EDUKACJA ZDROWOTNA

podręcznik akademicki



Barbara Woynarowska

WYDAWNICTWO NAUKOWE PWN
WARSZAWA 2008

Projekt okładki i stron tytułowych *Małgorzata Podziomek*

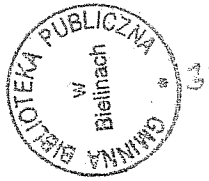
Fotografia na okładce *Tom Grill/Corbis*

Redaktor inicjujący *Joanna Marek*

Redaktor *Krystyna Mostowik*

Ilustracje zamieszczone w książce, jeżeli nie zostało to zaznaczone inaczej, pochodzą ze zbiorów Autorki

Recenzenci
Prof. dr hab. Maciej Demel
Dr hab. prof. AWF Andrzej Krawański



31056

Copyright © by Wydawnictwo Naukowe PWN SA
Warszawa 2007

ISBN 978-83-01-15167-6

Wydawnictwo Naukowe PWN SA
00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10
tel. 022 69 54 321; faks 022 69 54 031
e-mail: pwn@pwn.com.pl; www.pwn.pl

Wydawnictwo Naukowe PWN SA
Wydanie I – 1 dodruk
Arkuszy drukarskich 37,75
Skład i łamanie: LogoScript, Warszawa
Druk ukończono w lutym 2008 r.
Druk i oprawa: TREND
Długa Szlachecka, ul. Leśna 23

Spis treści

Przedmowa 11

CZĘŚĆ I. Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne
Barbara Woynarowska

ROZDZIAŁ 1. Zdrowie 17
1.1. Definiowanie zdrowia i choroby 18
1.1.1. Definiowanie zdrowia profesjonalne i potoczne 18
1.1.2. Zdrowie jako kategoria pozytywna 24
1.1.3. Definiowanie choroby 25
1.2. Modele zdrowia 26
1.2.1. Biomedyczny model zdrowia 26
1.2.2. Holistyczne podejście do zdrowia 27
1.2.3. Model salutogenezy A. Antonovsky'ego 32
1.3. Mierniki zdrowia 36
1.4. Zdrowie jako wartość i zasób dla jednostki i społeczeństwa 37
1.5. Jakość życia związana ze zdrowiem 41

ROZDZIAŁ 2. Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość o zdrowie 44
2.1. Czynniki warunkujące zdrowie i zmiany w ich postrzeganiu 44
2.2. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące 47
2.3. Styl życia i zachowania zdrowotne 50
2.3.1. Prozdrowotny styl życia 51
2.3.2. Zachowania zdrowotne 52
2.3.3. Charakterystyka zachowań zdrowotnych dorosłych Polaków 55
2.4. Wsparcie społeczne 63
2.4.1. Definicje i rodzaje wsparcia społecznego 63
2.4.2. Kapitał społeczny 65
2.5. Czynniki społeczno-ekonomiczne 67
2.6. Opieka zdrowotna 68

2.7. Dbałość ludzi o własne zdrowie ... 70
2.7.1. Sposoby dbania o zdrowie w społeczeństwie polskim ... 71
2.7.2. Przyczyny bierności wobec zdrowia ... 71
2.7.3. Niektóre uwarunkowania dbałości o zdrowie ... 72
2.7.4. *Healthism* – nadmierna koncentracja na zdrowiu ... 74

ROZDZIAŁ 3. Z dziejów edukacji zdrowotnej w Polsce ... 76

3.1. Periodyzacja dziejów edukacji zdrowotnej w Polsce ... 76
3.2. Twórcy, ich dzieła i myśli ... 78
3.3. Znaczące organizacje, instytucje i projekty ... 89
3.4. Czasopisma naukowe i fachowe ... 95

ROZDZIAŁ 4. Koncepcje i podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej ... 98

4.1. Terminologia i definicje ... 98
4.1.1. Nazwy i ich ewolucja ... 98
4.1.2. Definicje ... 102
4.1.3. Podstawowe pojęcia ... 103
4.2. Cele i oczekiwane efekty ... 107
4.3. Koncepcje i modele ... 108
4.4. Teorie wykorzystywane w edukacji zdrowotnej ... 111
4.5. Etyczne aspekty edukacji zdrowotnej ... 121

ROZDZIAŁ 5. Edukacja zdrowotna a terapia i profilaktyka chorób oraz promocja zdrowia ... 126

5.1. Rola edukacji zdrowotnej w terapii chorób ... 127
5.2. Edukacja zdrowotna a profilaktyka ... 127
5.3. Promocja zdrowia ... 129
5.3.1. Geneza promocji zdrowia ... 130
5.3.2. Definicje ... 131
5.3.3. Strategia działania ... 132
5.3.4. Podejścia i metody działań ... 133
5.3.5. Modele promocji zdrowia ... 135
5.3.6. Edukacja zdrowotna jako kluczowy komponent promocji zdrowia ... 137
5.4. Profilaktyka a promocja zdrowia ... 138

ROZDZIAŁ 6. Metodyka edukacji zdrowotnej ... 140

6.1. Planowanie i ewaluacja w edukacji zdrowotnej ... 141
6.1.1. Etapy planowania programu edukacji zdrowotnej ... 141
6.1.2. Zasady układania scenariusza zajęć ... 148
6.1.3. Ewaluacja w edukacji zdrowotnej ... 150
6.2. Tworzenie warunków do uczenia się ... 154
6.2.1. Komunikowanie jako podstawa uczenia się – nauczania ... 154
6.2.2. Rola i kompetencje osób prowadzących edukację zdrowotną ... 161
6.2.3. Warunki, organizacja i klimat sprzyjające dobremu komunikowaniu i uczeniu się ... 165
6.3. Metody wspomagania uczenia się ... 173
6.3.1. Rodzaje metod i technik uczenia się – nauczania ... 173

6.3.2. Zasady doboru metod i technik uczenia się – nauczania ... 180
6.3.3. Akcje i konkursy w edukacji zdrowotnej ... 187
6.3.4. Charakterystyka wybranych metod i technik ... 188
6.4. Środki dydaktyczne w edukacji zdrowotnej ... 199
6.4.1. Środki dydaktyczne stosowane w edukacji zdrowotnej w ostatnich dekadach ... 199
6.4.2. Korzyści i ograniczenia w korzystaniu z Internetu ... 201

ROZDZIAŁ 7. Współpraca z mass mediami w edukacji zdrowotnej ... 205

7.1. Mass media jako źródła informacji o zdrowiu ... 205
7.2. Zasady skutecznego wykorzystywania mass mediów w edukacji zdrowotnej ... 207
7.3. Współpraca z mass mediami ... 208
7.4. Marketing społeczny i kampanie społeczne w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej ... 211

ROZDZIAŁ 8. Edukacja zdrowotna w różnych siedliskach ... 215

8.1. Edukacja zdrowotna w rodzinie ... 215
8.1.1. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży ... 216
8.1.2. Potrzeby w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej starszych członków rodziny ... 221
8.2. Edukacja zdrowotna w przedszkolu ... 223
8.3. Edukacja zdrowotna w szkole ... 227
8.3.1. Dzieje edukacji zdrowotnej w szkole w Polsce w ostatnim półwieczu ... 228
8.3.2. Aktualna sytuacja w szkolnej edukacji zdrowotnej w Polsce ... 234
8.3.3. Nowe rozwiązania w szkolnej edukacji zdrowotnej w niektórych krajach Europy ... 239
8.3.4. Szkoła promująca zdrowie ... 246
8.4. Edukacja zdrowotna w zakładach opieki zdrowotnej ... 254
8.4.1. Edukacja zdrowotna w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza rodzinnego ... 254
8.4.2. Zadania pielęgniarki rodzinnej w edukacji zdrowotnej ... 256
8.4.3. Zadania pielęgniarki i higienistki szkolnej w edukacji zdrowotnej ... 259
8.4.4. Edukacja osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych ... 261
8.4.5. Szpital promujący zdrowie ... 264

CZĘŚĆ II. Wybrane zagadnienia edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym
pod redakcją *Barbary Woynarowskiej*

Wprowadzenie *(Barbara Woynarowska)* ... 269

ROZDZIAŁ 1. Dbałość o ciało *(Barbara Woynarowska)* ... 273

1.1. Postrzeganie i dbałość o ciało we współczesnym świecie ... 274
1.2. Uczenie się dbania o ciało w dzieciństwie i młodości ... 275

1.3. Wybrane zagadnienia i propozycje zajęć ... 276
1.3.1. Dbałość o zęby ... 276
1.3.2. Samokontrola masy ciała ... 280
1.3.3. Pielęgnacja i samobadanie piersi ... 285
1.3.4. Samobadanie jąder ... 287
1.3.5. Ochrona przed nadmiernym nasłonecznieniem ... 289

ROZDZIAŁ 2. Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna *(Barbara Woynarowska)* ... 294

2.1. Pojęcie zdrowego żywienia ... 295
2.2. Prozdrowotna edukacja żywieniowa ... 295
2.3. Edukacja żywieniowa w szkole ... 297
2.4. Wybrane zagadnienia i propozycje zajęć ... 300
2.4.1. Urozmaicenie posiłków ... 301
2.4.2. Umiarkowanie w jedzeniu ... 306
2.4.3. Uregulowane żywienie ... 310
2.4.4. Umiejętność przygotowania posiłków ... 312
2.4.5. Uprawianie sportu i inne formy aktywności fizycznej ... 313
2.4.6. Unikanie lub ograniczanie spożycia niektórych produktów ... 318
2.4.7. + Uśmiech ... 321

ROZDZIAŁ 3. Bezpieczeństwo – zapobieganie urazom *(Barbara Woynarowska)* ... 325

3.1. Wypadki i urazy – definicje i epidemiologia ... 326
3.2. Profilaktyka urazów a promocja bezpieczeństwa ... 328
3.3. Edukacja do bezpieczeństwa ... 330
3.4. Edukacja do bezpieczeństwa w szkole ... 330
3.5. Wybrane zagadnienia i propozycje zajęć ... 333
3.5.1. Samoocena własnych zachowań związanych z bezpieczeństwem ... 334
3.5.2. Przyczyny urazów i sposoby ich eliminowania ... 336
3.5.3. Ocena i podejmowanie ryzyka ... 338
3.5.4. Identyfikacja zagrożeń w najbliższym otoczeniu ... 341

ROZDZIAŁ 4. Seksualność – wybrane zagadnienia *(Alicja Długołęcka)* ... 343

4.1. Podstawowe pojęcia ... 344
4.1.1. Zdrowie seksualne i prokreacyjne ... 344
4.1.2. Prawa prokreacyjne i seksualne ... 346
4.1.3. Wychowanie i edukacja seksualna ... 347
4.2. Edukacja seksualna ... 352
4.2.1. Edukacja seksualna dzieci w wieku przedszkolnym ... 352
4.2.2. Edukacja seksualna dzieci w okresie wczesnoszkolnym ... 355
4.2.3. Biomedyczne podstawy edukacji seksualnej młodzieży ... 359
4.2.4. Psychoseksualne podstawy edukacji seksualnej młodzieży ... 364
4.2.5. Antykoncepcja i zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą płciową 367
4.2.6. Problemy osobiste i relacje interpersonalne ... 372
4.3. Zasady konstruowania i realizacji programów edukacji seksualnej młodzieży 380
4.3.1. Zasady konstruowania programów edukacji seksualnej ... 381
4.3.2. Ważne rady praktyczne ... 385

ROZDZIAŁ 5. Zdrowie psychospołeczne – wybrane zagadnienia ... 389

Wprowadzenie *(Barbara Woynarowska)* ... 389

A. Zdrowie i dobrostan psychiczny *(Lesław Kulmatycki)* ... 391
5.1. Kondycja psychiczna dzieci i młodzieży ... 391
5.2. Złożoność i wieloznaczność zdrowia psychicznego ... 393
5.3. Kryteria zdrowia psychicznego ... 394
5.4. Dobrostan psychiczny ... 396
5.5. Propozycje zajęć ... 399

B. Emocje i stres *(Lesław Kulmatycki)* ... 403
5.6. Emocje ... 403
5.7. Radzenie sobie z negatywnymi emocjami ... 406
5.8. Stres ... 409
5.9. Strategie przeciwstresowe i mechanizmy obronne ... 412
5.10. Propozycje zajęć ... 418

C. Optymizm *(Lesław Kulmatycki)* ... 423
5.11. Optymiści i pesymiści ... 423
5.12. Optymistyczna postawa życiowa ... 424
5.13. Styl wyjaśniania ... 425
5.14. Wyuczona bezradność i granice optymizmu ... 427
5.15. Kształtowanie pozytywnego stosunku do świata ... 428
5.16. Propozycje zajęć ... 429

D. Poczucie tożsamości i własnej wartości *(Maria Sokołowska)* ... 434
5.17. Terminologia ... 434
5.18. Kształtowanie się obrazu „ja" i poczucia własnej wartości ... 435
5.19. Spostrzeganie siebie w relacjach z innymi ... 436
5.20. Wpływ wychowania na kształtowanie poczucia własnej wartości ucznia ... 437
5.21. Ocena szkolna jako czynnik oddziałujący na poczucie własnej wartości ucznia 439
5.22. Propozycje zajęć ... 440

E. Umiejętności życiowe *(Maria Sokołowska)* ... 444
5.23. Umiejętności życiowe i ich kształtowanie w edukacji zdrowotnej i innych działaniach szkoły ... 444
5.23.1. Definicja i rodzaje umiejętności życiowych ... 444
5.23.2. Planowanie edukacji służącej kształtowaniu umiejętności życiowych .. 447
5.23.3. Możliwości kształtowania umiejętności życiowych w polskiej szkole .. 453
5.24. Rozwijanie u uczniów wybranych umiejętności życiowych ... 456
5.24.1. Myślenie krytyczne i podejmowanie decyzji ... 456
5.24.2. Myślenie twórcze i rozwiązywanie problemów ... 460
5.24.3. Komunikacja interpersonalna ... 467

F. Chorzy psychicznie w społeczeństwie *(Krzysztof Ostaszewski)* ... 471
5.25. Zaburzenia i choroby psychiczne ... 471
5.26. Stosunek społeczeństwa do zaburzeń i chorób psychicznych ... 475
5.27. Społeczny wizerunek osób chorych psychicznie ... 476
5.28. Działania na rzecz integracji osób z zaburzeniami psychicznymi i przeciwdziałanie stygmatyzacji ... 478
5.29. Propozycje zajęć ... 480

ROZDZIAŁ 6. Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych
(Krzysztof Ostaszewski) ... 483
6.1. Zmiany w podejściu do problemów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych ... 484
6.2. Integralne podejście do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań problemowych młodzieży ... 487
6.3. Nowe i „stare" poziomy profilaktyki ... 489
6.4. Główne obszary profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. ... 492
6.4.1. Profilaktyka ukierunkowana na jednostkę ... 493
6.4.2. Profilaktyka ukierunkowana na środowisko społeczne ... 494
6.5. Profilaktyka oparta na naukowych podstawach ... 496
6.6. Strategie oparte na naukowych podstawach ... 499
6.6.1. Strategie wiodące ... 500
6.6.2. Strategie uzupełniające ... 504
6.7. Istotne elementy programów profilaktycznych ... 507
6.8. Wskazówki dotyczące ewaluacji ... 509
6.9. Propozycje zajęć ... 512

ROZDZIAŁ 7. Przeciwdziałanie agresji i przemocy wśród uczniów
(Andrzej Kołodziejczyk) ... 518
7.1. Agresja i przemoc wśród dzieci i młodzieży – definicje, formy, częstość występowania ... 519
7.2. Podejścia wyjaśniające agresję i przemoc u dzieci i młodzieży ... 523
7.3. Środowiskowe uwarunkowania agresji ... 530
7.4. Przyczyny i skutki zachowań agresywnych ... 534
7.4.1. Potrzeby zaspokajane przez zachowania agresywne ... 534
7.4.2. Charakterystyka sprawców i ofiar przemocy ... 535
7.4.3. Skutki zachowań agresywnych ... 537
7.5. Zapobieganie zachowaniom agresywnym uczniów ... 539
7.6. Umiejętności i strategie potrzebne do radzenia sobie w szkolnych sytuacjach agresji i przemocy ... 544

ANEKS. Propozycje ćwiczeń i zabaw *(Lesław Kulmatycki)* ... 549
A.1. Ćwiczenia rozgrzewająco-integrujące ... 549
A.2. Ćwiczenia energetyzujące ... 552
A.3. Ćwiczenia relaksacyjne ... 553
A.4. Ćwiczenia koncentracji ... 557

Bibliografia ... 560

Indeks nazwisk ... 585

Indeks rzeczowy ... 595

Przedmowa

Wychowanie zdrowotne [...] partycypuje w realizacji
generalnych celów wychowania, zmierzając do
(1) poznania i rozumienia samego siebie oraz
(2) opanowania najtrudniejszej ze sztuk – „sztuki życia"

Maciej Demel

Ogromne przemiany, zapoczątkowane na świecie w ostatnich dekadach XX w., stworzyły nowe możliwości i wyzwania przed coraz dłużej żyjącymi ludźmi. Gwałtowność i różnorodność tych przemian wymuszają na ludziach (których możliwości psychofizyczne nie uległy przecież istotnej zmianie) szybkie tempo życia, myślenia i działania oraz wymagają ciągłego przystosowywania się do nowych warunków i sytuacji. Aby temu sprostać, ludzie potrzebują nowych umiejętności dla opanowania „sztuki życia" we współczesnym świecie. Gdzie i jak mogą je zdobyć? Czy i w jaki sposób może pomóc im w tym edukacja zdrowotna?

W ostatnim ćwierćwieczu znaczące zmiany dokonały się również w edukacji zdrowotnej. Dotyczyły one wszystkich jej aspektów:

– celów – od koncentracji na przekazywaniu informacji, do uwzględniana wielu celów, służących upodmiotowieniu ludzi (czyli uzyskaniu przez nich wiedzy, świadomości, umiejętności i postaw niezbędnych do skutecznego przejęcia odpowiedzialności za decyzje i działania dotyczące zdrowia własnego i innych);

– treści – od koncentracji na zapobieganiu chorobom zakaźnym, do uwzględniania wszystkich aspektów zdrowia;

– metod – od pogadanek, do różnorodnych metod i technik aktywizujących oraz interaktywnych;

– środków dydaktycznych – od ulotek, gazetek i flanelografu, do nowoczesnych środków informatycznych;

– realizatorów – od dominacji („monopolu") lekarzy i innych pracowników medycznych, do włączenia się innych grup zawodowych i mediów; od pełnienia przez realizatorów roli ekspertów, do roli przewodników uczących się (facilitatorów);

– uczestników – od roli nauczanych (biernych słuchaczy), do roli aktywnych uczestników, uczących się poszukujących informacji o zdrowiu i chorobach.

Współczesna edukacja zdrowotna wykorzystuje elementy wielu nauk. Z nauk medycznych wywodzi się większość jej treści, ale w coraz większym stopniu treści te pochodzą z nauk społecznych. Nauki te wyjaśniają też uwarunkowania różnych zjawisk i zachowań ludzi, związanych ze zdrowiem i chorobą. Pedagogika „dostarcza" metod i technik uczenia się i nauczania. Włączenie się do edukacji zdrowotnej mediów, kampanie społeczne, wykorzystanie komputerów i Internetu wiąże się

z uczestnictwem wielu zawodów w jej realizacji. Przedstawiciele różnych dziedzin nauki i zawodów wnoszą do edukacji zdrowotnej nowe koncepcje i podejścia, a także własną terminologię.

W piśmiennictwie, zwłaszcza zagranicznym, pojawiają się nowe pojęcia, koncepcje i teorie. Wciąż trwa proces definiowania „starych" terminów (np. zdrowie). Dla niektórych z nowych pojęć (np. *wellness*, *health literacy*, *resilience, empowerment*) trudno znaleźć dobre odpowiedniki w języku polskim, są one różnie tłumaczone i interpretowane. Są też zwolennicy utrzymania tradycyjnych terminów (np. oświata zdrowotna). Trudno więc nie zgodzić się ze stwierdzeniem Zbyszko Melosika (1999a, s. 23), że we współczesnym, sfragmentaryzowanym świecie „wszystko miesza się ze wszystkim". Stwierdzenie to odnosi się także do edukacji zdrowotnej.

Książka jest podręcznikiem akademickim. Celem jej jest przekazanie aktualnej wiedzy na temat kluczowych pojęć, koncepcji, historii, teorii i metodyki edukacji zdrowotnej oraz wybranych jej obszarów tematycznych. Praca składa się z dwóch części i aneksu:

- Część I. *Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne* jest mojego autorstwa i zawiera 8 rozdziałów. W dwóch pierwszych wyjaśniono podstawowe pojęcia – zdrowie i czynniki je warunkujące – uznając, że ich znajomość i rozumienie jest fundamentem dla edukacji zdrowotnej. Rozdział 3 został poświęcony jej historii w Polsce w minionym 200-leciu i prezentuje twórców, ich myśli i dzieła oraz znaczące instytucje i organizacje. W rozdziale 4 omówiono koncepcje i podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej, a w rozdziale 5 – jej związki z terapią, profilaktyką i promocją zdrowia. W rozdziale 6, najobszerniejszym, podjęto próbę zebrania aktualnej wiedzy na temat metod, technik i środków dydaktycznych oraz warunków realizacji edukacji zdrowotnej. Rozdział 7 zawiera praktyczne wskazówki dotyczące wykorzystania mass mediów w edukacji zdrowotnej i zasad współpracy osób ją prowadzących z mass mediami. W ostatnim rozdziale 8, omówiono zasady edukacji zdrowotnej w rodzinie, przedszkolu, szkole oraz zakładach opieki zdrowotnej.
- Część II. *Wybrane zagadnienia edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym* jest pracą zbiorową. Do napisania tej części książki zaprosiłam najlepszych, w mojej ocenie, specjalistów w zakresie danej tematyki w kraju. Część ta zawiera 7 rozdziałów, a ich założenia i strukturę omówiono na s. 269.
- W *Aneksie* zamieszczono ćwiczenia i zabawy: rozgrzewająco-integracyjne, energetyzujące, relaksacyjne i ćwiczenia koncentracji, które mogą być wykorzystane w zajęciach edukacji zdrowotnej.

Książka może być wykorzystywana w kształceniu przed- i podyplomowym różnych grup zawodowych: nauczycieli, pedagogów, lekarzy, pielęgniarek, położnych, specjalistów w zakresie zdrowia publicznego, promocji zdrowia, żywienia, kultury fizycznej. Być może zainteresują się nią również specjaliści od marketingu społecznego i niektórzy dziennikarze.

Intencją autorów było dostarczenie aktualnej wiedzy, z wykorzystaniem wielu publikacji krajowych i zagranicznych, w miarę możliwości pozycji źródłowych. Starano się dokonać wyboru najważniejszych treści, koncepcji, teorii i przedstawić je w sposób przejrzysty i uporządkowany, unikając konstruowania własnych definicji i koncepcji.

Dla ułatwienia percepcji tekstu posługiwano się wyróżnieniami, punktacją, ramkami itd. W Części II książki zamieszczono wiele przykładów scenariuszy zajęć oraz wskazówek metodycznych.

Praca nad książką uświadomiła mi, jak trudnym zadaniem jest programowanie i realizacja edukacji zdrowotnej i jak trudno osiągnąć jest pożądane efekty. Wymaga to wielodyscyplinarnej wiedzy i umiejętności oraz stałego ich doskonalenia. Mimo wieloletniej pracy zawodowej i naukowej w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, w pracy nad książką towarzyszyły mi nieustannie wątpliwości, dylematy i obawy, czy jako lekarz właściwie przedstawiam treści wywodzące się z innych dziedzin nauki, oraz poczucie, że wielu rzeczy nie wiem i nie umiem. Myślę, że poczucie niedostatków kompetencji jest udziałem wielu osób zajmujących się edukacją zdrowotną i jest ono barierą w podejmowaniu tego zadania np. przez nauczycieli. Wsparcia w radzeniu sobie z poczuciem niewiedzy doszukałam się w rozważaniach Wisławy Szymborskiej nad znaczeniem, nie tylko dla poetów, słów „nie wiem". W odczycie noblowskim napisała m.in., że wysoko ceni sobie te „dwa małe słowa. [...] Małe, ale mocno uskrzydlone. Rozszerzające nam życie na obszary, które mieszczą się w nas samych i obszary, w których zawieszona jest nasza nikła Ziemia"[1]. Zdanie sobie sprawy, że „nie wiem", otwiera drogą do poszukiwania odpowiedzi i rozwiązań.

Kończąc tę książkę nie jestem pewna: Czy recenzenci prof. Maciej Demel i prof. Andrzej Krawański uznają, że sprostaliśmy zadaniu, do podjęcia którego nas życzliwie zachęcali? Czy książka wzbudzi zainteresowanie? Jak ocenią ją Czytelnicy? Czy przyczyni się do zwiększenia skuteczności edukacji zdrowotnej? Czy zainicjuje dyskusję nad dalszymi kierunkami jej rozwoju w Polsce? W imieniu własnym i współautorów proszę o wyrozumiałość, a równocześnie o krytyczne uwagi, które postaramy się wykorzystać w przyszłości, w następnych wydaniach książki.

Barbara Woynarowska

[1] W. Szymborska (1966) *Poeta i świat, Odczyt Noblowski* „Gazeta Lekarska" 1997, nr 1, s. 80–81.

CZĘŚĆ I

Edukacja zdrowotna — podstawy teoretyczne i metodyczne

Barbara Woynarowska

ROZDZIAŁ 1

Zdrowie

Wyraz „zdrowie" pojawia się w codziennym życiu bardzo często. Życzymy sobie zdrowia, pijemy za zdrowie, pozdrawiamy się, powtarzamy, że „zdrowie jest najważniejsze", „obyśmy tylko zdrowi byli", 65% dorosłych Polaków wymienia zdrowie jako warunek udanego, szczęśliwego życia (Czapiński, 2005a). Prośby o zdrowie własne i bliskich są najczęściej powtarzaną sekwencją w codziennych pacierzach i modlitwach intencyjnych (Libiszowska-Żółtkowska, 1997).

Postać pierwotna wyrazu „zdrów" to „dorw-", „derw" (drzewo); stopniowe przejście znaczenia od „drzewa" na „siłę, zdrowie"[1]. Termin „zdrowie" może jednak oznaczać co innego dla przedstawicieli różnych zawodów, a także „zwykłych" ludzi, a „od sposobu jego rozumienia zależy koncepcja pracy wychowawczo-zdrowotnej" (Demel, 1968, s. 69). Zdrowie jest zatem **podstawowym pojęciem w edukacji zdrowotnej.**

Personifikacją pojęcia zdrowie jest grecka bogini Hygeia[2], która według różnych źródeł była córką, siostrą lub żoną Asklepiosa, pierwszego legendarnego lekarza greckiego (ok. XII w. p.n.e.). Mity o Hygei i Asklepiosie symbolizują, istniejące od zamierzchłych czasów, dwa nurty medycyny. Hygeia symbolizuje cnoty zdrowego życia, w pięknym otoczeniu, ideał „zdrowy duch w zdrowym ciele", wiarę w to, że człowiek może być zdrowy, jeśli żyje zgodnie z rozumem. Od jej imienia pochodzi nazwa higieny – dyscypliny naukowej zajmującej się zachowaniem zdrowia i profilaktyką chorób. Asklepios reprezentuje nurt medycyny naprawczej i zadania lekarza koncentrujące się głównie na leczeniu chorób i przywracaniu zdrowia. „O ile Asklepios jest tylko – używając określenia Lutra – «partaczem, naprawiaczem Boskiego dzieła», o tyle pogodny urok Hygei, w greckiej marmurowej rzeźbie, symbolizuje wzniosłą nadzieję człowieka, że będzie mógł kiedyś osiągnąć stan harmonii z sobą samym i otaczającym go światem" (Dubos, 1962, s. 120).

---

[1] A. Brückner (1957) *Słownik etymologiczny języka polskiego*, Warszawa, Wiedza Powszechna, s. 650.

[2] Artystyczne wyobrażenia i symbolika jej postaci ulegały stałym zmianom – A. Magowska (2006) *Hygeia – jej symbolika i wizerunek*, „Problemy Higieny i Epidemiologii", nr 2, s. 101–107.

1.1. Definiowanie zdrowia i choroby

Definiowanie zdrowia jest nierozłączne z definiowaniem choroby i trwa od ponad 2 tys. lat. W medycynie europejskiej rozpoczęło się od jej „ojca" Hipokratesa z Kos (460–377 p.n.e.), który uważał, że główna rola w stanach zdrowia i choroby przypada czterem płynom: krwi, śluzowi, żółci i czarnej żółci. Równowaga tych płynów (zwana „krazją", w odróżnieniu od zaburzeń równowagi, czyli „dyskrazji") decyduje o stanie zdrowia człowieka. Stworzona przez Hipokratesa koncepcja choroby jako zaburzenia czynności organizmu, z mniejszymi lub większymi modyfikacjami, przetrwała do XIX w. (*Historia...*, 1988). W tej medycznej (klinicznej) perspektywie zdrowie ujmowane było głównie jako niewystępowanie choroby i nadal takie ujęcie dominuje w potocznym (laickim) rozumieniu.

1.1.1. Definiowanie zdrowia profesjonalne i potoczne

„Zdrowie" należy do pojęć abstrakcyjnych, bardzo trudnych do zdefiniowania. Amerykański epidemiolog L.M. Levin przyrównał tworzenie jego definicji do „szuflowania dymu"[3]. Doliczono się ponad 300 definicji zdrowia, co wskazuje, że każda kolejna nie jest zadowalająca.

Wśród różnych podejść do definiowania zdrowia, z punktu widzenia edukacji zdrowotnej, na uwagę zasługuje podział na jego definicje profesjonalne i potoczne (laickie). Rozbieżności między rozumieniem zdrowia przez profesjonalistów, w tym także edukatorów zdrowia, oraz doświadczaniem i rozumieniem zdrowia przez edukowanych mogą mieć wpływ na realizację programów edukacji zdrowotnej i ich skuteczność.

Profesjonalne definicje zdrowia

Zdaniem niektórych autorów, granicą oddzielającą medyczne ujęcie zdrowia od współczesnych jego koncepcji było opublikowane w 1941 r. sformułowanie G. Sigerista, który uznał, że zdrowie jest stanem nieograniczającym się tylko do braku chorób. „Zdrowym może być człowiek, który odznacza się harmonijnym rozwojem fizycznym i psychicznym i dobrze adaptuje się do otaczającego go środowiska społecznego. Całkowicie realizuje on swoje zdolności fizyczne i umysłowe, może dostosowywać się do zmian w otoczeniu, jeśli nie wykraczają one poza granice normy, i wnosi swój wkład w pomyślność społeczeństwa, odpowiednio do swoich możliwości i zdolności. Dlatego **zdrowie nie oznacza braku chorób; to jest coś pozytywnego, to pełne radości i ochoty wypełnianie obowiązków, które życie nakłada na**

[3] Powiedzenie angielskie *akin shoveling smoke* (cyt. za: Tones, Green, 2004, s. 8), odpowiada polskiemu powiedzeniu „z motyką na słońce".

człowieka[4]. Propozycja G. Sigerista była podstawą definicji zdrowia, zawartej w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), przyjętej w 1946 r.:

Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania (ułomności)

Nowymi elementami tej definicji było zwrócenie uwagi na:
- zdrowie jako stan pozytywny (niektórzy autorzy w tłumaczeniu wyrazu *well-being* używają określeń: dobrostan lub stan pełnej pomyślności);
- jego wielowymiarowość (aspekt fizyczny, psychiczny i społeczny);
- znaczenie subiektywnej oceny (poczucia) zdrowia (samopoczucie).

Definicja ta jest jednak od wielu lat przedmiotem krytyki. Wśród „zarzutów" wymienia się m.in:
- statyczność – „stan" odnosi się do sytuacji chwilowej;
- brak aspektu duchowego zdrowia;
- nieprecyzyjność sformułowania „dobrostan";
- pojmowanie zdrowia jako stanu idealnego jest „mirażem" (Dubos, 1962), utopią (Sokołowska, 1980); osiągnięcie pełnego zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego jest praktycznie nie możliwe (Tones, Green, 2004).

Mimo tych zastrzeżeń definicja zdrowia, zaproponowana przez WHO jest nadal najczęściej cytowana na całym świecie. Zainicjowała liczne próby formułowania **pozytywnych definicji zdrowia**.

W ostatnich dekadach wzrosło zainteresowanie zdrowiem wśród przedstawicieli nauk społecznych, wyodrębniła się psychologia zdrowia i socjologia zdrowia. Podjęto próby definiowania zdrowia z perspektywy zdrowia publicznego i promocji zdrowia. Zdrowie występuje także w doktrynie Kościoła katolickiego w wymiarze teologicznym (zdrowie jest darem Boga) i praktycznym (Kościół określa reguły postępowania człowieka wobec własnego ciała i wobec zdrowia bliźnich) (Libiszowska-Żółtkowska, 1997). Szczególny wpływ na współczesne definiowanie zdrowia miała pierwsza jego socjologiczna definicja, sformułowana przez T. Parsonsa (1969, s. 340), który określił zdrowie, jako **stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji**.

Udział przedstawicieli różnych dyscyplin nauki rozszerzył dotychczasowy zakres biomedycznego ujmowania zdrowia o sferę psychospołecznego i duchowego funkcjonowania człowieka, ale równocześnie bardzo skomplikował jego definiowanie (różne podejścia, akcenty, terminologia). Współczesne definicje ujmują zdrowie w różnorodny sposób.

Wątpliwość co do możliwości sformułowania uniwersalnej definicji zdrowia wyraził już w latach 70. XX w. M. Pflanz (1976, s. 357–358): „wiele można powiedzieć na

[4] Cyt. za: E. Bulicz, I. Murawow (1997, s. 44–45).

Różne podejścia do definiowania zdrowia:

- zdrowie jako zdolność człowieka do: normalnego funkcjonowania (wykonywania zadań i pełnienia ról społecznych); osiągania szczytu własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych; wszechstronnego rozwoju i stawiania sobie wymagań; adaptacji w zmieniającym się środowisku; zaspokajania własnych potrzeb, redukowania napięć
- zdrowie jako potencjał fizyczny i psychiczny człowieka, dający możliwość rozwijania różnych aktywności (samorealizacji, twórczego życia)
- zdrowie jako równowaga i harmonia możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych człowieka; dyspozycja do utrzymania równowagi między organizmem człowieka a wymogami środowiska; proces równoważenia zasobów i obciążeń
- zdrowie jako dobra jakość życia: dobre samopoczucie, szczęście, zadowolenie z życia, samorealizacja

temat różnych definicji «zdrowia» – są one pompatyczne, banalne, tautologiczne lub nic nie znaczące. Jednego tylko powiedzieć nie można, że «przyjemnie intrygują» [...]. Wobec różnych punktów wyjścia socjologów, matematyków i lekarzy trudno się spodziewać, aby w ciągu kilku następnych lat powstała definicja i operacjonalizacja terminu «zdrowie» zaspokajająca potrzeby teoretyczne i praktyczne".

Zdaniem Z. Melosika (1999, s. 7): „współcześnie coraz częściej akceptuje się tezę, iż nie istnieje możliwość sformułowania jednej definicji ciała, zdrowia i choroby. Nie są to bowiem stany wyłącznie obiektywne, które są dane, lecz w dużej mierze – społeczne konstrukcje. [...] Mają one charakter relatywny. To co w jednych warunkach kulturowych czy społecznych jawi się jako bezwzględnie zdrowe (stąd pożądane), w innych może stać się przyczyną lub oznaką choroby (i odwrotnie). W rezultacie też nie wydaje się możliwe stworzenie jednej «ostatecznej» (i kulturowo uniwersalnej) koncepcji promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej". Przykładem wpływu czynników kulturowych na rozumienie zdrowia jest ewolucja „ideału" ciała kobiet. „Trzysta lat temu książę de Maura pisał z obrzydzeniem o drugiej żonie Króla Hiszpanii Karola II Marii Annie: „za wysoka, ma śmiesznie długie nogi i cienia obfitości będącej urokiem kobiety i matki"[5]. Obecnie taki właśnie jest „ideał", a dążenie do niego może mieć negatywne skutki zdrowotne (s. 281).

Wobec trudności w zdefiniowaniu zdrowia, specjaliści zdrowia publicznego proponują, aby w formułowaniu definicji zdrowia brać pod uwagę cel, któremu ma ona służyć. Na przykład w programach profilaktyki chorób lepiej wykorzystać definicję negatywną; w programach promocji zdrowia bardziej przydatne są definicje funkcjonalne (zdolności, potencjał człowieka) (Włodarczyk, Poździoch, 2000).

[5] Fragment felietonu S. Stommy – *Raniuszki*, Polityka 2005, nr 48, s. 106. Patrz także: Lew-Starowicz, 1992.

Mimo porażek w sformułowaniu uniwersalnej, profesjonalnej definicji zdrowia, istnieje zgodność, że zdrowie jest:

- odrębną kategorią niż choroba
- kategorią pozytywną, oznacza dobrostan, pełnię możliwości, sprzyja dobrej jakości życia i życiu twórczemu
- pojęciem wielowymiarowym

Potoczne rozumienie zdrowia

Potoczne rozumienie zdrowia odnosi się do tego, jak rozumieją (definiują, opisują) zdrowie „zwykli ludzie" (laicy) w swym potocznym myśleniu, na podstawie doświadczeń z własnego codziennego życia i najbliższego otoczenia. To nieprofesjonalne rozumienie zdrowia zależy od wielu czynników, m.in. od: wieku, poziomu wykształcenia, statusu ekonomiczno-społecznego, doświadczeń życiowych zdobytych w określonych warunkach kulturowych. Każdy człowiek może rozumieć zdrowie na swój sposób.

Definiowanie zdrowia przez ludzi dorosłych

Uważa się, że większość ludzi dorosłych rozumie zdrowie jako przeciwieństwo choroby, czyli niewystępowanie jej objawów lub dolegliwości, dobre samopoczucie, stan niewymagający interwencji medycznej. Wyniki badań wskazują jednak, że w potocznym rozumieniu zdrowie jest pojęciem równie złożonym i wieloznacznym jak w rozważaniach profesjonalistów. Obok fizycznego (somatycznego) wymiaru zdrowia („brak choroby", „brak dolegliwości, bólu", „nie trzeba chodzić do lekarza"), w wypowiedziach ludzi pojawia się dobrostan psychiczny („chęć do życia", „zadowolenie z życia", „zrównoważenie psychiczne") oraz dobre funkcjonowanie w codziennym życiu („energia", „chęć do pracy", „dobra kondycja"). Określenia podawane przez ludzi dotyczą też zdrowia jako wartości i zdrowia jako działania (Kawczyńska-Butrym, 1997).

Ludzie w różnych okolicznościach mogą pojmować zdrowie w nieco odmienny sposób, w zależności od tego, czy myślą o nim ogólnie, czy zwracają uwagę na własny stan zdrowia, czy czują się zdrowo, czy im coś dolega. Zmienność tę wyjaśnia, zdaniem K. Puchalskiego (1994), koncepcja polimorfizmu natury ludzkiej[6], zgodnie z którą jednostka, w swojej świadomości, internalizuje wiele znaczeń zawartych w szerokim pojęciu zdrowia. W polu jej uwagi znajdują się w danej chwili tylko te aspekty, które są związane z konkretną sytuacją. Zmieniona sytuacja (np. choroba) kieruje uwagę człowieka na inne elementy pojęcia zdrowie.

Ważne jest także to, jak formułujemy pytanie, gdy chcemy się dowiedzieć, jak ludzie rozumieją „zdrowie". Możemy zapytać: Co to jest zdrowie? Co oznacza dobre

[6] Zgodnie z tą koncepcja przedstawioną przez S. Ossowskiego świadomość człowieka jest niezwykle dynamicznym układem, w którym dokonują się stałe zmiany, „coś się z czymś ściera, coś z czymś walczy, w którym jedne tendencje ustępują miejsca innym, by za chwilę pojawić się znów w polu uwagi i doznań emocjonalnych" (cyt. za: Puchalski, 1994, s. 60).

zdrowie? Co wskazuje, że zdrowie jest dobre/złe? Można też prosić o dokończenie zdania: „Zdrowy jest człowiek, który..." „Zdrowy jestem, gdy..."

Koncepcja zdrowia dzieci i młodzieży

Wielu badaczy uważa, że dzieci postrzegają zdrowie i chorobę odmiennie niż ludzie dorośli, a zmiany w rozumieniu zdrowia w dzieciństwie wyjaśnia teoria rozwoju poznawczego J. Piageta (1962). Zgodnie z tą teorią, w odpowiedzi na pytania: Co to jest zdrowie? Co to znaczy być zdrowym? Dlaczego ktoś jest chory?:

– **dzieci w stadium przedoperacyjnym** (2–6 r.ż.) udzielają zwykle odpowiedzi ogólnych, niezróżnicowanych, egocentrycznych (odnoszących się do siebie), np. zdrowie umożliwia zabawę z rówieśnikami, wychodzenie z domu, bycie z rodziną;

– **dzieci w stadium operacji konkretnych** (młodszy wiek szkolny) wymieniają specyficzne działania, zasady i sytuacje dotyczące utrzymania zdrowia lub uniknięcia choroby; podają je jednak w sposób nieuporządkowany, wymieniają także zewnętrzne oznaki zdrowia, np. zaróżowione policzki, ładna skóra;

– **młodzież w stadium operacji formalnych** (myślenia abstrakcyjnego) potrafi uogólnić fakty dotyczące zdrowia, jego zachowania, zasad leczenia.

Obecnie wielu autorów krytycznie odnosi się do wyjaśniania zmian w rozumieniu zdrowia w dzieciństwie jako efektu automatycznego przechodzenia przez kolejne stadia rozwoju poznawczego. Znacznie większą rolę przypisuje się wpływom społecznym, zwłaszcza doświadczeniu rodzinnemu, wpływom kulturowym i edukacji zdrowotnej (John-Borys, 2002).

Trudności w określeniu różnic w postrzeganiu zdrowia przez dzieci i dorosłych oraz zmian w rozumieniu zdrowia w dzieciństwie spowodowane są m.in. stosowaniem w badaniach różnych narzędzi, w tym różnie sformułowanych pytań w kwestionariuszach. Analiza wyników badań różnych autorów wskazuje, że:

– młodsze dzieci uznają się za zdrowe lub chore, gdy ktoś im o tym powie, lub gdy pojawią się wcześniej już występujące objawy; zwykle też wymieniają objawy dotyczące zdrowia fizycznego;

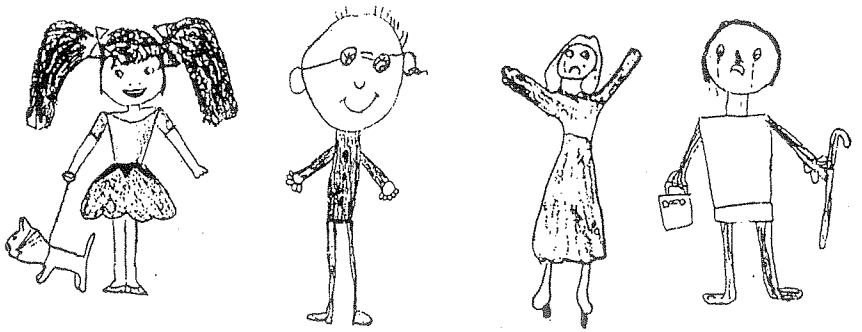
– u młodzieży w opisie zdrowia pojawia się dobre samopoczucie, różne stany emocjonalne, zdolność do wykonywania różnych czynności; nastolatki (12–15 lat) tworząc własne koncepcje zdrowia i choroby wymieniają: komponenty fizyczne (ciało, organizm), psychiczne (uczucia i emocje), energetyczne (dynamika działania) i społeczne (interpersonalne i zadaniowe) (John-Borys, 2002);

– dzieci starsze bardziej precyzyjnie określają zdrowie i biorą pod uwagę różne jego aspekty, co może także wynikać z ich bogatszego słownictwa oraz zasobu wiedzy;

– dzieci częściej rozumieją zdrowie jako dobre samopoczucie niż jako brak choroby;

– dzieciom, podobnie jak większości dorosłych, zdrowie kojarzy się ze zjawiskami (sytuacjami) pozytywnymi, choroba z negatywnymi (ryc. 1.1);

– zmiany koncepcji zdrowia w dzieciństwie polegają na: przejściu od konkretnych przykładów z własnych doświadczeń do stopniowo wzrastającej zdolności do rozumienia zdrowia jako pojęcia abstrakcyjnego, uwzględniania jego fizycznego i psychicznego wymiaru oraz zrozumienia specyficznych pojęć, takich jak np.



Ryc. 1.1. Rysunek dziecka na temat: „Jak wyglądają ludzie zdrowi i chorzy"? (Szymańska i in., 1994)

przyczyny chorób, sposoby utrzymania zdrowia. Z wiekiem koncepcja zdrowia dzieci upodabnia się do jego rozumienia przez matki (Kalnins, Love, 1982).

Niektórzy autorzy sugerują, że dla zbadania, jak dzieci młodsze (do 10–12 roku życia) postrzegają zdrowie, należy zapytać o nie w kontekście doświadczeń z codziennego życia. Zamiast pytania: Co to jest zdrowie? lepiej zapytać:

– Czy robisz coś, aby być zdrowym, gdy jesz, ubierasz się, sprzątasz, idziesz spać, ćwiczysz, odrabiasz lekcje, masz czas wolny?
– Po czym możesz poznać, że kolega (koleżanka) ma dobre zdrowie?
– Czy jest konieczne robić coś, aby być zdrowym? Jeśli tak – Co należy robić?
– Co możesz robić, gdy jesteś zdrowy?
– Co zagraża zdrowiu dzieci?[7]

Przy takim podejściu okazuje się, że dziecięca koncepcja zdrowia, podobnie jak u dorosłych, jest wielowymiarowa i obejmuje trzy, podstawowe wymiary:

- **bycie sprawnym** (zdolnym) do wykonywania różnych czynności (związanych z aktywnością fizyczną, przebywaniem poza domem, nauką w szkole);
- **zachowania sprzyjające zdrowiu** (odpowiednie żywienie, aktywność fizyczna, sen);
- **zdrowie psychiczne**, które dotyczy ogólnego samopoczucia i relacji z innymi (ten wymiar pojawia się już w wieku 5–6 lat) (Normandeau i in., 1998).

Stwarzanie ludziom możliwości zastanawiania się nad tym Co to jest zdrowie? pomaga im uświadomić sobie, co dla nich ono znaczy, zachęcić do zainteresowania się zdrowiem nie tylko jako przeciwieństwem choroby

[7] Propozycja I. Kalnins i in. (1998) i S. Normandeau i in. (1998).

BIBLIOTEKA PUBLICZNA w Bielinach GMINNA

Na co dzień ludzie rzadko zastanawiają się nad tym, czym jest zdrowie. „Zdrowia się nie czuje, zdrowie jest swoistą «pustką», jakimś «antystanem»" (Demel, 1968, s. 70). „Kiedy jestem zdrowy, nie wiem o tym. Nie mówię sam sobie o tym. Kiedy jestem chory, mówię to sobie, mam tego świadomość. I wtedy wiem jak to jest, kiedy jestem zdrowy. Ale wtedy nie jestem zdrowy, więc wiem to tylko teoretycznie, mogę to sobie wspominać i wyobrażać. Tak jest z wieloma sprawami. [...] Być u siebie, być z kimś kochanym, żyć wygodnie – nie wiemy jak to jest, dopóki tak jest. To chyba dobrze wiedzieć, jak to właśnie jest. Szkoda, że trzeba to wcześniej stracić"[8].

Poznanie, jak ludzie definiują (opisują) zdrowie, pozwala lepiej zrozumieć ich zachowania, gotowość do troski o swoje zdrowie, w tym kształtowania zachowań mu sprzyjających

1.1.2. Zdrowie jako kategoria pozytywna

Zdrowie traktuje się jako kategorię **pozytywną**. Wiąże się ono z dobrą jakością życia, energią życiową, sprawnością fizyczną, potencjałem człowieka, rozwojem, zdolnością do aktywnego i twórczego życia, cieszenia się życiem, optymizmem, szczęściem itd. Efektem takiego ujęcia zdrowia są m.in. takie terminy, jak: dobrostan, *wellness*.

Termin **dobrostan** pochodzi od słowa *well-being*, użytego m.in. w definicji zdrowia ŚOZ. Jest synonimem dobrego samopoczucia. Odnosi się do subiektywnej oceny zdrowia, tzn. dokonywanej przez samych ludzi, a nie lekarzy lub innych profesjonalistów. Dobrostan psychiczny jest przedmiotem zainteresowania psychologii pozytywnej, której inicjatorem jest amerykański psycholog Martin Seligman (2004). Interpretacja tego pojęcia nie jest jednak jednoznaczna. Dobrostan:

– może oznaczać pełnię zdrowia, „wyidealizowany stan pełnego zdrowia" (Słońska, Misiuna, 1994, s. 9);

– „definiuje się jako poznawczą i emocjonalną ocenę własnego życia [...]. Jest pojęciem szerokim, obejmującym doświadczanie przyjemnych emocji, niski poziom negatywnych nastrojów i wysoki poziom zadowolenia z życia" (Diener, Lucas, Oishi, 2004, s. 35);

– jest pojęciem odnoszącym się do „subiektywnie postrzeganej przez danego człowieka pomyślności, jest uwarunkowany poznawczym i emocjonalnym stosunkiem człowieka do własnego życia oraz jego behawioralną zdolnością do zmagania się z wyzwaniami i przeciwnościami losu"[9].

[8] Fragment felietonu J. Bralczyka: *Szlachetne zdrowie*, „Charaktery" czerwiec 2004, s. 56. Myśl, że zdrowie docenia się dopiero po jego utracie, ma bardzo długą historię. Zawarta jest w najczęściej przytaczanym fragmencie utworu J. Kochanowskiego „Szlachetne zdrowie..." i A. Mickiewicza „Litwo, ojczyzno moja ..." oraz dziełach wielu higienistów, np. „Chorobą każdy się interesuje, bo go niepokoi... zdrowia nikt nie odczuwa..." (Kacprzak, 1957, s. 62).

[9] Według multimedialnej nowej *Encyklopedii PWN*: encyklopedia.pwn.pl/17181_.htm; dodatkowe informacje patrz Część II, s. 395.

Rozróżnia się termin „wysokie poczucie dobrostanu" lub „niskie poczucie dobrostanu" (Kulmatycki, 2003, s. 14–15).

Termin ***wellness*** jest jednym z współczesnych ujęć zdrowia związanych z jakością życia, a także działaniami na rzecz zdrowia (dążeniem do *wellness*). Termin ten nie ma odpowiednika w języku polskim i tłumaczy się jako **pełnię możliwości**, czyli „optymalny stan zarówno w wymiarze funkcjonowania w codziennym życiu, jak i odczuwanej życiowej satysfakcji, możliwy do osiągnięcia przez człowieka w danym momencie życia i warunkach, w których żyje" (Słońska, 2004, s. 355). Optymalny stan zdrowia:

– może się zmieniać w różnych okresach życia człowieka, w zależności od warunków, w jakich żyje, a także podejmowanych działań dla swego zdrowia;

– dotyczy ludzi uznanych (na podstawie kryteriów medycznych) za zdrowych i za chorych; osoba chora dążąc do *wellness* rozwija swój potencjał (w granicach swoich możliwości), unika zagrożeń, które mogą pogorszyć jej stan zdrowia, dąży do samodzielności w osiąganiu własnych celów.

1.1.3. Definiowanie choroby

Definiowanie choroby natrafia na podobne trudności jak definiowanie zdrowia. Traktując chorobę jako brak zdrowia (niedobór, deficyt, „niezdrowie"), a zdrowie jako „nieobecność" choroby, można posłużyć się linią prostą (kontinuum), na której krańcach znajduje się znakomite zdrowie i choroba. Model takiego kontinuum przedstawił m.in. A. Antonovsky (2005), w swojej koncepcji salutogenezy (s. 32). Chorobę, jako stan, można też określić w trzech wymiarach, które mają w języku angielskim różne terminy, niemające odpowiedników w języku polskim (Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 33):

– **obiektywne zmiany patologiczne w organizmie**, potwierdzone w badaniach lekarskich i/lub laboratoryjnych (ang. *disease*), co odpowiada biomedycznej koncepcji choroby;

– **subiektywne poczucie choroby** (ang. *illness*) – indywidualna interpretacja i sposób reagowania na objawy choroby, w którym najważniejsze znaczenie ma samopoczucie człowieka; na tej podstawie ludzie czują się niezdrowi, chorzy;

– **społeczna tożsamość choroby** (ang. *sickness*) – ludzie są uznani przez innych za niezdrowych (chorych) lub sami publicznie tak się określili; efektem tego jest otrzymanie etykiety „chory" oraz traktowanie w odmienny sposób przez osoby uważane za zdrowe.

Szczególne znaczenie ma rozważanie choroby w sensie obiektywnym i subiektywnym, gdyż częste są rozbieżności między orzeczeniem lekarskim a samooceną zdrowia. Subiektywna ocena zdrowia w większym stopniu wpływa na zmianę zachowań człowieka niż zalecenia lekarskie, wynikające z obiektywnej (profesjonalnej) diagnozy stanu zdrowia.

Socjologowie medycyny postrzegają chorobę, podobnie jak zdrowie, w aspekcie funkcjonalnym – zdolności do wykonywania zadań życiowych i pełnienia ról

społecznych. Istnieje koncepcja roli chorego oraz pojęcie „zachowania w chorobie" (ang. *illness behaviour*)[10].

1.2. Modele zdrowia

W naukach o zdrowiu, obok jego definiowania, rozważa się go w szerszym kontekście używając zamiennie terminów: „model", „koncepcja", „paradygmat"[11] lub „podejście" do zdrowia. Nie wdając się w dyskusje terminologiczne[12], w dalszych rozważaniach używany jest termin „model" lub „podejście do zdrowia". Termin „model" (łac. *modulus* – miara, wzór) ma wiele znaczeń. Ze względu na to, iż pojęcie „zdrowie" jest bardzo złożone przyjęto, że termin „model" będzie oznaczał jego **opis**, charakteryzujący jego główne założenia, elementy i właściwości.

1.2.1. Biomedyczny model zdrowia

Biomedyczny (lub medyczny) model zdrowia stanowi podstawę współczesnej medycyny. Jego założenia zostały opisane m.in. przez F. Caprę (1987). Model ten ukształtował się pod wpływem mechanistycznej teorii przyrody (życia) Kartezjusza (René Descartesa 1596–1650) i nadal jest często wykorzystywany w naukach medycznych. Koncepcje Kartezjusza, genialnego matematyka i filozofa, wywarły wpływ na wiele dziedzin nauki, a także metodologię badań naukowych. Istotą jego teorii, która wpłynęła na powstanie biomedycznego modelu zdrowia i stanowi jego podstawowe cechy, były m.in. następujące założenia:

- **dualizm** – podział na dwie odrębne sfery: sferę ducha (łac. *res cogitans* – „rzecz myśląca"), na której skupiły się nauki humanistyczne, i sferę materii (łac. *res extensa* – „rzecz rozszerzona"), którą zajęły się nauki przyrodnicze;
- **świat materialny jest maszyną**, maszynami są także rośliny i zwierzęta; w człowieku zamieszkuje rozumna dusza, połączona z ciałem za pomocą szyszynki;
- **przyrodą rządzą prawa mechaniki** i wszystko można wytłumaczyć w kategoriach ruchu i układu poszczególnych części; najdoskonalszym modelem jest mechanizm zegarowy. „Ciało ludzkie uważam za maszynę [...] Porównuję w myślach człowieka chorego i źle zrobiony zegar oraz moje wyobrażenie człowieka zdrowego i zegar dobrze zrobiony" (za: Capra, 1987, s. 94). W tym ujęciu zadaniem lekarza powinno być przywrócenie prawidłowego funkcjonowania uszkodzonego mechanizmu.

[10] Opis tych koncepcji patrz m.in.: Z. Słońska, 1998, s. 91; B. Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 33–40.

[11] Paradygmat (gr. *paradeigma* – wzorzec) – „zbiory postaw, wartości, procedur, technik itp., które tworzą ogólny punkt widzenia w poszczególnej dyscyplinie w danym momencie: A.S. Reber (2000) *Słownik psychologii*, tłum. B. Janasiewicz-Kruszyńska i in., Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 483.

[12] W piśmiennictwie istnieje ogromny chaos terminologiczny, co wskazuje na potrzebę podjęcia dyskusji w gronie specjalistów z różnych dyscyplin nad ustaleniem i uzgodnieniem terminologii podstawowych pojęć.

Krytycy biomedycznego modelu zdrowia (w tym także F. Capra) stawiają mu następujące zarzuty:

- podział na duszę i ciało spowodował, że lekarze zaczęli zajmować się głównie ciałem niedoceniając psychicznych, społecznych i środowiskowych uwarunkowań zdrowia i choroby; nastąpił podział na lekarzy zajmujących się ciałem i umysłem;
- ciałem człowieka (maszyny), złożonym z różnych układów (części), zajmują się różni specjaliści; w medycynie zaczęło powstawać coraz więcej wąskich specjalizacji, pacjent nie jest postrzegany jako integralna osoba;
- koncentracja na chorobie, traktowanej jako brak zdrowia;
- bierna, przedmiotowa rola jednostki;
- nieuwzględnianie wpływu sytuacji życiowej i czynników środowiskowych na zdrowie;
- „inżynieryjne" traktowanie zdrowia zrodziło nadmierne zainteresowanie technologią medyczną, uważaną za jedyną drogę do lepszego zdrowia.

Biomedyczne podejście do zdrowia zaowocowało znaczącym postępem w rozwoju medycyny – poznaniem przyczyn wielu chorób, opracowaniem skutecznych metod ich leczenia, nowych technologii medycznych itd. Niektóre elementy **biomedycznego podejścia do zdrowia są nadal aktualne i komplementarne do nowego, holistycznego podejścia do zdrowia**[13].

1.2.2. Holistyczne podejście do zdrowia

Holistyczne, czyli całościowe, podejście do zdrowia wywodzi się z koncepcji **holizmu** (gr. *holos* – cały, całkowity), czyli „całościowości". Termin ten odnosi się do poglądów, kierunków filozoficznych i metod ujmujących oraz wyjaśniających zjawiska w sposób całościowy, przyjmując, że przynajmniej niektóre przedmioty można określić tylko w obrębie obejmującej je całości. „W najszerszym znaczeniu holizm przedstawia próbę ujęcia wszystkich stron określonego obszaru problemowego, uwzględniając wszystkie możliwe aspekty i powiązania, aby uniknąć zbytniego uwypuklenia poszczególnych aspektów, elementów składowych całości" (Surzykiewicz 2003, s. 237). Podejście holistyczne znalazło zastosowanie w naukach przyrodniczych i społecznych[14].

Podstawę teoretyczną holistycznego pojmowania istoty zdrowia i choroby stanowi ogólna teoria systemów, której twórcą jest L. von Bertalanffy (1984). Istotą tej teorii jest: hierarchia systemów, z których każdy jest jednocześnie częścią większego systemu i zbiorem systemów podrzędnych, każdy system stanowi jednocześnie całość i część. „Człowiek jest zarówno samodzielną jednostką o określonej konstrukcji psychicznej i autonomii funkcjonalnej, jak i elementem społeczeństwa oraz szeroko pojętej przyrody" (Bishop, 2000, s. 46). Podobnie uważał wybitny polski lekarz Julian

[13] Zestawienie cech (różnic) biomedycznej i holistycznej koncepcji (modelu) zdrowia można znaleźć w książce L. Kulmatyckiego (2003, s. 26–27).

[14] Istnieje Międzynarodowe Towarzystwo Zdrowia Holistycznego (ang. *International Society for Holistic Health*).

Aleksandrowicz (1988, s. 121): „Człowiek to coś więcej niż suma komórek, tkanek i narządów. Człowiek to także coś więcej niż «ciało» i «dusza». Człowiek pojmowany jako dynamiczny system funkcjonujący w sprzężeniu z innymi systemami, poddany oddziaływaniu środowiska przyrodniczego i społecznego, i sam na nie oddziałujący – to zupełnie nowa jakość".

Społeczno-ekologiczny model zdrowia

Holistyczne podejście do zdrowia można rozpatrywać w dwóch aspektach: systemowego postrzegania świata („większej całości"), w którym zdrowie człowieka rozpatrywane jest w kontekście i w powiązaniu z szeroko rozumianym środowiskiem, oraz z perspektywy jednostki („mniejszej całości"). Stanowi to istotę **społeczno-ekologicznego modelu zdrowia**[15], który jest „zapleczem teoretycznym dla współczesnej promocji zdrowia" i zakłada m.in., że (Słońska, 1999, s. 308–309):

- istnieją skomplikowane powiązania między człowiekiem i jego środowiskiem;
- na zdrowie człowieka wpływa wiele czynników;
- istnieje nierówny dostęp do zdrowia (opieki zdrowotnej i sprzyjającego zdrowiu stylu życia) w zależności od cech położenia społecznego (płeć, wiek, wykształcenie, dochody).

Holistyczny (społeczno-ekologiczny) model zdrowia jest przedstawiany w piśmiennictwie za pomocą różnych form graficznych, a jego symbolem jest zwykle koło. Jednym z najczęściej prezentowanych jest „Mandala[16] zdrowia" – model ekosystemu człowieka, opracowany w Departamencie Zdrowia Publicznego Miasta Toronto. W centrum tego modelu znajduje się człowiek (jego ciało, dusza i intelekt). Najbliższym dla niego kręgiem jest rodzina, która w największym stopniu wpływa na zdrowie każdego z jej członków, ich wartości, postawy wobec zdrowia, zachowania oraz pośredniczy między jednostką a instytucjami społecznymi. W kręgach pośrednich znajdują się różnorodne grupy czynników wpływające na zdrowie człowieka[17]. Najszerszym kręgiem jest biosfera i kultura (ryc. 1.2).

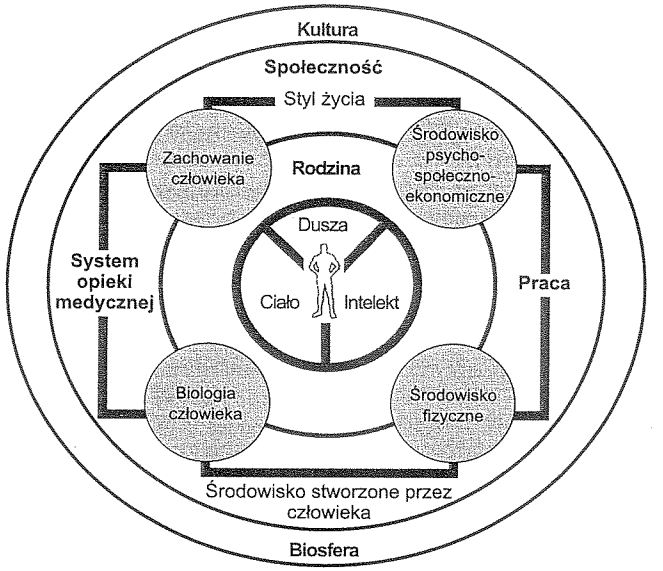
W innym modelu holistycznego podejścia do zdrowia, jednostkę („mniejszą całość") z jej pięcioma wymiarami zdrowia, otacza zdrowie społeczeństwa i środowiskowe (ryc. 1.3):

- **Zdrowie społeczeństwa** (ang. *societal health*). Są to normy kulturowe, wartości i praktyki, które mogą być „zdrowe" i „niezdrowe". Trudno być zdrowym w „chorym" społeczeństwie (ang. *sick society, social malaise*), które nie zaspokaja podstawowych potrzeb biologicznych i psychicznych jednostek. Na przykład, w którym ograniczona jest dostępność do żywności, mieszkań, pracy, opieki zdrowotnej, dóbr kulturalnych,

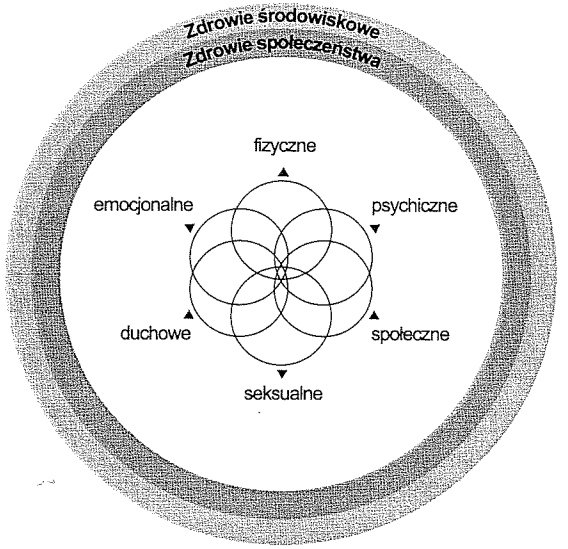
[15] Pojęciem zbliżonym jest „biopsychospołeczny model zdrowia", opisywany w podręcznikach psychologii zdrowia (Sheridan, Radmacher, 1998, s. 5).

[16] Mandala – kształt koła (doskonały) jest odbiciem naturalnego porządku. Pochodzi ze starego języka hinduskiego i symbolizuje cały świat, Boga, człowieka, życie i stworzenie – S. Wnillemet, A.A. Cavelius (1999) *Mandala. Buddyjska terapia uspokajająca*, Warszawa, Świat Książki.

[17] Czynniki warunkujące zdrowie człowieka zostały szerzej omówione w rozdz. 2.



Ryc. 1.2. „Mandala zdrowia" – model ekosystemu człowieka (Hancock, 1990)



Ryc. 1.3. Holistyczny model zdrowia (Simovska i in., 2006)

rekreacji, lekceważone są prawa człowieka, istnieje dyskryminacja grup mniejszościowych (etnicznych, o różnych orientacjach seksualnych) (Ewles, Simnett, 2003).

- **Zdrowie środowiskowe** (ang. *environmental health*), które zgodnie z definicją WHO „zawiera te aspekty zdrowia człowieka, łącznie z jakością życia, które są zdeterminowane przez czynniki fizyczne, chemiczne, biologiczne, społeczne i psychiczne środowiska. Obejmuje też założenia teoretyczne i praktykę w zakresie oceny, eliminacji i zapobiegania obecności w środowisku tych czynników, które mogą oddziaływać negatywnie na zdrowie obecnego i przyszłych pokoleń"[18]. Środowisko jest to rozumiane szeroko jako środowisko życia w domu, pracy, miejscach rekreacji.

Zdrowie jednostki jako „całość"

Holistyczne podejście do zdrowia jednostki nawiązuje do definicji WHO, w której wyróżniono samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne. Podejście to zakłada, że **zdrowie człowieka stanowi całość**, złożoną z kilku powiązanych ze sobą i zależnych wzajemnie od siebie wymiarów (komponent, aspektów). Wymiary te to zdrowie: fizyczne, psychiczne, społeczne, duchowe, seksualne i prokreacyjne. Symbolem tej całości może być także koło (ryc. 1.3), w którym poszczególne wymiary zdrowia stanowią jednakowo ważne i związane ze sobą części. Zmiany w jednym wymiarze zdrowia wpływają na pozostałe jego wymiary. **Zdrowie oznacza zatem pewien rodzaj równowagi między poszczególnymi jego wymiarami**, które wyróżnia się dla ułatwienia opisu, choć i one, podobnie jak „całość" zdrowia, są trudne do zdefiniowania.

Zdrowie fizyczne – odnosi się do ciała, biologicznego funkcjonowania organizmu i jego poszczególnych układów. Może oznaczać, z jednej strony prawidłową ich funkcję (bez objawów choroby lub niepełnosprawności), a z drugiej, odpowiedni poziom sprawności i wydolności fizycznej, zdolność do wykonywania codziennych czynności bez nadmiernego zmęczenia.

Zdrowie psychiczne jest znacznie trudniej zdefiniować[19]. Najczęściej wyróżnia się dwa jego komponenty:

- poznawczy, czyli **zdrowie umysłowe** (mentalne) określane jako zdolność do jasnego, spójnego myślenia, uczenia się, realizacji swego potencjału intelektualnego;
- afektywny, czyli **zdrowie emocjonalne**, które oznacza:
  - zdolność do kontrolowania emocji (m.in. takich jak lęk, radość, złość, żal), w tym rozpoznawania ich i wyrażania w sposób adekwatny do sytuacji, zapewniający poczucie komfortu i akceptowany społecznie;
  - zdolności do radzenia sobie z trudnościami, stresem, napięciem, depresją i lękiem.

Zdrowie społeczne (ang. *social health*) – jest, podobnie jak zdrowie psychiczne, pojęciem złożonym i różnie definiowanym. Oznacza ono (Tones, Green, 2004, s. 13):

- niezależność (autonomię), jako cechę osób dojrzałych społecznie;

[18] Cyt. za: D. Jarosińska (1998) *Medycyna środowiskowa – integracja nauk medycznych na rzecz zdrowia środowiskowego*, „Medycyna Środowiskowa", nr 1, s. 5–9.

[19] Definicje zdrowia psychicznego zostały także omówione w Części II, rozdz. 5.2, s. 393.

- zdolność do utrzymywania dobrych relacji interpersonalnych i współpracy z innymi ludźmi,
- akceptowanie odpowiedzialności za siebie i innych.

Zdrowie duchowe (ang. *spiritual health*) – jest pojęciem jeszcze bardziej wieloznacznym. Problemy w jego zdefiniowaniu zaczynają się już w odniesieniu do terminu „duchowy" i „duchowość". W definicjach zdrowia duchowego pojawiają się takie elementy, jak: samoświadomość, jakość relacji, system wartości i poczucie celu życia (Seaward, 1991). Eksperci z zakresu promocji zdrowia wyróżnili następujące kryteria zdrowia duchowego: zdolność do dawania i brania, okazywanie („promieniowanie") ciepła, bezwarunkowa miłość, poczucie sensu i celu życia, uznawanie czynników transcendentalnych, wewnętrzna siła i spokój, pozytywne nastawienie, własne kredo życiowe, uznawanie istnienia czegoś, co istnieje „poza naszym umysłem", otwartość na przeżycia duchowe, zdolność do wyjścia poza świadomość (Hill, 1995).

Analizując propozycje różnych autorów, można przyjąć, że zdrowie duchowe najogólniej oznacza doświadczanie wewnętrznego spokoju i zgody z samym sobą oraz rozpoznawanie i wdrażanie w życie zasad i przekonań religijnych lub moralnych. Jego rozumienie zależy zatem od przekonań i stosunku ludzi do sił, które kierują życiem ludzkim i „porządkiem" (sensem) świata. Dla ludzi wierzących związane jest z ich przekonaniami, praktykami religijnymi i wartościami podstawowymi dla danej religii. Dla ludzi niewierzących wynika z praw natury lub ich osobistego „kredo". Niektórzy autorzy uważają, że zdrowie duchowe nie jest odrębną „kategorią", lecz częścią afektywnego komponentu zdrowia psychicznego (Tones, Green, 2004, s. 12).

Ciekawą interpretację zdrowia duchowego przedstawił ksiądz Józef Tischner (1998, s. 127). Uznał, że człowiek „jest bytem dla siebie [...] dla samego siebie pewnym zadaniem [...] jakimś darem, ale można także powiedzieć, że jest dla samego siebie jakimś nieszczęściem. [...] Kiedy jesteśmy dla siebie, jesteśmy jednocześnie w jakiejś mierze przeciwko sobie". Wychodząc z tego punktu widzenia uznał, że zdrowie duchowe (zastrzegając się, że jest to określenie niezbyt precyzyjne) „polegałoby na tym, że owo «dla siebie» i «przeciwko sobie» pozostają we względnej harmonii, tzn. każde «przeciwko sobie» pojawia się w ramach głębszego «dla siebie»". Z rozważań tych wynikają ważne wskazania dla edukacji zdrowotnej odnoszące się do osób, u których przeważają działania „przeciw sobie" i człowiek „w granicach swojego jestestwa jest wrogiem samego siebie". Zdaniem J. Tischnera „pojawia się wówczas problem, jak nauczyć takiego człowieka przyjaźni, nie tylko z innymi, ale przede wszystkim z samym sobą".

Zdrowie seksualne (ang. *sexual health*) według WHO **to zespół biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości**. Zdrowie seksualne oznacza wolność od przymusu i przemocy seksualnej, ochronę przed nią oraz odpowiednie rozwiązywanie problemów związanych z życiem seksualnym. Jest to pozytywne podejście do ludzkiej seksualności, z którego wynikają także zadania dla opieki nad zdrowiem seksualnym. Powinna ona uwzględniać potrzeby ludzi w zakresie życia seksualnego, a nie tylko poradnictwo związane z prokreacją i zapobieganiem chorobom przenoszonym drogą płciową (WHO, 2001). Wyodrębnienie tego

aspektu zdrowia było efektem ewolucji postaw wobec seksualności człowieka (uznanie jej za integralną część osobowości), nowego podejścia do zaburzeń seksualnych oraz wdrażania praw człowieka, w tym praw seksualnych (Lew-Starowicz, 1999, s. 340).

Drugim pojęciem związanym z seksualnością człowieka jest **zdrowie prokreacyjne** (ang. *reproductive health*). Definiuje się je jako **stan pełnego dobrostanu (*well-being*) w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami we wszystkich okresach życia**[20]. Zdrowie prokreacyjne oznacza, że ludzie mogą prowadzić odpowiedzialne, satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz że mają zdolność do prokreacji, jak również swobodę decydowania, czy, kiedy i ile chcą mieć dzieci. Kobiety i mężczyźni mają prawo do: uzyskiwania informacji, dostępu do bezpiecznych, skutecznych i akceptowanych metod regulowania płodności oraz opieki zdrowotnej, która zapewnia kobiecie bezpieczeństwo w czasie ciąży i porodu, a obojgu rodzicom daje szansę na posiadanie zdrowego dziecka (WHO, 2001).

Należy wspomnieć także o terminie **zdrowie publiczne** (ang. *public health*), który nie odnosi się do omówionych już aspektów zdrowia dotyczących jednostki. Zdrowie publiczne jest to, rozwijająca się dynamicznie w ostatnich dekadach, interdyscyplinarna dziedzina nauki i praktyki, zajmująca się różnorodnymi aspektami zdrowia społeczeństwa (zbiorowości). Istnieje wiele jego definicji. Według D. Achesona, zdrowie publiczne „**jest to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia poprzez organizację zbiorowych wysiłków społeczeństwa**" (Włodarczyk, Poździoch, 2000, s. 20). W Polsce istnieje specjalizacja w zakresie zdrowia publicznego, którą mogą uzyskiwać przedstawiciele wielu zawodów, także niemedycznych (www.cmkp.edu.pl).

1.2.3. Model salutogenezy A. Antonovsky'ego

Koncepcja i model salutogenezy zostały opracowane w końcu lat 70. XX w., przez socjologa medycyny Aarona Antonovsky'ego (2005). Model ten opisuje i wyjaśnia uwarunkowania i mechanizmy osiągania zdrowia i stał się przełomem w naukach o zdrowiu (Sęk, 2006, s. 54).

Podejście patogenetyczne i salutogenetyczne

W tradycyjnym, biomedycznym modelu zdrowia, przeważa **podejście patogenetyczne**[21], którego istotą, zdaniem A. Antonovsky'ego, jest założenie, że stanem normalnym organizmu człowieka jest **homeostaza**[22] i porządek. Po naruszeniu homeostazy organizm uruchamia różne mechanizmy regulacyjne (neuropsychologiczne, immunologiczne, endokrynologiczne), aby ją przywrócić. Gdy okaże się to niemożliwe, pojawia się choroba, a jej leczenie ma na celu przywrócenie lub zastąpienie tych mechanizmów. Konsekwencją takiego myślenia jest m.in.:

– podział ludzi na dwie kategorie: zdrowych (normalnych, z niezaburzoną homeostazą) i chorych (dewiantów); dla chorych, którzy cierpią i są bardziej zagrożeni, przeznacza się więcej środków społecznych niż na działania w zakresie zdrowia publicznego, które dotyczą całej populacji;

– koncentracja na przyczynach chorób i czynnikach ich ryzyka oraz na poszczególnych jednostkach chorobowych, z pomijaniem wspólnych, często pozamedycznych, przyczyn wielu chorób;

– założenie, że stresory są zawsze szkodliwe dla zdrowia i należy dążyć do ich eliminowania oraz tworzenia nieosiągalnego, sterylnego środowiska „bez stresów".

W podejściu patogenetycznym podstawowym pytaniem jest: **Co jest przyczyną chorób i jakie są czynniki ich ryzyka**? Przedstawiając cechy i ograniczenia tego podejścia i doceniając jego znaczenie w medycynie, A. Antonovsky nie proponuje jego odrzucenia, ale uzupełnienie o nowe podejście (myślenie), które określił jako salutogenetyczne (łac. *salus* – zdrowie, dobre powodzenie, pomyślność, szczęście).

Podejście salutogenetyczne zakłada, że stanem normalnym organizmu człowieka jest nieuporządkowanie, stan zaburzonej homestazy, dokonujące się pod wpływem ciągłych zmian wewnętrznych i zewnętrznych. Jest to jednak system otwarty, w którym jest także miejsce dla porządku. Człowiek przemieszcza się w swoim życiu na kontinuum (linii) rozciągającym się między dwoma wyimaginowanymi biegunami (krańcami):



Pomiędzy biegunami kontinuum są różne stany pośrednie względnego zdrowia lub choroby. Poziom zdrowia to miejsce na kontinuum w danym czasie. Można je określić obiektywnie (np. w badaniu lekarskim) i subiektywnie z perspektywy pacjenta. Ze względu na stałą zmienność tego miejsca należy zajmować się całą populacją – ludźmi znajdującymi się w każdym punkcie kontinuum (a nie jak w podejściu patogenetycznym głównie ludźmi chorymi). Kluczowe pytania w myśleniu salutogenetycznym to: **Dlaczego ludzie mimo działania czynników szkodliwych (stresorów) zachowują zdrowie lub w razie choroby powracają do zdrowia? Dlaczego dana osoba, niezależnie od miejsca, jakie zajmuje na kontinuum, przemieszcza się w kierunku**

[20] Definicja ta zaproponowana przez WHO (nawiązująca do „ogólnej definicji zdrowia) została przyjęta w Platformie Działania IV Światowej Konferencji w sprawach Kobiet, Pekin, 1995 r. Termin „zdrowie prokreacyjne" jest w odniesieniu do człowieka bardziej właściwy niż powszechnie używane wierne tłumaczenie z języka angielskiego „zdrowie reprodukcyjne".

[21] Patogeneza – dział patologii – nauki badającej mechanizmy powstawania i rozwoju procesów chorobowych w organizmie. Polska Akademia Nauk Wydział VI Nauk Medycznych (1981) *Polski słownik medyczny*, Warszawa, PZWL, s. 855.

[22] Homeostaza (pojęcie wprowadzone w 1929 r. przez W. Cannona) jest to „tendencja jakiegoś układu do utrzymania równowagi dynamicznej w ramach wewnętrznych zależności, a w wypadku jej zakłócenia – do przywrócenia stanu równowagi na drodze własnych mechanizmów autoregulacyjnych" – Polska Akademia Nauk Wydział VI Nauk Medycznych (1981) *Polski słownik medyczny*, Warszawa, PZWL, s. 410.

bieguna zdrowie? Poszukując odpowiedzi na te pytania A. Antonovsky zdefiniował dwa nowe pojęcia: uogólnione zasoby odpornościowe i poczucie koherencji.

Uogólnione zasoby odpornościowe (ang. *generalized resistance resources – GRR*) „stanowią bufory dla czynników ryzyka [...] i są to «właściwości» jednostki, grupy, jej środowiska i kultury, które [...] umożliwiają uniknięcie stresorów i usprawnienie procesu radzenia sobie z wymaganiami, w ten sposób, że zapobiegają przekształcaniu się napięcia w stan stresu" (Sęk, 2005, s. 46). Do zasobów tych należą:

– właściwości człowieka – cechy biologiczne (genetyczne, konstytucjonalne) i psychiczne (m.in. poczucie tożsamości, sprawstwa i kontroli, zdolności, inteligencja, wiedza), zdolności interpersonalne;

– cechy środowiska fizycznego (naturalnego i wytworzonego przez człowieka);

– czynniki społeczno-kulturowe – wsparcie społeczne, stabilność kulturowa, religia, opieka zdrowotna;

– warunki materialne, pozycja zawodowa.

Zasoby te sprzyjają ochronie zdrowia i procesom zdrowienia. Termin „uogólnione" oznacza, że dzięki doświadczeniu „działają" one niezależnie od sytuacji. Niektóre zasoby, zwłaszcza biologiczne, są wrodzone (dziedziczne), większość jednak rozwija się procesie rozwoju osobniczego i socjalizacji. Ważna jest jednak umiejętność wykorzystywania przez człowieka dostępnych mu zasobów. Umiejętność ta wiąże się z centralnym pojęciem koncepcji salutogenezy – tzn. **poczuciem koherencji**.

Poczucie koherencji

Poczucie koherencji (ang. *sense of coherence* – SOC) „jest to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:

– bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturowany, przewidywalny i wytłumaczalny;

– dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce;

– wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania" (Antonovsky, 2005, s. 34).

Poczucie koherencji składa się zatem z trzech, wzajemnie ze sobą związanych, komponentów:

1. **Zrozumiałość** (ang. *comprehensibility*) – odbieranie przez człowieka napływających informacji (bodźców) jako uporządkowanych, ustruktruralizowanych, jasnych i spójnych, dzięki czemu ma on poczucie, że można je pojąć, ocenić, zrozumieć i przewidzieć (jest to składnik poznawczy).
2. **Zaradność** (ang. *manageability*)[23] – stopień, w jakim dostępne zasoby są postrzegane przez człowieka jako wystarczające, aby sprostać wymaganiom stawianym przez otoczenie. Jest to przekonanie, że może w razie potrzeby skorzystać z tych zasobów (własnych i zewnętrznych), wie do kogo zwrócić się o pomoc.

[23] Niektórzy autorzy tłumaczą ten termin jako „sterowalność".

Dzięki temu poczuciu człowiek nie czuje się bezradny, wobec wydarzeń przyjmuje postawę aktywną i usiłuje zaradzić trudnościom i problemom (jest to składnik poznawczo-instrumentalny).

3. **Sensowność** (ang. *meaningfulness)* – stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens, że przynajmniej część wymagań i problemów, które niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania. Dzięki wysokiemu poczuciu sensowności człowiek podejmuje wyzwania, poszukuje w nich sensu i robi wszystko, aby radzić sobie i rozwiązywać problemy (jest to składnik motywacyjno-emocjonalny). Sensowność jest najważniejszym składnikiem poczucia koherencji, gdyż bez niego poczucie zrozumiałości i zaradności mogą być krótkotrwałe; przy wysokiej sensowności mają tendencję do podwyższania się.

Pomiaru poczucia koherencji dokonuje się za pomocą opracowanego przez A. Antonovsky'ego Kwestionariusza Orientacji Życiowej. Istnieje polska adaptacja tego kwestionariusza do pomiaru poszczególnych komponentów SOC-29, dostosowana do badań ludzi dorosłych (Antonovsky, 2005, s. 175–178). Opracowano także uproszczoną wersję kwestionariusza dla młodzieży SOC-13 (Zwoliński, 2001).

Wyniki wielu badań wskazują, **że poczucie koherencji wpływa pozytywnie na zdrowie i radzenie sobie ze stresem**. Im silniejsze jest poczucie koherencji, tym większą mają ludzie szansę na przesuwanie się na kontinuum w kierunku bieguna „zdrowie", gdyż:

– łatwiej im unikać zagrożeń i niebezpieczeństw; częściej podejmują zachowania prozdrowotne i unikają zachowań ryzykownych; lepiej dbają o własne zdrowie;

– oceniają bodźce, których nie da się uniknąć, nie jako zagrożenia i niebezpieczeństwa, które paraliżują, lecz jako wyzwania warte zainwestowania energii i sytuacje, którymi można kierować;

– traktują zasoby odpornościowe jako „potencjały", są gotowi i chętni do ich wykorzystania, wytrwale szukają sposobów poradzenia sobie.

