżała dużo poniżej środka skali VAS (50 mm), co wskazywałoby, że młodzież negatywnie ocenia użyteczność picia alkoholu w rozwiązywaniu problemów życiowych. Niemniej jednak w okresie pięciu lat poprzedzającym przystąpienie Polski do Unii Europejskiej niekorzystne zmiany objęły również postawę wobec picia alkoholu. Zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt w sposób znaczący wzrosła ocena użyteczności alkoholu, a różnica między postawami chłopców i dziewcząt znacznie się zmniejszyła. Znacznie bardziej przychylna postawa wobec picia alkoholu, prezentowana przez młodzież litewską, mogłaby wynikać z uwarunkowań politycznych po drugiej wojnie światowej przedstawionych powyżej.

Wyniki naszych badań, jak również innych omówionych badań wskazywałyby na to, że skutkiem urynkwienia obrotu alkoholem w celu wypełnienia zobowiązań wobec Unii Europejskiej stał się wzrost spożycia alkoholu przez młodzież. Liberalizacja kontroli nad obrotem alkoholem nastąpiła wbrew opinii Polaków, gdyż 60% Polaków opowiedziało się za utrzymaniem restrykcji dotyczących dostępności alkoholu [15]. Również zdecydowana większość obywateli państw skandynawskich, w których przystąpienie do Unii Europejskiej spowodowało konieczność liberalizacji unormowań prawnych dotyczących dostępności alkoholu, opowiedziało się przeciwko liberalizacji [21]. Można za *Tigerstedtem* zadać pytanie, czy integracja europejska powinna następować kosztem obywateli, a zwłaszcza młodzieży?

WNIOSKI

Badania nasze dają podstawy do dostrzeżenia związku między liberalizacją polityki wobec sprzedaży i reklamowania alkoholu, spowodowane urynkwieniem gospodarki w Polsce oraz koniecznością dostosowania przepisów prawnych do norm obowiązujących w Unii Europejskiej a wzrostem częstości picia alkoholu przez młodzież i prezentowaniem bardziej pozytywnej postawy wobec użyteczności alkoholu. Jednakże alkohol nie powinien być traktowany jak inne towary i powrót do bardziej restrykcyjnej polityki wydaje się być konieczny, by uniknąć dalszego wzrostu regularnego picia alkoholu przez młodzież.

P. Supranowicz, M.J. Wysocki, A. Berzanskyte, R. Valinteliene

CHANGES IN ADOLESCENT'S ALCOHOL DRINKING IN THE TIME OF ACCESSION
TO EUROPEAN UNION: POLISH AND LITHUANIAN EXPERIENCES

Summary

The greatest increase in the late nineties in adolescent's alcohol consumption in Europe were in the countries that were candidates for European Union. The aim of the papers is: 1) to examine the changes of adolescent's alcohol drinking in five-year period preceding the accession of Poland to European Union and 2) to compare regular alcohol drinking and attitude toward alcohol drinking among Polish and Lithuanian adolescents. The surveys in 1999 and 2004 in Warsaw junior secondary schools and in 2004 in Vilnius junior secondary schools were carried out, and the data from 14-15 years old adolescents were obtained. The analysis confirmed significant increase in frequency of alcohol consumption as well as in more positive attitude toward usefulness of alcohol drinking. This process took place more dynamically among girls. The comparison of Warsaw and Vilnius samples showed that Lithuanian girls were more likely to drink alcohol regularly and Lithuanian adolescents were more likely to access higher the usefulness of alcohol drinking for coping with everyday troubles. The findings were widely discussed in respect to other studies and changes in alcohol control policy.

PIŚMIENNICTWO

1. *Dean A.G., Dean J.A., Burton A.H., Dicker R.C.*: Epi Info. A word processing, database and statistics system for epidemiology. Center for Disease Control, Atlanta 1990.
2. *Gabhainn S.N., Francois Y.*: Substance use; w: Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO cross-national study (HBSC), ed. C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith, J. Todd, WHO, Copenhagen 2000, 97-114.
3. *Grunbaum J.A., Kann L., Kinchen S.A., Williams B., Ross J.G., Lowry R., Kolbe L.*: Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2001. MMWR 2000, 51, suppl 4, 1-62.
4. *Grunberg S.M., Groshen S., Steingass S., Zaretsky S., Meyerowitz B.*: Comparison of conditional quality of life terminology and visual analogue scale measurements. Qual. Life Res. 1996, 5, 65-72.
5. *Hemstrem O.*: Attitude toward alcohol policy in six EU countries. Contemp. Drug Probl. 2002, 605-618.
6. *Jaworska-Dębska B.*: Zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych: regulacje prawne w systemie wydawania i cofania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. PARPA, Warszawa 1994.
7. *Krawczyński M.*: Dojrzewanie i dorastanie: problemy i potrzeby zdrowotne i psychospołeczne. Pediatr. Pol. 1994, 69, 581-587.
8. *Leśniak A.*: U źródeł przestępczości – agresja i przemoc dzieci i młodzieży: w: Alkohol, alkoholizm i przemoc; rozboje, gwałty, kradzieże, pobicia, zabójstwa. KUL, Lublin 2004. 113-140.
9. *Mazur J.*: Międzynarodowe badania zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej (HBSC) jako źródło informacji o zachowaniach problemowych dorastających dziewcząt; w: Alkohol a zachowania problemowe młodzieży: opinie i badania. PARPA, Warszawa 2004, 107-112.
10. *Nation at risk: the imperative for educational reform. The National Commission in Excellence in Education*, Washington 1983.

11. Ninth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. US Secretary of Health and Human Services, Washington 1997.
12. Schmid H., Gabhainn S.N.: Alcohol use; w: Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, ed. C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, V. Bernakow-Rasmussen. WHO, Copenhagen 2004, 73-83.
13. Sierosławski J.: Substancje psychoaktywne: postawy i zachowania Polaków; w: Postawy i zachowania Polaków wobec alkoholu i problemów alkoholowych. PARPA, Warszawa 2004, 11-75.
14. Sierosławski J.: Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną; w: Alkohol a zachowania problemowe młodzieży: opinie i badania. PARPA, Warszawa 2004, 127-205.
15. Sierosławski J., Dąbrowska K.: W kierunku liberalnego podejścia do kontroli podaży alkoholu; w: Postawy i zachowania Polaków wobec alkoholu i problemów alkoholowych. PARPA, Warszawa 2004.
16. Supranowicz P.: Ocena ciężkości negatywnych zdarzeń życiowych przez młodzież. Ann. UMCS Sectio D Medicina 2005, 60 suppl 16(5), 288-291.
17. Supranowicz P.: Ocena przydatności analogowej skali wizualnej (VAS) do mierzenia postawy młodzieży wobec zachowań szkodliwych dla zdrowia. Przegl. Epidemiol. 2003, 57, 541-551.
18. Supranowicz P.: Ocena trafności teoretycznej, rzetelności, mocy dyskryminacyjnej i stopnia trudności skali samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego młodzieży. Rocz. PZH, 2001, 52, 61-76.
19. Supranowicz P.: Używanie środków uzależniających jako czynnik ryzyka wczesnego podejmowania współżycia seksualnego. Ann UMCS Sectio D Medicina 2006, 61, suppl 17 [w druku].
20. Supranowicz P., Wysocki M.J., Berzanskyte A., Valinteliene R., Kandrataviciute G.: Reliability and predictive validity of PMSW18-AD scale (Physical, Mental and Social Wellbeing scale – Adolescent version): Polish and Lithuanian experiences. Ann. UMCS Sectio D Medicina 2005, 60 suppl 16 (5), 284-287.
21. Tigerstedt C.: European integration and nordic alcohol policies: changes in alcohol controls and consequences in Finland, Norway and Sweden, 1980-1997. Addiction 2000, 95, 135.
22. Weber W.: Young people's alcohol consumption reaches alarming levels in Europe. Lancet 2001, 357, 617.
23. World Health Organization: The health of young people: a challenge and a promise. WHO, Geneva 1993.
24. Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w roku 2002. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2002.
25. Woynarowska B., Mazur J.: Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 1999.
26. Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach: tendencje zmian w latach 1990-1998. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2000.
27. Woynarowska B., Szymańska M.-M., Mazur J.: Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Wiedza i przekonania o HIV/AIDS: zachowania seksualne. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 1999.

JAN PAPIEŻ

SPOŻYWANIE ALKOHOLU PRZEZ WIEJSKICH GIMNAZJALISTÓW

ALCOHOL CONSUMPTION AMONG RURAL AREA JUNIOR SECONDARY SCHOOL STUDENTS

Instytut Pedagogiki
Uniwersytet Gdański
80-952 Gdańsk – Oliwa, ul. Krzywoustego 19
Dyrektor Instytutu: dr hab. *M. Mendel*, prof. UG
e-mail: janpapiez@interia.pl

Artykuł przedstawia problematykę spożywania alkoholu przez wiejskich gimnazjalistów. Badania pokazują, że to właśnie w domu młodzież najczęściej przechodzi inicjację alkoholową. To rodzina poprzez swoje kontakty z alkoholem kształtuje postawy młodych ludzi. Badana młodzież pochodziła głównie z rodzin średniodietnych z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Z ogólnej liczby badanych aż 64% to bezrobotni ojcowie i prawie 86% bezrobotne matki. Wprawdzie z badań wynika, że często i bardzo często w domu pojawia się alkohol – około 7%, to o problemie nadużywania alkoholu w rodzinie pisało już około 23%.

Słowa kluczowe: gimnazjum, wieś, alkohol

Key words: gymnasium, country, alcohol

WSTĘP

Problem spożywania alkoholu i alkoholizmu w coraz większym zakresie zaczyna dotyczyć młodzieży, a jak podaje Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, o ile w miastach zauważa się lekki spadek spożycia alkoholu i zmiany struktury spożywanych trunków, o tyle wieś trzyma się starych zasad. Jednocześnie rodzice na wsi deklarują chęć zmiany kariery swoich dzieci poprzez wykształcenie, zmianę zawodu i ewentualnie miejsca zamieszkania. Te zmiany mentalności nie nastąpiły nagle choć nasiliły się w czasie transformacji ustrojowej i demokracji parlamentarnej. Rodzice zmieniali stosunek do swoich dzieci, w mniejszym stopniu traktują je jako bezpłatną siłę roboczą, dbają o lepsze warunki edukacji co można by nazwać inwestowaniem w intelektualny ich rozwój [1]. Klóci się to ze spontanicznym, a czasem zamierzonym wciąganiem ich w problemy alkoholowe.

MATERIAŁ I METODY

Przedmiotem badań uczyniono narastające zjawisko, w środowiskach wiejskich, spożywania alkoholu przez gimnazjalistów. Sformułowano następujące cele badań: rozeznanie, jak duża grupa młodzieży gimnazjalnej spożywa alkohol; poznanie ich i rodziców punktu widzenia do tego zjawiska; poszerzenie wiedzy dotyczącej funkcjonowania młodzieży w środowisku rodzinnym. Zwrócono również uwagę na kontakty z najbliższym otoczeniem jakim jest rodzina. Aby zdobyć jak najwięcej informacji w miarę obiektywnych, zastosowano ankietę, a dobór próby był celowy, czyli świadomy oparty na sprecyzowanych kryteriach. Zasadniczym kryterium była wieś jako miejsce zamieszkania w województwie pomorskim.

WYNIKI BADAŃ

W badaniach udział wzięło 285 uczniów z I – 38,7%, II – 29,3% i III klasy – 32%. Badana grupa to 13 latkowie – 11,0%; 14 latkowie – 27,7%; 15 latkowie – 28% i 16 latkowie – 33,3%. Pochodzili oni z rodzin przeważnie 4 i 5 osobowych. Tylko 15 osób było jednakami a 32 osoby wychowywały się w rodzinach wielodzietnych (6, 8, dzieci). Z danych liczbowych wynikało, że wśród przebadanych uczniów 83,3% rodzin, z których oni pochodzą, stanowiły rodziny pełne, pozostałe (16,7%) – niepełne (śmierć ojca lub matki, zrekonstruowane, rozbite). Rodzice badanych uczniów reprezentowali wykształcenie: podstawowe – 50,7% ; zawodowe – 29,8%; średnie (w tym zawodowe) – 8,6%; policealne – 5,6% i wyższe – 5,3%.

Ponad 80% ankietowanych gimnazjalistów przeszło już inicjację alkoholową, a wśród tej grupy wysoki wskaźnik picia alkoholu wynosił ok. 17,6%; średni 23,2% i niski 49,4%. Pozostali badani nie udzielili żadnej odpowiedzi. Różne były miejsca, w których młodzi ludzie po raz pierwszy sięgali po alkohol. Jednak aż ponad 45% wskazało na dom, 38% piło na wakacyjnym wyjeździe i 17% na dyskotecę (prywatce). Pierwsze kontakty z alkoholem wspomagały (namowa, przyzwolenie) dorosłe osoby z rodziny 21%, koledzy 33%, a 46% deklaruje że była to ich własna inicjatywa. Według badanych gimnazjalistów różnie zachowywali się rodzice wiedzący o inicjacji alkoholowej ich dzieci a mianowicie 26,6% rodziców nie zareagowało bądź sami byli inicjatorami tego debiutu, w 9,3% zareagowali negatywnie. Badani w większości (53%) deklarowali, że rodzice nie wiedzą o ich kontaktach z alkoholem, 28% świadomych tego rodziców w różny sposób wyrażało swoją dezaprobatę.

DYSKUSJA

Interesujące poznawczo okazały się powody dla których młodzież sięga po alkohol. Jest to bowiem burzliwy okres rozwojowy, w którym są oni najbardziej narażeni na inicjację alkoholową [2]. Próbowanie czy eksperymentowanie odbywa się najczęściej w okresie przejściowym między dzieciństwem a dorosłością. Młodzież w dorosłe życie wchodzi w świat chaosu, relatywizmu w sferze wartości i norm postępowania, w świat zmagdonalizowanej kultury. Szczególnie ważne miejsce w tym okresie odgrywają rodzice, którzy (nie) są w stanie wytworzyć właściwe relacje tak między sobą jak i z dziećmi. W każdym innym przypadku stanowią oni potencjalne źródło dewiacyjnych i patologicznych zachowań, stanowią jedną z ważnych przyczyn sięgania po alkohol, szczególnie w przypadku rodzin z problemem alkoholowym o niskim kapitale kulturowym. Badania ogólnopolskie potwier-

dzają, że wieś pije więcej niż miasto. Mężczyźni na wsiach piją o 50% więcej alkoholu niż mężczyźni w miastach. Mieszkańcy miast piją mniej destrukcyjnie, zamiast sięgać po wódkę częściej sięgają po zawierające mniej alkoholu piwo i wino [3].

Niestety tendencja spadkowa w miastach w spożyciu alkoholu nie dotyczy młodzieży. W ostatnich 10 latach obniżył się wiek inicjacji alkoholowej. Pierwszy kieliszek, przeciętny Polak wypija w wieku 14-15 lat. Systematycznie zwiększa się też odsetek 15-17-latków pijących alkohol. Wśród 17-latków odsetek młodzieży przyznającej się, że piła alkohol wynosił aż 78,1%, a upicie się potwierdziło 36,3-48,9% chłopców i 25,7% dziewcząt [4].

W badaniach nad wiejską młodzieżą gimnazjalną najczęściej spotykane powody dla których nastolatki sięgają po alkohol to: pozbycie się napięć, poprawa nastroju, łatwiejsze nawiązywanie kontaktów towarzyskich. Według nich alkohol kojarzony jest z dorosłością, przyspiesza jej nadejście, dzięki alkoholowi zdobywamy przynależność do grupy rówieśniczej. W zaprezentowanych badaniach aż 68,3% młodzieży uznało, że picie alkoholu poprawia nastrój, likwiduje stres i pozwala pokonać nieśmiałość [6].

Badania spożywania alkoholu wśród wiejskich gimnazjalistów były prowadzone w kontekście rodziny, stąd wiele pytań dotyczyło rodziców i więzów łączących rodzinę. Jeżeli dziecko pozostaje w silnej więzi przynajmniej z jednym z rodziców jego szanse na kłopoty alkoholowe maleją. Relacje rodzinne badani z reguły oceniają jako dobre, konflikty zdarzają się rzadko (64%), czasem (20%), często i bardzo często (9%). Ponad 70% deklaruje dobre stosunki z rodzicami, a z trudnościami najczęściej zwracają się do matki (47%), a także do przyjaciół (19%). Znaczna część badanych (19%) boryka się sama z problemami i nie zwraca się do nikogo. Jednak w przypadku wystąpienia trudności młodzież głównie liczy na pomoc rodziny (39%) i przyjaciół (27%). Wśród ogółu 53% badanych uczniów stwierdziło, że relacje rodzinne łączące młodzież z rodzicami są poprawne i nic by nie zmienili w swojej rodzinie. Pozostali w formie opisowej podają takie negatywne zachowania rodziców jak: klótnie, przemoc fizyczna, alkoholizm ojców. Ogólnie 61,3% badanych jest zadowolona z życia, ale są też odpowiedzi mówiące o ich samotności i „smutnym obrazie życia”.

Jednym z najważniejszych czynników wpływu rodziców na dzieci są ich własne zachowania wobec alkoholu czy innych środków psychoaktywnych. Nawet umiarkowane używanie tych środków przez rodziców ma pozytywny wpływ na pójście w ich ślady. Najbardziej niebezpieczne jest nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu. Alkohol w badanych rodzinach odgrywa znaczącą rolę. W różnej częstotliwości i z różnym skutkiem pojawia się we wszystkich niemalże domach: okazjonalnie 74,6% badanych, czasami 34,6%, często 4% i bardzo często 2,6%. 22,6% uważa, że w ich rodzinach istnieje problem nadmiernego nadużywania alkoholu przez członków rodziny, czy nawet uzależnienie kogoś z nich od alkoholu [5].

WNIOSKI

1. Badani gimnazjaliści pochodzą z rodzin przeważnie pełnych – 4, 5 osobowych o niskim statusie ekonomicznym i społecznym. Problem nadużywania alkoholu występuje w przypadku ok. 23% badanych rodzin;

2. Relacje między rodzicami i dziećmi są poprawne ale rodziny te wyposażone są w niski kapitał kulturowy;

3. Ponad 80% młodzieży przeszło już inicjację alkoholową. Wiek inicjacji był zróżnic-

wany, odbywała się ona pomiędzy 11 a 14 rokiem życia. Natomiast 19% ankietowanych przeszłą inicjację alkoholową poniżej 10 roku życia;

4. Wysoki i średni wskaźnik picia alkoholu reprezentowało ok. 41% badanych, a miejscem spożywania alkoholu był głównie dom rodzinny. Tylko 9,3% rodziców nie tolerowało spożywania alkoholu przez własne dzieci;

5. Ponad połowa badanych jest zadowolona z życia a picie alkoholu, ich zdaniem, poprawia nastrój, pozwala się odstresować oraz zwiększa poczucie pewności i otwartości wobec innych.

J. Papież

ALCOHOL CONSUMPTION AMONG RURAL AREA JUNIOR SECONDARY SCHOOL STUDENTS

Summary

The article is an attempt to analyse the problem of drinking among junior secondary school (Polish: «gymnasium») students living in rural areas. In his research, the author tried to find out the number of teenagers drinking alcohol, the reasons for their drinking, and their own and their parents' points of view on the issue. The research has been presented in a vast context of knowledge about how young people function within their families, i.e. their relations with family members. The students' declarations on their alcohol consumption have been presented on the basis of a questionnaire survey. The respondents were selected carefully, according to specified criteria. The essential criterion was a place of residence, i.e. a rural area.

The group under survey consisted of 285 students. They mainly came from full, large or medium-sized families with primary or secondary vocational education. Their relations with parents were correct.

The analysis of the empirical material collected shows that more than 80% of teenagers have already had their alcohol initiation, and 90.2% still drink. The most frequently drunk alcohol is beer, then vodka and wine. Wine is the least popular among the students. As far as gender of the respondents is concerned, girls usually drink beer and wine. A disturbing fact is that only 10% of the parents object to their children drinking or getting drunk. The teenagers consumed alcohol to relax, get a feeling of being adult, and to get accepted by their peers. Senior students drink more. The research shows that there is an urgent need for taking preventive actions that should be structured and contain primary, secondary and tertiary prevention.

PIŚMIENNICTWO

1. *Papież J.*: Przemiany socjalizacyjno-edukacyjne na wsi. Badania panelowe, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków 2006.
2. *McWhirter J.J.*: Zagrożona młodzież. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2001.
3. Rocznik statystyczny 2004. GUS, Warszawa 2004.
4. *Vogler R., E., Bartz W.R.*: Nastolatki i alkohol: kiedy nie wystarczy powiedzieć „nie”. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2003.
5. *Zajączkowski K.*: Nikotyna, alkohol, narkotyki: profilaktyka uzależnień: krótki poradnik psychologiczny. Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2001.
6. *Wilk M.*: Socjodemograficzne korelaty picia alkoholu przez młodzież, (w:) Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania. red. T. Sołtysiak, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2005.

AGNIESZKA WÓJCIK-GRZYB, AGNIESZKA SURYNT

OPINIA UCZNIÓW GIMNAZJUM NA TEMAT SPOŻYWANIA ALKOHOLU

GYMNASIUM SCHOOLCHILDREN VIEW ON ALCOHOL DRINKING

Katedra Dydaktyki WF
Akademia Wychowania Fizycznego
51-617 Wrocław, ul. Witelona 25
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. T. Koszczyc

Celem pracy jest poznanie opinii uczniów gimnazjum na temat spożywania alkoholu oraz określenie, jaki jest społeczny zasięg tego zjawiska wśród badanej młodzieży. Realizując ten cel wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Materiał stanowiący przedmiot niniejszego opracowania zebrano w badaniach przekrojowych, którymi objęto 122 uczniów klasy I gimnazjum, w tym 68 dziewcząt i 54 chłopców.

Słowa kluczowe: uczniowie, gimnazjum, alkohol, nadużywanie, uzależnienie

Key words: schoolchildren, gymnasium, alcohol, abuse, dependence

WSTĘP

Alkohol to „sposób na życie” – trudno się z tym pogodzić! Jednak okazuje się, że to najczęściej wymieniany przez młodych ludzi powód, rozpoczęcia jego spożywania. Wśród pośrednich przyczyn sięgania po alkohol wymienić należy: „sprzyjanie niechlubnej modzie” – dążenie do bycia „trendy”, chęć wykazania dorosłości i imponowania innym oraz zrelaksowania się, sposób na „nudę”, czyli szukanie „tematu zastępczego” i organizowanie sobie zabaw, co związane jest z kolei z ograniczeniem zajęć pozalekcyjnych i pozaszkolnych. Również niekorzystne warunki materialne, bezrobocie rodziców, niepowodzenia szkolne, porażki miłosne, a w końcu sposób na zawieranie nowych, ciekawych znajomości (dodawanie sobie odwagi i wyluzowanie) przyczyniają się do sięgania po alkohol [3].

Z obserwacji wynika, że spożywanie alkoholu z roku na rok wzrasta, a po napoje alkoholowe sięgają coraz to młodsze dzieci (umownie przyjmuje się, że wiekiem granicznym jest 12-14 lat). Do najpopularniejszych zaliczyć można: piwo, nalewki i wino, a najczęściej wymienianymi miejscami gdzie odbywa się spożywanie napojów alkoholowych, bez względu na wiek czy płeć, stały się mieszkania rodziców lub opiekunów, parki, kluby, puby, mieszkania kolegów i garaże oraz wycieczki klasowe, dyskoteki szkolne czy rajdy. Ponadto istnieje szereg innych źródeł, które niezależnie od woli człowieka wpływają na jego decyzje dotyczące sięgania po alkohol. Należy tu wymienić: życie w „kulturze rywalizacji”, zwięks-

szenie dostępności wszystkich środków uzależniających, agresywną reklamę piwa i papierosów zachęcającą do ich spożywania. „Dzieci i młodzież stanowią liczną grupę bezkrytycznie przyjmującą hasła reklamowe, a co gorsza, łatwo się uzależniają. Nieletni widzą wokół siebie osoby nadużywające alkoholu, oglądają filmy, których bohaterowie sięgają po alkohol. Spędzając przed telewizorem, co najmniej 4 godzinny dziennie, często obserwują sceny przedstawiające atrakcyjnych dla siebie ludzi z kieliszkiem w ręku. Świadomie lub nieświadomie naśladują ich zachowania. Do rozwoju patologii przyczynia się również społeczna akceptacja picia nawet przez osoby nieletnie” [2].

Termin alkoholizm sam w sobie nie jest precyzyjny. Należy rozróżnić dwa pojęcia: nadużywanie alkoholu oraz uzależnienie alkoholowe. Poprzez nadużywanie alkoholu rozumie się konsumpcję alkoholu prowadzącą do szkód fizycznych i/lub psychosocjalnych.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała w 1952 roku uzależnienie od alkoholu w następujący sposób. „Alkoholikiem jest osoba pijąca ekscesywnie (przekraczając miarę), której uzależnienie od alkoholu osiągnęło taki stopień, że wykazuje ona wyraźne zakłócenia i konflikty w jej fizycznym i duchowym zdrowiu, stosunkach międzyludzkich oraz funkcjach socjalnych i ekonomicznych: lub osoba wykazująca zwiastuny takiego rozwoju. Definicję tę można uzupełnić, wyróżniając jeszcze jedną cechę, a mianowicie utratę kontroli. Jako utratę kontroli rozumie się brak zdolności do sterowania konsumpcją alkoholu. Dotknięta nią osoba nie jest w stanie zachować umiaru, picie wymyka się spod jej kontroli. Musi pić dalej, aż do osiągnięcia stanu całkowitego upojenia alkoholowego” [2].

Czy każdy kontakt z alkoholem musi jednak kończyć się uzależnieniem? Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie, gdyż istnieje wiele czynników, które to determinują. Wśród nich można wymienić następujące: wiek, płeć (u dziewcząt rozwój uzależnienia jest szybszy niż u chłopców) czy wcześniejszy kontakt z innymi używkami [3].

Celem badań podjętych jesienią 2004 roku było poznanie opinii uczniów gimnazjum na temat dostępności alkoholu oraz określenie, jaki jest społeczny zasięg tego zjawiska wśród badanej młodzieży.

MATERIAŁ I METODY

Realizując ten cel wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Zastosowaną techniką była ankieta, a przygotowany do badań kwestionariusz ankiety składał się z 9 pytań. Materiał stanowiący przedmiot niniejszego opracowania zebrano w badaniach przekrojowych, którymi objęto 122 uczniów klasy I gimnazjum, w tym 68 dziewcząt i 54 chłopców.

WYNIKI

Tabela I. Próby spożywania alkoholu
Types of alcohol tried or consumed by respondents

Odpowiedź	Dziewczęta		Chłopcy	
	N	%	N	%
TAK				
Piwo	24	22,6	23	24,5
Wino	25	23,6	15	16,0
Szampan	11	10,4	10	10,6
Wódka	20	18,9	15	16,0
Nalewka	3	2,8	6	6,4
Koniak	3	2,8	5	5,3
Rum	2	1,9	0	-
Spirytus	0	-	4	4,2
NIE	18	17,0	16	17,0

Tabela II. Aktualne spożywanie alkoholu
Current alcohol drinking

Odpowiedz	Dziewczęta		Chłopcy	
	N	%	N	%
TAK	33	50	30	55,5
NIE	33	50	24	44,5

Tabela III. Wiek inicjacji alkoholowej
First contact with alcohol (age)

Przedział wieku [lat]	Dziewczęta		Chłopcy	
	N	%	N	%
5-6	0	-	0	-
7-9	0	-	3	10,0
10-12	12	37,5	9	30,0
13-15	20	62,5	18	60,0

Tabela IV. Okoliczności pierwszego kontaktu z alkoholem
Occasion of first contact with alcohol

Odpowiedź	Dziewczęta		Chłopcy	
	N	%	N	%
Samodzielna decyzja	18	54,5	16	53,3
Koleżanki, koledzy	2	6,1	3	10,0
Rodzina, krewni	6	18,2	6	20,0
Nie pamiętam	7	21,2	5	16,7

Tabela V. Miejsca spożywania alkoholu.
Places where drinking alcohol is common

Odpowiedzi	Dziewczęta		Chłopcy	
	N	%	N	%
W dyskotecę, klubie	11	23,1	12	22,6
Podczas prywatek	13	26,0	11	20,7
Podczas uroczystości rodzinnych	12	24,0	10	18,9
Podczas zabawy sylwestrowej	14	28,0	20	37,7

Tabela VI. Rodzaj najczęściej spożywanych alkoholi
Most popular types of alcohol among respondents

Pytania	Dziewczęta		Chłopcy	
	N	%	N	%
Piwo	27	71,0	25	56,8
Tanie wino owocowe	0	-	3	6,8
Wino markowe	5	13,2	5	11,4
Wódka	6	15,8	11	25,0

Tabela VII. Odmowa sprzedaży alkoholu
Facing a refusal to sell alcohol to respondents

Odpowiedzi	Dziewczęta		Chłopcy	
	N	%	N	%
TAK	18	54,5	22	73,3
NIE	15	45,5	8	26,7

Tabela VIII. Miejsca, w których nie sprzedano alkoholu
Place where alcohol selling was refused

Odpowiedzi	Dziewczęta		Chłopcy	
	N	%	N	%
W sklepie	15	38,5	21	70,0
W barze	3	7,7	3	10,0
W restauracji	3	7,7	1	3,3
W dyskotecie	3	7,7	2	6,6
Nigdy nie kupowałem	15	38,5	3	10,0

Tabela IX. Konieczność podejmowania rozmów na temat uzależnień od alkoholu
The need of talking about alcohol addiction in schools

Odpowiedzi	Dziewczęta		Chłopcy	
	N	%	N	%
TAK	48	70,6	35	64,8
NIE	7	10,3	11	20,4
NIE WIEM	13	19,1	8	14,8

DYSKUSJA

Zjawisko uzależnienia i nadużywania środków psychoaktywnych, zwłaszcza alkoholu, jak pokazały badania jest dość poważnym i skomplikowanym problemem. Jest to nie tylko „bólaczka” szkolnictwa polskiego, ale również ogromny problem społeczny. Do kontaktu z alkoholem przyznaje się 83% badanych, a 50% z nich twierdzi, że nadal spożywa napoje alkoholowe. Rodzaje napojów alkoholowych w większości spożywanych przez uczniów gimnazjum to: piwo, wódka lub inne napoje spirytusowe oraz markowe wino. Nie wielki procent badanych przyznaje się do picia taniego wina owocowego. Jednocześnie można zauważyć postępujący wzrost liczby osób pijących alkohol wraz z wiekiem. Najczęściej wymieniane miejsca spożywania alkoholu to: dyskoteka, klub, prywatka, uroczystości rodzinne oraz zabawa sylwestrowa, a powody, które skłoniły badanych do spróbowania napoju alkoholowego to najczęściej samodzielna decyzja. Pozytywnym aspektem rozważanego problemu jest fakt, że ankietowani spotkali się z sytuacjami, kiedy odmówiono im sprzedaży alkoholu. Najczęściej miało to miejsce w sklepach, rzadziej w barze, dyskotecie czy restauracji. Zdecydowana większość uważa również, że w szkole powinno zwracać się więcej uwagi na przekazywanie wiadomości o szkodliwości spożywania alkoholu i profilaktykę uzależnień. Podobne wyniki z badań otrzymali również: *Tyburska* [2], *Jakubowska* [1] oraz *Wojcieszek* [3].

Wobec tak wielkiego zasięgu zjawiska spożywania alkoholu, obejmującego coraz to młodsze osoby pozytywne znaczenie ma jednak fakt, że zdecydowanie większa część mło-

dzieży zdaje sobie sprawę ze szkód, jakie może wyrządzić nadmierne spożywanie alkoholu. Niewątpliwie taką sytuację należy zawdzięczać profilaktyce, która jak widać staje się coraz bardziej skuteczna. Jednak nie można zapomnieć, że pomimo wielu starań nauczycieli, rodziców pewien odsetek młodzieży boryka się nadal z tym problemem. Należałoby się zatem zastanowić, co w tej sytuacji można jeszcze zrobić? Chyba jedynym rozwiązaniem jest stworzenie odpowiednich warunków pracy dla takich osób jak pedagog, psycholog, logopeda, edukator czy pracownik społeczny, którzy współpracując z nauczycielami czy rodzicami mogą wskazać im najbardziej wartościowe programy profilaktyczne, a przede wszystkim służyć pomocą osobom szczególnie potrzebującym pomocy terapeutycznej.

WNIOSKI

1. Analiza wyników badań jednoznacznie wskazuje, że wśród badanej młodzieży gimnazjalnej problem spożycia alkoholu istnieje. Do kontaktu z alkoholem przyznaje się 83% badanych, a 50% z nich twierdzi, że nadal spożywa napoje alkoholowe.

2. Działania profilaktyczne powinny być prowadzone w szkole od najmłodszych lat z uwzględnieniem czynników zewnętrznych takich jak: normy obowiązujące w rodzinie odnośnie danego zagadnienia, etapu uzależnienia uczniów i ich bliskich.

A. Wójcik-Grzyb, A. Surynt

GYMNASIUM SCHOOLCHILDREN VIEW ON ALCOHOL DRINKING

Summary

The aim of this research is, what students in secondary school think of alcohol consumption, and estimating the social extent of drinking among the surveyed youth. Therefore, I used the questionnaire consisting of 9 questions. Feedback was collected by means of a sectional research on 122 secondary school students in the 1st grade (68 girls, 54 boys). The results analysis revealed unequivocally that the problem of alcohol consumption among youth exists. 83 percent of respondents claimed that they have already tried alcohol, whereas 50 percent of them admitted to drinking on recurrent basis. This fact signifies the need to undertake preventive actions which would be held in schools since the early-schooling age. They should take into account the following aspects: the family norms and attitudes towards drinking, and the level of students and their relatives' alcohol addiction.

PIŚMIENNICTWO

1. *Jakubowska H.*: Promocja zdrowia i profilaktyka uzależnień. PWN, Łódź 1999.
2. *Tyburska A.*: Alkoholizowanie się nieletnich i jego konsekwencje. Problemy Wychowawczo-Opiekuńcze, 1998, 9, 15-17.
3. *Wojcieszek K.*: Przyczyny problemów alkoholowych młodzieży. Problemy Wychowawczo-Opiekuńcze, 1995, 3, 12-16.

TOMASZ LISICKI

ZJAWISKO SPOŻYWANIA ALKOHOLU PRZEZ STUDENTÓW GDAŃSKICH UCZELNI

A PHENOMENON OF CONSUMING ALCOHOL BY STUDENTS OF GDAŃSK UNIVERSITIES

Katedra Teorii i Metodyki Wychowania Fizycznego
Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku
80-336 Gdańsk, ul. Wiejska 1

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. A. Pawlucski
e-mail: tomlisicki@tlen.pl

W latach 2004-2005 zostały przeprowadzone badania ankietowe wśród 938 studentów kończących studia w państwowych uczelniach w Gdańsku, których celem było poznanie postaw wobec zdrowia określanych m.in. na podstawie powszechności spożywania alkoholu przez młodzież akademicką oraz ich opinii na ten temat.

Słowa kluczowe: studenci, alkohol

Key words: students, alcohol

WSTĘP

Można zakładać, że od absolwentów szkół wyższych, obejmujących wiodące pozycje w różnych dziedzinach życia społecznego, gospodarczego, kulturalnego i politycznego będzie w dużej mierze zależała skala postępu w kształtowaniu potrzeb społeczeństwa i racjonalnych wzorców profilaktyki zagrożeń dla zdrowia. Istotna wydaje się zatem identyfikacja zjawiska picia alkoholu, warunkowanego m.in. czynnikami społecznymi, ekonomicznymi, kulturowymi, wśród młodzieży akademickiej, której zapewne będzie przypadała istotna rola społeczna.

Celem badań było określenie postaw studentów wobec zdrowia określanych m.in. na podstawie powszechności spożywania alkoholu i ich stosunku do substancji psychoaktywnych.

METODA I MATERIAŁ

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy wykorzystaniu opracowanego w tym celu kwestionariusza anonimowej ankiety. Badaniami, przeprowadzonymi w maju 2004 roku, objęto studentów V roku Politechniki Gdańskiej (496 studentów) i Uniwersytetu Gdańskiego (254).

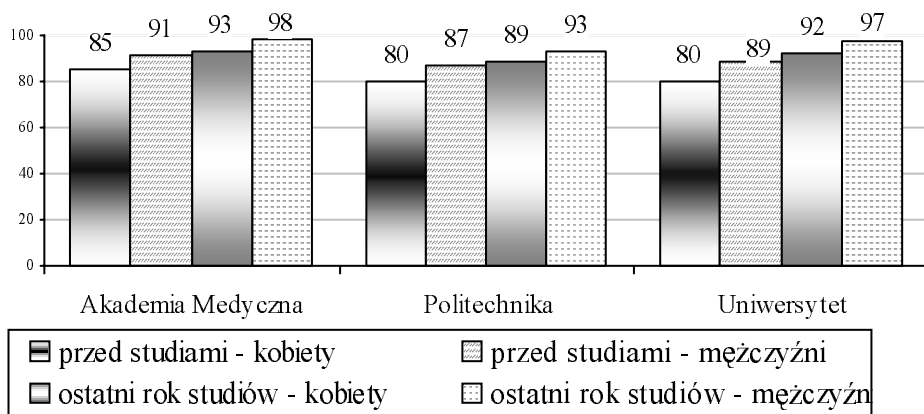
Według tych samych reguł badania zostały przeprowadzone rok później wśród studentów kończących studia w Akademii Medycznej w Gdańsku (188)¹. Ogółem badaniom zostało poddanych 938 osób, w tym: 465 studentek (49,6%) i 473 studentów (50,4%).

WYNIKI

W gdańskich uczelniach wśród badanych zdecydowanie dominowali deklarujący picie alkoholu. Jako zwolennicy abstynencji deklarowało się tylko 19% kobiet i 12% mężczyzn przed rozpoczęciem studiów oraz o połowę mniej podczas ich ostatniego roku (odpowiednio: 9% i 6%).