Rozwój poczucia koherencji zaczyna się już we wczesnym dzieciństwie i ustala się na poziomie określonym dla danego człowieka we wczesnej dorosłości (ok. 30 r.ż.), po osiągnięciu przez niego pewnej stabilizacji życiowej, gdy utrwalają się lub odwracają doświadczenia nabyte w dzieciństwie i w okresie dorastania. Rozwój ten dokonuje się pod wpływem doświadczeń życiowych, wśród których szczególnie ważne są trzy właściwości:

- **Spójność doświadczeń** (stałość, konsekwencja), tzn. układanie się ich w pewną logiczną całość, powtarzalność i ciągłość, tradycja rodzinna, brak zaskakujących i niespodziewanych zdarzeń życiowych itd., sprzyja kształtowaniu się komponentu zrozumiałości.
- **Równowaga między przeciążeniem a niedociążeniem** kształtuje poczucie zaradności, gdy wymagania, które stawia się człowiekowi od najmłodszych lat odpowiadają jego możliwościom. Negatywne skutki może mieć wysoki poziom wymagań, ale także niedostatek bodźców powodujący nudę i pustkę. Korzystniejsze jest lekkie przeciążenie, sprzyjające odkrywaniu własnych zasobów, talentów.
- **Udział w podejmowaniu decyzji** – stymuluje rozwój poczucia sensowności. Aktywne uczestnictwo jednostki w kreowaniu rzeczywistości, w decydowaniu

w sprawach dla niej ważnych, akceptowanie swojej roli w wykonywaniu zadań rozwijają poczucie odpowiedzialności, a widoczne efekty własnych decyzji kształtują przekonanie o możliwości i sensie działania.

Koncepcja salutogenezy może stanowić podstawę teoretyczną dla edukacji zdrowotnej, w tym szczególnie ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności życiowych. Edukacja ta może wspierać kształtowanie zasobów odpornościowych oraz poszczególnych komponentów poczucia koherencji

1.3. Mierniki zdrowia

Konsekwencją opisanych wyżej trudności w definiowaniu zdrowia są problemy z jego oceną (pomiarem). Od wielu lat międzynarodowe organizacje (m.in. WHO, UNICEF, Bank Światowy) proponują różne zestawy mierników (miar, wskaźników) do oceny stanu zdrowia (lub jego „niedoboru")[24]. Tradycyjnie wyróżnia się dwa kryteria podziału tych mierników:

1. Mierniki zdrowia w zależności od tego, kto dokonuje oceny zdrowia:

- **obiektywne**, które mogą być zmierzone, wyrażone w jednostkach, liczbach itd. Należą do nich na przykład: wskaźniki medyczne (dotyczące występowania objawów chorób i pomiaru różnych funkcji organizmu, np. pomiar ciśnienia tętniczego krwi, stężenia cholesterolu), a także wskaźniki antropologiczne (np. prawidłowość masy ciała) i sprawności fizycznej;
- **subiektywne**, gdy oceny różnych aspektów zdrowia dokonują sami ludzie, a nie profesjonaliści. Wprowadzenie tych wskaźników wynika z definicji zdrowia WHO, w której użyto określenia „samopoczucie" (ang. *well-being*). Pozwalają one na opisanie zdrowia i samopoczucia z perspektywy samych zainteresowanych, można je uzyskać dla dużych grup populacji na podstawie badań ankietowych. Choć nie zawsze istnieje pełna zgodność między subiektywnymi odczuciami a dającymi się obiektywnie ustalić objawami chorób i zaburzeń, w ostatnich latach często dokonuje się pomiaru subiektywnych wskaźników zdrowia, zgodnie z zaleceniami WHO[25]. W Polsce badania stanu ludności zostały wykonane dwukrotnie w 1996 r. i 2004 r.[26].

[24] Omówienie tych propozycji przekracza ramy tej książki. Szczegółowe informacje zawierają m.in. następujące pozycje: Z.J. Brzeziński, K. Szamotulska (1997) *Epidemiologia kliniczna*, Warszawa, PZWL; M.J. Wysocki, I. Sakowska, J. Car (2005) *Miary obciążeń zdrowotno-społecznych*, w: *Horyzonty metodyczne w epidemiologii*, Z.J. Brzeziński (red.), Warszawa, Komisja Epidemiologii Komitetu Epidemiologii i Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk Medycznych PAN.

[25] WHO (1996) *Health Interview Survey. Towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

[26] Badania przeprowadzane były przez Główny Urząd Statystyczny. Kwestionariusz badania z 2004 r. jest opublikowany w Dz. U. 2004, nr 260, poz. 2591.

2. Mierniki zdrowia w zależności od „znaku":

- **pozytywne** – określają prawidłowość i sprawność funkcjonowania całego organizmu lub poszczególnych układów, np.: sprawność i wydolność fizyczna, wskaźniki rozwoju fizycznego, poczucie zadowolenia z życia, dobra jakość życia;
- **negatywne** – mierzą natężenie zgonów, chorób, urazów, niepełnosprawności, inwalidztwa oraz czynników ich ryzyka (np. zachowań ryzykownych dla zdrowia). Najczęściej wyraża się je w postaci współczynników w przeliczeniu na 10 tys. lub 100 tys. osób w danej populacji[27]. Mimo że mierniki te charakteryzują brak zdrowia, wciąż są najczęściej wykorzystywane w ocenie zdrowia zbiorowości.

Wymienione tu mierniki mogą być wykorzystywane, w różnych „konstelacjach" w zależności od celu, w ocenie stanu zdrowia:

- **jednostki** – najczęściej dokonuje jej się w celu diagnozowania ewentualnych zaburzeń i chorób lub też w orzecznictwie lekarskim do wykonywania określonej pracy, uprawiania sportu;
- **zbiorowości** – społeczeństwa (narodu) i różnych jego grup (kategorii społecznych), np. dzieci, młodzieży, kobiet, osób starszych. Zdrowie zbiorowości jest pojęciem abstrakcyjnym i nie jest prostą sumą zdrowia jej członków. W ocenie sytuacji zdrowotnej zbiorowości wykorzystuje się różnorodne wskaźniki: negatywne (umieralność, zachorowalność), pozytywne (takie jak długość trwania życia, płodność kobiet, przyrost naturalny, jakość życia); różnorodne wskaźniki kompleksowe, a także determinanty zdrowia (np. wskaźniki społeczno-ekonomiczne, zachowania zdrowotne, stan zanieczyszczenia środowiska). Pozwalają one na identyfikację głównych problemów zdrowia (zdrowotności) społeczeństwa, śledzenie zmian w czasie, porównania regionalne i międzynarodowe. Dane te stanowią podstawę do planowania programów ochrony (w tym programów profilaktycznych) i promocji zdrowia oraz programowania polityki zdrowotnej na różnych poziomach.

Dla edukacji zdrowotnej szczególnie przydatne są subiektywne wskaźniki zdrowia. Umożliwiają one ludziom refleksję nad swoim zdrowiem, identyfikację własnego potencjału fizycznego, psychicznego i społecznego oraz problemów związanych ze zdrowiem, które wymagają rozwiązania.

1.4. Zdrowie jako wartość i zasób dla jednostki i społeczeństwa

Zdrowie we wszystkich społeczeństwach i kulturach jest traktowane jako **dobro**, **stan pożądany**, **ceniony**. Uznaje się je za wartość i zasób dla jednostki i społeczeństwa.

[27] Szczegółowe omówienie tych wskaźników przekracza ramy tej książki. Można je znaleźć w każdym podręczniku epidemiologii, np. W. Jędrychowski (2002) *Podstawy epidemiologii*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Zdrowie jako wartość

Określenie „wartość" jest używane w wielu naukach (społecznych, przyrodniczych, ekonomicznych), nadaje mu się wiele znaczeń, różnie definiuje. Wartości to „idee, zjawiska, materialne i niematerialne przedmioty, stany, rzeczy, osoby, grupy itp., które są przez jednostkę, warstwę, grupę, klasę społeczną itp. dodatnio lub ujemnie oceniane lub aprobowane czy odrzucane. Wartości stanowią jeden z głównych wyznaczników i celów ludzkiego działania" (Olechnicki, Załęcki, 1997, s. 239).

Połączenie dwóch wieloznacznych pojęć „wartość" i „zdrowie" dodatkowo komplikuje ich wyjaśnienie. Przydatna wydaje się propozycja rozróżnienia dwóch pojęć: wartość „zdrowie" i wartość zdrowia. Wynika ono z dokonanego przez Stanisława Ossowskiego wyróżnienia dwóch grup wartości: odczuwane i uznawane oraz uroczyste i codzienne (Puchalski, 1997, s. 72; Ziółkowska, 2002, s. 290). W tym ujęciu pojęcie:

- **Wartość „zdrowie"** odnosi się do:
  - **wartości odczuwanej** – uznanej przez jednostkę za **rzeczywiście** cenną, atrakcyjną, pożądaną), generującą postawy emocjonalne i wyzwalającą działania (np. profilaktyczne, lecznicze); zależnej od stanu fizjologicznego organizmu (np. uczucie głodu) i stopnia zinternalizowania wpływów społecznych;
  - **wartości uznawanej** – przekonanie jednostki, że zdrowie **powinno** być cenione, ponieważ postrzegane jest jako cenne w środowisku społecznym; przekonanie to w mniejszym stopniu jest oparte na emocjach, zawiera element powinności i często pozostaje w sferze deklaracji, ale jest trwalsze, bardziej ustabilizowane niż wartości odczuwane.
- **Wartość zdrowia** – czyli **siła, z jaką jest ono cenione lub pożądane** (zwłaszcza w porównaniu z innymi wartościami). Odpowiada ono drugiemu, wyróżnionemu przez S. Ossowskiego podziałowi na:
  - **wartości uroczyste** – należące do tzw. wartości wyższych, obdarzonych powszechnym szacunkiem, publicznie manifestowanych, najsilniej wyrażanych w szczególnych sytuacjach, np. zagrożeń, sukcesów, napięć;
  - **wartości codzienne** – wiążące się praktycznymi, codziennymi, prywatnymi celami jednostek.

Oba pojęcia wartość „zdrowie" i wartość zdrowia są ze sobą związane, ale w badaniach nad wartością zdrowia w świadomości społecznej bierze się pod uwagę zwykle to drugie i bada się **pozycję zdrowia w hierarchii lub systemie (zbiorze) wartości**. Wyniki badań wskazują, że zdrowie jest jedną ze szczególnie istotnych wartości, ale obok niego są również inne, także szczególnie istotne. Ocena wartości zdrowia jest relatywna i może się zmieniać w zależności od kontekstu, w jakim dokonuje się tej oceny, oraz zastosowanego narzędzia. Gdy pytano ludzi o ich gotowość do narażenia własnego zdrowia dla innych ludzi, okazało się, że 68% było skłonnych poświęcić własne zdrowie w interesie członków własnej rodziny, 56% dla ratowania zdrowia i życia przyjaciół i bliskich znajomych, 51% dla zgody i miłości wzajemnej w rodzinie. Są to zatem wartości najbardziej konkurencyjne dla zdrowia[28].

[28] Wyniki badań przeprowadzonych w 1989 r. w reprezentatywnej grupie pracowników przemysłu (N=1479) (*Zachowania zdrowotne*, 1990, s. 289).

Zdrowie, zajmując wysokie miejsce w hierarchii wartości, nie zawsze jest jednak **wartością realizowaną** w codziennym życiu, tzn. że znaczny odsetek ludzi nie dąży do jej osiągnięcia i nie dba wystarczająco o swoje zdrowie (s. 70).

Miejsce zdrowia w systemie wartości Polaków

Wartościowanie zdrowia (nadawanie mu miejsca w hierarchii wartości) zależy od wielu czynników, w tym: różnic w rozumieniu zdrowia, religii, kultury, pozycji społecznej, wieku, a także zastosowanego narzędzia (skal) do badania systemu wartości. Wyniki najnowszych badań, przeprowadzonych w reprezentatywnych grupach **ludzi dorosłych**, wskazują, że zdrowie zajmuje wysokie i stałe miejsce w hierarchii wartości Polaków:

- Z raportu CBOS[29] z 2004 r. wynika, że na pytanie: Co jest ważne w życiu osobistym? 100% badanych uznało zdrowie własne i swojej rodziny za ważne (w tym bardzo ważne i raczej ważne). Gdy zapytano: Co jest najważniejsze w życiu, co stanowi jego sens? (podano 18 wartości, prosząc o wybranie nie więcej niż 5 z nich), zdrowie własne i rodziny znalazło się na drugim miejscu (wybrało je 67% badanych), po takiej wartości jak rodzina – małżeństwo, dzieci, udane życie rodzinne (70% badanych). Zdrowie wyżej cenią ludzie starsi niż młodsi, osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym niż z wyższym.
- Z Diagnozy Społecznej 2005 (Czapiński, 2005a, s. 205) wynika, że na pytanie: Co uważa Pan za najważniejszy warunek udanego szczęśliwego życia? (z możliwością wyboru 3 spośród wymienionych 13 wartości i jednej nieokreślonej), na pierwszym miejscu znalazło się zdrowie (wybrało go 65% badanych), na drugim udane małżeństwo (55%), na trzecim dzieci (45%), a na ostatnim wolność, swoboda (4%). W latach 1992–2005 system wartości Polaków był dość stabilny i zdrowie zajmowało w nim zawsze pierwszą pozycję.

Znacznie mniej wiemy na temat miejsca zdrowia w hierarchii wartości młodzieży. Badacze zajmujący się tym zagadnieniem na ogół nie włączają zdrowia do, prezentowanej badanej młodzieży, „listy" wartości. Istnieją nieliczne badania nie-reprezentatywnych grup młodzieży, z których wynika, że większość młodzieży nie uświadamia sobie, że zdrowie może być dla niej wartością. Na przykład:

- wśród uczniów kończących licea ogólnokształcące i zasadnicze szkoły zawodowe (N = 820) w Poznaniu, w swobodnym wywiadzie żaden nie wymienił zdrowia wśród wartości ważnych w życiu (najczęściej wymieniano rodzinę, miłość i przyjaźń); gdy podano im listę 6 wartości, zdrowie znalazło się na 4 miejscu; zdrowie bardziej ceniły dziewczęta i uczniowie liceów ogólnokształcących (Gromadecka-Sutkiewicz, 1999);
- wśród uczniów różnych typów szkół w wieku 12–18 lat (N = 903), w powiecie piotrkowskim 1/3 młodzieży postawiła zdrowie na pierwszym miejscu (wartość najważniejsza) wśród dziewięciu wymienionych wartości; 15% w ogóle nie wybrało zdrowia jako ważnej dla siebie wartości (Łuczak, 2004).

[29] M. Wenzel (2004) *Wartości życiowe*. Komunikat z badań CBOS, nr 3145, BS/98/2004 (www.cbos.com.pl).

W tych ostatnich badaniach stwierdzono, że młodzież, która przypisuje zdrowiu wysoką wartość, w porównaniu z grupą wartościującą swe zdrowie nisko lub przeciętnie, podejmuje znacząco więcej zachowań prozdrowotnych i częściej unika zachowań i miejsc zagrażających zdrowiu. Wskazuje to na potrzebę zachęcania młodzieży do refleksji nad wartością zdrowia i jego miejscem w jej hierarchii wartości. Proces ten nazywa się w edukacji zdrowotnej **klaryfikacją wartości** (ang. *value clarification*).

Zdrowie jako zasób dla jednostki i społeczeństwa, prawo do zdrowia

W podstawowych dokumentach międzynarodowych, opublikowanych w ostatnich dwóch dekadach i adresowanych do rządów wszystkich państw, podkreśla się, że:

- **Zdrowie jest zasobem (środkiem) dla każdego człowieka**, z którego może korzystać w codziennym życiu, ale zdrowie nie jest celem, do którego człowiek zmierza (*Karta Ottawska*, 1986). Rozwijanie i wykorzystywanie swojego potencjału zdrowotnego umożliwia człowiekowi życie satysfakcjonujące (twórcze, spełnione) pod względem społecznym i ekonomicznym (WHO, 1985, s. 27). Obserwacje z codziennego życia potwierdzają te założenia. Ludzie zdrowi mogą lepiej i łatwiej wykorzystywać swoje potencjalne możliwości, zaspokajać swoje potrzeby, osiągać swoje cele i aspiracje życiowe, mają także większą szansę na dobrą jakość życia.
- **Zdrowie jest zasobem dla społeczeństwa** – dobre zdrowie jest jednym z głównych bogactw naturalnych kraju determinujących rozwój społeczny, ekonomiczny i osobisty ludzi (*Karta Ottawska*, 1986). Tylko zdrowe społeczeństwo jest zdolne do tworzenia dóbr materialnych i kulturalnych, rozwoju i może osiągnąć dobrobyt. Obciążenie chorobami, przedwczesna umieralność, niepełnosprawność i inwalidztwo mają wymierne skutki społeczne i ekonomiczne (w tym utrata wyprodukowanych dóbr, zwiększone nakłady na leczenie, zapewnienie opieki i bytu osobom, które nie mogą samodzielnie funkcjonować).
- **Zdrowie jest podstawowym prawem** każdego człowieka. W roku 1998, w Światowej Deklaracji Zdrowia[30], potwierdzono „poparcie dla zasady przyjętej w Konstytucji WHO, że posiadanie możliwego do uzyskania stanu zdrowia, jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej". Założenie to było jednym z trzech elementów podstawy etycznej strategii *Zdrowie 21* (2001). W Konwencji o Prawach Dziecka[31] uznano „prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia" (art. 24 pkt. 1).

[30] Deklaracja ta została przyjęta na 51 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 1998 r. Stanowiła ona podstawę do opracowania w roku 1999 nowej strategii działań na rzecz zdrowia w Europejskim Regionie WHO Zdrowia dla Wszystkich w XXI wieku (*Zdrowie 21*, 2001).

[31] Konwencja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1988 r. W 1991 r. została ona ratyfikowana przez Polskę.

Celami edukacji zdrowotnej powinno być:

- stwarzanie ludziom okazji, aby zastanowili się nad tym, jaką wartość ma dla nich zdrowie i jakie miejsce zajmuje ono w ich systemie wartości
- uświadamianie politykom i decydentom na różnym poziomie, że zdrowie jest zasobem dla społeczeństwa, społeczności, grupy oraz że wszystkie ich decyzje mogą uszczuplać lub pomnażać ten zasób

1.5. Jakość życia związana ze zdrowiem

Jakość życia (ang. *quality of life* – QL) jest przedmiotem zainteresowania socjologii, psychologii, medycyny i ekonomii. Każda z tych dyscyplin specyficznie ujmuje jakość życia i proponuje inne wskaźniki do jej pomiaru.

Definicje jakości życia

Pojęcie „jakość życia" jest złożonym konstruktem społecznym. Termin „jakość" kojarzy się z „optimum" lub „czymś dobrym" i pierwsi badacze zajmujący się jakością życia rozumieli ją jako dobre życie lub powodzenie w życiu. Pojęcie „dobre życie" może być przez różne osoby i grupy odmiennie interpretowane i różni ludzie mogą przypisywać mu inne znaczenia, w zależności od systemu wartości, potrzeb, aspiracji itd. Terminami pokrewnymi do jakości życia są: satysfakcja z życia, poziom (standard) życia, szczęście, dobre samopoczucie, dobrostan. Jakość życia odnosi się do życia jako „**całości**" (a nie poszczególnych jego sfer). Jest kategorią dynamiczną, ulega zmianie w czasie i w różnych sytuacjach.

Wieloznaczność, wielowymiarowość i subiektywność pojęcia „jakość życia" powodują trudności w jego definiowaniu oraz mierzeniu. Istnieje wiele definicji. Na przykład według:

– grupy roboczej powołanej przez WHO na początku lat 90.: „jakość życia to postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście kultury, systemu wartości, w którym ona żyje, w relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań" (The WHOQOL, 1993);

– Tobiasz-Adamczyk (2000, s. 238): „jakość życia – satysfakcja z sytuacji życiowej, subiektywna ocena własnej sytuacji życiowej w porównaniu z sytuacją innych osób w tym samym wieku lub osiągnięcie wysoko cenionych wartości".

W innych definicjach określa się jakość życia jako: zdolność do realizacji planów; stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i pozamaterialnych jednostek, rodzin i zbiorowości, pozytywną ogólną ocenę funkcjonowania, różnicę między nadziejami i oczekiwaniami a obecnymi doświadczeniami.

Większość (75%) dorosłych Polaków ocenia swoje dotychczasowe życie jako dobre lub bardzo dobre, a tylko 2% jako złe lub bardzo złe. Najbardziej zadowolone ze swego życia są osoby w wieku 15–39 lat, z wykształceniem wyższym, aktywne zawodowo, o bardzo dobrym stanie zdrowia i sprawne (GUS, 2006). W 2002 r. wśród

młodzieży w wieku 11–15 lat zadowolonych lub bardzo zadowolonych ze swego obecnego życia było 78% chłopców i 82% dziewcząt; z wiekiem odsetki młodzieży bardzo zadowolonej zmniejszały się, a bardzo niezadowolonej zwiększały się (Woynarowska i in., 2004).

Jakość życia związana ze zdrowiem

Jednym z głównych determinantów jakości życia jest zdrowie. W latach 70. XX w. wyodrębniono pojęcie **jakość życia związana ze zdrowiem** (ang. *health related quality of life* – HRQL). Dotyczy ono tych aspektów życia, które wiążą się ze zdrowiem i działaniami w celu jego utrzymania, ma wymiar subiektywny i obiektywny. Jakość życia związana ze zdrowiem (uwarunkowana zdrowiem) jest definiowana w różny sposób[32]:

Przykłady definicji jakości życia związanej ze zdrowiem:

- zadowolenie jednostki z tego, jak funkcjonuje w sensie fizycznym, psychicznym i emocjonalnym, w relacjach rodzinnych i społecznych
- wpływ, jaki ma stan zdrowia na zdolność jednostki do prowadzenia pełnego życia

W badaniach nad jakością życia związaną ze zdrowiem, w jej mierzeniu, bierze się pod uwagę różne zagadnienia (obszary), w tym najczęściej (Mazur, 2005, s. 41):

- funkcjonowanie fizyczne (np. poruszanie się, samoobsługa);
- funkcjonowanie psychiczne (pozytywne i negatywne emocje);
- funkcjonowanie społeczne (kontakty z rodziną, więzi społeczne);
- ogólne samopoczucie i zadowolenie z życia;
- postrzeganie zdrowia.

W wielu obecnie istniejących kwestionariuszach do badania jakości życia związanej ze zdrowiem uwzględnia się jeszcze inne obszary, np.: zdolność do pracy, funkcjonowanie neuropsychologiczne (pamięć, motoryka), funkcjonowanie seksualne, radzenie sobie z chorobą, sen, duchowość[33].

Pomiar jakości życia związanej ze zdrowiem jest wykorzystywany **w medycynie**, w specyficznym ujęciu – w aspekcie choroby, niepełnosprawności lub naturalnego procesu starzenia się. Postęp w medycynie, ochronie zdrowia i warunkach życia wpłynął na wydłużenie się życie ludzkiego, czego efektem jest zwiększenie się liczby osób starszych, przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Wiele chorób można skutecznie leczyć, ważne jest jednak nie tylko przedłużenie życia, ale także umożliwienie pacjentom (po przebytej chorobie lub wyleczeniu lub pomimo trwania choroby) życia aktywnego, zbliżonego do życia ludzi zdrowych. Badania nad jakością życia są obecnie prowadzone we wszystkich dziedzinach medycyny, w celu diagnozowania sytuacji

[32] Definicje te cytuję za: J. Mazur (2005, s. 40).

[33] Istnieje wiele kwestionariuszy, które mają oficjalną wersję w języku polskim patrz: Mazur, 2005, s. 43.

różnych grup chorych lub niepełnosprawnych, oceny skuteczności opieki medycznej. Dokonywanie oceny jakości życia ludzi chorych i niepełnosprawnych sprzyja humanizacji medycyny.

Jakość życia jest także przedmiotem zainteresowania **zdrowia publicznego i promocji zdrowia**. Jest to m.in. wynikiem: dążenia do przestrzegania praw człowieka, holistycznego podejścia do zdrowia, rozwoju ekonomicznego sprzyjającego jakości życia, uznania nierówności społecznych jako głównej przyczyny nierówności w zdrowiu. W Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia zapisano, że „dobre zdrowie [...] jest ważnym obszarem jakości życia". „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia" była celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia 1996–2006 (*Międzyresortowy...*, 1996) i cel ten utrzymano w kolejnej wersji programu na lata 2007–2015. W tym ujęciu jakość życia odnosi się do wszystkich ludzi – zdrowych i chorych.

W edukacji zdrowotnej:

- koncentrując się na zdrowiu, jako kategorii pozytywnej, należy uwzględniać także choroby i jakość życia człowieka
- zdrowie należy traktować jako pojęcie otwarte, subiektywnie rozumiane i odczuwane, odmiennie w różnych okresach życia

Pytania

1. Na czym polega profesjonalne i potoczne rozumienie zdrowia i jakie są przyczyny trudności w jego definiowaniu?
2. Jak zmienia się definiowanie zdrowia w dzieciństwie i młodości?
3. Dlaczego należy zachęcać ludzi do zastanawiania się nad tym: co to jest zdrowie, co ono dla nich oznacza i jakie zajmuje miejsce w ich hierarchii wartości?
4. Na czym polega biomedyczny i holistyczny model zdrowia?
5. Jakie komponenty składają się na poczucie koherencji i co wpływa na ich kształtowanie w dzieciństwie i młodości?
6. Jakie stosuje się wskaźniki (mierniki) zdrowia?
7. Co oznacza pojęcie jakość życia związana ze zdrowiem i jakie elementy bierze się pod uwagę w jej ocenie?

Literatura zalecana

Antonovsky A. (2005) *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, Warszawa, Fundacja IPN.

Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji (1999), Z. Melosik (red.), Toruń–Poznań, Wydawnictwo EDYTOR.

Słońska Z. (1999) *Edukacja zdrowotna i inne działania na rzecz zdrowia*, w: *Promocja zdrowia*, wyd. nowe, J.B. Karski (red.), Warszawa, Wydawnictwo IGNIS, s. 304–319.

Tobiasz-Adamczyk B. (2000) *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

ROZDZIAŁ 2

Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość o zdrowie

Drugim, obok zdrowia, podstawowym pojęciem w edukacji zdrowotnej są czynniki warunkujące (wpływające, determinujące) zdrowie. Na wiele z nich jednostka nie ma bezpośredniego wpływu, ale od tego, czy ludzie rozumieją, od czego zależy ich zdrowie i czy biorą to pod uwagę w codziennym życiu, zależą w dużym stopniu ich działania na rzecz zdrowia.

2.1. Czynniki warunkujące zdrowie i zmiany w ich postrzeganiu

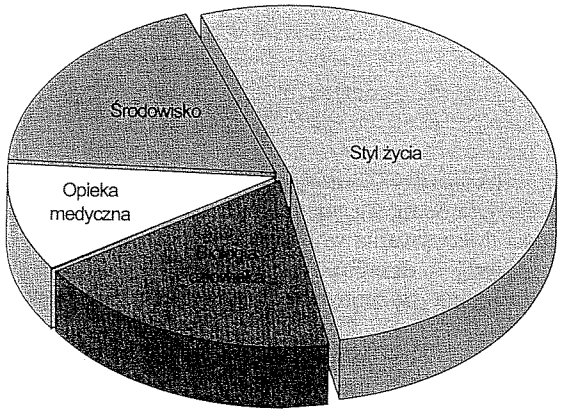
Zdrowie jednostki i zbiorowości we wszystkich kulturach zależy od wielu różnorodnych czynników. Rola i hierarchia ważności poszczególnych czynników może być różna i zmieniała się wraz ze zmianą modelu zdrowia. W biomedycznym modelu zdrowia szczególną rolę przypisywano opiece medycznej. W wieku XX, dzięki dynamicznemu rozwojowi nauk medycznych, zwiększyły się możliwości diagnozowania i leczenia wielu chorób, rozwinięto nowe technologie medyczne. Okazało się jednak, że postęp nauk medycznych i wzrastające nakłady na działania naprawcze nie przyniosły oczekiwanej poprawy zdrowia społeczeństwa.

Uważa się, że momentem przełomowym dla zmiany postrzegania czynników warunkujących zdrowie ludzi, z przeniesieniem akcentów z działań medycznych na szerszy kontekst społeczny, był raport ministra zdrowia Kanady M. Lalonde (1974), który stanowił podstawę polityki zdrowotnej państwa. Lalonde zaproponował w nim koncepcję „pól zdrowia" (ryc. 2.1), w której wyróżnił cztery grupy czynników warunkujących zdrowie:

1. **Styl życia** – zbiór decyzji (działań) jednostki, które wpływają na jego zdrowie i które jednostka może w mniejszym lub większym stopniu kontrolować (ok. 50–52% ogółu wpływów)[1].

[1] Procentowy udział poszczególnych grup czynników jest orientacyjny i w piśmiennictwie można znaleźć różne dane.

2. **Środowisko** – wszystkie jego elementy, zewnętrzne w stosunku do ciała ludzkiego, na które jednostka nie ma wpływu lub jest on bardzo ograniczony (ok. 20%).
3. **Biologia człowieka** – wszystkie cechy związane z biologią organizmu ludzkiego, w tym czynniki genetyczne, wiek, płeć (ok. 20%).
4. **Organizacja opieki medycznej** – dostępność, jakość, organizacja, rodzaj, zasoby opieki medycznej (ok. 10–15%).



Ryc. 2.1. Czynniki warunkujące zdrowie jednostki według koncepcji „pól zdrowia" (oprac. własne wg: Lalonde, 1974)

Koncepcja „pól zdrowia" (zwana też „kołem Lalonde'a") miała wpływ na rozwój społeczno-ekologicznego modelu zdrowia i zmianę polityki zdrowotnej na świecie oraz stworzyła podstawy do rozwoju promocji zdrowia. Uświadomiła ludziom, że w największym stopniu na ich zdrowie wpływa ich styl życia i przez jego zmianę, w kierunku sprzyjającym zdrowiu, można je poprawić. Uaktualniła znane już wcześniej hasło: „twoje zdrowie w twoich rękach". Wkrótce jednak okazało się, że istnieje wiele czynników społeczno-ekonomicznych, które wpływają na styl życia jednostki i które są od niej niezależne. Koncepcja ta jest nadal użyteczna z perspektywy zdrowia jednostki, ale zbyt uproszczona z perspektywy zdrowia populacji. Po 20 latach od wydania raportu M. Lalonde w strategii „Inwestycja dla zdrowia Kanadyjczyków"[2] wymieniono następujące czynniki, od których zależy zdrowie społeczeństwa:

– **zarobki i status społeczny** – uważane za najważniejszy, pojedynczy czynnik determinujący zdrowie; im wyższe zarobki i status, tym lepsze zdrowie;

– **sieci wsparcia społecznego** – wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół, w społeczności lokalnej zmniejsza ryzyko wielu chorób i zachowań ryzykownych;

[2] Minister of Supply and Services Canada (1994) *Strategies for Population Health Investing in the Health of Canadians,* Ottawa, Publications, Health Canada.

– **edukacja** – wyższy jej poziom zwiększa możliwości ludzi kierowania swoim życiem i kontrolowania swego zdrowia, stwarza szansę na uzyskanie pracy (a tym samym zarobków);

– **zatrudnienie i warunki pracy** – bezrobocie wiąże się z występowaniem wielu problemów zdrowotnych, w tym zwłaszcza depresji, lęków, z ograniczeniem aktywności życiowej; niekorzystne warunki w środowisku pracy są przyczyną urazów i wielu chorób;

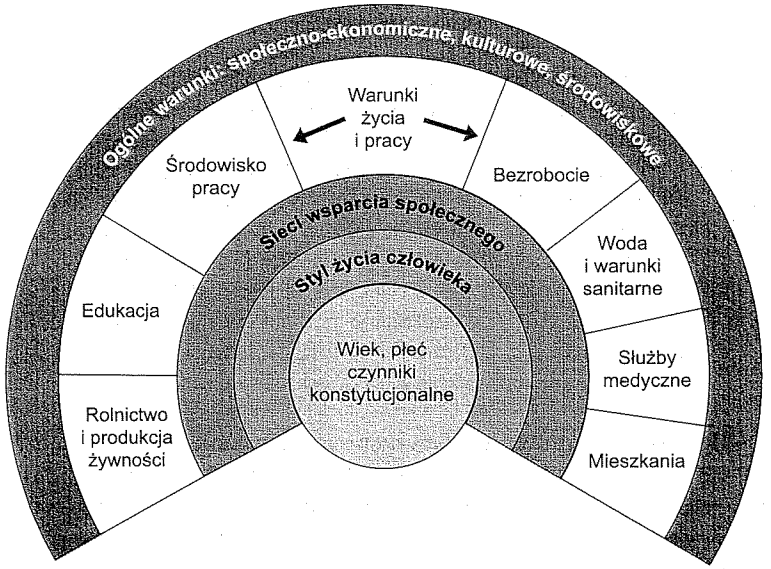
– **środowisko fizyczne** – naturalne (stan powietrza, wody, gleby) i stworzone przez człowieka (mieszkania, bezpieczeństwo w miejscu pracy, miejscu zamieszkania, w ruchu drogowym);

– **biologia i wyposażenie genetyczne** – potencjał genetyczny jednostki, funkcje poszczególnych układów organizmu, płeć (biologiczna i „skonstruowana" społecznie – ang. *gender*), wiek;

– **zachowania zdrowotne i umiejętności radzenia sobie** – bezpośrednio wpływają na zdrowie jednostki, ale są zależne od czynników społecznych, a także wiedzy i umiejętności dokonywania właściwych wyborów;

– **prawidłowy rozwój w dzieciństwie** – począwszy od okresu płodowego i we wczesnym dzieciństwie ma podstawowe znaczenie dla zdrowia i samopoczucia w dalszych latach życia;

– **służba zdrowia** – szczególnie działania ukierunkowane na utrzymanie i doskonalenie zdrowia oraz zapobieganie chorobom.



Ryc. 2.2. Model czynników warunkujących zdrowie „tęcza czynników (polityki) zdrowia" (Dahlgren, Whitehead, 1991)

Istnieje wiele modeli czynników warunkujących zdrowie. Jednym z nich jest opisana wcześniej „Mandala zdrowia" (s. 29). Kolejną propozycją jest „Tęcza czynników (polityki) zdrowia" (Dahlgren, Whitehead, 1991). W centrum tego modelu (ryc. 2.2) umieszczono **czynniki biologiczne** (wiek, płeć, czynniki konstytucjonalne). Kolejne trzy grupy czynników (łuki tęczy) to: **styl życia**, **sieci wsparcia społecznego** oraz szeroko pojęte **czynniki społeczno-ekonomiczne**, **kulturowe i środowiskowe** (warunki życia i pracy). W dalszej części zostaną omówione najważniejsze grupy tych czynników.

Ważnym celem edukacji zdrowotnej powinno być umożliwienie ludziom dokonania identyfikacji czynników wpływających na ich zdrowie – pozytywnych i negatywnych, narysowanie własnego „koła pól zdrowia" lub „tęczy czynników zdrowia" albo innego własnego modelu tych czynników

2.2. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące

Termin **ryzyko** jest określany w słownikach języka polskiego jako **możliwość** powstania szkody, straty, niekorzystnego lub niepożądanego zdarzenia, skutków lub jako działanie, które powoduje **zagrożenie** dla czegoś wartościowego.

Termin **czynniki ryzyka** odnosi się do tych **czynników (zmiennych)**, **które zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju choroby**, **niepełnosprawności**, **zaburzeń rozwoju lub innych niepożądanych (negatywnych) stanów**. Same czynniki ryzyka nie są jednak bezpośrednią przyczyną wystąpienia choroby. Prawdopodobieństwo jej wystąpienia zwiększa się przy współistnieniu wielu czynników ryzyka lub specyficznej ich konstelacji, a także istnieniu dodatkowo tzw. **czynników podatności lub wrażliwości** (ang. *vunerability factors*), zwanych także markerami podatności. Są to cechy (właściwości) jednostki, które nasilają negatywne wpływy sytuacji lub środowiskowych czynników ryzyka. Na przykład wśród dzieci żyjących w ubóstwie markerem zwiększonej wrażliwości na jego skutki jest płeć męska (Luthar, Cicchetti, 2000).

Identyfikacja czynników ryzyka i eliminowanie lub redukowanie ich wpływu jest od wielu lat podstawą profilaktyki wielu chorób oraz innych problemów zdrowotnych i społecznych. Podejście to było szczególnie przydatne i skuteczne w zapobieganiu chorobom zakaźnym. Wiele doświadczeń wskazuje, że nie jest ono jednak wystarczające w profilaktyce chorób przewlekłych, uwarunkowanych niedostatkami w stylu życia ludzi. Podejście zorientowane na uświadamianie ludziom zagrożeń, związanych z występowaniem różnych czynników ryzyka (np. palenia tytoniu, spożywania nadmiaru tłuszczów zwierzęcych), jest także nadal jeszcze często wykorzystywane w praktyce edukacji zdrowotnej.

Przeciwwagą dla czynników ryzyka są **czynniki chroniące lub ochronne**, określane jako **„właściwości jednostek lub środowiska społecznego, których wy-**

stępowanie wzmacnia ogólny potencjał zdrowotny człowieka i zwiększa jego odporność na działanie czynników ryzyka" (Ostaszewski, 2003, s. 91)[3]. Czynniki chroniące modyfikują działanie czynników ryzyka w pozytywnym kierunku. Przyjmuje się dwa hipotetyczne modele wpływu czynników chroniących:

– **równoważenie ryzyka** – czynniki chroniące wpływają bezpośrednio na zachowania człowieka;

– **redukcja ryzyka** – czynniki chroniące wchodzą w interakcję z czynnikami ryzyka i zmniejszają (redukują) ich wpływ na zachowanie tworząc rodzaj buforu lub tarczy ochronnej.

Wyodrębnienie czynników chroniących jest związane z pozytywnym podejściem do zdrowia i jego uwarunkowań. Jest zbieżne z omawianą wyżej koncepcją salutogenezy (s. 32), w której odpowiednikami czynników chroniących są zasoby odpornościowe i silne poczucie koherencji. Badania nad czynnikami chroniącymi zapoczątkowały także rozwój nowej koncepcji zwanej *resilience.*

Koncepcja *resilience*

Termin *resilience* pochodzi z języka angielskiego i nie ma w języku polskim dobrego odpowiednika, oddającego istotę tej koncepcji (konstruktu). Za jej pionierów uważa się amerykańskich i brytyjskich psychologów i psychiatrów[4], którzy prowadzili długofalowe (10–30-letnie) badania różnych grup dzieci, żyjących w bardzo niekorzystnych warunkach społeczno-ekonomicznych. Mimo wielu czynników ryzyka wśród badanych była grupa dzieci (nawet 1/3 badanych), które wyrosły na dobrze funkcjonujących, zdrowych ludzi i nie powielili „złego losu" swoich rodziców.

Badania nad *resilience* są nadal prowadzone w wielu krajach, w różnych grupach dzieci i młodzieży, żyjącej w warunkach niekorzystnych dla ich rozwoju. Nie udało się jednak dotychczas uzgodnić podstawowych kwestii dotyczących terminologii, definicji, metodologii badań itd. Większość autorów uznaje *resilience* za: „**wielo-czynnikowy proces pozytywnej adaptacji, w którym czynniki chroniące kompensują lub redukują wpływ czynników ryzyka**" (Ostaszewski, 2005a, s. 2). *Resilience* nie jest więc cechą osobowości, ani jakąś inną indywidualną właściwością jednostki lecz jest dynamicznym procesem, w którym mamy do czynienia z dwoma zjawiskami (Luthar, Cicchetti, 2000):

1. Jednostka jest narażona na ryzyko, negatywną sytuację życiową („niedolę"), o której wiadomo (na podstawie badań empirycznych), że wywołuje trudności w przystosowaniu się;
2. Istnieją oznaki pozytywnej adaptacji jednostki, która może się przejawiać jako:
   – kompetencje społeczne – u młodszych dzieci rozwój bezpiecznej więzi z matką lub innym opiekunem; w wieku szkolnym dobre wyniki w nauce, pozytywne relacje z rówieśnikami i nauczycielami,

[3] Dodatkowe informacje na temat czynników ryzyka i chroniących podano w Części II, rozdz. 6.
[4] Byli nimi: N. Gamazy, M. Rutter i E.E. Werner (za: Zimmerman, Arunkumar, 1994).

   – realizacja zadań rozwojowych[5],
   – niewystępowanie zaburzeń emocjonalnych lub zaburzeń zachowania.

Istotą (osią) koncepcji *resilience* są czynniki chroniące, które modyfikują skutki wysokiego ryzyka. Na podstawie wielu badań zidentyfikowano czynniki chroniące, które najsilniej wspomagają procesy *resilience*. Pochodzą one z trzech poziomów, przedstawionych w tabeli 2.1. W działaniach w celu wzmacniania procesów *resilience* należy wykorzystywać każdy z tych poziomów zarówno w sytuacjach kryzysowych, jak i w profilaktyce różnych zaburzeń i problemów społecznych u dzieci i młodzieży.

Tabela 2.1. Zasoby[6] (czynniki chroniące) sprzyjające procesowi pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży w sytuacjach zwiększonego ryzyka

Poziomy	Kategorie czynników wraz z przykładami (w nawiasach)
Zasoby indywidualne	**Zdolności poznawcze** (wysokie IQ, zdolności uczenia się, zdolności werbalne, umiejętności planowania) **Temperament** (towarzyskość, zdolności adaptacyjne) **Mechanizmy samokontroli** (radzenie sobie z negatywnymi emocjami, samokontrola impulsów) **Optymizm i pogoda ducha** **Umiejętności społeczne** (porozumiewania się, nawiązywania i utrzymywania przyjaźni, rozwiązywania konfliktów) **Pozytywny obraz siebie** (wysoka samoocena, wiara w swoje możliwości, poczucie własnej **skuteczności**) **Procesy motywacyjne** (posiadanie planów i celów życiowych, aspiracje edukacyjne)
Zasoby wynikające z relacji z osobami z najbliższego otoczenia	**Relacje rodzice – dziecko** (więź z rodzicami, wsparcie rodziców, zasady rodzinne, jasne oczekiwania rodziców, zaangażowanie rodziców w szkolne sprawy dziecka) **Konstruktywni rówieśnicy** (akceptujący normy, z aspiracjami edukacyjnymi, prospołeczni) **Dobrzy i kompetentni dorośli** (oparcie w zaufanej osobie dorosłej, np. trenerze sportowym, księdzu, nauczycielu)
Zasoby środowiska lokalnego	**Dobra szkoła** (pozytywny klimat społeczny szkoły, wsparcie ze strony nauczycieli) **Zaangażowanie w konstruktywną działalność** (kluby młodzieżowe i sportowe, wspólnoty religijne, wolontariat) **Przyjazne i bezpieczne sąsiedztwo** (dostęp do ośrodków rekreacji, klubów, poradni, ośrodków interwencji kryzysowej)

Na podstawie: A. Masten, J.L. Powell (2003), oprac. K. Ostaszewski (2005a, s. 3)

[5] Zgodnie z koncepcją R.J. Havighursta zadanie rozwojowe to specyficzne zadanie pojawiające się na danym etapie życia jednostki (postawy, umiejętności, wiedza), którego osiągnięcie daje poczucie sukcesu i zadowolenia, a którego niespełnienie powoduje poczucie osobistej przegranej oraz dezaprobaty ze strony innych osób i trudności w realizacji następnych zadań (za: Waldowski, 2005).
[6] K. Ostaszewski (2005a) uważa, że termin „zasoby odpornościowe", choć pochodzi z koncepcji salutogenezy, najlepiej oddaje istotę czynników chroniących.

Koncepcja *resilience*, zdaniem wielu autorów, stwarza nowe możliwości zarówno w sytuacjach kryzysowych, jak i w profilaktyce różnych zaburzeń i problemów społecznych, w tym także zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Umożliwia zastosowanie „pozytywnej strategii", stanowiącej przeciwwagę dla negatywnej profilaktyki ukierunkowanej na identyfikowanie i redukowanie czynników ryzyka. Stwarza też szansę na integrowanie działań profilaktycznych i promocji zdrowia (Ostaszewski, 2005a).

- Koncepcja *resilience* może być przydatna w planowaniu i *realizacji* edukacji zdrowotnej w grupach dzieci i młodzieży pochodzących z trudnych warunków społeczno-ekonomicznych
- Wzmacnianiu procesów *resilience* może sprzyjać nowe podejście w edukacji zdrowotnej, ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych (w tym radzenia sobie)

2.3. Styl życia i zachowania zdrowotne

Pojęcie „styl życia" funkcjonuje w socjologii, medycynie, psychologii, zdrowiu publicznym, promocji zdrowia. Istnieje zgodność co do tego, że styl życia jest wytworem kultury i ma wyraźny komponent społeczny (związek z przynależnością społeczną). Nie ma natomiast zgodności co do definicji i koncepcji tego pojęcia. Oto niektóre definicje:

Styl życia to:

- zespół codziennych zachowań, swoistych dla danej zbiorowości lub jednostki, charakterystyczny „sposób bycia" odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych, lub inaczej, bardziej lub mniej świadomie przyjmowana strategia życiowa (Siciński, 1988)
- wzór zachowań, który jest trwały i jest ukształtowany przez dziedzictwo kulturowe, relacje społeczne, czynniki geograficzne i społeczno-ekonomiczne oraz cechy osobowości człowieka (Green, Kreuter, 1991)
- zespół jawnych, manifestowanych zachowań, typowych reakcji i pewnych elementów osobowości (Wrześniewski, 1993)

Styl życia jest złożonym konstruktem, który odnosi się do grupy społecznej i jednostki. **Styl życia grupy społecznej** obejmuje wiele zdeterminowanych społecznie wzorów zachowań i interpretacji sytuacji społecznych, jakie dana grupa wspólnie wypracowała i wykorzystuje, aby radzić sobie w życiu. Może ulegać on zmianom pod wpływem różnych czynników i zmian społecznych w rozmaitych punktach czasu i przestrzeni. Na **styl życia jednostki** składają się standardowe reakcje i wzory zachowań (działania, czynności, praktyki) ukształtowane w procesie

socjalizacji (interakcji z rodzicami, innymi członkami rodziny, rówieśnikami, pod wpływem nauki w szkole, mediów). Wzory te są stale interpretowane i testowane w sytuacjach społecznych i mogą podlegać zmianom w wyniku doświadczeń i ponownych interpretacji[7]. Styl życia jednostki stanowi ramy dla różnych rodzajów zachowań. Wybór określonego wzoru zależy od cech poznawczych i emocjonalnych jednostki oraz czynników w otaczającym środowisku społecznym (Kickbusch, 1986).

Odrębnym pojęciem jest **tryb życia** (lub reżim życia). Odnosi się ono do **organizacji codziennego życia**, np.: rytm pracy i wypoczynku, czuwanie i sen. Tryb życia jest związany w znacznym stopniu z czynnościami fizjologicznymi organizmu, w tym zwłaszcza z rytmami biologicznymi (szczególnie okołodobowymi), warunkującymi aktywność życiową człowieka. Tryb życia człowieka zmienia się z wiekiem (zmiany biologiczne, pełnienie różnych ról społecznych), podlega wpływom różnych czynników zewnętrznych i jest także zależny od stylu życia.

2.3.1. Prozdrowotny styl życia

Zainteresowanie związkiem między stylem życia a zdrowiem pojawiło się w latach 70. XX w. i szczególne znaczenie miała koncepcja „pól zdrowia" M. Lalonde'a, w której uznano, że styl życia w największym stopniu, bezpośrednio determinuje zdrowie jednostki. Zainicjowało to liczne badania nad wpływem stylów życia na zdrowie oraz programy ukierunkowane na zmiany różnych zachowań zdrowotnych w profilaktyce wielu chorób przewlekłych (zwanych chorobami cywilizacyjnymi, zależnymi od stylu życia, a nawet „chorobami z wyboru").

Rozpatrując związki między stylem życia a zdrowiem używa się różnych terminów: „zdrowy (lub niezdrowy) styl życia", „styl życia sprzyjający (lub zagrażający) zdrowiu", „prozdrowotny styl życia". Zdefiniowanie „prozdrowotnego stylu życia" oraz określenie, jakie komponenty (wzory zachowań) składają się na to pojęcie, jest trudne. Ostrowska (1999a, s. 27) przytacza dwie jego definicje:

Prozdrowotny styl życia to:

- wzory świadomych zachowań związanych ze zdrowiem, będących efektem wyborów dokonywanych przez ludzi na podstawie dostępnych, determinowanych ich sytuacją życiową alternatyw (Cockerham, 1995)
- nie tylko wzory zachowań związanych ze zdrowiem, ale także wartości i postawy reprezentowane przez ludzi w odpowiedzi na warunki ich społecznego, kulturowego i ekonomicznego środowiska (Abel, 1991)

[7] L.W. Green i M.W. Kreuter (1991) zwracają uwagę na pewną stałość stylu życia, trwałość wzorów zachowań i utrzymywanie przez jednostkę i grupę zespołów praktyk i zachowań na tym samym poziomie.

Prozdrowotny styl życia oznacza zatem, że ludzie podejmują **świadomie działania ukierunkowane na zwiększenie potencjału swego zdrowia** (przedrostek „pro-„ odnosi się do wzorów zachowań i działań ludzi korzystnych dla zdrowia, ku zdrowiu, do zdrowia, określanych jako prozdrowotne) oraz eliminują zachowania zagrażające mu. Lista tych działań i zachowań jest bardzo zróżnicowana i zależy od tego, czy konstruują ją profesjonaliści, czy laicy (tzw. zwykli ludzie). Nie ma także jasności, jakie i ile zachowań należy wziąć pod uwagę, jaka jest hierarchia ich ważności. Zatem używa się terminu w liczbie mnogiej – **prozdrowotne style życia**, uwzględniające różne konstelacje działań i zachowań sprzyjających zdrowiu. Zdaniem A. Ostrowskiej (1999a, s. 29) w badaniach nad prozdrowotnymi stylami życia upraszcza się rozumienie pojęcia „styl życia" rozpatrując tylko różne zachowania związane ze zdrowiem. Wśród zachowań tych można wyróżnić cztery grupy, choć podział ten ma charakter umowny, porządkujący i nie wyczerpuje wszystkich możliwości:

- **Zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym**:
  - dbałość o ciało i najbliższe otoczenie;
  - aktywność fizyczna;
  - racjonalne żywienie;
  - hartowanie się;
  - sen – odpowiedni czas jego trwania i jakość.
- **Zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym**:
  - korzystanie i dawanie wsparcia społecznego;
  - unikanie nadmiaru stresów i radzenie sobie z problemami i stresem.
- **Zachowania prewencyjne**:
  - samokontrola zdrowia i samobadanie;
  - poddawanie się badaniom profilaktycznym;
  - bezpieczne zachowania w życiu codziennym (zwłaszcza w ruchu drogowym, pracy);
  - bezpieczne zachowania w życiu seksualnym.
- **Niepodejmowanie zachowań ryzykownych**:
  - niepalenie tytoniu;
  - ograniczone używanie alkoholu;
  - nienadużywanie leków nie zaleconych przez lekarza;
  - nieużywanie innych substancji psychoaktywnych.

2.3.2. Zachowania zdrowotne

Zachowania zdrowotne (ang. *health behaviour*) dotyczą różnych zachowań związanych ze sferą zdrowia, czyli **zachowań, które „w świetle współczesnej wiedzy medycznej zwykle wywołują określone (pozytywne lub negatywne) skutki zdrowotne"** (*Zachowania...*, 1990, s. 1–2). Określa się je różnymi terminami: „zachowania związane ze zdrowiem", „zachowania w zdrowiu" (w odróżnieniu od zachowania w chorobie), „zachowania medyczne".

Definicje i rodzaje zachowań zdrowotnych

Istnieje wiele definicji odnoszących się do wymienionych wcześniej terminów[8] oraz różne podziały zachowań zdrowotnych. Do celów praktycznych najbardziej przydatne wydają się dwa kryteria podziału:

1. **Stan świadomości jednostki i celowość jej działania** – wyróżnia się dwie grupy zachowań:
   - **zachowania zdrowotne**, czyli działania intencjonalne (celowe), świadomie podjęte przez człowieka w celu umocnienia lub zwiększenia potencjału swojego zdrowia, niezależnie od ich skuteczności;
   - **zachowania związane ze zdrowiem**, którym nie towarzyszy uświadomiony cel, czyli działania (czynności), które ludzie podejmują w swym codziennym życiu, a ich skutki mogą być pozytywne lub negatywne dla zdrowia; tę grupę zachowań określa się też jako nawyki lub reakcje na daną sytuację.

2. **Skutki zachowań dla zdrowia człowieka** – wyróżnia się też dwie grupy zachowań o przeciwnych znakach:
   - **zachowania pozytywne** (prozdrowotne) – sprzyjające zdrowiu, zwiększające jego potencjał, chroniące przed zagrożeniami lub służące przywróceniu zdrowia; należą do nich m.in.: racjonalne żywienie, odpowiednia aktywność fizyczna, radzenie sobie ze stresem; niedostatki tych zachowań mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie;
   - **zachowania negatywne** (antyzdrowotne) – stwarzają ryzyko dla zdrowia, powodują bezpośrednie lub odległe szkody zdrowotne; należą do nich m.in. używanie substancji psychoaktywnych, zachowania agresywne; określa się je jako **zachowania ryzykowne** lub **problemowe**.

Należy wspomnieć o innych terminach pokrewnych związanych z zachowaniami i działaniami ludzi w zdrowiu i chorobie:

– **„niedziałanie zdrowotne"**, które polega na niepodejmowaniu działania skierowanego na zdrowie we wszystkich sytuacjach, w których takie działanie powinno być podjęte. Przykładem takiego zachowania jest palenie tytoniu i niepodejmowanie prób jego rzucenia przez osobę znającą szkodliwe jego skutki oraz inne przejawy „lekceważenia zdrowia" przez osoby określające je jako wartość (Puchalski 1997, s. 199–200);

– **zachowania medyczne** – związane z aktywnym korzystaniem z instytucji i świadczeń medycznych (np. wizyty u lekarza, w tym także profilaktyczne);

– **zachowania prewencyjne** – działania podejmowane w celu zapobiegania chorobie (np. szczepienie ochronne przeciwko grypie) lub wczesnego jej wykrycia (np. podawanie się badaniom profilaktycznym, samobadanie piersi); zapobieganie urazom (np. zapinanie pasów bezpieczeństwa w samochodzie);

– **zachowania promocyjne** – ukierunkowane na zwiększanie potencjału zdrowia (jego pomnażanie, potęgowanie), np. systematyczna aktywność fizyczna, racjonalne żywienie.

[8] Przeglądu tych definicji dokonał m.in. A. Gniazdowski, patrz: *Zachowania...*, 1990, s. 43–64.

Wymienione grupy zachowań dotyczą ludzi zdrowych i chorych. W odniesieniu do ludzi chorych wyróżnia się ponadto specyficzne grupy zachowań (także różnie definiowane), w tym:

– **zachowania w chorobie** – sposób, w jaki chory reaguje na zaobserwowane u siebie zmiany w stanie zdrowia, szuka pomocy, podejmuje lub nie podejmuje decyzji o zgłoszeniu się do lekarza lub wybiera inne formy zaradcze; zachowanie to zależy m.in. od percepcji objawów, oceny zagrożeń, wiedzy na temat choroby, więzi społecznych, wieku i płci, gotowości do szukania pomocy;

– **samoopieka** – aktywność własna osoby uważającej siebie za chorą, w celu poprawy swego zdrowia, często z ograniczeniem udziału terapeuty i pomocy ze strony otoczenia.

Czynniki wpływające na kształtowanie zachowań zdrowotnych

Styl życia człowieka, w tym jego zachowania zdrowotne, zmieniają się w okresie całego życia. Zmiany te są zależne od wielu różnorodnych czynników, w tym: właściwości jednostki (wiek, płeć, cechy osobowości, stan zdrowia, pełnione role społeczne) oraz różnorodnych czynników środowiskowych. Można przyjąć, że wszystkie czynniki, które uznaje się za determinanty zdrowia, mają także pośredni lub bezpośredni wpływ na zachowania zdrowotne i styl życia ludzi. Trzy główne grupy czynników wpływających na kształtowanie zachowań zdrowotnych wyróżnili L.W. Green i M.W. Kreuter (1991):

– **czynniki predysponujące** – wiedza, przekonania, wartości, postawy;

– **czynniki umożliwiające** – umiejętności ważne dla zdrowia, przepisy prawne, priorytety i polityka zdrowotna na poziomie lokalnym/krajowym, dostępność i jakość opieki zdrowotnej;

– **czynniki wzmacniające** – normy obyczajowe – społeczna akceptacja lub jej brak w stosunku do danego zachowania w rodzinie, w grupie rówieśniczej, w szkole/miejscu pracy, ze strony pracowników służby zdrowia itd.; ta grupa czynników powiązana jest z warunkami, w jakich żyje jednostka.

Najważniejszym okresem dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest dzieciństwo i młodość. Kształtują się one w procesie socjalizacji, pod wpływem różnorodnych czynników i wzorców osobowych w domu, przedszkolu, szkole, grupie rówieśniczej, społeczności lokalnej, mediach, reklamach itd. Szczególne znaczenie ma tu modelowanie zachowań przez osoby znaczące dla dziecka i młodego człowieka (s. 116). Krytyczny dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest okres dorastania, w którym utrwalają się nabyte wcześniej zachowania prozdrowotne, a równocześnie pojawia się wiele zachowań ryzykownych, często kumulujących się. Niektóre z nich po fazie eksperymentowania zanikają, ale u części młodych ludzi utrwalają się. Zmiany, które dokonują się w okresie dojrzewania, decydują o tym, czy młodzi ludzie wnoszą w swe dorosłe życie zasoby, czy czynniki ryzyka dla zdrowia własnego i innych ludzi. Edukacja zdrowotna w dzieciństwie i młodości powinna wspierać proces kształtowania się zachowań prozdrowotnych i przeciwdziałać zachowaniom ryzykownym.

2.3.3. Charakterystyka zachowań zdrowotnych dorosłych Polaków

Znajomość aktualnej sytuacji w zakresie zachowań zdrowotnych różnych grup populacji jest przydatna do programowania działań w zakresie edukacji zdrowotnej. Wyniki najnowszych badań przeprowadzonych w Polsce, w reprezentatywnych grupach osób dorosłych, przedstawiono w tabeli 2.2[9] (s. 56). W dalszej części omówiono niedostatki w zakresie wybranych zachowań oraz zalecenia dotyczące ich pożądanego „poziomu".

Aktywność fizyczna i sposób spędzania czasu wolnego

Większość dorosłych Polaków cechuje mała aktywność fizyczna i bierny sposób spędzania czasu wolnego. Dane w tabeli 2.2 wskazują, że:

– wysiłki o umiarkowanej intensywności są udziałem tylko co trzeciego Polaka, który przeznacza na nie średnio 8 godz. w tyg.; intensywne wysiłki podejmuje zaledwie 5% osób, w tym czterokrotnie więcej mężczyzn niż kobiet;

– na zajęcia sedenteryjne w czasie wolnym (w tym oglądanie TV, czytanie) lub wykonywanie czynności związanych z małą intensywnością wysiłku przeciętny Polak poświęca 18 godz. w tyg.

„Systematyczna aktywność ruchowa jest obowiązkiem człowieka w stosunku do własnego zdrowia" (Jegier, 2005, s. 403). Wysiłki fizyczne o odpowiednim (do wieku i stanu zdrowia) czasie trwania, częstotliwości i intensywności umacniają zdrowie[10]:

– powodują wiele korzystnych zmian adaptacyjnych we wszystkich układach organizmu, wpływają korzystnie na metabolizm (w tym gospodarkę lipidową i węglowodanową);

– wpływają korzystnie na zdrowie psychiczne (sprzyjają rozładowaniu napięć związanych ze stresem i frustracją, zmniejszają poziom lęku i stanów depresyjnych);

– opóźniają procesy starzenia oraz dzięki utrzymywaniu odpowiedniej sprawności i wydolności fizycznej sprzyjają dobrej jakości życia;

– zapobiegają rozwojowi chorób przewlekłych, w tym zwłaszcza chorób sercowo-naczyniowych (ryzyko wystąpienia tych chorób u osób nie podejmujących regularnej aktywności fizycznej jest dwukrotnie większe), otyłości, cukrzycy typu 2, chorób układu ruchu.

Systematyczną aktywność fizyczną określa się też terminem **treningu zdrowotnego**. „Jest to świadomie kierowane działanie, polegające na celowym wykorzystaniu, ściśle określonych co do formy, objętości, intensywności i częstotliwości, ćwiczeń fizycznych dla uzyskania efektów fizycznych i psychicznych". Celem tych ćwiczeń jest przeciwdziałanie zmniejszaniu się i utrzymaniu na optymalnym poziomie

[9] Dane pochodzą z badań ankietowych wykonanych w 2004 r. w grupie 35 248 osób z 14 564 gospodarstw domowych. Wyniki innych badań dotyczących młodzieży podano w Części II.

[10] Korzyści związane z aktywnością fizyczną dla zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży patrz Część II, rozdz. 2.

Tabela 2.2. Zachowania zdrowotne dorosłych Polaków (w wieku 15 lat i więcej) w 2004 r. według płci (% badanych)

Rodzaj zachowań	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Aktywność fizyczna w czasie wolnym			
mała intensywność wysiłku (spacery, gimnastyka, jazda na rowerze i inny niezbyt intensywny ruch)			
uprawia (%)	71,4	70,5	72,2
średnia liczba godzin w tygodniu	8,4	8,7	8,2
umiarkowana intensywność wysiłku (bieganie, pływanie, ćwiczenia aerobiku lub inny sport rekreacyjny, w sezonie praca na działce lub ogrodzie)			
uprawia (%)	33,4	35,7	31,3
średnia liczba godzin w tygodniu	8,3	8,7	7,8
duża intensywność wysiłku (uprawianie intensywnego treningu np. siłownia, sportu wyczynowego)			
uprawia (%)	5,6	9,3	2,2
średnia liczba godzin w tygodniu	5,0	5,3	4,1
Bierny sposób spędzania czasu wolnego			
(czytanie, oglądanie TV, słuchanie radia lub inne czynności nie wymagające ruchu i wysiłku fizycznego)			
średnia liczba godzin w tygodniu	18,0	18,4	17,6
spędzają w ten sposób 15 godz. i więcej w tyg. (%)	52,6	54,6	50,5
Sen			
śpią krócej niż 7 godz. na dobę (%)	19,4	18,9	20,0
jakość snu (%)			
bardzo dobra	22,4	26,4	18,8
zła lub bardzo zła	8,9	6,3	11,2
Zmienili sposób żywienia w ostatnich 3 latach (%)	14,9	11,3	18,1
z powodu (% osób, które dokonały zmiany):			
nadwagi	17,7	16,7	18,4
chęci utrzymania masy ciała	9,8	6,0	11,9
zmiany stylu życia na zdrowszy	19,7	20,5	19,3
Działania prewencyjne kiedykolwiek w życiu (%)			
badanie ciśnienia tętniczego krwi	90,6	88,5	92,5
badanie stężenia cholesterolu we krwi	49,0	48,3	53,7
Palenie tytoniu (%)			
nigdy nie paliły	51,0	39,1	61,9
paliły w przeszłości	18,1	22,3	14,2
palą obecnie	30,3	38,0	23,1
w tym codziennie	26,3	33,9	19,3
Pili alkohol w ostatnich 12 miesiącach (%)	74,9	83,3	67,2
codziennie (% pijących)	1,8	2,7	0,7
1–6 razy w tygodniu	20,5	28,7	11,4

Na podstawie: GUS (2006).

możliwości przystosowawczych organizmu do wysiłku fizycznego, zwłaszcza długotrwałego (Kuński, 2000, s. 28–29).

Od wielu lat eksperci i towarzystwa naukowe, w tym zwłaszcza kardiologiczne, ustalają **zalecenia dotyczące poziomu aktywności fizycznej dla ludzi w różnym wieku**. Zgodnie z rekomendacjami:

- Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2003 r. – za najbardziej wskazane uważa się: wysiłki wykonywane 4–5 razy w tygodniu, przez 30–45 minut, z intensywnością umiarkowaną (tętno – 60–70% maksymalnej częstości skurczów serca); korzystne są wysiłki wytrzymałościowe, poprzedzone 5-minutową rozgrzewką. i zakończone ćwiczeniami wyciszającymi; wraz ze wzrostem wydolności fizycznej i tolerancji na wysiłek należy wydłużać czas trwania i intensywność ćwiczeń (za: Jegier, 2005, s. 408–409);
- Zespołu ekspertów, reprezentujących 53 towarzystwa naukowe i organizacje społeczne w Kanadzie – dla utrzymania i poprawy zdrowia zalecany czas **kumulujących się w ciągu dnia wysiłków fizycznych** powinien wynosić:
  - 60 min przy wysiłkach lekkich (np. spacer, lekka praca w ogrodzie, streching), tzn. takich, przy których zaczynamy odczuwać ciepło, nieznacznie przyśpiesza się oddech;
  - 30–60 min przy wysiłkach umiarkowanych (marsz, jazda na rowerze, pływanie, taniec), przy których odczuwamy ciepło, wyraźnie przyśpiesza się oddech;
  - 20–30 min przy wysiłkach intensywnych (aerobik, jogging, szybkie pływanie, szybki taniec), przy których odczuwamy, że jesteśmy zgrzani i mamy zadyszkę;
  - szczególnie zalecane są ćwiczenia wytrzymałościowe, zwiększające gibkość oraz siłę różnych grup mięśniowych (*Canada's...*, 1998).

Czas trwania i jakość snu

Zachowania związane ze snem, takie jak: odpowiednia liczba godzin, układanie się do snu o tej samej porze, odpowiednie przygotowanie do snu (rytuał – ułatwiający szybkie zasypianie i dobrą jego jakość) należy uznać za zachowania prozdrowotne. Z danych GUS (2006) wynika, że wśród dorosłych Polaków: co piąty śpi krócej niż 7 godz. na dobę („normą" zdrowotną dla dorosłego człowieka jest 7–8 godz.), a prawie co trzeci śpi niezbyt dobrze (w tym co dziesiąty źle lub bardzo źle).

Sen należy do podstawowych potrzeb biologicznych człowieka. Badania przeprowadzone na ochotnikach wykazały, że już po 24 godz. nieprzerwanego czuwania zakłóceniu ulegają procesy psychiczne, a po 48 godz. występują zaburzenia percepcji, depresja, a niekiedy agresywność. Mimo intensywnych badań istota snu nie jest dotychczas do końca poznana (Sadowski, 2005).

Istnieje związek między czasem trwania snu i jego jakością a stanem zdrowia i samopoczuciem ludzi, choć nie zawsze można jednoznacznie określić, co jest przyczyną, a co skutkiem. Wśród osób, które oceniają swoje zdrowie jako bardzo dobre i nie chorują na choroby przewlekłe, znacznie mniejszy jest odsetek tych, które śpią zbyt krótko i źle lub bardzo źle (tab. 2.3).

Tabela 2.3. Odsetek osób w wieku 15 lat lub więcej, które śpią zbyt krótko oraz źle lub bardzo źle w zależności od samooceny zdrowia i występowania chorób przewlekłych

	Śpią krócej niż 7 godz.	Śpią źle lub bardzo źle
Samoocena zdrowia		
bardzo dobre	13,6	1,1
złe	30,0	29,9
bardzo złe	37,9	46,7
Nie chorują przewlekle	14,7	2,2
Chorują przewlekle	24,0	15,4

Na podstawie: GUS (2006).

Zmiany sposobu żywienia

Racjonalny sposób żywienia[11], obok aktywności fizycznej, jest uważany za istotny element prozdrowotnego stylu życia. Wyniki wielu badań wskazują na istnienie wielu nieprawidłowości w sposobie żywienia Polaków[12]. Od wielu lat podejmowane są różne kampanie społeczne i działania edukacyjne (zwłaszcza w mediach) zachęcające ludzi do zmiany zachowań żywieniowych na korzystniejsze dla zdrowia. Wyniki badań GUS (2006) wskazują, że w okresie 3 lat poprzedzających badanie tylko 15% dorosłych Polaków zmieniło swój sposób żywienia, więcej kobiet niż mężczyzn; częściej: osoby z wykształceniem wyższym i policealnym (23%) niż podstawowym (13%); osoby przewlekle chore (21%) niż niechorujące przewlekle (8%). Wśród osób, które dokonały tej zmiany, jako powód 39% osób wymieniło chorobę lub dolegliwości, 18% nadwagę, 20% zmianę stylu życia na zdrowszy (tab. 2.2).

Wykonywanie badań profilaktycznych

Poddawanie się badaniom profilaktycznym i korzystanie z oferowanych ich programów jest dowodem troski o własne zdrowie. Z danych GUS (2006) wynika, że:

– **pomiar ciśnienia tętniczego krwi** kiedykolwiek w życiu miało wykonany 91% osób (najmniej – 66% w wieku 15–19 lat), podwyższone ciśnienie (powyżej 140/90 mm Hg) podał co czwarty 40-latek i prawie 60% osób w wieku 60 lat lub więcej;

– tylko połowa dorosłych Polaków miała wykonane kiedykolwiek w życiu badanie **stężenia cholesterolu we krwi** (8% w wieku 15–19 lat, ok. 80% w wieku 60 lat

[11] Podstawowe zasady racjonalnego żywienia omówiono w Części II, rozdz. 2.

[12] Wyniki badań nad sposobem żywienia ludności w Polsce można znaleźć na stronie Instytutu Żywności i Żywienia (www.izz.waw.pl).

i więcej); wśród osób, które wykonały to badanie, u 38% stwierdzono podwyższony poziom cholesterolu (powyżej 200 mg%), u ponad połowy osób w wieku 60 lat lub więcej.

Odrębną grupą są badania **profilaktyczne u kobiet**, których celem jest wykrycie stanów zwiększających ryzyko rozwoju nowotworów sutka oraz raka szyjki macicy i wczesnych ich stadiów. Dane w tabeli 2.4 wskazują, że odsetek kobiet powyżej 30 r.ż., które wykonały takie badania, jest w Polsce niezbyt duży i w niewielkim stopniu przyczyną ich wykonania jest dbałość o własne zdrowie. W 2004 r., w porównaniu z 1996 r., odsetek kobiet poddających się tym badaniom zwiększył się.

Tabela 2.4. Wykonywanie badań profilaktycznych przez kobiety w wieku 30 lat i więcej w Polsce w 2004 r.

Rodzaj badania	Wiek w latach				
	30–39	40–49	50–59	60–69	70 i więcej
Badanie mammograficzne					
kiedykolwiek w życiu	10,4	39,7	60,0	43,4	23,1
przyczyna wykonania*					
dbałość o własne zdrowie	14,9	22,1	21.8	19,1	17,8
ogólnodostępny program badań	29,9	30,5	39,5	36,4	21,5
Badanie USG piersi					
kiedykolwiek w życiu	24,5	33,2	38,1	25,3	15,0
przyczyna wykonania*					
dbałość o własne zdrowie	23,1	22,9	21,0	17,9	18,0
ogólnodostępny program badań	12,4	14,8	20,1	17,2	12,9
Badanie cytologiczne					
kiedykolwiek w życiu	87,3	85,3	82,4	69,9	50,8
przyczyna wykonania*					
dbałość o własne zdrowie	32,1	31,5	28,7	21,9	11,7
ogólnodostępny program badań	5,5	8,8	11,3	9,2	6,7

*odsetek kobiet, które wykonały badanie.
Na podstawie: GUS (2006).

Badania w profilaktyce raka sutka

Badanie mammograficzne co najmniej 1 raz w życiu wykonało, w zależności od wieku, 10–60%, a badanie USG 15–38% kobiet. U co czwartej kobiety powodem wykonania tych badań była troska o zdrowie, co trzecia wykonała badanie dzięki ogólnodostępnemu programowi badań. Badania te znacznie częściej wykonują kobiety z wykształceniem co najmniej średnim; w tej grupie największy jest także odsetek kobiet, u których powodem wykonania badania była troska o własne zdrowie.

Rak sutka jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. W 2004 r. zarejestrowano 12 049 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe sutka i 4887 zgony z tego powodu[13]. Nowotwór ten rozwija się powoli i szczególne znaczenie ma jak najwcześniejsze jego wykrycie. W **profilaktyce raka sutka** zalecany jest schemat postępowania profilaktycznego obejmujący następujące rodzaje badań:

- samobadanie piersi – metoda dostępna dla wszystkich kobiet i zalecana niezależnie od wieku (patrz Część II, rozdz. 1);
- palpacyjne badanie kliniczne przez lekarza;
- mammografia – metoda radiologiczna (różnica pochłaniania promieniowania rentgenowskiego przez tkankę gruczołową i tłuszczową pozwala uwidocznić budowę sutka i zmiany patologiczne); jest to najważniejsza metoda badania sutka;
- badanie ultrasonograficzne sutka (USG) – metoda komplementarna do mammografii; w przypadku badań profilaktycznych wykonywana jest często po mammografii, w zależności od zaleceń lekarza, w celu dodatkowej oceny niektórych części sutka.

Zalecenia Polskiego Komitetu Zwalczania Raka:

- pierwsza mammografia powinna być wykonana między 35 a 40 r.ż.
- badanie mammograficzne należy powtarzać co 2 lata między 40 a 50 r.ż. oraz corocznie od 50 r.ż.
- badania profilaktyczne powinny obejmować również badanie kliniczne i ultrasonografię

Badanie cytologiczne

Badanie to ma na celu wczesne wykrywanie raka szyjki macicy. Z danych GUS wynika, że wykonała je kiedykolwiek w życiu tylko połowa kobiet najstarszych (70 lat i więcej) i 87% kobiet w wieku 30–39 lat. Może to wskazywać na wzrost świadomości młodego pokolenia kobiet, ale tylko co trzecia kobieta w wieku 30–49 lat wykonała to badanie z dbałości o własne zdrowie, u 40% był to efekt zaleceń lekarza.

W 2004 r. zarejestrowano w Polsce 3345 nowych zachorowań na raka szyjki macicy i 1819 zgonów z tego powodu[14]. Polska zajmuje pierwsze, niechlubne miejsce wśród krajów Unii Europejskiej pod względem liczby nowych zachorowań i zgonów z powodu tego nowotworu.

Obecnie jest realizowany Ogólnopolski Program Aktywnej Profilaktyki Raka Szyjki Macicy „Ty też jesteś w grupie ryzyka", w tym bezpłatne badania cytologiczne (www.rakszyjkimacicy-profilaktyka.pl). Przełomem w zapobieganiu tej chorobie jest zarejestrowanie w 2006 r. w Europie i Polsce szczepionek przeciwko niektórym (onkogennym) typom wirusa HPV (wirusa brodawczaka ludzkiego), który jest głównym „sprawcą" raka szyjki macicy. Trwa kampania społeczna „Chronię życie przed rakiem szyjki macicy" (www.hpv.pl).

[13] Dane Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie (http://epid.coi.waw.pl/krn).
[14] Dane Centrum Onkologii, *op. cit.*

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z 2004 r. w sprawie diagnostyki, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy:

- coroczne badania cytologiczne powinny być wykonywane u kobiet po skończeniu 25 r.ż., najpóźniej w wieku 30 lat. U kobiet, które rozpoczęły wcześnie współżycie płciowe, badanie należy wykonać nie później niż 3 lata po inicjacji seksualnej
- przy prawidłowych wynikach wymazów cytologicznych i niewystępowaniu czynników ryzyka badania mogą być powtarzane co 3 lata
- kontroli cytologicznej co 12 miesięcy wymagają kobiety z grup ryzyka – zakażone wirusem HIV, HPV, przyjmujące leki immunosupresyjne i w innych przypadkach ustalonych przez lekarza (Kędzia, Spaczyński, 2005)

Używanie substancji psychoaktywnych

W 2004 r. **paliło tytoń** 38% mężczyzn o 23% kobiet. Zdecydowana większość to osoby palące codziennie. W porównaniu z 1996 r. odsetek palących mężczyzn zmniejszył się wyraźnie (z 47%), u kobiet nie uległ zmianom. Odsetek palących był największy wśród 40-latków (pali prawie połowa mężczyzn i więcej niż co trzecia kobieta) i osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Silnie uzależnionych od nikotyny (wypalających co najmniej 20 papierosów dziennie) było 60% ogółu palących mężczyzn i co trzecia palaczka.

Picie alkoholu jest zjawiskiem powszechnym – w 2004 r. w każdym tygodniu (w tym codziennie) piło alkohol prawie 30% mężczyzn i 12% kobiet. Analiza struktury i ilości wypijanego alkoholu wskazuje, że[15]:

- w strukturze konsumpcji udział piwa (46%) i wódki (43%) jest podobny, choć z analizy statystyk sprzedaży alkoholu wynika, że z kraju „wódczanego" (dominacja spożycia napojów spirytusowych), staliśmy się krajem „piwnym";
- prawie 1/3 mężczyzn i 5% kobiet wypija przy przeciętnej okazji powyżej 100 ml 100% alkoholu, co odpowiada co najmniej „ćwiartce"; tylko 6% mężczyzn wypija zwykle mniej niż 25 ml 100% alkoholu, co można uznać za granicę, poniżej której korzyści zdrowotne płynące z picia alkoholu przeważają nad zagrożeniami dla zdrowia[16];
- grupy ryzyka różnorodnych problemów stanowią osoby, które:
  - wypijają jednorazowo duże ilości alkoholu (powoduje to różnorodne problemy i skutki nietrzeźwości) – szacuje się, że próg 2‰ alkoholu w płynach ustrojowych przekracza przy przeciętnej okazji co trzeci mężczyzna i co dziesiąta kobieta;

[15] Autorem tej części opracowania danych GUS jest J. Moskalewicz (GUS, 2006, s. 38–43).
[16] Wyniki badań wskazują, że picie małych ilości alkoholu, a zwłaszcza czerwonego wina, zmniejsza ryzyko chorób układu krążenia.

– wypijają rocznie dużą ilość alkoholu (zwiększone ryzyko przewlekłych problemów zdrowotnych); przyjmuje się, że ryzyko takich problemów wiąże się z roczną konsumpcją 100% alkoholu powyżej 10 l u mężczyzn i 4,5 l u kobiet i narażonych na nie jest w Polsce 14% mężczyzn i 3% kobiet;

- istnieją nadal znaczne różnice płciowe we wzorach picia alkoholu przez kobiety i mężczyzn; stosunkowo najmniejsze różnice w poziomie konsumpcji są w grupie wieku 15–19 lat, w dalszych latach różnice pogłębiają się w miarę przejmowania tradycyjnych ról – około 30 r.ż. konsumpcja alkoholu u kobiet zmniejsza się, u mężczyzn zwiększa się do najwyższego poziomu w wieku 40–60 lat.

Wśród **substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń**[17] najbardziej rozpowszechnione jest używanie marihuany lub haszyszu; kiedykolwiek w życiu próbowało ich 1,5% badanych (2% mężczyzn, 0,7% kobiet). Na drugim miejscu znajdują się leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza (1,2% zażywało je kiedykolwiek w życiu), a na trzecim amfetamina (do jej używania kiedykolwiek w życiu przyznało się 0,3% badanych). Pozostałe narkotyki są przyjmowane przez znikomy odsetek badanych.

Używanie tych substancji jest najbardziej rozpowszechnione w grupie wieku 15–24 lat oraz 25–34 lat. W starszych grupach wieku używane były one kiedykolwiek w życiu przez 0,0–0,3% osób, z wyjątkiem leków uspokajających i nasennych, których częstość spożywania zwiększa się z wiekiem (do 1,8% w wieku 55–64 lat).

Uzyskane wyniki wskazują, że w populacji ludzi dorosłych w Polsce używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń jest nadal bardzo rzadkie, zdecydowanie mniej rozpowszechnione niż wśród młodzieży. W krajach Europy Zachodniej i w Ameryce Północnej używanie narkotyków wśród dorosłych znacznie się zwiększyło, zwłaszcza w dużych miastach. Należy oczekiwać, że podobne zjawisko wystąpi w Polsce. W latach 1992–2005 odsetek dorosłych osób przyznających się do zażywania narkotyków stopniowo się zwiększał (z 0,2% do 1,2%), ale wzrost ten dotyczył osób w wieku 16–24 lat (*Diagnoza...*, 2005).

Ryzykowne zachowania seksualne

Istnieją odmienne wzory zachowań seksualnych u osób młodszych i starszych, mężczyzn i kobiet, w zależności od światopoglądu i poziomu wykształcenia. Ogromny wpływ na zaspokajanie potrzeb seksualnych mają czynniki kulturowe i społeczne, w tym regulacje moralne, religijne, prawne. Seks jest ważnym elementem jakości życia, ma wpływ na samopoczucie człowieka oraz dobrą samoocenę w innych sferach życia (Izdebski, Ostrowska, 2003).

W życiu seksualnym mogą występować jednak zachowania wiążące się z ryzykiem zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową (w tym HIV) i niechcianej ciąży. Wyniki badań, przeprowadzonych w 2005 r., w wybranej losowo grupie 3200 osób w wieku 15–49 lat (Izdebski, 2006), wykazały m.in., że:

[17] Wyniki badań GUS dotyczące używania tych substancji zostały opracowane przez J. Sierosławskiego (GUS, 2006, s. 44–48).

– kontakty oralne (z wytryskiem nasienia do ust) podejmowało 29% mężczyzn i 19% kobiet; kontakty analne odpowiednio 21% i 16%;

– nie używało prezerwatywy w czasie ostatniego kontaktu seksualnego z inną osobą niż stały partner/ka – 36% mężczyzn i 47% kobiet;

– korzystało z płatnych usług seksualnych w ostatnich 12 miesiącach 12% mężczyzn i 0,7% kobiet;

– nie stosowało w ostatnich 12 miesiącach żadnej metody zapobiegania ciąży 27% mężczyzn i kobiet; 20% stosowało stosunek przerywany, 3% metody naturalne (obie metody o małej skuteczności).

Badanie zachowań zdrowotnych może być wykorzystane do:
- określenia potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej danej grupy
- uświadomienia edukowanym jakie elementy ich stylu życia sprzyjają zdrowiu, a jakie stanowią czynniki ryzyka

2.4. Wsparcie społeczne

Wyniki wielu badań przeprowadzonych na świecie w ostatnich latach wskazują, że we wszystkich kulturach wsparcie społeczne sprzyja lepszemu funkcjonowaniu jednostek, rodzin, grup sąsiedzkich, w pracy oraz wpływa korzystnie na zdrowie fizyczne i psychiczne. Wsparcie społeczne działa jak „bufor" wobec negatywnych skutków stresu, wpływa korzystnie na przebieg leczenia, rehabilitacji oraz rekonwalescencji po przebytych chorobach. Korzystanie ze wsparcia społecznego jest jedną ze strategii radzenia sobie ze stresem i trudnościami. Uważa się także, że wsparcie społeczne oddziałuje korzystnie na psychikę człowieka zawsze, a nie tylko w warunkach stresu.

2.4.1. Definicje i rodzaje wsparcia społecznego

Pojęcie „wsparcie społeczne" jest różnie definiowane. Według S. Kawuli (2004) jest to przede wszystkim pomoc dostępna dla jednostki lub grupy w sytuacjach trudnych, stresowych lub przełomowych, których bez wsparcia innych nie można przezwyciężyć. Dwa rodzaje wsparcia wyróżniają H. Sęk i R. Cieślak (2004):

1. **Wsparcie społeczne strukturalne** – obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne (zwane także systemami oparcia), które dzięki istnieniu więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji;
2. **Wsparcie społeczne funkcjonalne** – rodzaj interakcji społecznej, która może zachodzić między „dawcą–biorcą" (w diadzie – między jednostką a grupą lub między grupami) w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej. Wyróżnia się pięć rodzajów tego wsparcia:

- **wsparcie emocjonalne** – przekazywanie emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, pozytywny stosunek i empatię w stosunku do osoby wspieranej;
- **wsparcie informacyjne** (poznawcze) – przekazywanie lub wymiana informacji sprzyjających lepszemu zrozumieniu sytuacji lub problemu, dzielenie się własnym doświadczeniem (np. grupach samopomocy);
- **wsparcie instrumentalne** (instruktaż) – przekazywanie informacji o konkretnych sposobach postępowania lub forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych;
- **wsparcie rzeczowe** (materialne) – pomoc materialna, rzeczowa lub finansowa, a także przekazywanie potrzebującym środków do życia, dożywianie, udostępnianie schronienia itd.;
- **wsparcie duchowe** – w niektórych sytuacjach krytycznych, bez wyjścia np. w cierpieniu, związanym z sensem życia i śmierci.

W Polsce większość ludzi dorosłych spostrzega wokół siebie osoby lub instytucje, do których może się zwrócić o pomoc w różnych trudnych sytuacjach (tab. 2.5). Wśród młodzieży 16- i 18-letniej tylko 4% podało, że nie ma żadnej bliskiej osoby, na którą mogą liczyć w sytuacji poważnych problemów (Małkowska-Szkutnik, 2006). Równocześnie jednak wielu ludzi nie korzysta ze wsparcia. Na przykład, w 1995 r., w trudnych sytuacjach: poszukiwało pomocy innych – 23% badanych, szło do kościoła – 11%, przezwyciężało samodzielnie – 44%, fatalistycznie akceptowało – 19% (Ostrowska, 1999a, s. 113)[18].