Wśród ogółu ankietowanych zwiększył się, w stosunku do okresu przed studiami (84%), odsetek deklarujących spożywanie alkoholu podczas ostatniego roku studiów (93%). Zmiany o takim charakterze są typowe dla badanych kobiet (odpowiednio: 81% i 91%) oraz mężczyzn (88% i 94%) jak również dla młodzieży wszystkich typów uczelni uczestniczących w tych badaniach.

Ryc. 1. Spożycie alkoholu wśród studentów wg typu uczelni (dane w %)
Drinking alcohol in students' according to types of university (data in %)



Wśród zwolenników picia alkoholu, przed rozpoczęciem studiów i podczas ich ostatniego roku, najbardziej popularną była opinia dopuszczająca, w pewnych okolicznościach, w towarzystwie, możliwość picia alkoholu lecz z umiarem (po 75%).

Przed rozpoczęciem studiów taką opinię znacznie częściej wyrażały studentki niż studenci, jak i podczas ich ostatniego roku. Taki pogląd charakteryzował respondentów we wszystkich badanych uczelniach. Przed studiami co ósmy mężczyzna i tylko co szesnasta kobieta uważali, że alkohol pomaga nawiązać kontakty i stanowi warunek dobrej zabawy. Wśród kończących studia co siódmy mężczyzna sądził, że alkohol pomaga rozładować napięcie nerwowe.

¹ Ten sondaż jest kontynuacją badań z 1999 r., przeprowadzonych wówczas wśród studentów I roku.

Tabela I. Opinie studentów na temat picia alkoholu
Students' opinions on drinking alcohol

Przed studiami	K (%)	M (%)
W pewnych okolicznościach, w towarzystwie, dopuszczam możliwość picia alkoholu lecz z umiarem	85	65
Alkohol pomaga rozładować napięcie nerwowe (emocjonalne)	3	9
Alkohol, pity w większych ilościach, pomaga nawiązywać kontakty, „rozruszać” towarzystwo, jest warunkiem dobrej zabawy	6	12
Nie mam sprecyzowanego poglądu w tej sprawie	4	9
Inne odpowiedzi	2	5
Podczas ostatniego roku studiów		
W pewnych okolicznościach, w towarzystwie, dopuszczam możliwość picia alkoholu lecz z umiarem	87	63
Alkohol pomaga rozładować napięcie nerwowe (emocjonalne)	5	14
Alkohol, pity w większych ilościach, pomaga nawiązywać kontakty, „rozruszać” towarzystwo, jest warunkiem dobrej zabawy	3	8
Nie mam sprecyzowanego poglądu w tej sprawie	3	9
Inne odpowiedzi	2	6

DYSKUSJA

Wyniki badań dotyczące konsumpcji alkoholu przez młodzież w poszczególnych typach szkół wyższych różnią się dość znacznie. Świadczą o tym na przykład rezultaty badań przeprowadzonych w akademiach medycznych [1, 2, 5, 6, 7, 9]. Podobne zróżnicowanie deklaracji charakteryzuje wyniki uzyskane wśród studentów akademii wychowania fizycznego [za: 5]. Jednak i tutaj na ogół przeważali pijący alkohol. Również w badaniach własnych autora tej pracy dominowały osoby deklarujące picie alkoholu. Prawdopodobnie różne kryteria oceny, sposób formułowania pytań lub zbierania odpowiedzi wpływały na zróżnicowanie rezultatów badań.

Analiza wyników prac podejmujących to zagadnienie wskazuje, że więcej zwolenników picia alkoholu jest wśród mężczyzn niż wśród kobiet [2, 3, 7, 8]. Także w badaniach autora przeważali mężczyźni. Zdaniem niektórych badaczy, również autora tej pracy, w trakcie studiów maleje grupa studentów deklarujących się jako abstynenci [2, 14]. Niemożliwe jest jednoznaczne określenie kierunku zmian, bowiem wyniki innych badań wskazują na korzystną tendencję, tzn. z upływem lat studiów zmniejszanie się odsetka młodzieży deklarującej picie alkoholu [1, 8, 10]. Można jednak przyjąć, że picie alkoholu jest zwyczajem typowym dla większości młodzieży akademickiej.

Większość studiujących rozpoczyna picie alkoholu przed podjęciem studiów [4]. Potwierdzają to wyniki uzyskane przez autora tej pracy. Konsumpcję alkoholu uznaje się za zjawisko powszechne już wśród uczniów szkół średnich [12, 13]. O skali tego zjawiska świadczą wyniki badań *W. Wrony-Wolny* [13], w których zaledwie co siódmy badany uczeń szkoły średniej (14%) został uznany abstynentem.

WNIOSKI

1. Wśród badanych studentów powszechne jest picie alkoholu. Zwolennikami abstynencji było jedynie 9% kobiet i 6% mężczyzn.
2. Wraz z upływem lat studiów, niezależnie od typu uczelni, wzrasta odsetek respondentów deklarujących spożywanie alkoholu.
3. Badani studenci najczęściej aprobowali umiarkowane picie alkoholu, w towarzystwie. Ta opinia uzyskała większą akceptację studentek niż studentów.

T. Lisicki

A PHENOMENON OF CONSUMING ALCOHOL BY STUDENTS
OF GDAŃSK UNIVERSITIES

Summary

The aim of the research was to define students' attitudes towards health determined, among others, on the basis of popularity of drinking alcohol and by students' attitude towards stimulants.

A method of diagnostic survey was used in the research. The research conducted in the years 2004 and 2005 embraced students of the Medical University (188 students), the Gdańsk Polytechnic University (496) and the Gdańsk University (296). All in all the research embraced 938 persons, including 465 studying women (49.6%) and 473 studying men (50.4%).

The obtained results show that, independently from the type of the school, as the years of studying pass the percentage of men and women declaring that they consume alcohol increase

PIŚMIENNICTWO

1. *Bartkowiak L.*: Zdrowy styl życia w poglądach studentów wydziału farmaceutycznego. *Probl. Med. Społ.* 2001, 34, 56-62.
2. *Fijewski A.*: Postawy studentów medycyny wobec kultury fizycznej i zdrowotnej. *Kult. Fiz.* 1998, 1-2, 21-24.
3. *Gerstenkorn A., Suwała M.*: Picie alkoholu przez studentów medycyny. *Zdr. Pub.* 2004, 1, 59-62.
4. *Kawczyńska-Butrym Z.*: 1995, Zachowania wynikające z osobistego wyboru. (W:) , red. *Z. Kawczyńska-Butrym*, Uczelnia promująca zdrowie. Lublin, UMCS, 103-140.
5. *Lisicki T.*: Aktywność ruchowa studentów. Potrzeby społeczne – stan – warunki realizacji. AW-FiS, Gdańsk 2004.
6. *Lisicki T., Drygas, A.*: Problematyka uzależnień w poglądach młodzieży rozpoczynającej studia w Akademii Medycznej w Bydgoszczy. *Ann. Acad. Med. Bydg., AM, Bydgoszcz* 2003, XVII, 3, 43-46.
7. *Patok J.*: Aktywność fizyczna i inne składniki stylu życia oraz samoocena zdrowia studentów wybranych uczelni Gdańska. Praca doktorska. AWF, Gdańsk 2001.
8. *Pawliszyn W., Śliwa A.*: Przyzwyczajenia nałogowe populacji młodzieży akademickiej. Część II – Używanie alkoholu w wybranej grupie studentów. *Rocznik Naukowy, AWF, Kraków* 1981, XVIII, 287-294.
9. *Rutkowska E., Fijewski A.*: Prospekcja w wychowaniu fizycznym młodzieży akademickiej na przykładzie studentów medycyny; W: *Wychowanie fizyczne w Polsce*, red. *R. Przewęda*, AWF, Warszawa 1992, 82-112.

10. *Śliwa A.*: Środowiskowe uwarunkowania postaw pro- i antyzdrowotnych w populacji młodzieży akademickiej; w: *Styl życia a zdrowie*, red.: *Z. Czaplicki, W. Muzyka*, PTP, Olsztyn 1995, 98-108.
11. *Woitas-Ślubowska D.*: Skuteczność promocji zdrowia w uczelniach wychowania fizycznego; W: *Prozdrowotne wychowanie dzieci i młodzieży*. Warszawa 1998, 276-279.
12. *Woynarowska B., Mazur J.*: Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990-1998. UW, Warszawa 2000.
13. *Wrona-Wolny W.*: Problemy alkoholizmu wśród uczniów, studentów i sportowców; w: *Kultura fizyczna a rodzina*, red. *S. Arasymowicz*. PTNKF, AWF, IWFiS, Biała Podlaska 1996, 363-370.
14. *Zdunkiewicz L., Wojeńska-Wieczorek W., Graczykowski R., Szulczewski Z., Tarnowska L., Chylak Z.*: Higieniczna ocena trybu życia studentów wybranych szkół wyższych. *Roczn. PZH* 1980, 2, 217-227.

IRENEUSZ KOWALEWSKI

PICIE ALKOHOLU W WYBRANYCH ŚRODOWISKACH AKADEMICKICH KRAKOWA

ALCOHOL USE AMONG STUDENTS IN CRACOW

Katedra Edukacji Obronnej
Akademia Pedagogiczna
30-084 Kraków, ul. Ingardena 4
Kierownik Katedry: prof. dr hab. Z. Kwiasowski

Alkohol jest jedną z najczęściej używanych substancji psychoaktywnych w środowisku młodzieży akademickiej. Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych wśród studentów jest bardzo wysokie. W związku z tym konieczne jest realizowanie programu promocji zdrowia w uczelniach z szczególnym uwzględnieniem tematu używania substancji uzależniających.

Słowa kluczowe: picie alkoholu, studenci

Key words: alcohol drinking, students

WSTĘP

Konsumpcja alkoholu prowadzi do różnorodnych skutków, które odzwierciedlają różne wzorce picia. Wzorce picia uwzględniają wiele złożonych elementów między innymi takich jak płeć pijących czy rodzaj spożywanego alkoholu [5]. Problematyka związana z nadużywaniem alkoholu była w literaturze podejmowana wielokrotnie. Badania te najczęściej koncentrowały się na diagnozie rozpowszechnienia zwyczaju spożywania alkoholu i jego uwarunkowań. Do uwarunkowań zalicza się między innymi: wiek inicjacji alkoholowej, rodzaje spożywanego alkoholu oraz skutki zdrowotne i psychospołeczne jego używania [7].

Badania studentów uczelni krakowskich miały na celu zdiagnozowanie zachowań zdrowotnych dotyczących spożywania napojów alkoholowych. Analizowano rozmiary, częstotliwość oraz rodzaje spożywanego przez młodzież alkoholu.

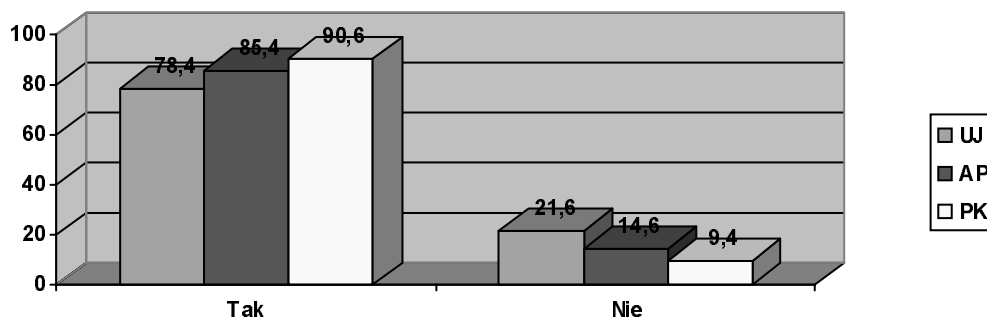
METODA I MATERIAŁ

Badania poziomu spożywania alkoholu przez studentów wybranych uczelni krakowskich wykonano w 2004 roku metodą sondażu diagnostycznego, w grupie liczącej 450 osób. Do pełnych analiz zakwalifikowano 421 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy ankiet. Dobór grupy dokonano w sposób celowy, do badań wytypowano słuchaczy różnych kierunków studiów.

Diagnozą objęto studentów studiów dziennych z następujących uczelni Krakowa: Akademii Pedagogicznej, Instytutu Nauk o Wychowaniu, Politechniki Krakowskiej, Wydziału Ochrony Środowiska oraz Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wydziału Zdrowia Publicznego.

WYNIKI

Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych w środowisku akademickim jest bardzo wysokie. Na pytanie: „Czy pijesz alkohol?”, twierdząco odpowiedział wysoki odsetek respondentów gdyż, aż 90,6% studentów z Politechniki Krakowskiej, 85,4% Akademii Pedagogicznej i 78,4% Uniwersytetu Jagiellońskiego.



Ryc. 1. Konsumpcja napojów alkoholowych przez studentów badanych uczelni (%)
Alcohol use among university students (%)

W rozpatrywaniu rozmiarów używania alkoholu podstawowym zagadnieniem jest abstynencja. W tych badaniach przyjęto, iż abstynentami są osoby, które nie spożywały nigdy lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem żadnego rodzaju napoju alkoholowego.. Jeśli chodzi o abstynencję, otrzymane wyniki wskazują na zróżnicowanie w zależności od rodzaju uczelni, w której studiują badani. Tylko co piąty student Uniwersytetu Jagiellońskiego, co siódmy z Akademii Pedagogicznej i co dziesiąty z Politechniki Krakowskiej jest abstynentem Biorąc natomiast pod uwagę płeć badanych, okazuje się, iż też zauważono zróżnicowanie w zależności od rodzaju uczelni.

W porównaniu do płci żeńskiej o około 8% więcej mężczyzn z Akademii Pedagogicznej (K – 30,6 %, M – 38,6%) oraz Uniwersytetu Jagiellońskiego (K – 20,4%; M – 27,4%) przyznaje się do picia napojów alkoholowych. Odsetek studentek i studentów Politechniki Krakowskiej przedstawia się na tym samym poziomie.

Dodatkowo analizowano w środowisku akademickim rodzaje spożywanego alkoholu oraz rozmiary picia. W strukturze napojów alkoholowych spożywanych przez studentów wyraźnie dominuje piwo. Ogółem deklaruje picie tego napoju alkoholowego aż 84,8% studentów. Picie wina deklaruje 75,1% respondentów, wódki 72,2%, innego alkoholu 43,9% studentów.

Odrębnym analizowanym zagadnieniem była też częstotliwość spożywania alkoholu. Najczęściej deklarują picie różnych rodzajów alkoholu studenci Politechniki Krakowskiej. Wina i inne gatunkowe napoje alkoholowe są konsumowane najrzadziej. Piwo spożywane

jest najczęściej. Te sytuacje występują niezależnie od rodzaju uczelni. Najmniej alkoholu, zgodnie z deklaracjami piją studenci Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Analizując częstotliwość picia alkoholu, niepokojącym faktem jest dość wysoki odsetek wynoszący 6,3% studentów w Politechnice Krakowskiej, przyznających się do codziennego picia piwa. Kilka razy w tygodniu pije piwo co czwarty student Politechniki Krakowskiej, co szósty student z Akademii Pedagogicznej i co dziewiętnasty z Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wódkę kilka razy w tygodniu pije 7,1% studentów z Politechniki, ale kilka razy w miesiącu aż 32,3%. Dla porównania około 2% studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego deklaruje picie raz w tygodniu a kilka razy w miesiącu – już 15% badanych.

Niewielki odsetek studentów Politechniki Krakowskiej (2,4%) oraz Uniwersytetu Jagiellońskiego (3,5%) spożywa wino kilka razy w tygodniu. Młodzież z Akademii Pedagogicznej nie deklaruje konsumpcji wina kilka razy w tygodniu.

Analiza ta pozwala stwierdzić, że w poszczególnych uczelniach istnieją odrębne zwyczaje picia alkoholu przez studentów.

DYSKUSJA

W badaniach młodzieży przez *Szymanowskiego* [6] odsetek abstynentów był zróżnicowany – od 1% w przypadku słuchaczy (mężczyzn) szkół policealnych, aż do bardzo wysokiego procentu młodzieży uczestniczącej w różnych wspólnotach kościelnych (37% w przypadku mężczyzn, 48% w przypadku kobiet). Zależał on również od płci i wieku.

Aktualnie abstynencję w przypadku środowiska politechnicznego deklarowało tylko 6,3% studentów, czyli ilość niepijących wcale nie uległa zmniejszeniu w porównaniu z poprzednimi badaniami. Natomiast w środowisku uniwersyteckim ilość abstynentów w porównaniu z badaniami sprzed lat ma tendencję wzrostową, osiągając aktualnie od 14,6% w Akademii Pedagogicznej do 22,2% w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Wzorce picia alkoholu nie są stałe, zmieniają się w czasie wraz z zmianami społecznymi i ekonomicznymi [2].

Należy podkreślić zmieniającą się rolę płci, odzwierciedlającą się w sposobie spożycia alkoholu u kobiet i mężczyzn studiujących w krakowskich uczelniach. Ten sam fakt podkreślili również inni autorzy [1,4].

W niniejszych badaniach codzienne picie piwa deklarowało 6,3% studentów z Politechniki Krakowskiej. Natomiast analiza zachowań zdrowotnych studentów I, II i III roku Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach wykazała, iż tylko 2% badanych codziennie spożywało napoje alkoholowe [3].

Najczęściej spożywanym rodzajem napoju alkoholowego przez studentów uczelni krakowskich było piwo, co deklarowało aż 84% respondentów. Podobnie też stwierdzono wśród młodzieży studiującej w Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie i Zamiejscowego Wydziału Wychowania Fizycznego w Białej Podlaskiej, co potwierdziło 72,5% badanych. [8]

WNIOSKI

1. Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych wśród studentów jest wysokie.
2. Wśród spożywanych napojów alkoholowych, młodzież akademicka najczęściej deklaruje picie piwa.
3. Badania dowiodły, że obecnie płeć nie różnicuje częstotliwości picia alkoholu.
4. Analiza wyników badań pozwoliła stwierdzić, że częstotliwość deklaracji picia napojów alkoholowych w zależności od rodzaju uczelni jest podobna, natomiast można zauważyć, że istnieją różnice dotyczące rodzajów spożywanego alkoholu.

I. Kowalewski

ALCOHOL USE AMONG STUDENTS IN CRACOW

Summary

The aim of the survey carried out on Cracow's students was to determine the characteristics of alcohol consumption in different institutes. The survey was carried out in 2004 by means of a diagnostic survey on 450 students.

No significant differences were found between different institutes, though there was a significant difference between female and male consumption levels. Beer is the most commonly consumed alcohol among students. 84.8% of the students admitted drinking beer. Another analyzed element was the frequency of alcohol use. The students of the Cracow University of Technology drink alcohol most frequently. They drink the most alcohol of all types as well as have the highest percentage of declared drinkers.

To sum up, the alcohol use among students is very high.