Wyniki badań wskazują, że ludzie różnią się pod względem **potrzeby wsparcia społecznego** i różnice te mogą zależeć od wielu czynników (np. wieku, płci, położenia społecznego). Gdy człowiek ma dobrze rozwinięte potrzeby wsparcia i możliwości ich ujawniania, poszukuje wsparcia i umie z niego korzystać. Przy małej potrzebie wsparcia

Tabela 2.5. Osoby w wieku 15 lat i więcej w Polsce oceniające możliwości zwrócenia się o pomoc do różnych osób i instytucji w razie różnych problemów (% badanych)

Mogą zwrócić się o pomoc w przypadku:	Mogą zwrócić się o pomoc do:					
	domowników	rodziny	przyjaciół, sąsiadów, znajomych	kościoła, związku wyznaniowego	innych instytucji i organizacji	nikogo
Problemów ze zdrowiem	81,9	40,3	13,8	0,6	2,7	1,9
Problemów finansowych	55,9	47,1	17,6	0,2	3,3	9,3
Potrzeby porady lub wsparcia duchowego	66,9	36,7	28,1	7,8	0,8	6,1

Na podstawie: GUS (2006, s. 175–179).

[18] Sytuacja ta prawdopodobnie nie zmieniła się, gdyż jak wskazują wyniki Diagnozy Społecznej 2005 poziom spostrzeganego wsparcia społecznego utrzymuje się w Polsce na podobnym poziomie od 1991 r. (Czapiński, 2005a, s. 203).

lub trudnościach w ich ujawnianiu ludzie unikają poszukiwania wsparcia społecznego. Wsparcie społeczne jest więc zjawiskiem bardzo skomplikowanym, a dążenie ludzi do jego poszukiwania i korzystania jest właściwością bardzo indywidualną (Ostrowska, 1999a, s. 118).

Związek między wsparciem społecznym a zdrowiem można wyjaśniać w różnorodny sposób. Następujące mechanizmy wymienił M.B. Mittelmark (1999):

- dostarczanie informacji pomagających unikać bardzo ryzykownych i stresujących sytuacji;
- dostarczanie pozytywnych wzorców (modeli);
- zwiększanie poczucia własnej wartości, tożsamości oraz kontroli nad otoczeniem (środowiskiem);
- oddziaływanie poprzez normy społeczne i kontrolę społeczną;
- pomoc materialna;
- wsparcie emocjonalne;
- poczucie dostępności wsparcia;
- „buforowanie" działań innych ludzi w sytuacjach stresu.

Autor ten zwraca uwagę, że obok pozytywnych aspektów wsparcia należy brać pod uwagę także jego negatywne aspekty, wiążące się z napięciem społecznym, generowanym przez inne osoby (sieci) udzielające wsparcia. Źródłem tego napięcia mogą być: stawianie osobom wspieranym zbyt dużych wymagań, krytykowanie, ingerencja w prywatność, wtrącanie się. Wsparcia społecznego i napięcia społecznego nie można traktować jako dwóch krańców kontinuum, lecz odrębne konstrukty i można wyróżnić cztery możliwości: wysokie wsparcie/wysokie napięcie, wysokie wsparcie/niskie napięcie itd.

2.4.2. Kapitał społeczny

Zainteresowanie wsparciem społecznym, jako ważnym czynnikiem warunkującym zdrowie, wiąże się z rozwojem zdrowia publicznego i promocji zdrowia. Obecnie pojęcie to ujmuje się w szerszym kontekście jako **kapitał społeczny** (ang. *social capital*). Terminu tego użył po raz pierwszy P. Bordieau (1980), a następnie J.S. Coleman (1988), który wykazał, że korzystne relacje w rodzinie i społeczności mają pozytywny wpływ na rozwój i samopoczucie dzieci oraz ich osiągnięcia szkolne.

Kapitał społeczny jest pojęciem wielowymiarowym odnoszącym się do jednostek, społeczności i społeczeństwa. Najczęściej przytacza się definicję R.D. Putnama (1993):

Kapitał społeczny to cechy organizacji społeczności, takie jak: związki (sieci), normy, zaufanie społeczne, które sprzyjają koordynacji działań i współpracy dla wspólnego dobra

Kapitał społeczny określa się też jako zasoby (dla jednostki i społeczności), w tym przede wszystkim zasoby ludzkie i wsparcie społeczne. Tworzony jest on na poziomie zbiorowym i obejmuje następujące elementy:

- **Zasoby społeczne** – nieformalne, wzajemne i altruistyczne wsparcie ze strony sąsiadów, kolegów, sieci przyjaciół lub specyficznych społeczności. Społeczność oznacza grupę ludzi, których łączy zbiorowe poczucie tożsamości i celu, uwarunkowane podobnymi cechami osobistymi, przekonaniami i interesami, takimi jak np. miejsce zamieszkania, styl życia, religia, wiek, grupa etniczna, klasa społeczna;
- **Zbiorowe zasoby sąsiedztwa lub społeczności** – np. aktywność ludzi, tworzenie stowarzyszeń mieszkańców, grupy wolontariuszy, dyżury sąsiadów w ochronie mienia, poziom zaufania i komunikowania się sąsiadów i społeczności lokalnej, zaufanie do policji i władz, poczucie lęku przed przestępcami, poczucie przynależności i spójności społecznej, dostępność dóbr;
- **Zasoby ekonomiczne** – np. poziom bezrobocia w danej społeczności, standard warunków życia, w tym mieszkań;
- **Zasoby kulturowe** – np. poziom lokalnych szkół, bibliotek, miejsc spotkań.

Szeroki zakres pojęcia kapitału społecznego utrudnia uzgodnienie jego podstawowych elementów oraz wskaźników do jego pomiaru. Jedną z najnowszych propozycji podstawowych **wskaźników kapitału społecznego** zaproponowali M. Coulthard, A. Walker, A. Morgan (2002):

- relacje społeczne i wsparcie społeczne;
- formalne i nieformalne sieci;
- członkostwo grup;
- zaangażowanie społeczności i poszczególnych jej grup we wspólne przedsięwzięcia, podejmowanie decyzji;
- normy i wartości;
- wzajemna pomoc, np. opieka nad dziećmi;
- poziom wzajemnego zaufania.

Istnienie kapitału społecznego przeciwdziała izolacji jednostek lub grup, która ma niekorzystny wpływ na zdrowie psychiczne i społeczne. Wyniki badań wskazują też, że niektóre elementy kapitału społecznego (zaangażowanie społeczne, przynależność do grupy, poziom wzajemnego zaufania) wpływają na wyższą samoocenę zdrowia i mniejszą umieralność. W badaniach długofalowych wykazano istnienie związku między kapitałem społecznym a rozwojem dzieci w wieku 2–5 lat (Runyan i in., 1998). Uważa się, że budowanie kapitału społecznego jednostek i społeczności powinno być ważnym elementem programów promocji zdrowia. W budowaniu lub umacnianiu tego kapitału upatruje się szansy na zmniejszenie nierówności społeczno-ekonomicznych, które uniemożliwiają poprawę zdrowia ludzi i są przyczyną niepowodzeń we wdrażaniu programów na rzecz zdrowia w społecznościach lokalnych.

- Wsparcie społeczne – „branie" od innych i „dawanie" innym – jest ważnym elementem prozdrowotnego stylu życia, a kształtowanie tych umiejętności jest zadaniem edukacji zdrowotnej
- Tworzenie kapitału społecznego może sprzyjać zmniejszaniu nierówności społecznych i związanych z nimi nierówności w zdrowiu

2.5. Czynniki społeczno-ekonomiczne

Istnieje powszechna zgodność, poparta wynikami licznych badań, co do tego, że **głównymi determinantami zdrowia są czynniki społeczno-ekonomiczne**. Dotyczy to wszystkich krajów i kultur. Do czynników ekonomicznych należą: dochody, poziom wykształcenia, zawód i pozycja zawodowa, posiadanie pracy. Czynniki społeczne to wsparcie społeczne i wymienione wyżej elementy kapitału społecznego. Związane są z nimi czynniki środowiskowe, w tym warunki środowiska naturalnego, życia, nauki i pracy (patrz ryc. 2.2).

Zróżnicowanie społeczeństwa pod względem statusu (położenia) społeczno-ekonomicznego jest cechą uniwersalną – istnieje we wszystkich krajach. W Polsce zróżnicowanie to ujawniło w latach 90. w okresie transformacji ustrojowej (Jarosz, 2000) i utrzymuje się nadal. Istnienie tego zróżnicowania jest określane terminem **nierówności społecznych** – czyli „stanu, w którym jakaś jednostka lub grupa z racji swojej pozycji społecznej korzysta w większym stopniu niż inni z przywilejów, a także dóbr będących przedmiotem powszechnych aspiracji, takich jak: dochód, przedmioty materialne, mieszkanie, oświata, kultura, wypoczynek, czas wolny, a także działalność społeczna, praca i zdrowie" (Słońska, Misiuna, 1994, s. 23). Przyczyną nierówności społecznych we współczesnym świecie są także czynniki demograficzne, takie jak: wiek, płeć, a także przynależność do grupy mniejszościowej. Wszystkie grupy czynników są ze sobą ściśle związane i często wspólną cechą jest ubóstwo i izolacja społeczna.

Nierówności społeczne są główną przyczyną **nierówności w zdrowiu**, czyli zróżnicowania różnych wskaźników zdrowia w grupach o różnym statusie społeczno-ekonomicznym. W XX w. przeprowadzono w wielu krajach ogromną liczbę badań, w których wykazano, że grupy o wyższym statusie mają lepsze zdrowie niż grupy o niskim statusie. W tych ostatnich grupach znacznie większe jest nasilenie negatywnych zjawisk zdrowotnych: większa umieralność i zachorowalność na różne choroby, krótsze trwanie życia, mniejsza urodzeniowa masa ciała, większa umieralność niemowląt; większa częstość: wad wrodzonych, niepełnosprawności, zaburzeń rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci, problemów zdrowia psychicznego itd. Grupy te charakteryzuje także większa częstość zachowań ryzykownych dla zdrowia (zwłaszcza nadużywanie alkoholu i palenie tytoniu) oraz niedostatki zachowań prozdrowotnych[19]. Mechanizm zależności między statusem społeczno-ekonomicznym a zdrowiem jest skomplikowany, poszczególne elementy tego statusu w różnych sytuacjach mają odmienny wpływ. Nierówności w zdrowiu dotyczą całego okresu życia człowieka, ale narastają z wiekiem i są szczególnie widoczne u ludzi dorosłych.

Wyrównywanie nierówności w zdrowiu przez eliminowanie lub zmniejszanie dysproporcji społecznych jest głównym celem współczesnych strategii działań na rzecz

[19] Związki między nierównościami społecznymi a zdrowiem w społeczeństwie polskim opisano m.in. w książce A. Ostrowskiej (1999a), a w odniesieniu do dzieci i młodzieży w artykule W. Warzywody-Kruszyńskiej (2000).

zdrowia. Znalazło to wyraz w strategii „Zdrowie dla wszystkich", zapoczątkowanej przez Biuro Europejskie WHO w 1985 r. i w najnowszej jej modyfikacji „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku". W celu drugim – „Równość w zdrowiu" zapisano: „Do 2020 roku powinny być zredukowane różnice zdrowotne pomiędzy grupami społeczno-ekonomicznymi wewnątrz krajów przynajmniej o jedną czwartą we wszystkich Krajach Członkowskich, dzięki istotnej poprawie stanu zdrowia grup znajdujących się w niekorzystnym położeniu" (*Zdrowie 21...*, 1999, s. 18).

- Ważnym zadaniem w edukacji zdrowotnej jest uświadamianie ludziom społecznego kontekstu zdrowia i czynników go warunkujących, na które mogą i nie mogą mieć bezpośredniego wpływu
- Edukacja zdrowotna osób znajdujących się w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej powinna uwzględniać ich specyficzne możliwości, potrzeby i zagrożenia: m.in. realia życia, lokalne tradycje, subiektywne zagrożenia, świadomość zdrowotną, wiedzę o zdrowiu (Kawczyńska-Butrym, 2001)

2.6. Opieka zdrowotna

Wśród czynników warunkujących zdrowie, we wszystkich prezentowanych wcześniej ich modelach, znajduje się również opieka zdrowotna (medyczna), choć jej „udział" oceniany jest obecnie jako znacznie mniejszy, w stosunku do pozostałych grup czynników. Szczególne znaczenie ma:

- **Dostępność do opieki zdrowotnej**, w tym zwłaszcza podstawowej opieki zdrowotnej (której zadaniem jest m.in. „udzielanie indywidualnych świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych"[20]) oraz do programów profilaktycznych;
- **Odpowiednia jakość świadczeń zdrowotnych**. Do cech jakości tych świadczeń zalicza się:
  - niezawodność i odpowiedzialność – pracownicy medyczni wykonują swe zadania zgodnie ze standardami, etyką, rzetelnie, przestrzegają terminów, prawidłowo prowadzą dokumentację;
  - wrażliwość – pacjenci chcieliby, aby pracownicy medyczni byli uprzejmi, gotowi i chętni do pomocy;
  - wygląd – odpowiednie ubrania, identyfikatory, wygląd wzbudzający zaufanie;
  - dostępność – pacjenci oczekują, że usługi i personel medyczny będą dostępne w takim miejscu i czasie, w którym ich potrzebują;
  - kompetencje – personel medyczny musi posiadać fachową wiedzę, doświadczenie itp.;

[20] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408, póź. zm.).

  - komunikatywność i przejrzystość – komunikowanie się personelu medycznego z pacjentem i między sobą w jego obecności powinno być jasne i zrozumiałe dla pacjenta, aby niezrozumiały dla niego język medyczny nie wzbudzał w nim lęku; personel powinien posiadać umiejętność nawiązania rozmowy i aktywnego słuchania pacjenta;
  - bezpieczeństwo – pacjenci oczekują, że pobyt w zakładzie opieki zdrowotnej będzie bezpieczny pod względem fizycznym i psychicznym (bez pomyłek, niepotrzebnego stresu)[21].

Zapewnienie takiej opieki sprzyja satysfakcji pacjentów ze świadczeń zdrowotnych, większej gotowości do korzystania z nich, przestrzegania zaleceń i przyjmowania aktywnej postawy wobec własnego zdrowia lub choroby. Pracownicy medyczni i paramedyczni odgrywają też ważną rolę w edukacji zdrowotnej pacjentów (s. 245).

Programy profilaktyczne

W ostatnich latach wdrażane są w Polsce, w różnych grupach ludności, programy profilaktyki wielu chorób. Niektóre z nich są obowiązkowe (np. szczepienia ochronne dzieci i młodzieży, badania profilaktyczne niektórych grup zawodowych), inne dobrowolne. Programy profilaktyczne realizowane są głównie z funduszy Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), a ich rodzaj zależy od decyzji poszczególnych jego oddziałów (informacje o nich znajdują się na stronach internetowych tych oddziałów). Programy takie wdrażają także: ministerstwo zdrowia, instytuty naukowe, towarzystwa naukowe, organizacje pozarządowe, samorządy, firmy farmaceutyczne. Dotyczą one głównie profilaktyki: chorób zakaźnych, raka szyjki macicy, raka piersi, chorób układu krążenia, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, osteoporozy. Realizacja ich jednak napotyka na wiele trudności ze strony realizatorów i pacjentów i wciąż nie są wykorzystywane przeznaczane na nie środki [22].

Uczestnictwo w tych programach zależy od wiedzy, świadomości i postaw ludzi wobec swego zdrowia. **Warunkiem zwiększenia świadomości ludzi i motywacji do udziału w programach profilaktycznych jest edukacja zdrowotna** różnych grup społeczeństwa, w tym zwłaszcza prowadzenie odpowiednio przygotowanych kampanii społecznych (s. 211), z wykorzystaniem różnych kanałów (pracownicy ochrony zdrowia, media, środki komunikacji publicznej, urzędy, poczty, parafie itd.).

Opieka zdrowotna a promocja zdrowia

Jednym z obszarów działań w zakresie promocji zdrowia jest reorientacja służby zdrowia. Oznacza to zwiększenie dotychczasowego zakresu świadczeń, związanych głównie z leczeniem chorób, o zadania z zakresu promocji zdrowia.

[21] K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek (2003) *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka,* Warszawa, CeDeWu.

[22] Trudności te przedstawiono m.in. w artykule: A. Banach (2006) *Nie chcą zapobiegać?* „Gazeta Lekarska", nr 10, s. 20–21 (www.gazetalekarska.pl).

W Polsce obowiązek realizowania zadań z zakresu promocji zdrowia przez pracowników ochrony zdrowia został zapisany m.in. w ustawach o zawodach lekarza oraz pielęgniarki i położnej. W ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zapisano, że świadczenia zdrowotne służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, poprawie oraz promocji zdrowia przysługują osobom objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym[23]. W standardach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, uwzględniono standard nr 8: „prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców oraz uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia"[24]. Obowiązek podejmowania działań z tego zakresu mają także lekarze medycyny pracy. W praktyce jednak zadania pracowników ochrony zdrowia w zakresie promocji zdrowia albo nie są w ogóle realizowane, albo tym terminem określa się działania niemające związku z promocją zdrowia. Ta niezadowalająca sytuacja jest uwarunkowana wieloma przyczynami, m.in. niezrozumieniem przez znaczną część pracowników medycznych koncepcji promocji zdrowia i własnej w niej roli, brakiem wzorców dobrej praktyki itd.

2.7. Dbałość ludzi o własne zdrowie

Zgodnie z koncepcją salutogenezy (s. 32) w całym okresie życia przemieszczamy się na kontinuum „zdrowie–choroba". Niezależnie od różnych stresorów i czynników zewnętrznych, to, w jakim kierunku przemieszcza się człowiek, zależy również od niego samego – jego wyborów i decyzji oraz od tego, czy i jak dba o swoje zdrowie. Istotą promocji zdrowia jest zachęcanie ludzi, aby sami czuwali (kontrolowali, panowali) nad swoim zdrowiem i dążyli do jego poprawy (umocnienia, doskonalenia). Wymaga to kształtowania u ludzi **postawy autokreacyjnej** wobec zdrowia.

- **Postawa autokreacyjna wobec zdrowia związana jest z przekonaniem, że każdy człowiek:**
  - **jest odpowiedzialny za swój los, pomyślność i zdrowie**
  - **swoim działaniem może zdrowie kreować**
- **Zdrowie „powinno być obiektem troski, by jak najdłużej było w dobrym stanie, gwarantującym sprawne społeczne funkcjonowanie i zaspokojenie życiowych aspiracji"** (Gniazdowski, 1995, s. 25)

[23] Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. 1997, nr 28, poz. 153, póź. zm.). Zadania z zakresu promocji zdrowia różnych grup profesjonalistów opieki zdrowotnej patrz: Karski, 2003, s. 131–143.

[24] Instytut Matki i Dziecka (2003) *Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka Zakład Medycyny Szkolnej.

2.7.1. Sposoby dbania o zdrowie w społeczeństwie polskim

Pojęcie „dbałości" lub „troska" o zdrowie jest wieloznaczne i odmiennie rozumiane przez różnych ludzi. Zdaniem A. Ostrowskiej (1999) w społeczeństwie polskim nie istnieje jeden „zuniformizowany wzorzec" dbania o swoje zdrowie, lecz dwa odmienne i niezależne od siebie sposoby (wzory):

- **zachowania medyczne**, czyli korzystanie z różnego typu usług medycznych, z koncentracją na leczeniu; sposób ten dotyczy przede wszystkim ludzi starszych i gorzej oceniających stan swego zdrowia;
- **zachowania prozdrowotne** – sposób ten częściej występuje u osób z młodszych grup wiekowych, z wyższym poziomem wykształcenia i statusem społeczno-zawodowym, mieszkających w mieście, dobrze oceniających swoją sytuację materialną i stan zdrowia.

Wyniki badań przeprowadzonych w 2002 r., w grupie osób w wieku 25–45 lat, zatrudnionych w różnych zakładach pracy na terenie całego kraju, wskazują, że w tej grupie dominuje ten drugi sposób dbania o zdrowie. Najwięcej osób za najlepszy sposób uznało prawidłowe odżywianie (68%), nieco mniej ćwiczenia fizyczne oraz rekreację i wypoczynek (po 45%); 1/3 wymieniła umiejętne radzenie sobie ze stresem i wykonywanie badań stanu zdrowia, 1/5 niepalenie tytoniu, 12% umiarkowanie w piciu alkoholu. Wśród badanych 39% podejmuje zmiany w swoich zachowaniach zdrowotnych, gdy cieszą się dobrym zdrowiem, i tyle samo, gdy pojawia się w nim coś niepokojącego lub jest z nim naprawdę źle; 15% nigdy nie podejmowało takich działań (Puchalski, 2004).

Istnieje zatem grupa ludzi, która nie robi nic dla zachowania zdrowia, łącznie z niekorzystaniem ze świadczeń medycznych. Nie ma danych, które wskazywałyby, jak liczna jest to grupa. Szacuje się, że zaledwie kilka procent społeczeństwa prowadzi względnie trwale „zdrowe" życie, tzn. z uwzględnieniem różnego typu działań prozdrowotnych (Puchalski, Korzeniowska 2004). Bierna postawa dorosłych wobec własnego zdrowia, tworzenie negatywnych wzorców nie sprzyja aktywności prozdrowotnej młodego pokolenia.

2.7.2. Przyczyny bierności wobec zdrowia

W społeczeństwie polskim istnieje znaczna rozbieżność między wysoką deklarowaną wartością zdrowia a ogólnie niskim poziomem dbałości o nie. Jako potencjalne przyczyny takiej sytuacji wymienia się m.in.:

– niedostatki wiedzy medycznej – istnieje jednak wiele wyników badań wskazujących na brak związku między poziomem wiedzy a zachowaniami zdrowotnymi oraz troską o własne zdrowie; często też odpowiedniej wiedzy nie towarzyszy chęć jej wykorzystania w praktyce (przykładem są lekarze i pielęgniarki palące papierosy);

– gotowość ludzi do poświęcenia zdrowia, aby osiągnąć inne cele (np. karierę zawodową), mimo deklarowanej wysokiej jego wartości;

– podejmowanie działań na rzecz zdrowia dopiero po jego utracie;

– zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli – dotyczy ludzi, którzy uważają, że wyniki ich działań nie zależą od nich, ale od czegoś wobec nich zewnętrznego i z tego powodu twierdzą, że ich zdrowie nie zależy od tego, co sami dla niego zrobią;

– niskie poczucie własnej skuteczności – dotyczy osób, które nie wierzą w skuteczność swoich działań, nie doprowadzają ich do końca, brak im silnej woli, nie dostrzegają zewnętrznych możliwości ich realizacji.

Osoby bierne wobec zdrowia nie stanowią jednorodnej grupy. Są w niej osoby: **oporne** (odcinające się od jakichkolwiek praktyk prozdrowotnych), **wycofane** (podające różne usprawiedliwienia braku własnej aktywności), tzw. **zwyczajni ludzie, deklaratywnie prozdrowotni** (chcieliby działać na rzecz zdrowia) i **praktykujący wycinkowo**. Osoby te myślą o swoim zdrowiu jako o zasobie, z którego można czerpać w sposób bezrefleksyjny (co najwyżej można je chronić rezygnując np. z palenia), brak im refleksji na temat zdrowia w większości sytuacji w codziennym życiu. Towarzyszy im brak wiary we własne możliwości wpływania na swoje zdrowie i poddanie się losowi lub ułomności swego organizmu (Puchalski, Korzeniowska, 2004, s. 116).

Różne typy osób biernych wobec zdrowia podają różną argumentację wyjaśniającą sposób ich postępowania. Ogólnie jednak dominuje następująca postawa (w różnych odmianach): „życie jest ciężkie, więc nie ma sensu z własnej woli narażać się na dodatkowy dyskomfort [...], który wynikać może z konieczności podejmowania decyzji w sytuacji dużej niepewności (sprzeczne opinie ekspertów), zmagania się z niedostatkami finansów i silnej woli lub odbierania sobie liczących się przyjemności". Postawę tę u wielu osób wzmacniają dodatkowe przekonania:

– pomniejszanie znaczenia zachowań prozdrowotnych, w tym wiara w odporność własnego organizmu, przekonanie o większym wpływie na zdrowie opieki medycznej niż własnych zachowań i o wpływie zatrutego środowiska;

– niedostateczne wsparcie w systemie społecznym – niedostatek infrastruktury dla prozdrowotnego stylu życia (np. obiektów sportowych), wsparcia ze strony osób najbliższych i dalszego otoczenia;

– traktowanie prozdrowotnego stylu życia jako czegoś, co odwraca uwagę od problemów naprawdę istotnych lub jako chwilowej mody, której nie warto ulegać. (Puchalski, Korzeniowska, 2004, s. 118).

2.7.3. Niektóre uwarunkowania dbałości o zdrowie

Wśród wielu czynników decydujących o tym, czy i jak ludzie zachowują się wobec własnego zdrowia i dbają o nie, socjolodzy zwracają uwagę na poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz świadomość zdrowotną.

Poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie

Poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz dbałość o nie należy rozpatrywać w szerokim kontekście czynników psychospołecznych, w tym społeczno-gospodarczych, które tworzą warunki, w jakich żyje społeczeństwo. Warunki te wpływają na **nastawienia behawioralne** ludzi, które M. Marody (1987) określiła

jako zgeneralizowane, najczęściej nieuświadamiane, dyspozycje (swoiste automatyzmy) do podejmowania określonych zachowań, wykształcone jako odpowiedź na powtarzające się specyficzne działania.

Zdaniem A. Gniazdowskiego (1995) warunki, w jakich żyło społeczeństwo polskie w okresie powojennym, kształtowały nastawienia behawioralne wyrażające się w **postawie roszczeniowej**. Cechowało ją nadmierne przerzucanie na państwo i jego subsystemy odpowiedzialności za zaspokojenie podstawowych potrzeb jednostek, w tym także związanych ze sferą zdrowia, i zwalnianie się obywateli z odpowiedzialności i troski o własne zdrowie. Drugą formą nastawienia behawioralnego, ukształtowaną w czasach realnego socjalizmu, jest **wyuczona bezradność**, która „przejawia się w niechęci lub wręcz niezdolności do samodzielnego działania w sferze życia publicznego oraz w obarczaniu władz odpowiedzialnością za kształt własnego funkcjonowania w tej sferze" (Marody, 1987, s. 93). To nastawienie także nie sprzyja trosce o zdrowie. Proces zmiany tych postaw i nastawień w kierunku postawy autokreacyjnej nie jest ani łatwy, ani szybki.

Świadomość zdrowotna a dbałość o zdrowie

Według Z. Ratajczak (1997) świadomość zdrowotna jest złożoną strukturą poznawczą, która ukierunkowuje i organizuje zachowania zdrowotne ludzi i zależy od trzech, wzajemnie ze sobą związanych składników:

– struktur umożliwiających percepcję sygnałów o zagrożeniach dla zdrowia. Są osoby „czujne" – postrzegające najdrobniejsze sygnały (mające skłonność do „fałszywych alarmów") i osoby „unikające" – skłonne do pomijania lub lekceważenia tych sygnałów;

– wiedzy o zdrowiu i chorobach czerpanej z różnych źródeł. Szczególnie cenna jest wiedza uzyskana w wyniku własnych doświadczeń dotyczących skutków własnych zachowań zdrowotnych;

– miejsca zdrowia w hierarchii wartości człowieka.

Autorka ta przytacza interesującą koncepcję świadomości zdrowotnej przedstawioną przez C. Herzlich (1973), która wyróżniła trzy typy myślenia o własnym zdrowiu:

1. **Typ powierzchowny** – tzw. myślenie o zdrowiu w próżni – zdrowie staje się przedmiotem uwagi okazjonalnie, gdy pojawi się choroba, dolegliwość lub dyskomfort.
2. **Traktowanie zdrowia jako rodzaju zasobów** – zdrowie jest stałym atrybutem, człowiek dokonuje jego oceny, samoobserwacji i traktuje go jako swoisty, własny kapitał. Troszczy się o zdrowie i podejmuje działania w celu jego ochrony, pomnażania i umacniania. Ten typ świadomości jest indywidualną własnością i sprzyja budowaniu strategii na rzecz zdrowia.
3. **Traktowanie zdrowia jako odniesienia do pewnej normy** – uznanie, że dowodem zdrowia jest bycie w normie. Człowiek dąży do osiągnięcia tego, co sam uznaje za normę.

2.7.4. *Healthism* – nadmierna koncentracja na zdrowiu

Zjawiskiem przeciwstawnym do opisanej wyżej bierności wobec zdrowia jest *healthism*. Termin ten nie ma odpowiednika w języku polskim i w dowolnym tłumaczeniu może oznaczać „kult zdrowia", lub „obsesję zdrowia". Pojęcie to wprowadził R. Crawford (1980), zakładając, że zdrowie można osiągnąć przez wysiłek i samodyscyplinę, z koncentracją na doskonaleniu i chronieniu ciała, kształtowaniu jego masy i rozmiarów. Ciało staje się „symbolem", wskaźnikiem zdrowia. Ludzie wyznający tę ideologię uważają, że zdrowie jest bardziej znaczące niż wszystkie inne wartości i jest celem samym w sobie, a nie środkiem do osiągania innych celów i wartości. Zachowania prozdrowotne stają się cechą (symbolem) dobrego życia.

Genezę *healthismu* upatruje się postępujących procesach **medykalizacji życia społecznego**. Pojęcie medykalizacji pojawiło się w naukach społecznych w latach 70. XX w., w kontekście krytyki ekspansji medycyny. Jest ono definiowane jako: „proces uzależnienia się społeczeństw od medycyny", „wchodzenia ludzi pod jurysdykcję profesji medycznych" (Domańska, 2005, s. 312). *Healthism* traktowany jest też jako estetyzująca ciało postać medykalizacji. Medycyna oferuje narzędzia i sposoby estetyzacji ciała, a równocześnie kształtuje potrzeby medyczne ludzi, które są zaspokajane dzięki środkom i wiedzy medycznej (Barański, 2005)[25].

Większość autorów uważa *healthism* za zjawisko negatywne. Osoby, które mają niepowodzenia w osiąganiu pożądanego stylu życia lub które nie podejmują żadnych działań w tym zakresie, uważane są przez zwolenników tej koncepcji za „prawie pariasów". Zdaniem K. Tonesa i J. Greena (2004, s. 23) ideologia *healthismu* jest zbliżona do podejścia zwanego „obwinianiem ofiary" (ang. *victim-blaming*). Zakłada ono, że odpowiedzialność za zdrowie spoczywa przede wszystkim na człowieku i nie uwzględnia faktu, że czynniki w środowisku społecznym, fizycznym i ekonomicznym mogą uniemożliwiać mu prozdrowotny styl życia.

- To, czy i jak ludzie dbają o swoje zdrowie, zależy od wielu czynników psychospołecznych
- Należy stwarzać ludziom możliwości i zachęcać ich do zastanawiania się nad tym, jak sami dbają o swoje zdrowie, jakie są ich motywy działań prozdrowotnych lub przyczyny bierności wobec zdrowia

[25] Rozważania dotyczące medykalizacji i ideologii *healthismu* zawiera także praca M. Cylkowskiej-Nowak (1999a).

Pytania

1. Jakie czynniki warunkują zdrowie człowieka, na które z nich możemy mieć wpływ?
2. Jakie znaczenie dla edukacji zdrowotnej ma rozumienie czynników wpływających na zdrowie?
3. Co oznaczają terminy: „czynniki ryzyka", „czynniki chroniące", *resilience*?
4. Co to jest prozdrowotny styl życia i jakie zachowania składają się na ten styl życia?
5. Kiedy i pod wpływem jakich czynników kształtują się zachowania zdrowotne ludzi?
6. Jakie są najczęstsze niedostatki zachowań prozdrowotnych i zachowania ryzykowne dla zdrowia u dorosłych Polaków?
7. Jaki jest związek między wsparciem społecznym a zdrowiem i dlaczego korzystanie ze wsparcia uważa się za element prozdrowotnego stylu życia?
8. W jaki sposób wpływają na zdrowie ludzi czynniki społeczno-ekonomiczne?
9. Co oznacza termin „nierówności społeczne" i „nierówności w zdrowiu"?
10. Jakie są sposoby dbania o zdrowie oraz przyczyny bierności wobec zdrowia w społeczeństwie polskim?

Literatura zalecana

Izdebski Z., Ostrowska A. (2003) *Seks po polsku. Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków*, Warszawa, MUZA SA.

Ostrowska A. (1999) *Styl życia a zdrowie*, Warszawa, Wydawnictwo IFiS PAN.

Przewoźniak L. (2000) *Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia*, w: *Zdrowie publiczne*, tom 1, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), Kraków, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", s. 71–97.

Wsparcie społeczne, stres i zdrowie (2004) H. Sęk, R. Cieślak (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

ROZDZIAŁ 3

Z dziejów edukacji zdrowotnej w Polsce

Różne formy nauczania ludzi, jak unikać chorób i postępować w chorobie, jak zachować zdrowie, wskazówki i praktyki higieniczne towarzyszyły rozwojowi medycyny, a później higieny, we wszystkich kulturach, od najdawniejszych czasów. Opis ich zawierają podręczniki historii medycyny, higieny, a także poszczególnych dziedzin medycyny. Najobszerniejszym źródłem wiedzy o historii i dorobku oświaty zdrowotnej i wychowania zdrowotnego w Polsce są liczne prace Macieja Demela (1968, 1980a, 2000a, 2000b[1]). Z tych prac korzystałam także opracowując ten rozdział.

3.1. Periodyzacja dziejów edukacji zdrowotnej w Polsce

Próby periodyzacji dziejów edukacji zdrowotnej w Polsce, na użytek oświaty zdrowotnej, dokonał na początku lat 70. XX w. M. Demel. Na podstawie trzech kryteriów: gestor (siła kierująca), środki przekazu (nowe) i odbiorcy, wyróżnił siedem okresów (epok), z których każdy miał odrębne tło historyczne (tab. 3.1).

Dopisując ciąg dalszy – okres ósmy, czyli historię najnowszą edukacji zdrowotnej – Elżbieta Charońska (1997) wyróżniła w nim trzy fazy:

- **Faza pedagogiki zdrowia**, w której znaczącymi wydarzeniami były: książka M. Demela *O wychowaniu zdrowotnym* (1968) – prezentująca podstawy teoretyczne, proces i etapy wychowania zdrowotnego jako dyscypliny pedagogicznej; wprowadzenie terminu „pedagogika zdrowia" przez E. Mazurkiewicza (który zainicjował kształcenie pedagogiczne pracowników służby zdrowia) oraz zacieśnienie współpracy między resortem oświaty i zdrowia. Ukoronowaniem tego okresu był podręcznik *Pedagogika zdrowia*, autorstwa M. Demela (1980a);
- **Faza stagnacji** – przypadająca na lata 80. XX w.;
- **Edukacja zdrowotna w promocji zdrowia** – od początku lat 90., w fazie tej rozpoczął się ruch szkół promujących zdrowie, opracowano i upowszechniono wiele

[1] Wymieniono tu tylko cztery pozycje, inne prace podano w dalszej części tekstu.

Tabela 3.1. Periodyzacja dziejów oświaty zdrowotnej w Polsce według M. Demela (1980a)

Okres	Gestor	Środki (nowe)	Odbiorcy
1. Prehistoria oświaty zdrowotnej	gmina i kościół	druki łacińskie, ambona, zarządzenia porządkowo-sanitarne władz miejskich, tzw. wilkierze	elita intelektualna i pospólstwo, pouczenia przygodne
2. Epoka kalendarzy	inicjatywa prywatna (wydawcy)	kalendarze i wczesne druki polskie	szlachta, kler, patrycjat miejski
3. Epoka prasy	inicjatywa prywatna (lekarze-wydawcy)	periodyki i wydawnictwa specjalne	jak wyżej, lud – pośrednio
4. Epoka centralizmu państwowego	państwo (Komisja Edukacji Narodowej)	podręczniki, lekcje, praca nauczycieli w środowisku	nauczyciele, młodzież miejska i wiejska
5. Epoka narodownictwa	inicjatywa indywidualna	prasa dla ludu, wydawnictwa elementarne, akcje odczytowe	chłopi oświeceni, rzemieślnicy, działacze społeczni
6. Epoka instytucji społecznych	grupy i stowarzyszenia społeczne	wydawnictwa seryjne, prasa specjalna, wystawy, muzea, instytuty, środki dydaktyczne (tablice, modele, latarnia magiczna – przezrocza)	ogół społeczeństwa (teoretycznie)
7. Epoka współdziałania a) okres II Rzeczypospolitej b) okres Polski Ludowej	państwo i społeczeństwo	komplet form i środków audiowizualnych (z nowych: radio, film TV)	ogół społeczeństwa

programów edukacyjnych dla szkół, pojawiły się nowe czasopisma i książki z zakresu promocji zdrowia.

Dokonanie choćby pobieżnego przeglądu różnych koncepcji i działań w poszczególnych okresach rozwoju edukacji zdrowotnej dałoby obraz niepełny i powierzchowny. Zgadzając się z M. Demelem (1980a, s. 45), że „poszukiwanie swego rodowodu jest obowiązkiem każdej dziedziny wiedzy i praktyki", zachęcam czytelników do sięgnięcia do opracowań źródłowych. Dalej przedstawiam trzy zagadnienia z dziejów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w Polsce: **twórców**, ich dzieła i myśli; **instytucje**, **organizacje** i **projekty** znaczące dla rozwoju edukacji zdrowotnej, od czasów Oświecenia do początku XXI w. oraz **czasopisma** naukowe i fachowe, w których profilu była i/lub jest edukacja zdrowotna. W rozdziale 8 omówiono powojenne dzieje edukacji zdrowotnej w szkole. Rozważania te wskazują, jak wiele było w minionym 200-leciu cennych myśli, koncepcji i dokonań, jak wiele z nich

wyprzedziło późniejsze koncepcje w innych krajach, jak wiele do dziś nie straciło na aktualności. Wiele zdarzeń jest też świadectwem, jak trudno jest wdrażać nowe idee i koncepcje do praktyki. Często bowiem musiały one czekać na to kilkadziesiąt, a nawet kilkaset lat. Niektóre nowatorskie pomysły i działania przedwcześnie wygasały. Aby rozwiązać jakiś problem, potrzebni są nie tylko twórcy i ich koncepcje, ale także właściwy czas, miejsce i warunki.

3.2. Twórcy, ich dzieła i myśli

Spośród licznego grona ludzi, którzy wnieśli wkład do dorobku i dziedzictwa edukacji zdrowotnej w Polsce, przedstawiono (w układzie chronologicznym) osoby, których dokonania uznawane są powszechnie za najbardziej znaczące. Podano ważniejsze dane z ich biografii, ilustrujące kontekst, w którym powstawały ich dzieła i będące świadectwem ich niespożytej energii, pracowitości i umiejętności współpracy z innymi. Wymieniono najważniejsze dokonania i oryginalne myśli.

Grzegorz Piramowicz (1735–1801)



Pedagog z zawodu i zamiłowania, jezuita, teoretyk wymowy, tłumacz, profesor teologii i filozofii, współtwórca dzieła Komisji Edukacji Narodowej, uznany, przez Stanisława Kopczyńskiego, za pierwszego polskiego higienistę szkolnego.

– 1754 – ukończył kolegium jezuickie we Lwowie, 1763 – przyjął święcenia kapłańskie, 1769 – złożył śluby zakonne;
– 1764 – profesor teologii moralnej w kolegium krzemienieckim, 1767 – wychowawca domowy synów Józefa Potockiego (podróże do Włoch i Francji), 1771 – profesor filozofii w kolegium jezuickim we Lwowie;
– od 1773 – w służbie Komisji Edukacji Narodowej: sekretarz do „ekspedycji zagranicznych", sekretarz Komisji w Towarzystwie Ksiąg Elementarnych;
– 1774–1801 – proboszcz w Kurowie, Końskowoli i Międzyrzeczu prowadził działalność duszpasterską i oświatową (opieka i wizytacje w szkołach parafialnych).

Dzieło

- Współtwórca założeń, celów i ustaw Komisji Edukacji Narodowej, popularyzator jej dzieła za granicą, współautor pierwszego dzieła Komisji *Wypisy z autorów klasycznych do nauki w szkołach narodowych* (1977), autor mów wygłaszanych w rocznice jej powstania, sprawozdań z działalności;
- Autor podręcznika *Wymowa i poezja dla szkół narodowych* (1792–1819);

- Orędownik oświaty ludu, tworzenia szkół parafialnych jako instytucji społecznych; autor *Nauki obyczajowej dla ludu* (1800; do 1938 r. 16 wydań), współautor *Elementarza dla szkół narodowych* (1785);
- Autor pierwszego w języku polskim podręcznika metodycznego (vademecum) dla nauczycieli *Powinności nauczyciela, mianowicie zaś w szkołach parafialnych i sposoby ich dopełnienia. Dzieło użyteczne pasterzom, panom i ich namiestnikom o dobro ludu troskliwym, rodzicom i wszystkim edukacją bawiącym się* (1787; do 1988 r. 17 wydań). W dziele tym przedstawił, po raz pierwszy, tak szeroko obowiązki nauczycieli w zakresie „**wychowania co do ciała, to jest do zdrowia i sił**". Wśród sposobów „utrzymania zdrowia i czerstwości młodych" wymienił m.in.: właściwe odżywianie, sposób ubierania sprzyjający hartowaniu, przebywanie na powietrzu, utrzymywanie czystości („ochędóstwa") ciała, zabawy i rozrywki, „spokojność duszy, umiarkowanie w żądzach i namiętnościach". Za główny „sposób nabierania mocy, zahartowania sił w młodym" uznał różne formy zajęć ruchowych. Podał także zasady „postępowania nauczyciela w chorobach uczniów swoich", rozpoczynając je od wskazówek dotyczących profilaktyki – „staranie nauczyciela około zdrowia uczniów uprzedzać powinno choroby".

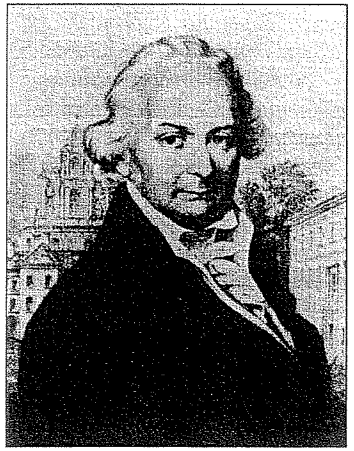
Wybrane myśli[2]

- **Wartość zdrowia**: „Nie trzeba się na tym rozwodzić, jakim jest człowieka dobrem zdrowie, a jakim nieszczęściem choroba, niemoc, słabość" (s. 112)..."; prawdziwe i największe dobro człowieka to jest zdrowie (s. 118); „Nie można być szczęśliwym, nie można nabyć oświecenia umysłu, dzielności duszy, łatwości w ujmowaniu jej władz, zdatności i zręczności w wykonywaniu obowiązków swego stanu bez zdrowia, bez mocnego i trwałego złożenia ciała"[3].
- **Sposób życia**: „Łatwiej jest zachować całość zdrowia, niż zepsute naprawić lub stracone odzyskać" (s. 112); „...całą uwagę należy obrócić na to, jaki sposób życia najprzyzwoitszy [...] do zachowania i utrzymania zdrowia, bo od tego sposobu wszystko zawisło" (s. 114); „Obyczaje co do zdrowia" – to termin, który M. Demel „wywiódł" ze spuścizny G. Piramowicza.
- **Obowiązki nauczyciela**: „Cel jego jest bardzo szlachetny, przykładać się do szczęśliwości ludu, przez dobre wychowanie co do zdrowia..." (s. 84); „Nauczyciel [...] ma poczytywać [...] i uznawać za istotną urzędu swego powinność staranie około wzmocnienia zdrowia i sił powierzonej sobie młodzi, około zachowania ich, ratowania w przypadkach choroby i niemocy" (s. 113);..."dobry przykład ze strony nauczyciela jest potężnym środkiem, żeby dzieci złego się chroniły, a cnót i dobrych obyczajów nabierały" (s. 124).

[2] Cytaty ze stronami w nawiasach pochodzą z książki G. Piramowicza *Powinności nauczyciela*, wydanej w 1988 r.

[3] G. Piramowicz (1889) *Mowa z 1783*, w: *Mowy miane w Towarzystwie do Ksiąg Elementarnych w latach 1776–1788*, Kraków.

Jędrzej Śniadecki (1768–1838)



Lekarz, przyrodnik, największy uczony polskiego Oświecenia, o wszechstronnych zainteresowaniach, uznany za prekursora lub pioniera wielu dziedzin nauki, a także wychowania zdrowotnego, popularyzator nauki.

– 1791 – ukończył wydział lekarski Szkoły Głównej Koronnej (d. nazwa Uniwersytetu Jagiellońskiego), studiował na uniwersytetach w Pawii, Wiedniu, Wilnie (1793 – stopień doktora filozofii i medycyny) oraz w Edynburgu;
– 1797 – objął katedrę chemii i farmacji w Szkole Głównej Wileńskiej;
– 1806 – założył Towarzystwo Lekarskie Wileńskie, był współzałożycielem „Dziennika Wileńskiego", w którym popularyzował wiedzę z różnych dziedzin wiedzy; był prezesem Towarzystwa Szubrawców, w którego organie prasowym „Wiadomości Brukowe" (1816) szydził z przywar szlacheckich i innych negatywnych zjawisk społecznych;
– 1827 – objął katedrę medycyny i klinikę uniwersytetu w Wilnie.

Dzieło

- Autor pierwszego polskiego podręcznika chemii, wzorowanego na podręczniku francuskim Lavoisiera z 1800 r., twórca polskiego mianownictwa chemicznego;
- Autor wielkiego traktatu przyrodniczego *Teoria jestestw organicznych* (1804, 1811), tłumaczonego na jęz. niemiecki (1810, 1821) i francuski (1825);
- Prekursor leczenia krzywicy helioterapią (światłem słonecznym);
- Popularyzator wiedzy z wielu dyscyplin nauki (biologii, chemii, fizyki, farmacji, weterynarii, medycyny i higieny);
- Autor traktatu *O wychowaniu fizycznym dzieci*. Pierwsza wersja opublikowana w „Dzienniku Wileńskim" w 1805 r., druga poprawiona i rozszerzona, z 1822 r., ukazała się w 1840 r., po śmierci autora. Dzieło to miało dziewięć wydań (nie licząc dodruków, ostatnie w 1997 r.), opatrywali je wstępem znakomici pedagodzy: Janusz Korczak (1920), Wincenty Okoń (1956), Maciej Demel (1990). Było przedmiotem licznych analiz i rozpraw.

Dzieło *O wychowaniu fizycznym dzieci*, poświęcone „ukształtowaniu zdrowego człowieka", adresowane było do rodziców i guwernerów. Zawiera szczegółowe wskazówki: jak kojarzyć małżeństwa, jaki powinien być „sposób życia i postępowanie brzemiennych niewiast" z uwagi „na zdrowie matki, albo na całość i donoszenie płodu", jak „hodować" niemowlęta, dzieci i dojrzewającą młodzież, „ażeby ile być może, najlepiej wykształcić ciało, wydobyć, rozwinąć, uprawić i wydoskonalić siły i władze cielesne, utwierdzić i zabezpieczyć zdrowie" (s. 7)[4]. Osobny rozdział jest poświęcony wychowaniu „dzieci z urodzenia słabych i niedołężnych", gdyż „każde z nich ma własne swoje zdrowie, które należy poznać i umieć zachować" (s. 81).

[4] Cytaty pochodzą z dodruku w 2002 r. VIII wydania książki J. Śniadeckiego *O fizycznym wychowaniu dzieci.*

Tytuł rozprawy nie ma nic wspólnego z obecnym wychowaniem fizycznym. Autor rozważał użycie terminu „wychowanie lekarskie". Wychowanie rozumiał szeroko, jako „wychowanie fizyczne, czyli cielesne", którego nie należy „od umysłowego albo moralnego rozdzielać. [...] Hodować więc dziecię we względzie fizycznym albo lekarskim jest to je tak pielęgnować i tak prowadzić, ażeby nie tylko życie i zdrowie od wszelkiego ochronić szwanku, ale nadto to ostatnie tak zabezpieczyć i utwierdzić, aby przez to dobry byt i szczęście człowieka na całe życie zapewnić" (s. 7).

Rozprawa J. Śniadeckiego traktowana jest jako prekursorska przez przedstawicieli wielu nauk m.in.: pedagogów, pediatrów, auksologów, teoretyków i metodyków wychowania fizycznego, historyków, językoznawców. Mimo upływu 200 lat stanowi inspirację dla współczesnych rozważań[5]. Uznana jest za pomnikowe dzieło także dla wychowania zdrowotnego, choć, zdaniem M. Demela, koncepcja Jędrzeja Śniadeckiego ma jedynie charakter opiekuńczy „wychowanie w zdrowiu", a nie „wychowanie do zdrowia".

Henryk Jordan (1842–1907)



Lekarz ginekolog, promotor ruchu higienicznego w Małopolsce, twórca instytucji pedagogicznej zasłużonej dla praktyki wychowania zdrowotnego, pionier nowoczesnego wychowania pozaszkolnego oraz wychowania fizycznego w Polsce, społecznik, filantrop[6].

– 1870 – ukończył studia lekarskie w Krakowie (praktyki odbywał w Nowym Jorku, Berlinie i Wiedniu); praca lekarska związana była z położnictwem i ginekologią – od asystenta w Klinice Położnictwa i Ginekologii Wydziału Lekarskiego UJ – do profesora zwyczajnego i kierownika kliniki (1985); jako lekarz cieszył się ogromnym powodzeniem, służył pomocą najbiedniejszym rodzinom robotniczym, był lekarzem domowym Habsburgów;
– prowadził ożywioną działalność społeczną – był m.in.: założycielem pierwszego w Polsce stowarzyszenia higienistów – Towarzystwa Opieki Zdrowia (1889), inicjatorem, organizatorem i pierwszym przewodniczącym Towarzystwa Samopomocy Lekarskiej (1900), współorganizatorem Stowarzyszenia do Walki z Gruźlicą, posłem Krakowa w Sejmie Galicyjskim (1895–1901), członkiem Najwyższej Rady Sanitarnej w Wiedniu, prezesem honorowym Towarzystwa Lekarskiego w Krakowie, Warszawie i Lublinie, oraz Towarzystwa Pedagogicznego; radnym miasta Krakowa (od 1882 do końca życia); działał także w ruchu muzycznym, ochronie zabytków kultury, towarzystwach gimnastycznych, w akcjach kolonii letnich, stowarzyszeniu budowy tanich domów itd.; był protektorem i propagatorem polskiego przemysłu i handlu;

[5] K. Zuchora (2005) *Co nam dał Jędrzej Śniadecki*? „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotme" 2005, nr 10, s. 8–10.

[6] Opracowano na podstawie: H. Smarzyński (1958) *Henryk Jordan pionier nowoczesnego wychowania fizycznego,* Kraków, PWN.

– działalność pedagogiczna – był inicjatorem kształcenia nauczycieli wychowania fizycznego (1895 – zainicjował i kierował 2-letnimi kursami dla tych nauczycieli w UJ, przekształconymi w 1913 r. w studium wychowania fizycznego); zaprojektował, finansował, zbudował i rozbudowywał, pracował i kierował nowoczesną instytucją wychowania pozaszkolnego, w tym wychowania higienicznego – Park Miejski dr. Henryka Jordana w Krakowie; wygłaszał w całej Galicji odczyty o zdrowiu, cieszące się ogromnym powodzeniem.

Dzieło

- Głównym dziełem życia był park jego imienia. Tę nowatorską instytucję, stanowiącą wzór dla innych miast w Polsce i podziwianą zagranicą, omówiono na s. 89;
- Pozostawił bogaty dorobek naukowy z zakresu położnictwa i ginekologii; założył (z własnych funduszy) „Przewodnik Higieniczny" – organ prasowy Towarzystwa Opieki Zdrowia, był jednym z jego redaktorów, publikował w nim wiele artykułów i pozyskał wielu znakomitych autorów.

Stanisław Kopczyński (1873–1933)



Lekarz neurolog, lekarz szkolny, społecznik, twórca higieny szkolnej i jeden z pionierów wychowania higienicznego w Polsce[7]. Człowiek – instytucja, integrujący sprawy zdrowia i wychowania, największy autorytet w sprawach higieny szkolnej w Polsce w okresie międzywojennym, stworzył mocny fundament dla dalszego jej rozwoju, miał wysoką pozycję międzynarodową (m.in. był w 1924 r. ekspertem Ligi Narodów w zakresie higieny szkolnej).

– 1897 – uzyskał dyplom lekarza na Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim; odbył studia uzupełniające w Niemczech i Szwajcarii; jako lekarz specjalizował się w neurologii, opublikował wiele prac z tej dziedziny, był prezesem Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego (1928);

– 1900–1919 – był lekarzem w Szkole Handlowej założonej przez Zgromadzenie Kupców miasta Warszawy, uczestniczył w budowie jej nowoczesnego gmachu (po zapoznaniu się z budową i wyposażeniem szkół w Niemczech i Szwajcarii), stworzył wzorcowy warsztat lekarza szkolnego;

– działał w założonym w 1898 r. Warszawskim Towarzystwie Higienicznym (WTH), w Wydziale Wychowawczym, na rzecz poprawy warunków w szkołach; był członkiem zarządu głównego Polskiej Macierzy Szkolnej, gdzie kierował Sekcją Higieniczno-Techniczną Wydziału I Oświaty Ludowej (2005–2007), założył i kierował (1908–1910) Kołem Lekarzy Szkolnych w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich, a następnie kontynuował tę pracę w stworzonej przez siebie Stałej Delegaturze Lekarzy Szkolnych w WTH; prowadził działalność dydaktyczno-wychowawczą w Instytucie Higieny Dziecięcej (s. 90);

[7] Życie i dzieło dr. S. Kopczyńskiego opisał M. Demel (1972).

– pracował: (1915–1917) w utworzonej przez siebie sekcji higieny szkolnej Wydziału Oświecenia Komitetu Obywatelskiego (później Wydziału Szkolnego magistratu miasta Warszawy); 1917–1933 – w Departamencie Zdrowia (przekształconym w ministerstwo); w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego (1920–1927 – naczelnik wydziału wychowania fizycznego i higieny szkolnej, później naczelny wizytator higieny szkolnej).

Dzieło

- Stworzył model opieki lekarsko-higienicznej w szkołach średnich, który na III Światowym Kongresie Higieny Szkolnej w Paryżu (1910) został uznany za najlepszy na świecie;
- Był inicjatorem, autorem lub redaktorem wszystkich aktów prawnych dotyczących higieny szkolnej;
- Skupił i zintegrował lekarzy szkolnych w Polsce (przez wiele lat organizował w ministerstwie spotkania naukowe tzw. czwartki po piętnastym); był nauczycielem i mistrzem wielu lekarzy, którzy kontynuowali jego dzieło (m.in.: Karola Mitkiewicza, Stefana Szumana, Klemensa Sokala, Jana Bogdanowicza);
- Był inicjatorem i redaktorem monumentalnego podręcznika higieny szkolnej dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych (pierwsze wydanie 1921 r., drugie 1933 r., poświęcone pamięci G. Piramowicza w 200 rocznicę jego urodzin); opublikował kilkadziesiąt prac w czasopismach lekarskich, pedagogicznych i gazetach, w tym wiele popularyzatorskich (ulotka „Rady dla matek" wydana nakładem Instytutu Higieny Dziecięcej w 1905 r. była wielokrotnie wznawiana).

We wstępie do obu wydań podręcznika *Higjena szkolna* S. Kopczyński (1921, s. 3) napisał, że „szkoła powinna służyć do celów propagandy higieny. Już wzorowy lokal szkolny jest praktyczną szkołą higieny, poza tem jednak wdrażanie dzieci przez szkołę do zwyczajów higienicznych, uświadamianie dzieci teoretycznie w zasadach higieny uczynić może z uczniów pionierów podstaw zdrowotnych, na jakich siły i zdrowie społeczeństwa opierać się powinny". Uważał, że rozpowszechnianie zasad higieny jest jednym z zadań higieny szkolnej i powinni w tym uczestniczyć nauczyciele, lekarz szkolny i higienistka szkolna. Rozdział poświęcony tym zagadnieniom napisał w pierwszym wydaniu podręcznika Jan Szmurło (1921), w drugim wydaniu Karol Mitkiewicz (1933)[8]. W obu rozdziałach uwzględniono także kwestie dokształcania nauczycieli w zakresie higieny.

Ulubiona sentencja S. Kopczyńskiego: „Rozpowszechnianie higieny w szkole i przez szkołę jest jednym z najważniejszych zadań, jakie wiek XIX wiekowi XX do rozwiązania przekazał", wypisana na płycie jego grobowca w Wiśle, jest uważana za jego testament.

[8] K. Mitkiewicz kontynuował dzieło S. Kopczyńskiego i po jego śmierci objął stanowisko naczelnego wizytatora w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Był autorem podręcznika *Higiena szkolna* dla nauczycieli. Dzieje higieny szkolnej opisał w książce *Spojrzenia wstecz*, Warszawa, Czytelnik, 1970.

Helena Radlińska (1879–1954)



Pedagog, prekursorka pedagogiki społecznej i teorii pracy socjalnej, działaczka oświatowa i niepodległościowa, teoretyk i praktyk bibliotekarstwa. Jej związki z pedagogiką zdrowia i oświatą zdrowotną wyrosły z tradycji rodzinnych: matka wywodziła się z rodziny Hirszfeldów, ojciec z rodziny Rajchmanów[9], mąż był lekarzem, pracowała z nim w czasie zesłania na Syberii (1906). Sama ukończyła kursy pielęgniarskie (odbyła staż pielęgniarsko-pedagogiczny w Instytucie Higieny Dziecięcej). Do jej dorobku odwołuje się medycyna społeczna i pielęgniarstwo (pielęgniarkę nazwała „wychowawczynią społeczną"). Z jej szkoły „wyrosła" także szkoła oświaty zdrowotnej Hanny Wentlandtowej (s. 88) oraz termin „pedagogika zdrowia", zaproponowany przez E. Mazurkiewicza, jednego z uczniów H. Radlińskiej.

Dokonanie wyboru faktów z biografii H. Radlińskiej, osoby o niezwykłej wprost dynamice aktywności zawodowej, społecznej i politycznej oraz wielokierunkowych zainteresowaniach, okazało się niemożliwe, gdyż wybrane zdarzenia, działania, zajmowane stanowiska tworzyłyby niezwykle „okrojony" obraz jej życia[10]. Wśród jej zasług dla pedagogiki zdrowia wymienia się m.in.:

- wskazywanie związków między pedagogiką społeczną a naukami biologicznymi i medycznymi;
- włączenie do teorii pracy socjalnej „wychowania dla spraw zdrowia", polegającego na pomocy ludziom w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu, kształtowaniu nawyków, umiejętności i sprawności służących utrwalaniu i doskonaleniu zdrowia, na pomocy w rozwijaniu pozytywnego zainteresowania zdrowiem, w kształtowaniu postaw umożliwiających skuteczną profilaktykę, ratownictwo, leczenie, pielęgnację, rehabilitację oraz stosowanie zasad higieny jednostki i zbiorowości;
- zwrócenie uwagi na kształtowanie czynnej postawy pacjentów, podmiotowe ich traktowanie, usamodzielnianie oraz potrzebę powiązania działań medycznych z działalnością wychowawczą (Syrek, 2005).

[9] Z rodziny tej pochodzili m.in. Ludwik Hirszfeld (1884–1954) lekarz, mikrobiolog, immunolog, twórca nauki o grupach krwi, odkrywca pałeczki duru rzekomego C (*Salmonella Hirszfeldi*) oraz Ludwik Rajchman (1881–1965), brat Heleny Radlińskiej, lekarz, bakteriolog, założyciel Państwowego Zakładu Higieny, Dyrektor Sekcji Zdrowia Sekretariatu Ligi Narodów, współtwórca UNICEF.

[10] Biografię H. Radlińskiej można znaleźć w wielu publikacjach z zakresu pedagogiki społecznej oraz w *Polskim słowniku biograficznym* (1986) E. Rostworowski (red. nacz.), Wrocław, Polska Akademia Nauk, Instytut Historii, tom 29, s. 696–702; patrz także: W. Theiss (1997) *Radlińska*, Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak".

Aleksander Landy (1881–1969)



Lekarz pediatra, pedagog, społecznik, współtwórca pedagogiki środowiskowej i medycyny społecznej[11].

– 1908 – uzyskał dyplom lekarza we Wszechnicy Lekarskiej w Krakowie;

– 1908–1922 – pracował w Moskwie w szpitalach dziecięcych, działał społecznie (m.in. w Towarzystwie Pediatrycznym, Towarzystwie Walki ze Śmiertelnością Dzieci), kierował pomocą na rzecz dzieci ofiar wojny (w Polskim Komitecie Pomocy Ofiarom Wojny), organizował opiekę nad dziećmi podrzutkami, zwożonymi po wybuchu rewolucji z centralnej Rosji;

– 1922 – wrócił do Warszawy, pracował jako szeregowy lekarz pediatra, a następnie jako członek Komisji Medyczno-Pedagogicznej oraz Rady Pedagogicznej Robotniczego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci (RTPD)[12], pracował w kilku placówkach, jako pediatra pełnił funkcje konsultanta w skali kraju i sprawował nadzór wychowawczy nad ośrodkiem wychowawczym w Helenowie;

– 1927 – stworzył Żoliborski Oddział RTPD, kierował nim i całokształtem opieki nad dziećmi i młodzieżą w żoliborskiej Warszawskiej Spółdzielni Mieszkaniowej (WSM); kontynuował tę pracę w latach 1946–1951; był także kierownikiem Działu Higieny w Instytucie Matki i Dziecka (1951) oraz wizytatorem, a następnie naczelnikiem Wydziału Higieny w Ministerstwie Oświaty (1946–1951).

Dzieło

- Stworzył i wdrożył do praktyki model „zdrowego miasta" w WSM na Żoliborzu, w której prowadził wszechstronną działalność edukacyjną dotyczącą zdrowia i wychowania. Sieć placówek składała się z:
  - Poradni Higieniczno-Wychowawczej „Zdrowie Dziecka", w ramach której funkcjonowały: kuchnia mleczna, poradnie dla niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym, szkolnym i dorosłych, poradnia wychowawcza, prawna, urządzania mieszkań, gabinet dentystyczny; zespół współpracował z aktywem spółdzielczym, dozorcami („gospodarzami domów", szkolonymi pedagogicznie), projektowano przestrzenne rozwiązania dziedzińców i urządzeń dla dzieci;
  - Działu Oświaty i Kultury, w którym działały przedszkole, szkoła i gimnazjum, świetlica, biblioteka, ogród i zwierzyniec, warsztaty (stolarski, ślusarski, introligatorski), kursy muzyczne, teatr kukiełkowy „Baj" (pierwszy w Polsce);
- Był inicjatorem i założycielem czasopisma „Wychowanie w Przedszkolu" (1948), autorem podręcznika *Higiena w przedszkolu* (1954) i wielu publikacji w czasopismach lekarskich, pedagogicznych i środowiskowych.

[11] Opracowano na podstawie książki M. Demela (1982).

[12] RTPD utworzone zostało w 1919 r. jako jeden z wydziałów Centralnego Komitetu Wykonawczego PPS. Zrzeszało rodziców, wychowawców, lekarzy i działaczy społecznych. Prowadziło różne instytucje wychowawczo-opiekuńcze: przedszkola, ogniska, świetlice, kluby, biblioteki itd. Patrz: M. Kuzańska (1966) *Koncepcje wychowawcze Robotniczego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci*, Warszawa, Ossolineum.

Zdaniem M. Demela (1982, s. 110; 2000a, s. 156) A. Landy: „udzielił lekcji pedagogiki i medycyny przyszłości", „wiedział i jasno tłumaczył na czym polega wychowanie wszechstronne, jak zintegrować rozwój fizyczny z psychicznym i społeczno-ideowym [...] rozumiał co znaczy społeczeństwo wychowujące i wcielał tę wiedzę w życie". Pół wieku wcześniej przewidywał „humanizację medycyny, prymat profilaktyki, rozwój medycyny (czy wręcz kliniki) zdrowego człowieka". Pokazał także „jak się tworzy zdrowe miasto, jak wyglądać powinna wielosektorowa i siedliskowa działalność na rzecz zdrowia publicznego, a w niej powszechna edukacja zdrowotna".

Marcin Kacprzak (1888–1968)



Lekarz higienista, humanista, społecznik, współtwórca medycyny społecznej i higieny szkolnej w Polsce, współautor konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia.

– 1914 – ukończył studia medyczne w Paryżu, dyplom lekarza otrzymał w Charkowie (1915), stopień doktora zdrowia publicznego uzyskał w Baltimore, USA (1923), stopień doktora medycyny w Krakowie (1930);

– 1915–1921 – pracował jako lekarz ziemski w Guberni Pskowskiej, a następnie przy zwalczaniu chorób zakaźnych w ZSRR;

– w okresie międzywojennym – był kierownikiem Oddziału Statystyki i Epidemiologii, wykładowcą medycyny społecznej i higieny (m.in. na Wydziale Humanistycznym UW);

– w okresie powojennym – kierował Katedrą Higieny w Łodzi (1945), Katedrą Higieny Ogólnej, Katedrą Higieny Szkolnej i Studium Sanitarno-Higienicznym Akademii Medycznej w Warszawie (1946), był dziekanem Wydziału Lekarskiego (1948) i rektorem tej Akademii (1953–1962); w Państwowym Zakładzie Higieny był kierownikiem Zakładu Higieny Szkolnej, wicedyrektorem ds. naukowych, wieloletnim przewodniczącym Rady Naukowej; był wykładowcą i dyrektorem Państwowej Wyższej Szkoły Higieny Psychicznej; członkiem korespondentem PAN (od 1962);

– działał na forum międzynarodowym – przewodniczył delegacji polskiej na konferencji inaugurującej powstanie WHO w Nowym Jorku (1946), był współautorem jej konstytucji; otrzymał, jako jeden z pierwszych, najwyższe odznaczenie WHO – Międzynarodową Nagrodę im. Leona Bernarda;

– był działaczem społecznym – reaktywował Polskie Towarzystwo Higieniczne (1957) i był jego prezesem do końca życia; działał m.in. w: Towarzystwie Medycyny Społecznej (prezes), Towarzystwie Świadomego Macierzyństwa (przewodniczący), Polskim Czerwonym Krzyżu (wiceprezes), Polskim Towarzystwie Higieny Psychicznej, Polskim Towarzystwie do Walki z Kalectwem.

Dzieło

- Autor lub redaktor wielu monografii i podręczników akademickich (m.in. *Epidemiologia ogólna* –1956, *Higiena szkolna* – 1958, *Higiena ogólna* – 1961), redaktor czasopism („Orędownik Zdrowia, „Zdrowie", a następnie „Zdrowie Publiczne" – od 1928) oraz znakomity popularyzator wiedzy higienicznej;

- Rzecznik ochrony zdrowia ludności wiejskiej: monografia *Wieś płocka* (1937), inicjator konferencji, wystaw, konkursów, konsultant działań we wzorcowej wsi Lisków (s. 91), autor broszury *Zdrowie w chacie wiejskiej*, która zdaniem M. Demela (2000a, s. 150) „zapoczątkowała nowy styl oświaty zdrowotnej";
- Odegrał ogromną rolę w rozwoju i ewolucji higieny szkolnej w Polsce w okresie powojennym; był redaktorem najobszerniejszego po II wojnie światowej podręcznika *Higiena szkolna* (dla lekarzy) oraz ogromnym autorytetem, uznawanym przez władze. Uważał, że „wychowanie higieniczne jest jednym z najistotniejszych obowiązków higieny szkolnej [...] należy je pojmować jako wytworzenie nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z troską o zdrowie własne i otoczenia, jak również uświadomienie w sprawach zdrowotnych dotyczących jednostki i społeczeństwa" (Kacprzak, 1957, s. 27)[13]. Był zwolennikiem uwzględniania spraw zdrowia w programach różnych przedmiotów (zwłaszcza powiązania z wychowaniem fizycznym), współpracy z rodzicami;
- Wykształcił i wychował wielu uczniów, którzy przez następne dekady, w istotny sposób, wpływali na rozwój medycyny społecznej, zdrowia publicznego, oświaty zdrowotnej oraz higieny i medycyny szkolnej w Polsce. Można więc mówić o „Szkole Kacprzakowskiej";
- Wiele koncepcji i myśli M. Kacprzaka miało charakter pionierski, są nadal cytowane i aktualne. Na przykład:
  - Już w latach 30. XX w. napisał, że istnieją „ustrojowe i społeczne" uwarunkowania zdrowia oraz że ludzie mają prawo do zdrowia. Uważał, że „poprawa warunków materialnych jest jednym z istotnych, a może najistotniejszym, czynnikiem podnoszenia zdrowia ludności" oraz, że „zdrowie nie jest celem samo w sobie [...] tylko człowiek zdrowy może zdobyć wszystko na co pozwalają jego siły i zdolności" (Kacprzak, 1957). Używał terminu „zdrowie pozytywne";
  - W wychowaniu higienicznym podkreślał potrzebę troski o zdrowie własne i innych ludzi – uczeń powinien „też być uświadomiony w podstawowych zagadnieniach higieny społecznej, z którymi może mieć do czynienia później jako obywatel";
  - Zwracał uwagę na znaczenie dobrowolności i dokonywania wyborów w działaniach ludzi na rzecz zdrowia – „Do raju zdrowia, jak i do raju niebieskiego, nie można człowieka wprowadzić przemocą; on sam musi tego pragnąć i pokonując przeszkody do tego zmierzać„;
  - Podkreślał konieczność traktowania ucznia jako „całości" – „nie tylko mózg dziecka chodzi do szkoły, lecz ono całe" (1957 – Zjazd Oświatowy) oraz działań nie tylko dla ochrony lecz także dla doskonalenia zdrowia uczniów – „Dziecko powinno wyjść ze szkoły zdrowsze niż do niej przyszło, w szkole musi być wychowane w zasadach higieny i uświadomione o indywidualnej i społecznej wartości zdrowia"[14].

[13] W podręczniku *Higiena szkolna* nie uwzględniono jednak odrębnego rozdziału na temat wychowania higienicznego.

[14] M. Kacprzak (1960) *Nasz program*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna", nr 1, s. 3–5.

Hanna Wentlandtowa (1906–1994)



Pedagog, największa postać oświaty zdrowotnej w Polsce, oficer AK i powstaniec warszawski.

– 1930 – uzyskała stopień magistra filozofii na Wydziale Humanistycznym Uniwersytetu Warszawskiego; ukończyła także studium pedagogiczne, bibliotekarskie, specjalistyczne kursy oświatowe, świetlicowe, przysposobienia wojskowego i higieny; doktorat w zakresie nauk humanistycznych uzyskała w UW (1964);

– od 1928 r. pracowała w Zarządzie Głównym Polskiego Białego Krzyża – wojskowej organizacji oświatowej, zajmującej się m.in. edukacją zdrowotną żołnierzy;

– w okresie wojny zaprzysiężona w Służbie Zwycięstwu Polski, pracowała w kancelarii szyfrów; od 1942 r. pełniła funkcję zastępczyni komendanta referatu „Pomoc żołnierzowi" (PŻ), przy Kwaterze Głównej AK (pseudonim „Zofka"), zorganizowała ponad 100 kursów dla ponad 800 instruktorek – „pężetek"; po upadku powstania, osadzona w oflagach Lamsdorf i Molsdorf prowadziła tam działalność oświatowo-kulturalną i wychowawczą; pracowała (do końca życia) aktywnie w środowisku kombatantów;

– 1945–1950 pracowała w Ministerstwie Oświaty, zajmując się m.in. kształceniem dorosłych, dokształcaniem, samokształceniem;

– 1950–1972 pracowała w Państwowym Zakładzie Higieny, gdzie utworzyła (z inicjatywy M. Kacprzaka) Ośrodek Metodyczno-Naukowy Oświaty Sanitarnej (dział Państwowej Szkoły Higieny), przekształcony w 1955 r. w Zakład Oświaty Sanitarnej; przez wiele lat współkierowała i kierowała tym zakładem; prowadziła działalność dydaktyczną w Uniwersytecie Warszawskim, Akademii Medycznej w Lublinie i w Warszawie; uruchomiła kierunek „oświata zdrowotna" w Studium Nauczycielskim Średnich Szkół Medycznych;

– od 1957 r. do końca życia pracowała w Polskim Towarzystwie Higienicznym – utworzyła, kierowała lub współkierowała Sekcją Główną Oświaty Zdrowotnej, była wiceprezesem PTH, otrzymała tytuł członka honorowego (1977) i godność honorowego prezesa (1989); pełniła wiele społecznych funkcji w innych organizacjach.

Dzieło

- Była autorką pierwszego w Polsce podręcznika metodycznego oświaty zdrowotnej (1960) *Metodyka oświaty sanitarnej* oraz licznych publikacji z zakresu oświaty zdrowotnej;
- Stworzyła własną szkołę metodyczną w oświacie zdrowotnej – była redaktorem 52 tomów (ostatni 1988 r.) z serii „Biblioteczka Metodyczna Oświaty Zdrowotnej" dotyczących metodyki szczegółowej w różnych zagadnieniach zdrowotnych i środowiskach;
- Wykształciła całe pokolenie specjalistów z zakresu oświaty zdrowotnej, skupiła wokół siebie grono licznych współpracowników, w tym także z oddziałów oświaty zdrowotnej stacji sanitarno-epidemiologicznych na terenie całego kraju. Obdarzała ludzi wielką życzliwością i ciepłem.

3.3. Znaczące organizacje, instytucje i projekty

W końcu XIX w. zaczęły powstawać w Polsce organizacje i instytucje, których działalność miała na celu m.in. popularyzację wiedzy higienicznej. W ich tworzeniu lub działalności uczestniczyła większość wspomnianych wyżej osób. Niżej wymieniono, w układzie chronologicznym, organizacje, instytucje i projekty, które miały znaczący wpływ na rozwój edukacji zdrowotnej, i scharakteryzowano ten aspekt ich działalności.

Park Miejski dr. Henryka Jordana

Park był dziełem jednego człowieka. Budowę rozpoczął jego twórca i fundator, w 1888 r., na terenach otrzymanych od miasta Krakowa, po zapoznaniu się z podobnymi miejscami w Szwecji, Niemczech i Szwajcarii. Park otwarto w 1889 r., lecz Jordan do końca życia rozbudowywał go i wyposażał (przeznaczając na to cały swój majątek), stał na czele jego zarządu i pracował z młodzieżą.

Park był ośrodkiem wypoczynku i rekreacji dla dzieci i młodzieży szkolnej i rzemieślniczej. Był nowoczesną instytucją wychowania pozaszkolnego, koncentrującą się na wychowaniu zespołowym i wszechstronnym rozwoju jednostki, oferującą uczestnikom (ok. 2 tys. osób dziennie) różnorodne (bezpłatne) formy aktywności:

– gry i zabawy na 12 boiskach, prowadzone przez fachowych instruktorów, a potem przez młodzież (przewodników – odpowiednio przygotowanych);
– kształcenie politechniczne w warsztatach stolarskich, tokarskich i ślusarskim,
– wychowanie przez pracę w ogródku doświadczalnym i kwiatowym;
– wychowanie patriotyczne i moralne – pogadanki przy 44 pomnikach bohaterów narodowych, kształtowanie obowiązkowości, dyscypliny, poszanowania własności społecznej;
– przysposobienie obronne;
– wychowanie muzyczne i estetyczne – nauka śpiewu, chór, festiwale, występy artystyczne;
– wychowanie higieniczne – obowiązkowe kąpiele natryskowe, dożywianie (posiłki z mlekiem).

Dzieło H. Jordana podziwiano i naśladowano za granicą (zwłaszcza w Niemczech, Austrii, Szwajcarii i Francji). Było wzorem dla ogrodów-boisk w wielu miastach w Polsce, m.in. w Nowym Sączu, Lwowie, Częstochowie, Cieszynie, Warszawie (wzorzec dla ogrodów dla dzieci z fundacji Raua na Agrykolii). Dla podtrzymania idei, która podupadała po śmierci jej twórcy, otwarto w Warszawie pierwszy ogród jordanowski (1929), założono przy nim Towarzystwo Przyjaciół I Ogrodu Jordanowskiego (1932), które przekształciło się w kolejne towarzystwa. Po II wojnie światowej ogródki jordanowskie przekształciły się w skromne place zabaw dla młodszych dzieci.

Towarzystwo Opieki Zdrowia

Towarzystwo to było pierwszym w Polsce stowarzyszeniem higienistów, założonym w 1989 r. w Krakowie, z inicjatywy H. Jordana. Podejmowało różnorodne działania m.in. w sprawach higienizacji środowiska, wprowadzania wykładów higieny w szkołach. Wydawało czasopismo „Przewodnik Higieniczny" oraz materiały popularyzujące wiedzę higieniczną, np. książeczki z poradami dla matek.

Warszawskie Towarzystwo Higieniczne

Warszawskie Towarzystwo Higieniczne (WTH) powstało w 1898 r. po kilkunastu latach starań, których inicjatorem i „duszą" był Józef Polak (prezes WTH w latach 1903–1928)[15]. Skupiało ogromne grono specjalistów z różnych dziedzin. Istniało w nim jedenaście wydziałów (utworzonych w różnym czasie): zdrojowisk, higieny ludowej, higieny miast, biologiczny, higieny wychowawczej, szpitalny, higieny zawodowej, przeciwgruźliczy, przeciwalkoholowy, higieny domowej, higieny weterynaryjnej. WTH miało wiele oddziałów terenowych z filiami, organizowało zjazdy, zainicjowało rozwój ogólnopolskiego ruchu higienistów, dało początek wielu stowarzyszeniom lekarskim, technicznym, humanistycznym. Działalność praktyczna WTH była bardzo szeroka, obejmowała także popularyzację wiedzy, ale szczególne znaczenie miały cztery instytucje, powstałe z fundacji prywatnych lub społecznych: Ogrody Gier i Zabaw Dziecięcych (1899 – z fundacji niemieckiego przemysłowca W.E. Raua), Sanatorium w Rudce dla niezamożnych „chorych piersiowo" (1903), Instytut Higieny Dziecięcej (1903), Muzeum Higieny Ludu (1905). Te dwie ostatnie instytucje miały szczególne zasługi dla edukacji zdrowotnej i omówiono je niżej.

Siedzibę WTH wybudowano w 1915 r. w Warszawie, przy ul. Karowej. W 1932 r. nastąpiło zjednoczenie stowarzyszeń higienicznych, w wyniku którego powstało, funkcjonujące nadal, Polskie Towarzystwo Higieniczne (PTH), z licznymi oddziałami terenowymi. PTH reaktywowano w 1957 r. z inicjatywy M. Kacprzaka. Jedną z najbardziej aktywnych była Sekcja Główna Oświaty Zdrowotnej, utworzona przez H. Wentlandtową (1957). W 1977 r. zaczęto wydawać „Problemy Higieny" (s. 96).

Instytut Higieny Dziecięcej im. barona de Lenvala[16]

Instytut, ufundowany przez Leona de Lenvala (warszawskiego przemysłowca), dla uczenia pamięci zmarłej żony Marii z Kronenbergów, został zbudowany w 1903 r. w Warszawie przy ul. Litewskiej. Od początku tworzenia jego koncepcji i w całym okresie funkcjonowania Instytut był związany z WTH. Fundator określił, że celem Instytutu „jest wszczepiać w dzieci praktycznie zasadnicze podstawy higieny, a tym

[15] Życie i dzieło J. Polaka, lekarza, wybitnego higienisty opisał M. Demel w książce *W służbie Hygei i Syreny*, Warszawa, PZWL, 1970; Informacje o WTH zawiera m.in. praca M. Demela, 2000a, s. 36–57.

[16] Genezę, założenia, organizację, zakres działania i dzieje tej instytucji patrz: M. Demel (1960) *Z dziejów warszawskiego ruchu higienicznego. Instytut Lenvala*, „Wychowanie Fizyczne i Sport", nr 3, s. 345–392.

samym krzewić i rozpowszechniać takowe w ludności, w tym przekonaniu, że tylko młodsze pokolenie przyswoiwszy je sobie na dalsze przenosić je będzie mogło...".

Instytut był oryginalną, nie mającą odpowiednika w ówczesnej Europie, placówką leczniczą i szkołą zdrowia. Korzystały z niego tysiące matek i dzieci warszawskiego proletariatu (usługi były świadczone za minimalna opłatą, aby matki je szanowały i nie wstydziły się korzystać z dobroczynności). Instytut składał się z:

– ambulatorium z: gabinetami lekarzy różnych specjalności, gabinetem stomatologicznym, gimnastyką higieniczną, punktem szczepień ospy, ambulansem przeciwgruźliczym; bezpłatnym rozdawnictwem leków i tranu;

– działu higieny z: usługami higienicznymi (kąpiele dla niemowląt i natryskowe, salon fryzjerski, pralnia, szwalnia), działem „kropla mleka" (wydawanie pasteryzowanego mleka w buteleczkach dla niemowląt).

Wszystkie porady i usługi, świadczone przez grono wybitnych fachowców, były powiązane z oddziaływaniem wychowawczym (np. pod nadzorem lekarzy i pielęgniarek matki same przygotowywały mieszanki, opatrywały rany swym dzieciom, itd.). Wydawano biblioteczkę rad dla matek. Pierwszą była broszura S. Kopczyńskiego *Jak zapobiegać chorobom nerwowym u dzieci* (1905). Instytut był także szkołą dla personelu, która „pedagogizowała" lekarzy i „umedyczniała" humanistów (Demel, 2000, s. 47).

Instytut przeżywał różne koleje losu, borykał się z trudnościami finansowymi (fundator zmarł przed jego otwarciem) i ostatecznie, już w końcu okresu międzywojennego, w miejscu placówki higieniczno-wychowawczej powstała klinika pediatryczna. Do dziś istnieje gmach Instytutu, z popiersiem żony fundatora.

Muzeum Higieny Ludu

Muzeum, jedna z instytucji WTH, utworzono w Częstochowie (w porozumieniu z zakonem Paulinów i przy udziale miejscowego oddziału WTH), początkowo jako skromną wystawkę (1905), a potem muzeum (1909 – w gmachu wybudowanym z fundacji E. Kierbedziowej, w pobliżu klasztoru Jasnogórskiego). Była to pierwsza w Polsce, stała wystawa higieniczna, milowy krok w rozwoju oświaty zdrowotnej. Prace nad rozbudową muzeum (kombinatu sanitarno-dydaktycznego dla pielgrzymów) przerwała wojna. Muzeum reaktywowano w 1926 r. Obecnie nie istnieje.

Lisków – wzorcowa polska wieś

Lisków k. Kalisza jest wsią, w której w latach 1900–1939 był prowadzony eksperyment, uznawany za prekursorski przykład realizacji założeń promocji zdrowia, a także za wzór w upowszechnianiu higieny i kultury zdrowotnej. Inicjatorem, twórcą i przywódcą tego oddolnego ruchu społecznego, polegającego na modernizacji wsi własnymi siłami, był ks. Wacław Bliziński (1870–1944), proboszcz parafii Lisków (obejmującej 4 wsie z ok. 3500 mieszkańcami), poseł na sejm (członek komisji zdrowia).

We wsi zacofanej cywilizacyjnie, której mieszkańcy żyli w złych warunkach higienicznych, nękani byli chorobami zakaźnymi i alkoholizmem, udało się w okresie kilkunastu lat „zbudować sieć dobrze funkcjonujących instytucji gospodarczych,

finansowych, oświatowych [...], realizować równolegle cele oświatowe, kulturalne, ekonomiczne, higieniczno-zdrowotne oraz etyczno-religijne" (Piątkowski 1999, s. 80). Działania rozpoczął W. Bliziński od założenia Kasy Stefczyka (banku ludowego), spółdzielni rolniczo-handlowej, mleczarni, spółki budowlanej z cegielnią i betoniarnią. Kolejno powstawały z udziałem całej społeczności: dom ludowy, remiza, kanalizacja i wodociągi, łaźnia, izba porodowa, szpital (na 30 łóżek), ośrodek zdrowia, szkoła elementarna, zespół szkół zawodowych, gimnazjum, sierociniec, telefon, telegraf itd. Wydawano czasopismo „Liskowianin", działały liczne organizacje społeczne (pierwsza, Koło Ziemianek Liskowa, powstała w 1902 r.). Urządzono dwie wystawy krajowe: „Wieś polska" (1925 r., otwarcia dokonał prezydent RP Stanisław Wojciechowski), „Praca i kultura wsi" (1937 r., we współpracy z Polskim Towarzystwem Higienicznym i z udziałem prezydenta Ignacego Mościckiego i premiera Sławoja Składkowskiego). Pod wpływem doświadczeń lisowskich podejmowano podobne działania w innych regionach kraju.