PIŚMIENNICTWO

1. *Bloomfield K.*: West German drinking patterns in 1984 and 1990. *European Addiction Research*, 4, (4) 1998, 163-171.
2. *Kerr W., Fillmore K., Bostrom A.*: Stability of alcohol consumption over time: Evidence from three longitudinal surveys from the United States. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 2002, 325-333.
3. *Krzyż L.*: Analiza stylu życia studentów Śląskiej Akademii Medycznej. *Zdrowie Publiczne*, 114(1), 6, 2004, 67-70.
4. *Simpura J., & Karlsson T.*: Trends in drinking patterns among adult population in 15 European countries, 1950 to 2000. A review *Nordisk Alkohol- & Karkotikakritik*, 18 (Suppl), 2001, 31-53.
5. *Single E. & Leino V.E.*: The levels, patterns, and consequences of drinking. In M. Grant & J. Litvak (Eds), *Drinking Patterns and Their consequences*. Washington, DC; Taylor & Francis, 1998.
6. *Szymanowski T.*: Młodzież wobec alkoholu na podstawie danych empirycznych. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1990.
7. *Urban B.*: Zachowania dewiacyjne młodzieży. Wydanie I., Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
8. *Włostowska K.* Postawy prozdrowotne studentów wybranych uczelni wychowania fizycznego w Polsce- diagnoza według badanych kategorii tematycznych. *Annales. Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D, Medicina*. Vol. LX, Suppl. XVI, N 8, 2006, 306-309.

JANUSZ BRUDECKI, STANISŁAW GOŁĄB

ZACHOWANIA ANTYZDROWOTNE MEŻCZYŹN A ZMIENNE SOMATYCZNE I MOTORYCZNE

MAN'S UNHEALTHY BEHAVIOURS – SOMATIC AND MOTOR LEVEL

Katedra Antropologii
Akademia Wychowania Fizycznego
31-571 Kraków, Al. Jana Pawła II 78
Kierownik Katedry: prof. zw. dr hab. S. Gołąb
e-mail: wabrudec@cyf-kr.edu.pl

W artykule przedstawiono analizę zachowań antyzdrowotnych u dorosłych mężczyzn z populacji krakowskiej, ich sprawności motorycznej oraz budowy ciała. Analizowano spożywanie alkoholu, palenie papierosów, nadwagę i otyłość, nadmierne otluszczenie i ich wpływ na wyniki prób sprawności motorycznej.

Słowa kluczowe: zachowania antyzdrowotne, palenie, alkohol, BMI, otyłość, WHR, mężczyźni

Key words: unhealthy behaviour, smoking, alcohol, BMI, obesity, WHR, man

WSTĘP

Za zachowania antyzdrowotne uznaje się te, które w sposób bezpośredni lub pośredni wpływają na pogorszenie stanu zdrowia osoby je podejmującej. Nie są one podejmowane świadomie w celu samozniszczenia, ale mogą być wynikiem złych nawyków lub przyzwyczajeń nabywanych podczas procesów wychowania i socjalizacji [10]. Typowymi zachowaniami antyzdrowotnymi jest zażywanie substancji psychoaktywnych (nadmierne picie alkoholu, palenie papierosów, zażywanie narkotyków), brak odpowiedniej aktywności fizycznej czy niewłaściwe odżywianie się [1, 2, 8, 9]. Podejmowanie właściwej aktywności fizycznej niesie ze sobą szereg korzyści, jak zmniejszenie ryzyka zachorowań, szczególnie chorób serca czy zapobieganie osteoporozie [2], ponadto redukuje stres przyczyniając się do zwiększenia indywidualnej aktywności społecznej [1]. Otyli zazwyczaj bardzo niechętnie podejmują zwiększoną aktywność ruchową (zarówno w czasie wolnym, jak i bardziej wyłożony wysiłek w pracy), dotyczy to w takim samym stopniu dzieci, jak i dorosłych, [12, 13]. Korzyści zdrowotne wynikają ze zwiększonej aktywności fizycznej w stylu życia rodziny (np. regularnego uprawiania sportu), jak też różnych form turystyki i rekreacji, odnajdywane są również w stanie rozwoju fizycznego dzieci [5].

Celem niniejszego opracowania jest analiza zachowań antyzdrowotnych w stylu życia dorosłych mężczyzn z populacji krakowskiej oraz określenie ewentualnych relacji pomiędzy prezentowanymi zachowaniami a ukształtowaniami somatycznymi i rezultatami uzyskiwanymi w próbach sprawności motorycznej.

MATERIAŁ I METODY

W roku 2001 Katedra Antropologii AWF w Krakowie przeprowadziła badania pracowników Huty im. T. Sendzimira w Krakowie. Przebadano 1453 dorosłych mężczyzn, w tym 1431 w wieku produkcyjnym. Ponad 68% badanych legitymowało się wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym, ponad 73% z nich zamieszkiwało na stałe w Krakowie. Niemal 65% badanych określiło swoje pochodzenie jako robotnicze, a niemal 27% jako chłopskie. Większość badanych była żonata (ponad 83%) i pracowała na stanowisku niekierowniczym (ponad 90%). Badaną grupę można określić jako pracowników sektora przemysłowego typową dla dużego miasta [5].

W oparciu o powyższe materiały zrealizowano dwa główne tematy badawcze:

1. Somatyczne i motoryczne efekty różnic społecznych i stylu życia w ocenie kondycji fizycznej pracowników (kier. prof. *S. Gołąb*);

2. Otyłość typu centralnego w populacji mężczyzn - dorosłych mieszkańców Krakowa oraz jej środowiskowe uwarunkowania (kier. prof. *M. Chrzanowska*).

Ukształtowania somatyczne oraz sprawność motoryczna mężczyzn była przedmiotem odrębnej analizy [5].

W prezentowanej pracy uwzględniono zachowania antyzdrowotne – palenie papierosów, picie alkoholu, zmienne somatyczne – nadwaga i otyłość (BMI), obwód pasa, typ dystrybucji tkanki tłuszczowej (WHR), poziom sprawności motorycznej – wyniki prób sprawnościowych oceniających siłę eksplozywną kończyn dolnych (skok w dal z miejsca), szybkość ruchów ręki (tapping), gibkość kręgosłupa (skłon dosiężny w przód). Wszystkie próby przeprowadzono zgodnie z zasadami EURO-FITU. Ze względu na zmienność sprawności motorycznej z wiekiem wyniki poszczególnych prób zostały unormowane na średnią i odchylenie standardowe grupy wiekowej. Szczegółowy opis przeprowadzonych testów i metody ich wykonywania znajduje się w publikacji *Gołąb i wsp.* [5]. Do oceny zależności pomiędzy cechami jakościowymi wykorzystano test chi-kwadrat, natomiast do oceny wpływu zachowań antyzdrowotnych na wyniki prób motorycznych zastosowano wieloczynnikową analizę wariancji.

WYNIKI

Do palenia papierosów w przeszłości i obecnie przyznało się 38,3% badanych, jedynie w przeszłości – 18,9%, a 42,7% jako niepalących zarówno w przeszłości jak i obecnie. Zależność liczby osób palących z wiekiem jest istotna statystycznie ($\chi^2=78,7$, d.f.=12, $p=0,001$), nieznacznie spada liczba palących z wiekiem, natomiast wzrasta liczba osób, które rozstały się z nałogiem. Jako niepijących w ogóle określiło się 15,5% mężczyzn, jedynie sporadycznie aż 77,2%, a jedynie 7,3% jako spożywających często napoje alkoholowe. Zależność liczby osób spożywających alkohol z wiekiem jest istotna statystycznie ($\chi^2=49,7$, d.f.=12, $p=0,001$), nieznacznie spada z wiekiem ilość pijących regularnie, a wzrasta liczba osób, które w ogóle nie spożywają alkoholu. Częstość występowania nadwagi i otyłości określanych wartością BMI przedstawia tabela I.

U badanych obserwuje się wzrastający z wiekiem odsetek osób z nadwagą i otyłością (od 12,1% u dwudziestolatków do 74% u sześćdziesięciolatków). Zaznacza się brak zależ-

Tabela I. Częstość występowania nadwagi i otyłości u badanych mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych [%]*
Overweight and obesity frequency in group of analysed men [%]

Grupa wiekowa	Liczebność	BMI w normie	Nadwaga	Otyłość
20	33	87,9	9,0	3,0
30	207	61,8	30,0	8,2
40	377	46,4	41,6	11,9
50	419	39,6	40,3	20,0
60	273	26,0	52,4	21,6
70	35	28,6	42,9	28,6

* do grupy 20-latków zaliczono wszystkich w wieku 18-20 lat, do grupy 30-latków zaliczono wszystkich w wieku 21-30 lat, itd.

ności stochastycznej pomiędzy kategorią BMI a piciem alkoholu. Natomiast istnieje zależność pomiędzy kategorią BMI i paleniem papierosów ($\chi^2=9,97$, d.f.=4, $p=0,05$). Ryzyko metabolicznych powikłań otyłości jest określone przez nadmiernie wysoki obwód pasa. Za poziom normy przyjmowany jest obwód poniżej 94 cm, ryzyko powikłań metabolicznych wzrasta wraz z powiększaniem się obwodu, szczególnie powyżej 102 cm. Częstość zmian wielkości tego ryzyka z wiekiem została przedstawiona w tabeli II. Już u dwudziestoletnich mężczyzn obserwuje się ponad 5% grupę wysokiego ryzyka metabolicznych powikłań otyłości i odsetek ten wzrasta do ponad 26% u siedemdziesięcioletków. Ponadto określono częstość występowania otyłości androidalnej, najbardziej zagrażającej zdrowiu mężczyzn, a wyniki przedstawia tabela II.

Tabela II. Częstość występowania ryzyka metabolicznych powikłań otyłości i otyłości androidalnej u badanych mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych [%]*
Risk of metabolic obesity-related complicates frequency and androids obesity frequency in analysed men [%]

Grupa wiekowa	Obwód pasa w normie	Obwód pasa – zwiększone ryzyko	Obwód pasa – duże ryzyko	WHR w normie	WHR – grupa ryzyka
20	97,0	3,0	0,0	100,0	0,0
30	84,0	10,7	5,3	96,6	3,4
40	72,5	18,1	9,3	93,6	6,4
50	60,5	25,4	14,1	91,3	8,7
60	49,8	31,6	18,6	81,7	18,3
70	44,1	29,4	26,5	68,6	31,4

* liczebność w poszczególnych grupach jak w tabeli I.

Brak jest istotnych statystycznie związków stochastycznych pomiędzy kategoriami ryzyka metabolicznych powikłań otyłości, czy otyłości androidalnej a kategorią palenia papierosów, czy też picia alkoholu. Analiza zależności unormowanych wyników testów sprawności motorycznej od kategorii WHR, kategorii obwodu pasa, kategorii BMI, kategorii palenia papierosów i kategorii picia alkoholu dla prób gibkości oraz szybkości wykazała brak istotnej statystycznie zależności od któregośkolwiek z nich. Jedynie dla unormowanego wyniku próby skoku w dal z miejsca czynnikiem istotnie różnicującym okazała się kategoria BMI.

Tabela III. Zależność unormowanego wyniku w próbie skoku w dal z miejsca od analizowanych czynników. Wieloczynnikowa analiza wariancji
Normalised results of standing broad jump dependence from analysed factors.
Multifactor analysis of variance

Czynniki	df	F	p
Kategoria WHR	1	1,48	NS
Kategoria obwodu pasa	2	1,93	NS
Kategoria BMI	2	7,88	0,001
Picie alkoholu	2	0,40	NS
Palenie papierosów	2	0,94	NS

* poziom istotności różnic, NS – różnice nieistotne statystycznie

DYSKUSJA

Badania zachowań dorosłych mężczyzn pokazują, że często podejmują oni działania szkodliwe dla ich zdrowia, których konsekwencją jest uzależnienie (od papierosów czy alkoholu), nadmierna otyłość, stan nadmiernego przemęczenia czy zmniejszona sprawność ruchowa [2, 8, 9, 11, 13]. Jednocześnie ze względu na fakt bycia rodzicem często przekazują oni złe wzorce swojemu potomstwu, które już w okresie rozwojowym może ponosić biologiczne konsekwencje tych powiązań [4, 15]. Badana populacja jest charakterystyczna dla pracowników sektora przemysłowego dużego miasta i można ją określić mianem populacji o przeciętnym statusie społeczno-ekonomicznym. Jak podaje *Puchalski* taka zbiorowość jest mało podatna na edukację zdrowotną, a bardziej na politykę społeczną. Ponadto motywacja do działań związanych ze zdrowiem jest oparta nie na przesłankach racjonalnych ale emocjonalnych, wynikających z interakcji społecznych w środowisku, w którym badani żyją na co dzień [11]. Zachowania indywidualne są oparte na funkcjonujących wzorcach społecznych najbliższych badanym [14]. Każda interakcja społeczna ma przynajmniej w części charakter spektaklu, którego celem jest sprawienie dobrego wrażenia, a większość interakcji może być opisana jako autoprezentacja [3]. Przyczyny zachowań *Goffman* doszukuje się w dążeniu jednostki do uzyskania kontroli nad przebiegiem zdarzeń społecznych, jej postępowaniem kierują m.in. motywy powiększania swojej (lub reprezentowanej grupy społecznej) mocy społecznej, powiększania konsekwencji (np. uzyskiwania dodatkowych profitów), budowania pozytywnego wizerunku u obserwatora. Podstawą motywacji jest zwykle pragnienie zaznawania przyjemności oraz unikania rzeczy przykrych [6].

Ponadto ponieważ sposób postępowania jest często zależny od wieku, statusu materialnego czy pozycji społecznej, to obserwowane zachowania antyzdrowotne w badanej grupie mogą być przejawem dążeń reprezentowanej przez nich grupy społecznej i być postrzegany jako pozytywne w grupie społecznej, do której przynależą [7, 11].

WNIOSKI

1. Istnieje wysoki odsetek osób, u których stwierdzone zachowania antyzdrowotne nie wykazują jeszcze statystycznie znamiennych powiązań z zagrożeniami wynikającymi z metabolicznych powikłań otyłości.

2. Brak występowania istotnych związków pomiędzy wynikami testów sprawności motorycznej (szybkości i gibkości) a wskaźnikami zachowań antyzdrowotnych nie świadczy o braku ich wpływu zachowań na stan zdrowia badanych, a tym samym na ich kondycję fizyczną.

3. Dla dokładniejszego określenia wpływu zachowań antyzdrowotnych na stronę somatyczną i funkcjonalną dorosłych mężczyzn wskazanym jest wprowadzenie pojęcia kondycji fizycznej (zdrowotnej) jako zespołu właściwości morfofunkcjonalnych i wolicjonalnych sprzyjających wyższej wydolności fizycznej.

J. Brudecki, S. Gołąb

MAN'S UNHEALTHY BEHAVIOURS – SOMATIC AND MOTOR LEVEL

Summary

Unhealthy behaviours directly or indirectly flu on health deterioration. The aim of this work was analysis of man's from Cracow unhealthy behaviours in their life style and establishing relations between presented behaviours, body builds and results of motor efficiency tests. It was analysed 1453 adult man aged 18-70. Frequency of smoking is lowering with age, significantly increase the percent of non-smoking. Similarly frequency of regularly drinking is lowering and it's growing abstinence. With age its observed increase of obesity and overweight (from 12,1% in age 20 to 74% in age 60). Normalised results of motor fitness efficiency tests (standing board jump, sit and rich, tapping) were analysed in relations to WHR category, category of waist circumference, category of BMI, category of smoking and drinking. Only standing board jump significantly depends from BMI category.

PIŚMIENNICTWO

1. *Drabik J.*: Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Cz. I. AWF, Gdańsk, 1995.
2. *Erlichman J., Kereby A. L., James W. P. T.*: Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 2: prevention of unhealthy weight gain and obesity by physical activity: an analysis of evidence. *Obesity Reviews* 3, 273-287, 2002.
3. *Goffman E.*: Człowiek w teatrze życia codziennego. PIW, Warszawa, 1981,
4. *Gołąb S., Brudecki J., Chrzanowska M., Żarów R.*: Aktywność fizyczna rodziny a stan rozwoju dziecka. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, Vol. LIX, suppl. XIV, 130, sectio D, 187-192, 2004.

5. *Goląb S., Chrzanowska M., Sobiecki J., Żarów R., Woronkiewicz A., Brudecki J.*: Cechy somatyczne i sprawność motoryczna mężczyzn z populacji krakowskiej. *Studia i Monografie* 30, AWF, Kraków, 2004.
6. *Jones E. E., Pittman T. S.*: Toward a general theory of strategic self-presentation. [W:] J. Suls (ed.), *Psychological Perspectives on the Self*. Erlbaum, Hillsdale NJ, 1982.
7. *Kubińska Z., Kubińska J.*: Odpowiedzialność za jakość życia i zdrowia w świadomości studentów KUL. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, Vol. LVIII, suppl. XIII, 138, sectio D, 179-183, 2003.
8. *Laaksonen M., Prättälä R., Karisto A.*: Patterns of unhealthy behaviour in Finland. *European Journal of Public Health*, Vol 11, 294-300, 2001.
9. *Laaksonen M., Prättälä R., Lahelma E.*: Sociodemographic determinants of multiple unhealthy behaviours. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 31, 37-43, 2003.
10. *Majchrowska A.*: (red.), *Wybrane elementy socjologii*, Wyd. CZELEJ, Lublin, 2003.
11. *Puchalski K.*: Zachowania antyzdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników przedsiębiorstw, *Medycyna Pracy*, Vol. 55, 417-424, 2004.
12. *Rowlands A. V., Ingledev D. K., Eston R. G.*: The effect of type of physical activity measure on the relationship between body fatness and habitual physical activity in children: a meta-analysis. *Annals of Human Biology* 27, 479-497, 2000.
13. *Sherwood N. E., Jeffery R. W.*: The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual Review of Nutrition*, 20, 21-44, 2000.
14. *Szmajke A.*: Autoprezentacja. *Maski Pozy Miny*. Ursa Consulting, Olsztyn, 1999.
15. *Żarów R., Brudecki J.*: Poziom sprawności motorycznej w zależności od podejmowanej aktywności fizycznej u 30-letnich mężczyzn. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, Vol. LX, suppl. XVI, 671, sectio D, 461-463, 2005.

WERONIKA WRONA-WOLNY¹, JANUSZ BRUDECKI²

**ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY PODEJMOWANIEM ZACHOWAŃ
RYZYKOWNYCH A WIEDZĄ NA ICH TEMAT NA PRZYKŁADZIE
PICIA ALKOHOLU PRZEZ MŁODZIEŻ**

**YOUTH DRINKING AS AN EXAMPLE OF RELATIONSHIP BETWEEN RISK
BEHAVIOUR AND KNOWLEDGE ON ITS EFFECTS**

Akademia Wychowania Fizycznego
31-571 Kraków, Al. Jana Pawła II 78

¹Zakład Pedagogiki i Wychowania Zdrowotnego

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. A. M. de Tchorzewski

²Zakład Antropologii

Kierownik Zakładu: dr hab. M. Chrzanowska, prof. nadzw.

e-mail: inhwrona@skok.awf.krakow.pl

Badaniami objęto sportowców oraz studentów nie uprawiających sportu, przeprowadzając sondaż diagnostyczny, oparty na kwestionariuszach ankiet na temat alkoholu oraz zauważania jego reklam. Oceniono poziom wiedzy i jej zależność od płci, postrzegania reklam alkoholu i skłonności do podejmowania ryzyka.