Sukcesy Liskowa były dziełem charyzmatycznego przywódcy, który pozyskał znaczące w kraju osoby i organizacje (w tym zwłaszcza Warszawskie Towarzystwo Higieniczne, ale także Polonię i Amerykański Czerwony Krzyż). Największym sukcesem było uruchomienie miejscowych sił społecznych – ziemian i miejscowej inteligencji oraz uzyskanie poparcia i włączenie się do działań całej społeczności wiejskiej. „W efekcie udało się zmienić (bądź zmodyfikować) tradycyjne postawy wobec zdrowia i choroby (apatia, fatalizm, bierność), promowano i utrwalano zachowania prozdrowotne u dzieci, dorosłych i młodzieży" (Piątkowski, 1994, s. 121).

Polski Czerwony Krzyż

Polski Czerwony Krzyż utworzono po uzyskaniu niepodległości w 1919 r. Rozwija działalność w kilku kierunkach, których rodzaje i proporcje, w prawie 80-letniej historii, zmieniały się w zależności od potrzeb społeczeństwa i zagrożeń dla zdrowia[17]. Jednym z głównych kierunków było i jest szkolenie sanitarne oraz propagowanie wiedzy o zdrowiu i o podstawowych zasadach higieny. Od lat 60. XX wieku działania te są adresowane głównie do dzieci i młodzieży (działania edukacyjne wśród dorosłych dotyczą wybranych grup zawodowych i tematów), istnieją też akademickie koła PCK. Ruch młodzieżowy – Młodzież Polskiego Czerwonego Krzyża jest od 1921 r. integralną częścią PCK. Można wyróżnić dwie grupy działań PCK w zakresie edukacji zdrowotnej: programy edukacyjne i inne formy upowszechniania wiedzy w przedszkolach i szkołach (s. 233) oraz edukacja rówieśnicza prowadzona przez grupy Społecznych Instruktorów PCK i wolontariuszy.

Zakład Oświaty Zdrowotnej w Państwowym Zakładzie Higieny

Państwowy Zakład Higieny (PZH) – instytut naukowo-badawczy, został utworzony z inicjatywy Ludwika Rajchmana w 1919 r. (kierował nim do 1931 r.). Obecną nazwę otrzymał w 1923 r. Reaktywowany w 1945 r., w Łodzi, w 1947 r. przeniesiony do

[17] S. Uhma, R. Bliźniewski (1959) *Polski Czerwony Krzyż 1919–1959*, Warszawa, PZWL.

pierwszej i obecnej siedziby w Warszawie (ul. Chocimska 24). W 1951 r. filie terenowe przekształcono w wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne. Prowadzi szeroką działalność w zakresie epidemiologii, higieny, mikrobiologii, oświaty zdrowotnej i zdrowia publicznego.

Zakład Oświaty Sanitarnej PZH został utworzony w 1955 r. (na początku lat 70. zmieniono nazwę na Zakład Oświaty Zdrowotnej). Był pierwszym i jedynym w kraju centralnym ośrodkiem programującym i koordynującym oświatę zdrowotną, tworzącym jej podstawy teoretyczne i metodyczne. Był powiązany z całokształtem polityki zdrowotnej państwa i współpracował z różnymi międzynarodowymi organizacjami oświaty zdrowotnej. Wielodyscyplinarny zespół (lekarze, pedagodzy, plastycy, filmowcy itd.) prowadził działalność naukowo-badawczą, konsultacyjno-metodyczną, szkoleniową, opiniodawczą oraz organizacyjno-nadzorczą w stosunku do oddziałów oświaty zdrowotnej w stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Najwybitniejszą postacią i „duszą" tego zakładu była H. Wentlandtowa. Od końca lat 80. XX w. zakład ulegał wielokrotnie reorganizacji i zmieniały się jego nazwy. Od 2004 r. nosi nazwę Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego.

Pracownia Wychowania Zdrowotnego w Instytucie Pedagogiki

Pracownia ta została utworzona w 1963 r. z inicjatywy Macieja Demela, który po roku przekazał jej kierownictwo Janinie Kutzner (zajmowała się głównie wychowaniem fizycznym[18]), pozostając stałym jej konsultantem. Było to pierwsze „formalne wkroczenie spraw zdrowia na teren pedagogiczny i zadośćuczynienie licznym, od dawna stawianym postulatom". Koncepcja pracowni była oparta na dwóch tezach:

– **zdrowie – warunkiem wychowania** – odnosi się to do pomocy, jakiej medycyna, higiena i wychowanie fizyczne udzielają lub udzielać mogą procesowi wychowania;

– **wychowanie – warunkiem zdrowia** – oznacza to, że zdrowie może być zabezpieczane, utrwalane i doskonalone w procesie wychowawczym; w ten sposób pedagogika z biernego odbiorcy staje się współtwórcą zdrowia (Demel, 1965, s. 18).

Pracownia ta funkcjonowała kilka lat. Znaczącym wydarzeniem z nią związanym była książka M. Demela *O wychowaniu zdrowotnym* (1968). Niestety, ani pracownia, ani utworzony w końcu lat 70. Zespół Pedagogiki Zdrowia w Komitecie Nauk Pedagogicznych PAN nie zdołały przyciągnąć „czystych" pedagogów. Idea „odżyła" po ćwierć wieku (s. 95).

Warszawska Szkoła Zdrowia

Szkołę tę, działającą pod hasłem „Nie dajmy się", zorganizowała w 1988 r. i kieruje nią nadal Irena Celejowa. Początkowo szkoła była związana z Oddziałem Warszawskim PTH, od 2001 r. działa przy Stowarzyszeniu Warszawska Szkoła Zdrowia. Jest to społeczna, wolna wszechnica, otwarta dla wszystkich, która włączyła

[18] J. Kutzner (1965) *Nowa pracownia w Instytucie Pedagogiki*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna", nr 2, s. 5–7.

się w działania dla zapobiegania chorobom społecznym i propagowanie prozdrowotnego stylu życia w społeczeństwie. Formy działalności to wykłady popularnonaukowe (1 raz w miesiącu, od października do czerwca; do czerwca 2007 r. odbyło się 168 wykładów), dotyczące różnorodnych aktualnych problemów zdrowotnych, prowadzone przez wybitnych specjalistów z różnych dziedzin (uczestniczy w nich od 100 do 300 słuchaczy w różnym wieku) oraz spotkania panelowe „Biesiady o zdrowiu" (przed świętami Bożego Narodzenia lub Wielkanocy). Od 2001 r. ukazują się „Roczniki Warszawskiej Szkoły Zdrowia" (upowszechniane nieodpłatnie na terenie całego kraju)[19]. Wszystkie prace wykonują wolontariusze, wykładowcy nie otrzymują wynagrodzenia. Patronami szkoły są znaczące instytucje i towarzystwa naukowe. Szkoła pozyskuje wielu sponsorów publicznych i prywatnych.

Projekt „Szkoła promująca zdrowie"

Projekt ten realizowany w Polsce, w latach 1992–1995, z inicjatywy Biura Europejskiego WHO, zainicjował rozwijający się nadal ruch szkół promujących zdrowie (s. 246). Kluczowym elementem takiej szkoły jest edukacja zdrowotna. Efektem projektu było m.in. wdrożenie aktywizujących metod w edukacji zdrowotnej, opracowane propozycji programu edukacji zdrowotnej w szkole (Woynarowska i in., 1993), tłumaczenie (adaptacja) i wydanie dwóch poradników dla osób kształcących nauczycieli (Woynarowska, 1995; Weare, Gray, 1995), wykształcenie w Polsce grupy około 100 osób, które m.in. pracowały nad zapisem edukacji zdrowotnej w podstawie programowej kształcenia ogólnego, prowadzą kształcenie nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej.

Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej

Towarzystwo powstało w 1993 r., z inicjatywy Haliny Osińskiej. Jest organizacją pozarządową, posiada 53 oddziały terenowe, zrzeszające ponad 1200 członków. Głównym celem Towarzystwa jest popularyzacja wiedzy o zdrowiu i umiejętności jego zachowania w społeczeństwie. Towarzystwo opracowuje lub współuczestniczy w opracowaniu i wdrażaniu programów edukacyjnych, o zasięgu ogólnopolskim i lokalnym, adresowanych do: ogółu społeczeństwa (np. zapobieganie wirusowemu zapaleniu wątroby typu B), dzieci i młodzieży (zapobieganie próchnicy zębów, udzielanie pierwszej pomocy, radzenie sobie ze stresem), żołnierzy („Zdrowe zęby żołnierza"), wybranych grup zawodowych (program „Lubię zimno" zachowania tzw. łańcucha chłodniczego dla produktów mlecznych). Prowadzi programy szkoleniowe „Integracja i medycyna", dotyczące m.in. programu zdrowia publicznego w UE. Organizuje konferencje naukowe oraz corocznie konkurs plastyczny i literacki dla osób chorych na cukrzycę („Pomaluj świat na Novo"). Prowadzi działalność wydawniczą (www.ptoz.org.pl).

[19] Zbiór wykładów ukazał się w „Problemach Higieny" 1996 nr 48 i 1998 nr 49. Wykłady z lat 1999–2000 ukazały się w czasopiśmie „EKO-DOM". Adres wydawcy Roczników: Stowarzyszenie Warszawska Szkoła Zdrowia, ul. Wiśniowa 14/14 02 563 Warszawa.

Pracownia Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia w Krajowym Ośrodku Wspierania Edukacji Zawodowej

Pracownię utworzono w 1999 r. w Krajowym Ośrodku Wspierania Edukacji Zawodowej MEN w Warszawie (jednej z pięciu wówczas centralnych placówek doskonalenia nauczycieli). Był to kolejna próba (po Pracowni Wychowania Zdrowotnego s. 93) budowania w resorcie edukacji infrastruktury dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Kierownikiem pracowni została Maria Sokołowska. W 2003 r. pracownię przeniesiono do Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, gdzie istnieje obecnie jako Pracownia Promocji Zdrowia.

Zespół pracowni rozpoczął kształcenie edukatorów ds. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (kursy kwalifikacyjne edukatorskie, uzupełniające i doskonalące), których zadaniem jest doskonalenie nauczycieli w zakresie realizacji ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna" oraz zadań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki (Skoczek, 2005). Koordynuje w skali kraju działania związane z rozwojem programu i sieci szkół promujących zdrowie, wdraża różnorodne projekty z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole (m.in. kształtowanie umiejętności życiowych) i przygotowuje nauczycieli do ich prowadzenia. W 2000 r. rozpoczęto wydawanie zeszytów „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole" (www.cmppp.edu.pl).

3.4. Czasopisma naukowe i fachowe

Artykuły dotyczące edukacji zdrowotnej były i są nadal drukowane w różnych czasopismach (*Bibliografia...*, 2001; Woynarowska i in., 2002; 2004). W przeszłości różne stowarzyszenia higienistów wydawały swoje organy prasowe popularyzujące wiedzę o higienie i zdrowiu (o niektórych z nich wspomniano wcześniej). Niżej wymieniono (w układzie chronologicznym pojawiania się i pod obecnym tytułem) czasopisma, które istnieją aktualnie (lub do niedawna) i których profil jest związany z edukacją zdrowotną i promocją zdrowia:

- „**Zdrowie Publiczne**" – czasopismo naukowe, obecnie kwartalnik, wydawany przez Akademię Medyczną w Lublinie. Założone pod nazwą „Zdrowie", w 1885 r., jako pismo prywatne, przez Józefa Polaka, który był wieloletnim jego redaktorem i wspierał je do końca życia. Wyróżniono je na Wystawie w Paryżu (1887). Stopniowo stało się pismem społecznym, skupiającym grono wybitnych specjalistów i autorów. W 1900 r. J. Polak przekazał czasopismo Warszawskiemu Towarzystwu Higienicznemu, które wybierało redaktorów na kolejne kadencje. W 1934 r. zmieniono nazwę czasopisma na obecną, w 1935 r., dołączono popularny dodatek „Na straży zdrowia", pod wspólną redakcją M. Kacprzaka.
- „**Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne**" – miesięcznik dla nauczycieli, trenerów i szkolnej służby zdrowia, obecnie ma stałe działy „Promocja zdrowia" i „Wychowanie fizyczne i zdrowotne w reformie edukacyjnej". Czasopismo było wydawane w latach 1933–1959 jako „Wychowanie Fizyczne w Szkole". W 1960 r., z inicjatywy M. Kacprzaka, zmieniono nazwę na „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna", w 1989 r. nastąpiła kolejna zmiana nazwy na „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne".

- „**Problemy Higieny i Epidemiologii**" — czasopismo naukowe, organ Polskiego Towarzystwa Higienicznego, od 2005 r. kwartalnik. W latach 1977–2003 wydawane jako „Problemy Higieny" – edycje monograficzne prezentujące materiały z konferencji naukowych lub wybrane zagadnienia. Wśród 83 wydanych tomów duża część poświęcona, w całości lub w części, różnym aspektom oświaty zdrowotnej i wychowania zdrowotnego.
- „**Lider**" – Promocja Zdrowia, Kultura Zdrowotna i Fizyczna – miesięcznik powołany w 1991 r. z inicjatywy Zbigniewa Cendrowskiego (redaktor naczelny od 1992 r.). Wydawane przez Szkolny Związek Sportowy i Instytut Kardiologii w Warszawie. Prezentuje różnorodne tematy dotyczące wychowania fizycznego, zdrowia, edukacji zdrowotnej i szkoły promującej zdrowie. Dostępne wydanie internetowe (www.lider.szs.pl).
- „**Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna**" – interdyscyplinarne czasopismo naukowe, wydawane w latach 1994–2002 w Zakładzie Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii w Warszawie. Celem pisma było stworzenie forum wymiany teoretycznej i doświadczeń praktycznych dla przedstawicieli nauk społecznych i medycyny uczestniczących w opracowywaniu i realizacji programów prozdrowotnych. Prezentowało także oryginalne artykuły i przedruki publikacji z wiodących w promocji zdrowia czasopism zagranicznych. Ukazały się 22 numery.
- „**Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole**" – zeszyty przeznaczone dla szkół, ośrodków doskonalenia nauczycieli, administracji szkolnej i wojewódzkich zespołów wspierających szkoły promujące zdrowie. Prezentują doświadczenia, projekty i programy praktyków ze szkół i innych instytucji edukacyjnych. Wydawane od 2000 r. z funduszy Ministerstwa Edukacji Narodowej, od 2003 r. przez Centrum Metodyczne Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej. Do końca 2006 r. ukazało się 11 zeszytów (www.cmppp.edu.pl).

W Polsce nie ma obecnie czasopisma naukowego poświęconego edukacji zdrowotnej. Dostępne są trzy czasopisma zagraniczne w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia:

– „Health Education Research" oraz „IUHE – Promotion & Education" (miesięcznik International Union of Health Promotion and Health Education) – w bibliotece Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego (www.pedagog.uw.edu.pl),

– „Health Promotion International" – w bibliotece Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie (biblioteka@pzh.gov.pl).

Pytania/Zadania

1. Wymień najwybitniejsze postaci w dziejach edukacji zdrowotnej w Polsce i ich dokonania.
2. Dlaczego dzieło G. Piramowicza *Powinności nauczyciela* i J. Śniadeckiego *O wychowaniu fizycznym* uważa się za prekursorskie dla edukacji zdrowotnej?
3. Jakie dokonania w przeszłości uznaje się za prekursorskie dla promocji zdrowia?
4. Jakie istnieją obecnie instytucje i organizacje prowadzące działania w zakresie edukacji zdrowotnej?

Literatura zalecana

Demel M. (1980) *Pedagogika zdrowia*, Warszawa, WSiP.
Demel M. (2000) *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*, tom I–II, Studia i Monografie nr 13, Kraków, Akademia Wychowania Fizycznego.
Demel M. (2000) *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*, tom III, Studia i Monografie nr 13, Kraków, Akademia Wychowania Fizycznego.

ROZDZIAŁ 4

Koncepcje i podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej

4.1. Terminologia i definicje

4.1.1. Nazwy i ich ewolucja

Powszechnie używana obecnie nazwa **edukacja zdrowotna** miała „poprzedniczki" i nadal ma nazwy pokrewne.

Wychowanie higieniczne

Nazwy tej używano w końcu XIX i w pierwszej połowie XX w., w odniesieniu do dzieci i młodzieży i określano nią „wprowadzanie w czyn zasad higienicznych" [...]. Przez stałe, codzienne powtarzanie tych lub owych zabiegów higienicznych dziecko wdroży się do ich stosowania i zupełnie zautomatyzuje" (Mitkiewicz, 1933, s. 888–889). Synonimem była **działalność higieniczno-wychowawcza**, dzięki której szkoła miała otwierać „akcji sanitarno-oświatowej w społeczeństwie szeroki dostęp i to nie tylko dzięki bezpośredniemu wpływowi na dziecko [...] ale również wskutek pośredniego oddziaływania przez dziecko szkolne na jego środowisko domowe" (Ekiert, 1958, s. 103).

Oświata sanitarna/zdrowotna

Termin **oświata sanitarna** pojawił się w latach 50. XX w. i oznaczał „pracę wychowawczą i dydaktyczną, wychowanie w kulturze sanitarnej i popularyzowanie wiedzy o zdrowiu, szczególnie w zakresie medycyny zapobiegawczej, społecznej" (Wentlandtowa, 1960, s. 8). Wyrosła ona „na gruncie oświaty dorosłych i zachowała jej atrybuty: dydaktyzm, epizodyczność i ekstensywność' (Demel, 1992, s. 6). W latach 60. zaczęto używać nazwy **oświata zdrowotna**, określając nią „nową dziedzinę z pogranicza nauk medycznych, humanistycznych i społecznych", która dąży do tego, aby każdy:

– „chciał i umiał zdrowie doskonalić, chronić i ratować;
– wiedział, kiedy i jak korzystać z pomocy służby zdrowia, a kiedy i jak radzić sobie samemu;

– usiłował stworzyć sobie i swoim bliskim najhigieniczniejsze warunki bytowania;
– chciał i umiał rozwiązywać pozostające w związku ze stanem zdrowotnym jego otoczenia lub środowiska problemy kulturalne, społeczne i ekonomiczne" (*Oświata...*, 1980, s. 7–8).

Wychowanie zdrowotne

W latach 60. XX w. dokonano „podziału" przyjmując, że **oświata zdrowotna** to „całość pracy mobilizującej społeczeństwo do działania na rzecz zdrowia", a **wychowanie zdrowotne** to „praca z dziećmi i młodzieżą we wszystkich instytucjach wychowawczych (rodzina, przedszkole, szkoła)" odnosząca się do osobowości jeszcze nie ukształtowanych. Maciej Demel (1968, s. 55), twórca tej koncepcji wychowania zdrowotnego, określił, że jest ono: „integralną częścią kształtowania pełnej osobowości [...] i polega na: 1) wytwarzaniu **nawyków** bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego; 2) wyrabianiu odpowiednich **sprawności**; 3) **nastawieniu woli** i **kształtowaniu postaw** umożliwiających stosowanie zasad higieny, skuteczną pielęgnację, zapobieganie chorobom i leczenie oraz 4) pobudzaniu **pozytywnego zainteresowania** sprawami zdrowia przez epizodyczne i systematyczne wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o własnym organizmie i rozwoju, a także prawach rządzących zdrowiem publicznym".

Nazwy oświata zdrowotna i wychowanie zdrowotne są nadal używane i mają swoich zwolenników. Oświata zdrowotna tradycyjnie funkcjonuje w środowiskach związanych z Państwową Inspekcją Sanitarną. W 1993 r. utworzono Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej (s. 94). Termin wychowanie zdrowotne znajduje się m.in. w tytule czasopisma „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne", a także w *Środowiskowym programie wychowania zdrowotnego w szkole*, opracowanym w końcu lat 90. i szeroko upowszechnianym (*Środowiskowy...*, 1997).

Pedagogika zdrowia

W latach 70. XX w. pojawiła się **pedagogika zdrowia**. Termin ten wprowadził Edward Mazurkiewicz, a pierwszą w Polsce jej monografię opracował M. Demel (1980a). **Pedagogika zdrowia pojmowana jest jako teoria, doktryna edukacyjnej ingerencji w życie i zdrowie człowieka** (Demel, Mazurkiewicz, Wentlandtowa, 1976). Jest subdyscypliną pedagogiki[1] i stanowi zaplecze teoretyczne dla edukacji zdrowotnej (wychowania zdrowotnego), dostarcza podstaw metodologicznych, pozwala rozwiązywać jej praktyczne problemy. Przedmiotem jej badań jest „proces wychowania do zdrowia i nauczania zdrowia, których istotą jest rozwijanie dyspozycji osobowościowych człowieka" przez „udzielanie wiedzy, kształtowanie systemu wartości oraz zachowań związanych ze zdrowiem" (Kapica, 2001, s. 79).

[1] Po raz pierwszy pedagogika zdrowia pojawiła się w podręczniku pedagogiki, jako jej subdyscyplina lub „pedagogika szczegółowa" w 1997 r., w książce pod red. L. Turosa, *Pedagogika ogólna i subdyscypliny*, Część I, Siedlce, Wyższa Szkoła Rolniczo-Pedagogiczna.

Pedagogika zdrowia ma charakter interdyscyplinarny, łączy elementy pedagogiki (zwłaszcza pedagogiki społecznej) oraz nauk medycznych (głównie medycyny społecznej). Uważa się, że podwaliny dla rozwoju pedagogiki zdrowia położyła Helena Radlińska, prekursorka pedagogiki społecznej w Polsce (s. 84). Zdaniem E. Mazurkiewicza (2001), ucznia H. Radlińskiej, pedagogikę zdrowia można traktować jako:

- specjalizację pedagogiki społecznej;
- specjalizację o bardziej samodzielnym charakterze (analogicznie do pedagogiki dorosłych lub pedagogiki socjalnej);
- problematykę o „określonym stopniu koncentracji" (a nie odrębną specjalizację).

Pedagogika zdrowia jest przedmiotem nauczanym na wydziałach pedagogicznych niektórych szkół wyższych; na dwóch uniwersytetach wprowadzono specjalizację w tym zakresie. Subdyscyplina ta nie cieszy się jednak zainteresowaniem pedagogów, nieliczne jest grono specjalistów w tej dziedzinie i skąpe piśmiennictwo. Nadal praktyka edukacji zdrowotnej znacznie wyprzedza tworzenie jej podstaw teoretycznych. Należy dodać, że w piśmiennictwie w jęz. angielskim termin „pedagogika zdrowia" pojawia się bardzo rzadko.

Krzewienie kultury zdrowotnej

Zwolennikiem tego terminu jest Zygmunt Jaworski (2005), wspierany przez innych przedstawicieli nauk o kulturze fizycznej (Pawłucki, 1997; Krawański, 2003). Nawiązując do rodzimego pierwowzoru takiej formuły, użytej przez K. Sosnowskiego (1917), za wykładnię kultury zdrowotnej Z. Jaworski przyjmuje propozycję M. Demela i K. Zuchory (1975, s. 148): [...] „Na **kulturę zdrowotną** składa się system wartości przywiązanych do zdrowia fizycznego i psychicznego, obiektywnego i subiektywnego, jednostkowego i publicznego. Kultura ta przejawia się w higienicznej organizacji środowiska, świadomym regulowaniu relacji człowiek – środowisko, w reżimie życia, słowem w tym wszystkim, co Grzegorz Piramowicz trafnie nazwał «obyczajami co do zdrowia». W aspekcie wychowawczym kultura zdrowotna polega przede wszystkim na świadomej i stałej pracy nad sobą, na poczuciu odpowiedzialności za zdrowie własne i publiczne oraz owocnej w czyn wrażliwości na potrzeby zdrowotne, a zwłaszcza cierpienia drugiego człowieka". Pojęcie kultura zdrowotna pełni rolę „swego rodzaju zwornika czy wspólnego mianownika" dla trzech pojęć wychowanie zdrowotne, edukacja zdrowotna, edukacja prozdrowotna i powinna być odrębnym przedmiotem szkolnym, którego realizatorem powinien być odpowiednio przygotowany pedagog kultury zdrowotnej (pedagog zdrowia) (Jaworski, 2005, s. 7).

Edukacja zdrowotna

Termin ten, stosowany w Polsce coraz częściej, jest odpowiednikiem określenia w jęz. angielskim *health education* lub rzadziej używanego terminu *education for health*, któremu w jęz. polskim może odpowiadać określenie edukacja prozdrowotna, lub edukacja do zdrowia (ku zdrowiu). Edukacja (łac. *educatio* – wychowanie, pielęgnowanie) obejmuje ogół wielowymiarowych działań i procesów służących wychowaniu i kształceniu osób lub grup społecznych i może być traktowana jako proces permanentnego uczenia się człowieka przez całe życie[2]. W książce konsekwentnie używamy nazwy „edukacja zdrowotna", uznając, że jest ona bardziej „pojemna" niż oświata lub wychowanie zdrowotne, odnosi się do ludzi w całym okresie życia, obejmuje różne formy uczenia się i nauczania itd. Trafnie uzasadnia tę nazwę E. Charońska (1997, s. 24) uznając, że na edukację zdrowotną składają się:

- procesy systematyczne i zamierzone, kształcenie i wychowywanie dzieci i młodzieży pod kierunkiem dorosłych (rodzice, nauczyciele, wychowawcy);
- procesy związane z samokierowaniem własnym rozwojem (samokształcenie, samowychowanie);
- ogół działań okazjonalnych i przypadkowych, które w sprzyjających okolicznościach mogą skłonić człowieka do refleksji i podjęcia decyzji w celu zdobycia wiedzy i umiejętności oraz wykorzystania ich na rzecz swego zdrowia.

Wydaje się, że brak zgodności co do nazewnictwa jest jedną z barier w rozwoju edukacji zdrowotnej w Polsce.

Inne terminy

W ostatnich latach pojawił się w Polsce termin **nauki o zdrowiu**. W wielu akademiach medycznych utworzono wydziały nauk o zdrowiu, od 2000 r. wydawane jest czasopismo „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu". Pojawiły się też dwa nowe terminy:

- **sanologia** (łac. *sanus* – zdrowy, gr. *logos* – nauka) – „nauka o zdrowiu człowieka i zdrowiu populacji ludzkiej [...] zespolona wiedza na pograniczu medycyny, socjologii, psychologii i teorii organizacji". Sanologia jest częścią medycyny zapobiegawczej i środowiskowej i obejmuje także informowanie społeczeństwa o zdrowiu. (*Sanologia*, 1998, s. 8). Termin ten nie jest używany w piśmiennictwie zagranicznym;
- **waleologia** – nauka o istocie zdrowia, czynnikach je formujących, metodach zdrowotnych oraz strategiach zdrowia. Termin ten zaproponował w Rosji I. Breckman[3] i jest używany w niektórych szkołach wyższych przez grupę nauczycieli akademickich z Ukrainy.

Trudno obecnie ustalić, jaki jest związek „nauk o zdrowiu" ze zdrowiem publicznym, promocją zdrowia i edukacją zdrowotną oraz w jakim kierunku zmierzać będzie rozwój tych nauk.

[2] B. Śliwerski (2003) *Edukacja*, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, tom I, T. Pilch (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak", s. 905–906.

[3] Informacja uzyskana od Igora Murawowa – Przewodniczącego Międzynarodowego Towarzystwa Waleologii; patrz także: E. Bulicz, I. Murawow (1997).

4.1.2. Definicje

W piśmiennictwie z ostatnich dwóch dekad istnieje wiele definicji edukacji zdrowotnej. Niżej podano ich przykłady (w układzie chronologicznym).

Edukacja zdrowotna to:

- proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją (Williams, 1988)
- proces oparty na naukowych zasadach, stwarzający sposobność planowego uczenia się i zmierzający do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowanie zgodnie z nimi (Rezolucja Rady Wspólnoty Europejskiej, 1989)[4]
- każda kombinacja różnorodnych doświadczeń edukacyjnych, ukierunkowanych na podejmowanie przez ludzi dobrowolnych działań sprzyjających zdrowiu (Green, Kreuter, 1991)
- całokształt działań zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczyniać się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie własne i społeczności, w której żyją (Charońska, 1997)
- podejmowanie wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia, na różnych poziomach życia społecznego (Słońska, 1999)
- proces pedagogiczno-społeczny wykorzystujący metody i techniki stosowane w naukach społecznych (pedagogice, psychologii, socjologii, ekonomii, prawodawstwie itd.) w kierunku zmiany zachowań o charakterze prozdrowotnym osób i grup społecznych (Krawański, 2003)
- każda planowana działalność ukierunkowana na uczenie się o zdrowiu i chorobie (Tones, Green, 2004)

We współczesnych definicjach edukacji zdrowotnej podkreśla się następujące jej cechy:

– uczenie się (ang. *learning*) tzn. aktywność i zaangażowanie osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej;

– proces całożyciowy, systematyczność oddziaływań oraz ich planowanie;

– oddziaływanie na jednostki i grupy, osoby zdrowe i chore, w celu zwiększenia ich kompetencji;

– dobrowolność udziału – bez przymusu i nacisku na uczących się, przy pełnym zrozumieniu i akceptacji przez nich działań podejmowanych w ramach edukacji zdrowotnej;

– interdyscyplinarność edukacji zdrowotnej.

[4] Rezolucja 89/C3/01 przyjęta przez ministrów edukacji Krajów Wspólnoty w 1989 r.

Biorąc pod uwagę definicje i cechy współczesnej edukacji zdrowotnej proponuję zamieszczoną w ramce jej definicję.

Edukacja zdrowotna jest całożyciowym procesem uczenia się ludzi jak żyć, aby:
- **zachować i doskonalić zdrowie własne i innych**
- **w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki**

Jej „nowością" jest:

– wprowadzenie określenia **jak żyć**, nawiązującego do Karty Ottawskiej Promocji Zdrowia, w której zapisano, że „zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach ich codziennego życia, w miejscu gdzie uczą się, pracują, bawią i kochają" (s. 133) oraz uznania zdrowia za jeden z głównych determinantów dobrej jakości życia (s. 42);

– zwrócenie uwagi, że edukacja zdrowotna dotyczy zdrowia i choroby.

4.1.3. Podstawowe pojęcia

W definiowaniu edukacji zdrowotnej, określaniu jej celów i oczekiwanych efektów używa się pewnego zestawu pojęć. Nie są one specyficzne dla edukacji zdrowotnej, mają wiele znaczeń, są różnie definiowane.

Wiedza

Termin ten odnosi się do informacji (treści, wiadomości), które zostały **przyjęte**, (**przyswojone**) i **utrwalone w umyśle człowieka**, w wyniku gromadzenia doświadczeń i uczenia się. Oznacza to, że człowiek posiada wiedzę i może ją odtworzyć, wykorzystać, pogłębić. W edukacji zdrowotnej przekazuje się ludziom (lub sami poszukują) różnorodne informacje – fakty, dane dotyczące zdrowia i choroby, wyjaśnia związki między nimi, skutki działania lub niedziałania człowieka itd.

Pomiar wiedzy może być wykorzystany w diagnozie potrzeb oraz badaniu efektów edukacji zdrowotnej. Najczęściej stosuje się w tym celu testy (lub inne sprawdziany wiedzy) przed rozpoczęciem (pretest) i po zakończeniu danego programu (posttest). Opracowanie dobrego testu sprawdzającego wiedzę o zdrowiu nie jest łatwe. Obok pytań z kategoriami odpowiedzi, można wykorzystać zadania, w których badany ma określić, czy dane stwierdzenie jest prawdziwe czy fałszywe. Na przykład:

Stwierdzenie: „Człowiek może zakazić się HIV przez stosunki płciowe z osobą zakażoną tym wirusem";
zadanie: wybierz jedną z trzech odpowiedzi: prawda, fałsz, nie wiem.

Nawyk

Nawykiem określa się zautomatyzowane wykonywanie jakiejś czynności. Opanowanie nawyku jest efektem wielokrotnego powtarzania danej czynności, uwarunko-

wanego jakąś regułą. Stopniowo świadomość istnienia tej reguły zanika (automatyzuje się), choć pozostaje ogólna kontrola świadomości nad czynnością nawykową. Przykłady nawyku to: mycie rąk przed jedzeniem, czyszczenie zębów przed snem, rytuał układania się do snu, poranne ćwiczenia. Nawyki zwykle trudno poddają się zmianie. Termin ten jest obecnie rzadko używany w edukacji zdrowotnej.

Przekonania

Przekonania można określić jako względnie stały składnik świadomości człowieka, który wynika z przeświadczenia, że pewien stan rzeczy jest taki, a nie inny. Są one, podobnie jak wiedza, konstruktami poznawczymi, określa się je także terminem „zinternalizowana wiedza". Składają się z poznania jakiegoś stanu rzeczy, emocjonalnej akceptacji zdobytej wiedzy oraz skłonności do postępowania zgodnie z nią. Przekonania mają charakter subiektywny, są składnikami poglądu człowieka na świat (w tym także na zdrowie), zgodnie z nimi człowiek żyje i zachowuje się. Od przekonań człowieka zależy wiele decyzji dotyczących zdrowia, co wyjaśnia m.in. model przekonań zdrowotnych (s. 113).

Pomiar przekonań jest często wykorzystywany w ewaluacji efektów edukacji zdrowotnej, gdy chcemy sprawdzić, czy nastąpiła ich zmiana w stosunku do stanu wyjściowego. Badani mają za zadanie ustosunkować się do poszczególnych stwierdzeń (odpowiadających przekonaniom), z wykorzystaniem różnych wersji skali Likerta, na przykład:

> Stwierdzenie: „Młodzi ludzie powinni unikać kontaktów seksualnych ze względu na możliwość zakażenia się HIV";
> zadanie: zaznacz, w jakim stopniu zgadzasz się z tym stwierdzeniem: zdecydowanie zgadzam się, zgadzam się, nie jestem pewny (trudno powiedzieć), nie zgadzam się, zdecydowanie nie zgadzam się.

Postawy

Postawy są kluczowym pojęciem w psychologii społecznej i socjologii. Uważa się, że są one elementem osobowości, złożonymi strukturami wewnętrznymi, stosunkowo trwałymi predyspozycjami do reagowania lub zachowywania się w określony (przewidywalny) sposób. Postawy ludzi wobec różnych spraw decydują o tym, co lubią, a czego nie lubią; co uważają za dobre, a co za złe; co jest dla nich ważne, a co nieważne; o co warto, a o co nie warto się troszczyć. Postawy zawsze są skierowane na przedmiot postawy, którym mogą być osoby, grupy, rzeczy, instytucje, normy społeczne.

Istnieje wiele definicji postaw. Przyjmując za punkt wyjścia definicję zaproponowaną przez S. Mikę (1998) postawę wobec zdrowia można określić jako **względnie trwałą strukturę procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji zachowań odnoszących się do zdrowia**. Postawa ma trzy komponenty:

- **poznawczą** – przekonania, myśli, wiedza (prawda czy fałsz) o zdrowiu;

- **emocjonalną** – reakcje, emocje, uczucia związane z różnymi aspektami zdrowia (np. lęk, poczucie zagrożenia);
- **behawioralną** – zachowania związane ze zdrowiem.

Postawa ma swój **znak** – może być pozytywna, negatywna i obojętna oraz **natężenie** – może być silna lub słaba. Postawę cechuje **względna trwałość**, co umożliwia dokonywanie jej zmian m.in. w procesie edukacji zdrowotnej, choć nie jest to łatwe i działania powinny być ukierunkowane na wszystkie trzy komponenty postawy.

Badanie postaw, które jak wspomniano wyżej są złożoną strukturą, nie jest proste. Najczęściej stosuje się dwa sposoby (techniki) **badania postaw**:

1. **Obserwacja zachowania** w warunkach naturalnych lub zmodyfikowanych przez badacza (zachowania są wskaźnikami postaw). Technika ta ma jednak wiele ograniczeń: zachowania nie zawsze są zdeterminowane przez postawę; nie wszystkie postawy ujawniają się w zachowaniach, niektóre zachowania pojawiają się z pewnym opóźnieniem; technika ta jest czasochłonna.
2. **Rejestrowanie zachowań o charakterze werbalnym**, czyli słowne wyrażanie opinii, postaw. Można tu wykorzystać:
   - analizę treści np. prac pisemnych (wypracowań szkolnych), pamiętników – zawarte w nich treści klasyfikuje się według ustalonych kategorii i wylicza częstość ich występowania w tekście;
   - zadawanie pytań – indywidualne wywiady i ankiety, z pytaniami otwartymi (wymagają skategoryzowania treści odpowiedzi) lub skategoryzowanymi (korzystnie jest uzupełniać je prośbą o uzasadnienie odpowiedzi).

Do **mierzenia postaw** konstruuje się skale. Opierają się one na założeniu, że postawy różnią się znakiem i siłą, a zatem stopniem przychylności do przedmiotu postawy – od najbardziej do najmniej przychylnych (tworzących pewne kontinuum, które tworzą skale z odpowiednimi liczbami). Skala jest zbiorem stwierdzeń, którym przypisano odpowiednie liczby, wskazujące, na jakim miejscu kontinuum przychylności znajduje się dane stwierdzenie.

W badaniu i mierzeniu postaw wobec zdrowia można brać pod uwagę zdrowie jako „całość", poszczególne jego wymiary, a także kwestie szczegółowe, np. postawy wobec aktywności fizycznej, żywienia.

Umiejętności

Termin „umiejętność" według słowników języka polskiego oznacza sprawność (wprawę, znawstwo) w wykonywaniu czegoś; jeśli mamy umiejętność robienia czegoś, to **umiemy to robić dobrze**, wykonujemy to w sposób płynny, elastyczny i zapewniający osiągnięcie jakiegoś celu lub wyniku. Umiejętności umożliwiają także podejmowanie określonych zachowań.

Dla utrzymania i doskonalenia zdrowia niezbędne jest opanowanie wielu różnorodnych umiejętności, prostych i złożonych. Można je podzielić na dwie grupy:

1. **Umiejętności związane ze zdrowiem fizycznym** dotyczące m.in.: higieny i pielęgnacji ciała (np. czyszczenie zębów, obcinanie paznokci), samobadania (np. piersi lub jąder), samokontroli (np. masy ciała), zachowania bezpieczeństwa w różnych sytuacjach (np. przechodzenie przez jezdnię, korzystanie z gazu), umiejętności związane ze zdrowiem seksualnym (np. stosowanie naturalnych metod zapobiegania ciąży), udzielania pierwszej pomocy (np. resuscytacja, wyjmowanie ciała obcego z oka, bandażowanie) itd.
2. **Umiejętności dotyczące zdrowia psychospołeczngo** zwane **umiejętnościami życiowymi** (ang. *life skills*). Umożliwiają one człowiekowi pozytywne zachowania przystosowawcze, dzięki którym może skutecznie radzić sobie z zadaniami (wymaganiami) i wyzwaniami codziennego życia. Należą do nich różnorodne kompetencje psychospołeczne i umiejętności interpersonalne, które pomagają w podejmowaniu decyzji, rozwiązywaniu problemów, twórczym i krytycznym myśleniu, skutecznym porozumiewaniu się, budowaniu dobrych relacji, wyrażaniu empatii wobec innych, radzeniu sobie i kierowaniu swoim życiem w zdrowy i produktywny sposób (WHO, 2003, s. 3). Omówiono je szerzej w Części II, rozdz. 5E.

W ewaluacji wyników programów ukierunkowanych na rozwijanie umiejętności, dla oceny zmian, jakie nastąpiły w zakresie poszczególnych umiejętności, można wykorzystać: samoocenę uczących się oraz obserwację ich zachowań w codziennym życiu. Obserwacja jest szczególnie przydatną metodą w szkolnych programach edukacyjnych. Może jej dokonywać nauczyciel, obserwując ucznia w różnych sytuacjach. Można też wykorzystać jako obserwatorów rówieśników, którzy przekazują kolegom informacje zwrotne, np. w czasie odgrywania ról, dyskusji itd. Niektóre umiejętności można ocenić bardziej obiektywnie, np. umiejętność układania jadłospisów, czyszczenia zębów (można to sprawdzić stosując tabletki wybarwiające pozostałą na zębach płytkę nazębną).

Zachowania

Zachowania są pojęciem nieodłącznie związanym z edukacją zdrowotną i kształtowanie zachowań prozdrowotnych jest w tradycyjnym ujęciu nadrzędnym jej celem. Znaczenie tego pojęcia omówiono na s. 52. Badanie zachowań zdrowotnych jest też najczęściej stosowaną metodą w ewaluacji wyników programów edukacyjnych. Należy jednak pamiętać, że proces zmian zachowań zdrowotnych jest długotrwały i uwarunkowany wieloma czynnikami. Z tego powodu wykorzystanie zachowań, jako wskaźników skuteczności programu edukacji zdrowotnej, ma wiele ograniczeń[5]. Znaczenie ma także czas, w jakim dokonuje się badania – bezpośrednio po zakończeniu programu (wyniki wczesne), czy po upływie pewnego czasu (wyniki odległe).

[5] Rodzaje i przyczyny tych ograniczeń, w odniesieniu do zmian zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych omówiono w pracy K. Ostaszewskiego (2003).

Podstawowym narzędziem do badania zachowań zdrowotnych jest kwestionariusz ankiety, zawierający skategoryzowane pytania. Celem badania jest zwykle określenie, czy dane zachowanie (prozdrowotne lub ryzykowne dla zdrowia) u badanej osoby występuje i jakie jest jego „nasilenie" (np. jak często jest praktykowane). Przykład pytań z kwestionariusza HBSC[6]:

Pytanie: „Jak często myjesz zęby?"
Kategorie odpowiedzi: częściej niż 1 raz dziennie; 1 raz dziennie; co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie; rzadziej niż 1 raz w tygodniu; nigdy
Pytanie: „Czy wypiłeś kiedyś tak dużo alkoholu, że czułeś się naprawdę pijany?"
Kategorie odpowiedzi: nie, nigdy; tak, 1 raz; tak, 2–3 razy; tak, 4–10 razy; tak, więcej niż 10 razy.

4.2. Cele i oczekiwane efekty

Cele edukacji zdrowotnej i jej oczekiwane efekty są różnie formułowane. W ostatnich latach, wraz ze zmianami modelu zdrowia, a także z włączaniem się do programowania edukacji zdrowotnej przedstawicieli nauk społecznych i zmniejszaniem dominacji przedstawicieli nauk medycznych zmieniało się postrzeganie czynników warunkujących zdrowie. W dotychczasowych koncepcjach (modelach) edukacji zdrowotnej zakładano, że celem i efektem uczenia się mogą (powinny) być:

– nowe **możliwości poznawcze** – zdobycie nowej wiedzy, zrozumienie spraw związanych ze zdrowiem (np. czym jest zdrowie i jakie czynniki je determinują), poznanie (wgląd w) siebie, identyfikowanie własnych problemów zdrowotnych;
– pożądane **przekonania** wobec różnych spraw związanych ze zdrowiem lub chorobą; właściwe **postawy** wobec zdrowia;
– **poczucie odpowiedzialności** za zdrowie własne i innych;
– klaryfikacja istniejącego systemu **wartości**, dostrzeżenie nowych wartości;
– **umiejętności związane ze zdrowiem fizycznym** (dbaniem o ciało) **oraz umiejętności życiowe**;
– zmiana **zachowań zdrowotnych**, ukierunkowana na prozdrowotny styl życia.

Wśród celów edukacji zdrowotnej, formułowanych w piśmiennictwie zagranicznym w ostatnich latach, wymienia się także: rozwijanie kompetencji do działania na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi, zdolności do pełnienia roli rzecznika na rzecz zdrowia (rzecznictwa zdrowotnego – ang. *health advocacy*) własnego, rodziny i społeczności[7], zwiększanie poziomu alfabetyzacji zdrowotnej, upodmiotowienie jednostek i społeczności. Takie sformułowanie celów stanowiło punkt wyjścia do

[6] HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children* – międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej. W sprawie wykorzystania wersji polskiej kwestionariusza należy porozumieć się z kierownikiem badań w Polsce dr Joanną Mazur – Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka (joanna.mazur@imid.med.pl).

[7] Zdolność do pełnienia tej roli jest jednym z narodowych standardów szkolnej edukacji zdrowotnej w USA (Tappe, Galer-Unti, 2001).

tworzenia nowych koncepcji edukacji zdrowotnej, poszukiwania nowych strategii, metod i technik oraz wskaźników do ewaluacji wyników.

Istnieje powszechna zgoda, że **przekazywanie wiedzy o zdrowiu nie może być głównym celem edukacji zdrowotnej**, gdyż nie przekłada się ona na działania ludzi na rzecz ich zdrowia. Nie oznacza, że wiedza nie jest potrzebna – **wiedza bez działania jest pusta, ale też działanie bez wiedzy jest ślepe** (Jensen, 1994a, s. 3). Kwestią dyskusyjną jest, ile wiedzy biologicznej i medycznej (naukowej) należy ludziom przekazywać. Istnieje pogląd, że duża ilość informacji, bez pomocy ludziom w ich zrozumieniu w kontekście społecznym i ekonomicznym, nie wystarcza do transformacji wiedzy w działanie i może wpływać na zwiększenie niepokoju i bezsilności (Jensen, 1994b). W tym kontekście należy wątpić w skuteczność rozpowszechnionych w Polsce w szkołach, od wielu lat, konkursów i olimpiad wiedzy o zdrowiu.

Programy edukacji zdrowotnej powinny uwzględniać wiele różnorodnych celów, zależnych od potrzeb danej grupy i obszaru tematycznego. Do osiągnięcia tych celów należy wykorzystywać różne metody i techniki

4.3. Koncepcje i modele

W piśmiennictwie światowym z ostatniej dekady opisano wiele różnorodnych koncepcji i modeli (podejść, paradygmatów) edukacji zdrowotnej. W ich konstruowaniu przyjmuje się różne kryteria, cele i kierunki działań[8]. Niżej omówiono niektóre propozycje.

Na podstawie analizy piśmiennictwa L. Ewles i I. Simnett (2003) wyróżniły **pięć podejść w edukacji zdrowotnej** (tab. 4.1).

Trzy modele edukacji zdrowotnej opisał A. Tannahill (1990):

– model zorientowany na **chorobę** – głównym celem jest zapobieganie określonym chorobom (np. chorobom układu krążenia, nowotworom, próchnicy zębów);

– model zorientowany na **czynniki ryzyka** – głównym celem jest eliminowanie tych czynników (np. palenia tytoniu, hipokinezji) w celu zapobiegania równocześnie wielu chorobom;

– model zorientowany na **zdrowie** – głównym celem jest wzmacnianie potencjału zdrowia.

Dwa pierwsze modele są powiązane z biomedycznym podejściem do zdrowia – o tym, co jest dobre, a co złe dla zdrowia i jakie należy podejmować działania,

[8] Krytyczne rozważania dotyczące pojęcia „model" oraz przykłady różnych modeli edukacji zdrowotnej, opisanych w piśmiennictwie zagranicznym znajdują się też w książce E. Charońskiej (1997).

decydują eksperci. Model trzeci wynika z holistycznego podejścia do zdrowia; zakłada uczestnictwo ludzi w działaniach dla swego zdrowia i wdrażanie kompleksowych programów edukacyjnych w różnych społecznościach (miejscach) i grupach ludzi (np. ludzie starzy, bezrobotni).

Tabela 4.1. Różne podejścia w edukacji zdrowotnej i ich charakterystyka (Ewles, Simnett, 2003, s. 45)

Podejście	Cel	Kierunki działań
Medyczne	zapobieganie chorobom i niepełnosprawności	eksponowanie medycznej interwencji w zapobieganiu lub zmniejszaniu skutków chorób
Behawioralne	kształtowanie zachowań zmniejszających ryzyko chorób	zachęcanie do zmiany postaw i zachowań w kierunku prozdrowotnego stylu życia
Edukacyjne	przekazywanie wiedzy, pomoc w zrozumieniu spraw związanych ze zdrowiem jako podstawy do podejmowania decyzji i działania	informowanie o przyczynach i skutkach czynników zagrażających zdrowiu; klaryfikacja wartości i postaw; kształtowanie umiejętności niezbędnych dla zdrowego życia
Zorientowane na jednostkę	praca z poszczególnymi osobami, ukierunkowana na ich indywidualne potrzeby	pomoc w identyfikowaniu własnych problemów, dokonywaniu wyborów i podejmowaniu działań; wzmacnianie (upodmiotowienie) jednostki
Środowiskowe	zmiany w środowisku fizycznym i społecznym umożliwiające prozdrowotny styl życia	zachęcanie do działań politycznych i społecznych w środowisku fizycznym i społecznym

Środowiskowa i demokratyczna edukacja zdrowotna

Koncepcja ta dotyczy edukacji zdrowotnej w szkole i rozwijana jest przez duńskich pedagogów, w kontekście szkoły promującej zdrowie (Jensen, 1997). Podstawą jej jest demokratyczny paradygmat edukacji zdrowotnej (jako przeciwieństwo tradycyjnego paradygmatu moralistycznego), którego kluczowymi elementami są: holizm, rozwijanie kompetencji do działania i uczestnictwo. Założenia tej koncepcji omówiono w rozdz. 8, s. 239.

Edukacja zdrowotna ukierunkowana na rozwijanie umiejętności życiowych

Koncepcja tej edukacji (ang. *skills-based health education including life skills*[9]) jest rozwijana, od początku lat 90. XX w., przez Kwaterę Główną WHO w Genewie, we

[9] Termin ten ulegał pewnym zmianom od *life skills education i life skills approach* do używanego w najnowszych dokumentach ww. terminu lub *life skills-based education*. Szersze omówienie tej koncepcji patrz: Woynarowska (2002a).

współpracy z innymi organizacjami, w tym zwłaszcza UNICEF. Dotyczy ona głównie dzieci i młodzieży i oznacza interaktywny, uczestniczący proces nauczania i uczenia się, umożliwiający młodym ludziom zdobywanie wiedzy, kształtowanie postaw i umiejętności, dzięki którym podejmują pozytywne decyzje i działania dla ochrony i doskonalenia zdrowia własnego i innych ludzi. Koncepcja ta jest wykorzystywana w szkołach promujących zdrowie, także w Polsce, i omówiono ją w Części II, rozdz. 5E.

Edukacja zdrowotna ukierunkowana na zwiększanie alfabetyzacji zdrowotnej

Termin *health literacy* nie ma dobrego odpowiednika w języku polskim i jest różnie tłumaczony: „sprawności/umiejętności w zakresie zdrowia" (Charzyńska-Gula, 2001, s. 54); „odczytywanie zdrowia" (Karski, 2003, s. 63); „efektywne uczenie zdrowia" (Bik, Przewoźniak, 2005, s. 149). Wydaje się, że lepiej oddaje jego istotę określenie „alfabetyzacja zdrowotna", które można traktować jako pewną analogię do terminu używanego w pedagogice – „alfabetyzacja funkcjonalna". Termin ten współcześnie ujmuje się nie tylko jako zdolność do rozwijania potencjału człowieka w zakresie uczenia się, lecz także środek służący rozbudzaniu świadomości oraz umiejętności konstruktywnego i zgodnego z wymogami etyki uczestniczenia w życiu społeczeństwa i w sprawach świata[10].

Koncepcja edukacji ukierunkowanej na zwiększenie poziomu alfabetyzacji zdrowotnej pochodzi ze Stanów Zjednoczonych, gdzie po raz pierwszy użył go S.K. Simonds (1974) w odniesieniu do edukacji zdrowotnej w szkole. Stwierdzono wówczas, że niedostatki w edukacji zdrowotnej wiążą się z niskim poziomem alfabetyzacji zdrowotnej. Termin ten używany był także w odniesieniu do zdolności pacjentów do podporządkowania się ustalonym zasadom leczenia.

Alfabetyzacja zdrowotna oznacza umiejętności poznawcze i społeczne, które determinują motywację i zdolności jednostek do zdobywania informacji, zrozumienia jej i wykorzystania w sposób, który sprzyja doskonaleniu i utrzymaniu dobrego zdrowia (Kickbusch, Nutbeam, 1998)

W tym podejściu oczekuje się, że w wyniku edukacji zdrowotnej ludzie:

– dzięki uzyskanej wiedzy, zrozumieniu i zdolności do działania, będą zmieniać swój styl życia i umiejętnie korzystać ze świadczeń służby zdrowia;

– będą świadomi społecznych, ekonomicznych i środowiskowych uwarunkowań zdrowia i będą podejmować indywidualne lub zespołowe wysiłki w celu modyfikacji tych uwarunkowań w kierunku korzystnym dla zdrowia.

Wysoki poziom alfabetyzacji zdrowotnej jest korzystny dla jednostki (szansa na prozdrowotne wybory, lepsze korzystanie ze świadczeń służby zdrowia) i społeczeństwa (sprzyja podejmowaniu wspólnych działań na rzecz zdrowia, budowaniu kapitału społecznego). Trzy jej poziomy wyróżnia D. Nutbeam (2001):

- Poziom pierwszy – **funkcjonalna alfabetyzacja zdrowotna** – zwiększenie wiedzy jednostek o zagrożeniach dla zdrowia i o korzystaniu ze świadczeń służby zdrowia. Jest ona efektem tradycyjnej edukacji zdrowotnej, w której różnymi kanałami przekazywane są głównie informacje. Dominują korzyści dla jednostki. Korzyści społeczne mogą wynikać z większej gotowości jednostek do uczestnictwa w programach profilaktycznych;
- Poziom drugi – **interaktywna alfabetyzacja zdrowotna** – zwiększenie zdolności ludzi do działania dzięki większej motywacji i poczucia pewności w wyniku uzyskanych umiejętności osobistych i społecznych oraz doradztwa. Jest efektem edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności we wspierającym środowisku (dostosowanie do potrzeb, grupy wsparcia, różnorodność metod). Korzyści głównie dla jednostki, ale równocześnie możliwość wpływania na normy społeczne, wchodzenie w interakcje z różnymi grupami;
- Poziom trzeci – **krytyczna alfabetyzacja zdrowotna** – zwiększenie indywidualnej odporności na niekorzystne czynniki społeczne i ekonomiczne oraz zdolności do podejmowania skutecznych działań (społecznych, politycznych i indywidualnych) w celu modyfikowania tych czynników. Jest efektem edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na upodmiotowienie jednostek i społeczności przez doradztwo i wspieranie działań społeczności, oddziaływanie na liderów i polityków oraz rozwój społeczności. Dominują korzyści społeczne.

Z koncepcją promocji zdrowia wiąże się **edukacja zdrowotna ukierunkowana na upodmiotowienie**. Założenia jej omówiono w rozdz. 5, s. 136.

- Różnorodność koncepcji edukacji zdrowotnej wynika z:
  - ewolucji modeli zdrowia i rozwoju promocji zdrowia
  - poszukiwania bardziej skutecznych strategii pomagania ludziom w zachowaniu i doskonaleniu zdrowia
- W planowaniu programów edukacji zdrowotnej należy dokonać wyboru koncepcji, która będzie stanowiła jego podstawę

4.4. Teorie wykorzystywane w edukacji zdrowotnej

Termin „teoria" ma wiele znaczeń i definicji. Według S. Nowaka (1985, s. 396–397) teorie to „pewne spójne systemy praw nauki, zintegrowane według pewnej jednolitej zasady dla wyjaśnienia i ewentualnego przewidywania zjawisk określonej kategorii". Teoria składa się przede wszystkim z praw i służy wyjaśnianiu, a w mniejszym stopniu przewidywaniu. Edukacja zdrowotna nie jest samodzielną dyscypliną, lecz obszarem wiedzy i praktyki, w którym wykorzystuje się elementy nauk społecznych i medycznych oraz teorie wywodzące się z tych nauk. Teorie opracowane przez socjo-

[10] M. Nowicka (2003) *Alfabetyzacja*, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, tom I, T. Pilch (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak", s. 89–90.

logów i psychologów społecznych wyjaśniają zachowania i działania ludzi w zdrowiu i chorobie, przyczyny podejmowania decyzji o zmianie zachowań, przebieg procesu tych zmian itd. Teorie wywodzące się z pedagogiki dotyczą głównie procesów poznawczych i uczenia się.

W piśmiennictwie pojawiają się jednak wątpliwości i dyskusja dotycząca przydatności dotychczasowych teorii zachowań zdrowotnych[11]. Niektórzy autorzy zwracają uwagę, że mimo tysięcy badań, w których testowano różne teorie wyjaśniające zachowania zdrowotne ludzi i ich zmiany, nie ma dotychczas konsensusu, które teorie wyjaśniają to lepiej niż inne. Niezbędne są dalsze badania porównawcze, potrzeba krytycznej analizy istniejących teorii (Noar, Zimmerman, 2005), a także podjęcie dyskusji nad znaczeniami używanych terminów: teoria, model, paradygmat. Podkreśla się także, że większość teorii ma charakter ogólny i nie zawsze „pasują" one do edukacji zdrowotnej, jej zakresu tematycznego i odbiorców, wywodzących się z różnych grup społecznych i środowisk. Zostały one opracowane przez badaczy z Ameryki Północnej i Europy zachodniej i nie zawsze można je zastosować, bez modyfikacji, w innych kulturach.

Ze względu na wyżej wymienione ograniczenia uważa się, że w edukacji zdrowotnej przy tworzeniu programów edukacyjnych należy korzystać z elementów lub kombinacji wielu teorii. Stwarza to szansę na zwiększenie skuteczności programów. **Znajomość tych teorii pozwala osobom programującym i realizującym edukację zdrowotną lepiej zrozumieć jej złożoność oraz potrzeby, reakcje i zachowania jej uczestników**. W praktyce jednak, i to nie tylko w Polsce, wykorzystywanie teorii nie jest powszechnie akceptowane i rozpowszechnione (Uramowska-Żyto, 2001). Wynika to z wielu przyczyn, a przede wszystkim dominacji praktyki edukacji zdrowotnej, której realizatorzy nie mają odpowiedniej wiedzy na temat istniejących teorii i możliwości ich wykorzystania.

W rozdziale 6 omówiono wykorzystanie w edukacji zdrowotnej teorii J. Piageta i związanej z nią konstruktywistycznej teorii uczenia się (s. 180). Niżej przedstawiono teorie i modele najczęściej opisywane w pracach dotyczących promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i zdrowia publicznego[12]. Podano podstawowe założenia każdej teorii oraz implikacje dla edukacji zdrowotnej (w ramkach). Ułożono je w kolejności według daty pierwszych publikacji, ale należy podkreślić, że autorzy tych teorii i/lub ich współpracownicy zwykle dalej nad nimi pracowali i rozwijali w kolejnych pracach.

Lokalizacja miejsca kontroli (ang. *locus of control*)

Autor tej koncepcji J.B. Rotter (1966) przyjął, że na zachowania ludzi wpływa w znacznym stopniu to, jak postrzegają oni różne czynniki zewnętrzne i wewnętrzne

[11] Serię artykułów na ten temat zamieszczono w czasopiśmie „Health Education Research" 2005, nr 3.

[12] Dodatkowe informacje można znaleźć m.in. w pracach: L. Przewoźniak (1996, 2000); R. Schwarzer (1997); B. Uramowska-Żyto (2001), A. Łuszczyńska (2004).

oraz czy mają poczucie sterowania z „wewnątrz", czy z „zewnątrz". Podzielił ludzi na dwie grupy, w zależności od umiejscowienia poczucia ich kontroli[13]:

- **wewnętrzne umiejscowienie kontroli** – ludzie uważają, że wyniki ich działania zależą od nich samych. „panują oni nad sytuacją"; traktują świat jako przewidywalny; unikają sytuacji, w których mogą utracić kontrolę nad swymi zachowaniami; są aktywni, wierzą we własne siły i wytrwale dążą do sukcesu mimo początkowych niepowodzeń; są odporni na wpływy społeczne;
- **zewnętrzne umiejscowienie kontroli** – ludzie uważają, że wyniki ich działania nie zależą od nich samych, lecz od różnych czynników zewnętrznych, a tym samym postrzegają siebie jako „nie panujących nad sytuacją", a świat jako nieprzewidywalny, w którym zachowanie człowieka nie musi prowadzić do sukcesu; takie podejście blokuje ich aktywność, szybciej się poddają i rezygnują; są podatni na wpływy społeczne.

Należy brać pod uwagę odmienności ludzi w odbiorze informacji i ich wykorzystaniu, w zależności od lokalizacji ich miejsca kontroli:

- osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zmieniają swe zachowania, gdy przekonają się, że przyniesie im to korzyści; należy zatem pomóc im w dokonaniu bilansu zysków i strat oraz wspierać ich poczucie, że mogą sami kontrolować swoje zachowania i działanie
- osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zmieniają swe zachowania, gdy inne, znaczące dla nich osoby będą je zachęcać, a nawet żądać zmiany zachowania; należy podkreślać, że pożądane zachowanie jest „normą społeczną" i będzie miało istotny wpływ na ich stan zdrowia

Model przekonań zdrowotnych (ang. *health belief model – HBM*)

Uważa się, że model ten, opracowany przez I.M. Rosenstocka (1966), w największym stopniu wyjaśnia przyczyny podejmowania przez ludzi decyzji dotyczących zdrowia. Model ten zakłada, że działania podejmowanie przez jednostkę zależą od jej **przekonania**:

- o osobistej wrażliwości (podatności) na zagrożenia dla zdrowia (zachorowanie);
- że zagrożenie dla zdrowia (zachorowanie) jest poważne;
- że proponowane metody zapobiegania będą skuteczne dla zmniejszenia zagrożenia lub ciężkości przebiegu choroby;
- że działania te nie będą wiązały się ze zbyt dużymi kosztami (np. trudnościami związanymi ze zmianą diety), a zyski przewyższą trudności i koszty.

[13] Najczęściej do pomiaru umiejscowienia kontroli zdrowia używana jest skala (w jęz. ang.): „Multidimensional Health Locus of Control Scale", opracowana przez K.A. Wallstona; dostępna na stronie: www.progolid.org./public/MHCL. Polskiej adaptacji tej skali oraz Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci dokonał Z. Juczyński (2001).

Stosując ten model w programach edukacji zdrowotnej należy:
- uwzględniać indywidualną percepcję choroby lub innego zagrożenia dla zdrowia (która może się znacznie różnić od oceny profesjonalistów, np. lekarza) oraz indywidualną percepcję korzyści i kosztów wynikających z podjętego działania dla uniknięcia tego zagrożenia
- zwiększać psychologiczną gotowość do zmiany przez uświadamianie w sposób umiarkowany (wyważony) powagi zagrożenia, ale bez stosowania techniki „straszenia", która może uruchomić mechanizmy obronne
- starać się, aby uczący się dostrzegł jak najwięcej korzyści związanych z wprowadzeniem w życie zaplanowanej zmiany i minimalizować spostrzeganie jej kosztów (barier)

Model działań zdrowotnych (ang. *health action model – HAM*)

Model ten, zaproponowany przez K. Tonesa na początku lat 70. XX w., był modyfikowany w kolejnych latach. Jego najnowszą wersję przedstawia ryc. 4.1.

W modelu wyróżniono główne czynniki psychologiczne, społeczne i środowiskowe, które determinują działania jednostki zawiązane ze zdrowiem lub chorobą. Czynniki te podzielono na dwie grupy:

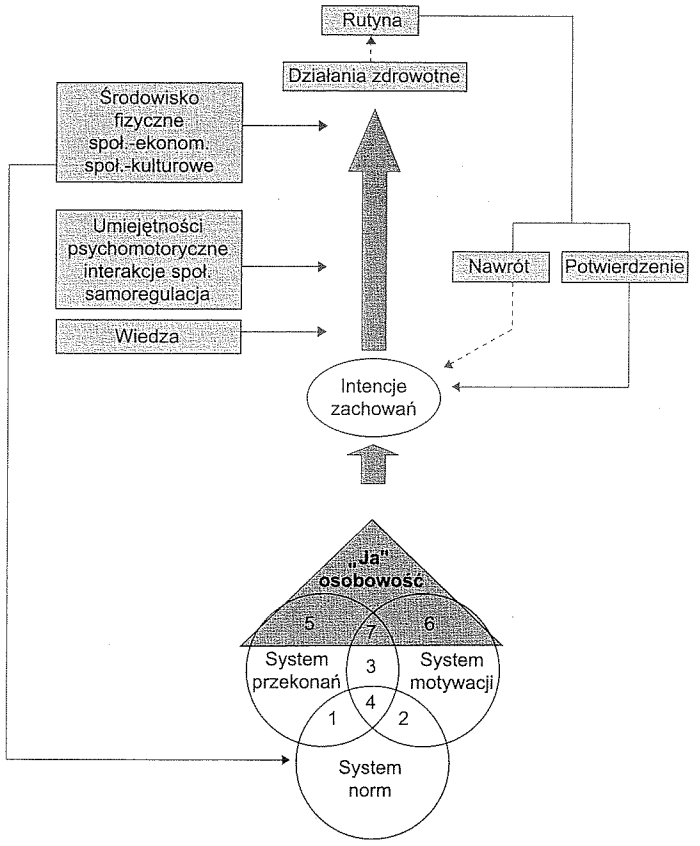
1. **Czynniki determinujące intencje zachowań** (dolna część modelu) – cztery właściwości jednostki jej: osobowość, system przekonań, motywacji i norm; trójkąt na rycinie przedstawia człowieka jako całość jego „Ja" i osobowości.
2. **Czynniki determinujące prawdopodobieństwo, że intencje zachowań zostaną przełożone na działania dla zdrowia** (górna, lewa część modelu). Należą do nich: wiedza i umiejętności człowieka do podjęcia działań, wspierające środowisko, w którym „zdrowe wybory są łatwiejszymi wyborami" lub istnieją możliwości usuwania przeszkód w podejmowaniu przez ludzi działań dla zdrowia.

Model ten odnosi się do **działania jednostki**, które mogą dotyczyć profilaktyki chorób, jak też doskonalenia zdrowia, wzmacniania jego potencjału. Działania te mają także znaczenie dla zdrowia publicznego, gdy osoby je podejmujące zainicjują jakieś zmiany na szerszą skalę, np. w polityce zdrowotnej. Działania podejmowane przez ludzi mogą być incydentalne, ale korzyści można oczekiwać tylko wówczas, gdy stają się one częścią postępowania rutynowego, np. włączenie aktywności fizycznej do codziennych zajęć. W tym przypadku mogą zaistnieć dwie sytuacje:

– intencje zachowań zostają **potwierdzone i utrwalone**;

– działania zakończyły się niepowodzeniem – nastąpił **nawrót** do poprzedniego stanu (intencji), co występuje np. w nieudanej próbie rzucania palenia lub gdy efekty działań nie satysfakcjonują danej osoby; często zdarza się, że po tym niepowodzeniu ludzie podejmują kolejne próby. Ważnym elementem tego modelu jest zatem utrzymywanie efektów działań lub powrót do stanu poprzedniego.

Oznaczone na rycinie 4.1 pola 1–7 pokazują „zazębianie" się poszczególnych czynników („segmentów"). Na przykład: system norm (oznaczający tu presję społeczną na jednostkę za strony rodziny, przyjaciół, rówieśników, mediów, aby



Ryc. 4.1. Model działań zdrowotnych według K. Tonesa i J. Greena (2004, s. 79)

podjęła jakieś działania) wpływa na system przekonań (1) i motywacji (2) danego człowieka. Segment 5 i 6 oznacza związki między przekonaniami i motywacją a „Ja". Segment 5 odnosi się do koncepcji „Ja", rozumianej jako suma wszystkich przekonań człowieka o sobie jako jednostce wchodzącej w relacje z innymi ludźmi i żyjącej w określonym środowisku. Segment 6 odnosi się do sumy odczuć człowieka w stosunku do siebie jako istoty ludzkiej i odpowiada poczuciu własnej wartości. Segment 7 oznacza, że jednostka jest zwykle zdolna do wyrażania swoich przekonań co do swoich odczuć w stosunku do samej siebie. Na przykład uznaje, że jej poczucie wartości jest bardzo niskie.

Przedstawiony model działań zdrowotnych wykorzystuje wiele teorii (określa się go jako transteoretyczny). Szczegółowy opis tych teorii oraz mechanizmów powiązań między poszczególnymi segmentami przekracza ramy tego opracowania.

Model działań zdrowotnych pokazuje miejsce wiedzy i umiejętności w podejmowaniu działań dla zdrowia. Oddziaływanie na przekonania ludzi może uruchamiać ich motywację do podejmowania tych działań, ale motywacja również może wpływać na przekonania ludzi. Często jednak ludzi charakteryzuje myślenie „autystyczne" – wierzą w to, w co im jest wygodnie wierzyć. Jeśli stają wobec faktów lub doświadczeń, które sprawiają im dyskomfort, selektywnie wybierają te informacje, które potwierdzają ich uprzedzenia. Mogą reinterpretować informacje, przyjmować pozycję obronną lub zaprzeczać im (Tones, Green, 2004, s. 89).

Teoria uzasadnionego działania (ang. *theory of reasoned action*)

Teoria ta, autorstwa M. Fishbeina i I. Ajzena (1975), zakłada, że człowiek działa zwykle w sposób racjonalny i jego działania poprzedzają procesy poznawcze, w wyniku których podejmuje on świadomy zamiar – **intencję** – zrobienia czegoś (np. zmiany jakiegoś zachowania). Intencja ta pozostaje pewną dyspozycją (gotowością) do czasu, gdy zaistnieje odpowiednia sytuacja (np. czas, miejsce), aby zamienić ją w czyn. Intencja podjęcia danego zachowania zależy od:

– postawy wobec tego zachowania, tzn. od tego, czy jednostka postrzega go jako dobre, korzystne;

– subiektywnych przekonań normatywnych, czyli jak znaczące dla niej osoby oceniają to zachowanie, czy go akceptują, czy nie (spostrzegany nacisk społeczny, aby zachowywać się w pożądany sposób).

Wykorzystując tę teorię w edukacji zdrowotnej należy oddziaływać na:

- przekonania ludzi, że pożądane zachowania są dla nich korzystne i dadzą pozytywne efekty (np. aby uwierzyli, że zwiększenie aktywności fizycznej wpłynie korzystnie na ich samopoczucie)
- normatywne przekonania ludzi, aby spostrzegali, że ważne dla nich osoby pragną, aby zachowywali się w pożądany sposób

Teoria społecznego uczenia się (ang. *social learning theory*)

Autor tej teorii A. Bandura (1977) w swych badaniach zaobserwował, że dzieci uczą się zachowań nie tylko przez instruktaż, ale także przez obserwację. Teoria społecznego uczenia zakłada, że wiele ludzkich zachowań pojawia się lub ulega zmianie (w kierunku pożądanym lub niepożądanym) w wyniku obserwowania zachowań innych osób, znaczących dla danej jednostki, np. rodziców, nauczycieli, rówieśników, idoli, aktorów, postaci z komiksów itd. Osoby te pełnią rolę **modelu** do naśladowania, a proces uczenia się przez obserwowanie i przejmowanie przez obserwatora nowych zachowań określa się jako **modelowanie**. Proces przejmowania tych zachowań jest niewymuszony, wynika z atrakcyjności modela.

W uczeniu się nowych zachowań przez obserwację i naśladowanie ważne są dwa rodzaje oczekiwań dotyczących: **efektów podejmowanych działań** – uznania, w jakim stopniu zależą one od konkretnego zachowania, a nie od innych czynników, oraz **własnej skuteczności**[14] – uznania, że dana osoba posiada warunki i możliwości podjęcia danego zachowania. Oczekiwanie własnej skuteczności, poziomu zaufania do samego siebie jest niezwykle ważne w uczeniu się nowych zachowań. Osoba, która rozbudzi w sobie potrzebę zmiany, a ocenia własną skuteczność jako niewielką, może doznać frustracji lub podejmuje zachowania obronne.

Modelowanie jest jedną z podstawowych technik wykorzystywanych w edukacji zdrowotnej. Uczący się, obserwując innych może nabywać nowe umiejętności i sprawdzać stopień ich opanowania w codziennym życiu. Ważne jest, aby osoby prowadzące edukację same tworzyły wzorce pożądanych zachowań. Mechanizm modelowania wykorzystuje się głównie w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, ukierunkowanej na zapobieganie zachowaniom ryzykownym, przez:

- oddziaływanie na rodziców i zachęcanie ich do modyfikowania własnych zachowań
- programy edukacji rówieśniczej, prowadzonej przez przygotowanych liderów młodzieżowych
- angażowanie mediów i popularnych wśród młodzieży postaci, które wspierają działania edukacyjne

Teoria zachowań problemowych (ang. *problem-behaviour theory*)

Teoria ta sformułowana przez R. Jessora i S. Jessor (1977) zakłada, że zachowania młodzieży (w tym ryzykowne) są efektem złożonych interakcji między ludźmi a ich środowiskiem. Wyróżniono 3 grupy wzajemnie ze sobą związanych zmiennych psychospołecznych:

– osobowość jednostki, w tym: system wartości, przekonania, oczekiwania, postawy wobec siebie i społeczeństwa;

– postrzeganie przez jednostkę swego środowiska – percepcja postaw rodziców, rówieśników wobec niektórych zachowań, a także dostępność w środowisku różnych środków (produktów) związanych z tymi zachowaniami (np. alkohol, narkotyki);

– uznawanie w danym środowisku pewnych zachowań jako społecznie akceptowanych lub nieakceptowanych.

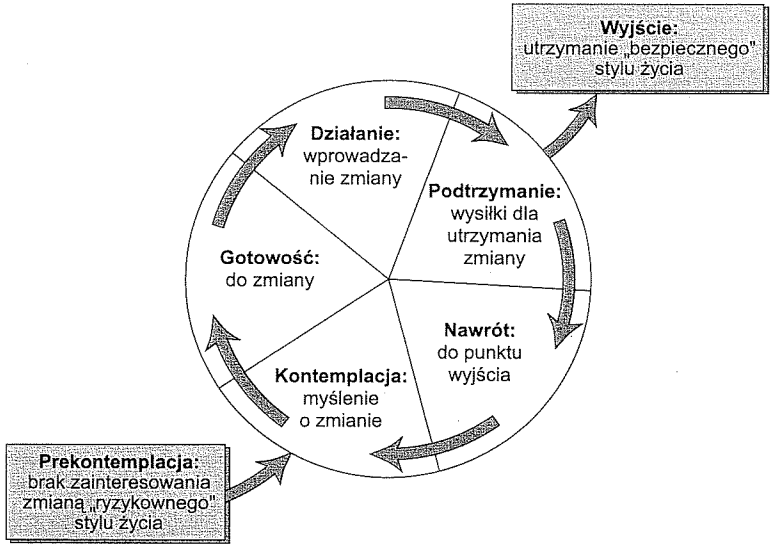
Zachowania problemowe są wynikiem interakcji 3 grup tych zmiennych i są niezgodne z oczekiwaniami społecznymi. Częste jest współwystępowanie kilku zachowań problemowych (np. palenie tytoniu, picie alkoholu, zachowania agresywne), tworzących pewien syndrom (zespół). Podejmowanie tych zachowań ogranicza udział młodego człowieka w tzw. zachowaniach konwencjonalnych (np. osiąganie dobrych wyników w nauce, zaangażowanie w aktywności poza szkolne, praktyki religijne).

[14] Szersze omówienie poczucia własnej skuteczności patrz: R. Schwarzer (1997). Istnieje polska wersja skali do badania własnej skuteczności: R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński (2001) *Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES* (Juczyński, 2001, s. 93–98).

Wykorzystanie tej teorii w edukacji zdrowotnej polega m.in. na:
- rozwijaniu u młodzieży umiejętności: krytycznego myślenia (w tym zdolności do oceny siebie i wartości środowiska społecznego), skutecznego komunikowania się i negocjowania
- równoczesnym oddziaływaniu na wszystkie trzy grupy wymienionych wcześniej zmiennych

Model etapów zmian (ang. *stages of change model*)

Model ten, opracowany przez autorów amerykańskich J.O. Prochaskę i C. DiClemente (1982), wywodzi się z badań prowadzonych w psychoterapii i wykorzystano w nim wiele teorii psychologicznych (model transteoretyczny). Zakłada on, że osoba dokonująca zmian (np. rzuca palenie, podejmuje regularne ćwiczenia fizyczne, zmienia dietę) przechodzi przez cykl kolejno po sobie następujących etapów. Kluczowym założeniem tego cyklu są tzw. „obrotowe drzwi", gdyż osoba dokonująca zmian może przechodzić przez ten cykl więcej niż jeden raz, zanim nastąpi trwała zmiana w jej zachowaniach. Zdarza się też, że osoba przejdzie przez te „drzwi", ale nie posunie się dalej. W modelu tym wyróżniono siedem etapów (ryc. 4.2).



Ryc. 4.2. Etapy zmian zachowań zdrowotnych (J.O. Prochaska, C. DiClemente, 1982; za: Ewles, Simnett, 2003, s. 274)

1. **Etap prekontemplacji** – poprzedza on wejście w cykl zmiany, osoba nie myśli o zmianie, nie odczuwa jej potrzeby, albo jej nie akceptuje i nie ma motywacji do jej podjęcia.
2. **Etap kontemplacji** – wejście przez „obrotowe drzwi" w cykl zmian, osoba myśli o zmianie i ma motywację do jej podjęcia.
3. **Etap gotowości** – osoba podejmuje poważną decyzję dokonania zmiany danego zachowania.
4. **Etap działania** – wprowadzanie zmiany do codziennego życia i praktykowanie.
5. **Etap podtrzymania** – osoba podejmuje wysiłki dla utrzymania zmiany i eksperymentuje z wykorzystaniem różnych strategii.
6. **Etap nawrotu** – wielu osobom nie udaje się dokonać trwałej zmiany danego zachowania za pierwszym razem i mimo wysiłków wracają do punktu wyjścia (np. zaczynają palić). rozpoczynają cykl zmian od etapu pierwszego (kontemplacja);
7. **Etap wyjścia** – osoba dokonała trwałej zmiany zachowania (np. całkowicie przestała palić).

Znajomość, na jakim etapie zmiany zachowania znajduje się dana osoba, umożliwia dobór odpowiedniej metody wspierania jej wysiłków:
- edukacja zdrowotna, ukierunkowana na zwiększenie świadomości i rozbudzenie potrzeby dokonania zmiany może być skuteczna w etapie prekontemplacji
- w kolejnych etapach celowe są oddziaływania ukierunkowane na: zwiększanie motywacji, wzmacnianie przez uświadamianie postępu, zwiększanie poczucia własnej wartości, samoskuteczności, pomoc w klaryfikacji wartości, postaw, umiejętności podejmowania decyzji

Teoria wielorakich inteligencji (ang. *theory of multiple inteligences*)

Zgodnie z tą teorią, autorstwa H. Gardnera (1993), człowiek ma wiele odrębnych inteligencji, definiowanych jako „zdolności do rozwiązywania problemów lub wytwarzania produktów, które są ważne w danym społeczeństwie, czy w określonych warunkach kulturowych"[15]. Gardner wyróżnił osiem rodzajów inteligencji[16]:

1. **Inteligencja językowa** (lingwistyczna, werbalna) – cechuje ludzi zainteresowanych językiem i wyrażaniem się za pomocą słów; posiadają bogaty słownik i intuicję językową, sprawność komunikowania się za pomocą słów (są dobrymi mówcami), gotowość do słuchania, czytania, pisania, tłumaczenia.
2. **Inteligencja logiczno-matematyczna** (numeryczno-logiczna) – charakteryzuje się myśleniem abstrakcyjnym, precyzją w wysławianiu się, dobrym zorganizowa-

[15] Opracowano wg: R. Vasta, M.M. Hait, S.A. Miller (2004) *Psychologia dziecka,* Warszawa, WSiP, s. 393.
[16] Nazwy typów inteligencji są w piśmiennictwie polskim różnie tłumaczone.

niem; osoby nią obdarzone fascynuje świat teorii, eksperymentowanie, analiza i synteza zjawisk, rozwiązywanie problemów.

3. **Inteligencja przestrzenna** (wizualno-przestrzenna) – osoby nią obdarzone „myślą" obrazami, tworzą w umyśle rozmaite wizerunki rzeczywistości, zapamiętują informacje w postaci obrazów, korzystają ze wszystkich zmysłów, mają łatwość odczytywania wykresów, diagramów, map; interesują je konstrukcje i rekonstrukcje, są otwarte, elastyczne i innowacyjne.
4. **Inteligencja muzyczna** – jest cechą ludzi o dużej wrażliwości na rytm, tonację i barwę dźwięków, ładunek emocjonalny i złożoną strukturę muzyki; więcej słyszą i przez dźwięk wyrażają swój obraz świata.
5. **Inteligencja kinestetyczna** (motoryczna, inteligencja ciała) – jest charakterystyczna dla ludzi mających zamiłowanie do ruchu (zajęć sportowych, zabawy), posiadają umiejętność panowania nad własnym ciałem, przedmiotami, mają poczucie równowagi, harmonii ruchu oraz zdolności manualne; najlepiej uczą się przez ruch i uczenie innych.
6. **Inteligencja interpersonalna** (społeczna) – odnosi się do rozumienia innych; osoby nią obdarzone mają łatwość nawiązywania kontaktów i współpracy z innymi ludźmi; cechuje je empatia, zainteresowanie innymi, nastawienie do świadczenia usług; mają cechy liderów (potrafią uczyć i wpływać na innych, łagodzić konflikty, naturalnie przewodzą).
7. **Inteligencja intrapersonalna** (intuicyjna, duchowa) – odnosi się do rozumienia samego siebie; osoby nią obdarzone mają tzw. bogate życie duchowe, samoświadomość, zdolność do rozpoznawania własnych emocji, wartości, słabych i mocnych stron; są nastawione na własny życiowy cel, potrafią się motywować.
8. **Inteligencja przyrodnicza**[17] (ekologiczna) – charakteryzuje ludzi zainteresowanych naturalnym otoczeniem człowieka – fauną i florą; pasjonuje ich ochrona przyrody i istot żyjących, podróże; lubią życie zgodne z naturalnym rytmem biologicznym.

Lista rodzajów inteligencji jest otwarta i obecnie wyróżnia się jeszcze (Taraszkiewicz 2001, s. 77):

– **inteligencję moralną** – charakteryzującą osoby o dużej wrażliwości moralnej, spójności słów i czynów;

– **inteligencję kreatywną** – osoby nią obdarzone cechuje myślenie innowacyjne, nie ograniczone żadnymi barierami;

– **inteligencję zmysłową** – cechuje ludzi o znakomicie rozwiniętych wszystkich zmysłach, mają pełną percepcję świata i siebie;

– **inteligencję historyczną** – cechuje ludzi zainteresowanych zmianami świata, przeszłością i jej utrwalaniem, obdarzonych ogromną wyobraźnią umożliwiającą symulacje przeszłych zdarzeń.

Każdy człowiek ma naturalne (wrodzone) predyspozycje do określonego typu inteligencji oraz cechy kilku innych jej rodzajów. Tworzy to pewien indywidualny wzór,

[17] Ten typ inteligencji wyróżnił H. Gardner w swej późniejszej pracy z 1995 r. (za: Vasta, Hait, Miller, patrz przypis 15).

który decyduje o zainteresowaniach, drodze zawodowej i życiowej człowieka. Pewne rodzaje inteligencji można rozwijać przez samodoskonalenie, ćwiczenia i uczenie się.

- Sposób uczenia się jest uzależniony od poziomu inteligencji oraz jej rodzaju
- Należy pomóc uczącym się rozpoznawać swój typ i cechy inteligencji, a zwłaszcza jej mocne strony

4.5. Etyczne aspekty edukacji zdrowotnej

Zagadnienia dotyczące etyki nie były dotychczas w Polsce przedmiotem zainteresowania teoretyków edukacji zdrowotnej czy pedagogiki zdrowia. Edukacja zdrowotna nie jest także wymieniana wśród zagadnień, którymi zajmuje się bioetyka (choć zaliczono do nich ekologię)[18]. Tymczasem osoby prowadzące edukację zdrowotną:

– stają przed wieloma dylematami, dotykają spraw ważnych dla zdrowia i życia ludzi, często drażliwych i kontrowersyjnych, wpływają na samopoczucie i decyzje ludzi;

– oddziałują na ludzi w różnym wieku, o różnym statusie, przygotowaniu, wzorcach kulturowych i w różnych środowiskach;

– podejmują kwestie, w których nie ma rozwiązań i odpowiedzi akceptowanych przez wszystkich, nawet w środowiskach naukowców i w których poglądy ulegają zmianom.

Zdaniem L. Niebroja (2003) w etyce edukacji zdrowotnej wiodącymi zasadami (podobnie jak etyce medycznej) powinny być: **zasada autonomii** (uczący się, także pacjent, powinien podejmować decyzje autonomicznie, gdyż tylko on wie, co jest dla niego dobre) i **zasada nieszkodzenia** (łac. *primum non nocere*). Biorąc pod uwagę te zasady:

- w edukacji zdrowotnej dominować powinna informacja nad perswazją, prowadzący ją nie może wymuszać na uczącym się zastosowania w swym życiu przekazywanych informacji, lecz akceptować jego prawo do swobodnego ich wykorzystania;
- prowadzący edukację jest zobowiązany do uzyskania rzetelnej wiedzy i stałego jej wzbogacania; zaniedbania w podnoszeniu kwalifikacji powodują zawinioną niewiedzę, która stanowi występek etyczny;
- edukacja zdrowotna powinna być prowadzona odpowiednimi metodami – zastosowanie niewłaściwych metod nie gwarantuje nauczanemu, że „otrzyma" wszystko, co dla niego najlepsze; może też powodować braki lub zniekształcenia przekazywanej wiedzy, co przy wprowadzaniu jej w życie może się przyczynić do pogorszenia stanu zdrowia.

[18] W pierwszej polskiej encyklopedii bioetyki pojęcie to zdefiniowano, w następujący sposób: „bioetyka (gr. *bios* – życie, *ethos* – obyczaj) – wyspecjalizowana część filozoficznej etyki szczegółowej, ustalająca oceny i normy moralne w stosunku do ingerencji w życie ludzkie w granicznych sytuacjach jego powstawania, trwania i śmierci" – T. Biesaga (2005) *Bioetyka,* w: *Encyklopedia bioetyki*, A. Muszala (red.), Radom, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, s. 54–62.

W Stanach Zjednoczonych i w innych krajach, w których istnieje zawód edukatora zdrowia, obowiązuje **kodeks etyczny** tej grupy zawodowej. Pierwszy kodeks został opracowany w 1976 r. przez Towarzystwo Publicznej Edukacji Zdrowotnej (ang. *Society for Public Health Education* – SOPHE). Kodeks ten był trzykrotnie modyfikowany z udziałem przedstawicieli wielu organizacji (Gold, Greenberg, 1992).

W preambule do ostatniej modyfikacji kodeksu etycznego dla edukatorów zdrowia, dokonanej w 1999 r. (*Code...*, 2000)[19], stwierdzono, że podobnie jak innych pracowników służby zdrowia, obowiązują ich cztery podstawowe zasady etyczne: **respektowanie autonomii uczących się, promowanie sprawiedliwości społecznej, służenie dobru oraz unikanie szkód dla osób uczących się**. Kodeks zawiera sześć artykułów ze szczegółowymi sekcjami. Niżej podano, z pewnymi skrótami, ich treść.

Artykuł I. Odpowiedzialność w stosunku do uczących się

Zadaniem edukatorów zdrowia jest edukacja ludzi, ukierunkowana na promowanie, poprawę i utrzymanie zdrowia jednostek, rodziny i społeczności.

1. Wspierają prawo jednostki do podejmowania decyzji w sprawach swego zdrowia, jeśli decyzje te nie zagrażają zdrowiu innych.
2. Zachęcają do działań i tworzenia polityki społecznej, która sprzyja równowadze między korzyściami i zagrożeniami dla zdrowia.
3. Dokładnie informują, jakie są potencjalne korzyści i skutki ich świadczeń edukacyjnych.
4. Akceptują odpowiedzialność za swoje działania, które mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie jednostek, rodziny i społeczności.
5. Rzetelnie oceniają swoje kwalifikacje, ograniczenia oraz podejmują działania zgodne ze swoimi kompetencjami.
6. Chronią prywatność i godność jednostki.
7. Aktywnie włączają uczących się w proces edukacji i sprawiają, że proces ten jest dla nich zrozumiały.
8. Respektują prawa innych do własnych wartości, postaw i opinii.
9. Przestrzegają prawa równości wszystkich ludzi.

Artykuł II. Odpowiedzialność w stosunku do zawodu

Edukatorzy zdrowia są odpowiedzialni za reputację swojego zawodu oraz wprowadzanie zasad etyki wśród kolegów.

1. Utrzymują i doskonalą swoje kompetencje zawodowe przez ustawiczne kształcenie się, członkostwo, uczestnictwo i liderowanie w organizacjach zawodowych oraz zaangażowanie w sprawy zdrowia publicznego.
2. Tworzą wzorce zachowań niedyskryminujących innych.
3. Zachęcają i uczestniczą w dyskusjach dla ochrony i rozwoju swojej profesji.

[19] Jest on dostępny na stronie Coalition of National Health Education Organizations: www.med.usf.edu/-kmbrown/CNHEO.htm.

4. Uczestniczą w rozwoju swojej profesji przez dzielenie się wynikami swojej pracy.
5. Są świadomi możliwości konfliktów interesów zawodowych, dążą do integracji w sytuacjach konfliktowych, nie manipulują i nie stosują przemocy wobec innych.
6. Wyrażają uznanie innym za ich zawodowe zaangażowanie i osiągnięcia.

Artykuł III. Odpowiedzialność w stosunku do pracodawców

Edukatorzy zdrowia uznają granice swoich kompetencji i są odpowiedzialni za swoje działania.

1. Odpowiednio wykorzystują swoje zawodowe kwalifikacje.
2. W wykonywaniu swych zadań postępują zgodnie z obowiązującymi standardami, teoriami i zasadami.
3. Dokładnie przedstawiają pracodawcy swoje usługi i efekty pracy.
4. Przewidują i ujawniają fakty rywalizacji, konflikty interesów i wykorzystywanie edukacji zdrowotnej do marketingu produktów.
5. Otwarcie komunikują pracodawcy niezgodności między ich wymaganiami dotyczącymi pracy, a zasadami etyki zawodowej.

Artykuł IV. Odpowiedzialność związana z prowadzeniem edukacji zdrowotnej

Edukatorzy zdrowia respektują prawa, godność, poufność i wartość każdego człowieka przez dostosowanie strategii i metod edukacji do potrzeb różnych grup.

1. W planowaniu i realizacji programu biorą pod uwagę różnice społeczne i kulturowe i działają zgodnie z prawem.
2. Posiadają wiedzę na temat najnowszych teorii, wyników badań i działań praktycznych, wykorzystuję tę wiedzę w doborze strategii i metod oraz przyczyniają się do jej rozwoju.
3. Są zobowiązani do rygorystycznej ewaluacji wyników programu i stosowanych metod.
4. Wzmacniają zdolności uczących się do zdrowego stylu życia przez działania informacyjne, unikając zastraszania.
5. Przekazują uczącym się informacje o potencjalnych wynikach edukacji i wykorzystanych strategii.

Artykuł V. Odpowiedzialność związana z badaniami naukowymi i ewaluacją

Edukatorzy zdrowia wnoszą swój wkład do zdrowia populacji i rozwoju swojej profesji przez badania naukowe i ewaluację. W ich planowaniu i realizacji stosują się do obowiązujących przepisów prawnych oraz standardów zawodowych.

1. Wspierają zasady i praktykę prowadzenia badań, które nie przynoszą szkody jednostkom, grupom, społeczeństwu i środowisku.
2. Informują osoby badane, że ich udział w badaniach jest dobrowolny i przekazują im odpowiednie informacje niezbędne dla wyrażenia świadomej zgody na udział w badaniach.

3. Respektują prywatność, prawa i godność osób uczestniczących w badaniach.
4. Traktują informacje uzyskane od uczestników jako poufne, o ile nie są one sprzeczne z prawem.
5. Występując jako konsultanci badań przekazują ich wyniki tylko osobom, dla których wykonali tę usługę, o ile poufność ta nie naraża zdrowia i bezpieczeństwa innych.
6. Prezentują wyniki swoich badań o ewaluacji w sposób obiektywny, zgodny z obowiązującymi zasadami.

Artykuł VI. Odpowiedzialność związana z przygotowaniem do zawodu

Osoby przygotowujące edukatorów zdrowia są zobowiązane do okazywania im szacunku, traktowania ich jak innych uczących i oferowania edukacji o wysokiej jakości, przynoszącej korzyści zawodowi i społeczeństwu.

1. W selekcji kandydatów do kształcenia należy brać pod uwagę dotychczasowe wykształcenie, zdolności i potencjalną przydatność do zawodu, przestrzegając przy tym zasady równości.
2. Należy starać się, aby warunki i atmosfera edukacji sprzyjała zdrowiu wszystkich uczących się, była wolna od jakiejkolwiek formy dyskryminacji i przemocy.
3. Osoby kształcące edukatorów powinny być do tego odpowiednio przygotowane, dysponować odpowiednimi materiałami, prezentować jasno oczekiwania, uzyskiwać informacje zwrotne, dokonywać sprawiedliwej oceny uczących się i ewaluacji swoich działań.
4. Należy zapewnić przygotowującym się do zawodu możliwość konsultacji dotyczących jego wykonywania, rozwoju, awansu oraz pomagać w uzyskaniu bezpiecznego zatrudnienia.
5. Należy zapewnić im odpowiednią superwizję oraz stwarzać różnorodne możliwości rozwoju zawodowego.

Potrzebę podjęcia w Polsce dyskusji nad aspektami etycznymi edukacji zdrowotnej uzasadniają następujące przesłanki:

- Wyodrębnienie w systemie edukacji i prawie oświatowym funkcji **edukatora**, jako jednego z „ogniw" systemu doskonalenia nauczycieli (Sielatycki, 2005). Uznano, że „etyka jest nieodłącznym aspektem pracy edukatora" i zaproponowano jego kodeks etyczny (Pomianowska, Tołwińska-Królikowska, 2005)[20]
- Wprowadzenie kursów dla edukatorów ds. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (Skoczek, 2005)
- Wyodrębnienie w grupie specjalistów ochrony zdrowia specjalności „promotor zdrowia", którego zadania dotyczą także edukacji zdrowotnej[21]

[20] Interesujące rozważania dotyczące etyki w pracy edukatora i ważnych sprawach w jego pracy patrz: M. Środa (2005) *Refleksje o etyce w pracy edukatora*, w: *Poradnik edukatora*, M. Owczarz (red.), Warszawa, CODN, s. 29–41.

[21] Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. 2004, nr 265, poz. 2644).

W 2000 r. Towarzystwo Specjalistów Edukacji i Promocji Zdrowia w Wielkiej Brytanii wydało kodeks praktyki w tych dziedzinach. W 2001 r. w Stanach Zjednoczonych opracowano projekt kodeksu etycznego w zdrowiu publicznym, który jest przedmiotem konsultacji i dyskusji. Trwa dyskusja nad potrzebą opracowania kodeksu etycznego w promocji zdrowia, której składową jest edukacja zdrowotna[22].

Pytania/Zadania

1. Podaj definicję edukacji zdrowotnej i wyjaśnij trudności w jednoznacznym jej sformułowaniu?
2. Jakie są cele edukacji zdrowotnej i kryteria ich określania?
3. Scharakteryzuj podstawowe pojęcia w edukacji zdrowotnej.
4. Omów różne koncepcje edukacji zdrowotnej i możliwości ich wykorzystania w praktyce.
5. Dlaczego w konstruowaniu programów edukacji zdrowotnej należy wykorzystywać teorie wyjaśniające zachowania i działania ludzi na rzecz zdrowia?
6. Jakie są etapy dokonywania zmian zachowań według J.O. Prochaski i C. DiClemente i jakie ten model ma znaczenie dla edukacji zdrowotnej?
7. Jakie implikacje dla edukacji zdrowotnej ma teoria społecznego uczenia się?
8. Wymień podstawowe zasady etyczne w pracy osób prowadzących edukację zdrowotną.

Literatura zalecana

Charońska E. (1997) *Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej*, Warszawa, Centrum Edukacji Medycznej.

Demel M. (1999) *Pedagogika zdrowia*, w: *Pedagogika ogólna i subdyscypliny*, L. Turos (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak".

Łuszczyńska A. (2004) *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Poradnik edukatora (2005) Owczarz M. (red.), Warszawa, CODN.

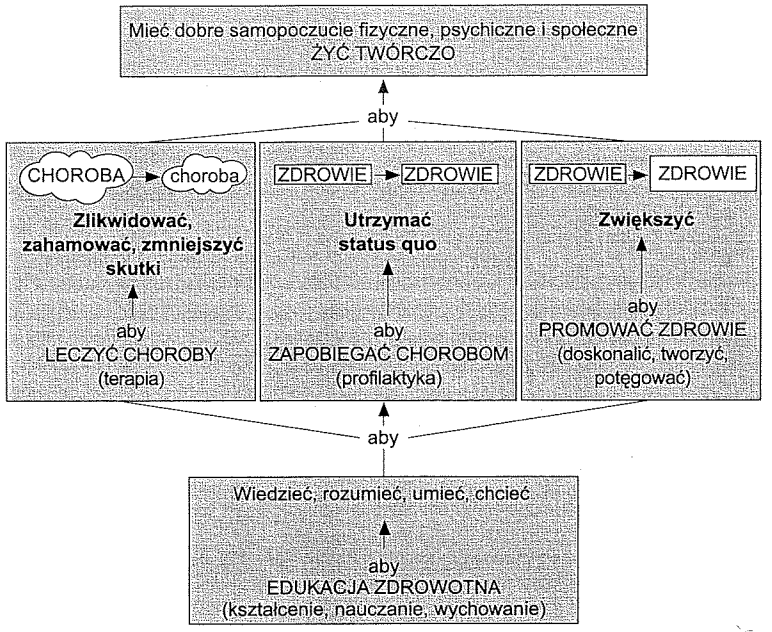
Schwarzer R. (1997) *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*, tłum. J. Łuczyński, w: *Psychologia zdrowia*, I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 175–205.

[22] C. Sindall (2002) *Does health promotion need a code of ethics*? „Health Promotion International", nr 3, s. 201–203. Na potrzebę tworzenia zasad i norm etyczno-moralnych w promocji zdrowia zwraca też uwagę J.B. Karski (2003, s. 35–37).

ROZDZIAŁ 5

Edukacja zdrowotna a terapia i profilaktyka chorób oraz promocja zdrowia

Edukacja zdrowotna jest ważnym, wspomagającym elementem działań naprawczych (terapii chorób), zapobiegania chorobom oraz promocji zdrowia. Aby ludzie aktywnie uczestniczyli w procesie leczenia chorób, potrafili im zapobiegać oraz kontrolować swoje zdrowie i wzmacniać jego potencjał, muszą **wiedzieć**, **rozumieć**, **umieć i chcieć to robić** (ryc. 5.1).



Ryc. 5.1. Schemat powiązań między edukacją zdrowotną a terapią, profilaktyką i promocją zdrowia (oprac. własne)

5.1. Rola edukacji zdrowotnej w terapii chorób

Edukacja zdrowotna potrzebna jest ludziom z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością i w przypadku ostrych zachorowań (np. infekcji różnych układów, chorób zakaźnych) i urazów. Każdy kontakt lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta lub innego terapeuty z człowiekiem chorym – pacjentem – ma lub powinien mieć elementy edukacyjne.

Edukacja osób przewlekle chorych jest obecnie uznana za **podstawowy element całościowego postępowania terapeutycznego** i towarzyszyć powinna wszystkim etapom diagnozowania i leczenia. Wpływa korzystnie na: efekty leczenia, poprawę samopoczucia i jakości życia osób chorych, satysfakcję z opieki medycznej oraz zmniejszenie kosztów tej opieki (mniejsza liczba porad, krótsze okresy hospitalizacji). Ułatwia pacjentom podejmowanie świadomych decyzji w procesie leczenia. Szersze omówienie zasad edukacji pacjentów zawiera rozdz. 8.

5.2. Edukacja zdrowotna a profilaktyka

Edukacja towarzyszy wszelkim działaniom profilaktycznym, w tym także dotyczącym zapobiegania chorobom i innym zaburzeniom oraz ryzykownym zachowaniom zdrowotnym i społecznym, jak: używanie substancji psychoaktywnych, zachowania agresywne, ryzykowne zachowania seksualne (omówiono je w Części II książki).

Profilaktyka (prewencja, zapobieganie; gr. *phylax* – stróż) są to wszystkie działania podejmowane w celu zapobiegania pojawieniu się i/lub rozwojowi **niepożądanych** zachowań, stanów lub zjawisk w danej populacji. Istotą tych działań jest **przeciwdziałanie zagrożeniom** (w tym także chorobom), których wystąpienie lub nasilenie się jest w przyszłości prawdopodobne. Działania profilaktyczne mają zmniejszyć prawdopodobieństwo tych zagrożeń i służą utrzymaniu stanu dotychczasowego (*status quo*). Profilaktyka nie jest domeną medycyny, dotyczy w zasadzie wszystkich sfer życia (np. zapobieganie pożarom, katastrofom, przestępczości, patologiom społecznym).

Tradycyjnie wyróżnia się trzy fazy (poziomy, stopnie) działań profilaktycznych (p. też Część II, rozdz. 6). Oto ich omówienie i przykłady odnoszące się do **profilaktycznych działań medycznych**:

- **Profilaktyka I fazy** (pierwszorzędowa, pierwotna) – dotyczy całej populacji (lub co najmniej znacznej jej części), obejmuje działania najwcześniejsze, których celem jest uprzedzenie choroby lub zmniejszenie ryzyka jej rozwoju. Ma ona szeroki zakres i obejmuje działania:
  - **swoiste** – zapobieganie konkretnej chorobie, np. szczepienia ochronne, podawanie (suplementacja): witaminy D niemowlętom i małym dzieciom w celu zapobiegania krzywicy, kwasu foliowego kobietom w wieku rozrodczym (15–49 lat) w profilaktyce wad wrodzonych cewy nerwowej u ich

przyszłych dzieci[1]; preparatów wapnia i witaminy D kobietom w okresie przekwitania w celu zapobiegania osteoporozie;
- **nieswoiste** – zapobieganie wielu chorobom, np. karmienie piersią, racjonalne żywienie, aktywność fizyczna, hartowanie.

• **Profilaktyka II fazy** (drugorzędowa, wtórna) – jest ukierunkowana na określoną grupę populacji, ze zwiększonym zagrożeniem wystąpienia jakiejś choroby, czyli osoby o podwyższonym lub wysokim ryzyku. Celem jej jest wczesne wykrycie objawów choroby i wczesne wdrożenie leczenia. Polega przede wszystkim na wykonywaniu **badań profilaktycznych**, wśród których można wyróżnić trzy grupy:
- testy przesiewowe i profilaktyczne badania lekarskie dzieci (w tym noworodków) i młodzieży[2], finansowane z budżetu lub środków Narodowego Funduszu Zdrowia;
- profilaktyczne badania lekarskie (w tym także laboratoryjne i rtg) różnych grup zawodowych, wykonywane przez lekarzy medycyny pracy (zgodne z obowiązującymi przepisami) – ich koszty pokrywają zwykle pracodawcy;
- inne badania profilaktyczne u dorosłych w celu wczesnego wykrywania najczęstszych chorób, w tym: pomiar ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu we krwi, okresowe (u dorosłych co 6 mies.) badanie stomatologiczne, u kobiet badania cytologiczne, mammografia i/lub USG piersi, u mężczyzn (powyżej 50 roku życia) badanie poziomu PSA (stężenia we krwi białka wytwarzanego przez komórki prostaty) w celu wczesnego wykrycia raka tego gruczołu.

• **Profilaktyka III fazy** (trzeciorzędowa, działania rehabilitacyjne, rewalidacyjne, reedukacyjne) – ukierunkowana na osoby przewlekle chore lub niepełnosprawne. Celem jej jest zapobieganie dalszym, niepomyślnym skutkom chorób lub niepełnosprawności, w tym:
- przywrócenie (rehabilitacja) lub zastąpienie (np. proteza) uszkodzonych funkcji;
- pomoc w radzeniu sobie z chorobą i w zaakceptowaniu swego stanu;
- przeciwdziałanie izolacji społecznej, prowadzącej do wtórnego kalectwa;
- pomoc w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i psychicznej (np. rozwijanie funkcji kompensujących niepełnosprawność, umiejętności samooceny zdrowia i samopielęgnacji, rozwijanie zainteresowań i umiejętności zwiększających szansę na aktywne i samodzielne uczestnictwo w życiu społecznym).

- Edukacja zdrowotna jest wiązana ze wszystkimi fazami profilaktyki
- Osoby prowadzące edukację zdrowotną powinny posiadać wiedzę o metodach zapobiegania głównym problemom zdrowotnym grupy osób, z którymi pracują

[1] *Zapobieganie wrodzonym wadom cewy nerwowej* (1998), Z.J. Brzeziński (red.), Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.

[2] Patrz: *Profilaktyka w pediatrii* (1999), B. Woynarowska (red.), Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

5.3. Promocja zdrowia

Promocja zdrowia (ang. *health promotion*) jest nowym obszarem strategii działań praktycznych na rzecz zdrowia jednostek i społeczności. Łączy elementy wielu dziedzin i dyscyplin naukowych – głównie socjologii, psychologii społecznej, medycyny, pedagogiki, ekonomii i nauk politycznych. Uważa się, że terminu tego użył po raz pierwszy w 1945 r. H. Sigerist w USA, który wyróżnił cztery zadania medycyny: promocja zdrowia, zapobieganie chorobom, leczenie i rehabilitacja[3]. Zdaniem M. Demela (2000a, s. 40) już św. Tomasz z Akwinu wyróżnił misję medycyny naprawczą (łac. *removens*) i promocyjną (łac. *promovens*)[4], co odnalazł w jego pismach M. Kacprzak. Współczesna promocja zdrowia znacznie jednak wykracza poza medycynę.

Promocja zdrowia ma niespełna 30-letnią historię i trwa proces jej definiowania, poszukiwania nadrzędnej teorii, tworzenia modeli, strategii i metod. W szybko zmieniającym się świecie istnieją trudności w uzgodnieniu wielu kwestii. Nie rozstrzygnięto, czy promocja zdrowia jest to tylko koncepcja, strategia, ruch, „parasol" oznaczający wszelkie działania dla poprawy zdrowia, czy samodzielna dyscyplina i zawód[5]. Istnieją też kontrowersje co do związków między promocją zdrowia a zdrowiem publicznym – niektórzy autorzy uważają, że promocja zdrowia jest częścią zdrowia publicznego (pogląd taki przeważa w Polsce), inni określają ją jako „nowe zdrowie publiczne".

W języku polskim termin „promocja zdrowia" nie oddaje istoty jej koncepcji i często potocznie rozumiany jest jako propagowanie zdrowia. Wynika to m.in. z faktu, że wyraz „promocja" jest wszechobecny w naszym życiu, jako promocja różnorodnych produktów i usług. Nie udało się jednak znaleźć lepszego, polskiego odpowiednika angielskiego terminu. W Polsce, w potocznym rozumieniu, a także w niektórych publikacjach i podręcznikach istnieje wiele błędnych interpretacji koncepcji promocji zdrowia. Środowisko osób zajmujących się promocją zdrowia w różnych ośrodkach naukowych nie jest zintegrowane. Są to niepokojące zjawiska wobec rozwoju kształcenia, zwłaszcza podyplomowego, w zakresie promocji zdrowia, podejmowanego przez różne szkoły wyższe. Wprowadzony w 2003 r. program specjalizacji „promocja zdrowia i edukacja zdrowotna" dla przedstawicieli różnych zawodów, także niemedycznych, budzi wiele zastrzeżeń i do końca 2006 r. żadna instytucja w kraju nie wnioskowała o uzyskanie akredytacji w tym zakresie[6]. W 2004 r.

[3] Sugestia taka znalazła się w pracy M. Terrisa (1996) (cyt. za: Tones, Green, 2004, s. 13).

[4] Św. Tomasz z Akwinu (1225–1275), opierając się na założeniach Arystotelesa opracował system teologiczno-filozoficzny, w którym uznał ciało i zdrowie człowieka za wartościowe i wskazał na potrzebę podejmowania wysiłków dla zwiększenia jego potencjału („...miłością nadprzyrodzoną, którą kochamy Boga, powinniśmy kochać także nasze ciało") – za: Z. Dziubiński (2000) *Kościół katolicki wobec wychowania fizycznego i zdrowotnego*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne", nr 1, s. 18–22.

[5] W niektórych krajach istnieje zawód promotora zdrowia. W ostatnich latach prowadzone są w Europie przez konsorcjum 12 uniwersytetów i 3 szkół zdrowia publicznego podyplomowe studia magisterskie w zakresie promocji zdrowia (European Masters in Health Promotion), koordynowane przez Uniwersytet w Brighton (www.brighton.ac.uk/eumahp).

[6] M. Miller (2006) *Szkolenie podyplomowe (specjalizacja) w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w Polsce – ocena aktualnego stanu*, w: *Potencjał promocji zdrowia w Polsce – krajowy plan rozwoju*, Warszawa, PZH, s. 51–54.

wyodrębniono w aktualnie obowiązującej klasyfikacji zawodów specjalność „promotor zdrowia"[7]. Opis zadań promotora zdrowia znacznie odbiega od przyjętych na świecie założeń promocji zdrowia.

5.3.1. Geneza promocji zdrowia

Koncepcja promocji zdrowia zaczęła rozwijać się w latach 70. XX w. Było to uwarunkowane wieloma przyczynami:

– akceptacją holistycznego podejścia do zdrowia, wzrostem zainteresowania zdrowiem pozytywnym i poprawą jakości życia;

– gotowością ludzi do kierowania swoim życiem, zwłaszcza w społeczeństwach o silnie rozwiniętym konsumpcjonizmie[8];

– małą skutecznością tradycyjnej oświaty zdrowotnej;

– uznaniem, że większość chorób ma związek ze stylem życia jednostek;

– wzrastającą liczbą dowodów, że poprawa opieki zdrowotnej (przy wysokich jej kosztach) w niewielkim stopniu wpływa na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa;

– rozwojem społeczności lokalnych i oddolnych inicjatyw na rzecz zdrowia w różnych społecznościach (społeczne ruchy prozdrowotne) w miejsce programów ustalanych centralnie;

– wzrostem zainteresowania zdrowiem wśród przedstawicieli nauk społecznych i rozwojem badań naukowych w tym zakresie.

Kamieniami milowymi w rozwoju promocji zdrowia były:

- Raport „Nowe perspektywy dla zdrowia Kanadyjczyków" ministra zdrowia Kanady M. Lalonde (1974) – pierwsza na świecie narodowa strategia polityki zdrowotnej, wykorzystująca koncepcję promocji zdrowia;
- Strategia WHO „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku" (WHO, 1985);
- Karta Ottawska Promocji Zdrowia, przyjęta na Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie w Kanadzie (*Ottawa*, 1986). Na kolejnych międzynarodowych konferencjach promocji zdrowia rozszerzano niektóre elementy zapisanej w tej karcie koncepcji.

Koncepcja promocji zdrowia stała się kluczową strategią WHO do realizacji kolejnych programów „Zdrowie dla Wszystkich". Jest ona także podstawą Narodowego Programu Zdrowia w Polsce i analogicznych programów w innych krajach.

[7] Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. 2004, nr 265, poz. 2644).

[8] Konsumpcjonizm (łac. *consumptio* – zużycie, zniszczenie) jest pojęciem wieloznacznym: (1) postawa życiowa z nadmiernym dążeniem do zdobywania i zużywania dużej ilości dóbr materialnych; (2) styl życia, w którym dominuje „mieć" nad „być" – człowiek chce mieć więcej, aby doznać w życiu jak najwięcej przyjemności; (3) przekonanie, że szczęście osiąga się głównie przez nabywanie dóbr; (4) codzienne zachowania konsumpcyjne – za: E. Albińska (2003) *Konsumpcjonizm*, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. II, T. Pilch (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak", s. 783–788.

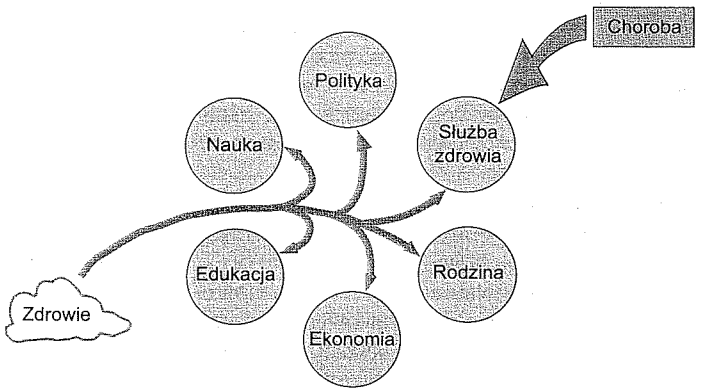
5.3.2. Definicje

W różnych krajach i środowiskach zawodowych powstało wiele definicji promocji zdrowia, uzupełniających się i akcentujących różne aspekty. Niżej podano ich przykłady.

Promocja zdrowia to:

- proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem i jego poprawę (*Karta Ottawska*, 1986)
- proces obejmujący prewencję oraz działania na rzecz zdrowia pozytywnego (fizycznego i psychospołecznego dobrostanu); dzięki wszystkim tym działaniom zdrowe wybory winny być łatwiejsze (Catford, Nutbeam, 1990)
- połączenie działań edukacyjnych oraz różnego rodzaju wsparcia – środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego – sprzyjających zdrowiu (Green, Kreuter, 1991)
- połączenie edukacji zdrowotnej i prozdrowotnej polityki publicznej (Tones, Green, 2004)

Uzyskanie konsensusu co do jednej, ogólnie akceptowanej definicji promocji zdrowia wydaje się obecnie trudne, ze względu na złożoność i wieloaspektowość jej koncepcji i strategii oraz wielodyscyplinarne podejście. Najczęściej używana jest definicja z Karty Ottawskiej (1986), wymieniona w ramce jako pierwsza. Zawarte w niej określenie „kontrola" ma szerokie znaczenie, jego synonimami mogą być:



Ryc. 5.2. Schemat ilustrujący potrzebę włączenia spraw zdrowia do różnych systemów, także służby zdrowia, która tradycyjnie koncentruje się na chorobach (Grossmann, Scala, 1997, s. 30)

panowanie, kierowanie własnym zdrowiem, posiadaniem nad nim „władzy", samodzielne działanie na rzecz swego zdrowia.

Uważa się, że o ile edukacja zdrowotna koncentruje się na jednostkach, o tyle promocja zdrowia dotyczy głównie **systemów społecznych** i jest:

- **procesem zmian społecznych** służących rozwojowi ludzi, w którym uczestniczy wiele dyscyplin, wykorzystywana jest wiedza międzydyscyplinarna w sposób profesjonalny, metodologiczny i twórczy (Kickbusch, 1997);
- **sztuką interwencji w systemy społeczne** i zachęcanie ich, aby rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk. W społeczeństwie nie ma odrębnych systemów dla zdrowia i żaden z nich nie może być odpowiedzialny za promocję zdrowia. Musi ono „wejść" do każdego systemu społecznego (ryc. 5.2), a warunkiem skuteczności są działania międzysektorowe i tworzenie koalicji (Grossmann, Scala, 1997).

5.3.3. Strategia działania

Karta Ottawska jest powszechnie akceptowana na świecie i nadal uznawana za formalną strategię promocji zdrowia, „gotową receptę na działanie". Zaproponowano w niej pięć głównych, wzajemnie powiązanych, obszarów działań[9]:

1. **Budowanie prozdrowotnej polityki publicznej** – odnosi się do polityki państwa, gdyż wszystkie decyzje polityczne rządu (i poszczególnych sektorów) są związane z większością czynników warunkujących zdrowie. Decydują o tym, czy prawne, ekonomiczne i administracyjne mechanizmy gwarantują równość w dostępie do podstawowych zasobów dla zdrowia: żywność, mieszkanie, ubranie i satysfakcjonująca praca. W polityce tej zdrowie powinno być traktowane jako fundamentalne prawo człowieka i inwestycja społeczna. Państwo powinno także tworzyć warunki dla wdrażania koncepcji promocji zdrowia – możliwości działań wielosektorowych i uczestnictwa ludzi.
2. **Tworzenie środowisk wspierających zdrowie** we wszystkich miejscach, w których żyją ludzie – w domu, miejscu pracy, nauki, środowisku lokalnym. Środowisko jest postrzegane szeroko – w wymiarze fizycznym, społecznym, politycznym, zasobów (finansowe, infrastruktura, zasoby ludzkie) i edukacyjnym. Zwrócono uwagę na odpowiedzialność jednostek i społeczności za środowisko naturalne.
3. **Wzmacnianie działań społeczności** – zachęcanie i stwarzanie członkom społeczności (społeczeństwa) możliwości uczestnictwa w ustalaniu priorytetów, podejmowaniu decyzji, planowaniu i realizacji oraz ewaluacji działań na rzecz zdrowia, a także przejmowanie przez społeczności lokalne i grupy społeczne odpowiedzialności za zdrowie. Podstawowym warunkiem („sercem") tego procesu jest upodmiotowienie społeczności (patrz s. 136), któremu sprzyja stały dostęp do informacji, edukacji zdrowotnej, możliwość uzyskania środków, wzmacnianie ruchów samopomocy itd.

[9] Obszary te omówiono szczegółowo w pracy Z. Słońskiej (1994).

4. **Rozwijanie umiejętności indywidualnych** – przez dostarczanie informacji, edukację do zdrowia, w tym zwłaszcza kształtowanie umiejętności życiowych, w okresie całego życia człowieka. Umożliwi to ludziom dokonywanie wyborów sprzyjających zdrowiu, przygotowanie się do kolejnych faz życia, radzenie sobie z przewlekłymi chorobami lub niepełnosprawnością. Edukacja ta powinna być prowadzona w domu, szkole, miejscu pracy, w społeczności lokalnej.
5. **Reorientacja służby zdrowia** – polegająca na uwzględnieniu, obok dotychczasowych funkcji diagnostycznych i leczniczych, świadczeń ukierunkowanych na pomoc ludziom i społecznościom w identyfikowaniu i zaspokajaniu ich potrzeb zdrowotnych, rozbudzanie potrzeby dbania o zdrowie, nabywaniu niezbędnych do tego umiejętności. Reorientacja ta powinna dotyczyć całego systemu ochrony zdrowia, w tym polityki resortu zdrowia, organizacji opieki zdrowotnej, kształcenia kadr medycznych.

Ważne dla praktyki aspekty promocji zdrowia:

- koncentracja na zdrowiu (nie na chorobie) i zwiększaniu jego potencjału. Większy potencjał zdrowia to środek do poprawy jakości życia, czyli: sprawnego funkcjonowania do późnej starości, większej wydajności w pracy i zarobków oraz satysfakcji z życia
- nadrzędnym celem jest kształtowanie sprzyjającego zdrowiu stylu życia i środowiska (fizycznego i społecznego)
- uświadamianie ludziom, że oni sami podejmują decyzje i wybory w sprawach swego zdrowia i ponoszą odpowiedzialność za zdrowie własne i innych ludzi w swoim otoczeniu
- uświadamianie politykom i zarządzającym na różnych poziomach i we wszystkich organizacjach, że ich obowiązkiem jest tworzenie warunków, w których „zdrowe wybory będą dla ludzi łatwiejszymi wyborami"

5.3.4. Podejścia i metody działań

W promocji zdrowia wykorzystuje się nowe podejścia i metody, wśród których szczególnie ważne jest podejście siedliskowe oraz „od ludzi do problemu".

Podejście siedliskowe

Podstawą podejścia siedliskowego (ang. *setting approach*) jest zapis w Karcie Ottawskiej: „zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach ich codziennego życia, w miejscu gdzie uczą się, pracują, bawią i kochają". WHO określiła siedlisko[10] jako miejsce, w **którym ludzie korzystają i kształtują środowisko oraz gdzie tworzą lub rozwiązują problemy związane ze zdrowiem.**

[10] W słownikach języka polskiego „siedlisko" określane jest jako: miejsce stałego przebywania, zamieszkania, osiedlenia, mieszkanie, dom, siedziba, ognisko, gniazdo, a także miejsce życia określonych organizmów.

Siedlisko ma zwykle swoje fizyczne granice, ludzi pełniących określone role oraz strukturę organizacyjną.

W promocji zdrowia siedlisko jest **systemem społecznym** (całością), który zmienia się, aby poprawiać i doskonalić zdrowie, a nie jest to miejsce, w którym podejmowane są działania związane z promocją zdrowia. Podejście siedliskowe oznacza, że obiektem interwencji w promocji zdrowia są systemy społeczne, a nie jednostki. Według L. Bariča (1997), zamiast podejścia paternalistycznego („Co my powinniśmy zrobić dla ich zdrowia"?), stosuje się **podejście uczestniczące** („Co oni sami mogą zrobić dla siebie i jak możemy im w tym pomóc"?). Podejście to umożliwia ludziom identyfikację z własnym siedliskiem i uczestnictwo we wspólnym rozwiązywaniu problemów. Zwiększa to motywację ludzi, zachęca ich do kreatywności. Podejście to stanowi podstawę dwóch grup projektów (programów) promocji zdrowia, z których niektóre są rozwijane w skali ogólnoświatowej:

- **projekty społeczności**: zdrowe miasto, szkoła promująca zdrowie, promocja zdrowia w zakładzie pracy, programy dla zdrowia w społecznościach lokalnych; są także próby tworzenia uniwersytetu promującego zdrowie, a nawet więzienia promującego zdrowie;
- **systemy opieki zdrowotnej promujące zdrowie** – szpital promujący zdrowie.

Projekty (programy) promocji zdrowia mają następujące wspólne cechy:

– rozpoczynają się od **fazy małych projektów** pilotażowych, w których uczestniczy kilka-kilkanaście podmiotów (tworzą one „laboratorium" dla sprawdzania strategii i są „wysepkami rozwoju"); drugą fazą jest **upowszechnianie** – zwiększanie liczby podmiotów realizujących projekt; trzecią **instytucjonalizacja** – „wbudowanie" sprawdzonych koncepcji i strategii w podstawowe cele i zadania podmiotów uczestniczących w projekcie;

– tworzone są **sieci** (ang. *networking for health*), w celu wymiany doświadczeń i podejmowania wspólnych działań;

– dokonuje się **ewaluacji** procesu i wyników działań i poszukuje dowodów (ang. *evidences*) ich skuteczności.

Podejście „od ludzi do problemu"

Punktem wyjścia do budowania strategii działań w promocji zdrowia jest koncentracja na zdrowiu i przesunięcie akcentów z problemów zdrowotnych ludzi na samych ludzi, których one dotyczą oraz którzy żyją, pracują, uczą się, bawią w różnych siedliskach. Według L. Bariča (1994) tradycyjne podejście „od problemów do ludzi" zastąpiono podejściem „**od ludzi do problemów**". Koncentracja na ludziach uwzględnia dwie grupy czynników: środowiskowe (związane z miejscem i warunkami ich codziennego życia) i osobiste (styl życia, kompetencje, motywacja, zdolności przystosowawcze). Takie ujęcie określa dwa podstawowe kierunki działań (interwencji) w promocji zdrowia – dotyczące **środowiska i stylu życia ludzi**. Podstawowymi warunkami skuteczności tych działań jest:

- **uczestnictwo i współdziałanie ludzi** (programy realizowane z ludźmi, a nie dla ludzi) oraz współpraca międzysektorowa; promocja zdrowia jest przedsięwzięciem społecznym i politycznym, a nie medycznym i służby medyczne nie powinny odgrywać w niej pierwszoplanowej roli;
- **tworzenie warunków dla aktywności jednostek i grup**, budowania partnerstwa oraz szerokiego uczestnictwa społeczności lokalnych w procesie podejmowania decyzji.

Inne podejścia

Wśród innych podejść wykorzystywanych w promocji zdrowia należy wymienić strategię dokonywania zmian i kierowania zmianami[11] oraz systemowe podejście do planowania, w którym uwzględnia się **cztery fazy procesu planowania**:

1. **Diagnoza stanu wyjściowego** – identyfikacja potrzeb lub problemów w danej społeczności, ustalenie problemów priorytetowych wymagających rozwiązania w pierwszej kolejności i ich przyczyn;
2. **Budowanie planu działań** (określenie celów, zadań, metod ich realizacji, zasobów) **i ich ewaluacji** (procesu i wyników);
3. **Wdrożenie i realizacja planu** – monitorowanie jego realizacji – ewaluacja procesu;
4. **Ewaluacja wyników**.

Taki model planowania obowiązuje w szkołach promujących zdrowie (*Szkoła promująca...*, 2000). Do najbardziej znanych modeli planowania należy model PRECEDE-PROCEED opracowany przez L.W. Greena i M.W. Kreutera (1991).

5.3.5. Modele promocji zdrowia

Charakterystyczną cechą promocji zdrowia jest, sformułowane w Karcie Ottawskiej, wszechstronne podejście, co utrudnia tworzenie teorii, strategii i konstruowanie modeli. W promocji zdrowia L.S. Levin i E. Ziglio (2001) wyróżnili dwa modele:

- **model reaktywny** – działania ukierunkowane zarówno na ograniczanie zagrożeń zdrowotnych, jak i podnoszenie jakości życia; nadaje to promocji zdrowia bardzo szeroki zakres działania oraz swobodę wyboru z bogatego repertuaru działań we wszystkich obszarach;
- **model proaktywny** – wiąże się z podejściem siedliskowym, koncentruje się na sferach życia codziennego ludzi w określonych siedliskach i realizacji przedsięwzięć w duchu partnerstwa, podejmowanych w wyniku negocjacji i uzgodnień; w tym modelu pole działań jest zawężone.

Według K. Tonesa i J. Greena (2004) w rozwoju promocji zdrowia można wyróżnić dwa modele: wcześniejszy – medyczny lub prewencyjny oraz obecny –

[11] Strategia ta wykorzystywana jest m.in. w szkołach promujących zdrowie (*Szkoła promująca...*, 2000); omówiono ją także w książce: D. Elsner (1999) *Kierowanie placówka oświatową. Wokół nowych pojęć i znaczeń*, Chorzów, Wydawnictwo Mentor, s. 41–49.

ukierunkowany na upodmiotowienie. W obu tych modelach istnieją różne cele i podejścia do edukacji zdrowotnej.

Model medyczny, prewencyjny (ang. *medical, preventive model*) funkcjonował w pierwszym etapie jej rozwoju. Wyrósł on z nauk medycznych, był z nimi związany oraz dominowali w nim przedstawiciele zawodów medycznych. Działania były ukierunkowane na jednostkę, eliminowanie czynników ryzyka, kształtowanie prozdrowotnych zachowań zdrowotnych oraz profilaktykę pierwszorzędową. Często więc utożsamiano promocję zdrowia z tą fazą profilaktyki.

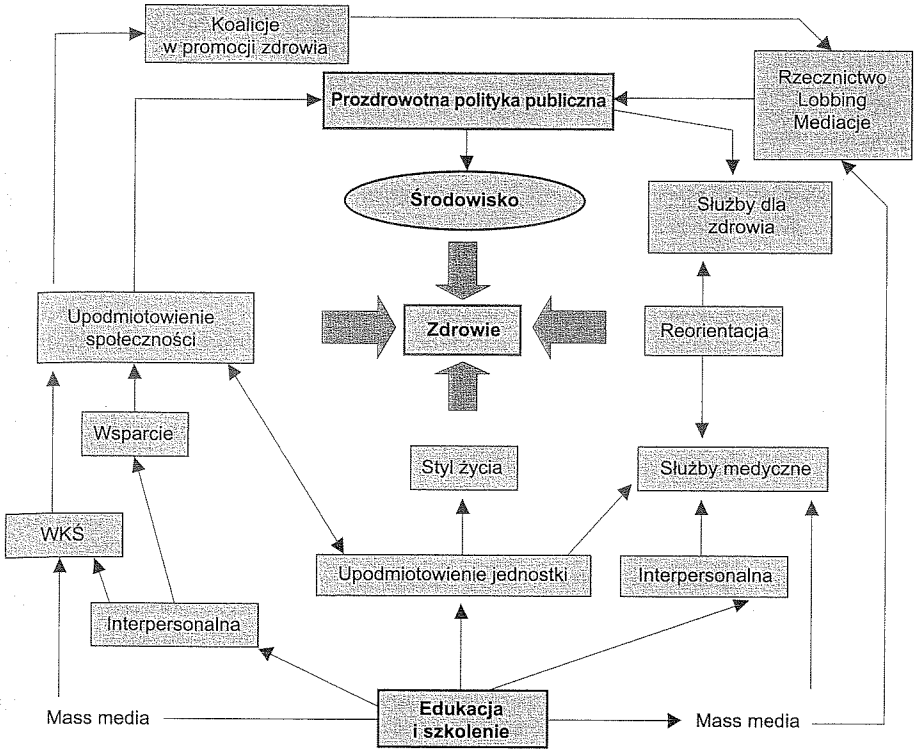
Współczesny model promocji zdrowia jest ukierunkowany na **upodmiotowienie jednostek i społeczności** (ang. *empowerment model*). Termin *„empowerment"* nie ma dobrego odpowiednika w języku polskim. Niekiedy tłumaczony jest jako „uwłasnowolnienie" lub „wzmacnianie". Pojęcie to wywodzi się z nauk społecznych, zwłaszcza z psychologii społecznej, ma wiele znaczeń i odnosi się do różnych aspektów sprawowania przez ludzi kontroli (kierowania, panowania, zdobywania władzy) nad swoim życiem i przejmowania odpowiedzialności za swoje decyzje dotyczące zdrowia. Dotyczy ono jednostek i grup, jest procesem, który musi zaistnieć od „wewnątrz", a nie jest „dany z zewnątrz"[12]. Rozróżnia się:

- **upodmiotowienie psychologiczne** – subiektywne poczucie kontroli nad własnym życiem i zdrowiem, doświadczane przez człowieka w danym środowisku (fizycznym i społecznym);
- **upodmiotowienie społeczności** – proces działań społecznych z uczestnictwem ludzi, organizacji i wspólnot w celu zwiększenia indywidualnej i wspólnej kontroli nad warunkami i jakością życia, w tym także działaniami na rzecz zdrowia.

Pojęcie upodmiotowienia w promocji zdrowia wywodzi się z założeń strategii dla zdrowia w regionie europejskim WHO „Zdrowie dla Wszystkich" (WHO, 1985), w której zapisano m.in., że jest to strategia „z ludźmi", tzn. jednostki, rodziny i grupy muszą odgrywać aktywną rolę w tworzeniu i utrzymaniu zdrowia. Wynika ono także z samej definicji promocji zdrowia. Oznacza, że ludzie uzyskują możliwości własnego działania oraz zdolność i moc (ang. *power*) kontrolowania własnego zdrowia i środowiska. Akcent położony jest na aktywność jednostek i społeczności, dobrowolność, swobodę decyzji i wyborów, działania na poziomie indywidualnym i środowiskowym.

Model promocji zdrowia ukierunkowany na upodmiotowienie (ryc. 5.3) wskazuje na złożoność działań w promocji zdrowia i dużą liczbę podmiotów, które powinny w nich uczestniczyć. Zaznaczono na nim główne komponenty promocji zdrowia oraz powiązania między nimi. W centrum modelu znajduje się edukacja i prozdrowotna polityka publiczna. Jest to zgodne z wcześniej podaną definicją promocji zdrowia tych autorów: **promocja zdrowia = edukacja zdrowotna × prozdrowotna polityka publiczna**. Budowanie i wdrażanie tej polityki jest warunkiem tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu. Zadaniem edukacji ukierunkowanej bezpośrednio na upodmiotowienie jednostek, a pośrednio społeczności, jest wzmacnianie ich zdolności do działań na rzecz zdrowia, a także wpływania na osoby tworzące politykę publiczną. Polityka ta powinna zmierzać także do reorientacji służb medycznych (obejmują one

[12] Więcej informacji na temat jego genezy i znaczeń zawiera praca M. Cylkowskiej-Nowak (1999b).



Ryc. 5.3. Model promocji zdrowia ukierunkowanej na upodmiotowienie (Tones, Green, 2004, s. 37). Skrót WKŚ oznacza Wzrost Krytycznej Świadomości (ang. *CCR – Critical Consciousness Raising*) – co oznacza także zrozumienie swojej sytuacji – koncepcja P. Feirea, 1972)

zawody medyczne, które koncentrują się głównie na leczeniu i pomocy ludziom chorym), a także służb dla zdrowia (różnych grup zawodowych, np. służb komunalnych, społecznych, które działają na rzecz szeroko rozumianego zdrowia).

5.3.6. Edukacja zdrowotna jako kluczowy komponent promocji zdrowia

Promocja zdrowia jest globalną strategią działań na rzecz zdrowia, której **kluczowym, niezbędnym komponentem jest edukacja zdrowotna**. Aby ludzie uczestniczyli w działaniach promocyjnych – dokonywali zmian w swoim stylu życia oraz w środowisku, potrzebne im są do tego odpowiednie kompetencje, które uzyskują w procesie edukacji zdrowotnej. Edukacja zdrowotna jest elementem działań we wszystkich obszarach promocji zdrowia. Jej potrzebę podkreślono w dokumencie

z Trzeciej Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Sundsval (*Szwecja*, 1991). Za edukację zdrowotną powinny być odpowiedzialne wszystkie sektory, gdyż człowiek uczy się uczestnicząc w życiu społecznym, wszędzie tam gdzie jest[13].

W medycznym, prewencyjnym modelu promocji zdrowia główną cechą edukacji zdrowotnej była **perswazja**, której często towarzyszyło nakłanianie ludzi (a nawet nacisk i techniki „straszenia", odwoływania się do strachu) do zmiany zachowań w zdrowiu i chorobie, aby zapobiegać chorobom lub im skutkom (profilaktyka pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowa). Towarzyszyły jej działania legislacyjne, ekonomiczne, inżynieria środowiskowa itd. Wieloletnie doświadczenia wskazują, że perswazyjny model edukacji zdrowotnej nie był skuteczny i zdaniem niektórych autorów wątpliwy z etycznego punktu widzenia.

W modelu promocji zdrowia ukierunkowanej na upodmiotowienie edukacja zdrowotna ma dwie podstawowe funkcje:

- **Tworzenie warunków, w których ludzie uczą się o zdrowiu i chorobach.** Przez uczenie ludzie wzmacniają swoje zdolności do działania na rzecz zdrowia własnego i innych oraz stają się podmiotami tych działań. Upodmiotowienie jednostek jest więc bezpośrednim efektem edukacji. Mogą one zmieniać styl życia i w ten sposób poprawiać swoje zdrowie oraz tworzyć upodmiotowione (zdolne do działania) społeczności (ryc. 5.3). Tylko w ten sposób może się dokonać zmiana społeczna, do której dąży się w promocji zdrowia;
- **Oddziaływanie na decydentów i grupy zawodowe**, które tworzą lub mają znaczący wpływ na politykę publiczną i tworzenie środowisk wspierających zdrowie.

We współczesnym modelu promocji zdrowia ukierunkowanej na upodmiotowienie ludzi istnieje dwukierunkowe podejście do edukacji zdrowotnej:
- oddziaływanie na ludzi (jednostki i grupy)
- oddziaływanie na znaczące grupy profesjonalistów i osób tworzących politykę zdrowotną, społeczną, a także edukacyjną

5.4. Profilaktyka a promocja zdrowia

W praktyce często myli się oba pojęcia lub uważa profilaktykę i promocję zdrowia za pojęcia wymienne. Wynika to w dużym stopniu z pierwszego, prewencyjnego modelu promocji zdrowia oraz że działania z obszaru profilaktyki pierwotnej i promocji zdrowia wzajemnie się przenikają. Są to jednak odmienne działania, określane jako „prewencyjne" lub „promocyjne". Różnice między nimi dotyczą punktu wyjścia, celu, adresatów, a także wykonawców działań (tab. 5.1). Z różnic tych wynika także potrzeba wykorzystywania odmiennych strategii edukacji zdrowotnej.

[13] Szczegółowe rozważania na temat związku edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia patrz: Słońska (1999).

Tabela 5.1. Różnice między działaniami w profilaktyce chorób i w promocji zdrowia

Cecha	Działania w:	
	profilaktyce chorób	promocji zdrowia
Punkt wyjścia	choroba	zdrowie
Cel	uniknięcie choroby – utrzymanie obecnego stanu – *status quo*	zwiększanie potencjału zdrowia
Adresaci	akcent na wybrane grupy populacji, zwłaszcza o większym ryzyku chorób	cała populacja, w kontekście codziennego życia
Wykonawcy	głównie resort zdrowia (działania medyczne)	uczestnictwo społeczeństwa, działania wielosektorowe

Efektem niezrozumienia istoty obu pojęć jest częste używanie błędnych określeń „profilaktyka zdrowia" lub „profilaktyka zdrowotna", co oznacza zapobieganie zdrowiu. Termin profilaktyka odnosi się zawsze do zjawisk negatywnych.

Pytania/Zadania

1. Jaka rolę odgrywa edukacja zdrowotna w działaniach naprawczych – diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych?
2. Wymień trzy fazy profilaktyki i podaj przykłady medycznych działań profilaktycznych.
3. Jaka była geneza wyodrębnienia się promocji zdrowia i jakie są główne obszary działań w promocji zdrowia?
4. Na czym polega medyczny model promocji zdrowia i model ukierunkowany na upodmiotowienie?
5. Jakie funkcje pełni edukacja zdrowotna w modelu promocji zdrowia ukierunkowanym na upodmiotowienie?
6. Wyjaśnij różnice w działaniach z obszaru profilaktyki chorób i promocji zdrowia.

Literatura zalecana

Bik B., Henzel-Korzeniowska A., Przewoźniak L., Szczerbińska K. (1996) *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*, Kraków, Szkoła Zdrowia Publicznego, Collegium Medium UJ.

Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej (2002), Z. Słońska, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii.

Promocja zdrowia (1999), J.B. Karski (red.), wyd. nowe, Warszawa, Wydawnictwo Ignis.

Słońska Z. (1994) *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 1, s. 37–52.

ROZDZIAŁ 6

Metodyka edukacji zdrowotnej

Podstawy metodyczne edukacji zdrowotnej wywodzą się z pedagogiki i jej subdyscypliny – **dydaktyki**. Dydaktykę definiuje C. Kupisiewicz (2005, s. 13) „jako **naukę o nauczaniu i uczeniu się** – system poprawnie uzasadnionych twierdzeń, hipotez i prawidłowości rządzących procesem nauczania i uczenia się (lub krócej – kształcenia) oraz metod, form organizacyjnych i środków pomocnych w wywoływaniu u uczniów zamierzonych i względnie trwałych zmian".

Nauczanie (ang. *teaching*) jest „organizowaniem uczenia się i kierowanie uczeniem się [...] tworzeniem warunków sprzyjających opanowaniu przez uczniów określonego zasobu wiedzy i sprawności", z elementami kontroli, dzięki której warunki te mogą być odpowiednio wykorzystane (Kupisiewicz 2005, s. 22–23).

Uczenie się (ang. *learning*) „jest procesem nabywania przez uczący się podmiot określonych wiadomości, umiejętności i nawyków wpływających na jego zachowanie, a końcowe wyniki tego procesu zależą w znacznej mierze od motywacji i aktywności" (Kupisiewicz 2005, s. 19). Podobnie definiowane jest uczenie się w odniesieniu do edukacji zdrowotnej: „uczenie się to względnie trwała zmiana możliwości i dyspozycji człowieka, która może dotyczyć: zmiany wiedzy i zrozumienia, sposobu myślenia, przekonań, postaw, ustalenia (klaryfikacji) wartości, nabywania lub doskonalenie umiejętności dotyczących zdrowia" (Tones, Green, 2004, s. 287).

Metodykę edukacji zdrowotnej można więc uznać za **dydaktykę szczegółową**, odnoszącą się do nauczania – uczenia się o zdrowiu, podobną do metodyki poszczególnych przedmiotów. W polskim piśmiennictwie nie ma obecnie publikacji poświęconej metodyce edukacji zdrowotnej[1]. W niniejszym rozdziale, na podstawie piśmiennictwa polskiego i zagranicznego oraz własnych doświadczeń, przedstawiono podstawowe elementy tej metodyki, zdając sobie sprawę, że nie wyczerpuje to całości zagadnienia.

[1] Seria „Biblioteczka Metodyczna Oświaty Zdrowotnej", składająca się z 52 tomów (ostatni ukazał się w 1988 r.), ma obecnie wartość historyczną.

6.1. Planowanie i ewaluacja w edukacji zdrowotnej

Planowanie to codzienna czynność każdego człowieka, dotyczy wszystkich dziedzin życia. Dobrze przygotowany plan stwarza szansę na większą skuteczność naszych działań i satysfakcję z ich wykonywania. Dotyczy to także edukacji zdrowotnej i planowania jej długotrwałych, szeroko zakrojonych programów, a także poszczególnych zajęć – indywidualnych lub grupowych. Słabością praktyki edukacji zdrowotnej jest niechęć do systematycznego planowania i koncentracja na różnych formach działań akcyjnych i krótkotrwałych. Wynika to z utrwalonego błędnego przekonania, że „im więcej ludziom przekażemy informacji, tym więcej nauczą się" oraz że lepiej „zrobić coś niż nic".

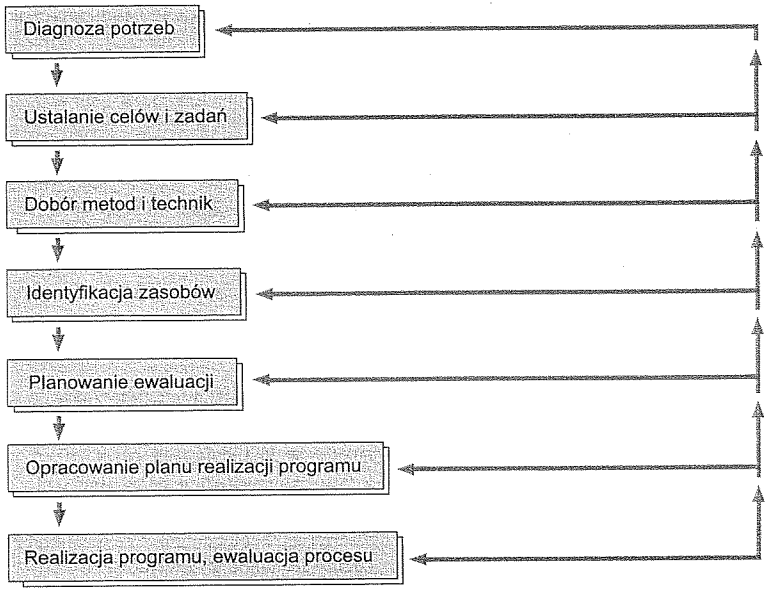
6.1.1. Etapy planowania programu edukacji zdrowotnej

Planowanie programu jest procesem, którego wynikiem jest plan. Plan powinien zawierać elementy, które są odpowiedzią na trzy następujące pytania:

Pytanie	Kolejne kroki planowania
1. Co chcemy osiągnąć?	ustalenie potrzeb → wybór priorytetów → określenie specyficznych celów i zadań
2. Co zamierzamy zrobić?	wybór najlepszego sposobu (zadań) osiągnięcia celu – (spośród dostępnych sposobów) → identyfikacja zasobów → ustalenie kto, jak i kiedy będzie realizował program
3. W jaki sposób sprawdzimy, czy osiągnęliśmy sukces?	zaplanowanie ewaluacji procesu i wyników

Proces planowania w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia składa się z kolejnych etapów, tworzących model planowania, przedstawiony na ryc. 6.1. Warto zwrócić uwagę na następujące cechy tego modelu:

- Układ strzałek jest okrężny. W czasie realizacji planu może zaistnieć potrzeba jego modyfikacji i powrotu do wcześniejszego etapu. Na przykład: nie uwzględniono ważnych potrzeb uczących się lub ujawniły się nowe potrzeby; ustalone zadania lub metody ich realizacji są zbyt trudne w stosunku do możliwości uczących się;
- Kierunek strzałek jest odwrotny do ruchu wskazówek zegara i w rzeczywistości planowanie nie jest procesem sztywnym. Na przykład: można rozpocząć od etapu 6, gdy wiemy, jakie chcemy podjąć działania, następnie przejść do etapu 2, tzn. określić cele, i potem do etapu 4 (zasoby). Gdy okaże się, że nie dysponujemy odpowiednimi zasobami (np. ilością czasu i pieniędzy), wracamy do etapu 2, aby zmodyfikować cele i przechodzimy do etapu 5 (metody), a następnie ponownie do etapu 6. Oznacza to, że planowanie jest procesem ciągłym, w którym warto podejmować starania poprawiania planu.



Ryc. 6.1. Etapy planowania programu edukacji zdrowotnej (Ewles, Simnett, 2004, s. 84)

Etap 1. Diagnoza potrzeb uczestników i wybór priorytetów

Osoby uczestniczące w zajęciach edukacji zdrowotnej nie są „białą kartą" lub „pustym naczyniem". Każdy, niezależnie od wieku i środowiska, ma pewien zasób wiedzy i „bagaż" doświadczeń związanych ze zdrowiem i chorobą. Dlatego diagnoza potrzeb uczących się osób jest integralną częścią i pierwszym etapem planowania. Dokonując takiej diagnozy trzeba odpowiedzieć na trzy pytania:

1. Co to jest potrzeba?

„Potrzeba" jest terminem różnie definiowanym. Na przykład potrzeba to: „coś co jest konieczne [...], coś bez czego trudno się obejść"[2], „stan, w którym jednostka odczuwa chęć zaspokojenia jakiegoś braku" (Okoń, 2001, s. 308) „różnica między aktualną sytuacją a sytuacją bardziej pożądaną" (Gilmore, Campbell, 1996, s. 4). Termin ten ma kilka synonimów (np. pragnienie, dążenie, motyw, popęd, instynkt), a także różne znaczenia.

2. Jakie są rodzaje potrzeb?

Istnieje wiele klasyfikacji potrzeb. Dla edukacji zdrowotnej użyteczna wydaje się propozycja J. Bradshawa[3], który wyróżnił cztery rodzaje potrzeb społecznych:

[2] *Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny,* tom 31, (2001), H. Ziółkowska (red.), Poznań, Wydawnictwo Kurpisz, s. 296.

[3] J. Bradshaw (1972) *The concept of social need*, „New Society", 30 March (za: Tones, Green, 2004, s. 146).

- **potrzeba normatywna** (ang. *normative need*) – określana dla danej grupy przez ekspertów, na podstawie różnych kryteriów; różni eksperci mogą formułować odmiennie te potrzeby i nie można ich traktować jako „absolutnie" prawdziwych;
- **potrzeba odczuwana** (ang. *felt need*) – definiowana przez osoby z danej grupy; trudno jest określić, czy są to ich rzeczywiste, aktualne potrzeby wynikające z ich doświadczeń, obserwacji, czy tylko ich chęci, traktowane jako potrzeby;
- **potrzeba wyrażana** (ang. *expressed need*) – przełożenie potrzeb odczuwanych na działania;
- **potrzeba porównawcza** (ang. *comparative need*) – porównywanie siebie z ludźmi o podobnych cechach i w przypadku stwierdzenia odmienności odczuwanie potrzeby dorównania im.

3. Dlaczego należy dokonywać diagnozy potrzeb w edukacji zdrowotnej?

Diagnoza potrzeb stanowi logiczny punkt wyjścia dla działań indywidualnych i grupowych. Istnieją co najmniej trzy powody, dla których powinno dokonywać się tej diagnozy w edukacji zdrowotnej:

– potrzeby różnych osób i grup (w tym także szkół i ich uczniów) są bardzo zróżnicowane i często odbiegają od „wizji" autorów „gotowych" programów, często narzucanych szkołom[4];

– pytanie o potrzeby może rozbudzić zainteresowanie sprawami zdrowia, co ma szczególne znaczenie w przypadku dzieci i młodzieży, dla których nie są to sprawy, którymi się interesują na co dzień;

– pytanie o potrzeby i stwarzanie możliwości ich uświadomienia sobie sprzyja zwiększeniu aktywności i motywacji do uczenia się o zdrowiu[5].

Diagnozowanie potrzeb uczących się powinno być dokonywane nie tylko w pierwszym etapie planowania działań edukacyjnych, lecz także powinno towarzyszyć całemu okresowi realizacji programu, gdyż potrzeby uczestników mogą się zmieniać, co wymaga modyfikacji zaplanowanych działań. Badanie potrzeb uczestników programu po jego zakończeniu może być także wskaźnikiem wykorzystywanym w ewaluacji jego wyników – porównanie potrzeb na początku i po zakończeniu zajęć.

Metody badania potrzeb

W piśmiennictwie proponuje się różne metody diagnozowania potrzeb w planowaniu projektów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Jedną z najbardziej złożonych metod oceny potrzeb jest model PROCEDE-PROCEED

[4] Jest wiele programów, które kierowane do szkół nie znajdują tam zrozumienia lub po jednorazowym wdrożeniu zostają zarzucone. Znany jest mi przykład zespołu hospicjum, który opracował program edukacyjny zapobiegania nowotworom. Nie wzbudził on zainteresowania szkół, co stało się przyczyną frustracji jego autorów.

[5] „Potrzeby stanowią czynnik dynamizujący aktywność człowieka" – M. Przetacznik-Gierowska, G. Makiełło-Jarża (1989) *Podstawy psychologii ogólnej,* Warszawa, WSiP; „Potrzebie towarzyszy zwykle silna motywacja..." – Okoń (2001, s. 308).

(„Przed-Po"), zaproponowany przez L.W. Greena i M.W. Kreutera (1991), uwzględniający pięć aspektów diagnozy: społeczną, epidemiologiczną, behawioralno-środowiskową, edukacyjno-organizacyjną i polityczno-administracyjną (Przewoźniak, 2001).

W planowaniu szeroko zakrojonych programów, wiążących się z dużym nakładem środków i wysiłków ludzkich, niezbędne jest **naukowe podejście do badania potrzeb** uczestników programów edukacji zdrowotnej. Nie ma jednak uniwersalnej metody diagnozowania potrzeb uczestników tych programów. Niezbędna jest „równowaga między badaniami naukowymi a sztuką" i w ocenie potrzeb należy (Gilmore, Campbell, 1996):

– przeprowadzać badania z wykorzystaniem metod ilościowych (np. dane epidemiologiczne) i jakościowych (np. obserwacje, wywiady indywidualne i zogniskowane wywiady grupowe, tzw. badania fokusowe);

– brać pod uwagę opinie dwóch grup: profesjonalistów, którzy wnoszą do tej oceny profesjonalną wiedzę i doświadczenia, oraz adresatów programów (lub wybranych reprezentatywnych ich grup), którzy wnoszą własne oczekiwania, doświadczenia życiowe i zainteresowania. Ważne jest, aby uczestnicy programu otrzymali informacje o wynikach badania potrzeb, pomoże im to lepiej zrozumieć cały proces i ocenić, w jakim stopniu wyniki takich badań odzwierciedlają ich własne potrzeby;

– kierować się także intuicją planujących program i jego adresatów.

Przydatna w ustalaniu potrzeb uczestników edukacji zdrowotnej wydaje się metoda, zaproponowana przez WHO, nazwana „szybką oceną z uczestnictwem" (ang. *rapid participatory appraisal* – RPA). Do udziału w ustaleniu potrzeb zaprasza się osoby mające szeroki punkt widzenia oraz najlepszą pozycję dla dokonania oceny potrzeb w konkretnym obszarze. Stosuje się co najmniej dwie metody do oceny tych potrzeb, np.: indywidualne wywiady (częściowo ustrukturalizowane) i grupy fokusowe (Annett, Rifkin, 1995). Istnieje wiele modyfikacji tej metody. Ciekawą modyfikację zastosowano w Anglii do oceny potrzeb młodych ludzi (16–21 lat) w zakresie zdrowia seksualnego. Jedną grupę tworzyli profesjonaliści reprezentujący różne instytucje i organizacje zajmujące się edukacją i poradnictwem dla młodzieży w tym zakresie (pielęgniarki szkolne, nauczyciele, lekarze ginekolodzy, lekarze rodzinni, pracownicy socjalni), drugą – młodzi ludzie. Obie grupy pracowały oddzielnie (z młodzieżą pracowali ich rówieśnicy). Każdy z uczestników miał za zadanie dokończyć dwa zdania:

– Potrzeby nastolatków w zakresie zdrowia seksualnego, dotychczas nie zaspokojone, to...;

– Zmiany, jakich należy dokonać, aby zaspokoić te potrzeby, powinny polegać na...

Kolejnym krokiem była dyskusja w grupach w celu ustalenia wspólnego stanowiska, a następnie porównanie wyników pracy obu grup, które nieznacznie się różniły (Lawlor i in., 1999).

W praktyce edukacji zdrowotnej nie ma zwykle możliwości przeprowadzania czasochłonnych badań, ale można wykorzystać niektóre elementy wymienionych wyżej metod. Na przykład: zdania niedokończone, zbieranie oczekiwań uczestników

zapisanych na pojedynczych kartkach, które są wspólnie klasyfikowane do odpowiednich grup tematycznych, a następnie dyskutowane w celu wyboru tematów (potrzeb) priorytetowych w danej grupie. Pytanie o oczekiwania uczestników powinno być zawsze zadawane na początku każdego cyklu zajęć. Należy jednak zdać sobie sprawę, że jest to sposób uproszczony, gdyż **termin „potrzeba" nie jest synonimem określenia „oczekiwanie"**, które oznacza „czekanie na kogoś lub na coś ... spodziewanie się czegoś od kogoś ..."[6].

Zaspokojenie wszystkich potrzeb (i oczekiwań) zgłoszonych przez uczestników programu lub zajęć nie jest zwykle możliwe i należy dokonywać **wyboru priorytetów**. Najprostszym sposobem ich wyboru jest dokonanie hierarchii potrzeb przez samych uczestników programu (zajęć) w następujący sposób:

– ustalamy listę potrzeb grupy, zapisując na plakacie wszystkie zgłoszone przez uczestników potrzeby,

– każdy z uczestników nadaje każdej potrzebie wartość od 1 do 5 punktów, biorąc pod uwagę, na ile jest ona dla niego ważna (1 = nieważna, 5 = bardzo ważna),

– zliczamy liczbę punktów „przyznanych" każdej potrzebie,

– ustalamy listę potrzeb priorytetowych, tzn. tych, które uzyskały największą liczbę punktów.

Etap 2. Ustalanie celów i zadań

Cel określa to „co chcemy osiągnąć?" „dokąd zmierzamy?". W edukacji zdrowotnej cele mogą być różnorodne, w zależności od przyjętego jej modelu. W praktyce zwykle uwzględnia się więcej niż jeden cel. Można zatem sformułować jeden **cel ogólny i cele specyficzne lub szczegółowe, zwane także zadaniami**[7]. W planowaniu celów szczegółowych należy brać pod uwagę trzy grupy celów (Ewles, Simnett, 2003, s. 88):

1. **Cele poznawcze** – czego uczący się powinni dowiedzieć się, co poznać, zrozumieć.
2. **Cele afektywne** – dotyczą kształtowania lub zmiany postaw, przekonań, wartości lub opinii.
3. **Cele behawioralne** – dotyczą umiejętności, sposobów postępowania i zachowań.

Przykład: ustalamy, że w edukacji żywieniowej celem ogólnym jest kształtowanie sprzyjających zdrowiu zachowań związanych z żywieniem. Wśród celów szczegółowych możemy zaplanować m.in.: przekazanie **wiedzy** o zasadach racjonalnego żywienia; kształtowanie **postaw** wobec różnych diet (np. wegetariańskiej, niskokalorycznej); kształtowanie **umiejętności**: układania jadłospisu, przygotowywania potraw w sposób eliminujący straty witamin, przechowywania produktów spożywczych, estetycznego nakrywania do stołu, tworzenie dobrej atmosfery przy spożywaniu posiłków itd.

[6] *Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny,* tom 25, (2000), H. Ziółkowska (red.), Poznań, Wydawnictwo Kurpisz, s. 210.

[7] W języku angielskim używa się różnej terminologii do określenia hierarchii celów: na najwyższym poziomie jest termin *purpose* – odpowiednik misji, na poziomie pośrednim są terminy *aim* albo *goal,* a na najniższym poziomie *objective* albo *target*.

W wyborze i formułowaniu celów należy przestrzegać następujących zasad:
- zgodność z ustalonymi (priorytetowymi) potrzebami uczących się;
- realność – możliwość osiągnięcia celu w ustalonym czasie i/lub w konkretnej sytuacji;
- precyzja sformułowania celu – ułatwia planowanie działań, dobór metod i technik uczenia się oraz ewaluację wyników;
- mierzalność – umożliwia to ewaluację wyników, czyli sprawdzenie czy osiągnęliśmy cel (sukces).

Etap 3. Dobór metod i technik

Jak już wspomniano, precyzyjne określenie celów edukacji zdrowotnej, a tym samym i oczekiwanych wyników, umożliwia dobranie odpowiednich metod i technik do ich osiągnięcia. Dokonując ich wyboru należy odpowiedzieć na następujące pytania:
- Jaka metoda jest najwłaściwsza i najbardziej skuteczna dla osiągnięcia określonego celu/ów? – tab. 6.1;

Tabela 6.1. Przykłady metod i technik w zależności od celu edukacji (oprac. własne wg: Hubley, 2004, s. 72–73)

Cel	Przykłady metod i technik
Przekazanie informacji (faktów) Informacje mogą być proste lub złożone, znane lub nowe, zgodne lub sprzeczne z dotychczasową wiedzą	nawiązywanie do wcześniej posiadanej wiedzy, przekazanie informacji (wykład, prelekcja) w logicznej kolejności, w uporządkowany sposób; wykorzystanie sprzętu audiowizualnego; dyskusja; wykorzystanie tekstów (broszura, ulotka), plakatów, plansz
Kształtowanie umiejętności podejmowania decyzji Umiejętności te powinny być powiązane z codziennym życiem uczących się, szkołą, rodziną, pracą zawodową	przekazanie niezbędnych podstawowych informacji; zademonstrowanie umiejętności podejmowania decyzji na konkretnych przykładach – studia przypadków; umożliwienie uczestnikom ćwiczenia umiejętności w rzeczywistych sytuacjach np. odgrywanie ról, zadania do wykonania poza zajęciami
Kształtowanie umiejętności komunikowania się Komunikowanie werbalne i niewerbalne	zademonstrowanie przykładów dobrego komunikowania się, ćwiczenie różnych umiejętności – odgrywanie ról, obserwacja osób przemawiających, udzielających konsultacji, analiza ich zachowań, analiza filmów wideo przedstawiających sposób komunikowania się w grupie
Kształtowanie postaw wobec innych ludzi Na przykład postawy wobec osób żyjących z HIV/AIDS – tolerancja, chęć zrozumienia i szacunku dla innych osób i ich poglądów, dyskrecja	dyskusja dotycząca znaczenia odpowiednich postaw wobec tych ludzi; praca w małych grupach, odgrywanie ról w specyficznych sytuacjach; zaproszenie osoby zakażonej HIV, modelowanie właściwych postaw i zachowań przez prowadzącego zajęcia

- Jakie metody można wykorzystać w konkretnych warunkach? – należy wziąć pod uwagę wielkość grupy, wiek uczestników i ich specyficzne cechy, warunki prowadzenia zajęć;
- Jakie metody zaakceptują uczestnicy? – zależy to od:
  - doświadczeń uczestników, w tym ich zaznajomienia z metodami aktywizującymi; dla niektórych osób metody i techniki aktywizujące mogą wydawać się „dziwne";
  - przekonań uczestników; dotyczy to np. kwestii dotyczących metod antykoncepcji i innych drażliwych tematów;
- Jakie doświadczenia i umiejętności w zakresie stosowania metod aktywizujących i interaktywnych ma prowadzący zajęcia? – wykorzystanie w niektórych sytuacjach nowych metod po raz pierwszy może nastręczać trudności.

Etap 4. Identyfikacja zasobów

Realizacja programu wymaga zabezpieczenia odpowiednich zasobów. Należą do nich:

- **zasoby ludzkie** – w tym osoba lub osoby prowadzące zajęcia – ich doświadczenia, umiejętności, entuzjazm, energia oraz czas, którym dysponują. Ważne są także inne osoby, które będą współpracowały w realizacji programu lub udzielały pomocy uczącym się w wykorzystaniu (transferze) w codziennym życiu efektów uczenia się. Osobami tymi mogą być, w zależności od sytuacji, rodzice, członkowie rodziny, rówieśnicy, współpracownicy;
- **zasoby materialne** – środki dydaktyczne, wydawnictwa, możliwość powielania arkuszy i innych materiałów oraz warunki do prowadzenia zajęć itd;
- **czas** przeznaczony na realizację programu; dotyczy to czasu, jakim dysponują uczestnicy; w przypadku uczniów – czasu przewidzianego w planie lekcji lub zajęciach pozalekcyjnych itd.

Etap 5. Planowanie ewaluacji

Dokonywanie ewaluacji jest nieodzownym elementem współczesnych programów edukacji zdrowotnej. Nie wystarczy zaplanować i zrealizować program. Niezbędna jest jego ewaluacja, czyli sprawdzanie:

- jak przebiega realizacja programu? – **ewaluacja procesu**;
- czy i w jakim stopniu osiągnęliśmy ustalone cele, czy program zakończył się sukcesem? – **ewaluacja wyników**.

Zasady ewaluacji w edukacji zdrowotnej omówiono niżej. Należy jednak podkreślić, że metody ewaluacji powinny być zaplanowane przed rozpoczęciem programu. Należy ustalić: Kto i kiedy dokona ewaluacji? Jakie zastosuje metody? Jakie wybierze wskaźniki i narzędzia do ich zmierzenia?

Etap 6. Opracowanie planu realizacji programu

Kolejnym krokiem jest zaplanowanie: Jak realizowany będzie program? Kto i jakie zadania będzie wykonywał, jak, kiedy i gdzie? Jest to niezbędne w dużych programach, w których korzystnie jest wyróżnić pewne elementy i szczegółowo zaplanować najważniejsze zadania. Można także przygotować zestawy scenariuszy dostosowane do poszczególnych celów szczegółowych.

Etap 7. Realizacja programu, ewaluacja

W czasie realizacji programu, zgodnie z ustalonym planem, dokonujemy systematycznie oceny jej przebiegu (ewaluacji procesu) i wyników według założeń opracowanych w etapie 5 planowania. Wyniki tej ewaluacji stanowią podstawę do ewentualnej korekty ustalonego planu.

6.1.2. Zasady układania scenariusza zajęć

Planowanie dotyczy nie tylko dużych programów lub cyklu zajęć (kursu, warsztatów), lecz także poszczególnych zajęć. Doświadczenia własne wskazują, że bardzo przydatnym sposobem jest przygotowanie własnych scenariuszy zajęć, zgodnie z ustalonymi potrzebami uczących się i przyjętymi celami. Korzystanie z „gotowych" scenariuszy, zamieszczonych w różnych publikacjach, zwykle nie odpowiada w pełni tym celom.

W opracowaniu scenariusza zajęć należy przestrzegać większości zasad planowania programu oraz cyklu uczenia się przez doświadczanie (s. 178). Niżej podano schemat scenariusza zajęć, a w nim zasady jego układania[8]. Przydatność takiego podejścia do układania scenariusza zajęć została sprawdzona w pracy ze studentami pedagogiki i nauczycielami szkół promujących zdrowie. Może ono być szczególnie przydatne dla osób rozpoczynających pracę w edukacji zdrowotnej. Przykłady scenariuszy zajęć podano w Części II książki.

SCHEMAT I ZASADY UKŁADANIA SCENARIUSZA ZAJĘĆ

Temat zajęć – staraj się zapisać go precyzyjnie

Uczestnicy – zapisz, dla jakiej grupy zajęcia są przeznaczone i jaka powinna być liczebność grupy

[8] Wzorzec do opracowania takiego schematu scenariusza zajęć zaczerpnięto m.in. z poradników dla osób prowadzących kształcenie nauczycieli i innych osób pracujących z młodzieżą: Woynarowska, 1995; Weare, Gray, 1996.

Zadania (cele szczegółowe)	Pomoce
Ustal dokładnie, co zamierzasz zrobić w czasie zajęć, np.: – przekazać wiedzę, informacje – uświadomić coś uczestnikom – zachęcić do czegoś (zainicjować, zaplanować) – przećwiczyć jakieś umiejętności – przedyskutować coś Zadania powinny być bardzo precyzyjnie sformułowane, gdyż jest to punkt wyjścia do planowania metod i przebiegu zajęć. Liczba i rodzaj zadań (ćwiczeń) powinna być dostosowana do czasu, którym dysponujesz i percepcji uczestników	W zależności od zaplanowanych ćwiczeń zapisz jakie potrzebujesz pomoce i materiały
	Czas trwania zajęć – określ czas
Oczekiwane efekty – zapisz, co uczestnicy po zajęciach powinni wiedzieć, rozumieć, umieć itd., zgodnie z ustalonymi zadaniami. Pozwoli to na uniknięcie nadmiaru treści i ćwiczeń oraz umożliwi ewaluację zajęć. Zaplanuj też ewaluację zajęć	
Opis przebiegu zajęć	
Część wstępna 1. Wybierz ćwiczenia wprowadzające – w zależności od sytuacji (pierwsze czy kolejne zajęcia) może to być poznawanie siebie, rozgrzewka, budowanie zaufania, integracja lub aktywizacja grupy (przykłady ćwiczeń zamieszczono w Aneksie) 2. Przedstaw temat zajęć i zapytaj uczestników o ich oczekiwania 3. Zaprezentuj zadania (zapisz je na folii, arkuszu papieru, tablicy); porównaj je z oczekiwaniami uczestników i dokonaj ewentualnie modyfikacji, jeśli będzie to możliwe **Część właściwa** 1. Zapisz w sposób jasny i precyzyjny **kolejne ćwiczenia** oraz sposób, w jaki je przeprowadzisz. W doborze i kolejności ćwiczeń weź pod uwagę cztery etapy cyklu uczenia się przez doświadczanie: 1) doświadczanie (praca indywidualna); 2) refleksja i dyskusja (praca w małych grupach, parach); 3) pogłębianie, porządkowanie lub korekta wiedzy („mini" wykład); 4) własne eksperymentowanie (zaplanowanie działań przez uczestników) – patrz s. 178 2. Określ orientacyjnie czas przeznaczony na każde ćwiczenie oraz zaplanuj warianty ćwiczeń, do wykorzystania w zależności od przebiegu zajęć i potrzeb grupy 3. Zaplanuj i zapisz odpowiednie ćwiczenia np. relaksacyjne, ruchowe, zwiększające koncentrację, aktywność do wykorzystania w zależności od rodzaju zajęć i sytuacji w grupie; staraj się wprowadzać elementy zabawy **Część końcowa** – podsumowanie i ewaluacja zajęć: 1. Zapisz jak sprawdzisz czy osiągnięto oczekiwane efekty. Najprostszym sposobem jest zapytanie uczestników: Czego się nauczyli? Co sobie uświadomili? Co wynoszą z zajęć? Co mogą zastosować w swoim życiu, pracy? Jakie działania zamierzają podjąć w najbliższym czasie w wyniku tych zajęć? W przypadku, gdy celem zajęć było przekazanie wiedzy, można zastosować test wiedzy lub zdania niedokończone 2. Dokonaj oceny przebiegu zajęć. Możesz zapytać: Co się podobało? Co zmieniliby? Czy są zadowoleni z udziału w zajęciach?	
Uwagi! Zapisz dodatkowe informacje, które zamierzasz przekazać uczestnikom, tytuły książek, które chcesz im polecić itd.	

6.1.3. Ewaluacja w edukacji zdrowotnej

W tradycyjnej oświacie zdrowotnej wskaźnikami jej realizacji były podejmowane działania, np. liczba pogadanek, „gazetek", konkursów i ich uczestników, nakład ulotek, plakatów i broszur. W nowoczesnym podejściu ważne jest nie to co i ile zrobiono, lecz **jakie osiągnięto efekty**. Dokonywanie ewaluacji jest niezbędnym elementem skuteczności edukacji zdrowotnej. W praktyce jednak często nie docenia się jej znaczenia. Dokonywanie ewaluacji nie jest też zadaniem łatwym.

Definicja i rodzaje ewaluacji

Termin „ewaluacja" (ang. *evaluation*) jest różnie definiowany. Najprostsza definicja – to **sprawdzanie tego, czy osiągnęliśmy ustalone cele, czy działania nasze zakończyły się sukcesem**. Analiza różnych definicji wskazuje, że:

– ewaluacja nie jest synonimem oceniania i kontroli (nadzoru), ani nową jej formą i odnoszą się do niej takie określenia jak: badanie, zbieranie informacji, analizowanie, sprawdzanie, komunikowanie (zdawanie relacji);

– niezbędnym elementem ewaluacji jest **wartościowanie**[9] działań, czyli badanie czy działania i ich wyniki są wartościowe – cenne, użyteczne; kryterium wartości ustalają ludzie programujący działania i ich uczestnicy;

Tabela 6.2. Cechy ewaluacji procesu i ewaluacji wyników programu

Cecha	Ewaluacja procesu (formatywna)	Ewaluacja wyników (efektów) (sumatywna)
Cel	Obserwowanie, śledzenie (monitorowanie) przebiegu realizacji programu dla dokonywania ewentualnych korekt lub modyfikacji	Zbadanie stopnia osiągnięcia przyjętych celów programu
Pytania, jakie stawiają sobie osoby dokonujące ewaluacji	Czy program został wdrożony? Czy jest on realizowany zgodnie z planem? Jakie są trudności w realizacji i ich przyczyny? Co sądzą o programie jego uczestnicy? Czy uczestnicy są zainteresowani, aktywni, chętni do pracy, zrelaksowani? Co wymaga korekty, uzupełnienia?	Jakie są efekty programu w stosunku do ustalonych celów? Czy program powinien być kontynuowany? Co należy zmodyfikować?
Kiedy dokonuje się ewaluacji?	W całym okresie realizacji programu	Po zakończeniu kolejnych etapów realizacji programu i/lub bezpośrednio po zakończeniu programu i po upływie pewnego czasu (ewaluacja odroczona).