Słowa kluczowe: zachowania ryzykowne, wiedza, skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych, alkohol

Key words: risky behaviour, knowledge, susceptibility to undertaking risky behaviour, alcohol

WSTĘP

Z badań epidemiologicznych wynika, że wzrasta liczba młodych ludzi podejmujących różnorodne zachowania ryzykowne [11]. Przez ryzyko określa się różne działania niosące negatywne konsekwencje zarówno dla zdrowia somatycznego, psychicznego jak i społecznego. Do najczęstszych zachowań ryzykownych należy używanie substancji psychoaktywnych, a więc palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie narkotyków, wczesna aktywność seksualna, zachowania agresywne, zachowania aspołeczne (wykroczenia, drobne przestępstwa, wandalizm), zaniedbywanie obowiązków szkolnych przez uczniów a także zachowania suicydalne (próby samobójcze i inne zachowania spowodowane zaburzeniami depresyjnymi). Za zachowania ryzykowne uznaje się także niedostatek w zachowaniach prozdrowotnych np. małą aktywność fizyczną, wadliwe żywienie, niedobory snu itp. [14]. Zachowania ryzykowne dla zdrowia określa się również terminem zachowań problemowych lub

antyzdrowotnych. Według teorii zachowań problemowych *Jessor* [2] zachowania takie należą do antynormatywnych, odbiegają od norm społecznych i wywołują z tego powodu reakcję społecznej kontroli.

Do motywów sięgania po alkohol można zaliczyć: ucieczkowe: od problemów rodzinnych, od pustki i nudy, od samotności i lęku, konformizmu: upodabnianie się do innych członków grupy rówieśniczej, wpływ reklamy; egzystencjonalne: brak sensu życia, pustka wewnętrzna; poszukiwawcze: ciekawość (smak, działanie, odczucia), chęć przeżycia czegoś niezwykłego, hedonistyczne: dążenie do przyjemności; snobistyczne: chęć pokazania się w grupie, zwrócenie na siebie uwagi jako osoby ważnej czy ciekawej, podniesienie poczucia własnej wartości [10, 15, 16, 17].

Wszystkie formy edukacji dotyczące alkoholu dążą do trzech różnych celów (i niekoniecznie jednocześnie): informowania o zagrożeniach, budowania świadomości poprzez przypominanie oraz do zmiany sposobów zachowań – stylów picia. Sposoby edukacji można natomiast podzielić na dwie kategorie: celem pierwszej jest osiągnięcie całkowitej abstynencji, a celem drugiej – uznającej osiągnięcie celu w kategorii pierwszej za nierealistyczne – minimalizacja potencjalnej krzywdy poprzez zachęcanie do stosowania się do mało ryzykownych wzorców picia [8].

Celem pracy jest analiza zależności poziomu wiedzy młodzieży o zdrowotnych skutkach oddziaływania alkoholu od skłonności do podejmowania ryzyka i postrzegania reklam alkoholu oraz wybranych czynników niezależnych.

MATERIAŁ I METODY

Analizowano wiedzę młodzieży na temat skutków spożywania alkoholu, oraz jej zależność od płci, postrzegania reklam alkoholu, skłonności do podejmowania zachowań ryzykownych i uprawiania sportu. W latach 2001-2005 badaniami objęto 343 najlepszych zawodników (47% – kobiety, 53% – mężczyźni), w wieku 18-30 lat, dyscyplin indywidualnych, zespołowych i sportów walki z Krakowa, Katowic, Warszawy, Poznania i Gdańska. Grupę porównawczą liczącą 400 osób (57,5% – kobiety, 42,5% – mężczyźni) stanowili studenci z tych samych miast co zawodnicy. Wykorzystano sondaż diagnostyczny oparty na kwestionariuszach ankiet dotyczących problematyki alkoholowej, w tym zauważania reklam. Odpowiedzi osób zwracających uwagę na reklamy skategoryzowano w trzy grupy: tak, czasami, nie. Do analizy zastosowano test chi-kwadrat oraz wieloczynnikową analizę wariancji.

Skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych określono wyłącznie w odniesieniu do zjawiska spożywania alkoholu przez respondentów w następujący sposób:

1. osobom, które w teście przesiewowym CAGE [12] oraz pytaniu dotyczących ich świadomości związanej z stosowaniem środków psychoaktywnych otrzymały więcej niż 2 punkty przyznano kategorię „skłonny do podejmowania ryzyka”;

2. osobom, które zadeklarowały spożywanie co najmniej 3 drinków jednorazowo kiedykolwiek, spożywały alkohol przynajmniej raz w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem, wypity więcej niż 1 drinka w ciągu ostatniej okazji spożywania lub upiły się przynajmniej jeden raz w ciągu ostatniego miesiąca przyznano za każde z tych zachowań po jednym punkcie; tym, którzy uzyskali więcej niż 2 punkty zaliczono do kategorii „skłonny do podejmowania ryzyka”;

3. pozostali respondenci, którzy byli abstynentami lub wykazywali w swoich zachowaniach, że spożywają sporadycznie niewielkie ilości alkoholu otrzymali kategorię „mało skłonny do podejmowania zachowań ryzykownych”.

Wiedzę na temat działania alkoholu określono testem składającym się z 11 pytań. Ich tematyka

dotyczyła fizjologicznych aspektów oddziaływania alkoholu na organizm człowieka, ogólnej znajomości o wpływie alkoholu na organizm człowieka oraz wpływu picia alkoholu na kondycję fizyczną.

WYNIKI

W tabeli I przedstawiono częstości osób, którym przyznano kategorię skłonności do podejmowania ryzyka. Skłonność ta jest częstsza w grupie kontrolnej niż sportowej, większa u mężczyzn niż u kobiet. W tabeli II zebrano wyniki analizy związków pomiędzy rodzajem badanej grupy, płcią i zwracaniem uwagi na reklamy alkoholu a skłonnością do podejmowania ryzyka. Rodzaj badanej grupy, w przeciwieństwie do płci i zwracania uwagi na reklamy alkoholu, nie różnicował bezpośrednio skłonności do podejmowania ryzyka. Mężczyźni częściej byli skłonni do podejmowania zachowań ryzykownych (współczynnik korelacji warunkowej *gamma* wynosił $-0,34$), tak, jak i osoby częściej zwracające uwagę na reklamy alkoholowe (współczynnik korelacji warunkowej *gamma* wynosił $+0,46$).

Tabela I. Częstość osób zaliczonych do kategorii skłonnych do podejmowania ryzyka w zależności od rodzaju badanej grupy i płci
Frequency of persons categorised as prone to undertaking risky behaviour in depends of group and sex

	Grupa kontrolna	Grupa sportowa	Razem
	(%)		
Kobiety	87,1	77,6	83,2
Mężczyźni	90,4	88,5	89,4
Razem	88,5	83,4	86,1

Tabela II. Wyniki zależności pomiędzy skłonnością do podejmowania ryzyka a badanymi czynnikami (analiza różnic z wykorzystaniem testu χ^2)
Relationship between prone to undertaking risky behaviour and analysed factors (chi-square test)

Analizowany czynnik	χ^2	df	p*
Rodzaj badanej grupy (sportowa, kontrolna)	3,47	1	NS
Płeć	5,15	1	0,02
Zwracanie uwagi na reklamy alkoholu	24,53	2	0,001

* poziom istotności różnic, NS – różnice nieistotne statystycznie

W tabeli III zebrano wyniki analizy związków pomiędzy rodzajem badanej grupy, płcią a zwracaniem uwagi na reklamy alkoholu. Mężczyźni oraz studenci z grupy kontrolnej częściej zwracali uwagę na te reklamy (współczynniki korelacji warunkowej *gamma* wynosiły odpowiednio $-0,43$ i $-0,46$). Tak duże wartości współczynników korelacji warunkowej *gamma* dla zmiennych zkategoriowanych wskazują na znaczącą wielkość różnic w uzyskanych odpowiedziach. Ponadto analizowano wyniki uzyskane przez respondentów w teście wiedzy. Zostały one zebrane w tabeli IV. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależ-

Tabela III. Wyniki zależności pomiędzy zwracaniem uwagi na reklamy alkoholu a badanymi czynnikami (analiza różnic z wykorzystaniem testu χ^2)
Relationship between paying attention to alcohol advertisements and analysed factors (chi-square test)

Analizowany czynnik	χ^2	df	p*
Rodzaj badanej grupy (sportowa, kontrolna)	25,66	2	0,001
Płeć	15,00	2	0,001

* poziom istotności różnic

Tabela IV. Wyniki zależności wyników testu wiedzy o oddziaływaniu alkoholu a badanymi czynnikami analizowane z wykorzystaniem wieloczynnikowej analizy wariancji
Multifactors analysis of variance results of knowledge test on the alcohol acting in dependence of analysed factors

Analizowany czynnik	Suma kwadratów odchyleń	df	F	p*
Rodzaj badanej grupy (sportowa, kontrolna)	40,67	1	9,71	0,001
Płeć	1,17	1	0,28	NS
Skłonność do podejmowania ryzyka	0,02	1	0,00	NS
Zwracanie uwagi na reklamy alkoholu	2,19	2	0,26	NS

* poziom istotności różnic, NS – różnice nieistotne statystycznie

ności pomiędzy wynikiem testu wiedzy a interakcjami badanych czynników. Interesującym jest, że jedynym ważnym czynnikiem wyjaśniającym zmienność uzyskanego wyniku testu wiedzy jest przynależność do badanej grupy. Jednocześnie należy podkreślić fakt, że średni wynik testu wiedzy dla sportowców wyniósł $6,10 \pm 0,26$, a dla badanych studentów $6,62 \pm 0,24$ (na 11 możliwych do uzyskania punktów).

Płeć okazała się czynnikiem różnicującym zarówno skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych jak i postrzegania reklamy alkoholu. Rodzaj badanej grupy istotnie różnicuje postrzeganie reklamy i wynik testu wiedzy, pośrednio przez postrzeganie reklamy wpływa na skłonność do podejmowania ryzyka.

DYSKUSJA

Zwiększenie świadomości wśród młodzieży na temat spraw związanych z alkoholem i zachęcanie do odpowiedzialności i wyborów zachowań o niskim poziomie ryzyka, jest jednym z głównych celów w edukacji alkoholowej. Wysiłki te można podzielić na dwie główne kategorie, a mianowicie formalną edukację dotyczącą spraw związanych z alkoholem poprzez szkołę i inne kanały przekazu oraz nieformalną przekazywaną poprzez obserwowanie życia towarzyskiego w rodzinie, wśród rówieśników i innych osób, które mogą mieć wpływ na rozwój młodzieży [9].

Pośród wielu źródeł wiedzy wychowanków – uczniów o zdrowiu najważniejszymi są: dom, szkoła, środki masowego przekazu oraz służba zdrowia [1]. Autor podkreśla, iż

z pedagogicznego punktu widzenia, ważny jest proces tzw. internalizacji wiedzy, a zatem nie tyle jej opanowania, ile jej przyswajania. Przyswajanie polega na uznaniu tej wiedzy za swoją, włączeniu jej we własny system poglądów. Przyswojona wiedza, czyli przekonania warunkują racjonalną podbudowę motywów, którymi kierujemy się w praktycznym postępowaniu.

Dyskusyjną sprawą w niniejszym opracowaniu jest więc fakt posiadania wyższej wiedzy na temat alkoholu przez młodzież studiującą ale też częściej i więcej sięgającą po alkohol, co określono tzw. skłonnością do podejmowania zachowań ryzykownych. Odwrotnie natomiast zauważono wśród sportowców, którzy mniej i rzadziej piją, ale poziom wiedzy w tym względzie był niższy. Niezadowolającym jest więc fakt, iż posiadana wiedza przez badaną młodzież nie znajduje odbicia w ich zachowaniach zdrowotnych. Motywacja młodzieży uprawiającej sport do picia alkoholu nie wynika z przesłanek racjonalnie uzasadnionych. Dobór tych racji jest prawdopodobnie zależny od znaczenia ograniczania picia alkoholu w sytuacjach treningowych, które to argumenty przemawiają do sportowców.

W badaniach *Mędreli-Kuder* [3] wśród młodzieży aktywnie uprawiającej sport, zwrócono uwagę, iż respondenci deklarowali bardzo dobrą (30% kobiet i 30% mężczyzn) oraz dobrą (54,6% i 68,2%) wiedzę na temat szkodliwości picia alkoholu dla zdrowia, co znalazło potwierdzenie w niniejszych badaniach. Autorka podkreśliła również, iż deklarowany przez badanych wysoki poziom wiedzy na ten temat nie przekładał się na zastosowanie w praktyce. Według *Pach i wsp.* [5] poddane ocenie opinie studentów na temat szkodliwości zdrowotnych substancji psychoaktywnych, wykazały istotną zależność od płci badanych. Kobiety znacznie wyżej oceniały szkodliwość picia alkoholu kilka razy w miesiącu, upijania się od czasu do czasu oraz codziennie [5]. Z kolei w badaniach *Niteckiej-Walerych* [4] zaledwie 12,5% studentów, uznaje picie alkoholu za czynnik szczególnie istotnie negatywnie wpływający na stan zdrowia człowieka. Jak stwierdza *Wojnarowska* [13] ryzykowne zachowania młodzieży idą w parze z częstym upijaniem się, co również wykazała analiza zachowań badanych studentów i sportowców.

W opiniach kobiet czynnych zawodowo, alkohol był czynnikiem ryzyka, ale stanowił niewielkie zagrożenie dla organizmu [6]. Dalsze badania autorki [7] umiejscowiły alkohol na bardzo niskiej pozycji według stopnia szkodliwości wynoszący 228 punktów w porównaniu ze stresem, któremu przypisano aż 972 punkty. Wyniki niniejszej pracy wskazują, że badani także uważają alkohol za czynnik ryzyka, jednakże wysoki odsetek osób skłonnych do podejmowania ryzyka wskazuje, że nie traktują tego ryzyka poważnie (jako dużego zagrożenia).

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy o oddziaływaniu alkoholu na organizm zależy tylko od rodzaju badanej grupy i jest wyższy u studentów z grupy kontrolnej niż u badanych sportowców.
2. Skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych jest częstsza w grupie kontrolnej niż sportowej, większa u mężczyzn niż u kobiet, częściej u zwracających uwagę na reklamy alkoholu.
3. Prezentowane wyniki wskazują na konieczność rozszerzania i uaktualniania wiedzy w zakresie oddziaływania alkoholu, w ramach realizacji ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych oraz

w trakcie prowadzonych przedmiotów na studiach np. wychowanie zdrowotne. Natomiast w procesie treningowym sportowców powinny znaleźć się elementy edukacji związanej ze szkodliwością picia alkoholu na kondycję fizyczną aby były właściwą przesłanką do kształtowania prozdrowotnych zachowań sportowców.

4. Reasumując stwierdza się iż, występuje potrzeba edukacji w zakresie tematyki związanej z szkodliwością picia alkoholu w środowiskach młodzieżowych.

W. Wrona-Wolny, J. Brudecki

YOUTH DRINKING AS AN EXAMPLE OF RELATIONSHIP BETWEEN RISK BEHAVIOUR AND KNOWLEDGE ON ITS EFFECTS

Summary

Using psychoactive substances like smoking, drinking or drugs are most common risky behaviour. In the article only drinking as an example was analysed. Knowledge about alcohol health effects and its dependence on undertaking risky behaviour, alcohol-advertisement perception, sex and group were analysed. Between 2001 and 2005 343 sportsmen and 400 students as a control group were participated in research. Questionnaire diagnosed alcohol-related behaviour and alcohol-advertisement perceptions were used. Knowledge about effects of alcohol acting contains 11 questions. Chi-square test and multifactor analysis of variances were used. Results show that knowledge level depends only from group belonging and is higher in students than sportsmen. Susceptibility to undertaking risky behaviour occurs more frequently in control than in sport group, in man then woman, and in person with who pay attention to alcohol advertisements.

PIŚMIENNICTWO

1. *Demel M.*: Pedagogika zdrowia. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa. 1980.
2. *Jessor R.*: Problem-behavior theory, psychological development and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 82,331-342, 1987.
3. *Mędreła-Kuder E.*: Niektóre elementy stylu życia młodzieży aktywnie uprawiającej sport. *Kultura Fizyczna*, 1-2; 23-26, 2004.
4. *Nitecka-Walerych A.*: Zachowania prozdrowotne studentów pedagogiki wczesnoszkolnej. [W:] Prozdrowotny styl życia. Uwarunkowania społeczne. red. *Lisicki T., Wilk B., Walentukiewicz A.* AWF Gdańsk, 291-298, 2005.
5. *Pach J., Tobiasz-Adamczyk B., Jabłoński P., Brzyski P., Krawczyk E., Satora L., Targosz D., Morawska J.*: Uczelnie wolne od narkotyków – trendy używania substancji psychoaktywnych przez studentów krakowskich uczelni. *Przegląd Lekarski*, 6, 62, 6, 342-350, 2005.
6. *Parnicka U.*: Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. *Kultura Fizyczna*, 3-4, 18-21, 2003a.
7. *Parnicka U.*: Prozdrowotne zachowania kobiet aktywnych zawodowo. *Annales Universitatis M. Curie- Skłodowska, Sectio D. Medicina*, Vol. LVIII, Supl.XIII, 179, 417-422, 2003 b.
8. Raport ICAP 16, International Centre for Alcohol Policies, Grudzień 2004.
9. *Reis J. & Riley W.*: *Health Education* 102(3), 124-132, 2002.
10. *Sierosławski J., Zieliński A.*: Alkohol a młode pokolenie Polaków połowy lat dziewięćdziesiątych. [W:] Alkohol a młode pokolenie Polaków połowy lat dziewięćdziesiątych. Alkohol a zdrowie. red. *B Fatyga, J. Sierosławski*. PARPA nr 23, Warszawa. 65-182, 1999.

11. *Smart, R.G. and Ogborne, A.C.*: Drugs and drinking among students in 36 countries, *Drug and Alcohol Dependence*, 25 (2), 455-460, 2000.
12. *Woronowicz B. T.*: Informacje i testy pomocne w rozpoznaniu problemów alkoholowych. [w:] *Nowe przesłanki nadziei*. ks. *M. Ddziewiecki* (red.), Podręcznik duszpasterstwa trzeźwości. PARPA, Warszawa, 27-50, 2000.
13. *Woynarowska B., Mazur J.*: Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990-1998. Uniwersytet Warszawski, Warszawa, 2000.
14. *Woynarowska B., Mazur J., Kołolo H., Małkowska A.*: Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa, 30-43, 2005.
15. *Wrona-Wolny W.*: Wybrane zagadnienia spożywania alkoholu przez sportowców. *Rocznik Naukowy. T.XXIII. AWF Kraków*, 63- 77, 1994.
16. *Wrona-Wolny W., Brudecki J., Wdowik M.*: Motywy spożywania alkoholu przez sportowców w ich opinii oraz trenerów. [W:] *Potęgowanie zdrowia. Czynniki, mechanizmy i strategie zdrowotne*. red. *E. Bulicz*, Politechnika Radomska, Radom, 543-547, 2003.
17. *Wrona-Wolny W., Wdowik M., Brudecki J.*: Postawy piłkarzy a ich motywy spożywania alkoholu. *Medicina Sportiva*. Vol.8, Supl.1, 199-200, 2004.