[9] Członem wyrazu „evaluation" w jęz. angielskim jest „valuation" – czyli wartościowanie. Na ten aspekt ewaluacji – „badanie wartości" szczególną uwagę zwraca L. Korporowicz (2002) *Ewaluacja i społeczeństwo*, w: *Rozumienie zmian społecznych*, E. Hałas (red.), Lublin, KUL, s. 87–109.

– ewaluacja ma służyć usprawnieniu, doskonaleniu, zrozumieniu, rozwojowi i ułatwiać podejmowanie decyzji.

W praktyce najczęściej wyróżnia się **ewaluację procesu i ewaluację wyników** (tab. 6.2). Oba rodzaje ewaluacji są komplementarne i niezbędne.

Metody ewaluacji procesu

W ewaluacji procesu edukacji zdrowotnej można wykorzystać następujące metody:

- Analiza zarejestrowanych danych o liczbie, czasie trwania i organizacji zajęć;
- Obserwacja zachowań uczestników w czasie zajęć, uczestnictwo w zajęciach, zainteresowanie, aktywność, ich własne inicjatywy i pomysły;
- Samoocena (autoewaluacja) prowadzącego, udzielenie odpowiedzi na pytania: Co mi się udało zrobić dobrze? Co można zmienić, poprawić w przyszłości? W autoewaluacji warto zwrócić szczególną uwagę na pozytywne aspekty swojej pracy, identyfikować to, co daje satysfakcję i myśleć konstruktywnie, co można poprawić;
- Zebranie informacji zwrotnych (opinii) od:
  – innych osób uczestniczących w realizacji programu, np. poprosić o obserwację przebiegu wybranych zajęć;

Arkusz nr 1

Oceń zajęcia przez dokończenie następujących zdań:

1. Podobało mi się.....
2. Nie podobało mi się .....
3. Najbardziej przydatne dla mnie było .....
4. Najbardziej interesujące dla mnie było .....
5. Zajęcia mogły być lepsze gdyby.....
6. Ogólnie sądzę, że zajęcia były .....

Arkusz nr 2

Oceń następujące elementy zajęć przez zakreślenie odpowiedniej cyfry

	Min.				Maks.
1. Organizacja	1	2	3	4	5
2. Treść zajęć	1	2	3	4	5
3. Metody uczenia się	1	2	3	4	5
4. Atmosfera w czasie zajęć	1	2	3	4	5
5. Przydatność dla mnie	1	2	3	4	5
6. Moje zaangażowanie i uczestnictwo	1	2	3	4	5
7. Moje zadowolenie z zajęć	1	2	3	4	5

Inne uwagi i propozycje .....
.....

– uczestników zajęć, których można zachęcić do wyrażania swoich opinii w różnorodny sposób; na przykład: zapytanie wprost o ich opinie o zajęciach – pozytywach i słabych stronach (uzyskanie takich opinii jest możliwe, jeśli stworzy się atmosferę, w której uczestnicy mają do siebie zaufanie, nie obawiają się uczciwego i otwartego wyrażania swoich opinii), wykorzystanie specjalnych anonimowych arkuszy ewaluacji, inna formę oceny poszczególnych zajęć. Przykłady takich arkuszy podano na s. 151 i niżej.

Arkusz nr 3					
Zastanów się, w jakim stopniu zgadzasz się z podanymi niżej stwierdzeniami. Wstaw X przy odpowiedzi, która odzwierciedla twoją opinię					
Stwierdzenia	TAK	tak	?	nie	NIE
1. Moje oczekiwania zostały spełnione 2. Cele zajęć zostały osiągnięte 3. Próbowaliśmy zrobić zbyt dużo w krótkim czasie 4. Wykorzystam wiele z tego czego się uczyłem 5. Jestem zadowolony z uczestnictwa w zajęciach 6. Dodaj jedno twoje własne stwierdzenie i odpowiedź na nie					

Ewaluacja wyników

Dokonywanie ewaluacji wyników edukacji zdrowotnej jest zadaniem trudnym i skomplikowanym. Trudności te spowodowane są wieloma przyczynami:

– cele edukacji zdrowotnej są zwykle złożone i do określenia, czy zostały one osiągnięte, trzeba wykorzystać wiele wskaźników, często trudno mierzalnych;

– na efekty ma wpływ wiele dodatkowych czynników wewnętrznych (związanych z indywidualnymi cechami uczących się) i zewnętrznych (związanych ze środowiskiem kulturowym i społeczno-ekonomicznym);

– rzeczywiste efekty można sprawdzić w codziennych sytuacjach życiowych, gdyż o skuteczności edukacji zdrowotnej możemy mówić, gdy dokonuje się transfer tego, czego nauczyliśmy się do codziennego życia, tzn. uczący chce i potrafi wykorzystać zdobytą wiedzę i umiejętności;

– efekty edukacji zdrowotnej są często odległe; uczący może uzyskać nową wiedzę, ale zmiana postaw i zachowań wymaga dłuższego czasu.

Trudności w ocenie efektów dotyczą nie tylko edukacji zdrowotnej, lecz także programów profilaktycznych (Ostaszewski, 2003) oraz projektów promocji zdrowia. W wyborze metod ewaluacji wyników należy wziąć pod uwagę cele, jakie zamierzano osiągnąć. Dlatego też, jak wspomniano wyżej, wybór metod ewaluacji jest jednym z etapów planowania programu, a także poszczególnych zajęć. Można wykorzystać następujące metody i narzędzia dla ustalenia **zmian**, jakie dokonały się w związku z realizacją programu:

– testy lub inne formy sprawdzianu przyrostu wiedzy (pretest i posttest);

– kwestionariusze ankiety lub wywiadu do zbadania zmian przekonań, postaw i zachowań zdrowotnych;

– obserwacja zmian zachowań poszczególnych osób lub grup (np. relacje między uczniami w klasie);

– samoocena uczestników dotycząca zmian jakie wprowadzili w swoim stylu życia, otoczeniu, wykorzystywania nowych umiejętności lub intencji zmian w tym zakresie;

– informacje innych osób z najbliższego otoczenia, np. rodziców – czy zaobserwowali zmiany w zainteresowaniach, umiejętnościach, postawach lub zachowaniach swego dziecka.

Kwestia ewaluacji wyników edukacji zdrowotnej pozostaje wciąż problemem nierozwiązanym i wymaga dalszych prac. Propozycje ewaluacji szkolnej edukacji zdrowotnej zawierają prace: M. Charzyńskiej-Guli (2001) oraz M. Sokołowskiej i I. Lutze (2006) (s. 252).

- Wszelkie działania w edukacji zdrowotnej powinny być starannie zaplanowane
- Planowanie jest procesem składającym się z kolejnych etapów; nie jest to jednak proces sztywny i kolejność etapów może się zmieniać
- Potrzeby uczestników w zakresie edukacji zdrowotnej są bardzo zróżnicowane i mogą zmieniać się w czasie realizacji programu; dokonywanie diagnozy potrzeb sprzyja zainteresowaniu i większej aktywności uczących się
- Cele programu edukacji zdrowotnej powinny być precyzyjnie sformułowane, co ułatwia zaplanowanie realizacji programu, dobór metod oraz zaplanowanie ewaluacji wyników
- Nieodzownym elementem programu edukacji zdrowotnej jest dokonywanie ewaluacji jego przebiegu (procesu) oraz wyników

Pytania/Zadania

1. Wymień i scharakteryzuj etapy planowania programów edukacji zdrowotnej.
2. Dlaczego ważne jest określanie potrzeb ludzi w zakresie edukacji zdrowotnej i jakie są sposoby identyfikowania tych potrzeb?
3. Jakie są zasady układania scenariusza zajęć?
4. Na czym polega ewaluacja procesu i ewaluacja wyników w edukacji zdrowotnej i jakie metody i narzędzia można w niej wykorzystać?

Literatura zalecana

Autoewaluacja w szkole (2002), E. Tołwińska-Królikowska (red.), Warszawa, Wydawnictwa CODN.

Ostaszewski K. (2003) *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Woynarowska B., Sokołowska M. (2001) *Ścieżka edukacyjna edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, Warszawa, KOWEZ.

6.2. Tworzenie warunków do uczenia się

Istotą edukacji zdrowotnej jest proces uczenia się – nauczania o zdrowiu i chorobach. Jego skuteczność zależy od wielu czynników, w tym szczególnie od umiejętności komunikowania, kompetencji prowadzącego zajęcia oraz warunków i klimatu, w jakich odbywa uczenie się.

6.2.1. Komunikowanie jako podstawa uczenia się – nauczania

Podstawą każdego uczenia się jest proces komunikowania (łac. *communico* – dzielenie się czymś z kimś, dopuszczanie kogoś do udziału w czymś, wzajemna wymiana czegoś)[10]. Istnieje wiele definicji pojęcia „komunikowanie", jest ono „pojemne" i nadaje mu się wiele znaczeń.

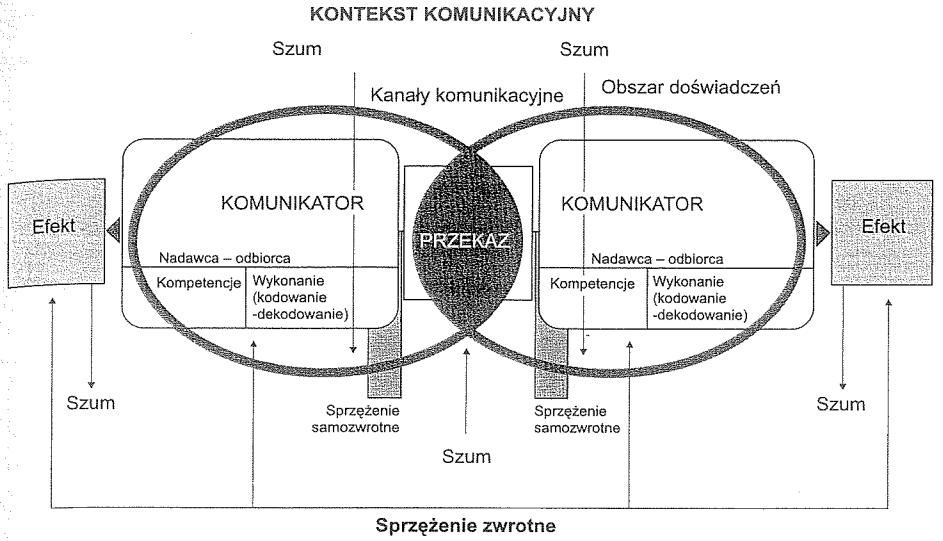
Komunikowanie jest procesem porozumiewania się jednostek, grup lub instytucji. Jego celem jest wymiana myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami i ideami. Proces ten odbywa się przy użyciu zróżnicowanych środków i wywołuje określone skutki (Dobek-Ostrowska, 2004, s. 13)

Do edukacji zdrowotnej odnoszą się różne sytuacje komunikacyjne, w tym zwłaszcza:

- **Komunikowanie intrapersonalne**, które oznacza, że komunikujemy się sami z sobą. Jest to stała forma naszej aktywności: rozmyślamy, prowadzimy wewnętrzny dialog, stawiamy sobie pytania i odpowiadamy na nie, konstruujemy różne scenariusze, porządkujemy własne doświadczenia, rozważmy różne warianty zachowań. Komunikujemy się ze sobą również, gdy wchodzimy w interakcję z innymi ludźmi;
- **Komunikowanie interpersonalne** – „proces przekazywania i odbierania informacji między dwiema osobami lub pomiędzy małą grupą osób, wywołujący określone skutki i rodzaje sprzężeń zwrotnych" (Głodowski, 2006, s. 24). Istnieje wiele modeli tego komunikowania. Jeden z nich przedstawiono na ryc. 6.2.

Inne sytuacje komunikacyjne wykorzystywane w edukacji zdrowotnej to komunikowanie: **interpersonalno-medialne** (osoba lub osoby porozumiewają się z innymi osobami za pomocą urządzeń, np.: mediów sieciowych interaktywnych); **publiczne** (obecność indywidualnego mówcy i audytorium), **masowe** (nadawcy i odbiorcy nie spotykają się bezpośrednio ze sobą, np.: programy telewizyjne, radiowe, książki).

[10] *Słownik łacińsko-polski* (1959), M. Plezia (red.), Warszawa, PWN, s. 611.



Ryc. 6.2. Model komunikowania interpersonalnego (Głodowski, 2006, s. 25)

Proces komunikowania

Proces komunikowania składa się z trzech podstawowych elementów: **nadawca (źródło)**, **informacja**, **odbiorca**. Informacja przesyłana jest ze źródła (układ kodujący) w różnej formie do odbiorcy (układ dekodujący). W procesie tym może istnieć wiele zakłóceń (szumów) w obu układach: natury fizycznej, psychologicznej, związanej z przekonaniami i postawami odbiorcy, funkcjonowaniem jego narządów zmysłów, umiejętnością czytania ze zrozumieniem itd.

W procesie komunikowania w edukacji zdrowotnej należy uwzględnić następujące aspekty (Tones, Green, 2004, s. 210–212):

- Źródłem informacji (nadawcą) może być osoba lub media;
- Informacja może być podana (zakodowana) w trzech formach: **symbole** – wyrażone zwykle słowami; **ikony** – formy graficzne, np. schematy, wykresy; **aktywne współuczestnictwo** – komunikowanie odbywa się z aktywnym zaangażowaniem odbiorcy (uczących się). Efekty tych form wyraża aforyzm:

„Usłyszałem i zapomniałem
Zobaczyłem i zapamiętałem
Zrobiłem i zrozumiałem"[11].

Choć jest to tylko częściowo prawdą, podobnie jak inny aforyzm: „jeden obraz jest wart więcej niż tysiąc słów", w edukacji zdrowotnej zaangażowanie uczących się ma szczególne znaczenie;

[11] Tekst ten cytowany jest bardzo często w publikacjach dotyczących uczenia się. W niektórych pracach podaje się, że jego autorem był Konfucjusz.

Zasady opracowywania materiałów na piśmie:

- **Tekst** powinien:
  - zaczynać się od wprowadzenia do tematu
  - zawierać na końcu podsumowanie najważniejszych kwestii
  - mieć krótkie zdania i krótkie akapity
  - być sformatowany w sposób widocznie wskazujący na najważniejsze fragmenty
  - zawierać tytuły i śródtytuły oraz wyróżnienia ważnych wyrazów lub sformułowań
  - być napisany w sposób ciekawy, z wykorzystaniem praktycznych przykładów
  - być sprawdzony (testowany), czy jest zrozumiały dla odbiorców, dla których jest przeznaczony
  - zawierać, w razie potrzeby, słowniczek wyjaśniający znaczenie użytych określeń

  Unikać należy: żargonu, terminów fachowych, skrótów, akronimów[12]
- **Ryciny w tekście** powinny:
  - być łatwe do interpretacji
  - dostosowane to treści i jego odbiorców
  - proste, przejrzyste
  - uzupełniać tekst, a nie „konkurować" z nim

  Należy unikać: małych znaków i czcionki (mniejszych niż 10 pkt.), fotografii złej jakości, nieprofesjonalnych rysunków (zmniejszają wiarygodność tekstu)

(Tones, Green, 2004, s. 212)

- Informacja przekazywana na piśmie powinna uwzględniać cechy i możliwości adresatów (np. umiejętność czytania ze zrozumieniem) oraz kulturowe uwarunkowania ich reakcji emocjonalnych i interpretacji tekstu. Zasady przygotowania materiałów na piśmie podano wyżej w ramce;
- Gdy źródłem informacji jest człowiek, towarzyszy mu zawsze niewerbalny sposób komunikowania;
- W czasie procesu dekodowania informacji przez odbiorcę niezbędne jest: aby dotarła ona do narządów zmysłu odbiorcy, odbiorca zwrócił na nią uwagę przez odpowiedni czas i właściwie ją zinterpretował;
- Zainteresowanie i właściwa percepcja przekazywanej informacji zależy od dotychczasowych doświadczeń (utrwalonych w pamięci) oraz aktualnej motywacji odbiorcy (także uwarunkowanej wcześniejszymi doświadczeniami);
- Rodzaj i skuteczność komunikowania zależą od cech: nadawcy (źródła), w tym jego kompetencji, sposobu niewerbalnego komunikowania i wiarygodności, oraz odbiorcy, w tym jego kulturowo uwarunkowanych przekonań, sprawności intelektualnej, cech osobowości;
- Komunikowanie jest procesem dwustronnym, w którym zachodzi bezpośredni kontakt między nadawcą i odbiorcą. W skutecznym komunikowaniu stale zmieniają się role – odbiorca staje się nadawcą i odwrotnie. Sprzężenie zwrotne jest integralną

[12] Akronim – łatwa do wymówienia skrótowa nazwa, utworzona z początkowych liter lub cząstek wyrazów.

i stałą częścią komunikowania. Jedynym sposobem na lepsze komunikowanie jest stałe śledzenie przez nadawcę reakcji odbiorcy, w tym także sygnałów niewerbalnych;
- Komunikowanie jest skuteczne, gdy interpretacja przekazanej informacji przez odbiorcę jest zgodna z interpretacją nadawcy.

Komunikowanie informacyjne i perswazyjne

Ze względu na cel, wyróżnia się dwa typy procesu komunikowania: informacyjne i perswazyjne (Dobek-Ostrowska, 2004). Oba z nich występują również w edukacji zdrowotnej.

Komunikowanie informacyjne jest dzieleniem się wiedzą, ideami, myślami, może obejmować wyjaśnianie, instruktaż. Metody komunikowania są dobierane przez nadawców, w zależności od specyfiki prezentowanej informacji i należą do nich przede wszystkim: definiowanie pojęć, wyjaśnianie, opis, demonstracja. Odbiorcy oczekują wiedzy, jakiej nie posiadają. Przykładem tej metody komunikowania jest wykład. Efektywność tego komunikowania zależy m.in. od:

- kreatywności przekazu – jakości i sposobu prezentacji informacji,
- wiarygodności nadawcy i zaufania do niego odbiorców,
- nowości informacji,
- ważności informacji dla odbiorcy – jego wiedzy i psychologicznego nastawienia,
- wykorzystania pomocy wizualnych dla wzmocnienia przekazu i uczynienia go bardziej przejrzystym i zrozumiałym.

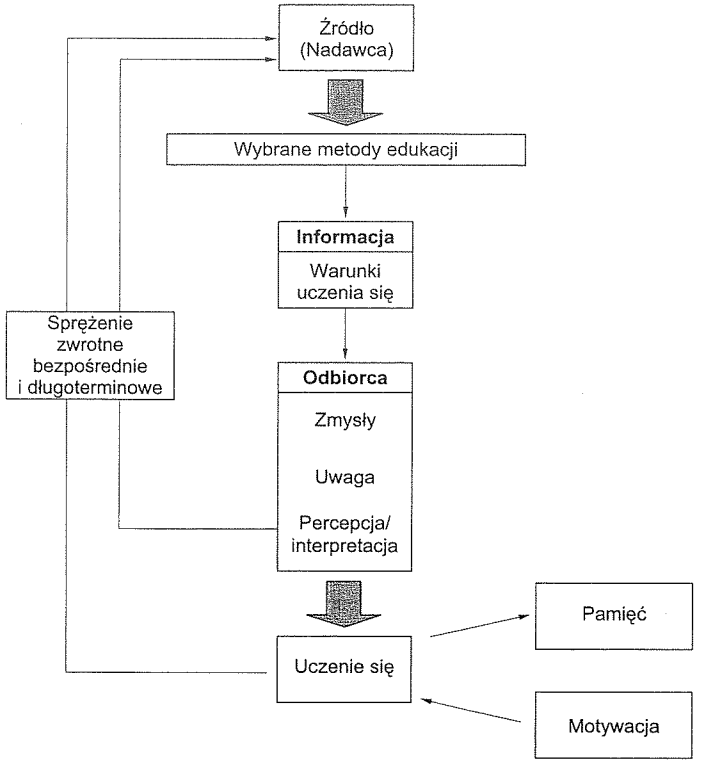
Komunikowanie perswazyjne „to kompleksowy, interaktywny proces, w którym nadawca i odbiorca są połączeni werbalnymi i niewerbalnymi symbolami, poprzez które perswadujący próbuje wpłynąć na drugą osobę po to, aby zmienić jej reakcję, zachowania, ukształtować nowe postawy lub zmodyfikować już istniejące i sprowokować do akcji/działania" (Dobek-Ostrowska, 2004, s. 33). Ten typ komunikowania ma charakter interaktywny, w specyficznym układzie wzajemnego uzależnienia: nadawca realizuje potrzeby odbiorcy, odbiorca akceptuje wpływ nadawcy.

Komunikowanie perswazyjne jest powszechnie wykorzystywane w edukacji zdrowotnej. Często towarzyszy mu nakłanianie, wywieranie presji (nacisku) na ludzi, aby dokonywali zmian swoich zachowań w zdrowiu i chorobie. Jest to **perswazja nakłaniająca**, która może mieć aspekty etyczne. Korzystniejszą formą jest **perswazja przekonująca**, będąca przykładem procesu transakcyjnego. Skuteczność komunikowania perswazyjnego zależy m.in. od:

- sprecyzowania celu działania i oczekiwanych efektów u odbiorcy;
- stosowania logicznej i racjonalnej argumentacji – wyszukiwanie dowodów i odwoływanie się do nich;
- dokonywania diagnozy postaw i zachowań odbiorców;
- określenia emocji, na które chce się oddziaływać;
- wiarygodności nadawcy;
- prezentacji komunikatu w przekonywujący i atrakcyjny sposób;
- umiejętności obalania przeciwnych argumentów.

Komunikowanie a uczenie się

Komunikowanie, jak wspomniano wcześniej, jest podstawowym warunkiem uczenia się, choć nie gwarantuje jego skuteczności, która zależy od wielu innych czynników przedstawionych na ryc. 6.3.



Ryc. 6.3. Proces przejścia od komunikowania do uczenia się (Tones, Green, 2004, s. 214)

Rodzaj komunikatów

W edukacji zdrowotnej podstawową sprawą dla skuteczności uczenia się jest rodzaj komunikatu. Przekazywanie informacji i argumentów z wykorzystaniem danych i faktów medycznych może się odbywać w różnorodny sposób. Wybór rodzaju informacji zależy od cech adresatów, sytuacji, w której się znajdują, oraz całego kontekstu, w którym prowadzona jest edukacja zdrowotna.

Rodzaje informacji dotyczących zdrowia i choroby:

- wykorzystujące fakty – dane statystyczne, jako argumenty przemawiające za potrzebą działań
- oddziałujące na emocje, wyobrażenia, z podkreśleniem pozytywnych efektów działań
- nastawione na wzbudzenie strachu w celu kształtowania pożądanych zachowań (technika „straszenia")
- humorystyczne – przekazywanie informacji w sposób humorystyczny zwiększa zainteresowanie i atrakcyjność przekazu
- jednostronny komunikat – prezentowanie korzyści z podejmowanych działań, bez ukazywania efektów niepożądanych
- ukazywanie korzyści i strat wynikających z podejmowanych działań
- pozytywne zalecenia – co należy robić dla swego zdrowia
- negatywne zalecenia – czego NIE należy robić, aby zachować zdrowie

(Hubley, 2004, s. 53)

Większość komunikatów wyzwala u odbiorców **reakcje afektywne** – pozytywne lub negatywne. Istnieją pewne dowody, że reakcje pozytywne w edukacji zdrowotnej dają lepsze efekty, ale wiadomo też, że pozytywne informacje budzą mniejsze zainteresowanie niż fakty i dane negatywne. Mimo wielu doświadczeń i badań, przekazywanie informacji wywołujących strach – technika „straszenia" (ang. *fear appeal*) jest nadal kontrowersyjna, zarówno ze względów etycznych, jak i ograniczonej skuteczności. Wyniki badań są jednak niespójne. Wydaje się, że umiarkowany niepokój (strach) budzi zainteresowanie i sprzyja podejmowaniu przez ludzi działań na rzecz swego zdrowia. Zbyt duży strach przed zagrożeniem dla zdrowia powoduje, że ludzie odrzucają taką informację. Dotyczy to np. palaczy, u których przedstawianie objawów i skutków raka płuc powoduje uruchomienie mechanizmów obronnych i przekonanie, że ich to nie musi dotyczyć. Często też, mimo obaw przed konsekwencjami, ludzie nie są zdolni do wprowadzania zmian w swoim życiu.

Technika „straszenia" może być wykorzystana w edukacji zdrowotnej, gdy:

- ludzie są zagrożeni poważnymi (śmiertelnymi) chorobami
- uczący się mają wysokie poczucie własnej wartości oraz wewnętrzną lokalizację kontroli tzn. uważają, że „panują nad sytuacją" i od nich samych wiele zależy
- działania, których oczekuje się od ludzi, są skuteczne
- podejście takie wydaje się najprostsze i niezbędne jest, aby reakcja ludzi była natychmiastowa
- dostępne są konkretne możliwości dokonania zmiany

(Tones, Green, 2004, s. 224)

Zdaniem K. Tonesa i J. Greena (2004, s. 223–224) jednoznaczne rozstrzygnięcie, jaki wpływ na zmianę zachowań ludzi ma odwoływanie się do strachu, czyli stosowanie techniki „straszenia", nie jest obecnie możliwe, gdyż nie znamy odpowiedzi na następujące pytania:

– Dlaczego te same informacje wywołują strach tylko u niektórych ludzi?

– Jak dany poziom strachu wpływa na reakcję różnych osób – ich zainteresowanie, postawy, gotowość do zmiany?

– Jakie czynniki wpływają na indywidualną percepcję informacji (bodźców) wywołujących strach i reakcje na nie?

– Jak trwały jest wpływ strachu na postawy i zachowania ludzi?

Bariery w komunikowaniu

Przewidywanie barier w komunikowaniu przed realizacją zaplanowanego programu lub zajęć edukacji zdrowotnej ułatwia pokonywanie ewentualnych trudności. Do barier w komunikowaniu zalicza się (Ewles, Simnett, 2003, s. 193–195):

- **Dystans kulturowy i społeczny** między prowadzącymi zajęcia a uczącymi się: różny status społeczny (wyrażający się m.in. w ubiorze, słownictwie), odmienne przekonania kulturowe lub religijne (np. dotyczące żywienia, stosowania antykoncepcji), różnice w hierarchii wartości;
- **Ograniczenia w odbiorze informacji** zależne m.in. od: niepełnosprawności umysłowej, stanu emocjonalnego (związanego z chorobą, zmęczeniem, bólem, stresem), zaabsorbowania pracą i innymi czynnościami, niepostrzegania zdrowia jako wartości;
- **Negatywny stosunek do prowadzących zajęcia**, związany z:
  - osobą prowadzącego zajęcia – złe doświadczenia we wcześniejszych w kontaktach, brak zaufania do osoby, której uczący się nie postrzega jako eksperta, zachowania prowadzącego niezgodne z tym, co zaleca innym, krytyczny i oceniający stosunek do uczących się;
  - uczącym się – przekonanie, że „wie wszystko" i udział w zajęciach jest stratą czasu, niezadowolenie, a nawet obawa w sytuacji, gdy przekazywane informacje i porady nie będą możliwe do wykorzystania w jego sytuacji społeczno-ekonomicznej lub uczący się jest nakłaniany do rezygnacji z zachowań, które są dla niego przyjemne;
- **Trudności w zrozumieniu i zapamiętaniu informacji** związane np. z: niskim poziomem wykształcenia, inteligencji, używanie żargonu lub terminologii medycznej, zaburzenia pamięci;
- **Niedocenianie przez prowadzących edukację znaczenia komunikowania** spowodowane: niedostatecznym przygotowaniem w tym zakresie, brakiem wiary w swoje umiejętności dydaktyczne, brakiem czasu, niechęcią do przekazywania wiedzy „nieprofesjonalistom";
- **Sprzeczność informacji** w sytuacji, gdy przekazywane są one przez różne osoby, np.: opinie różnych specjalistów są odmienne, rodzina i znajomi przekazują przeciwstawne informacje niż profesjonaliści, uczący traktuje te informacje jako nieaktualne.

6.2.2. Rola i kompetencje osób prowadzących edukację zdrowotną

W niektórych krajach, m.in. w USA, istnieje zawód specjalisty edukacji zdrowotnej (ang. *certified health education specialist)*, zwanego także „edukatorem zdrowia" (ang. *health educator*). W Polsce zawód taki nie istnieje, choć były próby jego powołania i w niektórych szkołach wyższych kształci się profesjonalistów – promotorów i edukatorów zdrowia (Bik, Przewoźniak, 2005). Niezależnie od tego, czy zawód lub specjalność „edukator zdrowia" zostanie w Polsce wyodrębniony, istnieją pewne problemy z nazewnictwem. Obecnie termin „edukator" odnosi się do funkcji w systemie doskonalenia nauczycieli (s. 95), a jego synonimami są: „trener", „szkoleniowiec", „nauczyciel nauczycieli" (ang. *teacher trainer*). Edukator pracuje z osobami dorosłymi i jego zadania oraz kompetencje zostały ściśle określone (Pomianowska, Walkiewicz, 2005) i są odmienne od zadań osób prowadzących edukację zdrowotną. Z tego powodu używam tu zamiennie określenia: „prowadzący edukację zdrowotną", „realizator" lub „nauczający". W piśmiennictwie spotyka się też określenie „nauczyciel zdrowia".

W edukacji zdrowotnej uczestniczą świadomie lub nieświadomie różne grupy osób. Są jednak dwie grupy zawodowe – pracownicy medyczni oraz nauczyciele i inne osoby pracujące z dziećmi i młodzieżą, u których elementy edukacji zdrowotnej są lub powinny być wiązane z ich podstawową rolą zawodową. Pod względem kompetencji do edukacji zdrowotnej obie te grupy mają „mocne i słabe" strony:

– **Pracownicy medyczni** posiadają wiedzę medyczną, ale niedostateczna jest ich wiedza i umiejętności w zakresie metodyki uczenia się i nauczania. Często też zbyt wąsko rozumieją edukację zdrowotną, jako przekazywanie pacjentom rad i wskazówek, co powinni robić i jak zachowywać się w zdrowiu i chorobie, z wyraźną tendencją do: moralizowania, nadużywania techniki „straszenia", tworzenia dystansu (ekspert – laik);

– **Nauczyciele i inne osoby pracujące z dziećmi i młodzieżą** posiadają przygotowanie w zakresie dydaktyki, ale ich wiedza medyczna jest zwykle powierzchowna; większość nauczycieli ma poczucie niekompetencji w tym zakresie. Na postawy nauczycieli wobec edukacji zdrowotnej wpływa także silnie zakorzenione w społeczeństwie polskim przekonanie, że „od zdrowia jest służba zdrowia", czego efektem są niedostatki w przygotowaniu i gotowości nauczycieli do realizacji edukacji zdrowotnej.

Zmiana roli nauczającego i uczącego się

W ostatnich dekadach, w edukacji zdrowotnej, dokonały się znaczące zmiany ról i zachowań: prowadzącego zajęcia, czyli **nauczającego** – od eksperta do przewodnika (facilitatora)[13] i **uczącego się**: od postrzegania go jako „białej karty", „pustego naczynia", do uznania jego wiedzy i wcześniejszych doświadczeń jako podstawy do uczenia się oraz od roli biernej (nauczany) do czynnego uczestnictwa w uczeniu się.

[13] „Facilitator" jest terminem powszechnie używanym w języku angielskim. *Facilitation* – oznacza asystować uczącym, pomagać im osiągnąć ich własne cele.

Nauczający:

- jest przewodnikiem (doradcą, liderem, animatorem) uczących się
- nie wchodzi w rolę „eksperta" („mistrza"), który „musi wszystko wiedzieć"; ogranicza ocenianie, komentarze, narzucanie własnego zdania, ma odwagę powiedzieć: „nie wiem, ale sprawdzę i odpowiem" lub „nie wiem, sprawdźmy wspólnie", czyli ma prawo do niewiedzy oraz uczenia się od uczestników i razem z nimi
- organizuje uczenie się – stawia zadania, pytania, motywuje do pracy, kontroluje czas jej trwania
- posiada (i doskonali) umiejętność komunikowania się z ludźmi, tworzenia atmosfery bezpieczeństwa i zaufania
- umie zachować równowagę między ustalonym programem, a potrzebami uczących się (grupy lub poszczególnych jej członków)

Uczący się rozwija własne umiejętności:

- samodzielności w uczeniu się, wzbogacaniu doświadczeń
- akceptowania własnej odpowiedzialności za uczenie się
- rozumienia własnych potrzeb w zakresie uczenia się
- poznania własnego stylu uczenia się i preferencji sensorycznych
- odnoszenia zdobywanej wiedzy i umiejętności do własnej sytuacji i potrzeb
- budowania własnego systemu wsparcia w uczeniu się

Ważną rolą nauczającego jest **modelowanie pożądanych postaw i zachowań zdrowotnych**. Wynika to z teorii społecznego uczenia się, zgodnie z którą ludzie uczą się także przez obserwowanie zachowań innych, zwłaszcza osób znaczących dla danej jednostki (s. 116).

Kompetencje osób prowadzących edukację zdrowotną

Kompetencje osób prowadzących edukacją zdrowotną nie zostały dotychczas w Polsce formalnie określone. Próbę taką podjęto w stosunku do nauczycieli (ramka s. 163), w związku z wprowadzeniem ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna" i zobowiązaniem każdego nauczyciela do jej realizacji (*Propozycja...*, 2005, s. 112).

Przedstawione wyżej pożądane kompetencje nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej należy uznać za „optymalne". Nasuwają się jednak pytania: Na ile kompetencje te są osiągalne w najbliższej przyszłości? Jaka część nauczycieli zechce je uzyskać? Wyniki badań przeprowadzonych w latach 2002–2004, w różnych grupach nauczycieli w Polsce, wskazują, że około 55–60% nauczycieli ocenia, iż są dobrze lub bardzo dobrze przygotowani do realizacji edukacji zdrowotnej w szkole (Fedyn, 2005; Lewicki, 2005; Woynarowska, Małkowska, 2003). Czy ta wysoka samoocena kompetencji u ponad połowy nauczycieli jest obiektywna?

W edukacji zdrowotnej, zgodnie z koncepcją C. Rogersa (2002), za podstawowe **cechy osób prowadzących zajęcia**, ułatwiające komunikowanie i uczenie się, uznaje się **szacunek**, **empatię** i **autentyczność** (patrz ramka s. 164).

Pożądane kompetencje nauczycieli do realizacji edukacji zdrowotnej:

- Wiedza o:
  - zdrowiu i czynnikach je warunkujących
  - profilaktyce najczęstszych problemów zdrowotnych i społecznych dzieci i młodzieży,
  - procesie edukacji zdrowotnej w szkole i przedszkolu
  - promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem szkoły promującej zdrowie
- Umiejętności:
  - diagnozowania potrzeb uczniów w zakresie edukacji zdrowotnej i planowania na tej podstawie jej programu, z wykorzystaniem wiarygodnych źródeł informacji (programy autorskie lub wybór istniejących programów)
  - współdziałania w realizacji szkolnego programu edukacji zdrowotnej i programu profilaktyki
  - stosowania metod wspierających aktywność i uczestnictwo uczniów oraz tworzenia atmosfery sprzyjającej uczeniu się i dobremu samopoczuciu
  - motywowania uczniów do troski o zdrowie i wspierania ich w tych działaniach
  - ewaluacji procesu i wyników prowadzonej przez siebie edukacji zdrowotnej
- Postawa, którą charakteryzuje:
  - przekonanie, że zdrowie jest wartością dla człowieka oraz zasobem dla społeczeństwa
  - gotowość do tworzenia wzorców zachowań zdrowotnych dla uczniów
  - otwartość na potrzeby innych, empatia, autentyczność
  - gotowość do doskonalenia własnego zdrowia oraz umiejętności życiowych
  - gotowość do działań na rzecz tworzenia zdrowego środowiska pracy i nauki

Prowadzenie edukacji zdrowotnej wymaga od osób ją prowadzących **stałego doskonalenia własnych umiejętności komunikowania i budowania dobrych relacji z edukowanymi**. Szczególną uwagę należy zwrócić na: własny sposób wyrażania emocji, niewerbalnego komunikowania się, umiejętności aktywnego słuchania, przekazywania i przyjmowania informacji zwrotnych. Warto też zadbać o sposób wokalnego komunikowania, np.: natężenie i ton głosu, który łagodzi lęk i sytuacje stresowe, stanowi zachętę do pracy, odpowiednie tempo mówienia. Bardzo przydatna jest także znajomość zasad analizy transakcyjnej, ułatwiająca zrozumienie zachowań własnych oraz innych ludzi, a także relacji interpersonalnych[14].

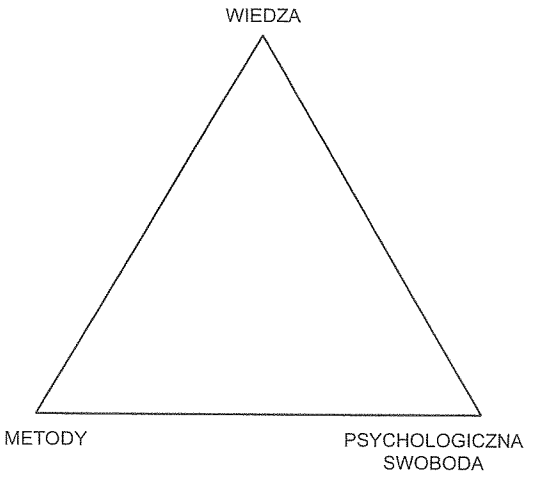
[14] Analiza transakcyjna jest kierunkiem psychoterapii grupowej i indywidualnej. Jej twórca E. Berne sformułował oryginalną teorię osobowości związaną z trzema stanami „Ja" (*self*) – Rodzic, Dziecko, Dorosły, uzupełnioną później o analizę transakcji międzyludzkich, prowadzenie gier i teorię skryptu. E. Berne (2002) *W co grają ludzie: psychologia stosunków międzyludzkich*, tłum. P. Izdebski, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN; A. Freed, M. Freed (1993) *Być przyjacielem i mieć przyjaciół*, tłum. E. Troczyńska, J. Troczyński, Warszawa, WSiP; M. James, D. Jongeward (1994) *Narodzić się, by wygrać*, tłum. A. Suchańska, Poznań, Dom Wydawniczy Rebis; R. Rogoll (1989) *Aby być sobą. Wprowadzenie do analizy transakcyjnej*, tłum. A. Tomkiewicz, Warszawa, PWN.

Osoba prowadząca edukację zdrowotną powinna mieć **poczucie kompetencji do podjęcia danego tematu**, tzn. posiadać wiedzę, znajomość metod i „swobodę psychologiczną" w danym obszarze tematycznym (patrz schemat s. 165). Termin „swoboda psychologiczna" oznacza, że posiadamy swobodę w: wykorzystaniu wiedzy, posługiwaniu się odpowiednią terminologią (np. nazwami związanymi z narządami płciowymi i seksualnością, które mogą wprawiać niektóre osoby w zakłopotanie), elastycznym stosowaniu różnych metod i technik, byciu z uczącymi się także w trudnych sytuacjach.

Podstawowe cechy ułatwiające komunikowanie i uczenie się:

- **Szacunek** – „bezwarunkowy, pozytywny stosunek" do każdej osoby, traktowanie jej jako człowieka, niezależnie od jej poglądów i zachowania. Okazujesz komuś szacunek, gdy:
  - poświęcasz mu swój czas i uwagę
  - przedstawiasz się mu i zapamiętujesz jego imię
  - aktywnie go słuchasz
  - unikasz przerywania lub równoczesnego rozmawiania z inną osobą
  - zadajesz pytania (raczej otwarte niż zamknięte)
  - unikasz krytyki lub oceniania
  - używasz prostego, zrozumiałego dla danej osoby języka
- **Empatia** – umiejętność spojrzenia na świat z punktu widzenia drugiej osoby i zrozumienia jej sposobu odczuwania. Możesz wyrazić swoją empatię, gdy:
  - śmiejesz się, gdy druga osoba śmieje się, irytujesz się, gdy ona się irytuje itd.
  - dzielisz się swoimi doświadczeniami z drugą osobą, w sposób uznany za odpowiedni (uważaj, aby nie skierować uwagi na siebie i nie zająć tym dużo czasu)
  - reagujesz na uczucia drugiej osoby, np. mówisz: „Musisz czuć się bardzo rozzłoszczony" lub „Wydajesz się być taki radosny" (uważaj, aby nie lekceważyć uczuć drugiej osoby np. mówiąc: „Nie powinieneś czuć się teraz smutny" lub „Zapomnij o tym, było-minęło")
- **Autentyczność** – oznacza, że człowiek jest postrzegany jako osoba, która mówi to co myśli; jest szczera i przekazuje zgodne informacje w formie werbalnej i niewerbalnej. Jesteś autentyczny, gdy:
  - opowiadasz szczerze o samym sobie
  - dzielisz się szczerze uczuciami
  - nie udajesz, że jesteś kimś innym niż w rzeczywistości
  - nie obiecujesz czegoś, czego nie możesz zagwarantować (np. nie mówisz: „Jestem pewien, że wszystko będzie w porządku")
  - nie przybierasz postawy obronnej
  - jesteś spójny w zachowaniach werbalnych i niewerbalnych
  - dotrzymujesz obietnic i umów

(Weare, Gray, 1996, s. 90)



6.2.3. Warunki, organizacja i klimat sprzyjające dobremu komunikowaniu i uczeniu się

Warunki, organizacja i klimat (atmosfera), w jakich odbywają się zajęcia grupowe i spotkania indywidualne („twarzą w twarz"), powinny zapewniać uczącym się komfort i poczucie bezpieczeństwa.

Praca z grupą

W praktyce edukacji zdrowotnej przeważają zajęcia w grupach. Umożliwiają one: wymianę doświadczeń, prezentację różnych punktów widzenia, zaspokojenie potrzeby kontaktu społecznego i uznania, generowanie nowych pomysłów, pokonanie nieśmiałości itd.

Prowadzący zajęcia pełni rolę lidera (facilitatora), który:
- pomaga członkom grupy w identyfikowaniu własnych potrzeb;
- pomaga stworzyć atmosferę, w której uczestnicy mogą być otwarci i ufać sobie wzajemnie;
- organizuje proces uczenia się, z zastosowaniem różnorodnych metod;
- oferuje swoją wiedzę i doświadczenie, ale bez narzucania ich innym;
- akceptuje wkład każdej osoby w proces uczenia się przez pozytywne wzmacnianie (indywidualne i grupowe).

Członkowie grupy:
- są aktywni – każdy może wybrać, na ile chce uczestniczyć, ile o sobie (swoich „mocnych i słabych" stronach) chce powiedzieć innym;

- mogą określić własne cele i potrzeby, mają wpływ na treści i przebieg zajęć;
- są zachęcani do przedstawiania nowych pomysłów;
- dzielą się doświadczeniami, wzajemnie wspierają się i współpracują.

Organizacja i warunki pracy grupy

Liczba osób w grupie nie powinna przekraczać 20. W małej grupie (8 lub mniej osób) jej członkowie mogą czuć się zbyt „eksponowani". W zbyt dużej grupie trudno jest wszystkich zaktywizować, mało aktywne są zwykle osoby nieśmiałe.

Czas trwania jednostki zajęć nie powinien przekraczać 1,5 godziny. Przy dłużej trwających zajęciach (warsztatach) niezbędne są dłuższe przerwy na posiłek. Urozmaicenie zajęć, wprowadzanie ćwiczeń i krótkich przerw zapobiega znużeniu i zmęczeniu.

Pomieszczenie, w których odbywają się zajęcia, powinno być zlokalizowane w miejscu zabezpieczonym przed hałasem zewnętrznym, a jego wygląd powinien być estetyczny. Wielkość i umeblowanie powinny umożliwiać: swobodne poruszanie się, przemieszczanie się uczestników, tworzenie i przekształcanie grup, wykonywanie ćwiczeń ruchowych, z muzyką, relaksacyjnych, przeprowadzanie różnych form zabaw, a nawet tańca, rozwieszanie prac itd.

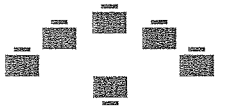
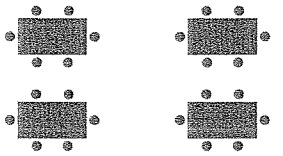
Ważną sprawą jest ustawienie **krzeseł**. Zależy ono od rodzaju zajęć, liczby uczestników i stosowanych metod. Szczególnie przydatne jest ustawienie ich w kręgu lub w półkolu.

Krąg 	Symbolizuje równość wszystkich uczestników (także prowadzącego), ułatwia integrację, sprzyja przyjaznej atmosferze w grupie, uczestnicy widzą się nawzajem, łatwiej jest rozmawiać
Półkole 	W centrum jest prowadzący zajęcia; inne zalety jak w kręgu

Warto zadbać, aby krzesła były wygodne, z oparciem podpierającym plecy w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, nie dochodzącym do łopatek oraz z podłokietnikami (przy długotrwałym siedzeniu i opuszczonych kończynach górnych dochodzi do napięcia mięśni karku i bólów pleców).

W niektórych sytuacjach korzystnie jest, gdy uczestnicy mogą korzystać ze **stolików**. Są one przydatne, gdy grupa ma do wykonania zadania wymagające pisania, rysowania lub układania, uczestnicy pracują z materiałami, robią dużo notatek. Mogą być różne warianty ustawienia stolików.

Przy pracy grupy w kręgu lub w półkolu korzystnie jest ustawić kilka stolików na zewnątrz krzeseł (np. w rogach sali), aby mogły z nich korzystać poszczególne podgrupy w czasie wykonywania niektórych zadań.

Półkole 	**Grupy stolików do pracy w małych grupach** 

Pomieszczenie powinno być **wyposażone** w tablicę, najlepiej typu „flip chart" oraz, w zależności od potrzeb, w rzutnik pisma, rzutnik multimedialny, magnetofon i inne pomoce, sprzęt i materiały piśmienne. Ważne jest, aby uczestnicy mogli rozwieszać w sali wytwory swojej pracy indywidualnej lub grupowej (np. rysunki, plakaty). Nadaje to pomieszczeniu cech ich „własnego" miejsca, ułatwia prezentację prac. W czasie zajęć i warsztatów trwających dłużej niż 3 godziny uczestnicy powinni mieć możliwość wypicia jakiegoś napoju i spożycia posiłku lub przekąski.

Tworzenie dobrego klimatu w grupie

Dobry klimat (atmosfera) sprzyjający **budowaniu zaufania**, **autentyczności** i **aktywności** jest podstawowym warunkiem skuteczności każdego uczenia się. W edukacji zdrowotnej jest to szczególnie ważne, gdyż mogą ujawniać się kwestie dotyczące osobistych i intymnych spraw poszczególnych uczestników, a także tematy drażliwe i kontrowersyjne dla niektórych osób.

Kluczową kwestią w tworzeniu życzliwego, wspomagającego uczenie się klimatu społecznego w grupie jest **styl liderowania**. Zależy on od cech i umiejętności lidera – osoby prowadzącej pracę z grupą, ale także od jej członków, zwłaszcza przy dłuższym cyklu zajęć. Na przykład w grupie o wysokiej motywacji do uczenia się najkorzystniej jest, gdy lider zachęca do uczestnictwa, a decyzje co do przebiegu pracy są podejmowane wspólnie z uczestnikami. Tak więc lider porusza się na kontinuum, na którego jednym krańcu jest styl autorytarny, na drugim uczestniczący[15]. Każdy z nich ma mocne i słabe strony.

styl autorytarny |——————————————————| styl uczestniczący

Styl autorytarny – dyrektywny. Lider grupy zachowuje się jak „kierownik", który jest ekspertem, uzyskuje akceptację grupy wykorzystując swój status, wiarygodność, wiedzę i doświadczenie:

- „mocne" strony – korzystny dla dzieci i osób wrażliwych (np. chorych, „zestresowanych") – czują się bezpiecznie, są uspokojeni;
- „słabe" strony – uczestnicy obawiają się podejmować własne działania, wyrażać własne poglądy, nie kształtują własnej odpowiedzialności za swoje decyzje i działania, w skrajnych przypadkach buntują się i odrzucają propozycje lidera.

[15] W piśmiennictwie istnieją różne propozycje podziałów stylów liderowania (przewodzenia lub kierowania). Patrz też: M. Pomianowska, B. Walkiewicz (2005).

Czynniki, od których zależy dobry klimat uczenia się w grupie:

- Czynniki fizyczne
  - pomieszczenie zapewniające komfort i odizolowane od zewnętrznych zakłóceń
  - sposób siedzenia umożliwiający kontakt wzrokowy ze wszystkimi uczestnikami
  - jasne, stymulujące otoczenie, dobre oświetlenie
  - czas zajęć wygodny dla uczestników i wystarczający dla realizacji zadań
- Czynniki psychospołeczne
  - odpowiedni styl liderowania
  - umiejętność kierowania pracą grupy
  - odpowiednia liczba uczestników
  - oderwanie się uczestników od codziennych problemów
  - negocjowanie zasad pracy w grupie
  - jasne określenie celów i oczekiwań
  - stałe śledzenie reakcji uczestników
  - konstruktywne przekazywanie informacji zwrotnych
  - właściwe wprowadzanie elementów humoru
  - wysoki poziom zaufania i współpracy
  - interakcje między wszystkimi uczestnikami
  - rozwiązywanie konfliktów pojawiających się w grupie w otwarty sposób

(Tones, Green, 2004, s. 303–304)

Styl uczestniczący – lider pełni rolę przewodnika (facilitatora), dzieli się rolą i zadaniami z członkami grupy. Okazuje im życzliwość, ciepło i empatię, zachęca do wyrażania uczuć; jest tolerancyjny i bezstronny wobec różnych poglądów. Posiada umiejętność konfrontacji różnych poglądów oraz rozwiązywania konfliktów. Ten styl liderowania ma szczególne znaczenie dla upodmiotawiania poszczególnych osób i jest szczególnie przydatny w promocji zdrowia:

– „mocne" strony – uczestnicy uczą się wierzyć własnym opiniom oraz szanować prawa i opinie innych osób;

– „słabe" strony – ujawnianie silnych emocji i doświadczanie dystresu przez uczestników, a także niekiedy przez lidera, z którymi trudno nieraz sobie radzić. Uczestnicy mogą mieć poczucie braku satysfakcji, gdyż nie otrzymują wskazówek i rad, których oczekiwali. W przypadkach tych należy im wyjaśnić, że lepiej, gdy sami, przez uczenie się dojdą do właściwych rozwiązań.

Zdaniem L. Ewles i I. Simnett (2003, s. 255–256) nie ma „dobrych" i „złych" stylów liderowania i większość liderów oscyluje między obu krańcami kontinuum. Powszechnie uważa się, że lepsze efekty uczenia się osiąga się przy stylu uczestniczącym, ale wyniki badań i doświadczenia nie zawsze to potwierdzają. Autorki te sugerują, że w rzeczywistości liderowanie jest bardzo złożonym procesem, zależnym od wielu czynników, takich jak:

- **Preferowany styl działania i osobowość lidera.** Na przykład: osoba, która chciałaby być postrzegana jako „ekspert" i specjalista może czuć się źle w roli facilitatora. Jeśli wejdzie w tę rolę bez odpowiedniego przygotowania, spowoduje wiele napięć w grupie;

- **Preferowany przez grupę styl liderowania.** Na przykład: członkowie grupy o małej pewności siebie wolą na początku autorytarnego lidera, przy którym czują się bezpiecznie. W miarę poznawania się, zwiększenia zaufania i swojej aktywności zaczynają akceptować styl uczestniczący;
- **Cele i zadania grupy.** Na przykład: gdy celem jest uzyskanie nowej umiejętności, bardziej pożądany jest autorytarny lider; gdy celem jest przedyskutowanie jakiegoś problemu, udzielenie wsparcia, poszukiwania rozwiązania, korzystniejszy jest uczestniczący styl liderowania;
- **Czynniki społeczno-kulturowe.** Na przykład: gdy grupa jest zróżnicowana pod względem statusu społecznego, osoby mniej wykształcone są mniej aktywne, gdyż mogą postrzegać się jako „gorsze".

Praktyczne wskazówki dotyczące zajęć w grupie

Planując zajęcia w grupie (warsztaty) należy wcześniej przekazać uczestnikom informacje dotyczące: programu, rodzaju, miejsca i czasu trwania zajęć, a także inne praktyczne wskazówki (np.: ubiór i obuwie zapewniające swobodę, dostępność posiłków, specjalne oczekiwania wobec uczestników). W czasie zajęć należy przestrzegać następujących zasad (jest to szczególnie ważne przy rozpoczynaniu nowego ich cyklu zajęć lub warsztatów):

1. Przekaż praktyczne informacje o organizacji zajęć, czasie ich trwania, przerwach, posiłkach itd.
2. Zacznij od wzajemnego poznawania się uczestników zaczynając od imion, poproś, aby uczestnicy zrobili dla siebie „wizytówki" i przypięli je; w kolejnych spotkaniach wprowadzaj nowe elementy poznawania się uczestników, w zależności od sytuacji i potrzeb grupy.
3. Wprowadź ćwiczenie w celu przełamania onieśmielenia uczestników.
4. Zachęcaj od początku każdego uczestnika do wypowiadania się na forum grupy.
5. Wyjaśnij cele zajęć (zapisz je na plakacie i rozwieś go w sali).
6. Zapytaj uczestników o ich oczekiwania. Ustosunkuj się do nich, jasno wyjaśnij, których nie będziesz mógł spełnić (w razie potrzeby, uzupełnij wcześniej zapisane cele zajęć).
7. Ustal z uczestnikami reguły pracy w grupie (zapisz je na plakacie i rozwieś go w sali) i czuwaj nad ich przestrzeganiem (przykład reguł podano w ramce, s. 170).
8. W zależności od sytuacji i potrzeb grupy wprowadzaj do zajęć ćwiczenia koncentracji, energetyzujące, relaksacyjne itd. (przykłady ich podano w *Aneksie*) i elementy zabawy[16] dobór ćwiczeń powinien być adekwatny do sytuacji i celu.
9. Zwracaj uwagę na oznaki niewerbalnego komunikowania się w grupie oraz właściwe przekazywanie informacji zwrotnych.
10. Dokonuj ewaluacji przebiegu swych zajęć oraz ich efektów i wyciągaj z nich wnioski dla doskonalenia swojego „warsztatu".

[16] Zabawa w działaniach edukacyjnych zyskała miano pedagogiki zabawy. Jest bardzo użyteczna w edukacji zdrowotnej. Istnieje wiele publikacji wydawanych przez Polskie Stowarzyszenie Pedagogów i Animatorów KLANZA. Patrz m.in.: Hofman (2005); Kędzior-Niczyporuk (2003).

Przykłady reguł pracy w grupie:	
Przykład nr 1	Przykład nr 2
Szanujemy się wzajemnie Nie oceniamy i nie krytykujemy innych Jesteśmy autentyczni Mamy do siebie zaufanie Zachowujemy dyskrecję Pomagamy sobie wzajemnie Rozumiemy emocje innych Nie przeszkadzamy innym swoim zachowaniem Nie stresujemy się Znamy swoje imiona	Uczestniczymy w zajęciach aktywnie i z zaangażowaniem Jesteśmy współodpowiedzialni za wyniki pracy Jesteśmy punktualni Słuchamy się wzajemnie Mówimy pojedynczo Wiemy, kiedy przestać mówić Nie przerywamy innym Sprzątamy po sobie salę Nie żujemy gumy Mamy prawo ustalać nowe reguły

Radzenie sobie z trudnościami

Na klimat pracy w grupie mają także wpływ jej uczestnicy. Prowadzący zajęcia mogą natrafić na różnorodne trudności związane z ich zachowaniem i powinni umieć je przewidywać i budować własne strategie radzenia sobie z nimi.

Kłopotliwą dla prowadzącego zajęcia może być **cisza** – nieodzywanie się uczestników w czasie zajęć. Czasem jest ona potrzebna, gdyż stwarza uczestnikom możliwość przemyślenia niektórych spraw. Aby „zabezpieczyć się" przed negatywnymi odczuciami związanymi z „zaleganiem" ciszy, warto w scenariuszu zajęć zaplanować czas poszczególnych ich elementów oraz przygotować „zapasowe" zadania lub ćwiczenia. Dobrym sposobem na przerwanie ciszy jest zachęcenie uczestników do pracy (dyskusji) w parach.

W czasie zajęć mogą się ujawnić wśród uczestników różne **negatywne reakcje emocjonalne**, np. złość, zdenerwowanie, płacz. Zdaniem L. Ewles i I. Simnett (2003) prowadzący zajęcia powinien postąpić w następujący sposób:

– dać sygnał, że je dostrzega („Widzę, że jesteś zdenerwowany");

– zapewnić, że każdy ma prawo okazywać emocje („Nie musisz być tym skrępowany");

– zaoferować możliwość rozmowy w grupie („Czy chciałbyś powiedzieć nam, co cię zdenerwowało?"), albo zachęcić taką osobę do wyjścia na pewien czas z zajęć w towarzystwie prowadzącego lub innego uczestnika („Czy chciałbyś, abyśmy wyszli na chwilę z sali?").

Należy unikać w takich sytuacjach wywierania presji i pozwolić danej osobie robić to, na co ma ochotę. Nie powinno się ignorować tego, że ktoś wyraża silnie swoje emocje, gdyż powoduje to napięcia i zakłopotanie wśród pozostałych członków grupy.

Osoba prowadząca zajęcia powinna zdawać sobie sprawę, że w grupie poszczególne osoby mogą pełnić różne role i mieć różną motywację do uczenia się. W grupie mogą znaleźć się w osoby, których **zachowania są trudne**, np. stale

narzucają innym swoje zdanie, zawsze z czymś się nie zgadzają, nadmiernie żartują lub odgrywają rolę błazna, atakują inne osoby, nieustannie przerywają innym, stawiają opór, zajmują się innymi sprawami (np. przyniesionymi materiałami) itd. Są także osoby, które pozostają bierne, „wyciszone". Jak proponują L. Ewles i I. Simnett (2003), w takich przypadkach trzeba zacząć od poszukiwania odpowiedzi na pytanie: „Dlaczego ludzie tak się zachowują?". Ustalenie przyczyny umożliwi podjęcie odpowiedniego działania. Można też oczekiwać, że w miarę upływu czasu, gdy ludzie lepiej poznają się i będą lepiej czuli się grupie, zmienią swoje zachowania. Praca w małych grupach stwarza grupie możliwości odpoczynku od zbyt dużo mówiących (stwarza także szansę włączenia się osób małomównych i nieśmiałych). W skrajnych przypadkach należy porozmawiać z taką osobą (poza grupą) i przedstawić swoje obserwacje i trudności. Doświadczenia własne wskazują, że można odwołać się do ustalonych wcześniej reguł pracy w danej grupie. Rozwijanie własnych umiejętności zachowań asertywnych ułatwia wybór strategii radzenia sobie z trudnymi zachowaniami niektórych członków grupy.

Praca z pojedynczymi osobami

Edukacja pojedynczych osób („twarzą w twarz") odbywa się w sposób naturalny, w bezpośrednich kontaktach z pracownikami medycznymi ludzi zdrowych (np. w czasie badań profilaktycznych, w kontaktach uczniów z pielęgniarką w szkole) i chorych (w szpitalu, przychodni). Zasady takiej edukacji omówiono w rozdz. 8.

Podejmowane są próby opracowania **programów edukacji zdrowotnej skoncentrowanej na jednostce** (ang. *individual centred approach*). Przykładem takiego programu jest alternatywna metoda edukacji zdrowotnej – poradnictwa zdrowotnego dla młodzieży w okresie dorastania „To jest Twoja decyzja". Została ona opracowana w Szwecji przez Elisabeth Arborelius (1992).W Polsce zaadaptowano ją do potrzeb szkół promujących zdrowie. Głównym celem programu jest pomoc uczniowi w:

– zdefiniowaniu pojęcia zdrowie, zrozumieniu własnego stosunku do zdrowia oraz uświadomieniu sobie jego wartości;

– określeniu własnych problemów zdrowotnych, opracowaniu strategii ich rozwiązywania oraz realizacji zadań zaplanowanych dla siebie przez każdego ucznia;

– umocnieniu wiary we własne siły.

Uczeń podejmuje dobrowolnie decyzję o uczestnictwie w programie, sam wybiera tematy, nad którymi chce pracować, aktywnie uczestniczy w definiowaniu i rozwiązywaniu własnych problemów. Osoba prowadząca zajęcia – „doradca zdrowia" respektuje potrzeby i oczekiwania ucznia, pomaga mu w określeniu własnych celów i sposobów ich osiągania, unika narzucania własnych pomysłów i rozwiązań, kierowania uczniem, oceniania podjętych przez niego decyzji. Cykl zajęć trwa około 2 miesięcy i obejmuje sześć spotkań – trzy indywidualne i trzy w małych grupach (5–6-osobowych).

Badania nad przydatnością i skutecznością tej metody, przeprowadzone w Szwecji (1986 r.), a także w Polsce (1992 r.), wykazały, że młodzież jest bardzo zainteresowana taką metodą pracy, tylko nieliczni ocenili ją negatywnie. U większości młodzieży

zwiększyła się wiedza dotycząca własnego zdrowia, a ponad połowa podała, że dokonała jakichś zmian w zachowaniach zdrowotnych. Słabą stroną tej metody jest jej czasochłonność, co ogranicza uczestnictwo dużej liczby uczniów w szkole. Może być ona wykorzystana w pracy z młodzieżą zagrożoną uzależnieniem, w ośrodkach socjoterapii itd.

W pracy z pojedynczymi osobami warunkiem dobrego kontaktu jest umiejętność komunikowania się, w tym szczególnie umiejętność aktywnego słuchania oraz odpowiednie komunikowanie niewerbalne (kontakt wzrokowy, mimika, ruchy ciała i gesty, ton głosu i tempo mówienia) oraz unikanie pośpiechu. Praca powinna się odbywać w pomieszczeniu zabezpieczonym od hałasu zewnętrznego, w warunkach zapewniających prywatność, eliminujących pośpiech i przerywanie ze strony innych osób. Warunkiem dobrego komunikowania się jest zapewnienie osobom w niej uczestniczącym optymalnej „architektury kontaktu":

- odpowiedni dystans fizyczny (odległość między osobami ok. 1–1,2 m)[17];
- siedzenie na tym samym poziomie, naprzeciw (nie bokiem, pod kątem prostym), co ułatwia kontakt wzrokowy;
- lekkie pochylenie ciała w stronę rozmówcy (wyraża gotowość do słuchania, sympatię);
- utrzymywanie kontaktu wzrokowego (ale bez patrzenia bez przerwy);
- „otwarta" pozycja ciała, bez „barier" takich jak biurko, „supły z ciała" (np. ręce skrzyżowane na piersi, noga założona na nogę);
- „dostrojenie się" do pozycji ciała, tempa mówienia i tonacji głosu rozmówcy.

- Podstawą nauczania i uczenia się jest proces komunikowania
- Osoby prowadzące edukację zdrowotną powinny: posiadać wiedzę na temat procesu komunikowania, odpowiednio dobierać rodzaje komunikatów (ostrożnie stosować technikę „straszenia"), rozumieć bariery w komunikowaniu oraz stale doskonalić własne umiejętności komunikowania się werbalnego i niewerbalnego
- Cechą współczesnej edukacji zdrowotnej jest zmiana roli uczącego się (od bierności do aktywności i brania odpowiedzialności za własne uczenie się) i nauczającego (od eksperta do przewodnika – facilitatora)
- Ważna rolą prowadzącego edukację zdrowotną jest modelowanie pożądanych postaw i zachowań zdrowotnych
- Dobrym relacjom z uczącymi się sprzyja szacunek, empatia i autentyczność
- Dobry klimat uczenia się zależy do wielu czynników fizycznych i psychospołecznych, w tym zwłaszcza od stylu liderowania

[17] Wyróżnia się cztery rodzaje dystansu między ludźmi: intymny (0–15 cm), dla osób blisko związanych ze sobą; osobisty – sfera bliższa (45–75 cm) – kontakty z kolegami, znajomymi, sfera dalsza (75–120 cm) – kontakty w pracy, szkole; społeczny – sfera bliższa (1,2–2 m) – w stosunku do osób mało znanych, w sklepie, urzędzie, sfera dalsza (2–3,6 m) – w stosunku do nieznajomych; publiczny (powyżej 3,6 m) – gdy mówimy do dużej grupy ludzi – E.T. Hall (1978) *Ukryty wymiar*, tłum. T. Hołówka, Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy, za: T. Garstka, J. Marszałek (2000) *Nauczyciel na starcie*, Warszawa, Wydawnictwo CODN, s. 55.

Pytania/Zadania

1. Na czym polega proces komunikowania i jakie jego rodzaje są wykorzystywane w edukacji zdrowotnej?
2. Jakie kompetencje i cechy powinna posiadać osoba prowadząca edukację zdrowotną?
3. Dokonaj samooceny własnych kompetencji i cech jako realizatora edukacji zdrowotnej.
4. Jakie czynniki wpływają na tworzenie w grupie klimatu sprzyjającego uczeniu się?
5. Na co należy zwrócić uwagę w edukacji zdrowotnej pojedynczych osób („twarzą w twarz")?

Literatura zalecana

Dobek-Ostrowska B. (2004) *Podstawy komunikowania społecznego*, wyd. II, Wrocław, Wydawnictwo ASTRUM.

Głodowski W. (2006) *Komunikowanie interpersonalne*, Warszawa, Wydawnictwo Hansa Communication.

McKay M., Davis M., Fanning P. (2005) *Sztuka skutecznego porozumiewania się*, tłum. A. Błaź, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Poradnik edukatora (2005), Owczarz M. (red.), Warszawa, CODN.

Taraszkiewicz M. (1998) *Jak uczyć lepiej? Czyli refleksyjny praktyk w działaniu*, Warszawa, CODN.

6.3. Metody wspomagania uczenia się

Termin „metoda" (gr. *methodos*) oznacza drogę, sposób postępowania. Rozważając, jakie metody mogą skutecznie wspierać proces uczenia się ludzi o zdrowiu i chorobach, należy brać pod uwagę różnorodne czynniki, w tym: liczbę i cechy uczących się, cele edukacji, umiejętności prowadzących zajęcia, warunki i organizację uczenia się oraz cały kontekst, w jakim się ono odbywa.

6.3.1. Rodzaje metod i technik uczenia się – nauczania

W tradycyjnej oświacie zdrowotnej wykorzystywano przede wszystkim **metody podające** (tzw. żywe słowo), których głównym celem było przekazywanie uczącym się informacji w formie werbalnej (wykład, prelekcja, pogadanka, odczyt) lub na piśmie (ulotka, broszura, plakat, wywieszka, gazetka ścienna). Istnieje wiele dowodów o niewielkiej skuteczności tych metod. Szczególnie mało przydatne jest tzw. bierne informowanie (np. przez rozwieszenie plansz lub szkolnych gazetek), które nie ma wpływu ani na zwiększenie zasobu wiedzy, ani na zmianę przekonań ludzi (Mikołajczyk, 1995).

Cechą współczesnej edukacji zdrowotnej jest dominacja **metod aktywizujących**. Niektórzy autorzy wyróżniają **metody interaktywne**, jako odrębną grupę lub odmianę metod aktywizujących. Podstawą do upowszechniania tych metod było stwierdzenie, że stopień zapamiętywania jest największy, gdy uczący się wykorzystuje

wiedzę i umiejętności w sytuacjach rzeczywistych lub zbliżonych do takich, z jakimi spotyka się w życiu. Stopień zapamiętywania jest najmniejszy, gdy uczący jest biernym odbiorcą informacji np. w czasie wykładu. Różnice w stopniu zapamiętywania przy stosowaniu różnych metod nauczania przedstawia się w postaci tzw. „piramidy zapamiętywania". Oto zestawienie według A. Mikiny i B. Zając (2004, s. 12)[18]:

	Stopień zapamiętywania
Wykład	5%
Czytanie	10%
Przekaz audiowizualny	20%
Demonstracja	30%
Dyskusja	50%
Ćwiczenie	75%
Transfer umiejętności do rzeczywistych sytuacji	90%

Cechy aktywizujących i tradycyjnych metod nauczania–uczenia się podano w tabeli 6.3.

Metody aktywizujące

W piśmiennictwie używa się różnych nazw pokrewnych w stosunku do terminu „metody aktywizujące": aktywne, uczestniczące, skoncentrowane na uczącym się, heurystyczne, poszukujące, problemowe, uczenie się przez doświadczenie. Zastosowanie tych metod umożliwia uczącym się podjęcie różnych form aktywności (Marszałek, 2004):

- sensorycznej – odbieranie bodźców zewnętrznych;
- motorycznej – ruchy ciała, przemieszczanie się;
- recepcyjnej – przekazywanie i przechowywanie informacji;
- werbalnej – posługiwanie się słowem;
- intelektualnej – procesy myślowe;
- emocjonalnej – związanej z przeżywaniem.

Istotą metod aktywizujących jest:

- przeniesienie akcentu z procesu nauczania na proces uczenia się
- uwzględnienie emocjonalnego aspektu tego procesu
- stwarzanie uczącym się przestrzeni do samodzielnego myślenia i działania

[18] Autorki powołują się na publikację: J. Cotton (1996) *Enterprise education experience, A manual for school based in-service training,* Durham, University Business School. „Piramidy zapamiętywania", w różnych modyfikacjach, zamieszczane są w wielu pracach, zwykle bez powołania się na źródło.

Należy rozróżniać dwa pojęcia (Klimowicz, 2005, s. 190):

- **Metoda nauczania** – „to racjonalnie zaplanowana przez nauczającego forma organizacji etapów procesu uczenia się. Metoda stwarza określoną sytuację i warunki, w których uczący podąża w jasno wyznaczonym kierunku, według wymaganych przez nauczającego założeń, by osiągnąć założony cel, jakim jest pewien zasób wiedzy i umiejętności";
- **Technika nauczania** – „to określony sposób praktycznego zastosowania metody (procedura, recepta, przepis) służący nie tyle nabywaniu przez uczących się nowej wiedzy i umiejętności, ile zdobywaniu sprawności posługiwania się nimi".

Tabela 6.3. Cechy aktywizujących i tradycyjnych metod nauczania – uczenia się (Kubiczek, 2005, s. 80)

Metoda aktywizująca	Metoda tradycyjna
Podmiotowość	
Uczestnicy są podmiotem w procesie uczenia się – podejmują decyzje dotyczące treści i formy uczenia się oraz przebiegu i ewentualnych modyfikacji tego procesu	Decyzje co do treści i formy nauczania podejmuje nauczyciel (prowadzący zajęcia), uczestnicy są przedmiotem jego oddziaływań
Indywidualne potrzeby (permanentna diagnoza)	
Uczestnicy uczą się tego, co służy uzupełnianiu ich indywidualnych deficytów wiedzy i umiejętności, odczuwanych jako indywidualne potrzeby rozwojowe	Może się **przypadkiem** zdarzyć, że jakaś część treści przekazywanych przez nauczyciela będzie odpowiadać części uczniów (słuchaczy)
Kontrakt (negocjacje)	
Treść i forma uczenia się jest ustalona w formie kontraktu wypracowanego przez nauczyciela i uczących się w trybie negocjacji. Kontrakt może ulegać zmianom uwzględniającym stan aktualnych potrzeb uczestników	Treść i forma nauczania są narzucone przez prowadzącego
Odpowiedzialność (wpływ)	
Uczestnicy biorą odpowiedzialność za treść, formę oraz efekty uczenia się, wywierając aktywny wpływ na wszystko, co dzieje się w grupie, przez doraźne wyrażanie potrzeb i modyfikowanie kontraktu	Uczestnicy nie mają wpływu na przebieg procesu nauczania i nie czują się odpowiedzialni ani za jego przebieg, ani za jego efekty

Tabela 6.3. cd.

Komunikacja (informacja zwrotna)	
Członkowie grupy wywierają wpływ na decyzje ich dotyczące poprzez utrzymanie stałej, wielostronnej komunikacji, odnoszącej się zarówno do własnych potrzeb, jak też treści i formy aktywności grupy oraz rzeczywistych efektów podejmowanych działań i wzajemnych relacji (informacje zwrotne)	Nie dopuszcza się komunikacji wykraczającej poza treść tematu realizowanego przez prowadzącego. Pojawienie się tego typu komunikacji traktowane jest jako zakłócenie aktywności prowadzącego
Doświadczenie*	
Uczenie jest efektem doświadczenia zarówno bieżącego, jak też analizy i porządkowania doświadczenia przeszłego oraz integracji i konceptualizacji całości dotychczasowego doświadczenia indywidualnego	Gotowe efekty analizy cudzego doświadczenia podawane jako teoria (koncepcja) do pamięciowego opanowania
Rola nauczyciela (prowadzącego zajęcia)	
Organizator procesu doświadczania, współplanujący wraz z grupą jej aktywność, koordynujący realizację wspólnego planu działania	Prowadzący jest mistrzem, źródłem wiedzy, ekspertem prezentującym gotowe koncepcje, osobą podejmującą wszelkie decyzje

* W piśmiennictwie polskim używa się terminu „doświadczenie" lub „doświadczanie" (patrz niżej – cykl uczenia się przez doświadczanie oraz Tiller (1999). Wynika to z różnych modeli uczenia się przez doświadczanie/enie, a także odrębności w tłumaczeniu terminu z jęz. ang. *experiental learning*.

W ramach jednej metody można zastosować różne techniki, a technika jest elementem metody, sposobem na zewnętrzną organizację zajęć. Istnieją różne klasyfikacje metod i technik aktywizujących, z wykorzystaniem różnych kryteriów podziału. W tabeli 6.4 podano przykład takiej klasyfikacji.

Metody interaktywne

Metody interaktywne polegają na **inicjowaniu procesu interakcji**, czyli wymiany myśli, dyskusji, zbierania informacji i doświadczeń w małej grupie lub interakcji uczących się z innymi osobami spoza grupy (np. rodzicami, specjalistami, przedstawicielami społeczności lokalnej). W czasie zajęć prowadzonych metodami interaktywnymi:

– uczący się uczą się od siebie nawzajem, stwarzając razem z prowadzącym zajęcia sytuacje edukacyjne;

– prowadzący zajęcia pełni głównie rolę organizatora procesu uczenia się (facilitatora);

– uczącym stwarza się możliwości stosowania strategii słownych zwanych **mową eksploracyjną**; termin ten (wprowadzony przez D. Barnesa, 1988) odnosi się do

Tabela 6.4. Klasyfikacja metod i technik aktywizujących (Klimowicz, 2005, s. 192)

Metoda i jej cele	Technika *
Dyskusja – kształtowanie umiejętności wzajemnego słuchania, formułowania argumentów, stawiania tezy, prezentowania swojego stanowiska, wyciągania wniosków	debata „za i przeciw" debata panelowa dyskusja punktowana metaplan poker kryterialny „sześć kapeluszy" wg de Bono akwarium
Wchodzenie w rolę – uczenie się empatii (rozumienia motywów różnych zachowań, wyrażania myśli i uczuć, rozumienia różnych postaw i zachowań), doskonalenie umiejętności komunikowania się i prezentacji swojego stanowiska	gry i zabawy dydaktyczne odgrywanie scenek przeprowadzanie wywiadów, ankiet symulacja techniki dramy
Analizowanie i rozwiązywanie problemów – kształtowanie umiejętności wnikliwej analizy sytuacji problemowej, ustalania priorytetów, poszukiwania rozwiązań	burza mózgów drzewo decyzyjne procedura „U" ranking diamentowy studium przypadku analiza SWOT
Uczenie się w małych zespołach – uczenie się współpracy, odpowiedzialności; doskonalenie umiejętności komunikowania się	puzzle sztafeta kula śnieżna plakat podsumowujący treść zajęć
Projekt – praktyczne wykorzystanie wiedzy i umiejętności, kształtowanie umiejętności: twórczego myślenia, podejmowania samodzielnych decyzji, planowania samodzielnej i grupowej pracy, rozwiązywania problemów, odpowiedzialności, samooceny, prezentacji wyników pracy itd.	łączy wiele metod i technik
Stacje zadaniowe – w zależności od przygotowanych zadań: kształtowanie umiejętności: wyszukiwanie informacji, ich analizowania, planowania pracy	łączą różne techniki, w zależności od rodzaju umiejętności
Portfolio (teczka) – kształtowanie umiejętności wyszukiwania i gromadzenia odpowiednich informacji, selekcji materiałów, systematyczności, samooceny.	portfolio tematyczne lub służące obserwacji rozwoju osób uczących się (praca indywidualna i grupowa)
Wizualizacja – kształtowanie umiejętności wydobywania kwintesencji z tekstu, doskonalenie umiejętności zapamiętywania, kojarzenia: uczenie właściwego rozumienia i interpretacji terminów i symboli	mapy myśli, mapy skojarzeń rysowanie ilustracji i komiksów sporządzanie plakatów układanie rebusów wystawa interaktywna

*Opis wymienionych w tabeli technik zawierają pozycje piśmiennictwa, wymienione dalej, jako literatura zalecana.

„głośnego myślenia", w którym występują częste wahania, błędne początki i zmiany kierunku, stawianie hipotez i ich weryfikowanie (najlepiej w grupie rówieśników);

– obowiązuje otwarty styl porozumiewania się, uczący czują się swobodnie, mają do siebie zaufanie.

Przykładem metod interaktywnych jest praca zadaniowa w małych grupach, metoda projektu, drama i techniki teatralne (Ostaszewski, 2005a).

Cykl uczenia się przez doświadczanie

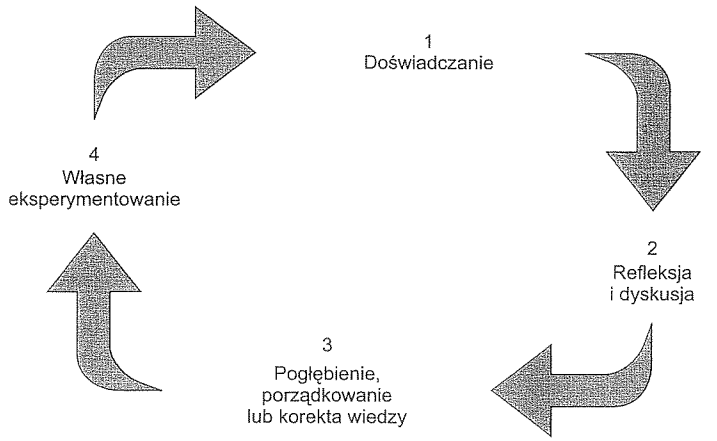
W edukacji zdrowotnej, oprócz stosowania metod aktywizujących i interaktywnych, powinno się uwzględniać cykl uczenia się przez doświadczanie (ang. *cycle of experiental learning*). Teoria uczenia się przez doświadczanie (empirycznego uczenia się) opracowana przez D.A. Kolba (1984) zakłada, że uczenie się jest procesem, w którym wiedza jest tworzona przez doświadczanie i jest wynikiem kombinacji, odbierania i przetwarzania przez jednostkę informacji płynących z własnego doświadczenia. Odbieranie i przetwarzanie doświadczenia tworzy czteroetapowy cykl uczenia się:

1. **Konkretne doświadczanie** (ang. *concrete experience*) – zdolność do pełnego zaangażowania się i otwarcie na nowe doświadczenia.
2. **Refleksyjna obserwacja** (ang. *reflective observation*) – zdolność do postrzegania tych doświadczeń i refleksji z różnych perspektyw, nadawanie im znaczeń, ocenianie.
3. **Abstrakcyjna konceptualizacja** (ang. *abstract conceptualization*) – zdolność do integrowania, uogólniania obserwacji, zależności, tworzenia logicznych teorii.
4. **Aktywne eksperymentowanie** (ang. *active experimentation)* – zdolność do wykorzystania tych teorii w podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów – aktywne testowanie tych teorii w nowych sytuacjach; dostarcza ono nowych doświadczeń i w ten sposób zostaje zapoczątkowany nowy cykl.

„Idealny" cykl uczenia się rozpoczyna się od doświadczania i osoba w nim uczestnicząca przechodzi przez kolejne etapy – refleksję, myślenie i działanie. Potrafi w pełni i otwarcie włączać się w nowe doświadczenia, obserwować je i analizować z różnych perspektyw, tworzyć teorie, które integrują obserwacje w logiczną całość, oraz wykorzystać te teorie w praktyce. Ideał ten jest jednak trudny do osiągnięcia, gdyż wymaga od osoby uczącej się umiejętności przeciwstawnych sposobów funkcjonowania: konkretnego i abstrakcyjnego odbierania doświadczenia oraz refleksyjnego i aktywnego przetwarzania go (przechodzenie od aktora do obserwatora, od specyficznego zaangażowania do ogólnego analitycznego oderwania się od działania).

Cykl uczenia się przez doświadczanie wykorzystywany w planowaniu i prowadzeniu zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej przedstawia ryc. 6.4.

Etap 1. Doświadczanie – ćwiczenia, w których uczący się jest aktywny, wykonuje konkretne zadanie samodzielnie lub w małej grupie, przeżywa jakieś sytuacje, odwołując się do własnych zasobów wiedzy, doświadczeń, obserwacji (uczenie się na podstawie własnych odczuć).



Ryc. 6.4. Cykl uczenia się przez doświadczanie wykorzystywany w edukacji zdrowotnej

Etap 2. Refleksja i dyskusja – autorefleksja i dyskusja w grupie na temat wyników ćwiczenia – wymiana opinii, wyrażanie uczuć (uczenie się przez słuchanie innych i obserwację).

Etap 3. Pogłębianie, porządkowanie lub korekta wiedzy – wykład, przeczytanie tekstu lub fragmentu podręcznika. Zalecane są krótkie, podsumowujące „miniwykłady" (5–10 min), zawierające najważniejsze, uporządkowane informacje (uczenie się przez logiczne analizowanie i myślenie).

Etap 4. Własne eksperymentowanie – uczący się planuje, jak wykorzystać uzyskaną wiedzę lub nowe umiejętności i próbuje je zastosować w codziennym życiu (eksperymentuje). Pozwala mu to określić nowe potrzeby i problemy, przygotować się do nowych doświadczeń, czyli rozpocząć cykl uczenia się od początku (uczenie się przez działanie).

Ten sposób uczenia się zakłada, że nowa wiedza i umiejętności są tworzone w wyniku transformacji własnych doświadczeń uczącego się i umiejscawia proces uczenia się w obszarze jego potrzeb i zainteresowań. Ważne jest, aby uczący się był w pełni gotowy i otwarty na nowe doświadczenia oraz miał poczucie własnego, aktywnego w nim udziału, a prowadzący zajęcia był jego przewodnikiem w uczeniu się, a nie ekspertem. Warunkiem skuteczności uczenia się jest:

– zachowanie całego cyklu (4 etapów);

– umożliwienie uczącym się na zakończenie zajęć zaplanowanie ich własnych działań (eksperymentu);

– uwzględnianie indywidualnych różnic w stylach uczenia się.

6.3.2. Zasady doboru metod i technik uczenia się – nauczania

Dobór metod i technik w edukacji zdrowotnej zależy od wielu czynników, wśród których można wyróżnić trzy podstawowe kryteria: **cele** (s. 107), **wielkość grupy** i **indywidualne cechy uczących się** (w tym zwłaszcza wiek, preferencje sensoryczne, style uczenia się, inteligencja).

Wielkość grupy

Prowadzenie zajęć w grupach kilkunastoosobowych umożliwia zastosowanie większej liczby i różnorodności metod oraz powoduje większy stopień uczestnictwa osób uczących się.

Wiek

Edukacja zdrowotna jest procesem występującym, z różnym nasileniem, w okresie całego życia człowieka. Dobór metod i strategii edukacyjnych musi być dostosowany do rozwoju poznawczego, aktywności, doświadczeń, pełnionych ról i potrzeb w danym okresie życia.

Dzieci i młodzież

Zdolność do uczenia się, w tym także o zdrowiu i chorobie, zależy od wieku i etapu rozwoju dziecka. Zmiany w rozwoju poznawczym dziecka wyjaśniają różne teorie psychologiczne, w tym zwłaszcza teoria J. Piageta (1962). Zakłada ona, że każde dziecko przechodzi przez takie same stadia rozwoju poznawczego i w takiej samej kolejności (tab. 6.5). Koncepcja ta, mimo kwestionowania jej pewnych aspektów przez niektórych badaczy, może być brana pod uwagę w doborze metod i technik w edukacji zdrowotnej.

Teoria J. Piageta stanowiła także podstawę **konstruktywistycznej teorii uczenia się**[19], która zakłada, że:

– uczenie się jest aktywnym procesem budowania nowej wiedzy, z wykorzystaniem posiadanej już wiedzy i doświadczeń;

– dzieci konstruują wiedzę aktywnie tzn. poznają swe otoczenie, budują osobiste rozumienie świata, modyfikują poprzednie pomysły w wyniku własnych działań; nawet małe dzieci myślą, obserwują, rozumują, analizują dane, wyciągają wnioski, eksperymentują, rozwiązują problemy i szukają prawdy i są w tym podobne do naukowców;

– uczenie zachodzi w społecznym kontekście podczas wymiany poglądów, gdy istnieje możliwość dyskusji grupowej, nieskrępowanego dialogu, wspólnego wypracowywania strategii działania i autonomii uczących się.