JERZY KRÓLICKI

**POZIOM SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ UCZNIÓW UPRAWIAJĄCYCH
SPORT W UCZNIOWSKIM KLUBIE SPORTOWYM A ICH POSTAWY
WOBEC ZDROWIA**

**THE LEVEL OF PHYSICAL ABILITIES OF PUPILS PRACTISING SPORT
IN PUPILS SPORT CLUB AND THEIR ATTITUDE TO HEALTH**

Zakład Pedagogiki
Akademia Wychowania Fizycznego
00-968 Warszawa 45, ul. Marymoncka 34
Kierownik Zakładu: dr J. Królicki
e-mail: jerzy.krolicki@awf.edu.pl

Problemy związane ze zdrowiem są przedmiotem badań wielu nauk. Poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży można osiągnąć m.in. przez prowadzenie wychowania prozdrowotnego, kształtując ich postawy wobec zdrowia, podnosząc również poziom sprawności fizycznej. W pracy przedstawiono wyniki badań dotyczące postaw wobec zdrowia, fair play i sprawności fizycznej dzieci i młodzieży uprawiających sport.

Słowa kluczowe: sport, zdrowie, sprawność fizyczna

Key words: sport, health, physical fitness

WSTĘP

Zabiegi związane z rozwojem fizycznym dzieci i młodzieży, z dbałością o ich zdrowie w kulturze antycznej stanowiły nieodłączną część paidei greckiej, czynnik wszechstronnego rozwoju osobowości, były podstawą systemu wychowawczego.

Wychowanie w czasach współczesnych zmierza do ukształtowania człowieka wszechstronnie rozwiniętego, przygotowanego do życia w dynamicznie rozwijającym się społeczeństwie. Wymaga wielu długotrwałych, usystematyzowanych działań, wśród których istotne znaczenie mają zabiegi związane z rozwojem fizycznym dzieci i młodzieży, z dbałością o ich zdrowie. Przejawy troski o zdrowie znajdujemy w każdym ustroju społecznym, bowiem życie ludzi w dużym stopniu uzależnione było od skuteczności działań podejmowanych przeciw chorobom i śmierci. Dążenie do utrzymania dobrego żywotnego i zdrowego stanu grupy było zawsze, mimo istniejących różnic i antagonizmów, elementem łączącym czynności społeczne i religijne wspólnot ludzkich [11]. Problematykę zdrowia, rozwoju koncepcji wychowania zdrowotnego, ścierania się wpływów medycyny i wychowania na

przestrzeni wieków odnajdujemy w pracach *Demela* [1, 2]. Wielu naukowców reprezentujących różne dyscypliny naukowe interesuje się problemami zdrowia, przedstawia koncepcje działań wychowawczych prowadzących do ukształtowania postaw prozdrowotnych dzieci i młodzieży. Zagadnienia sprawności fizycznej dzieci i młodzieży, postaw wobec fair play, zdrowia, wpływu uprawiania rekreacji ruchowej, turystyki i sportu na rozwój osobowości były przedmiotem dociekań naukowych m.in. *A. Pawluckiego* [8], *R. Przewędy* [9], *Z. Dziubińskiego* (3), *B. Woynarowskiej* (10), *Z. Żukowskiej* [13], *E. Mazurkiewicza* (5), *T. Maszcza* (4), *K. Zuchory* (12). Uznając zdrowie za istotną wartość w życiu człowieka przyjąć należy, że to nie tylko dar natury, bo na jego stan ma wpływ człowiek – może je utracić, zachować, a także doskonalić. Dlatego też istnieje konieczność podejmowania działań na jego rzecz. Zadaniem szkoły, nauczycieli, rodziców, a także trenerów jest kształtowanie u dzieci i młodzieży postaw sprzyjających prowadzeniu zdrowego stylu życia. Przez postawę rozumiemy względnie stałą strukturę procesów emocjonalnych, poznawczych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek wobec danego przedmiotu (6). Te trzy komponenty postawy: emocjonalny, poznawczy i behawioralny były przedmiotem badań wśród uczniów uprawiający sport w Uczniowskich Klubach Sportowych.

Celem badań była ocena postaw prozdrowotnych, poziom sprawności fizycznej i postaw wobec fair play uczniów uprawiających sport w Uczniowskim Klubie Sportowym w Ulan-Majoracie, gdzie wiodącą dyscypliną sportową jest piłka ręczna. Interesowało nas również, czy realizowane są w nim założenia programu „Sport wszystkich dzieci”, kluczem do realizacji którego mają być UKS-y, zrzeszające młodzież, nauczycieli, rodziców, przedstawicieli władz samorządowych i osób chcących działać na rzecz upowszechniania sportu. Czy UKS-y stanowią drogę kształtowania zdrowia, upowszechniania sportowej pasji, która pozwala żyć, bawić się, przeżywać radość i od najmłodszych lat uczestniczyć w tworzeniu.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

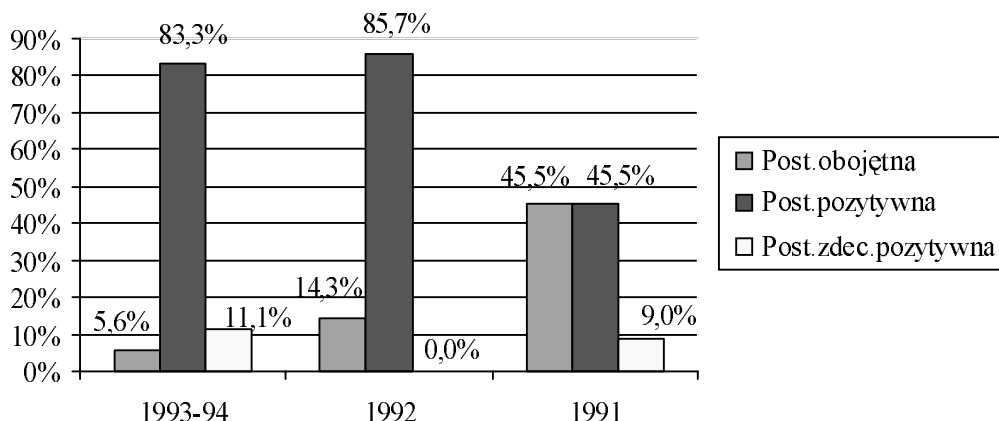
Uzyskanie danych umożliwiających realizację celów badań możliwe było po zastosowaniu sondażu diagnostycznego, w ramach którego zastosowano Międzynarodowy Test Sprawności Fizycznej, kwestionariusz pt. „Fair Play” oraz kwestionariusz Skala PRO-ZET opracowany przez *M. Mikolajczyk* w Zakładzie Psychologii AWF w Warszawie.

Badaniom poddano 43 uczniów. Zawodnicy trenowali w trzech zespołach: pierwszym złożonym z 18 uczniów klas IV i V, urodzonych w 1993 i 1994 roku, drugim z 14 uczniów klas VI, urodzonych w 1992 roku oraz trzecim, w którym trenowało 11 uczniów z I klas gimnazjum urodzonych w 1991 roku. Analizy postaw prozdrowotnych uczniów z trzech trenujących grup dokonano w oparciu o uzyskane przy pomocy Skali PRO-ZET wartości wskaźnika ogólnego postawy (WO) oraz wskaźników komponentów: poznawczego (WKP), emocjonalnego (WKE) i behawioralnego (WKB). Odpowiedzi na 54 pytania przeliczono wykorzystując skalę *Likierta* [6] – za odpowiedzi pozytywne wobec zagadnień związanych ze zdrowiem przyznawano 4 lub 5 punktów, za niezdecydowaną 3 punkty, za negatywne 1 lub 2 punkty. Posługując się wcześniej zastosowanymi normami w badaniach postaw utworzono skalę ocen:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 1 – postawa zdecydowanie negatywna | - od 1,0 do 1,49 pkt. |
| 2 – postawa negatywna | - od 1,5 do 2,49 pkt. |
| 3 – postawa obojętna | - od 2,5 do 3,49 pkt. |
| 4 – postawa pozytywna | - od 3,5 do 4,49 pkt. |
| 5 – postawa zdecydowanie pozytywna | - od 4,5 do 5,0 pkt. |

WYNIKI BADAŃ I OMÓWIENIE

Analiza wyników badań pozwoliła nam na ocenę postaw prozdrowotnych badanych grup. Przedstawiono je na ryc. 1.



Ryc. 1. Ocena postawy prozdrowotnej badanych grup treningowych wg wskaźnika ogólnego (WO)
Evaluation of health-oriented attitude of the polled training groups according to general indicator (GI)

Analiza wyników pozwala na stwierdzenie, że najlepsze postawy wobec zdrowia posiadają najmłodsi, ponieważ suma ocen 4 i 5 stanowi 94,4%, w grupie tej liczącej 18 osób jest tylko jeden zawodnik o postawie obojętnej (3,43 pkt.) oraz dwóch o postawie zdecydowanie pozytywnej. W grupie treningowej starszej (rok ur. 1992) liczącej 14 osób, dwóch zawodników prezentuje postawę obojętną (14,3%), pozostali pozytywną (85,7%). Najstarsza grupa treningowa (11 osób, rok ur. 1991), uczniowie gimnazjum uzyskali najgorsze wyniki. Jeden uczeń charakteryzował się postawą zdecydowanie pozytywną (9,0%), 45,5% postawą pozytywną i 45,5% postawą obojętną. Wśród badanych nie było osób charakteryzujących się postawą negatywną czy postawą zdecydowanie negatywną wobec zdrowia.

Badania sprawności fizycznej chłopców trenujących piłkę ręczną wykazały, co jest zaskoczeniem, znacznie wyższy poziom sprawności fizycznej zawodników najmłodszych z roczników 1993-94, czyli trenujących najkrócej.

Skala punktowa określa sprawność fizyczną jako niską do 319 pkt., średnią od 320 do 480 pkt. i wysoką powyżej 481 pkt. Średnia liczba punktów uzyskana przez zawodników najmłodszych wynosi 430,8 pkt., w grupie średniej 421,3 pkt., u gimnazjalistów tylko 389,7 pkt. W grupie tej jest też jednak osoba (Z.M.), która ma niski poziom sprawności – 312 pkt. Wśród najmłodszych jest też trzech zawodników o wysokiej sprawności: T.G. – 528 pkt., S.D. – 495 pkt. i O.Ł. – 486 pkt., w grupie średniej jeden zawodnik O.M. uzyskał 530 pkt., najwięcej spośród badanych. Wszyscy zawodnicy o wysokim poziomie sprawności fizycznej charakteryzują się postawą pozytywną wobec zdrowia. Wyniki badań wskazują na słabszy poziom sprawności fizycznej uczniów gimnazjum w stosunku do uczniów szkoły podstawowej. Bardziej pozytywne postawy wobec zdrowia niż gimnazjaliści posiadają uczniowie młodsi.

Dłuższy czas trenowania być może spowodował lepsze zrozumienie idei fair play, ponieważ badania kwestionariuszem pt. „Fair Play” wykazały lepsze jej rozumienie przez zawodników trenujących dłużej. Można więc sądzić, że dodatkowe zajęcia sportowe, udział w zawodach, systematyczne spotkania z trenerem mają wpływ na rozumienie i postępowanie w życiu zgodnie z tą ideą, niepokoi natomiast fakt prezentowania przez nich obojętnych postaw wobec zdrowia (u 45,5% gimnazjalistów).

WNIOSKI

1. Wyniki badań, z racji niewielkiej liczby badanych nie upoważniają do stwierdzeń natury ogólnej, ujawniają jednak pewną tendencję: czym dłuższy okres uczęszczania do szkoły, tym bardziej obojętny stosunek uczniów do spraw związanych ze zdrowiem i zmniejszający się poziom sprawności fizycznej.

2. W Polsce było już wiele prób wprowadzenia programów wychowania zdrowotnego do szkół, opracowanych zarówno przez naukowców z różnych środowisk, jak i rządowych. Wydaje się jednak, że potrzebne są bardziej zdecydowane działania, ponieważ stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce budzi wiele zastrzeżeń.

J. Królicki

THE LEVEL OF PHYSICAL ABILITIES OF PUPILS PRACTISING SPORT IN PUPILS SPORT CLUBS AND THEIR ATTITUDE TO HEALTH

Summary

For centuries health has been a value and today is still making an influence on better functioning societies. Health is a subject of research in many scientific disciplines, and has a great influence on theory of physical education taking into consideration researches which are targeting at holding and increasing health, which has become today a thing that is not “given” once in a life-time. Those problems are a subject of health pedagogy researches. Health education is an activity aiming at creating pro-health attitudes. It is generally acknowledged that sport activity of children and teenagers improves their health condition, as well as better understanding and acceptance of fair play idea. The test of pro-health attitude as well as fair play attitude that occurs among young players practising handball in UKS (Pupils Sport Clubs) confirms research presumptions. It is worrying though that there are bad habits and attitudes to health and worse achievements in trials of physical ability among older pupils practising sport for a long time. The good thing is that pupils of a first class of secondary school (gymnasium) training for a long time have better attitude to fair play.

PIŚMIENNICTWO

1. *Demel M.*: Pedagogika zdrowia. WSiP. Warszawa 1980.
2. *Demel M.*: Wychowanie zdrowotne: geneza, rozwój, stan posiadania, perspektywy. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne 1992, 1.
3. *Dziubiński Z.*: Chrześcijańska alternatywa wychowania fizycznego i zdrowotnego. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne 1993, 3.
4. *Maszczyk T.*: Wychowanie fizyczne i zdrowotne wobec zagrożeń cywilizacyjnych; w: Styl życia a zdrowie, red. *Z. Czaplicki*, *WMuzyka*. PTP. Olsztyn 1995.

5. *Mazurkiewicz E.A.*: Pedagogika zdrowia a środowisko; w: Ku tożsamości pedagogiki kultury fizycznej, red. *Z. Żukowska*. PTNKF. Warszawa 1993.
6. *Mika S.*: Jak modyfikować własne zachowania. PWN. Warszawa 1987.
7. *Mika S.*: Psychologia społeczna. PWN. Warszawa 1984.
8. *Pawłucki A.*: Wychowanie jako kulturowa rzeczywistość na przykładzie wychowania do wartości ciała. AWF. Gdańsk 1992.
9. *Przewęda R.*: Dorobek teorii wychowania fizycznego i zdrowotnego w warszawskiej AWF. Roczniki Naukowe AWF Warszawa 1989, t. XXXII.
10. *Woynarowska B.*: Zmiany aktywności ruchowej uczniów, nauczycieli i rodziców oraz pozycji nauczyciela wychowania fizycznego w szkołach promujących zdrowie. *Kultura Fizyczna* 1996, 7-8.
11. *Znaniński F.*: Socjologia wychowania. WSiP. Warszawa 1973.
12. *Zuchora K.*: W stronę szkoły promującej zdrowie. *Kultura Fizyczna* 1990, 7-8.
13. *Żukowska Z.*: Postawy prozdrowotne nauczycieli i uczniów a program edukacji zdrowotnej; w: Być zdrowym i szczęśliwym w szkole i w rodzinie, pamiętnik krajowego sympozjum. Łódź 1995.

GABRIELA ANTOSZCZUK, AGNIESZKA SURYNT, MAREK LEWANDOWSKI

WIEDZA RODZICÓW DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM NA TEMAT ZNACZENIA AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ DLA ZDROWIA

KNOWLEDGE CONCERNING SIGNIFICANCE OF PHYSICAL AKTIVITY
TO HEALTH REPRESENTED BY PARENTS OF PRE-SCHOOL CHILDREN

Katedra Dydaktyki Wychowania Fizycznego
Akademia Wychowania Fizycznego
51-617 Wrocław, ul. Witelona 25
Kierownik Katedry: prof. dr hab. T. Koszczyc

Przedmiotem prezentowanej pracy jest ocena poziomu wiedzy na temat znaczenia aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia. Badaniom poddani zostali rodzice dzieci w wieku przedszkolnym, którzy wcześniej brali udział w programie edukacyjnym pt.: „Przedszkole promuje aktywność fizyczną”. Zastosowaną w pracy techniką badań był wywiad.

Słowa kluczowe: zdrowie, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia

Key words: health, health education, health promotion

WSTĘP

Przyjęcie siedliskowej koncepcji promocji zdrowia wyznacza nowe zadania współczesnym instytucjom wychowawczym. Oto przedmiotem działań wychowawczych szerzej edukacyjnych Przedszkola Promującego Zdrowie nie jest jedynie dziecko jako główny podmiot procesu wychowawczego, ale również wszystkie ogniwa jego socjalizacji, a więc zarówno rodzice, jak i nauczyciele oraz wszyscy przedstawiciele społeczności lokalnej, którzy mają wpływ na funkcjonowanie przedszkola. Rodzina to najważniejszy element środowiska wychowawczego dziecka nie tylko ze względu na więź rodzinną, ale również ze względu na możliwość oddziaływania na jego zachowanie najwcześniej i najdłużej. Podstawowe treści i wartości prozdrowotne wpajane są w domu i w rodzinie. Tu są na ogół formowane nawyki dotyczące jedzenia, spania, higieny osobistej i aktywności fizycznej. Ważne jest by w tym procesie następowało wprowadzanie prozdrowotnych elementów życia do świata dziecka. Pomoc rodzinie w kształtowaniu sprzyjającym zdrowiu indywidualnych właściwości jej członków to w pierwszym rzędzie dostarczanie odpowiedniej wiedzy i umiejętności. W tej sytuacji dużego znaczenia nabiera zrealizowany w inicjatywy Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Wrocławia program edukacyjny dla nauczycieli wychowania przedszkolnego i rodziców dzieci w wieku przedszkolnym pt. „Przedszkole promuje aktywność fizyczną”

Proponowany program skierowany był zarówno do nauczycieli przedszkola, jak i rodziców dzieci uczęszczających do niego. Zdobyte doświadczenia oraz aktualna wiedza na temat badań prowadzonych w Polsce w omawianym zakresie pozwoliły na podjęcie badań podczas trwania programu, których podstawowym celem było: określenie poziomu wiedzy na temat znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia człowieka reprezentowanej rodziców dzieci w wieku przedszkolnym.

MATERIAŁ I METODY

W prezentowanej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Zastosowaną techniką badań był wywiad. W celu przeprowadzenia badań przygotowano kwestionariusz wywiadu, który składał się z dwóch części. Pierwsza część wywiadu służyła zdobyciu wiedzy na temat pozycji demograficzno-społecznej badanej grupy, druga natomiast określeniu ich poziomu wiedzy na temat znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia. Badania zostały przeprowadzone na początku 2004 roku. Badaniami objęto grupę 102 rodziców dzieci w wieku 5-6 lat (88 kobiet i 14 mężczyzn) którzy brali udział w prezentowanym powyżej programie edukacyjnym „Przedszkole promuje aktywność fizyczną”. W badanej grupie wyraźnie przeważały osoby w przedziale wiekowym od 21 do 35 roku życia (59%). Pozostałą część badanej grupy stanowiły powyżej 35 roku życia (32%) i poniżej 21 roku życia (9%).

WYNIKI

Oceny poziomu wiedzy na temat zdrowia badanych osób dokonano na podstawie wyników badań dotyczących znajomości: elementów stylu życia, determinantów zdrowia, przyczyn chorób układu krążenia i skutków podejmowania aktywności fizycznej oraz metod oceny sprawności fizycznej. Nabywanie odpowiedniej wiedzy dotyczącej zdrowia ma znaczenie dla podejmowania prawidłowych wyborów związanych z realizacją prozdrowotnego stylu życia. Na znajomość zagadnień z tego zakresu wiedzy ma wpływ wykształcenie. Przekonują o tym wyniki licznych badań. W prezentowanej pracy opinie na temat zdrowia, jego utrzymania i pomnażania były przedstawione przez osoby głównie ze średnim wykształceniem (25% badanych osób), a także wyższym (43%). W badaniach uwagę poświęcono zagadnieniom związanym z potrzebą podejmowania przez osoby w wieku dojrzałym aktywności fizycznej. Wszyscy biorący udział w badaniu rodzice przyznali rację stwierdzeniu, że aktywność fizyczna wpływa na poprawę ich samopoczucia. W związku z tym powinno się ją podejmować. Jednak opinie jak często powinni badani podejmować zadania związane z ruchem były już bardziej zróżnicowane.

Najliczniejsza grupa (44%) badanych stwierdziła, że aktywność fizyczna ma wpływ na polepszenie samopoczucia gdy czynności z nią związane podejmowane będą codziennie. 26% badanych uważało za wystarczy podejmować aktywności fizyczną 4-6 razy w tygodniu. Badane osoby podawały również czas jaki powinien zostać ich zdaniem przeznaczony na czynności sportowo-rekreacyjne w ciągu tygodnia, aby człowiek mógł się dobrze czuć. Najwięcej badanych, bo 29% wskazywało, że czas potrzebny na polepszenie nastroju poprzez uprawianie czynności o charakterze rekreacyjnym wynosi od 30 minut do 1 godziny w ciągu tygodnia. 15% badanych uważa, że na takie czynności wystarczy poświęcić w tygodniu do 5 godzin czasu. Do 4 godzin tygodniowo na aktywność fizyczną poświęciło-by 12%. Dobrze samopoczucie, zadowolenie z życia i wiara w to co się robi sprzyja podej-

stawianiu aktywności fizycznej, z kolei działania te wzmagają dobre samopoczucie. Jedno z pytań dotyczyło znajomości metod jej pomiaru. Zaledwie 9% badanych wskazało na znajomość testów cech motorycznych, ale dla 91% osób umiejętność wykonania prostych czynności motorycznych jest dowodem ich poziomu sprawności fizycznej. Treści składające się na zdrowotny styl życia zawierają różne elementy w zależności od sposobu w jaki żyją poszczególne osoby. W pytaniu dotyczącym ich znajomości, badane osoby miały możliwość udzielenia wielokrotnej odpowiedzi, co umożliwiło utworzenie hierarchii ważności poszczególnych zachowań zdrowotnych dla badanych. Najważniejsze wg badanych było prawidłowe odżywianie. Takiej odpowiedzi udzieliło 100% badanych. Następne wskazywane zachowanie dotyczące zdrowego stylu życia, wiązało się z podejmowaniem aktywności fizycznej. Odpowiedzi takiej udzieliło 96% badanych. Na trzeciej pozycji z szóstu uplasowało się twierdzenie o właściwej ilości snu. Tak myślało 92 %. Odpowiedzi na kolejne pytanie pozwoliło ocenić znajomość przyczyn chorób układu krążenia reprezentowaną przez badanych rodziców. Respondenci mogli podać więcej niż jedną przyczynę powodującą powstanie zachorowań. Najczęstszą, podawaną przez badanych, przyczyną powstania chorób z tej grupy była otyłość (93%). Wśród innych przyczyn znalazły się takie odpowiedzi jak: stres (76% badanych), palenie papierosów (71%), brak aktywności fizycznej (75%).

DYSKUSJA

Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa, jaka nastąpiła w ubiegłym wieku wiąże się przede wszystkim ze wzrostem higieny i stanu sanitarnego. Od dawna już wiadomo, iż zabiegi medyczne są w stanie ratować życie i zdrowie w indywidualnych przypadkach, jednak jak wykazuje *F. Capra* [1] ich wpływ na całe społeczności jest znikomy. Mimo przekonania ludzi, że osiągnięcia i odkrycia na polu medycyny, (transplantacje, dializy, technika oraz diagnostyka komputerowa, itp.), znacząco polepszą kondycję zdrowotną społeczeństw, szczegółowe badania nie wykazały znaczącego związku pomiędzy kosztami ponoszonymi na opiekę medyczną a poprawą stanu zdrowia społeczeństw. Prowadzone badania, spowodowały zmianę poglądów na temat stylu życia i jego wpływu na zdrowie. Dostrzeżono możliwość realnego wpływu ludzi na ich własne zdrowie poprzez sposób postępowania. Kolejnym spostrzeżeniem był fakt, że wszelkie programy edukacyjne mające wpływać na zmianę poziomu wiedzy w omawianym zakresie bez wsparcia środowiska społecznego nie przynoszą efektów. Przedstawione w prezentowanej pracy wyniki badań wskazują, iż badani rodzice rozumieją potrzebę podejmowania aktywności fizycznej dla utrzymania i pomnażania zdrowia zarówno swojego jak i swoich dzieci. Sukcesem byłoby gdyby zrealizowany w badanej grupie program edukacyjny wpłynął również korzystnie na zmianę zachowań zdrowotnych w tym zakresie. Jednak liczne badania już dawno udowodniły, że od wiedzy do działania często dzieli nas przepaść. Dlatego w obszarze promocji zdrowia tak wiele jest jeszcze do zrobienia.

WNIOSKI

1. Aktywność fizyczna jest dla zdecydowanej większości badanych rodziców podstawowym elementem składającym się na ich zdrowy styl życia, a jej brak jedną z ważniejszych przyczyn chorób układu krążenia.

2. Opinie badanych na temat ilości czasu jaki należy poświęcać na zajęcia rekreacji ruchowej w ciągu tygodnia są bardzo zróżnicowane. Większość badanych uważa, iż należy na nie poświęcić od 30 minut do jednej godziny każdego dnia w tygodniu.

3. Zdecydowana większość badanych rodziców dokonuje oceny własnej sprawności fizycznej tylko poprzez ocenę skuteczności wykonania przez siebie czynności codziennego użytku. Badani nie potrafili wymienić żadnych testów służących ocenie sprawności fizycznej.

4. Spośród wielu elementów składających się na zdrowy styl życia współczesnego człowieka dla większości badanych rodziców najważniejsze było prawidłowe odżywianie, podejmowanie aktywności fizycznej oraz odpowiednia ilość snu.

G. Antoszczuk, A. Surynt, M. Lewandowski

KNOWLEDGE CONCERNING SIGNIFICANCE OF PHYSICAL AKTIVITY TO HEALTH REPRESENTED BY PARENTS OF PRE-SCHOOL CHILDREN

Summary

The main objective of which was: to determine the level of knowledge concerning the significance of physical activeness to human health represented by parents of pre-school age children.

A metod of a diagnostic survey was employed to gather data for the purposes of the present work. In the present paper, parents of children attending the kindergartens took part in the study. The technique used in this work was a questionnaire. The collected research material after having been analysed thoroughly allowed to come to conclusions of which the most important one is that physical activeness is for more parents of pre-school age children very important in life.

PIŚMIENNICTWO

1. *Capra F.* Punkt zwrotny. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1987 s. 571.

ANNA NITECKA-WALERYCH

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA A POCZUCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SVOJE ZDROWIE UCZNIÓW KLAS VI SZKÓŁ PODSTAWOWYCH

PHYSICAL ACTIVITY AND RESPONSIBILITY FOR HEALTH AMONG PUPILS OF 6 GRADE OF PRIMARY SCHOOL

Instytut Pedagogiki
Uniwersytet Gdański
80-952 Gdańsk, ul. Bażyńskiego 1a
Kierownik Zakładu: dr hab. D. Klus-Stańska, prof. UG

W artykule przedstawiono wyniki badań uczniów klas VI ze szkół podstawowych, w tym ze szkoły o profilu sportowym. Narzędziem badawczym była Skala HLC¹ dla dzieci. Celem pracy było określenie stopnia umiejscowienia kontroli zdrowia u dzieci w trzech kategoriach: kontroli wewnętrznej, wpływu innych i przypadku i próba odpowiedzi na pytanie: czy zwiększony wymiar godzin z wychowania fizycznego wpływa u badanych na poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Słowa kluczowe: zdrowie, uczniowie szkoły podstawowej, skala HLC dla dzieci, aktywność fizyczna

Key words: health, primary school, child HLC scale, physical activity

WSTĘP

Współczesne koncepcje opisu zdrowia akcentują model społeczno-ekologiczny, zwany również modelem holistyczno-funkcjonalnym, w którym to człowiek ma poczucie współodpowiedzialności za swoje zdrowie, jest czynnym uczestnikiem w procesie jego poprawy (przywracania), zachowania, pomnażania i ochrony. Kształtowanie aktywnej i świadomej postawy człowieka wobec własnego zdrowia leży u podstaw edukacji zdrowotnej.

Wyróżnia się trzy strategie działań ukierunkowanych na promowanie zdrowia:

- 1) podejście przeciwichorobowe – (disease-oriented health education),
- 2) podejście przeciw czynnikom ryzyka – (risk-factor oriented health education),
- 3) podejście prozdrowotne – (health-oriented health education).

Wydaje się, że edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży skoncentrowana na zdrowiu jest najbardziej skuteczna. Uczniowie kończący szkołę podstawową powinni m.in. umieć dbać o swoje zdrowie i współpracować z dorosłymi w tym zakresie, powinni znać potrzeby i możliwości swojego organizmu, rozumieć prawa i zasady jego funkcjonowania. W wychowaniu zdrowotnym ważnym, wręcz zasadniczym pytaniem jest (zgodnie z salutogenicz-

nym paradygmatem zdrowia): jak postępować, aby poradzić sobie ze wszechobecnymi stresorami i żyć w zdrowiu mimo ich istnienia. Akcentowanie świadomości zdrowotnej w skali jednostkowej jak i zbiorowej może spełniać nadrzędną funkcję wobec działań na rzecz zdrowia [4].

Celem przeprowadzonych badań było określenie w jakim stopniu uczniowie klas VI szkół podstawowych, w tym ze szkoły sportowej, czują się odpowiedzialni za swoje zdrowie, i próba odpowiedzi na pytanie: czy zwiększony wymiar godzin z wychowania fizycznego wpływa u badanych na poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie.

MATERIAŁ I METODA

Badaniami objęto 100 uczniów klas VI z trzech trójmiejskich szkół: ze szkoły o profilu sportowym w Gdańsku (N=48, 15 dziewcząt, 33 chłopców) i z dwóch szkół podstawowych w Gdańsku i Sopocie (N=52, 28 dz., 24 ch.). Dla potrzeb tych badań nazwano je szkołami ogólnymi W szkole sportowej uczniowie dodatkowo, w wymiarze tygodniowym, realizują od 18 do 27 godzin z wychowania fizycznego w ramach specjalizacji sportowej, tygodniowo. We wszystkich szkołach treści zdrowotne realizowane są na różnych przedmiotach. W programach nauczania nie przewidziano

W klasach szóstych są to sekcje: gimnastyki sportowej, lekkoatletyki i pływacka. W szkołach ogólnych uczniowie mają 3 godziny wf specjalnych zajęć poświęconych edukacji zdrowotnej, choć teoretycznie taka możliwość istnieje.

W badaniach zastosowano Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci – Children's Health Locus of Control (Child HLC) *Parcela i Meyera* [3]. Skala ta została zaadoptowana do warunków polskich przez *Juczyńskiego* [1]. Składa się ona z 20 wypowiedzi związanych ze zdrowiem, które można przyporządkować trzem kategoriom umiejscowienia kontroli zdrowia:

1 - (W) dotyczy wewnętrznej kontroli zdrowia – sam jestem odpowiedzialny za swoje zdrowie, kontrola nad moim zdrowiem zależy ode mnie (6 stwierdzeń),

2 - (I) dotyczy wpływu innych – moje zdrowie zależy głównie od działań osób trzecich: personelu medycznego, rodziny, przyjaciół (9 stwierdzeń),

3 - (P) dotyczy przypadku, zrządzenia losu – stan mojego zdrowia nie zależy ode mnie, jest wynikiem przypadkowych okoliczności, „tak miało być” (5 stwierdzeń).

Przy opracowywaniu wyników analizę statystyczną dokonano dla każdej z trzech kategorii kontroli zdrowia. Uzyskane wyniki porównano ze średnimi próby normalizacyjnej dla dzieci w wieku 13 lat ze środowiska miejskiego z podziałem na chłopców i dziewczynki. Ponieważ w poszczególnych kategoriach można było uzyskać różną maksymalną ilość punktów (W-6, I-9, P-5), średnie arytmetycznych nie są porównywalne między sobą. Aby było to możliwe dokonano dodatkowych obliczeń statystycznych i tymi danymi posłużono się przy omawianiu wyników.

WYNIKI

Z przeprowadzonych badań wynika, że wszyscy uczniowie, niezależnie od płci i typu szkoły największe znaczenie przypisują wewnętrznej kontroli zdrowia, prawie dwukrotnie mniejsze przypadkowi i około czterokrotnie mniejsze wpływowi innych. I tak, najwyższą kontrolę wewnętrzną reprezentują dziewczęta ze szkół ogólnych (M=8,56), najniższą chłopcy

¹ Skala HLC – Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia. Skala ta służy do badania dzieci i młodzieży, zdrowych i chorych i umożliwia określenie związków zachodzących między kontrolą zdrowia (wewnętrzną lub zewnętrzną) a preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi.

ze szkół ogólnych ($M=7,42$), przypadek największe znaczenie ma dla dziewcząt ze szkół ogólnych ($M=4,46$), najmniejsze dla chłopców i dziewcząt ze szkoły sportowej ($M=4,19$), natomiast na wpływ innych najczęściej wskazywali chłopcy ze szkół ogólnych ($M=3,20$) najrzadziej dziewczęta ze szkoły sportowej ($M=1,93$).

Tabela I. Umiejscowienie kontroli zdrowia u uczniów kl. VI
Locus of health control of VI class pupils

Umiejscowienie kontroli zdrowia	Uczniowie szkoły sportowej				Uczniowie szkół ogólnych			
	chłopcy		dziewczęta		chłopcy		dziewczęta	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
Kontrola wewnętrzna	0,69	5,57	0,59	5,67	1,20	4,95	0,52	5,71
		8,30 ¹		8,50		7,42		8,56
Wpływ innych	1,35	2,15	1,76	1,93	2,08	3,20	1,78	2,53
		2,15		1,93		3,20		2,53
Przypadek	0,87	2,33	1,24	2,33	1,21	2,37	1,01	2,46
		4,19		4,19		4,42		4,46

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

Wyniki przeprowadzonych badań własnych w dużym stopniu korespondują z wynikami badań autora polskiej wersji skali HLC Z. Juczyńskiego (Tab. II).

Tabela II. Umiejscowienie kontroli zdrowia u uczniów kl. VI – próba normalizacyjna
Locus of health control pupils of VI class pupils – normalization test

Umiejscowienie kontroli zdrowia	Uczniowie klas VI			
	chłopcy		dziewczęta	
	SD	M	SD	M
Kontrola wewnętrzna	1,13	5,25	1,00	5,32
		7,87		7,98
Wpływ innych	1,82	2,95	1,58	2,56
		2,95		2,56
Przypadek	1,17	2,70	1,50	2,38
		4,86		4,46

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

Powyższa analiza wyników została przeprowadzona w oparciu o średnią arytmetyczną. Autorzy skali [5] przy badaniach grupowych proponują dokonanie klasyfikacji wyników przyjmując medianę za punkt odniesienia. Wszystkie wyniki powyżej mediany traktowane są jako wysokie, poniżej jako niskie. W konsekwencji takiego podejścia otrzymujemy kombinację 8 typów możliwych powiązań².

² Określenia poszczególnych typów – opracowanie Zygryda Juczyńskiego.

Tabela III. Typy ujęcia kontroli zdrowia (%)
Type of locus of health control (%)

Typ ¹	Uczniowie szkoły sportowej			Uczniowie szkół ogólnych		
	razem	chłopcy	dziewczeta	razem	chłopcy	dziewczeta
1	70,8	78,8	53,3	51,9	41,6	60,7
1a	-	-	-	-	-	-
2	22,9	18,2	33,3	30,7	33,3	28,5
2a	-	-	-	-	-	-
3	2,1	-	6,6	9,6	12,5	7,1
3a	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	1,9	4,1	-
4a	4,1	3,0	6,6	5,7	8,3	3,6

¹ Jako drugie dane po wprowadzeniu współczynnika.

² 1 – typ silny wewnętrzny – wysokie W, niskie I, niskie P, 1a – typ silny zewnętrzny – niskie W, wysokie I, wysokie P, 2 – typ pomniejszający wpływ innych – wysokie W, niskie I, wysokie P, 2a – typ powiększający wpływ innych – niskie W, wysokie I, niskie P, 3 – typ pomniejszający wpływ przypadku – wysokie W, wysokie I, niskie P, 3a – typ powiększający wpływ przypadku – niskie W, niskie I, wysokie P, 4 – typ nieodróżnicowany silny – wysokie W, wysokie I, wysokie P, 4a – typ nieodróżnicowany słaby – niskie W, niskie I, niskie P.

DYSKUSJA

Z przeprowadzonych badań wynika, że uczniowie klas VI szkół podstawowych w zdecydowanej większości opowiadają się za wewnętrzną kontrolą zdrowia, co oznacza, że mają poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie. Taka postawa jest korzystna dla promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Wewnętrzne poczucie kontroli zdrowia zdaniem *Wallstona* [6] jest często związane z dążeniem do poprawy i utrzymania zdrowia i koreluje z podejmowaniem profilaktycznych zachowań zdrowotnych.

Zastanowienie może budzić fakt, że badani uczniowie (13 lat) stosunkowo niewielkie znaczenie przypisywali wpływowi innych, a przecież z reguły to dorośli, przede wszystkim rodzice, w dużym stopniu determinują zachowania zdrowotne dzieci. Niski wskaźnik wpływu innych może oznaczać, że osoby, które go wskazały są mało podatne na działania zewnętrzne. Natomiast wysoka lokata przypadku może świadczyć o tym, że badani dokonujący takiego wyboru wyrażają bierną postawę względem własnego zdrowia, zarówno w zdrowiu, jak i chorobie, czują się bezradni wobec zewnętrznych zagrożeń. Teoretycznie bardziej podatne na działania edukacji zdrowotnej mogą być osoby reprezentujące wysokie (W), wysokie (I), niskie (P).

Przeprowadzone badania własne wykazały również, że nie istnieją wyraźne różnice w umiejscowieniu kontroli zdrowia między uczniami ze szkół podstawowych ogólnych i uczniami ze szkoły sportowej. Natomiast chłopcy ze szkoły sportowej (78,8%), na tle innych respondentów, reprezentują zdecydowanie silny typ wewnętrzny, stosunkowo rzadko typ pomniejszający wpływ innych i typ nieodróżnicowany słaby.

Trzy typy: silny zewnętrzny, powiększający wpływ innych i powiększający wpływ przypadku nie wystąpiły.

WNIOSKI

1. Zwiększony wymiar godzin z wychowania fizycznego nie wpłynął zasadniczo na umiejscowienie kontroli zdrowia u dzieci 13 letnich. Wyniki testu HLC u uczniów szkoły sportowej i szkół ogólnych są zbliżone.