[19] Szersze omówienie założeń i wykorzystania tej teorii patrz: R. Michalak (2005) *Kostruktywistyczna perspektywa założonego modelu edukacji elementarnej*, w: *Edukacja elementarna Zeszyt I – Podstawy teoretyczne wybrane zagadnienia*, K. Lubomirska (red.), Warszawa, CODN, s. 101–110.

Tabela 6.5. Okresy rozwoju poznawczego dziecka wg J. Pigeta (1962) a dobór metod i technik w edukacji zdrowotnej

Etap	Ogólna charakterystyka rozwoju	Metody i techniki w edukacji zdrowotnej
Sensomotoryczny (od urodzenia do około 2 lat)	Wiedza o świecie oparta na kontaktach z innymi ludźmi i przedmiotami	Dziecko jest podmiotem oddziaływań (pielęgnacji) innych osób; stopniowo naśladuje ich pewne zachowania, w tym także związane ze zdrowiem
Przedoperacyjny (2–6 lat)	W poznawaniu świata dziecko zaczyna używać symboli – słów i liczb. Nie potrafi jeszcze rozwiązywać problemów przedstawionych za pomocą symboli	Kształtowanie podstawowych umiejętności troski o ciało, bezpieczeństwo, w powiązaniu z codziennymi czynnościami i w formie zabaw. Wykorzystanie rysunku, a także techniki „Narysuj i napisz". Rozwijanie umiejętności psychospołecznych
Operacji konkretnych (6–11 lat)	Operacje umysłowe, z wykorzystaniem posiadanej wiedzy umożliwiają rozwiązywanie problemów związanych z konkretnymi przedmiotami lub sytuacjami	Możliwość wykorzystania coraz większej liczby metod i technik, odwołujących się do konkretnych sytuacji, zachowań i przeżyć dziecka, z elementami pracy w małych grupach. Wzrastające możliwości wprowadzania zadań wymagających sprawnego pisania i czytania. Wykorzystanie techniki „Narysuj i napisz"
Operacji formalnych (od 12 lat do dorosłości)	Operacje umysłowe wyższego rzędu umożliwiają logiczne rozumowanie, dotyczące nie tylko konkretnych przedmiotów, lecz także pojęć abstrakcyjnych i wydarzeń hipotetycznych	Możliwość wykorzystania większości dostępnych metod i technik, w tym także metody projektu i portfolio. Możliwość edukacji rówieśniczej

Teoria ta może stanowić podstawę teoretyczną dla edukacji zdrowotnej. Uzasadnia konieczność tworzenia w szkolnej edukacji zdrowotnej warunków do aktywnego uczestnictwa uczniów oraz prowadzenia zajęć zgodnie z cyklem uczenia się przez doświadczanie (Sokołowska, 2005).

Ze względu na zmiany w rozwoju poznawczym dziecka, pojawiła się koncepcja **spiralnego programu nauczania**, która zakłada uczenie się od prostych form i powracania do danych tematów w kolejnych latach życia, z rozszerzaniem zakresu treści i metod. Oznacza to, że nie ma tematów raz na zawsze „przerobionych", lecz powraca się do tych samych tematów na różnych poziomach edukacji, zwiększając

zakres informacji i umiejętności, z dostosowaniem metod do możliwości percepcyjnych i zainteresowań dzieci w różnym wieku. Nowe informacje i umiejętności nakładają się na zdobyte wcześniej. Potrzeba spiralnego programu w edukacji zdrowotnej wynika także ze zmian w rozwoju biologicznym i psychospołecznym dzieci, a tym samych wciąż nowych ich potrzeb i zainteresowań.

Ludzie dorośli

Proces uczenia się ludzi dorosłych i ich potrzeby w tym w zakresie oraz metody uczenia się są odmienne niż u dzieci i młodzieży. Zagadnienie to jest przedmiotem zainteresowania andragogiki[20]. Wśród odrębności uczenia się dorosłych wymienia się następujące cechy (Pierścieniak, 2005, s. 26–28):

– dorośli rozpoczynają uczenie się z „bagażem" własnej wiedzy, opinii, przekonań i nawyków; nowe treści i umiejętności zostaną przyswojone, pod warunkiem odniesienia ich do już posiadanego doświadczenia; dorośli mają tendencję do ciągłego oceniania przydatności tego, czego się uczą;

– dorośli obserwują zachowania innych dorosłych oraz oceniają, które doświadczenia innych mogą pomóc osiągnąć im ich własne cele;

– dorośli nie przyjmują informacji lub nie uczą się nowych umiejętności bezkrytycznie, lecz poddają je wewnętrznej weryfikacji i przyjmują tylko to, co uznają za użyteczne;

– edukacja dorosłych powinna być elastyczna, uwzględniać ich oczekiwania, prowokować do indywidualnej lub zespołowej dyskusji nad propozycją prowadzącego zajęcia;

– motywacja dorosłych do uczenia się zależy od pozytywnych emocji; warunkiem ich osiągnięcia jest równowaga między poziomem kompetencji uczących się a stawianymi im wymaganiami: jeśli poziom kompetencji jest większy od wymagań, pojawia się nuda, gdy wymagania przerastają możliwości uczącego, pojawia się lęk.

Zdaniem K. Tonesa i J. Greena (2004, s. 297) **w edukacji zdrowotnej dorosłych** należy brać pod uwagę, że:

– dorośli czują się odpowiedzialni za własne uczenie się;

– dorośli mają wiele doświadczeń życiowych i należy je wykorzystywać w procesie uczenia się;

– gotowość do uczenia się zależy od ról, jakie pełnią ludzie dorośli i radzenia sobie z sytuacjami w codziennym życiu;

– dorośli jasno określają swoje potrzeby uczenia się i raczej starają się je szybko zaspokoić, bez odkładania „na później";

– dorośli mają wewnętrzną motywację do uczenia się i jest ona związana z radzeniem sobie z sytuacjami w codziennym życiu.

Powszechnie uważa się, że najbardziej przydatną formą edukacji ludzi dorosłych są warsztaty. Należy jednak pamiętać, że dorośli są grupą bardzo zróżnicowaną

[20] Andragogika, zwana także pedagogiką dorosłych, zajmuje się analizą i opisem rzeczywistości oświatowej w środowisku ludzi dorosłych oraz jej uwarunkowaniami. Specyfikę nauczania i uczenia się dorosłych omówiono m.in. w książce: Matlakiewicz, Stolarczyk-Szewc (2005).

i metody oraz techniki edukacji zdrowotnej (pracy w grupach i indywidualnej) powinny być dostosowane do ich poziomu wykształcenia oraz statusu społecznego. Szacuje się, że około 20% ludzi dorosłych nie osiąga pełnego rozwoju operacji formalnych i zdolności do myślenia abstrakcyjnego (Tones, Green, 2004, s. 296). Część ludzi dorosłych ma trudności w czytaniu ze zrozumieniem. Doświadczenia własne w prowadzeniu zajęć z pracownikami obsługi w szkołach wskazują, że osoby te mają trudności w wykonywaniu zadań związanych z pisaniem, rysowaniem i prezentacją wyników prac grupowych. Wymaga to doboru metod prostych, łatwych, planowania mniejszej liczby zadań, poświęcanie na ich wykonywanie dłuższego czasu (planowanie czasu „z nadmiarem"), tworzenia grup złożonych z osób o zbliżonym statusie społecznym.

Szczególnie trudnym zadaniem jest prowadzenie edukacji zdrowotnej osób i grup znajdujących się w **trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej**. W pracy z takimi grupami, w doborze treści i metod należy zwrócić uwagę na (Kawczyńska-Butrym, 2001, s. 57):

– aktualne realia życia, warunki bytowe, lokalną tradycję;

– rzeczywiste zagrożenia (np. bezrobocie, zaniedbania higieniczne);

– subiektywne zagrożenia zdrowia uczestników programów edukacyjnych i werbalizowane przez nich potrzeby w zakresie zdrowia;

– świadomość zdrowotną (s. 73) i wiedzę o zdrowiu.

Specyficzną grupą są także **ludzie starsi**. Na ich zdolność do uczenia się wpływają zmiany neurofizjologiczne w mózgu, w tym zwłaszcza: zmniejszenie pojemności mózgu, rozmiarów neuronów, liczby wyrostków dendrytycznych, synaps, ilości neurotransmiterów; zmniejszenie zużycia tlenu przez mózg, obecność płytek starczych[21]. Efektem tych zmian mogą być różne zmiany w funkcjonowaniu ludzi starszych, które należy brać pod uwagę w prowadzeniu ich edukacji zdrowotnej:

– upośledzenie uwagi – łatwo ulega rozproszeniu pod wpływem bodźców wewnętrznych i zewnętrznych, trudności w skupieniu się w stanach silnego pobudzenia;

– pogorszenie pamięci – dłuższy czas przypominania sobie określonych informacji, trudności w zapamiętywaniu (potrzeba większej liczby powtórzeń, mniejszych „porcji" informacji);

– mniejsza zdolność do wykonywania wielu zadań w tym samym czasie oraz rozwiązywania problemów (planowanie czasu na uczenie się z „nadmiarem");

– wydłużenie czasu reakcji, zaburzenie orientacji wzrokowo-przestrzennej, koordynacji ruchowej (należy brać to pod uwagę planując ćwiczenia ruchowe i zabawy);

– przytępienie słuchu – trudności w rozumieniu słów, słyszeniu w hałasie (konieczność głośniejszego mówienia), zmniejszenie ostrości wzroku (potrzebne dobre oświetlenie).

Doświadczenia Uniwersytetów Trzeciego Wieku wskazują, że ich słuchacze – seniorzy oczekują od wykładowców stwarzania im możliwości swobodnych wypowiedzi i praktycznych zajęć. Chcą wyjaśniać ewentualne wątpliwości, zadawać pytania,

[21] G.N. Martin (2001) *Neuropsychologia*, tłum. J. Gielecki, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

nierzadko angażują się emocjonalnie. U osób prowadzących zajęcia wysoko cenią komunikatywność i zrozumiały sposób przekazywania trudnych treści oraz nawiązywanie bliskich, bezpośrednich kontaktów, cenią sobie atmosferę panującą na zajęciach. Cenne wskazówki dotyczące organizacji i metod pracy z ludźmi starszymi przedstawiła Z. Zaorska (1997).

Preferencje sensoryczne

Istnieją indywidualne różnice w sposobie odbierania i reagowania na informacje przekazywane kanałem wzrokowym, słuchowym lub kinestetycznym. Sposób ten decyduje o tym, jak odbieramy świat, jakie informacje najlepiej spostrzegamy i pamiętamy oraz o osobistej strategii uczenia się, a także stylu komunikowania się z innymi:

- **Wzrokowcy** – lubią uczyć się przez patrzenie, obserwację; preferują tabele, wykresy, uporządkowane teksty, lubią robić notatki, listy rozwiązań, wpatrywać się w coś, rysować.
- **Słuchowcy** – wolą słuchać innych (często powtarzają po cichu wypowiadane słowa), lubią sami dużo mówić (rozmawiają ze sobą, „głośno" myślą), nie zwracają uwagi na szczegóły, niewiele korzystają z pokazów, demonstracji, wykresów.
- **Kinestetycy** – lubią ruch i dotyk, muszą się poruszać („wiercić"), czymś manipulować, gestykulować, lubią uczyć się przez wykonywanie i zaangażowanie (najlepiej pamiętają to, co sami wykonali).

Są także osoby o mieszanym typie preferencji np. wzrokowo-kinestetycznej.

Aby rozpoznać preferencje sensoryczne uczących się można przeprowadzić z nimi rozmowę lub też zaobserwować ich zachowania, a zwłaszcza sposób mówienia i mowę ciała[22]. Różnice w preferencjach sensorycznych mogą utrudniać komunikację między ludźmi także w procesie uczenia się – nauczania. Do określenia tego zjawiska używa się terminu „kolizje sensoryczne". Osoba prowadząca zajęcia w edukacji zdrowotnej powinna być świadoma własnych preferencji sensorycznych, gdyż zgodnie z nimi dobiera metody pracy. Na przykład słuchowiec preferuje wykłady, dyskusje i inne formy, w których dominuje mówienie i słuchanie.

Style uczenia się

Ludzie mają różne style uczenia się, uwarunkowane czynnikami genetycznymi, doświadczeniami i wymaganiami dotychczas im stawianymi. Niektórzy autorzy uważają, że synonimem stylu uczenia się jest strategia uczenia się, inni rozróżniają oba pojęcia, uważając że styl uczenia jest czymś stałym, „automatycznym", podczas gdy strategie uczenia się są zależne od sytuacji i polegają na świadomym wyborze alternatyw. Zdaniem R. Schmecka (1988; za: Wszeborowska-Lipińska, 1997) **styl uczenia się jest to predyspozycja do wyboru pewnych strategii uczenia się**. Style uczenia traktowane są jako szczególny przypadek stylów poznawczych.

[22] Dostępne są różne testy do badania preferencji sensorycznych. Przykład takiego testu patrz: K. Koszewska (2005) *Specyfika nauczania dorosłych*, w: *Poradnik edukatora*, M. Owczarz (red.), Warszawa, CODN, s. 284.

Istnieją różne propozycje podziałów stylów uczenia się. Jednym z najczęściej przytaczanych w piśmiennictwie jest podział zaproponowany przez D.A. Kolba (1981). Przyjął on, że styl uczenia zależy od preferowania przez daną osobę poszczególnych etapów cyklu uczenia się przez doświadczanie (s. 178) i wyróżnił cztery style uczenia się. Każdy z nich łączy właściwości dwóch etapów tego cyklu. Niżej podano ogólną charakterystykę każdego stylu oraz mocne i słabe strony osób preferujących dany styl uczenia się[23].

Styl dywergencyjny – uczenie się przez konkretne doświadczanie oraz refleksyjną obserwację (analitycy, kontemplatorzy, typ refleksyjny); uczeniu takiemu sprzyja: praca w grupie, otrzymywanie informacji zwrotnych, możliwość przygotowania się do aktywności, jej przemyślenia i przeanalizowania.

Osoba preferująca dywergencyjny styl uczenia się (analityk)	
Mocne strony	**Słabe strony**
Ma rozwiniętą wyobraźnię i intuicję	Traci dużo czasu zanim zacznie
Angażuje się emocjonalnie w to, co wykonuje	Niezbyt dobrze organizuje pracę, pracuje zrywami, nie lubi dokładnych rozkładów zajęć
Dostrzega wiele alternatyw	Zapomina o ważnych szczegółach i sprawach
Znajduje twórcze rozwiązania	Może być mało krytyczna w stosunku do własnych pomysłów
Patrzy całościowo, postrzega sprawy z dystansu	Łatwo wpada w rozterki
Dostrzega możliwe korzyści	Ma trudności w podejmowaniu decyzji w sytuacjach, gdy jest wiele alternatyw
Słucha innych i dzieli się opiniami	Nie robi notatek i klasyfikacji materiału
Rozpoznaje objawy stresu	Może nie być asertywna w stosunku do nauczyciela i rówieśników

Styl asymilacyjny – w uczeniu się dominuje refleksyjna obserwacja oraz abstrakcyjna konceptualizacja; są to osoby uczące się analitycznie/logicznie (teoretycy); uczeniu sprzyjają: wyraźnie określone cele i zadania, czytanie, wykorzystanie modeli, oraz możliwość wszechstronnego przeanalizowania ich treści.

[23] W wielu publikacjach polskich, wyróżnionym przez D.A. Kolba stylom uczenia się przypisuje się różne, często uproszczone nazwy. W niniejszym opracowaniu, oprócz oryginalnej publikacji D.A. Kolba (1981), wykorzystano także materiały przygotowane przez G. Gray i A. Payne z Uniwersytetu w Southampton i zaprezentowane na warsztatach dla nauczycieli szkół promujących zdrowie w Polsce, w 1994 r. (tłum. B. Woynarowska).

Osoba preferująca asymilacyjny styl uczenia się (teoretyk)	
Mocne strony	**Słabe strony**
Gromadzi fakty, przegląda modele i dostępne źródła	Potrzebuje zbyt wiele dowodów, zanim rozpocznie pracę, wyrazi opinię
Formułuje teorie i koncepcje (nie jest zainteresowana praktycznym zastosowaniem teorii), poszukuje związków między koncepcjami, rozważa alternatywy	Zbyt „grzęźnie" w teorii
Jest dobrze zorganizowana, dokładna, planuje pracę	Wolno podejmuje ryzyko – zbyt ostrożna
Określa jasne cele, zadania, wybiera priorytety	Ma tendencje do bycia mało twórczą, lubi posługiwać się znanymi sposobami
Ocenia prawdopodobieństwo, wykorzystuje swe doświadczenia	Nie wierzy odczuciom tylko logice
Dobrze pracuje sama	Dewaluuje uczucia swoje i innych
	Nie jest dobra w dyskusjach grupowych
	Nie bierze pod uwagę stresu własnego i innych
	Zatrzymuje problemy w „sobie"

Styl konwergencyjny – w uczeniu dominuje abstrakcyjna konceptualizacja i aktywne eksperymentowanie; są to osoby uczące się przez „zdrowy rozsądek" i praktykę (pragmatycy); uczeniu sprzyja: możliwość praktycznego zastosowania określonych zagadnień – wypróbowania, przećwiczenia, eksperymentowania.

Osoba preferująca konwergencyjny styl uczenia się (pragmatyk)	
Mocne strony	**Słabe strony**
Uważa, że problemy są „normą" i należy je rozwiązywać	Nie jest ostrożna w działaniach, jest pewna siebie
Gromadzi fakty i informacje, sprawdza różne możliwości, starannie zapoznaje się z instrukcjami	Uważa, że najlepszy jest jej sposób
Podejmuje różne próby	Jest mało otwarta na nowe pytania
Dobrze określa cele i planuje działania	Ma małą wyobraźnię, jest zaabsorbowana szczegółami
Dobrze organizuje czas i ma go dla różnych spraw, wykonuje zadania na czas	Zadania są ważniejsze niż ludzie
Nie popada w rozterki	Niecierpliwa wobec opinii innych
Dobrze pracuje, gdy jest niezależna	Nie docenia osobistych uczuć
	Potrzebuje kontroli i robi to sama
	Bardziej koncentruje się na pracy niż na jej wynikach i nie interesuje się ich prezentacją

Styl akomodacyjny – w uczeniu dominuje aktywne eksperymentowanie i konkretne doświadczanie: są to osoby uczące się dynamicznie/entuzjastycznie, przez samoodkrywanie, metodą prób i błędów (empirycy); uczeniu się sprzyja: praca w grupie, zwłaszcza gdy mogą pełnić funkcje lidera.

Osoba preferująca akomodacyjny styl uczenia się (empiryk)	
Mocne strony	**Słabe strony**
Lubi angażować się w nowe doświadczenia, podejmować ryzyko	Nie planuje i nie organizuje dobrze pracy, nie stawia celów
Dobrze radzi sobie w sytuacjach niezaplanowanych, chętnie próbuje nowych rozwiązań	Impulsywna, „pędzi" bez zastanawiania się
Całkowicie oddana sprawie, gdy ją interesuje, wciąga innych i „zaraża" ich entuzjazmem	Odkłada sprawy na ostatnią chwilę
Dobrze pracuje z innymi, prosi o pomoc, przyjmuje pomysły	Próbuje wielu rzeczy równocześnie
Zadaje pytania i zgłasza się jako ochotnik do nowych spraw	Nie wykonuje zadań do końca
Bardzo aktywna, reaguje z werwą i fantazją	Nie jest dobra w pracy nad priorytetami
Preferuje metody uczenia się umożliwiające swobodną aktywność	Może zgubić się w szczegółach
	Zmienna, może sprawiać trudności osobom, z którymi żyje
	Wymagająca wobec przyjaciół
	Nie sprawdza, czy wykonała zadania do końca

Każdy człowiek preferuje jakiś „najlepszy" dla siebie styl uczenia się, ale większość ludzi wykorzystuje w uczeniu się różne elementy każdego stylu. Należy zachęcać prowadzących edukację zdrowotną do określenia własnego stylu uczenia się oraz kształtowania umiejętności identyfikowania odrębności w stylach uczenia się ludzi, z którymi pracują[24].

Rodzaje inteligencji

Sposób uczenia się jest uzależniony od poziomu inteligencji oraz jej rodzaju. Zagadnienie to omówiono w rozdz. 4, s. 119. Istnieją propozycje rozwijania poszczególnych rodzajów inteligencji oraz sposobu orientacyjnego określania indywidualnego jej wzoru (inteligogramu) lub profilu wielorakiej inteligencji (Taraszkiewicz, Colin, 2006).

6.3.3. Akcje i konkursy w edukacji zdrowotnej

Tradycyjnymi, ale wciąż bardzo rozpowszechnionymi formami popularyzowania wiedzy o zdrowiu i zachowaniach zdrowotnych są różnorodne działania akcyjne – festyny, pokazy, imprezy, a przede wszystkim konkursy i olimpiady. Zbyt często są traktowane jako podstawowa, a niekiedy jedyna forma edukacji zdrowotnej.

Działania akcyjne mają charakter jednorazowy i krótkotrwały. Często nie określa się precyzyjnie ich celów i nie sprawdza się ich skuteczności Zaletą ich jest atrakcyjność, zaangażowanie wielu ludzi, zaoferowanie nowych propozycji. Działania akcyjne nie

[24] Sposób diagnozowania stylu uczenia się według koncepcji D.A. Kolba znajduje się m.in. w książce: D. Elsner, M. Taraszkiewicz (2002) *Opiekun stażu jako refleksyjny praktyk*, Chorzów, BTiW MENTOR, s. 27–32.

mogą zastąpić systematycznej edukacji zdrowotnej w szkole lub innych siedliskach, mogą ją jedynie wspierać wprowadzając efekty zaciekawienia, nowości, zabawy.

Od lat organizowane są w Polsce w szkołach różnorodne konkursy wiedzy, plastyczne, literackie itp. dotyczące różnych aspektów zdrowia i profilaktyki. Do ich organizacji zachęcają szkoły różne organizacje, uważając, że dzięki rywalizacji i nagrodom uczniowie więcej nauczą się o zdrowiu. W edukacji zdrowotnej powinni uczestniczyć wszyscy uczniowie. Konkursy wiążą się z rywalizacją, stresem i uczestniczy w nich tylko niewielka grupa uczniów zdolnych, niekiedy wyspecjalizowanych w zdobywaniu nagród konkursowych, uczestniczących w konkursach pod naciskiem nauczycieli, którzy chcą zadbać o pozytywny wizerunek szkoły lub zaspokoić własne ambicje. Pozostała grupa uczniów, nie mając szans na sukces, jest wykluczona z tej formy działań. Konkursy wiążą się z nakładem środków na nagrody i dużym wysiłkiem ze strony organizatorów. Nie ma dowodów, czy u osób uczestniczących w konkursie, a zwłaszcza wśród ich zwycięzców, zaistniały jakieś korzystne zmiany w zachowaniach zdrowotnych. Istnieje potrzeba nowego spojrzenia na miejsce i rolę konkursów z nagrodami w edukacji zdrowotnej oraz poszukiwania takich form, w których aktywnie uczestniczyć mogliby wszyscy uczniowie. „Nie ważne jest kto wygrał, ważne, że każdy miał swój indywidualny wkład, że wspólnie poszukiwano odpowiedzi na trudne pytania" (Sokołowska, 2003, s. 15).

6.3.4. Charakterystyka wybranych metod i technik

W ostatnich latach wydano Polsce wiele publikacji zawierających opisy różnorodnych metod i technik (ćwiczeń) aktywizujących. Wykaz najnowszych publikacji podano na zakończenie rozdziału. Niżej opisano wybrane metody i techniki.

Technika „Narysuj i napisz"

Technika „Narysuj i napisz" (ang. *drawn-and-write*) polega na **rysowaniu i opisywaniu (nazywaniu) rysunku**. Jej przydatność sprawdzili w Walii T. Williams, N. Wetton, A. Moon (1989), w badaniach około 23 tys. dzieci w wieku 4–11 lat. Wykorzystano ją w znanym, angielskim programie szkolnej edukacji zdrowotnej „Zdrowie dla życia", adaptowanym w wielu krajach. W Polsce technikę tę zastosowano w polskiej wersji tego programu (Szymańska i in., 1994).

Technika ta jest przeznaczona dla dzieci już od 4 roku życia (nauczyciel pomaga dzieciom opisać ich rysunki). Dziecko w swobodnym rysunku, a następnie jego krótkim opisie, wyraża siebie, swoje uczucia, spostrzeżenia i wyobrażenia oraz swój stosunek do otaczającego świata. Elementy tej techniki mogą być również wykorzystywane w pracy z młodzieżą i ludźmi dorosłymi.

Zalety:
- łatwość wykonania w każdych warunkach, w tym w czasie zajęć szkolnych;
- nie ma potrzeby wykorzystywania dodatkowych pomocy;

- możliwość wykorzystania wyników do: planowania kolejnych zajęć, oceny postępów uczniów oraz ewaluacji działań edukacyjnych.

Warunki skuteczności:
- precyzyjne sformułowanie tematu pracy; u dzieci młodszych wprowadzeniem do pracy powinna być „historyjka", bezpośrednio związana z ich codziennym życiem i doświadczeniami;
- wyjaśnienie, że należy narysować wszystkie rzeczy, zjawiska, osoby itd., dotyczące danego tematu, a następnie napisać nazwę obok każdego rysunku (przykład ryc. 6.5);



Ryc. 6.5. Prace dzieci wykonane techniką „Narysuj i napisz" na temat: a) Kto pomaga mi, abym był zdrowy? b) „Prawda o papierosach" (Szymańska i in., 1994)

– zapewnienie, że prace nie będą oceniane i nie jest ważne, czy ładnie rysują i piszą oraz czy robią błędy;
– samodzielna praca (można też zastosować pracę w małych grupach);
– omówienie, przedyskutowanie prac w różnej formie (w parach, w małych grupach, prezentacja na „wystawie").

Wykorzystanie techniki „Narysuj i napisz" do planowania programu edukacji zdrowotnej oraz ewaluacji jej wyników

Prace dzieci należy przeanalizować w celu ustalenia kategorii treści zawartych na rysunkach i w ich opisach. Po wyróżnieniu najczęściej powtarzających się kategorii (w razie potrzeby subkategorii) należy przygotować odpowiedni formularz do kodowania wyników prac. Analizując każdą pracę, należy zaznaczyć (zakodować) zawarte w rysunku i jego opisie treści w odpowiednim wierszu i kolumnie formularza. Wypełniony formularz umożliwia dokonanie oceny wiedzy, opinii, umiejętności itd. (w zależności od zadania), co stanowi podstawę do ewaluacji cyklu zajęć oraz do planowania dalszej pracy[25]. Technika ta była wykorzystywana także w ewaluacji skuteczności programu profilaktyki uzależnień (Ostaszewski, 1995).

Metoda projektów

Metoda projektów polega na tym, że uczący się (w zespole lub indywidualnie) samodzielnie inicjują, planują, wykonują i oceniają określone zadanie (przedsięwzięcie). Zadaniem nauczyciela lub innej osoby prowadzącej zajęcia jest „dyskretna" opieka, tzn. tworzenie warunków do pracy uczących się, motywowanie ich, towarzyszenie im w realizacji zadania (służenie radą i pomocą w razie potrzeby), a nie kierowanie ich pracą.

Wykorzystanie metody projektów w edukacji ma długą historię. Najczęściej podaje się, że pochodzi ona ze Stanów Zjednoczonych, a jej głównymi autorami byli J. Dewey i W. Kilpatrick (Szymański, 2000). W Polsce metoda ta staje się coraz bardziej popularna i jej opis znajduje się w większości poradników na temat aktywizujących metod uczenia się.

Zalety:

Metoda projektu stwarza uczącym się możliwość:
– aktywnego i twórczego (samodzielnego) poszukiwania rozwiązań, poczucia sprawstwa;
– lepszego zrozumienia siebie i otaczającego świata;
– rozwijania inicjatywy, zdolności organizacyjnych;
– zdobycia określonej wiedzy i umiejętności (w tym także współpracy z innymi).

Metoda ta może mieć różnorodne zastosowanie i różne formy. Projekty dzieli się na różne grupy, w zależności od przyjętych kryteriów. Mogą być projekty: indywidualne

[25] Zasady analizy wyników omówiono szczegółowo w pracy: Weare, Gray, 1996, s. 59–61.

i zespołowe; krótko- i długoterminowe, badawcze (zbadanie jakiegoś zjawiska, stanu wiedzy), podjęcie jakiegoś działania; o zasięgu szkolnym lub lokalnym itd.

Przebieg pracy

W pracy nad projektem wyróżnia się trzy fazy: **przygotowanie projektu, jego wykonanie, ocena**. W każdej z nich są zadania (czynności) nauczyciela (prowadzącego projekt) i uczniów, które w sposób uporządkowany przedstawiły A. Mikina i B. Zając (2004):

Faza I – przygotowanie projektu

Czynności nauczyciela:

– wybór zagadnień do realizacji z wykorzystaniem metody projektów;
– przygotowanie uczących się do pracy metodą projektów – wyjaśnienie jej zasad, zapoznanie z przykładami sprawozdań z innych projektów;
– wprowadzenie w wybrane zagadnienie – zainteresowanie tematem, pokazanie potencjalnych problemów i możliwości poszukiwania rozwiązań (bez podawania gotowych tematów projektów);
– dobór grup do realizacji projektów, w przypadku projektów zespołowych (optymalnie 6–8 osób);
– ustalenie czasu wykonywania projektu – terminu przedstawienia sprawozdania i prezentacji wykonanej pracy;
– określenie efektu końcowego – formy i elementów sprawozdania, sposobu prezentacji wykonanej pracy;
– określenie, z udziałem uczących się, kryteriów oceny projektu – dotyczących: procesu tworzenia projektu (samodzielność, współpraca w zespole, adekwatność treści projektu do sformułowanego tematu, oryginalność, innowacyjność) oraz jego efektów – sprawozdanie (lub materialny wytwór, przedsięwzięcie) i sposób prezentacji;
– przygotowanie kontraktu edukacyjnego, czyli sposobu różnych zachowań i działań pomiędzy wykonującymi projekt a nauczycielem (opiekunem); kontrakt powinien mieć formę pisemną;
– określenie trudności, jakie uczniowie mogą napotkać przy wykonywaniu projektu.

Czynności uczniów:

– analiza istniejących dobrych przykładów prac projektowych – zachęta do podjęcia wysiłku, wskazanie kierunku;
– dobór zespołu do realizacji projektu, ustalenie zasad pracy w zespole;
– wybór tematu, precyzyjne jego sformułowanie, zaakceptowanie tematu projektu przez członków zespołu;
– przygotowanie opisu (konspektu) projektu zawierającego podstawowe elementy: temat projektu, cel projektu, uzasadnienie wyboru tematu, zagadnienia do roz-

ważenia, problemy do rozwiązania, okres wykonywania projektu, termin jego zakończenia, kryteria oraz sposób oceny projektu;
– rozpoznanie źródeł porad i pomocy (np ze strony prowadzącego projekt, specjalistów zewnętrznych);
– opracowanie szczegółowego planu działania (harmonogramu) – określającego zadania do wykonania, osoby odpowiedzialne za jego wykonanie, termin, ewentualne koszty.

Faza II – wykonywanie projektu

Czynności nauczyciela:

– regularne spotkania konsultacyjne z uczniami;
– dokonywanie systematycznej obserwacji i oceniania postępów uczniów w pracach nad projektem;
– umożliwienie uczniom samodzielności w podejmowaniu działań – motywowanie do samodzielnego podejmowania decyzji i samodzielności w działaniach (bez podpowiadania).

Czynności uczniów:

– podejmowanie systematycznych działań dla rozwiązania problemów związanych z wykonaniem projektu;
– uczestniczenie w konsultacjach organizowanych przez nauczyciela;
– zbieranie i gromadzenia informacji potrzebnych do rozstrzygnięcia postawionych problemów;
– dokonanie selekcji oraz analizy zgromadzonych informacji;
– wnioskowanie ukierunkowane na wybór optymalnego rozwiązania;
– wykonanie prac konstrukcyjnych, jeśli były one celem projektu;
– opracowanie sprawozdania z projektu zgodnie z określoną strukturą, np.: tytuł projektu i nazwiska autorów, spis treści, streszczenie projektu, podziękowania; wstęp – warunki projektu, procedury badań; odkrycia i informacje; wnioski; rekomendacje (zalecenia); bibliografia i załączniki (narzędzia badawcze, przykłady prac, zestawienia wyników itp.);
– przygotowanie prezentacji – określenie czasu jej trwania, wybór formy prezentacji, udział w niej członków zespołu, zaplanowanie prezentacji (w tym pomocy wizualnych), przygotowanie się do prezentacji i jej wykonanie.

Faza III – ocena projektu

Czynności nauczyciela:

– ocenianie sprawozdania z projektu, zgodnie z kryteriami zawartymi w opisie projektu (przydatne są arkusze oceny zawierające kryterium, stopień spełnienia kryterium i odpowiednia punktacja);
– ocenianie prezentacji projektu (najlepiej według arkusza oceny prezentacji);
– ocenianie wytworu materialnego lub przedsięwzięć.

Czynności uczniów:

– dokonywanie samooceny (np. według opracowanej karty samooceny);
– dokonywanie oceny społecznej, czyli ocenianie przez innych uczniów prezentacji z wykorzystaniem prostych arkuszy.

Możliwości wykorzystania metody projektu w edukacji zdrowotnej

Wymienione wyżej zalety oraz zasady realizacji metody projektów wskazują, że może być ona bardzo przydatna w edukacji zdrowotnej, zwłaszcza w szkole. Sprzyja rozwijaniu wielu umiejętności życiowych, a także wzmacnianiu poczucia koherencji, w tym zwłaszcza takich jego komponentów jak zrozumiałość i zaradność (s. 34). W Polsce istnieje już wiele doświadczeń w wykorzystywaniu metody projektów w realizacji ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna" oraz w szkołach promujących zdrowie. Przykłady takich projektów są systematycznie publikowane od 2000 r. w zeszytach „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole".

Portfolio

Metoda portfolio służy **planowaniu**, **organizowaniu** i **ocenianiu własnego uczenia się**. Jest ona od wielu lat stosowana w nauczaniu w wielu krajach, szczególnie w Stanach Zjednoczonych[26]. Termin „portfolio", czyli „teczka", pochodzi z jęz. włoskiego (*portale* – nosić, *folio* – kartka)[27]. Portfolio może być:
– zbiorem prac uczącego się (lub grupy), przechowywanych przez niego i prezentujących jego wysiłek, postępy i osiągnięcia w zakresie wybranego tematu;
– zbiorem materiałów na określony temat;
– zbiorem dokumentów dostarczających dowodów na wiedzę, umiejętności i możliwości uczącego się.

W skład portolio mogą wchodzić różnorodne materiały dokumentujące pracę uczącego się. Na przykład: notatki z lektur, artykuły prasowe na określony temat, ważne myśli i aforyzmy, esej napisany przez uczącego się, materiały ilustracyjne (np. fotografie, rysunki) wycięte z gazet lub wykonane samodzielnie, przykłady własnych pomysłów itd. Wybór ich zależy od inwencji uczącego się, a także sugestii prowadzącego zajęcia. Zewnętrzna forma gromadzenia prac może być różna, np. segregator, skoroszyt, album, dyskietka, teczka itd. i nie ma większego znaczenia.

Zalety:
– angażowanie każdego uczącego się;
– przejęcie odpowiedzialności za własne uczenie się;

[26] W Polsce metoda ta jest wykorzystywana m.in. w nauce języków. Patrz: B. Głowacka (2005) *Czego Janek się nauczy... Przewodnik metodyczny dla nauczycieli do Europejskiego portfolio językowego dla uczniów od 10 do 15 lat*, Warszawa CODN; jest także popularyzowana przez Centrum Edukacji Obywatelskiej www.ceo.org.pl

[27] W praktyce używane są różne nazwy np.: koperta, zeszyt, dziennik, pamiętnik, współtowarzysz drogi, pudełko z tajemnicami.

– uczenie samodzielnej pracy i krytycznej oceny własnej pracy;
– wzmacnianie poczucia własnej wartości;
– uczenie dyscypliny i wywiązywania się ze złożonych deklaracji;
– partnerskie traktowanie uczącego się, budowanie dobrych relacji;
– małe obciążenie nauczyciela, nie ma potrzeby stosowania pomocy dydaktycznych.

Warunki skuteczności:
– dobrowolność tworzenia portfolio – uczącego się należy zachęcać, zawrzeć z nim pewien kontrakt, pokazywać korzyści;
– pozytywne podejście – liczą się wszelkie osiągnięcia uczącego się;
– określenie okresu tworzenia portfolio;
– przygotowanie nauczyciela do pracy z wykorzystaniem tej metody, przewartościowanie tradycyjnego myślenia o ocenianiu i jego kryteriach.

Przebieg pracy

Tworzenie portfolio jest procesem, który trwa przez określony czas i może przebiegać w różny sposób, w zależności od wspólnych ustaleń prowadzącego zajęcia i grupy. Najczęściej tworzenie portfolio przebiega w trzech etapach:

1. **Etap przygotowawczy** – obejmuje ustalenie wspólnie z uczącymi się ogólnych celów lub obszarów tematycznych, nad którymi będą pracować w określonym okresie, oraz rodzajów prac i materiałów, które będą gromadzić w teczkach. Należy zachęcić każdego uczestnika, aby określił własne cele, jakie chciałby osiągnąć.
2. **Gromadzenie materiałów i ich wstępna ocena** – po upływie określonego czasu uczący się oceniają własne prace samodzielnie lub w grupach (parach) albo, w zależności od ustaleń, oddają je prowadzącemu zajęcia. Na podstawie samooceny i opinii innych osób uczący się wybiera najlepsze prace do **teczki wzorcowej**, dokonuje ich opisu, prezentuje kryteria wyboru prac i samoocenę każdej wybranej pracy.
3. **Podsumowanie i prezentacja** – uczący się podsumowuje swoje wysiłki, oceniając: Co się udało? Na ile efektywnie pracował? Co było trudne? Jakie cele wyznacza sobie na przyszłość? Na zakończenie prezentuje wybrane prace i ich samoocenę na forum grupy. W zależności od ustaleń, oceny portfolio dokonuje prowadzący zajęcia i przekazuje uczącemu się informacje zwrotne.

Mogą być różne warianty tworzenia portfolio. Na przykład: praca na dany temat może być zorganizowana w zespole lub w parach, dokonuje się okresowo podsumowania wykonanych prac (ważne, gdy portfolio wykonuje się po raz pierwszy i uczący się potrzebują pomocy), ustala się liczbę prac w teczce „wzorcowej", organizuje się wystawę najciekawszych prac[28].

[28] Przydatne informacje dotyczące tworzenia, oceny i analizy portfolio podano w książce: S.G. Paris, L.R. Ayres (1997) *Stawanie się refleksyjnym uczniem i nauczycielem,* Warszawa, WSiP, s. 53–62 oraz E. Brudnik (2002, s. 40).

Możliwości wykorzystania portfolio w edukacji zdrowotnej

Portfolio może być przydatną metodą w realizacji w szkole ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna", gdy treści dotyczące zdrowia są realizowane w ramach różnych przedmiotów i uczniowie nie uświadamiają sobie, że uczestniczą w edukacji zdrowotnej (Sokołowska, 2005). Wykorzystanie portfolio umożliwiłoby uczniowi:
– zidentyfikować zajęcia dotyczące zdrowia;
– aktywnie w nich uczestniczyć;
– zapisywać wszystko, co uczeń uzna dla siebie za **ważne** (np. czego się dowiedział, co odkrył, co go zaskoczyło, a co utwierdziło w dotychczasowym sposobie myślenia o swoim zdrowiu i osobistych wyborach) i **przydatne** (od przepisów kulinarnych do obserwacji dotyczących własnej osoby, samopoczucia, planów na przyszłość).

Należy podkreślić, że w przypadku, gdy uczeń gromadzi materiały i dokumentację dotyczącą własnego zdrowia i rozwoju, a także innych spraw osobistych, należy zagwarantować mu prywatność, poufność i zachęcić do udostępniania innym osobom, w tym także prowadzącemu, tylko tego, co sam uzna za możliwe. Prowadzącego zajęcia w każdym przypadku obowiązuje dyskrecja (portfolio nazywa się czasem „pudełkiem z tajemnicami"). Kluczową kwestią jest ustalenie wspólnie z uczniami sposobu i kryteriów oceny wykonanej przez nich pracy .

Wydaje się, że metoda portfolio może być również bardzo przydatna w edukacji pacjentów.

Edukacja rówieśnicza

Edukacja rówieśnicza (ang. *peers education*) jest procesem, w którym odpowiednio przygotowani i umotywowani młodzi ludzie podejmują nieformalne lub zorganizowane działania edukacyjne wśród swoich rówieśników (w podobnym wieku, środowisku, statusie, zainteresowaniach itd.) przez ustalony okres.

Edukację rówieśniczą wprowadzono w końcu lat 60. XX w. w USA, w programach opóźniania inicjacji tytoniowej i alkoholowej u uczniów. W końcu lat 80., gdy pojawił się problem HIV/AIDS, edukacja rówieśnicza stała się bardzo popularna, nie tylko w USA, ale także w Australii, Holandii, Wielkiej Brytanii i wielu innych krajach, ostatnio także w Rosji i na Ukrainie, gdzie wzrost zakażeń HIV jest największy na świecie[29].

W Polsce edukacja rówieśnicza jest wykorzystywana w niewielkim stopniu. Największe doświadczenia mają grupy Społecznych Instruktorów Młodzieżowych PCK, skupiające osoby w wieku 13–30 lat, odpowiednio przygotowywane do roli liderów i trenerów młodzieżowych (wg danych ZG PCK w 2005 r. działały w Polsce 73 grupy). Elementy edukacji rówieśniczej wprowadzane są okresowo przez inne organizacje[30]. Warto wspomnieć, że już w 1921 r., lekarz Jan Szmurło (1921, s. 729)

[29] Edukacji rówieśniczej w Europie poświęcono cały numer czasopisma „Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health" 2003 nr 56.

[30] W ostatnich latach zajęcia w szkołach dotyczące seksualności prowadzone są przez młodzieżowe grupy edukatorów seksualnych (są nimi głównie studenci) istniejące w niektórych oddziałów wojewódzkich Towarzystwa Rozwoju Rodziny (www.trr.org.pl); przy Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny działa Grupa Edukatorów Seksualnych „Ponton", organizująca akcje informacyjne, uliczne happeningi oraz pogadanki na temat antykoncepcji i profilaktyki HIV/AIDS w gimnazjach i liceach w Warszawie i okolicach (info@ponton.org.pl).

napisał: „W propagandzie higieny w szkołach powszechnych wielkie usługi może oddać tworzenie w oddziałach pomocników z uczniów wyróżniających się czystością i w ogóle wypełnianiem przepisów higienicznych. Uczniowie tacy mogą drogą oddziaływania na kolegów, zachęceniem ich pójścia w ich ślady, wiele dopomóc działalności nauczyciela i lekarza szkolnego [...]. W oddziałach żeńskich należałoby tworzyć w starszych oddziałach organizacje tzw. «mateczek», których zadaniem byłaby opieka nad towarzyszkami najmłodszych oddziałów, zwłaszcza pod względem higieny".

Podstawą edukacji rówieśniczej jest założenie, że rówieśnicy:
- są wiarygodnym i akceptowanym źródłem informacji;
- są bardziej skuteczni niż profesjonaliści;
- są postrzegani, że lepiej rozumieją problemy młodych ludzi niż dorośli;
- rzadziej wykorzystują tradycyjne metody nauczania, prowadzone przez nich zajęcia są postrzegane jako zabawne;
- tworzą pozytywne wzorce zachowań;
- mają lepszy dostęp do pewnych grup młodzieży, do których trudno dotrzeć za pomocą konwencjonalnych metod.

Programy wykorzystujące edukację rówieśniczą dotyczą głównie zdrowia seksualnego, profilaktyki infekcji przenoszonych drogą płciową (w tym HIV) i używania substancji psychoaktywnych. Są ukierunkowane na rozwijanie pożądanych zachowań i eliminowanie zachowań ryzykownych. Biorąc pod uwagę podstawy teoretyczne, na których opiera się edukacja rówieśnicza, wyróżnia się trzy mechanizmy jej oddziaływania:

1. **Zmiana norm społecznych.** Zachowania młodych ludzi zależą od tego, co uważają oni za „normalne" w swoim środowisku (norma społeczna). Rówieśniczy edukator może wpływać na zmianę niewłaściwej percepcji zachowań.
2. **Dyfuzja (przyswajanie) nowych idei.** Zgodnie z teorią dyfuzji innowacji[31] zmiana jest inicjowana przez osoby, do których członkowie grupy mają zaufanie, które lubią i cenią oraz są gotowi je naśladować. Rolę tę mogą pełnić rówieśnicy, przekazując danej grupie odpowiednie informacje.
3. **Zwiększanie samoskuteczności.** Gdy ludzie wierzą w swoje możliwości, częściej kontrolują swoje zachowania i to, co wokół nich się dzieje. Edukatorzy rówieśniczy pomagają innym rozwijać nowe umiejętności (np. bezpieczne zachowania seksualne) oraz zaufanie do siebie.

Prowadzenie edukacji rówieśniczej przynosi również wymierne, osobiste korzyści młodocianym edukatorom: zdobywają nową wiedzę, umiejętności interpersonalne, zaufanie innych i wysoką pozycję w grupie społecznej. Sprzyja to wzmacnianiu poczucia ich własnej wartości i rozwojowi osobistemu.

[31] Teoria dyfuzji innowacji została opisana przez E. Rogersa w 1962 r. Zakłada ona m.in., że ludzie w różny sposób angażują się w przyswajanie nowych idei i dzielą się na: innowatorów, wcześnie adaptujących, wczesną większość, późną większość i maruderów. Patrz: Przewoźniak, 2000; Uramowska-Żyto, 2001.

Zasady edukacji rówieśniczej[32]

Edukacja rówieśnicza odbywa się w ramach projektów odpowiednio zaplanowanych i koordynowanych przez profesjonalistów, którzy przez cały okres trwania projektu wspierają młodocianych edukatorów. W projektach tych wykorzystuje się różne podejścia, w tym:

- **programy edukacyjne** – najczęściej w środowisku „formalnym", np. w szkole, klubie młodzieżowym. Edukatorzy pochodzą z tego samego środowiska, prowadzą zwykle zaplanowane zajęcia z uczniami, z wykorzystaniem różnych metod aktywizujących;
- ***outreach***[33] – edukatorzy mają podobne cechy (np. wiek, status) jak członkowie grupy, ale są z zewnątrz grupy, tzn. nie pochodzą z tego samego środowiska. Niezbędne jest pozyskanie zaufania danej grupy. Podejmują oni działania w miejscach, w których gromadzi się młodzież z tej grupy, np. dyskoteki, bary, centra handlowe. Najczęstszą metodą pracy jest dyskusja lub przekazywanie informacji;
- **podejście dyfuzyjne** – wpływanie na opinie i przekonania w czasie nieformalnych interakcji z młodymi ludźmi i spontanicznych dyskusji. Podstawową sprawą jest pozyskanie zaufania i wiarygodności oraz popularności i możliwości dostępu do danej grupy;
- **uczestnictwo w projektach promocji zdrowia adresowanych do różnych społeczności** – edukatorzy rówieśniczy stanowią jedno z ogniw koalicji powołanej do rozwiązania jakiegoś problemu w danej społeczności, którą może być np. grupa etniczna itd.

Zasadniczą kwestią jest **rekrutacja, dobór** i **przygotowanie młodocianych edukatorów**. Edukatorzy powinni być wolontariuszami, a ich rekrutacja powinna być

Pożądane cechy rówieśniczego edukatora:

- szacunek i zaufanie do innych ludzi
- umiejętność słuchania poglądów innych
- poczucie przynależności i odpowiedzialności
- determinacja do wykonywania pracy edukatora
- pewność siebie i samoświadomość
- umiejętność dawania i przyjmowania informacji zwrotnych
- twórcze myślenie i otwartość na nowe idee
- umiejętność pracy zespołowej
- umiejętność pracy z grupą
- umiejętność komunikowania się i inne umiejętności interpersonalne
- entuzjazm
- poczucie humoru
- zainteresowanie tematem i metodami stosowanymi w programie

[32] Opracowano na podstawie: *Involving young people in peer education: A guide to establishing sex and relationships peer education projects (2002)*, London, Department of Health.
[33] Termin z języka angielskiego „outreach" nie ma odpowiednika w języku polskim.

procesem otwartym i przejrzystym (transparentnym). Liczba kandydatów na edukatorów powinna być odpowiednio duża (około 20 osób zakwalifikowanych do szkolenia), aby mogli udzielać sobie wzajemnie wsparcia. Cechy edukatorów zależą od rodzaju, miejsca i celów interwencji edukacyjnej oraz jej adresatów. Należy jednak zachować ostrożność przy wykluczaniu kandydatów do pełnienia tej roli. Młodzi ludzie mogą nie posiadać wszystkich pożądanych cech i umiejętności (ramka), ale dzięki entuzjazmowi i chęci stopniowo je rozwijają. W programach edukacyjnych w szkołach zachęca się do pełnienia takiej roli uczniów, którzy mają problemy z nauką lub z zachowaniem.

Szkolenie edukatorów rówieśniczych wymaga czasu, wysiłków oraz środków finansowych. W wyniku szkolenia powinni oni uzyskać następujące kompetencje:
- rozumieć rolę edukatora oraz koncepcję i organizację projektu;
- uzyskać odpowiednią wiedzę w zakresie tematyki projektu;
- rozwijać umiejętności osobiste (poznać swoje wartości, przekonania i styl życia), rozumieć, w jaki sposób cechy innych ludzi wpływają na ich zachowania;
- uzyskać umiejętność przekazywania wiedzy i kształtowania umiejętności członków grupy, z którymi będą pracować.

Skuteczność edukacji rówieśniczej

Mimo wieloletnich doświadczeń nie ma zgodności co do skuteczności edukacji rówieśniczej. Są dowody, że wpływa ona korzystnie na poziom wiedzy, intencje co do zmiany zachowań, poczucie samoskuteczności. Nie ma jednak pewnych dowodów co do jej wpływu na zmianę zachowań młodych ludzi. Wyniki badań przeprowadzonych w USA wskazują, że osiągnięto sukcesy wśród młodzieży przyjmującej narkotyki drogą dożylną, ale nie potwierdziły tego badania w Wielkiej Brytanii. Metodę tę można uznać za przydatną, ale nie należy traktować jej jako *panaceum*, lecz jako część szerszego programu edukacyjnego, z wykorzystaniem innych (także konwencjonalnych) metod (Ward, Hunter, Power, 1997).

Pytania/Zadania

1. Jakie są zalety i ograniczenia w stosowaniu metod aktywizujących i interaktywnych?
2. Na czym polega cykl uczenia się przez doświadczanie i jak można go wykorzystać w edukacji zdrowotnej?
3. Jakie są charakterystyczne cechy uczenia się dzieci, osób dorosłych i starszych i jakie to ma znaczenie w doborze metod i technik w edukacji zdrowotnej?
4. Dokonaj samooceny swoich preferencji sensorycznych, stylu uczenia i rodzaju inteligencji.
5. Na czym polega technika „Narysuj i napisz" i jak można ją wykorzystać w edukacji zdrowotnej?
6. Zaplanuj sposób wykorzystania metody projektu lub portfolio w edukacji zdrowotnej.

Literatura zalecana

Brudnik E. (2002) *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie Przewodnik po metodach aktywizujących 2*, Kielce, Zakład Wydawniczy SFS.
Brudnik E., Muszyńska A., Owczarska B. (2003) *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie Przewodnik po metodach aktywizujących*, wyd. II, Kielce, Zakład Wydawniczy SFS.
Cooper P.J. (2000) *Sprawne porozumiewanie się. 114 scenariuszy ćwiczeń z mówienia i słuchania*, tłum. A. Tomaszewska, Warszawa, Wydawnictwa CODN.
Kędzior-Niczyporuk E. (2003) *Wprowadzenie do pedagogiki zabawy*, Lublin, Wydawnictwo KLANZA.
Kubiczek B. (2005) *Metody aktywizujące. Jak nauczyć uczniów uczenia się*, Opole, Wydawnictwo NOWIK Sp.j.
Mikina A., Zając B. (2004) *Jak wdrażać metodę projektów*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls".
Rau K., Zietkiewicz E. (2000) *Jak aktywizować uczniów. „Burza mózgów" i inne techniki w edukacji*, Poznań, Oficyna Wydawnicza G&P.
Silberman M. (2003) *Uczymy się uczyć*, tłum. J. Rybski, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

6.4. Środki dydaktyczne w edukacji zdrowotnej

Środki kształcenia (dydaktyczne) są to „przedmioty materialne, które dostarczają uczniom określonych bodźców wzrokowych, słuchowych, dotykowych i innych, dzięki czemu usprawniają proces kształcenia, a przez to wpływają na jego przebieg i efekty" (Kupisiewicz, 2005, s. 130). Najczęściej dzieli się je na wzrokowe, słuchowe i wzrokowo-słuchowe oraz na pomoce, którymi dysponuje nauczyciel, i przedmioty indywidualnego wyposażenia uczących się (np. podręczniki, zeszyty, arkusze do ćwiczeń itd.).

Środki dydaktyczne pełnią następujące funkcje:
- ułatwiają uczącym się poznawanie rzeczy, zjawisk, wydarzeń, procesów w sposób bezpośredni (przez kontakt z nimi) lub pośredni (za pomocą ich zastępników);
- pobudzają i intensyfikują procesy myślowe, ułatwiając analizowanie, syntetyzowanie i porównywanie poznawanych obiektów i formułowanie na tej podstawie uogólnień;
- zastępują lub dopełniają czynności dydaktyczne nauczyciela tam, gdzie jest to konieczne lub wskazane (Kupisiewicz, 2005).

6.4.1. Środki dydaktyczne stosowane w edukacji zdrowotnej w ostatnich dekadach

Środki dydaktyczne stosowane w oświacie zdrowotnej i edukacji zdrowotnej są zależne od jej metod i podobnie jak one zmieniały się w ostatnich dekadach. Można wyróżnić następujące ich grupy:

- **Środki dydaktyczne „tradycyjne"** wspomagające metody werbalne, dominujące do końca lat 80. XX w. Były to głównie różne wydawnictwa: ulotki, zakładki, składanki, znaczki, gry, broszury, także plakaty, wywieszki, tablice instruktażowe. Do prezentacji wizualnej w czasie pogadanek wykorzystywano flanelograf (poszczególne

elementy, np. rysunki, napisy podklejone flanelą były przyczepiane do ekranu z flaneli) i przezrocza. Pomocami audiowizualnymi były filmy dydaktyczne. Wykorzystywano także nagrania na taśmie magnetofonowej, fragmenty literatury pięknej.

- **Środki dydaktyczne wspomagające metody aktywizujące** (od pierwszej połowy lat 90. XX w.). Rodzaj tych środków jest uzależniony od zastosowanej metody i są one często przygotowywane przez prowadzących zajęcia. Mogą być to arkusze robocze, karty z zadaniami, opisami sytuacji, rolami, testy, krzyżówki, puzzle itd. Przygotowywane są także poradniki dla nauczycieli wraz z zestawem scenariuszy i arkuszy ćwiczeń.
- **Zestawy edukacyjne**, zawierające zwykle poradnik metodyczny dla nauczyciela, kasetę lub płytę z filmem, materiały do demonstracji, np: plansze, plakaty oraz różnorodne materiały dla uczniów – broszury, arkusze, zakładki, krzyżówki, gry itd. W szkołach wykorzystuje się także zestawy edukacyjne, opracowane przez producentów różnych wyrobów i w skład zestawu wchodzą także produkty reklamowe (np. próbki past do zębów, kosmetyków) do demonstracji lub rozdawnictwa.

W ostatnich latach zaistniały ogromne zmiany w możliwościach wspierania procesu kształcenia w związku z rozwojem i upowszechnieniem nowych **technologii informacyjnych** i **komunikacyjnych**[34], z wykorzystaniem nowych **środków informatycznych** – komputerów i Internetu. Pojawiły się nowe pojęcia, takie jak (Osmańska-Furmanek, Furmanek, 2006):

- **media edukacyjne** – różnego rodzaju przedmioty, urządzenia, materiały i mass media (radio, telewizor i Internet), które umożliwiają zdobywanie informacji lub przekazują informacje od nadawcy do odbiorcy w formie komunikatów w postaci słów, obrazów i dźwięków;
- **pedagogika mediów** (medialna) – nowa subdyscyplina pedagogiki, która zajmuje się: dydaktyką mediów, wychowaniem do mediów i poprzez media, technikami medialnymi, nauką o mediach i badaniami medialnymi, tworzy ona podstawy dla edukacji medialnej;
- **edukacja medialna**, której celem jest przygotowanie ludzi do:
  - właściwego (krytycznego) odbioru mediów, jako narzędzi przekazu informacji, kształtowania systemu wartości i postaw;
  - posługiwania się mediami jako narzędziami pracy intelektualnej i zawodowej;
  - racjonalnego korzystania z mediów jako instrumentów zabawy i rozrywki;
  - korzystania z mediów jako narzędzi komunikacji społecznej.

Od 1999 r. w szkołach w Polsce jest realizowana ścieżka edukacyjna „edukacja czytelnicza i medialna" oraz przedmiot „informatyka".

W wielu krajach przygotowuje się obecnie specjalne programy komputerowe na potrzeby szkolnej edukacji zdrowotnej. Mogą być to programy uczące, rozwijające umiejętności twórcze, gry i zabawy edukacyjne, wspierające program edukacyjny itd. Są one bardzo atrakcyjne dla dzieci i młodzieży. Niżej podano dwa przykłady programów z wykorzystaniem komputerów i Internetu:

[34] Do ich określenia używa się różnych terminów, np. w jęz. ang. *c-ITC – computerized information and communication technology* – skomputeryzowana informacja i technologia komunikacyjna.

- Projekt „**Młode Umysły**" – badanie związków między młodzieżą, kulturą i spożyciem alkoholu"[35], został zainicjowany w 2000 r. w ramach Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie i jest koordynowany przez naukowców z Duńskiego Uniwersytetu Edukacyjnego w Kopenhadze (Simovska, Jensen, 2003). Za pomocą Internetu młodzież z różnych krajów współpracuje ze sobą w rozwiązywaniu rozmaitych problemów dotyczących zdrowia. Tematami wiodącymi są: spożycie alkoholu, żywność i żywienie, samopoczucie w szkole. Koncepcja projektu jest oparta na demokratycznym (uczestniczącym i zorientowanym na działanie) podejściu do edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole (s. 239). W projekcie uczestniczą zainteresowani uczniowie (w wieku 12–16 lat) i nauczyciele z różnych krajów.
- Projekt „**Od naszych początków do naszej przyszłości**" – integrujący edukację zdrowotną i środowiskową (ekologiczną), został opracowany w Uniwersytecie w Jönköping w Szwecji (Svedbom, 2005)[36]. Uzasadnieniem dla integracji obu edukacji jest podobieństwo przyczyn i mechanizmów powodujących, w rozwiniętych krajach, narastające problemy zdrowotne i środowiskowe (w tym m.in. wzrost konsumpcji energii i wykorzystania surowców, napięcia między ludźmi i grupami wpływające także na środowisko, wzrastające tempo życia, brak czasu na refleksję itd.). Oba rodzaje edukacji, realizowane dotychczas oddzielnie[37], mają wspólny cel: kształtowanie u uczniów odpowiednich wartości i postaw wobec środowiska i zdrowia oraz rozwijanie kompetencji do działania indywidualnego i grupowego. Wykorzystywany jest program komputerowy, za pomocą którego uczniowie (w wieku 13–16 lat) mogą badać specyficzne, interesujące ich zagadnienia związane ze zdrowiem i środowiskiem. Narzędzie to umożliwia dostęp do danych i informacji o społecznych, etycznych, kulturowych i fizycznych aspektach zdrowia i środowiska w przeszłości i teraźniejszości, także w perspektywie globalnej. Stymuluje zainteresowania uczniów i stwarza możliwość refleksji.

Wykorzystaniu komputerów do realizacji edukacji zdrowotnej w Polsce sprzyja komputeryzacja szkół[38]. Oferta programów edukacyjnych, dotyczących różnych aspektów zdrowia, wykorzystujących komputery jest jednak dotychczas niewielka. Komputery mogą być także wykorzystane w edukacji zdrowotnej studentów i nauczycieli.

6.4.2. Korzyści i ograniczenia w korzystaniu z Internetu

Internet spowodował rewolucję w dostępie do informacji ogółu społeczeństwa, w tym także profesjonalistów. Współczesny człowiek żyje w trzech światach – rzeczywistym, medialnym i wirtualnym. Używa się terminu „zdrowie w Internecie",

[35] Projekt *Young Minds – exploring links between youth, culture and alcohol consumption* dostępny na stronie: www.young-minds.net

[36] Projekt FOBTOF (*From Our Beginnings to Our Future*) dostępny na stronach: http://www.hlk.hj.se/se oraz http://safari.hj.se/projekt.asp?id=76&lang=eng

[37] W szkołach w Polsce istnieje odrębna ścieżka edukacyjna „edukacja ekologiczna" i „edukacja prozdrowotna".

[38] Według danych GUS w r. szk. 2005/2006 na jeden komputer przeznaczony do użytku uczniów przypadało, w zależności od typu szkoły, 17–22 uczniów, w tym na komputer z dostępem do Internetu 19–27 uczniów.

lub e-zdrowie (ang. *health on the Internet, e-health)*. W Internecie znajduje się obecnie ogromna ilość informacji medycznych i interaktywnych serwisów, wzrasta też liczba informacji dotyczących prozdrowotnego stylu życia. W 2001 r. szacowano, że istnieje około 70 tys. stron internetowych upowszechniających informacje o zdrowiu[39], należy sądzić, że obecnie jest ich znacznie więcej. W niektórych krajach, np. w Wielkiej Brytanii, istnieje narodowa strategia „Informacja dla zdrowia"[40].

Wzrasta liczba osób korzystających z Internetu, jako źródła informacji o zdrowiu. Z danych amerykańskiego raportu *Pew Internet & American Life Project*[41] wynika, że w 2004 r., w USA, 8 na 10 dorosłych użytkowników Internetu zasięgało opinii na tematy zdrowotne. Najczęściej poszukiwano informacji o: chorobach i problemach medycznych (66% użytkowników), metodach i procedurach leczenia oraz żywieniu i dietach (po 51%), aktywności i sprawności fizycznej (42%), lekach sprzedawanych bez recepty (40%). W Polsce możliwości korzystania z podobnych informacji są znacznie mniejsze, w 2005 r. korzystało z komputera 43% dorosłych (posiadało je 45% gospodarstw domowych), a 33% korzystało z Internetu (Batorski, 2005). Należy jednak sądzić, że odsetki te będą się systematycznie zwiększały. Coraz więcej towarzystw i instytutów naukowych zamieszcza na swych stronach wiele różnorodnych informacji dotyczących zdrowia i chorób. Dostępny jest w Polsce europejski portal Zdrowie-UE (portal zdrowia publicznego Unii Europejskiej we wszystkich oficjalnych jej językach, w tym polskim). Jest cennym źródłem informacji, pogrupowanych w sześciu blokach tematycznych: moje zdrowie, mój tryb życia, moje środowisko, problemy ze zdrowiem, opieka zdrowotna i ja, zdrowie w UE (http://health.europa.eu).

Możliwość powszechnego korzystania i komunikowania się za pomocą Internetu w sprawach dotyczących zdrowia przynosi wiele korzyści, ale ma także ograniczenia (Korp, 2006):

Korzyści:

– łatwość dostępu do aktualnych informacji;

– częstymi użytkownikami są pacjenci, poszukujący informacji o diagnozowaniu i leczeniu swoich chorób; wpływa to korzystnie na ich postawy wobec choroby, uczestnictwo w jej leczeniu i radzenie sobie w codziennym życiu, a także relacje z lekarzem leczącym (pacjenci są lepiej przygotowani do zadawania pytań, podejmują dialog z lekarzem);

– możliwości korzystania z wiedzy w indywidualny sposób, we własnym tempie i dogodnym czasie (w kontaktach z lekarzem wielu ludzi czuje skrępowanie, doświadcza stresu, zapomina o ważnych pytaniach);

– anonimowość;

– możliwość komunikowania się ludzi o podobnych problemach zdrowotnych, podejmowanie wspólnych działań, tworzenie grup wsparcia.

[39] R.J.W. Cline, K.M. Haynes (2001) *Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art*, „Health Education Research", nr 6, s. 671–692.

[40] NHS Executive 1998 Information for health (www.doh.gov.uk/ipu/strategy).

[41] http://www.pewinternet.org – Health Information on Line.

Ograniczenia:

– nie ma gwarancji co do jakości informacji, nieprofesjonaliści nie mogą ocenić ich wartości, przyjmują je bezkrytycznie lub nie mają do nich zaufania; często opinie różnych ekspertów różnią się;

– wiele informacji jest podawanych w sposób powierzchowny („wszystkiego po trochu");

– ograniczone są możliwości korzystania z Internetu przez ludzi ubogich, o niższym poziomie wykształcenia, mniejsze są w tej grupie umiejętności szukania informacji i oceny ich wartości;

– Internet sprzyja rozwojowi takich zjawisk jak *healthism* i medykalizacja (s. 74) – eksperci (lekarze, „eksperci od stylu życia" i inni profesjonaliści) narzucają ludziom pewne problemy, sposoby ich rozwiązywania, w tym dotyczące zmiany różnych zachowań zdrowotnych; istnieje wiele stron internetowych, forów i blogów, które proponują konkretne działania (np. „schudniesz bez wysiłku"), produkty i środki; nie służy to promocji zdrowia, lecz w rzeczywistości wyzwala niepewność, a nawet lęk.

Poniżej podano zasady, których należy przestrzegać w korzystaniu z Internetu (Ewles, Simnett, 2003, s. 226–227).

Ocena jakości informacji znajdujących się w Internecie

- **Czy jest jasne, kto napisał daną informację ?** Kto jest autorem – osoba, czy organizacja? Czy podano sposób kontaktowania się z nim?
- **Czy jest jasne, jaki jest cel danej strony?** Czemu lub komu służy?
- **Czy podane informacje są dla mnie użyteczne?** Wypisz pięć rzeczy, które chciałbyś znaleźć
- **Czy informacje można sprawdzić?** Czy autor ma kwalifikacje do napisania tego tekstu? Czy podobne informacje można znaleźć w innych źródłach? Czy jest jakiś inny sposób sprawdzenia ich wiarygodności? Czy są to dane aktualne i są na to dowody?
- **Kiedy strona powstała i kiedy została uaktualniona?** Czy podane są daty? Czy możesz sprawdzić aktualność danych?
- **Czy są jakieś zastrzeżenia, co do wiarygodności danych?** Czy są jakieś przyczyny forsowania takiego sposobu myślenia? Czy przedstawiono tylko jedną opinię czy różne punkty widzenia?
- **Czy podane informacje stwarzają możliwości dokonywania wyborów?** Czy podane są „gotowe" rady? Czy są różne pomysły i alternatywne rozwiązania?

Należy jednak zdawać sobie sprawę, że zbyt długie i nieprawidłowe korzystanie z komputerów i Internetu może stwarzać wiele zagrożeń psychologicznych i społecznych, zwłaszcza dla dzieci i młodzieży (Hankała, 2004). Przy niekontrolowanym przez dorosłych korzystaniu z Internetu, dzieci mogą mieć dostęp do stron i kontaktów w sieci z osobami stanowiącymi dla nich różnorodne zagrożenia. Wśród zagrożeń wymienia się obecnie przede wszystkim: prezentowanie dzieciom treści

pornograficznych, pornografia dziecięca, uwodzenie dzieci za pośrednictwem Internetu, wirtualny seks (zwany cyberseksem), prostytucja dziecięca. Wyniki badań przeprowadzonych w grupie młodzieży w wieku 12–17 lat wykazały, że: 68% otrzymywało propozycje spotkań od osób poznanych w Internecie, 45% korzystało z tych propozycji, tylko 24% informowało rodziców o spotkaniach z osobami poznanymi w sieci, 28% rodziców nie dostrzegało żadnych zagrożeń dla dzieci korzystających z Internetu[42].

Korzystanie z komputerów stanowi „konkurencyjną" aktywność dla aktywności fizycznej, której niedostatki są poważnym zagrożeniem dla zdrowia.

- Istnieje potrzeba opracowywania edukacyjnych programów komputerowych dla dzieci i młodzieży poświęconych różnym obszarom edukacji zdrowotnej
- Nowym zadaniem dla edukacji zdrowotnej jest:
  - kształtowanie u ludzi zdolności do oceny informacji dotyczących zdrowia i chorób pochodzących z różnych źródeł
  - udzielenie pomocy dzieciom i młodzieży oraz ich rodzicom w kształtowaniu umiejętności bezpiecznego i rozsądnego korzystania z komputera i Internetu

Pytania/Zadania

1. Wymień środki dydaktyczne wykorzystywane obecnie w edukacji zdrowotnej.
2. Jakie są korzyści z wykorzystania w edukacji zdrowotnej nowych technologii informacyjnych?
3. Jakie są ograniczenia i zagrożenia związane z korzystaniem z Internetu u dzieci i dorosłych i jakie wynikają z nich zadania dla edukacji zdrowotnej?

Literatura zalecana

Juszczyk S. (2000) *Człowiek w świecie elektronicznych mediów – szanse i zagrożenia*, Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Osmańska-Furmanek W., Furmanek M. (2006) *Pedagogika mediów*, w: *Pedagogika*, tom 3, *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*, B. Śliwerski (red.), Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, s. 295–312.

Pedagogika@środki informatyczne i media (2004), M. Tanaś (red.), Warszawa-Kraków, Wyższa Szkoła Pedagogiczna ZNP, Oficyna Wydawnicza „Impuls".

[42] Od stycznia 2005 r. Fundacja „Dzieci Niczyje" realizuje kampanię społeczną „Dziecko w Sieci", w ramach europejskiego programu „*Safer Internet*", w tym powtarzane badania zachowań najmłodszych jego użytkowników. Wyniki najnowszych badań patrz: Ł. Wojtasik (2006) *Sieciowe zagrożenia*, „Niebieska Linia", nr 1, s. 32–33 (www.pismo.niebieskalinia.pl).

ROZDZIAŁ 7

Współpraca z mass mediami w edukacji zdrowotnej

Termin „media" (łac. *medius* – pośród, znajdujący się w środku) może oznaczać:

– **wszystkie środki (sposoby, kanały) komunikowania**, które mają cztery wspólne elementy: pośrednictwo techniki; przekazujący komunikator; przekazywane obrazy, dźwięki, w tym słowa; masowy odbiorca. Media pełnią funkcję informacyjną, opiniotwórczą, wychowawczą i edukacyjną. W tym znaczeniu mediami są telewizja, radio i prasa, Internet, książki, wystawy, plakaty, ulotki, filmy w kinie i inne materiały i urządzenia;

– **mass media**, nazywane także środkami: masowego przekazu, masowej komunikacji lub społecznego oddziaływania. Zalicza się do nich przede wszystkim radio, telewizję i prasę.

Przedmiotem rozważań w niniejszym rozdziale będą mass media w znaczeniu środków masowego oddziaływania i możliwości ich wykorzystania w edukacji zdrowotnej społeczeństwa[1]. Media te mają ogromny wpływ na życie społeczne, polityczne, system kształcenia oraz na styl życia (pracę, czas wolny, wypoczynek), system wartości, wzorce zachowań jednostek, grup i społeczeństw. Kreują mody, nowe zjawiska kulturowe, wytwarzają nowy typ kultury – kulturę popularną.

7.1. Mass media jako źródła informacji o zdrowiu

Mass media są obecnie jednym z głównych źródeł informacji o zdrowiu i chorobach. Na przykład od wielu lat są podstawowym źródłem wiedzy młodzieży o HIV/AIDS i seksualności. Informacje o zdrowiu (pro- i antyzdrowotne) są przekazywane przez media w różny sposób:

- Działania zaplanowane – np. cykle programów telewizyjnych, spoty, audycje radiowe, plakaty, wystawy itd. zainicjowane lub realizowane z udziałem profesjonalistów (np. „dni bez papierosa");
- Artykuły prasowe dotyczące różnych tematów (np. żywienie, aktywność fizyczna), prezentujące wyniki najnowszych badań, programy zdrowotne, nowe

[1] Znaczenie i wykorzystanie innych mediów omówiono w poprzednim rozdziale.

odkrycia. Obecnie niemal we wszystkich, dostępnych na rynku, gazetach codziennych i czasopismach można znaleźć różnorodne informacje i porady dotyczące zdrowia, wydawane są czasopisma wyłącznie poświęcone zdrowiu i chorobom, np. „Medycyna dla Ciebie", „Samo zdrowie", „Żyj zdrowo i aktywnie";

- Reklama „zdrowych" produktów, np. pasty do zębów, mleka, ciemnego pieczywa, ulotki na temat żywienia niemowląt, poradniki zdrowego żywienia itd, zawierające również reklamy określonych produktów;
- Informacje i dyskusje na tematy zdrowotne na tle jakichś „sensacyjnych" („news") zdarzeń i zjawisk;
- Przekazywanie informacji w „zawoalowany" sposób, np. informacja, że znana powszechnie („ważna") osoba rzuciła palenie;
- Reklama leków dostępnych bez recepty, w niektórych aptekach dostępny jest miesięcznik dla klientów „Moda na Zdrowie";
- Reklama produktów szkodliwych dla zdrowia: papierosów, piwa, słodyczy;
- Sponsorowanie imprez, zawodów sportowych przez producentów różnych produktów lub usług, które mają bezpośredni lub pośredni związek ze zdrowiem, i umieszczanie ich nazw w widoczny sposób (np. na stadionach, ubraniach sportowców, sprzęcie sportowym).

W Polsce istnieją dwa stowarzyszenia dziennikarzy zajmujące się medycyną, ochroną zdrowia, profilaktyką chorób i promocją zdrowia oraz upowszechnianiem wiedzy w tym zakresie w prasie, radiu i telewizji: Stowarzyszenie Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia (www.klubzdrowia.org) oraz Stowarzyszenie „Dziennikarze dla Zdrowia" (www. mediadlazdrowia.pl).

Dzięki mass mediom zwiększyła się dostępność do różnorodnych informacji o zdrowiu dla ogółu społeczeństwa. Można nawet mówić o zalewie tymi informacjami. Osoby prowadzące edukację zdrowotną powinny brać pod uwagę fakt, że uczący się posiadają obecnie znacznie większy, niż przed laty, zasób wiedzy. Warto to sprawdzić przed rozpoczęciem zajęć, aby uniknąć omawiania spraw powszechnie znanych.

Wyniki wielu badań wskazują jednak, że działania mass mediów w zakresie edukacji i promocji zdrowia mają wiele **ograniczeń**. Oferują one głównie jednostronną komunikację między nadawcą a odbiorcą, przekazu nie można powtórzyć, uzupełnić. Nie można oczekiwać, że same działania mediów spowodują trwałe zmiany w zachowaniach ludzi. Środki, którymi dysponują media, są mało skuteczne dla kształtowania nowych umiejętności (np. asertywności, dokonywania wyborów), zmiany postaw i przekonań ludzi. Często podejmuje się w mediach akcje i kampanie na rzecz zdrowia, wychodząc z założenia, że lepiej jest „coś" zrobić i aby było widać, że „coś" się robi, nawet gdy wiadomo, że nie przyniesie to efektów (zwykle też nie planuje się ich badania).

Włączenie się do upowszechniania wiedzy o zdrowiu bardzo licznej grupy dziennikarzy, wśród których duży odsetek nie posiada odpowiedniego przygotowania w tym zakresie, może mieć **negatywne skutki**, spowodowane m.in.:

– przekazywaniem informacji powierzchownych, nierzetelnych („półprawdy");

– wypaczaniem rozumienia zdrowia i ciała, osadzanie ich w kontekście mody (np. lansowanie „ideału" ciała kobiety i mężczyzny), koncentracją na działaniach naprawczych lub co najwyżej profilaktycznych;

– poszukiwaniem „sensacji" rażącymi tytułami, które zgodnie ze strategią marketingu mają skupiać uwagę czytelników, używaniem błędnego nazewnictwa, wprowadzaniem chaosu terminologicznego, nieodpowiedzialnością za słowo[2].

Z opisanych wyżej powodów informacje przekazywane przez mass media mogą powodować u ludzi dezorientację, niepewność, niepokój, lęk, a czasem nieuzasadnioną panikę. Jednym z celów edukacji zdrowotnej, zwłaszcza młodych ludzi, powinno być uświadamianie im konieczności krytycznej oceny komunikatów medialnych i wiarygodności źródeł informacji. Szansę taką stwarza m.in. w szkole powiązanie między ścieżkami edukacyjnymi „edukacja prozdrowotna" oraz „edukacja czytelnicza i medialna".

7.2. Zasady skutecznego wykorzystania mass mediów w edukacji zdrowotnej

Mass media są potężną siłą we współczesnym świecie i niezbędna jest umiejętność ich właściwego wykorzystania jako skutecznego narzędzia w programach promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. W piśmiennictwie podaje się następujące kluczowe zasady włączania mass mediów do tych programów:

- Działania mass mediów powinny być wbudowane w ogólną strategię programu edukacyjnego (lub promocji zdrowia) uwzględniającego różne formy interakcji interpersonalnych (np. w szkołach, zakładach pracy, placówkach służby zdrowia);
- Głównym zadaniem mass mediów powinno być budzenie świadomości społecznej w odniesieniu do przedmiotu danego programu przez: upowszechnianie informacji wyprzedzających rozpoczęcie programu; przekazywanie faktów opartych na danych epidemiologicznych, stymulujących działania;
- Należy zidentyfikować grupę/y, do której adresowany jest dany program i określić jej potrzeby, przekonania, wartości (informacje przekazywane przez media nie powinny być z nimi sprzeczne) oraz bariery ekonomiczne i strukturalne, które uniemożliwią reakcję na informacje przekazywane w mediach;
- Przekazywane przez mass media informacje powinny:
  - być postrzegane przez ludzi, do których są adresowane jako dla nich przydatne;
  - mieć cechy nowości i być prezentowane w odpowiednim emocjonalnym kontekście;
  - być podawane w sposób prosty i jednoznaczny, wielokrotnie powtarzane, przez odpowiednio długi okres;
  - pochodzić z wiarygodnych źródeł i być przekazywane przez godne zaufania osoby (należy zwrócić uwagę, że źródła te i osoby szybko tracą atrakcyjność lub wiarygodność i należy je zmieniać, zwłaszcza w programach dla młodzieży);

[2] Krytyczne uwagi dotyczące prezentacji zagadnień związanych ze zdrowiem i kulturą fizyczną w mass mediach przedstawiono w artykule: A. Zalewska-Meler (2006) *(Nie)odpowiedzialność za słowo – opór wobec nowoczesnej retoryki zdrowia*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne", nr 4, s. 30–34.

- być pozytywne, ukazywać ludziom korzyści proponowanych działań (należy zwrócić uwagę na wczesne ich efekty, gdyż odległe nie są zachęcające, zwłaszcza dla młodych ludzi); należy unikać techniki „straszenia", która zwykle jest mało skuteczna, może budzić lęk i wyzwalać mechanizmy obronne (s. 159); w tych przypadkach należy uruchamiać dodatkowe działania np. dostępność dodatkowej informacji, porady telefoniczne lub bezpośrednie od odpowiednich osób;

• W celu uatrakcyjnienia przekazu można go połączyć z różnymi imprezami rozrywkowymi, sportowymi, należy jednak pamiętać, że głównym celem tych imprez jest rozrywka (a często i zarabianie pieniędzy), a nie edukacja;

• W skutecznych kampaniach zaangażowane są różne mass media.

7.3. Współpraca z mediami[3]

Osoby zajmujące się edukacją zdrowotną i promocją zdrowia często współpracują z mediami – zapraszają dziennikarzy do realizowanych programów lub kampanii, a także sami występują w radiu lub TV oraz przygotowują materiały dla prasy. Wymaga to uzyskania odpowiednich umiejętności, aby osiągnąć cel i mieć osobistą satysfakcję z współpracy z dziennikarzami.

Udział w programach i audycjach radiowych i telewizyjnych

Udział w nich wymaga odpowiedniego przygotowanie i przestrzegania następujących zasad:

1. **Zebranie podstawowych informacji** o: rodzaju programu/audycji, czasie jego emisji, zasięgu (lokalny, krajowy), potencjalnych odbiorcach, czasie przeznaczonym na wystąpienie (ile minut), rodzaju wystąpienia – wywiad (kto będzie przeprowadzał, jaka będzie treść pytań), wypowiedz, udział w dyskusji panelowej (kto w niej będzie uczestniczył), czy emisja będzie „na żywo", czy program będzie nagrywany wcześniej (gdzie będzie nagranie), czy w programie będą poruszane sprawy kontrowersyjne itd. Warto też wcześniej obejrzeć podobny program TV lub wysłuchać audycję radiową.
2. **Przygotowanie wystąpienia**:
   - zacznij od dokładnego ustalenia co zamierzasz przedstawić;
   - bądź pozytywny – przekazuj dobre wiadomości, to co ludzie mogą zrobić i jakie będą z tego korzyści;
   - skoncentruj się na 2–3 kluczowych zagadnieniach, unikaj szczegółów, nadmiaru informacji, dygresji, które zaburzą percepcję spraw najważniejszych;

[3] Opracowano na podstawie: Ewles, Simnett (2006).

   - zapisz precyzyjnie i krótko to, co uważasz za najważniejsze w twoim wystąpieniu, aby wypowiedź nie była dłuższa niż pół do 1 minuty (dłuższe wypowiedzi są zwykle „wycinane" i często to co pozostaje nie jest najważniejsze);
   - staraj się, aby wypowiedz była żywa, podawaj przykłady z życia, używaj analogii, anegdot;
   - unikaj terminów medycznych, technicznych (jeśli jest to niezbędne, wyjaśnij ich znaczenie), żargonu (wyobraź sobie, że mówisz do inteligentnego nastolatka, którego nie znasz);
   - zrób próbę generalną – nagraj swoje wystąpienie na kasetę audio lub wideo, poproś inną osobę, aby pełniła rolę obserwatora lub w przypadku wywiadu zadawała pytania.
3. **Prezentacja**:
   - gdy występujesz w telewizji, ubierz się tak, aby mieć dobre samopoczucie i zadowolenie ze swojego wyglądu; unikaj ubrań w kolorze niebieskim i jasnoczerwonym, z wyraźnymi paskami oraz świecącej biżuterii; jeśli w programie występujesz jako „gadająca głowa", zwróć uwagę na wygląd okolicy szyi;
   - zaakceptuj to, że zdenerwowanie jest „normalnym" stanem i oznacza, że starasz się dobrze wykonać swoje zadanie; w czasie wywiadu pamiętaj, że osoba rozmawiająca z tobą jest po to, aby pomóc w wykonaniu tego zadania;
   - bądź ożywiony, przekonujący i czujny przez cały czas; czujność jest szczególnie ważna w telewizji i przyjmij, że kamera jest zawsze skierowana na ciebie;
   - mów swoim zwykłym głosem, wyraźnie i szczególnie w radiu zmieniaj ton i tempo mówienia, aby podkreślić ważne kwestie;
   - upewnij się, czy powiedziałeś to co zamierzałeś powiedzieć; może zdarzyć się, że w czasie wywiadu nie będziesz chciał odpowiedzieć na jakieś pytanie, zwłaszcza gdy wykracza ono poza ustalony wcześniej zakres; aby znaleźć dobre wyjście z sytuacji, możesz wówczas powiedzieć np. „nie mogę odpowiedzieć na to pytanie bez wyjaśnienia najpierw..." albo: „nie znam w tym momencie odpowiedzi na to pytanie, ale to, co na pewno wiemy, to...";
   - gdy wywiad zakończy się, pozostań w tej samej pozycji, nic nie mów, aż do chwili, gdy powiedzą ci, że nagranie jest zakończone.

Przygotowanie materiału dla prasy

W realizacji programów edukacyjnych niezbędne jest pozyskanie do współpracy dziennikarzy z odpowiednich czasopism lub pism codziennych. Jest to szczególnie ważne w programach lokalnych. Dziennikarze zwykle pracują w pośpiechu, nie mają czasu na pogłębianie swojej wiedzy na dany temat, czytanie materiałów źródłowych i obszernych opracowań. Powszechną praktyką jest przygotowywanie dla nich **informacji lub komunikatu prasowego** (ang. *press release*). Jest to forma pośredniego kontaktu z mediami.

Powinien on być przygotowany zgodnie ze sztuką dziennikarską w formie piramidy.