2. Przy realizacji treści prozdrowotnych w szkołach podstawowych należałoby większą uwagę zwrócić na formy i metody ich wprowadzania, tak aby były one dla dzieci bardziej atrakcyjne.

A Nitecka-Walerych

PHYSICAL ACTIVITY AND RESPONSIBILITY FOR HEALTH AMONG PUPILS
OF 6 GRADE OF PRIMARY SCHOOL

Summary

The aim of our research was to describe the dimension of health control in the life of primary school pupils with various amount of sport hours. The problem was examined in 3 categories: internal control, powerful others and chance.

The standardized scale HLC (Health Locus of Control) was introduced. Results: Majority of respondent declared internal self-control of health then chance and then powerful others. From the point of view of pro-health education such an attitude is beneficial. It means that the respondents feel responsible for their health.

Majority of respondents (especially boys from sports-profiled school) represented the strong internal type and diminishing influence of others. Increased amount of sport classes did not have significant influence on the test results. There is a need for stressing the forms and methods of transmission of pro-health content to pupils.

PIŚMIENNICTWO

1. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocii i psychologii zdrowia. Wyd.: Pracownia Testów Psychologicznych PTP. Warszawa, 2001.
2. Narodowy Program zdrowia 1996-2006, Warszawa 1996.
3. Parcel G. S., Meyer M. P.: The Health Locus of Control Scale.
4. Sęk H., Ścigala I., Pasikowski T., Beiseret M., Bleja A.: Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania. Przegląd Psychologiczny, 1992, R. XXXV, nr 3, 351-363.
5. Wallston K.A., Wallston B. S.: Health locus of control scale. W: H.M. Lefcourt (red), Research with the locus of control construct. New York: Academic Press, 1981.
6. Wallston K.A., Wallston B. S., DeVellis R.: development of the multidimensional health locus of (MHCL) scales. Health Education Monographs 6, 1978, 160-170.

BERNADETA SZCZUPAŁ

ZACHOWANIA ZDROWOTNE W OPINII MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNEJ RUCHOWO

HEALTHY BEHAVIORS DECLARED BY YOUNG PEOPLE WITH MOTOR DISABILITY

Katedra Kształcenia Integracyjnego
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40
Kierownik Katedry: prof. dr hab. A. Firkowska-Mankiewicz

Odpowiednie zachowanie oraz sposób postępowania w różnych sytuacjach, wyznaczające prozdrowotny styl życia, mają znaczący wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizmu każdego człowieka, istotny szczególnie w okresie dorostania. Celem prowadzonych badań było poznanie opinii niepełnosprawnych ruchowo uczniów szkół średnich, dotyczących samooceny ich zachowań zdrowotnych.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, młodzież z dysfunkcją narządu ruchu
Key words: healthy behaviors, young people with motor disability

WSTĘP

Zdrowie od zawsze było niezwykle istotnym czynnikiem w egzystencji każdego człowieka, mającym duży wpływ na realizację zadań życiowych i osobiste powodzenie jednostki. Zdrowie w dużym stopniu (50-60%) jest zależne od prawidłowego stylu życia, czyli od: stopnia aktywności fizycznej, racjonalnej diety, unikania środków psychoaktywnych (palenia tytoniu, picia alkoholu i stosowania narkotyków), odpowiedniej ilości oraz jakości snu, higieny ciała i otoczenia, umiejętności radzenia sobie ze stresem, a także od poziomu edukacji zdrowotnej [1, 8].

Zachowaniami zdrowotnymi określa się postępowanie, podejmowane z intencją przywrócenia, utrzymania bądź doskonalenia zdrowia, przy czym istotne są wybory zachowań zdrowotnych, korzystne dla dobrostanu fizycznego, psychicznego oraz społecznego. Można wyróżnić wyznaczające styl życia codzienne zachowania sprzyjające zdrowiu oraz zachowania ryzykowne, mające istotny wpływ na funkcjonowanie organizmu oraz samopoczucie jednostki, determinujące całokształt podejmowanych przez nią działań – naukę, rozwijanie zainteresowań, budowanie motywacji oraz poziom satysfakcji z jakości życia. Występujące stany zaburzenia zdrowia, mające swą przyczynę w zachowaniach antyzdrowotnych, mogą być powodem odnoszonych w życiu niepowodzeń [8, 9].

Niepelnosprawność fizyczna, jakkolwiek utrudnia normalne funkcjonowanie, nie wyklucza jednak osiągania satysfakcji życiowej i nie przekreśla szansy człowieka na realizację postawionych sobie celów [7]. Poznanie zachowań zdrowotnych młodzieży niepełnosprawnej, zrozumienie uwarunkowań im towarzyszących, ma istotne znaczenie przy tworzeniu programów ochrony, profilaktyki i promocji zdrowia. Kształtowanie oraz modyfikowanie zachowań zdrowotnych jest procesem trudnym, przy czym istotna jest w tym procesie rola szkoły i domu rodzinnego [9].

Mając wszystko to na uwadze, za cel badań przyjęto poznanie zachowań zdrowotnych młodzieży niepełnosprawnej ruchowo oraz wskazanie jej podstawowych potrzeb edukacyjnych w zakresie promocji zdrowia. Realizacja założonego celu wymagała sprecyzowania szczegółowych problemów badawczych: 1) Jak badana młodzież ocenia swój stan zdrowia? 2) Jaka jest jej świadomość zdrowotna, czyli wiedza na temat konsekwencji poszczególnych zachowań dla zdrowia? 3) Jak kształtują się zachowania zdrowotne badanej młodzieży? 4) Jakie są potrzeby edukacyjne z zakresu promowania zachowań zdrowotnych badanej grupy?

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badania były przeprowadzone wśród niepełnosprawnych ruchowo uczniów klas III szkół średnich w Centrum Kształcenia i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Konstancinie oraz w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Badana młodzież posiadała niepełnosprawność wrodzoną lub nabytą we wczesnym dzieciństwie. Badaniami objęto 164 uczniów niepełnosprawnych (85 chłopców i 79 dziewcząt) w wieku 17-19 lat. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na trudności w przeprowadzeniu badań, które wynikały ze złożoności przedmiotu badań, z ciągłej zmienności wpływów otoczenia zewnętrznego oraz zmienności wpływów czynników społeczno-kulturowych.

Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, zawierający pytania dotyczące oceny zdrowia oraz czynników warunkujących zdrowie, własnego obrazu siebie, wybranych składników stylu życia (sposób spędzania czasu wolnego, aktywność fizyczna, odżywianie się, stosowanie środków psychoaktywnych), funkcjonowania w sytuacjach trudnych oraz potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej. Część pytań w kwestionariuszu ankiety miała formę otwartą. W celu określenia trafności oraz rzetelności narzędzia badawczego zastosowano metodę sędziów kompetentnych.

WYNIKI BADAŃ

Badana młodzież ocenia swój stan zdrowia jako dobry (34,6%), zadowolający (23,5%) oraz zły (24,2%) i bardzo zły (8,8%). Trudności w dokonaniu oceny własnego zdrowia (odpowiedzi „trudno określić”) miało 8,9% badanej grupy. Różnice pomiędzy płcią respondentów były niewielkie, jednak krytyczniej oceniały swój stan zdrowia dziewczęta.

Przeważająca większość badanej młodzieży (84,6%) jest zdania, że sprawy zdrowia stanowią kwestię priorytetową i trzeba o nie dbać zawsze, w każdej sytuacji. Jako powody, dla których warto dbać o własne zdrowie, badani najczęściej podawali potrzebę bycia akceptowanym (65,2%), jak również plany dotyczące pozyskania dobrej pracy (51,9%), znalezienia partnera życiowego i założenia w dorosłym życiu rodziny (44,3%) oraz pragnienie posiadania zdrowego potomstwa (39,7%). W wypowiedziach otwartych wskazywano jednocześnie na istnienie obaw co do stanu zdrowia przyszłego potomstwa. Większość badanych

dostrzega też ścisłą zależność stanu zdrowia od czynników związanych z realizowanym stylem życia i własnymi zachowaniami. Uzyskane wyniki mogą świadczyć o dużej – deklaratywnej – świadomości znaczenia dbałości o zdrowie u badanej grupy [6].

Zaburzony obraz ciała u młodzieży niepełnosprawnej może prowadzić do trudności w akceptacji swojej choroby oraz do nieprawidłowości w rozwoju samoakceptacji, co decyduje o stosunku osoby chorej do wszystkiego, co można zaproponować w ramach rehabilitacji, wpływając na stan somatyczny i reakcje emocjonalne osoby chorej oraz determinując jej sposób zmagania się z własną chorobą [3]. Badana młodzież niepełnosprawna jest bardzo krytycznie nastawiona do kwestii swego wyglądu – odsetek niezadowolonych wynosi 78,3% badanych; również przy tym pytaniu krytyczniej oceniały stan swojego wyglądu dziewczęta. Takie podejście może skutkować zaniżaniem poczucia własnej wartości, podejmowaniem działań nieracjonalnych, szkodzących zdrowiu, w tym także psychicznemu [7].

Do zachowań szkodliwych dla własnego zdrowia, związanych z zażywaniem substancji działających pobudzająco na układ nerwowy (palenie tytoniu, picie alkoholu oraz stosowanie narkotyków), przyznał się stosunkowo niewielki odsetek badanej młodzieży. Palenie papierosów wymieniło 14,3% dziewcząt i 19,4% chłopców, zaś picie alkoholu (głównie piwo i wino, rzadko alkohole wysokoprocentowe) – 16,7% dziewcząt i 21,2% chłopców. Część deklarujących zażywanie tych środków uzależniających (tytoniu i alkoholu) określiła kontakt z nimi jako sporadyczny lub rzadki oraz deklarowała brak uzależnienia od nałogu. Pomimo przebywania w placówce rehabilitacyjnej i dużej deklarowanej samoświadomości znaczenia zachowania zdrowia dla skuteczności prowadzonej rehabilitacji, zdarzają się przypadki kontaktu z substancjami typu narkotycznego – przyjmowanie tego typu środków zadeklarowało 5,8% dziewcząt i 7,6% chłopców, w większości określając kontakt z nimi jako sporadyczny.

W wypowiedziach w formie pytań otwartych badani deklarowali świadomość występowania niewłaściwych – zwłaszcza w okresie dorastania – skutków powodowanych przez palenie tytoniu oraz picie alkoholu, jak również świadomość zagrożeń związanych z przyjmowaniem narkotyków. Istotną kwestią jest zgłaszane ze strony większości badanych (62,7%) oczekiwanie większego zainteresowania szkoły problemem stosowania środków psychoaktywnych, zwłaszcza alkoholu i narkotyków.

Z danych uzyskanych podczas badań wynika, że zdecydowana większość badanych (91,2%) odżywia się regularnie, spożywając trzy do czterech posiłków na dobę; jednak może być to wynikiem całonocnego pobytu w danych placówkach rehabilitacyjnych i przebywania pod opieką wychowawców. Badani w większości (84,3%) mają świadomość znaczenia korzystnej dla zdrowia i odpowiedniej do wieku diety, bogatej w nabiał, warzywa, owoce oraz witaminy, jednak świadome stosowanie tych składników w codziennej diecie deklaruje już mniej osób (76,4%).

Z uwagi na posiadaną niepełnosprawność ruchową aktywność fizyczna ograniczona jest do tych możliwości, jakie daje placówka rehabilitacyjna: przeważającą część aktywności ruchowej stanowią ćwiczenia usprawniające. Z aktywności czasu wolnego niewielka część ankietowanej młodzieży (27,5%) deklaruje uprawianie wybranej dyscypliny sportowej (taniec na wózkach, jazda na rowerze, gra w tenisa stołowego). Pozostałymi wybieranymi formami spędzania czasu wolnego są: czytanie książek (67,4%), korzystanie z gier komputerowych (73,7%), oglądanie telewizji (89,3%).

DYSKUSJA

W zachowaniach zdrowotnych mieści się także umiejętność radzenia sobie ze stresem oraz odpowiedniego kierowania nim. Zwraca uwagę sygnalizowane przez badaną młodzież poczucie osamotnienia, doznawanego braku akceptacji, poczucia bezradności, doświadczanych zarówno w środowisku szkolnym (w relacji uczeń – nauczyciel), jak też w rówieśniczym (w relacji uczeń – uczeń). Stan taki może być przyczyną zachwiania psychicznego oraz społecznego bezpieczeństwa uczniów i przekładać się na gorsze funkcjonowanie w życiu społecznym, prowadząc do przyjęcia postawy wycofania [7, 8].

Osoby z tego rodzaju problemami powinny mieć możliwość uzyskania pomocy u osób dorosłych: nauczycieli oraz rodziców lub opiekunów. Jednak tylko 48,3% badanej młodzieży ufa nauczycielom na tyle, że mogłoby się zwrócić do nich o pomoc. Niepokojem napawa fakt, iż blisko połowa badanych deklarowała brak zaufania lub nawet strach przed nauczycielami. Podobnie przedstawia się sytuacja z zaufaniem młodzieży niepełnosprawnej do swych rodziców: 69,4% uczniów deklarowało swe zaufanie do rodziców, zaś 56,7% przyznawało, że często z rodzicami rozmawia na temat własnych problemów; większe zaufanie oraz świadomość oparcia w rodzicach deklarowały dziewczęta. Uzyskane wyniki wskazują na fakt, iż znaczna część młodzieży w sytuacjach trudnych nie poszukuje pomocy i wsparcia u najbliższych osób dorosłych. Potwierdzają to wyniki uzyskane przez innych badaczy [4, 5, 7].

Zarówno styl życia, jak i zachowania zdrowotne podlegają w życiu człowieka ciągłym zmianom. Istotne znaczenie ma jednak przede wszystkim ich ukształtowanie poprzez przebiegający intensywnie w okresie dzieciństwa i młodości proces socjalizacji, na który mają wpływ informacje i wzorce przekazywane przez środowisko rodzinne, rówieśnicze, szkolne, a także szersze otoczenie społeczne oraz środki masowego przekazu [9]. Zadaniem pedagogów, psychologów i nauczycieli jest pomoc oraz wspieranie w sytuacjach trudnych, zmniejszanie napięć i niepokojów związanych z krystalizowaniem się obrazu własnej osoby [2], nauka pozytywnego spojrzenia na siebie, swe życie i otoczenie, pobudzanie do poszukiwania nowych doświadczeń.

WNIOSKI

1. Badana młodzież niepełnosprawna ruchowo ocenia swój stan zdrowia jako dobry (34,6%), zadowolający (23,5%) oraz zły (24,2%) i bardzo zły (8,8%); występują niewielkie różnice pomiędzy płciami – dziewczęta krytyczniej oceniały swój stan zdrowia.

2. Przeważająca większość badanej młodzieży (84,6%) uważa, że sprawy zdrowia stanowią kwestię priorytetową, wykazuje również świadomość istnienia zależności stanu zdrowia od czynników związanych z odpowiednim stylem życia oraz od czynników środowiskowych; prezentowana wiedza jest jednak wiedzą deklarowaną i wymaga ona poszerzenia oraz systematyzacji w procesie celowo prowadzonej edukacji zdrowotnej.

3. Krytyczne nastawienie do kwestii swego wyglądu prezentuje 78,3% badanej młodzieży, przy czym więcej krytycyzmu wobec stanu swojego wyglądu wykazują dziewczęta.

4. Jako sposób spędzania czasu wolnego młodzież preferuje formy o niskiej aktywności ruchowej: czytanie (67,4%), oglądanie telewizji (89,3%), gry komputerowe (73,7%); nie-

wielka część badanej młodzieży (27,5%) deklaruje uprawianie wybranej dyscypliny sportowej.

5. Badani mają świadomość negatywnego oddziaływania na stan zdrowia sytuacji stresujących oraz braku umiejętności właściwego radzenia sobie z takimi sytuacjami; zwracają uwagę na poczucie osamotnienia i bezradności oraz doznawany brak akceptacji, doświadczane zarówno w środowisku rodzinnym, szkolnym, jak też w rówieśniczym.

6. Badana młodzież sygnalizuje niewielkie zaufanie w stosunku do osób dorosłych oraz poczucie niemożności uzyskiwania pomocy i wsparcia z ich strony w sytuacjach trudnych: tylko 48,3% badanej młodzieży deklaruje zaufanie wobec nauczycieli i możliwość zwrócenia się do nich o pomoc; zaufanie do rodziców deklaruje 69,4% badanych, lecz jedynie 56,7% przyznaje, że często rozmawia z nimi na temat własnych problemów.

7. Badana młodzież niepełnosprawna ruchowo akcentuje potrzebę systematycznej edukacji zdrowotnej, głównie w kwestii kształtowania określonych nawyków i umiejętności zdrowotnych, w tym w szczególności nabycia umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz poznania technik asertywnych.

B. Szczupał

HEALTHY BEHAVIORS DECLARED BY YOUNG PEOPLE WITH MOTOR DISABILITY

Summary

The article reviews evaluation of healthy behaviors declared by motor handicapped youth.

Third-grade students of general and technical high schools were surveyed; interviewed were 164 pupils with motor disability (85 boys and 79 girls) in age between 17-19 years. Surveyed young people had been disabled since their birth or early childhood. The research was based on a self-developed survey questionnaire.

Inconsiderable group of pupils shows risky maintenances for health. The results of research led to comparison of health behaviors in girls and boys groups. Analysis of evaluated elements of healthy behaviors didn't show vital differences between studied groups – slightly differences appeared only in using stimulants.

PIŚMIENNICTWO

1. Jodkowska M., Wrocławska M.: Styl życia młodzieży w wieku 15-19 lat, w: *Zdrowie naszych dzieci*, red. J. Szymborski, K. Szamotulska, A. Sito, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2000, s. 60-71.
2. Kozdrowicz E.: Działania profilaktyczne wśród dzieci i młodzieży – cele, strategie, programy, W: A. Przeclawska (red.) *Pedagogika społeczna, kręgi poszukiwań*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1996, s. 216-239.
3. Larkowa H.: *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*, PWN, Warszawa 1987.
4. Przeclawska A.: Jednostka i społeczeństwo – problemy identyfikacji i relacji wychowawczych, W: A. Przeclawska, L. Rowicki (red.) *Młodzi Polacy u progu nadchodzącego wieku*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1997, s. 102-115.
5. Stankowski A., Stankowska N.: Szkoła a zachowania dewiacyjne dzieci i młodzieży, W: A. Nowak (red.) *Wybrane zjawiska powodujące zagrożenia społeczne*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2000, s.125-128.

6. *Szczupał B.*: Sistema di valori e progetti di vita dei giovani con disfunzioni motorie, w: *Orientamenti Pedagogici* (Facolta di Scienze dell'Educazione Universita Salesiana di Roma), 2004, 3, vol. 51 (302), s. 245-260.
7. *Szczupał B.*: Young motorically handicapped people in relation to feeling of loneliness and quality of life, w: *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D, Medicina*, Vol. LX, suppl. XVI, Lublin 2005, 5, s. 345-349.
8. *Woynarowska B., Mazur J.*: Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia. Raport z serii badań wykonanych w 1998 roku, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1998.
9. *Woynarowska B.*: Zdrowie i szkoła, PZWL, Warszawa 2000.