Ryc. 7.1. Schemat przygotowywania komunikatu prasowego (Idziakowski, 2002, s. 212)

Tytuł komunikatu powinien przyciągać uwagę. W pierwszym akapicie komunikatu należy umieścić informację najważniejszą, zawierającą odpowiedzi na pytania z wierzchołka piramidy. Dalej należy umieszczać informacje, coraz mniej istotne, które można w razie potrzeby usunąć bez szkody dla merytorycznej wartości tekstu. Należy przestrzegać następujących zasad:

- Wydarzenia, o których komunikat informuje, muszą interesować czytelników, słuchaczy lub widzów. W lokalnych czasopismach tekst należy adresować do lokalnej społeczności i koncentrować się na ludziach, a nie ogólnych stwierdzeniach i danych statystycznych;
- Tekst powinien być krótki, zwięzły (nie więcej niż 2 strony), z wyraźnie zaznaczonymi akapitami i krótkimi zdaniami. Należy używać prostego języka, nie stosować nawiasów;
- Należy unikać: nadmiaru danych liczbowych (zmniejsza to czytelność tekstu), żargonu oraz określeń i zwrotów zrozumiałych tylko dla specjalistów;
- Przytaczając informacje i opinie należy powoływać się na źródło; cytaty powinny być adekwatne do tematu, oznaczone cudzysłowem, z podaniem imienia i nazwiska osoby cytowanej;
- Tekst powinien być przygotowany z kilkudniowym wyprzedzeniem planowanego zdarzenia (imprezy);
- Tekst należy napisać jednostronnie, z podwójnym odstępem, z marginesem 2–3 cm po obu stronach, wyróżnienia w tekście zaznaczyć boldem (bez podkreślania); należy podać nazwiska i numery telefonów osób, z którymi można się kontaktować w celu uzyskania dodatkowych informacji;

- Komunikat powinien zawierać datę, imię i nazwisko oraz podpis autora. Należy wysłać go do konkretnego, znanego dziennikarza, a kopię do wszystkich osób, które uczestniczą w danym programie.

7.4. Marketing społeczny i kampanie społeczne w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej[4]

Marketing społeczny jest w wielu swoich celach i działaniach zbliżony do metod stosowanych w promocji zdrowia. Oba te działania są nastawione na zmiany w zachowaniach ludzi, lecz mają odrębne korzenie – marketing społeczny wyrósł z marketingu komercyjnego, promocja zdrowia – z nauk społecznych i medycznych. Zagadnienia dotyczące zdrowia mogą być również przedmiotem marketingu społecznego. **Marketing społeczny jest strategią zmian zachowań i postaw społecznych w pożądanym kierunku, za pomocą metod stosowanych w marketingu komercyjnym**. Celem jego jest poprawa:

– dobrostanu jednostek – np. namawianie ludzi do zamiany zachowań w kierunku prozdrowotnego stylu życia jest uzasadnione ich dobrem;

– kondycji społeczeństwa – np. zmniejszenie rozpowszechnienia zachowań ryzykownych dla zdrowia zmniejsza koszty leczenia chorób spowodowanych tymi zachowaniami.

Wyróżnia się dwie odmiany marketingu społecznego w zależności od źródeł finansowania. Pierwsza („czysta") forma jest realizowana przez organizacje rządowe i/lub pozarządowe i obejmuje programy oraz kampanie ukierunkowane na stymulowanie zmian zachowań różnych grup społecznych. Druga forma to „marketing społecznie odpowiedzialny", w którym głównym celem jest marketing komercyjny – budowanie wizerunku firmy lub marki. Celem pośrednim jest sponsorowanie działalności społecznej, niezwiązanej wprost ze sprzedażą produktu.

Strategia marketingu społecznego polega na planowaniu, wprowadzaniu i kontrolowaniu programów mających na celu zwiększenie akceptacji jakiejś idei lub zachowania. Podstawą jej budowania jest kompozycja, łącząca cztery elementy:

- **Produkt** – w przypadku kampanii społecznej ma on charakter niematerialny lub symboliczny i wynika z potrzeb, jakie jednostka może zaspokajać zmieniając swoje zachowanie, np. rzucając palenie zaspokaja potrzebę bezpieczeństwa osobistego, poczucia własnej wartości, atrakcyjności fizycznej lub społecznej (np. należy do elity, podąża za modą na niepalenie);
- **Cena** – ceną za uzyskanie produktu może być czas, wysiłek, ograniczenie przyjemności (np. gdy namawia się do zaprzestania palenia lub picia coca-coli); rzadko wyrażana bywa w pieniądzach (w odróżnieniu od marketingu komercyjnego);

[4] W opracowaniu wykorzystano prace: B. Frątczak-Rudnickiej (2002) i B. Jacennik (2000).

- **Promocja** – wykorzystuje się podobne, jak w marketingu komercyjnym, środki oddziaływania, sposoby przygotowywania i testowania komunikatów reklamowych (reklam telewizyjnych, plakatów, ulotek, reklamy pocztowej) oraz sposoby wykorzystania mediów;
- **Dystrybucja** – polega na umożliwieniu wygodnego i łatwego „zakupu produktu", np. gdy nakłania się ludzi do używania prezerwatyw, należy zapewnić łatwo dostępne i niekrępujące formy sprzedaży.

Dodatkowymi elementami w marketingu społecznym mogą być naciski polityczne oraz naciski opinii publicznej.

Jednym z rodzajów marketingu społecznego jest **kampania społeczna**. Jest ona urzeczywistnieniem w praktyce jego idei, dotyczy konkretnego działania marketingowego, ma zwykle określony czas. Celem kampanii społecznych może być poinformowanie, dostarczenie wiedzy lub uświadomienie ludziom pewnych spraw (np. jak zapobiegać zakażeniu HIV) lub przekonanie jak największej liczby osób, do których jest adresowana (grupy docelowej) aby podjęły jakieś działania (np. zaszczepiły się przeciw grypie, mierzyły ciśnienie tętnicze krwi, piły więcej mleka). Najtrudniej jest wywołać trwałą zmianę zachowań (np. rzucenie palenia, ograniczenie spożycia tłuszczów). Kampanie takie rzadko przynoszą sukcesy, gdyż ludzie unikają lub odrzucają niepokojące lub konfliktowe informacje.

Punktem wyjścia do rozpoczęcia kampanii społecznej jest zidentyfikowanie **problemu społecznego** przez grupę społeczną lub instytucję i określenie sytuacji, która z punktu widzenia jej założeń i systemu wartości wymaga interwencji społecznej. Kolejnymi etapami są:

1. Ustalenie celu, który umożliwi rozwiązanie danego problemu społecznego; cel powinien być realny do osiągnięcia i istnieje możliwość zmierzenia, czy i w jakim stopniu udało się go osiągnąć (np. w czasie kampanii trwającej 5 lat odsetek palących zmniejszy się z 35% do 30%).
2. Dokonanie diagnozy otoczenia społecznego (czynniki demograficzne, ekonomiczne, kulturowe).
3. Rozpoznanie potrzeb i wartości grupy docelowej.
4. Pozycjonowanie, czyli stworzenie najlepszego przekazu reklamowego dla wybranej grupy docelowej, który w sposób najbardziej atrakcyjny prezentowałby i zachwalał dany produkt.
5. Efektywne komunikowanie korzyści, jakie niesie produkt.
6. Stworzenie dogodnych mechanizmów reakcji, środków działania.
7. Stała reakcja na zmiany w otoczeniu, ewentualne modyfikowanie produktu i/lub przekazu.

Planowanie, przygotowanie, realizacja i ewaluacja efektów kampanii społecznych wymaga odpowiedniej wiedzy i umiejętności. W 1998 r. powstała w Polsce Fundacja Komunikacji Społecznej, której jednym z zadań jest udzielanie pomocy w profesjonalnym tworzeniu kampanii społecznych (www.fks.dobrestrony.pl). W ostatnich latach liczba kampanii społecznych w Polsce, w tym także dotyczących różnych aspektów zdrowia, systematycznie wzrasta.

Charakterystyka kampanii społecznej na przykładzie „Pij mleko! Będziesz wielki!"[5]

Organizator kampanii – Międzynarodowe Stowarzyszenie Reklamy IAA w Polsce.

Problem społeczny – małe spożycie mleka zwiększa zachorowalność na osteoporozę, spożycie mleka przez dzieci w Polsce jest niewystarczające.

Cel kampanii – wykreowanie „mody na picie mleka" wśród dzieci oraz przełamanie stereotypu niedobrego smaku mleka, którego picie kojarzy się dzieciom z przymusem, a nawet karą.

Grupa docelowa – dzieci w wieku 5–13 lat.

Etap kampanii pilotażowej (rozpoczął się we wrześniu 2002 r. na Górnym Śląsku) – określenie aktualnej sytuacji związanej z piciem mleka i wiedzą o nim oraz sprawdzenie zauważalności i trafności form reklamy. Formy: spoty emitowane w telewizji i regionalnych rozgłośniach radiowych, reklamy w prasie regionalnej. Badania: 1) przed rozpoczęciem pilotażu: wśród dzieci, które nie piją mleka z przyczyn pozazdrowotnych (ustalenie przyczyn) oraz matek w wieku 22–44 lat (określenie ich wiedzy dotyczącej mleka i zachęcania dzieci do jego picia); 2) po zakończeniu kampanii pilotażowej w podobnej grupie matek (poznanie ich opinii o kampanii, jej zauważalności, zmian w opiniach matek).

Kampania ogólnopolska (od stycznia 2003 r.). Formy: spoty reklamowe w radiu i TV, reklamy w prasie, na bilbordach i pojazdach (100 partnerów medialnych, którzy nieodpłatnie udostępnili czas i powierzchnie reklamową); imprezy dla dzieci, festyny, koncerty muzyczne, dotarcie do szkół. W reklamach występowały gwiazdy estrady (Kayah), filmu (B. Linda), sportu (J. Marczułajtis, K. Hołowczyc), w ostatnim filmie *Shrek*. Wszystkie elementy nastawione na skojarzenie mleka z zabawą i dobrym nastrojem, dzieci pijące mleko robią to ze smakiem i zadowoleniem.

Ocena efektów – w latach 2003–2005 przeprowadzono trzykrotnie sondaż w ogólnopolskich próbach opiekunów dzieci w wieku 5–13 lat. Wyniki kampanii oceniono jako sukces. W 2004 r. 68% osób zetknęło się z kampanią, 88% potrafiło bezbłędnie przytoczyć hasło, 89% ich dzieci zwróciło uwagę na reklamy i podobały się im one, 36% rodziców zauważyło, że dzieci chętniej piją mleko, 62% rodziców zachęcało dzieci do picia mleka, 77% miało świadomość, że jest ono ważnym źródłem wapnia.

Pytania/Zadania

1. Jaką rolę spełniają mass media w edukacji zdrowotnej społeczeństwa i jak w twojej ocenie wywiązują się z tej roli?
2. Jak należy przygotować się do wystąpienia w programie telewizyjnym lub radiowym?

[5] www.iaa.org.pl/marketing_pij_mleko.htm

3. Jakie są podstawowe zasady przygotowania komunikatu prasowego?
4. Wymień znane ci kampanie społeczne związane ze zdrowiem i omów etapy przygotowywania, realizacji i ewaluacji wyników kampanii społecznej.

Literatura zalecana

Jacennik B. (2000) *Koncepcje i metody marketingu społecznego a promocja zdrowia*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 19, s. 88–100.
Mrozowski M. (2001) *Media masowe – władza, rozrywka, biznes*, Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.

ROZDZIAŁ 8

Edukacja zdrowotna w różnych siedliskach

Edukacja zdrowotna jest procesem, który trwa całe życie, jest związany z całym kontekstem życia człowieka. Jest elementem **socjalizacji pierwotnej**, obejmującej dzieciństwo i młodość, oraz **wtórnej** w okresie dorosłości. Proces socjalizacji, według Jana Szczepańskiego, jest przekształcaniem się istoty biologicznej w społeczną. Socjalizacja dokonuje się w wyniku oddziaływania na osobowość człowieka życia społecznego i kultury. Obejmuje procesy: nabywania wartości i wynikających z nich norm, uczenia się oraz wzory zachowań, w tym także ról społecznych[1].

Edukacja zdrowotna odbywa się sposób naturalny (nieformalny, spontaniczny) i formalny (zorganizowany), we wszystkich miejscach, gdzie ludzie żyją, uczą się, pracują, wypoczywają i bawią się, a także gdzie leczą się lub korzystają z innych świadczeń medycznych. W promocji zdrowia określono te miejsca jako **siedliska** (ang. *settings*), a nie środowiska (ang. *environment*) – s. 133. Siedliskami, które odgrywają szczególną rolę w edukacji zdrowotnej są: rodzina, przedszkole, szkoła, zakłady opieki zdrowotnej i one będą przedmiotem dalszych rozważań. Edukacja zdrowotna odbywa się także w innych siedliskach: w społeczności lokalnej, w zakładzie pracy, w jednostce wojskowej, ale omówienie jej specyfiki przekracza ramy tej książki.

8.1. Edukacja zdrowotna w rodzinie

Z punktu widzenia promocji zdrowia rodzinę można traktować jako siedlisko. Członkowie rodziny żyją w określonych warunkach fizycznych (materialnych), kulturowych i społecznych (w tym relacje i interakcje z innymi siedliskami i instytucjami). Wszystko to decyduje o stylu życia rodziny i poszczególnych ich członków, postawach wobec zdrowia, sposobach dbania o zdrowie, a także problemach zdrowotnych i sposobach radzenia sobie z nimi.

[1] A. Roter (2005) *Proces socjalizacji dzieci w warunkach ubóstwa społecznego*, Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 36.

Tradycyjnie rozważa się edukację zdrowotną w rodzinie z punktu widzenia dzieci i młodzieży. Edukację zdrowotną w rodzinie jako siedlisku dla promocji zdrowia należy jednak postrzegać znacznie szerzej:

- Edukacja ta, jako proces całożyciowy, dotyczy **wszystkich członków rodziny**. Wynika to z rozwojowej koncepcji rodziny, która w swoim cyklu życia przechodzi przez kolejne fazy[2]. Pojawiają się w nich nowe role, zadania, sytuacje, a także problemy zdrowotne, do których rozwiązywania powinni przygotować się różni członkowie rodziny. Pojawiły się nowe typy rodzin i formy życia rodzinnego, co powoduje różnorodne skutki społeczne[3], ale także zapewne i zdrowotne;
- Edukacja zdrowotna jest związana w różnym stopniu ze **wszystkimi funkcjami rodziny**: prokreacyjną, opiekuńczą, socjalizacyjną, emocjonalną, opiekuńczą, rekreacyjną, ekonomiczną;
- Istnieją powiązania między przekonaniami, postawami wobec zdrowia i zachowaniami zdrowotnymi różnych członków rodziny;
- Na proces edukacji zdrowotnej i jego efekty znaczący wpływ mają czynniki społeczno-ekonomiczne i kulturowe, także oddziaływania na jej członków w innych siedliskach (np. w szkole, placówkach służby zdrowia).

Powszechnie uważa się, że rodzina jest podstawowym i najważniejszym siedliskiem (środowiskiem) dla edukacji zdrowotnej. Nieliczne są jednak wyniki badań dotyczące realizacji tej edukacji w rodzinach[4]. Wynika to zapewne z trudności metodologicznych, w organizacji badań oraz ze zróżnicowania typów rodzin i form życia rodzinnego. Nieliczne są też publikacje na ten temat. Niżej zwrócono uwagę na niektóre aspekty edukacji zdrowotnej najmłodszych i najstarszych członków rodziny.

8.1.1. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży

Rodzice są pierwszymi i najważniejszymi „nauczycielami zdrowia" dzieci i młodzieży. W domu rodzinnym dokonuje się główna część procesu **socjalizacji zdrowotnej**, polegającego na kształtowaniu, w interakcji z rodzicami i innymi członkami rodziny, umiejętności i zachowań sprzyjających dobremu samopoczuciu oraz ochronie przed zagrożeniami dla zdrowia w dzieciństwie i w dalszym życiu

Socjalizacja zdrowotna jest częścią ogólnego procesu socjalizacji i składają się na nią trzy podstawowe elementy (Jutras, Normandeau, Kalnins, 1997):

[2] M. Ziemska wyróżniła 6 podstawowych faz życia rodziny: małżeńska pierwotna, trzy fazy rodzicielskie (z dzieckiem: małym, w wieku szkolnym, w okresie dorastania), wtórna małżeńska, po usamodzielnieniu się dzieci, małżeńska emerycka. Patrz: M. Ziemska (1975) *Rodzina a osobowość*, Warszawa, Wiedza Powszechna.

[3] Patrz m.in. Z. Tyszka (2003) *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

[4] Obszerne opracowanie dotyczące edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w rodzinie znajduje się w książce C. Lewickiego, 2006, s. 104–170.

- dzieci uczą się i praktykują różne zachowania związane ze zdrowiem w **kontekście codziennego życia**, w czasie: posiłków, codziennych zabiegów higienicznych, zabawy, snu, w czasie wolnym, pomocy w gospodarstwie domowym itd.;
- dzieci są **aktywnymi uczestnikami** własnej socjalizacji zdrowotnej, tzn. nie tylko naśladują i odtwarzają zachowania dorosłych, lecz zgodnie ze swymi możliwościami poznawczymi adaptują i rekonstruują znaczenie różnych zdarzeń i zachowań w codziennym życiu;
- istnieją **dwustronne interakcje** między głównymi „aktorami" procesu socjalizacji: dzieci nie tylko otrzymują informacje, wskazówki, różne formy opieki (np. w chorobie), ale także podejmują różne działania na rzecz innych – są więc nie tylko odbiorcami (jak się zwykle je postrzega), ale także inicjatorami działań na rzecz zdrowia w rodzinie[5].

Edukacja zdrowotna powinna wspierać proces socjalizacji zdrowotnej i uczestniczą w niej, w sposób świadomy i nieuświadamiany, obok rodziców, wszyscy członkowie rodziny. Dom rodzinny ma tę przewagę nad innymi instytucjami, że dziecko może w nim praktykować to, czego się nauczyło w przedszkolu i w szkole, zdobywać doświadczenia w działaniu, a edukacja zdrowotna może być dostosowana do jego indywidualnych potrzeb. W domu rodzinnym młody człowiek powinien:

- uzyskać podstawowe **umiejętności dotyczące troski o ciało** (związane z higieną i pielęgnacją ciała, żywieniem, bezpieczeństwem, rekreacją, opieką nad członkami rodziny w chorobie itd.) i wiele **umiejętności psychospołecznych** (życiowych) oraz mieć możliwość ich wykorzystywania w codziennym życiu;
- mieć możliwość kształtowania i praktykowania **zachowań prozdrowotnych**;
- uczestniczyć i zdobywać **doświadczenia** w podejmowaniu decyzji, dokonywaniu wyborów dotyczących różnych spraw związanych ze zdrowiem oraz dokonywaniu zmian w organizacji i warunkach życia rodziny;
- uzyskiwać podstawową **wiedzę** dotyczącą różnych spraw związanych ze zdrowiem, w tym także seksualnością;
- mieć możliwość **wyrażania swojej opinii** i **rozmawiania** o sprawach, które są dla niego ważne, uzyskiwać **wsparcie** w swoich działaniach bezpośrednio lub pośrednio związanych ze zdrowiem.

Etapy edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży

Rola i zadania rodziny w edukacji zdrowotnej, a także udział innych podmiotów wspierających ją, zmieniają się w zależności od okresu rozwoju dziecka – od funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych w okresie noworodkowym i niemowlęcym – do wspierania i towarzyszenia dziecku w poszukiwaniu własnej tożsamości i stylu życia w okresie dojrzewania i młodzieńczym.

Oryginalną koncepcję etapów wychowania zdrowotnego zaproponował M. Demel (1968). Biorąc pod uwagę **aktywność dziecka i jego świadome zaangażowanie**

[5] Jest to zgodne ze społeczno-ekologicznym modelem rozwoju, opracowanym przez amerykańskiego psychologa U. Bronfenbrennera, który podkreślał, że dzieci są aktorami w systemie interakcji ze znaczącymi dla nich osobami.

w sprawy zdrowia wyróżnił cztery etapy (szczeble): heteroedukacja, etap pośredni, autoedukacja, heteroedukacja odwrócona. Etapy te pokrywają się częściowo z fazami rozwoju dziecka, ale nie mają ostrych granic, niektóre elementy z etapów późniejszych pojawiają się wcześniej itd.

Etap heteroedukacji obejmuje okres od urodzenia do 2–3 r.ż. Dziecko jest reagującym „przedmiotem", odbiorcą zabiegów pielęgnacji i opieki ze strony dorosłych. Stopniowo zaczyna wykonywać proste polecenia i naśladuje pewne zachowania dorosłych nie rozumiejąc jeszcze, co i dlaczego to robią. Wykonywanie pewnych czynności w sposób uregulowany i uporządkowany prowadzi do ich automatyzacji. Dziecko uczy się swego ciała, najpierw potrafi pokazać różne jego części, później je nazywa; zainteresowanie ciałem przejawia się w pytaniach. W tym okresie działania rodziców powinny być wspierane przez pracowników służby zdrowia: położną środowiskową, a następnie pielęgniarkę rodzinną oraz lekarza rodzinnego (lub pediatrę), a jeśli dziecko jest w żłobku, przez jego personel. Bogatym źródłem informacji są liczne wydawnictwa i czasopisma przeznaczone dla rodziców najmłodszych dzieci.

Etap pośredni obejmuje okres przedszkolny i młodszy szkolny. Stopniowo zwiększa się udział dziecka w dbaniu o swoje zdrowie. Dziecko świadomie naśladuje zachowania dorosłych, opanowuje podstawowe umiejętności dotyczące higieny osobistej i bezpieczeństwa, ale wymaga przypominania i nadzoru ze strony dorosłych. Uczestniczy w pracach nad utrzymaniem porządku w domu, podejmuje samodzielnie pewne inicjatywy. Zadaniem rodziców jest m.in.: tworzenie pozytywnych wzorców, stwarzanie warunków do uczenia się, umożliwienie dziecku podejmowania samodzielnych wyborów, bezpiecznego eksperymentowania (pod dyskretnym nadzorem), korygowanie niektórych zachowań, dopilnowanie staranności w wykonywaniu czynności i zabiegów higienicznych, odpowiadanie na pytania dziecka (w tym okresie rozwijają się m.in. świadomość i identyfikacja płci, ciekawość seksualna, zabawy erotyczne), rozbudzanie zainteresowania różnym sprawami dotyczącymi zdrowia itd. Rozpoczyna się proces naśladowania zachowań rówieśników. Wpływ na zachowania dziecka ma telewizja, gry komputerowe i reklamy. Partnerami rodziców staje się przedszkole i szkoła.

Autoedukacja (samowychowanie) – dziecko staje się świadomym (w różnym stopniu) współtwórcą swego zdrowia. Ten etap jest charakterystyczny dla okresu dojrzewania, choć pewne elementy autoedukacji występują już we wcześniejszych etapach. U nastolatków rozwija się poczucie własnej tożsamości, zmienia się obraz własnej osoby i ciała, pojawia się potrzeba niezależności, intymności, próby zmieniania siebie, sprawdzania siebie, samokrytycyzm. Większość nastolatków ma krytyczny stosunek do dorosłych, w tym także do zachowań rodziców, niechętnie przyjmuje, a nawet lekceważy ich uwagi, przestrogi, zakazy i zalecenia rodziców (co jest często źródłem konfliktów). Eksperymentuje z substancjami psychoaktywnymi, jest pod silnym wpływem rówieśników, reklam, korzysta z Internetu, szuka informacji w czasopismach. Zadaniem rodziców jest rozsądne, cierpliwe i życzliwe towarzyszenie nastolatkowi w jego poszukiwaniach Konieczne jest jednak wyznaczenie i uzgodnienie z dzieckiem granic dla jego zachowań. Rodzice powinni pogłębić swoją wiedzę na temat przebiegu okresu dojrzewania, aby rozumieć zachowania dziecka, wiedzieć

gdzie, w razie potrzeby, szukać pomocy. Jest to dobry czas, aby rodzice krytycznie przyjrzeli się swoim zachowaniom zdrowotnym i podjęli próbę ich modyfikacji, otwarcie rozmawiając o tym z dzieckiem, a nawet korzystając z jego wsparcia[6]. Działania rodziców powinny być wspierane przez szkołę, szczególnie w zakresie edukacji seksualnej, która sprawia większości rodzicom (niezależnie od ich wykształcenia i statusu społecznego) ogromne trudności. Wydaje się, że w okresie dojrzewania młodzież częściej uważa za bardziej wiarygodne (neutralne) źródło informacji nauczycieli lub inne osoby spoza rodziny niż rodziców. Niezbędna jest jednak aktywna postawa, zainteresowanie i uczestnictwo rodziców w realizacji szkolnych programów edukacji zdrowotnej i profilaktyki.

Heteroedukacja odwrócona (inwersja) – odwrócenie ról – młody człowiek staje się świadomym wychowawcą dorosłych. Dotyczy to sytuacji, gdy dziecko „przenosi" do domu np. to, czego nauczyło się w szkole, zaobserwowało u innych znaczących dla niego osób, a co pozostaje w sprzeczności z tym, co jest praktykowane w domu. Może dotyczyć to, np. zachęcania dorosłych do zmiany diety, ćwiczeń fizycznych, wykonania badań, rzucenia palenia itd. Heteroedukacja odwrócona jest ważnym elementem procesu socjalizacji zdrowotnej, w którym dziecko jest nie tylko odbiorcą, ale także inicjatorem działań związanych ze zdrowiem. Rodzice nie powinni lekceważyć inicjatyw dziecka (zdarza się, że dzieci są wyśmiewane za „głupie pomysły"), lecz wspólnie z nim rozważyć potrzebę, możliwość i sposób wprowadzenia zmian. Jest to droga do rozwijania aktywności dziecka oraz jego kompetencji do działania (s. 240). Elementy heteroedukacji odwróconej występują we wcześniejszych etapach, nawet u małych dzieci, ale nie jest to działanie świadome i polega na naśladowaniu pewnych zachowań dorosłych (np. 4-latek upomina ojca, aby nie palił, słysząc wielokrotnie podobne upomnienia matki).

Czynniki warunkujące edukację zdrowotną dzieci i młodzieży w rodzinie

To, czy edukacja zdrowotna w rodzinie w ogóle ma miejsce i jakie daje efekty, zależy od wielu czynników. Podstawową sprawą jest tworzenie przez rodziców (i innych członków rodziny, zwłaszcza starsze rodzeństwo) **pozytywnych wzorców (modeli) zachowań** związanych ze zdrowiem. Dziecko od najmłodszych lat uczy się przez naśladowanie zachowań znaczących dla niego osób. Wyniki licznych badań wskazują także, że istnieje związek między zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia (np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu) rodziców i dzieci. W reprezentatywnej grupie nastolatków w wieku 11–15 lat w Polsce paliło papierosy 17%, gdy matka i ojciec palili codziennie, i 7%, gdy oboje rodzice nigdy nie palili. Palenie rodziców przyśpiesza również inicjację tytoniową (zapalenie pierwszego papierosa) – w tej samej grupie nastolatków próbowało palić 46% młodzieży, których oboje rodziców paliło codziennie i 28% dzieci obojga rodziców nigdy nie palących[7].

[6] Znakomitym źródłem wiedzy dla rodziców, także w zakresie edukacji zdrowotnej, jest książka: R.I. Lopez (2004).

[7] J. Mazur, B. Woynarowska, A. Kowalewska (2000).

Drugą grupą czynników wpływających na edukację zdrowotną dzieci w rodzinie są **kompetencje rodziców do wychowania dziecka w zdrowiu i do zdrowia**. Większość rodziców kieruje się głównie doświadczeniami wyniesionymi z domu rodzinnego, z własnego życia (w tym ze szkoły) i intuicją. Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzonych w latach 1996–2000 w licznej grupie rodziców (N = 4418) dzieci w młodszym wieku szkolnym z małych miast województwa podkarpackiego. Prawie co czwarta matka (23%) i 89% ojców podało, że nie przygotowywało się do pełnienia roli matki lub ojca. Dla większości rodziców źródłem wiedzy, umiejętności i doświadczeń związanych ze zdrowiem była ich rodzina macierzysta; często też wymieniano „konferencje przedmałżeńskie" w parafii (Lewicki, 2002). Jest tu drastyczna dysproporcja między inwestycją ludzi w swoje kompetencje zawodowe a przygotowaniem się do roli rodzicielskiej.

Trzecia grupa czynników wpływających na zaspokajanie w rodzinie potrzeb zdrowotnych dziecka, a także jego edukację zdrowotną, to **czynniki ekonomiczno-społeczne**, a wśród nich głównie:

- **Wykształcenie rodziców** – im wyższy poziom wykształcenia, tym większa szansa na wypełnianie przez rodziców swej roli w edukacji zdrowotnej dzieci i lepsze jej efekty. Stwierdzono np., że ze wzrostem wykształcenia rodziców zwiększa się częstość szczotkowania zębów przez dzieci i częstość wizyt kontrolnych u stomatologa[8]. W 2004 r. wykształcenie wyższe posiadało 13,3% ogółu ludności w wieku 15 lat i więcej (19,5% w grupie wieku 20–39 lat), zasadnicze zawodowe – 25%, podstawowe i poniżej – 22,1% (GUS, 2006). Pozytywnym zjawiskiem jest wzrost aspiracji edukacyjnych społeczeństwa;
- **Sytuacja materialna rodziny**. Społeczeństwo polskie jest bardzo rozwarstwione, efektem zmiany systemowej jest grupa beneficjentów i pokrzywdzonych. W 2005 r.: w 37% gospodarstw domowych stałe dochody nie pozwalały na zaspokojenie bieżących potrzeb (w latach 1992–2005 odsetek takich gospodarstw systematycznie się zmniejszał); połowa gospodarstw „wiązała koniec z końcem" z trudnością lub wielką trudnością; poniżej granicy niedostatku w ujęciu obiektywnym (według dochodów) żyło 23% gospodarstw, największy zasięg niedostatku dotyczył małżeństw wielodzietnych (*Diagnoza...*, 2005). Ubóstwo rodziny stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia jej członków, także dzieci, i w znacznym stopniu upośledza realizację edukacji zdrowotnej. W zbiorowościach ludzi biednych współistnieje wiele negatywnych czynników, w tym także obniżone umiejętności rodzicielskie[9];
- **Zjawisko wykluczenia społecznego**, które wpływa na funkcjonowanie społeczne, aktywność (w tym także dbałość o zdrowie) i samopoczucie. W 2005 r. w społeczeństwie polskim odsetek osób wykluczonych z różnych powodów wynosił 7,3%, a zagrożonych wykluczeniem 28,8% i był największy w rodzinach wielodzietnych. Szczególnie niekorzystne warunki dla zaspokajania potrzeb zdrowotnych, w tym

[8] I. Pytlak (2001) *Wpływ statusu społeczno-ekonomicznego rodziców na kształtowanie zachowań zdrowotnych z zakresu zdrowia jamy ustnej*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 21, s. 185–198.

[9] W. Warzywoda-Kruszyńska (2000).

edukacyjnych, istnieją w rodzinach z tzw. wykluczeniem normatywnym (nadużywanie alkoholu, przyjmowanie narkotyków, konflikty z prawem, dyskryminacja z różnych powodów itd.). Ten typ wykluczenia dotyczył 4,9% dorosłych Polaków, a zagrożonych było nim 3,3% (*Diagnoza...*, 2005).

8.1.2. Potrzeby w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej starszych członków rodziny

Rodzina dla ludzi starych jest niemal równie ważna jak dla dzieci, chroni przed jedną z największych „zmór" starości – osamotnieniem i samotnością[10], zwanych „nożycami śmierci społecznej". Pomoc starszym członkom rodziny w utrzymaniu dobrej kondycji psychofizycznej oraz w radzeniu sobie ze starzeniem się, chorobami, cierpieniem, perspektywą śmierci, jest wyzwaniem dla współczesnych rodzin.

Za początek okresu starości przyjmuje się najczęściej 60 lub 65 r.ż.[11]. Jest to granica umowna, a ludzie powyżej tego wieku stanowią populację bardzo zróżnicowaną pod względem stanu fizycznego, psychicznego, energii życiowej, aktywności, statusu społecznego itd.

W ostatnich dekadach XX w., w krajach rozwiniętych, także w Polsce, znacznie przedłużyło się życie ludzkie. Przeciętne trwanie życia w Polsce wynosiło w 1955 r. 66,2 lat u kobiet i 60,8 lat u mężczyzn, a w 2005 r. odpowiednio 79,4 lat i 70,8 lat. Systematycznie zwiększa się odsetek ludzi starszych w społeczeństwie. W 2005 r. w Polsce 65 lat i więcej miało 13% ogółu społeczeństwa, a według szacunków GUS w 2030 r. odsetek ten wzrośnie do 24%. Długie życie jest wartością dla człowieka (który od zarania dziejów poszukiwał eliksiru młodości i sposobów przedłużenia życia), ludzie starzy wnoszą cenne wartości w życie rodzinne i społeczne. Równocześnie jednak ujawniło się wiele trudności dla ludzi starszych, ich rodzin i społeczeństwa, do których pokonywania nie jesteśmy przygotowani.

O jakości życia człowieka w „jesieni życia" decyduje wiele czynników, ale jednym z najważniejszych jest zdrowie. Dlatego już w 1985 r. w strategii WHO „Zdrowie dla Wszystkich" zapisano: **dodać lat do życia** (tzn. żyć dłużej) oraz **dodać życia do lat** (tzn. cieszyć się dłuższym życiem w zdrowiu). Promocja zdrowia ludzi starszych jest zadaniem priorytetowym w krajach Unii Europejskiej, coraz częściej mówi się i pisze o tym w Polsce.

Zdrowie człowieka w okresie starości zależy w znacznym stopniu od tego, ile „zainwestował" w zasoby dla zdrowia (m.in. prozdrowotny styl życia, dbałość o zdrowie) we wcześniejszych latach życia i przygotował się do starości. Wyniki

[10] „Osamotnienie jest brakiem kontaktu z innymi ludźmi oraz samym sobą, samotność natomiast jest wyłącznym obcowaniem z sobą samym, jest koncentracją uwagi wyłącznie na sprawach swojego wewnętrznego świata" – J. Szczepański (1988) *Sprawy ludzkie*, Warszawa, Czytelnik, s. 21.

[11] WHO przyjmuje następujący podział: 45–59 lat – wiek przedstarczy, 60–74 lat – wczesna starość, 75–84 lat – późna starość, 90 lat i więcej – długowieczność.

bardzo wielu badań, wykonywanych w różnych krajach, wskazują, że prozdrowotny styl życia, nawet wdrożony dopiero w starszym wieku, oraz aktywne życie – tzw. **aktywne starzenie się** – wpływają korzystnie na samopoczucie, sprawność, zmniejszają ryzyko chorób, niepełnosprawności i częstych w tym okresie urazów w wyniku upadku, opóźniają starcze zniedołężnienie.

Tradycyjnie rodziny koncentrują swe wysiłki na najmłodszym pokoleniu. Ludzie starzy na rodzinie skupiają swoje życie emocjonalne i aktywność, a od rodziny oczekują wsparcia i pomocy w potrzebie. Pomoc starszym członkom rodziny w aktywnym starzeniu się jest wyzwaniem dla współczesnych rodzin. Jest to trudne zadanie, wobec wielu problemów i ograniczeń, związanych głównie z warunkami życia większości polskich rodzin. Należy także przyjąć, że **wspieranie ludzi starych w rodzinie jest ważnym elementem edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży**. Pozwala im zrozumieć koleje życia i to, że także dożyją starości (jest powiedzenie: „człowiek ma tylko dwa wyjścia – wcześnie umrzeć lub zestarzeć się"). Wśród najważniejszych zadań rodziny w promocji zdrowia starszych jej członków należy wymienić:

– umożliwianie aktywnego uczestnictwa w: **życiu rodzinnym**, wykonywania pewnych zadań (wzmacnia poczucie przydatności, własnej wartości); **działaniach społecznych**, np. wolontariat, konkretne zadania w lokalnych organizacjach i parafiach, uczestnictwo w życiu towarzyskim; **kulturze**, w tym odkrywanie nowych zainteresowań[12];

– pomaganie w dostosowaniu **sposobu żywienia** do nowych potrzeb (mniejszy wydatek energii, brak apetytu, często występująca otyłość), w tym eliminowanie niedoborów niektórych składników odżywczych (np. wapnia, witaminy D, kwasu foliowego, białka, błonnika) oraz nadmiaru soli i tłuszczów zwierzęcych;

– zachęcanie do systematycznej **aktywności ruchowej**, która sprzyja zwiększeniu sprawności i wydolności fizycznej, poprawie samopoczucia, jakości snu, zmniejsza ryzyko chorób układu krążenia, osteoporozy, upadków; zachętą może być wspólne wykonywanie ćwiczeń, umożliwienie udziału w zorganizowanych zajęciach ruchowych dla ludzi starszych;

– zapewnienie w domu **odpowiednich warunków**: komfortu cieplnego w zimie (upośledzone procesy termoregulacji), odpowiedniego oświetlenia (zmniejszenie ostrości wzroku), eliminowanie śliskich podłóg, zachęcanie do noszenia obuwia o nieśliskich podeszwach (zapobieganie upadkom);

– umożliwienie podejmowania **aktywności edukacyjnej**, w tym także dostarczanie materiałów i publikacji dotyczących różnych aspektów zdrowia i życia w starszym wieku. Ludzie starsi zachowują zdolność do uczenia się do późnego wieku, gdy metody edukacji są dostosowane do ich właściwości poznawczych i fizjologicznych (s. 183).

Aktywność edukacyjna ludzi starszych jest bardzo zróżnicowana, ale też oferta dla nich jest stosunkowo niewielka. Największe zasługi mają w tym zakresie Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW). Pierwszy UTW utworzono w Polsce w 1975 r. w Warszawie,

[12] Formy aktywności ludzi starszych i formy pracy edukacyjnej z nimi omówiono m.in. w książce Z. Zaorskiej (1997) oraz B. Szatur-Jaworskiej, P. Błędowskiego, M. Dzięgielewskiej (2006).

przy Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, z inicjatywy Haliny Szwarc. W 2005 r. funkcjonowało ponad 100 UTW i liczba ich zwiększa się. Uniwersytety te są tworzone głównie w dużych miastach. Aktywność edukacyjną prowadzą także kluby seniora i stowarzyszenia działające na rzecz ludzi starszych (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006).

Wydaje się, że edukacja zdrowotna ludzi w starszym wieku jest obszarem dotychczas zupełnie nie „zagospodarowanym" – nie ma na ten temat badań, ani prób praktycznych rozwiązań. Podjęcie takich działań jest wyzwaniem dla osób zajmujących się edukacją zdrowotną i promocją zdrowia w Polsce.

- Znaczna część rodzin polskich nie uświadamia sobie swojej roli w edukacji zdrowotnej dzieci, nie jest do niej przygotowana. Trudno nie zgodzić się, ze zgłaszanym od wielu lat postulatem, ze edukację zdrowotną społeczeństwa należy zacząć od rodziców. Nie ma jednak pomysłu, jak to zrobić
- Nierówności społeczne generują nie tylko nierówności w zdrowiu, lecz także w socjalizacji zdrowotnej dzieci i młodzieży i edukacji zdrowotnej w rodzinie
- Istnieje potrzeba podjęcia prac nad edukacją zdrowotną ludzi starszych

Pytania/Zadania

1. Jaką rolę powinna spełniać rodzina w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży i jakie czynniki ułatwiają, a jakie utrudniają pełnienie tej roli?
2. Scharakteryzuj etapy edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży zaproponowane przez M. Demela.
3. Omów potrzeby w zakresie promocji zdrowia ludzi starszych i możliwości rodzin w ich zaspokojeniu.

Literatura zalecana

Lopez R. I. (2004) *Twój nastolatek. Zdrowie i dobre samopoczucie*, tłum. J. Józefowicz-Pacuła, J. Wiśniewski; B. Woynarowska (red. nauk. tłumaczenia), Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. (2006) *Postawy gerontologii społecznej*, Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.

Zaorska Z. (1997) *Dodać życia do lat. Materiały metodyczne ułatwiające organizacje różnych form aktywności wśród osób starszych i w rodzinach wielopokoleniowych*, Lublin. Wydawnictwo KLANZA.

8.2. Edukacja zdrowotna w przedszkolu

Przedszkole powinno być pierwszym etapem edukacji dla wszystkich dzieci. W Polsce, w r.szk. 2005/2006, wychowaniem przedszkolnym było objętych tylko 55,6%

dzieci w wieku 3–6 lat (70,4% w mieście i 37,2% na wsi)[13]. Z punktu widzenia zdrowia dziecka uczęszczanie do przedszkola umożliwia:

– prowadzenie edukacji zdrowotnej dzieci i ich rodziców;

– zapewnienie fachowej opieki, odpowiednich warunków i posiłków (szczególnie ważne dla dzieci z rodzin ubogich, z różnymi formami wykluczenia społecznego);

– wczesne wykrywanie deficytów w rozwoju (np. zaburzenia mowy, nadpobudliwość psychoruchowa) i ich wyrównywanie.

Przedszkole jest bardzo dogodnym miejscem do prowadzenia edukacji zdrowotnej. Dziecko przebywa w nim wiele godzin. Zdobywa podstawowe informacje i umiejętności dbania o zdrowie i bezpieczeństwo sposób naturalny, w powiązaniu z zabawą, posiłkami, zabiegami higienicznymi, wypoczynkiem itd. Warunki środowiska fizycznego większości przedszkoli w Polsce są dobre, mogą stanowić wzorzec dla dzieci i ich rodziców. Liczba dzieci w przedszkolach nie jest tak duża jak w szkole, co sprzyja pozytywnemu klimatowi społecznemu („rodzinnej atmosferze") i uwzględnianiu indywidualnych potrzeb dzieci. Pracownicy przedszkola mają częsty kontakt z rodzicami, mogą oferować im specjalne programy edukacyjne.

Treści edukacji zdrowotnej w wychowaniu przedszkolnym

Wychowanie zdrowotne w przedszkolu ma bardzo długą tradycję i obok wychowania umysłowego, estetycznego i społeczno-moralnego wchodzi w skład podstawowych treści programowych. Obecnie ramy dla działalności dydaktyczno-wychowawczej przedszkola określa **podstawa programowa wychowania przedszkolnego**[14] w której wyróżniono cztery główne obszary edukacyjne, a w nich wiele zadań dotyczących edukacji zdrowotnej, w tym zwłaszcza umiejętności życiowych (niżej podano ich przykłady):

1. **Poznawanie i rozumienie świata i siebie** – przekazywanie wiedzy o zdrowym stylu życia, ocenianie zachowań służących i zagrażających zdrowiu.
2. **Nabywanie umiejętności poprzez działanie** – kształtowanie nawyków higienicznych i zachowań prozdrowotnych i proekologicznych, uczenie zasad postępowania warunkujących bezpieczeństwo dziecka.
3. **Odnajdywanie swojego miejsca w grupie rówieśniczej, wspólnocie** – pomoc w budowaniu pozytywnego obrazu własnego „Ja" i zaspokajaniu poczucia bezpieczeństwa, uczenie sposobów radzenia sobie z własnymi emocjami, właściwego reagowania na przejawy emocji innych oraz kontrolowania zachowań, umożliwienie dziecku odkrywania komunikowania się w sposób niewerbalny.

[13] GUS (2006) *Oświata i wychowanie w r.szk. 2005/2006*, Warszawa, Główny Urząd Statystyczny.

[14] Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 22 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2002, nr 51, poz. 458).

4. **Budowanie systemu wartości** – wykorzystywanie codziennych sytuacji do podejmowania prób samooceny, stwarzanie okazji do dokonywania przez dziecko wyborów i zdawania sobie sprawy z ich konsekwencji.

Podstawa programowa jest dokumentem otwartym, umożliwiającym przyjmowanie wielu rozwiązań metodycznych i konstruowanie różnych programów wychowania przedszkolnego, z wykorzystaniem programów zatwierdzonych przez MEN lub programów autorskich. Istnieje obecnie bardzo wiele ich propozycji.

Tradycyjnie edukacja zdrowotna w przedszkolu koncentrowała się wokół zagadnień dotyczących zdrowia fizycznego, w tym zwłaszcza bezpieczeństwa, kształtowania nawyków higienicznych, rozwijania sprawności fizycznej. Obecnie edukację przedszkolną postrzega się w kontekście promocji zdrowia (Żuchelkowska, Wojciechowska, 2000). Przygotowywane są dla przedszkoli programy edukacyjne dotyczące wybranych zagadnień, np. zapobiegania paleniu tytoniu (Szymborski i in., 1997), adaptowany do warunków polskich międzynarodowy program promocji zdrowia psychicznego „Przyjaciele Zippiego", składający się z 6 części: uczucia, komunikacja, nawiązywanie i zrywanie więzi, rozwiązywanie konfliktów, przeżywanie zmian i strat, dajemy sobie radę (Stępniak, 2006).

Przedszkole promujące zdrowie

W ostatnich dekadach wprowadzono w edukacji przedszkolnej wiele innowacji pedagogicznych, w których znajdują się także elementy wspierające edukację zdrowotną, w tym[15]:

– przedszkola alternatywne – przeniesienie na grunt polski idei: niemieckiego psychologa Rudolfa Steinera, włoskiej lekarki i pedagoga Marii Montessori, francuskiego pedagoga Celestyna Freneta;

– certyfikaty jakości – „Partnerskie przedszkole" (koncentracja na współpracy między wychowankami, współdziałaniu personelu, rodziców i władz lokalnych), „Przedszkole budujące więzi dorosłych i dzieci ze środowiskiem" (koncentracja na edukacji ekologicznej i regionalnej);

– innowacje programowe, w tym twórcze metody w wychowaniu fizycznym.

W połowie lat 90. XX w. w czasie realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie" (s. 246) narodziła się oddolna inicjatywa **przedszkola promującego zdrowie**. Pierwsze takie przedszkola powstały w Ostrowcu Świętokrzyskim. Obecnie w kraju koncepcję promocji zdrowia wdraża około 200 przedszkoli. W odróżnieniu od szkoły promującej zdrowie, nie ma na poziomie krajowym i wojewódzkim koordynacji i wspierania pracy tych przedszkoli.

Odrębną inicjatywą jest **Wrocławska Sieć Przedszkoli Promujących Zdrowie**, utworzona w 1999 r. Wzorowano się na koncepcji i doświadczeniach wrocławskich szkół promujących zdrowie. Przyjęto, że przedszkole promujące zdrowie cechuje:

[15] Innowacje te omówiono m.in. w książce: A. Klim-Klimaszewska (2005) *Pedagogika przedszkolna*, Warszawa, Polski Instytut Wydawniczy, s. 129–171.

– dążenie do dobrego samopoczucia pracowników, wychowanków i rodziców, tworzenie sprzyjającej atmosfery i współpracy między personelem;
– poprawa jakości żywienia, współpraca z rodzinami i pracownikami w celu zmiany zwyczajów żywieniowych;
– stałe dążenie do utrzymania estetyki;
– umożliwienie wszystkim pracownikom aktywności fizycznej i zachęcenie ich do stałej kontroli swego zdrowia;
– edukacja zdrowotna dzieci i rodziców, spotkania z dietetykami i specjalistami;
– współpraca z innymi siedliskami promującymi zdrowie.

W każdym przedszkolu, które przystąpiło do programu, powołano koordynatora oraz zespoły promocji zdrowia. Program składał się z pięciu etapów: 1) przygotowanie programu – zrozumienie idei przedszkola promującego zdrowie (warsztaty dla nauczycielek), 2) diagnoza stanu wyjściowego, 3) budowanie planu działań i ewaluacji wyników, 4) realizacja i monitorowanie przebiegu programu, 5) ewaluacja wyników. Po zakończeniu każdego etapu przygotowywano raport z ewaluacji wyników.

W 2006 r. do Wrocławskiej Sieci Przedszkoli Promujących Zdrowie należało 37 przedszkoli realizujących 3-letni program. Działania tej sieci są wspierane i koordynowane przez Urząd Miasta Wrocławia.

Czeska Sieć Przedszkoli Promujących Zdrowie[16] jest jedyną w Europie krajową siecią tych placówek, a ich doświadczenia zostały wykorzystane w obowiązującej w kraju podstawie programowej wychowania przedszkolnego. Istnieje spójność i ciągłość między koncepcją, kryteriami i strategią przedszkola i szkoły promującej zdrowie, z uwzględnieniem specyfiki edukacji w każdej z tych placówek. Punktem wyjścia jest założenie, że odpowiednie wychowanie w rodzinie, przedszkolu i szkole jest najefektywniejszą i najtańszą formą profilaktyki. Celem przedszkola i szkoły promującej zdrowie jest takie wychowanie młodych ludzi, aby dzięki odpowiednim postawom i umiejętnościom promowania zdrowia starali się chronić i doskonalić swoje zdrowie w dalszych latach życia.

Podstawę czeskiej koncepcji przedszkola promującego zdrowie tworzą dwie zasady integrujące: **poszanowanie naturalnych potrzeb jednostki w społeczeństwie i świecie oraz rozwijanie komunikowania się i współpracy między ludźmi**. Przedszkole takie charakteryzują następujące cechy:

- **Nauczycielka promująca zdrowie** – głównymi determinantami sukcesu w promocji zdrowia są kompetencje zawodowe i osobiste nauczycielek, których zachowania odwzorowują dzieci; odpowiednie kształcenie powinno pomóc nauczycielkom w: ukształtowaniu prozdrowotnego stylu życia, harmonijnej osobowości, odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, postrzeganiu wszystkich aspektów zdrowia (fizycznego, psychicznego, społecznego i środowiskowego);
- **Łączenie w grupach dzieci w różnym wieku** – stwarza to optymalne warunki dla socjalizacji i lepiej przygotowuje do dalszej edukacji;

[16] Opracowano na podstawie: *Kurikulum podpory zdravi v materske skole* (2006), M. Havlínová, E. Vencálková, J. Havlová (red.), Prague, Portal, s.r.o. W 2006 r. do sieci przedszkoli promujących zdrowie należało w Czechach 100 przedszkoli.

- **Odpowiedni rytm aktywności dzieci w przedszkolu** – uwzględnianie indywidualnych potrzeb dzieci, elastyczny rozkład zajęć, organizacja komunikowania się i przepływu informacji między personelem a rodzicami;
- **Wzmacnianie kondycji fizycznej dzieci** – stwarzanie możliwości spontanicznej aktywności ruchowej i zorganizowanych zajęć;
- **Zdrowe żywienie** – uwzględnianie indywidualnych potrzeb dzieci;
- **Spontaniczna zabawa** – zapewnienie dla niej przestrzeni, czasu i pomocy;
- **Stymulujące środowisko fizyczne** – życzliwe, estetyczne, atrakcyjne, higieniczne;
- **Bezpieczne środowisko społeczne** – wzajemne zaufanie, szacunek, empatia i współpraca społeczności przedszkola;
- **Uczestnictwo i praca zespołowa** – styl zarządzania sprzyjający aktywności, uczestnictwu i współpracy personelu;
- **Partnerskie relacje z rodzicami** – tworzenie warunków do wpływu rodziców na życie przedszkola i przedszkola na życie rodzinne; wzajemna tolerancja, partnerstwo i otwartość;
- **Współpraca przedszkola ze szkołą** w najbliższym sąsiedztwie – ułatwienie dzieciom płynnego przejścia do szkoły i zmniejszenie stresów z tym związanych;
- **Traktowanie przedszkola jako części społeczności lokalnej** – wzbogacanie relacji między członkami społeczności lokalnej przez dobre relacje między rodzicami a personelem oraz między samymi rodzicami; włączanie się do życia kulturalnego i duchowego społeczności lokalnej.

Pytania/Zadania

1. Jakie jest miejsce i treści edukacji zdrowotnej w wychowaniu przedszkolnym w Polsce?
2. Omów koncepcję przedszkola promującego zdrowie.

Literatura zalecana

Stępniak K. (2006) *„Przyjaciele Zippiego". Program promocji zdrowia psychicznego dla małych dzieci*, „Wychowanie w Przedszkolu", nr 3, s. 15–17.
Żuchelkowska K., Wojciechowska K. (2000) *Promocja zdrowia w edukacji dzieci przedszkolnych*, Bydgoszcz, Wydawnictwo Margrafsen.

8.3. Edukacja zdrowotna w szkole

Szkoła, obok rodziny, jest siedliskiem, na którym spoczywa największy ciężar i odpowiedzialność za prowadzenie i efekty edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży. Za stwierdzeniem takim przemawiają następujące argumenty:
– każde dziecko ma prawo do edukacji zdrowotnej, podobnie jak do nauki czytania i pisania;

– edukacja do zdrowia wspiera realizację podstawowych zadań szkoły, zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych;

– w szkole istnieją możliwości prowadzenia systematycznej, zaplanowanej edukacji zdrowotnej całej populacji dzieci i młodzieży oraz co najmniej części rodziców;

– edukacja zdrowotna w szkole stanowi ważny element polityki zdrowotnej państwa.

Od kilkunastu lat znaczące organizacje międzynarodowe kierują do rządów państw apele i różne dokumenty uzasadniające potrzebę nadania priorytetu **wszechstronnej edukacji zdrowotnej** (ang. *comprehensive health education*), którą cechuje (*Wszechstronna...*, 1993):

– holistyczne podejście do zdrowia i uwzględnienie wszystkich jego uwarunkowań;

– wykorzystywanie różnych okoliczności: formalnych i nieformalnych programów i sytuacji pedagogicznych, korzystanie z wszystkich możliwości i służb szkole i poza szkołą;

– dążenie do harmonizowania informacji o zdrowiu, które uczniowie otrzymują z różnych źródeł;

– zachęcanie uczniów do zachowań prozdrowotnych, umożliwienie ich praktykowania oraz tworzenie warunków wspierających zdrowie.

W piśmiennictwie, w różnych krajach stawiane są pytania: Dlaczego w większości krajów edukacja zdrowotna w szkole traktowana jest jako zadanie dodatkowe, cieszy się małym zainteresowaniem i posiada niską rangę? (Nakajima, 1993). Dlaczego edukacja zdrowotna w Europie i na świecie nigdy i nigdzie nie osiągnęła odpowiedniego statusu, pozostaje na peryferiach programu szkoły, a twórcy polityki oświatowej i autorzy programów uważają troskę o zdrowie i ciało człowieka za zagadnienia mniej ważne niż księżyc, gwiazdy i cesarze rzymscy? (Kannas, 2005). Dlaczego w Polsce szkolna edukacja zdrowotna (choć tematy z nią związane są w programach różnych przedmiotów, ale nigdy nie były wyeksponowane) traktowana jest jak „koło zapasowe" – od czasu do czasu można go użyć i mieć co pokazać w czasie kontroli? (Sokołowska, 2006).

8.3.1. Dzieje edukacji zdrowotnej w szkole w Polsce w ostatnim półwieczu[17]

Starania wokół wprowadzenia do szkół wychowania higienicznego/zdrowotnego mają długą historię (rozdz. 3). Upłynęło prawie 200 lat od czasu, gdy G. Piramowicz (1787) wyznaczył nauczycielom obowiązek „wychowania co do zdrowia"[18], do wydania w 1982 r. pierwszego, formalnego dokumentu Ministerstwa Oświaty i Wychowania określającego zakres, strukturę i organizację wychowania zdrowotnego. Rzeczywiste otwarcie „drzwi" szkoły dla edukacji zdrowotnej dokonało się dopiero na przełomie XX i XXI w.

[17] Najnowsze dzieje szkolnej edukacji zdrowotnej przedstawiono m.in. w pracach: Z. Jaworski (2005); B. Woynarowska (2005).

[18] Obowiązek ten G. Piramowicz (zakonnik i ksiądz) postawił na pierwszym miejscu, przed wychowaniem moralnym i duchowym (patrz: Piramowicz, 1988).

Tworzenie podstaw prawnych

Dokumentem, o którym mowa wcześniej, były „Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej" (1982)[19]. Wcześniej (1973) wydano „Uchwałę w sprawie stanu zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej, opieki higieniczno-lekarskiej i warunków zdrowotnych w placówkach oświatowo-wychowawczych oraz doskonalenia orzecznictwa dla potrzeb ucznia i szkoły", podjętą na wspólnym Kolegium Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ministerstwa Oświaty i Wychowania. Znalazł się w niej m.in. zapis o „powołaniu w szkołach stanowiska pedagoga-koordynatora spraw higieny szkolnej i wychowania zdrowotnego, jako rzecznika tych zagadnień zarówno wobec dyrekcji szkoły jak i służby zdrowia". Oba dokumenty miały niską rangę prawną i nie wpłynęły w istotnym stopniu na działalność szkół w zakresie edukacji zdrowotnej. Lokalną inicjatywą (od r. 1972/73) były podzespoły ds. wychowania zdrowotnego w szkołach warszawskich[20].

W końcu lat 90. XX w. dokonał się znaczący postęp w zakresie „statusu" edukacji zdrowotnej w szkole. Było to efektem prac nad reformą systemu edukacji, a także pokłosiem rozwoju ruchu szkół promujących zdrowie. W 1997 r. edukacja zdrowotna, po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce, została włączona do podstaw programowych wszystkich typów szkół[21]. Określono jej treści dla poszczególnych etapów nauczania (w układzie spiralnym), nie ustalono jednak jej miejsca w planie lekcji. W 1999 r., w wyniku reformy strukturalnej i programowej systemu edukacji, do podstawy programowej kształcenia ogólnego wprowadzono **ścieżkę edukacyjną „edukacja prozdrowotna"**[22]. Ministerstwo Edukacji Narodowej sfinansowało druk poradnika dla szkół (Woynarowska, Sokołowska, 2001), powstał zaczątek infrastruktury w resorcie edukacji (s. 95). W 2002 r., w wyniku kolejnej modyfikacji podstawy programowej, ścieżka edukacyjna „edukacja prozdrowotna" została włączona do podstawy programowej szkół wszystkich typów[23]. W tym samym roku

[19] Wytyczne te zostały opracowane przez M. Salinger przy współpracy wielu ekspertów, konsultacja prof. M. Demel, doc. L. Zdunkiewicz. Opublikowane w postaci broszury (2 wydania), a także w czasopiśmie „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna" 1982, nr 7, s. 243–259.

[20] W. Wieczorek-Wojeńska (1974) *Pierwsze doświadczenia w pracy podzespołów do spraw wychowania zdrowotnego w warszawskich szkołach*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna", nr 3, s. 12–15.

[21] 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).

[22] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. 1999, nr 14, poz. 129).

[23] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2002, nr 51, poz. 458).

szkoły zostały zobowiązane do opracowywania **programów profilaktyki**[24]. Stwarzało to możliwości integracji działań szkoły dla ochrony i doskonalenia zdrowia uczniów.

W 2000 r. edukację zdrowotną włączono do „minimalnych wymagań"[25], a w 2003 r. do standardów[26] kształcenia na kierunku pedagogika. Nie uwzględniono jej jednak w standardach kształcenia nauczycieli, poza studiami wychowania fizycznego, gdzie obowiązuje przedmiot „wychowanie zdrowotne i ochrona środowiska".

W latach 90. XX w. wydano wiele aktów prawnych i dokumentów, w których są zapisy zobowiązujące Ministerstwo Edukacji Narodowej do realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, w tym m.in. w ustawach o: ochronie zdrowia psychicznego, wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, przeciwdziałaniu narkomanii oraz w Narodowym Programie Zdrowia 1996–2005.

W Narodowym Planie na Rzecz Dzieci 2004–2012 „Polska dla Dzieci", przyjętym do realizacji przez Radę Ministrów, w 2004 r., zapisano m.in. (*Ministerstwo...*, 2004):

– „Dzieci objęte edukacją przedszkolną i szkolną będą znały czynniki pozytywnie i negatywnie wpływające na ich zdrowie we wszystkich obszarach i możliwości własnego wpływu na nie" (s. 28);

– „Wszystkie osoby kończące szkoły wyższe uprawniające do pracy z dziećmi [...] wszystkie osoby pracujące z dzieckiem w systemie oświaty będą posiadać wiedzę i umiejętności z zakresu promocji zdrowia" (s. 29).

Dyskusje nad miejscem edukacji zdrowotnej w programie nauczania

W Polsce trwa od dawna dyskusja, czy edukacja zdrowotna ma być odrębnym przedmiotem, czy jej treści powinny być zintegrowane z różnymi przedmiotami. W obu rozwiązaniach są argumenty „za" i „przeciw". Koncepcja rozproszenia treści edukacji zdrowotnej w programach różnych przedmiotów, przyjęta w 1982 r., w wymienionych wyżej wytycznych, została utrzymana w 1999 r., w zreformowanej szkole. Tym razem edukacja zdrowotna uzyskała wyższy „status" – formalne miejsce w podstawie programowej kształcenia ogólnego jako ścieżka edukacyjna.

Zwolennikami odrębnego przedmiotu byli m.in.:

– W. Okoń (1965) – zaproponował przedmiot „wychowanie zdrowotne", z równoczesnym przenikaniem jego treści do „całej pracy dydaktyczno-wychowawczej";

[24] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych statutów przedszkola i szkoły publicznej (Dz. U. 2002, nr 10, poz. 90).

[25] Uchwała Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego nr 7/2000 z dnia 27 stycznia 2000 r. w sprawie określenia minimalnych wymagań programowych dla studiów magisterskich na kierunku pedagogika (Dz. Urz. MEN, 2000, nr 1, poz. 3).

[26] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 13 czerwca 2003 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określania standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia (Dz. U. 2003, nr 144, poz. 140).

– Z. Jaworski (2005) – zaproponował przedmiot „propedeutyka zdrowia i kultury fizycznej", a następnie „kultura zdrowotna";

– I. Celejowa (2005) – od wielu lat postuluje przywrócenie przedmiotu „higiena".

Z propozycją odrębnych, obowiązkowych zajęć (ale nie przedmiotu) wystąpiły autorki „Środowiskowego programu wychowania zdrowotnego" (tzw. programu lubelskiego). Za ich realizację jest odpowiedzialny nauczyciel wychowania fizycznego (animator zdrowia w szkole), w ramach szkolnego programu WF (*Środowiskowy...*, 1997).

W 2005 r., w związku z projektem likwidacji ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna"[27], grupa ekspertów wysunęła propozycję włączenia do podstawy programowej nowego, integrującego przedmiotu o nazwie „zdrowie" (lub pokrewnej), z uwzględnieniem treści dotyczących zdrowia w innych przedmiotach. Przyjęcie tego rozwiązania umożliwiłoby uruchomienie systemu kształcenia nauczycieli tego przedmiotu – profesjonalnej kadry, przygotowanej także do koordynacji szkolnego programu profilaktyki (*Stanowisko...*, 2005).

Należy podkreślić, że WHO uważa, iż w szkolnej edukacji zdrowotnej, ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności życiowych, należy dążyć do wprowadzenia **odrębnego lub wiodącego przedmiotu**, z włączeniem treści dotyczących zdrowia do wszystkich lub wielu przedmiotów (WHO, 2003, s. 37).

Zakres treści edukacji zdrowotnej

W ostatnich 20 latach opracowano w Polsce kilka całościowych programów szkolnej edukacji zdrowotnej. Istniała dość duża zbieżność co do zakresu tematycznego – głównych bloków (działów) zagadnień (tab. 8.1), przy zróżnicowaniu proporcji tych bloków i tematów szczegółowych.

Edukacja zdrowotna prowadzona w szkołach przez inne instytucje i organizacje

Od lat 60. XX w. szkoła stała się miejscem szerzenia różnych form oświaty/wychowania zdrowotnego przez wiele instytucji i organizacji spoza resortu oświaty. Szczególną działalność przejawiały:

- **Oddziały oświaty zdrowotnej stacji sanitarno-epidemiologicznych**. Organizowano masowo prelekcje i pogadanki w szkołach; dostarczano nieodpłatnie dużych ilości materiałów oświatowo-zdrowotnych, w tym różne rodzaje ulotek dla uczniów (ich dystrybucją w szkole zajmowała się przede wszystkim pielęgniarka i lekarz szkolny), zestawy przeźroczy i filmy; organizowano różnorodne konkursy i inne działania akcyjne[28]. W latach 90. zmieniły się formy działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie oświaty zdrowotnej w szkole. Realizowane są głównie programy

[27] E. Bartnik i in. (2005) *Podstawa programowa kształcenia ogólnego,* Warszawa, Instutut Spraw Publicznych.

[28] Metodykę oświaty zdrowotnej w szkole opisano m.in. w wydawnictwie: *Oświata zdrowotna w szkole* (1970), Biblioteczka Metodyczna Oświaty Zdrowotnej nr 31, H. Wentlandtowa (red.), wyd. 2, Warszawa, PZWL.

Tabela 8.1. Bloki (działy) tematyczne w wybranych programach edukacji zdrowotnej w Polsce, opracowanych w latach 1982–2005

Rok, nazwa programu	Bloki (działy) tematyczne
1982 „Wychowanie zdrowotne" Wytyczne Ministerstwa Oświaty i Wychowania*	Dział I – Kształtowanie nawyków i przyzwyczajeń higieniczno-zdrowotnych: higiena osobista, higiena otoczenia, higiena żywienia, higiena psychiczna, higiena pracy i nauki, choroby zakaźne i społeczne Dział II – Wdrażanie do aktywnego działania na rzecz zdrowia publicznego: pierwsza pomoc, zasady korzystania ze świadczeń służby zdrowia, aktywność własna w leczeniu – korzystanie z leków Dział III – Kształtowanie postaw: samokontrola zdrowia i rozwoju, ćwiczenia ruchowe, hartowanie; przygotowanie do życia w rodzinie, wychowanie seksualne; opieka nad człowiekiem chorym, kalekim i starym; przysposobienie do zawodu pod kątem interesów zdrowotnych
1993 „Edukacja prozdrowotna" B. Woynarowska i in.	Higiena osobista i otoczenia, bezpieczeństwo, żywność i żywienie, aktywność fizyczna, edukacja do życia w rodzinie oraz psychologiczne i środowiskowe aspekty edukacji prozdrowotnej, edukacja seksualna, profilaktyka uzależnień
1997 „Edukacja zdrowotna" Ministerstwo Edukacji Narodowej**	Higiena osobista i otoczenia, bezpieczeństwo i pierwsza pomoc, żywność i żywienie, aktywność ruchowa, praca i wypoczynek, czas wolny, edukacja do życia w rodzinie i społeczności, psychospołeczne aspekty zdrowia, seksualność człowieka, życie bez nałogów
1997 „Środowiskowy program wychowania zdrowotnego" M. Charzyńska-Gula i in.	Promocja zdrowia, życie w rodzinie, zdrowie psychiczne, życie bez nałogu, bezpieczeństwo w codziennym życiu, higiena osobista i higiena otoczenia, ruch w życiu człowieka
2005 „Kultura zdrowotna" Z. Jaworski	Higiena osobista, higiena otoczenia, higiena pracy i wypoczynku, żywność i żywienie, bezpieczeństwo, pomoc przedlekarska, rozwój osobniczy, życie w rodzinie, uzależnienia, psychospołeczne aspekty zdrowia

* *Ministerstwo...*, 1982;
** Dz. U. 1999, nr 14, poz.129.

edukacyjne o zasięgu krajowym (inicjowane przez Główny Inspektorat Sanitarny, we współpracy z Polskim Towarzystwem Oświaty Zdrowotnej), dotyczące wybranych zagadnień[29]. Realizatorami tych programów są przeszkolone pielęgniarki szkolne lub

[29] W 2005/06 r. realizowane były programy: profilaktyki próchnicy zębów „Radosny Uśmiech – Radosna Przyszłość", „Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej", program profilaktyki raka piersi „Różowa Wstążeczka", program profilaktyki astmy oskrzelowej „Wolność Oddechu – Zapobiegaj Astmie", program dla maturzystów „Stres pod kontrolą". Dodatkowe informacje patrz www.gis.gov.pl

nauczyciele, a także pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznych. Większość programów o zasięgu krajowym to polska adaptacja programów zagranicznych, przygotowanych przez różne firmy. Istnieje ponadto wiele inicjatyw lokalnych. Należy dodać, że w ustawie o Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 marca 1985 r. (Dz. U. 2006, nr 122, poz. 851), w artykule 6, pkt. 4 zapisano, że inspekcja ta „ocenia działalność oświatowo-zdrowotną prowadzoną przez szkoły i inne placówki oświatowo-wychowawcze, szkoły wyższe [...] oraz udziela im pomocy w prowadzeniu tej działalności". Jest to dziwna sytuacja, w której działania dydaktyczne szkoły nadzorują pracownicy innego resortu.

- **Polski Czerwony Krzyż** – masowa organizacja (w 1965 r. szkolne koła PCK istniały w 89% szkół), koordynująca w końcu lat 60. działania wszystkich instytucji zajmujących się oświatą sanitarną w szkole. Prowadzono różnorodne formy pracy: masowe ogólnokrajowe akcje (np. Rok Kultury Sanitarnej, zainaugurowany w r.szk. 1964/65, w tym Ogólnopolski Konkurs Czystości i Estetyki Szkolnej) i działania systematyczne, jak: szkolenie sanitarne (udzielanie pierwszej pomocy, zasady higieny osobistej i higieny otoczenia), kluby „Wiewiórka". Oferowano szkołom własne wydawnictwa dla uczniów („Czyn Młodzieży", „Czyn PCK") i dla nauczycieli (np. „Biblioteczka szkolnych kół PCK", „Wychowanie zdrowotne w szkole"). Od 1993 r. organizowana jest Ogólnopolska Olimpiada Promocji Zdrowia dla młodzieży w wieku 14–19 lat (ocena wiedzy, umiejętności udzielania pierwszej pomocy i organizacji jednej akcji w środowisku lokalnym). Powszechnie realizowany jest program edukacyjny „Ratowniczek" (dla dzieci w wieku 9–11 lat). W 2005 r. istniało 5150 szkolnych kół PCK (w 17% ogółu szkół, a więc pięciokrotnie mniej niż w latach 60.) i 1487 klubów „Wiewiórka" (w szkołach podstawowych)[30].
- **Związek Harcerstwa Polskiego** – szkoła była i jest głównym miejsce działalności drużyn harcerskich. Program wychowawczy harcerstwa, którego wyznacznikami są „służba, braterstwo i praca nad sobą" (wola nieustannego rozwijania i kształtowania własnej osobowości), zawiera wiele elementów edukacji zdrowotnej, w tym rozwijania umiejętności życiowych. Znajdują się one w harcerskich: specjalnościach (np. w ratowniczo-medycznej), stopniach (np. samarytanka) i sprawnościach. Prawo harcerskie zakłada, że harcerz nie pali papierosów i nie pije alkoholu. Wśród wielu otwartych projektów programowych znajdują się programy bezpośrednio lub pośrednio związane ze zdrowiem. Na przykład w 1999 r. realizowano program „Ścieżkami zdrowia" obejmujący 6 obszarów: „Na równoważni" (radzenie sobie z nieśmiałością, agresją, złością), „Ślepy zaułek" (zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych), „Do przodu" (zachęcanie do zwiększania sprawności fizycznej); „Energia życia" (zasady zdrowego odżywiania się), „Po drugiej stronie" (dbanie o urodę i higienę), „Zdrowiem pomagać innym". Od 1996 r. istnieje Harcerska Szkoła Ratownictwa, organizująca szkolenia z zakresu pierwszej pomocy

Działalność edukacyjną wśród dzieci i młodzieży w zakresie zapobiegania wypadkom (zwłaszcza drogowym i utonięciom) prowadziła Milicja Obywatelska (później Policja), pożarom – Straż Pożarna. Lista sprzymierzeńców oferujących szkole swoje programy edukacyjne dotyczące różnych zagadnień, a zwłaszcza profi-

[30] Dane uzyskane w Zarządzie Głównym PCK.

laktyki problemów zdrowotnych i społecznych, stopniowo zwiększała się. Wiele instytucji i organizacji dostrzegło, że szkoła jest dogodnym miejscem dla popularyzacji ich idei i zadań. W latach 90. dołączyły się różne firmy (głównie produkujące środki do higieny osobistej, jamy ustnej, kosmetyki) oferujące polskie wersje zagranicznych programów edukacyjnych[31]. Szczególnie dużo programów zaoferowały szkołom agencje i organizacje pozarządowe zajmujące się profilaktyką używania substancji psychoaktywnych. Szkoły są „zasypywane" programami i wciąż powstają nowe[32].

Włączanie się do edukacji zdrowotnej w szkole tak wielu instytucji i organizacji (z dominacją działań akcyjnych, bez ewaluacji ich wyników), wynikające ze słusznych intencji, doprowadziło do „wyręczania" szkół w realizacji edukacji zdrowotnej, jako własnego, ważnego zadania. Szkoły czuły się „zwolnione" z włączenia jej do programu dydaktyczno-wychowawczego. Można przypuszczać, że opóźniło to budowanie w resorcie edukacji infrastruktury dla edukacji zdrowotnej.

8.3.2. Aktualna sytuacja w szkolnej edukacji zdrowotnej w Polsce

W wyniku reformy programowej, w 1999 r. w podstawie programowej kształcenia ogólnego wprowadzono, obok przedmiotów, **ścieżki edukacyjne** o charakterze wychowawczo-dydaktycznym, w tym także „edukację prozdrowotną". Ścieżka edukacyjna[33] jest odpowiednikiem tzw. programów międzyprzedmiotowych w innych krajach (ang. *cross-curriculum programme*). W podstawie programowej zapisano, że: „Dyrektor szkoły zapewnia uwzględnienie problematyki ścieżek edukacyjnych w szkolnym zestawie programów nauczania. Realizację ścieżek edukacyjnych zapewniają nauczyciele wszystkich przedmiotów, którzy do własnego programu włączają odpowiednio treści danej ścieżki".

Ścieżka „edukacja prozdrowotna" powinna być realizowana od IV klasy szkoły podstawowej, we wszystkich typach szkół[34]. Treści związane z edukacją zdrowotną znajdują się w wielu przedmiotach, a także innych ścieżkach, w tym zwłaszcza „wychowanie do życia w rodzinie" (od gimnazjum jest to przedmiot).

[31] Jest to jedna z form oddziaływań marketingowych, określana jako *„product placement"* (lokowanie produktu), polegająca m.in. na zamieszczaniu danego produktu lub zachowań z nim związanych w materiałach edukacyjnych – A. Czarnecki (2003) *Product placement. Niekonwencjonalny sposób promocji*, Warszawa, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

[32] Na przykład w 2005 r. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie przygotował program „Kultura bezpieczeństwa" wraz z obszernymi materiałami (4 tomy) dla różnych typów szkół i upowszechnił je we wszystkich szkołach województwa mazowieckiego (www.ciop.pl).

[33] Dodatkowe informacje dotyczące ścieżek edukacyjnych patrz: M. Suchańska (red.) *Ścieżki edukacyjne – teoria i praktyka* (2001), Kielce, SFS; J. Łojek, V. Panfil (2003) *Ścieżki edukacyjne w szkole ponadgimnazjalnej*, Warszawa, WSiP.

[34] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2002, nr 51, poz. 458).

Cele i treści edukacji prozdrowotnej

Zapisy dotyczące celów edukacyjnych, zadań szkoły, treści nauczania oraz osiągnięć w podstawie programowej edukacji prozdrowotnej były latach 1999–2002 czterokrotnie modyfikowane lub uzupełniane w kolejnych rozporządzeniach. Wpłynęło to na niejednorodność zapisu, brak spójności, ciągłości i jednolitego układu zaprojektowanego w podstawie programowej z 1997 r.

Cele edukacji prozdrowotnej, w poszczególnych etapach edukacyjnych, określono w podstawie programowej w następujący sposób:

- szkoła podstawowa (klasy IV–VI): „kształtowanie umiejętności dbania o swoje zdrowie";
- gimnazjum: „kształtowanie zdrowego stylu życia i inspirowanie harmonijnego rozwoju";
- liceum ogólnokształcące, liceum profilowane i technikum:
  - „pogłębienie wiedzy o realizacji zachowań prozdrowotnych w ochronie, utrzymaniu i poprawie zdrowia jednostki i zdrowia publicznego;
  - rozwijanie umiejętności życiowych sprzyjających rozwojowi fizycznemu, psychicznemu, społecznemu i duchowemu;
  - kształtowanie aktywnej i odpowiedzialnej postawy wobec zdrowia własnego i innych ludzi;
  - rozbudzanie potrzeby działania na rzecz tworzenia zdrowego środowiska";
- zasadnicza szkoła zawodowa:
  - „pogłębienie podstawowej wiedzy o zdrowiu (szczególnie psychicznym i społecznym), jego uwarunkowaniach i zagrożeniach oraz kształtowanie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi;
  - profilaktyka problemów młodzieży".

W treściach edukacji prozdrowotnej w gimnazjum wyróżniono bloki tematyczne, w pozostałych szkołach zrezygnowano z nich, nie zachowując także spiralnego układu treści. Nie uwzględniono też treści dotyczących seksualności człowieka; niektóre z nich włączono do „wychowania do życia w rodzinie".

Strategia i metody działań szkoły

Zakładając, że ścieżka edukacyjna sprzyja integracji działań szkoły na rzecz zdrowia uczniów i umożliwia wszechstronne podejście do edukacji zdrowotnej (s. 228), zaproponowano następującą strategię działań szkoły w jej realizacji (Woynarowska, Sokołowska, 2001):

1. **Włączenie zdrowia do programu szkoły** – zdrowie jako wartość uniwersalna powinno być uznane za jeden z „filarów" ogólnej polityki i programu dydaktyczno-wychowawczego szkoły, jej organizacji, procedur funkcjonowania, obowiązujących przepisów.

2. **Powołanie szkolnego koordynatora edukacji prozdrowotnej**[35] – nauczyciela lub pedagoga szkolnego, zainteresowanego i umotywowanego do podjęcia tego zadania, które powinno obejmować:
   - inicjowanie i koordynowanie prac nad przygotowaniem szkolnego programu edukacji prozdrowotnej i działań ją wspierających;
   - koordynowanie realizacji edukacji prozdrowotnej w ramach różnych przedmiotów i innych ścieżek edukacyjnych;
   - współpraca z pielęgniarką szkolną, innymi służbami w szkole, rodzicami i organizacjami spoza szkoły;
   - organizowanie wewnątrzszkolnego doskonalenia nauczycieli oraz szkoleń dla innych pracowników szkoły.
3. **Opracowanie szkolnego programu edukacji prozdrowotnej** – zasady budowania programu patrz s. 141. Podstawa programowa wyznacza jedynie ramy programu, który powinien być dostosowany do potrzeb i możliwości danej szkoły.
4. **Współdziałanie z pielęgniarką szkolną** – powinna ona uczestniczyć w programowaniu, realizacji i ewaluacji szkolnego programu edukacji zdrowotnej, pełnić rolę konsultanta medycznego dla dyrektora szkoły i nauczycieli, a także być łącznikiem między szkołą i placówkami opieki zdrowotnej (s. 259).
5. **Pozyskiwanie pracowników administracji, stołówki szkolnej i obsługi** – tworzą oni własny system oddziaływania i wzorce zachowań dla uczniów; aby pozyskać ich do współdziałania, należy tworzyć atmosferę, w której poczują się „ważni", informować ich o planowanych działaniach, zachęcać do uczestnictwa w nich, organizować szkolenia dostosowane do potrzeb tej grupy pracowników.
6. **Tworzenie w szkole środowiska wspierającego edukację prozdrowotną** – przez poprawę warunków sanitarnych i bezpieczeństwa, tworzenie klimatu społecznego sprzyjającego dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników, umożliwienie im praktykowania zachowań sprzyjających zdrowiu (posiłki szkolne, odpowiedni asortyment szkolnych sklepików, organizacja przerw międzylekcyjnych itd.).
7. **Współdziałanie z rodzicami** – uzgadnianie treści edukacji (dotyczy zwłaszcza tematów drażliwych), stwarzanie możliwości wyrażania opinii, zachęcanie rodziców posiadających odpowiednie przygotowanie do prowadzenia niektórych zajęć w klasie, wspólne organizowanie imprez i kampanii o tematyce zdrowia. Należy także uświadamiać rodzicom, że od nich zależy „transfer" zdobytej w szkole wiedzy i umiejętności do codziennego życia.
8. **Współdziałanie ze społecznością lokalną** – pozyskiwanie do współpracy znaczące osoby i różne organizacje, wspólne organizowanie kampanii i akcji propagandowo-informacyjnych itd.
9. **Inwestowanie w rozwój osobisty, społeczny i zawodowy nauczycieli** – od nich w największym stopniu zależy realizacja edukacji zdrowotnej. Wielu nauczycieli ma poczucie niedostatku wiedzy, zwłaszcza medycznej. Nowoczesna edukacja zdrowotna wyznacza nauczycielowi nową rolę – przewodnika, doradcy ucznia, a nie eksperta (s. 162). Powinien on rozwijać swoje kompetencje w zakresie edukacji zdrowotnej (s. 163), a także inwestować w rozwój własnych umiejętności życiowych.

[35] Wyniki badań własnych, w reprezentatywnej grupie szkół podstawowych i gimnazjów, wskazują, że koordynatorów ds. edukacji prozdrowotnej lub inne osoby pełniące tę funkcję w 2002 r. powołano w 52%, a w 2006 r. w 75% szkół.

Skuteczność edukacji zdrowotnej zależy z znacznym stopniu od **metod pracy nauczyciela i uczniów** (patrz rozdz. 6). Szczególnie ważne jest:

- postrzeganie ucznia jako człowieka („całości") – jego zainteresowań, emocjonalności, potrzeb, uzdolnień;
- tworzenie pozytywnego, bezpiecznego klimatu społecznego, w tym: nawiązanie emocjonalnego kontaktu z uczniami, tworzenie wspólnie reguł pracy, stosowanie wzmocnień pozytywnych budujących poczucie własnej wartości, respektowanie prawa do autentyczności;
- stosowanie różnorodnych metod aktywizujących i interaktywnych.

Należy dążyć do integracji edukacji prozdrowotnej z innymi ścieżkami edukacyjnymi, zwłaszcza edukacją ekologiczną i wychowaniem do życia w rodzinie oraz szkolnym programem profilaktyki. Niezbędne jest także umiejętne wbudowanie do całościowych działań szkoły na rzecz zdrowia innych programów realizowanych w szkole z inicjatywy różnych organizacji istniejących w szkole (PCK, harcerstwo) i poza szkołą. Wszystkie te działania powinny być spójne z programem wychowawczym szkoły. Zdaniem M. Demela (1999, s. 252) „dopóki szkoła nie wypracuje własnego i pełnego programu ochrony zdrowia, pozostanie bezbronna wobec przeróżnych inicjatyw (osobno AIDS, osobno nikotynizm, osobno wychowanie stomatologiczne, osobno sprawy bezpieczeństwa itd.), co grozi mnożeniem efemerycznych mikroprzedmiotów, nie powiązanych myślą nadrzędną".

Osiągnięcia, bariery i potrzeby

Mimo zastrzeżeń dotyczących obecnego zapisu podstawy programowej ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna", wprowadzenie jej było dużym **osiągnięciem**. Nałożyło na szkołę obowiązek realizacji tej edukacji, stworzyło szansę nadania spójności zadaniom dydaktycznym, wychowawczym i profilaktycznym szkoły. Ścieżka, choć niełatwa w realizacji, wskazuje obszary współpracy nauczycieli, współdziałania z rodzicami, pielęgniarką szkolną i innymi specjalistami spoza szkoły (Sokołowska, 2006). Wprowadzenie jej wyzwoliło kolejne działania w resorcie edukacji, opracowano kilkanaście programów i podręczników (część zatwierdzona przez Ministerstwo Edukacji Narodowej), w tym także dla nauczycieli niektórych przedmiotów, wskazujących, jak włączyć do ich programu treści dotyczące edukacji zdrowotnej (*Matematyka...*, 2001; Stypułkowski, 2002a; 2002b; Stypułkowski, Flis, 2003; Stypułkowski, Chytry, Chruściel-Bryda, 2003). W wielu szkołach opracowano autorskie programy, wprowadzono metody aktywizujące i nowe formy pracy (np. metodą projektów), prezentowane w zeszytach „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole" i innych czasopismach.

Doświadczenia kilku lat realizacji tej formy edukacji zdrowotnej w szkole wskazują na istnienie **barier** utrudniających pracę szkoły i skuteczność jej działań, do których należą przede wszystkim:

- brak w Polsce systemu kształcenia przeddyplomowego i doskonalenia nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej; podejmowane na poziomie centralnym i wo-

jewódzkim różne formy kształcenia nie zaspokajają potrzeb, uczestniczą w nich zwykle najbardziej aktywni nauczyciele[36];

– niedostateczne wsparcie metodyczne (konsultacje, doradztwo, materiały) dla nauczycieli;

– zbyt małe zainteresowanie szkół wyższych i ośrodków naukowych wspieraniem rozwoju szkolnej edukacji zdrowotnej; dotychczasowe badania dotyczą głównie diagnozy w zakresie realizacji w szkołach edukacji zdrowotnej i przygotowania nauczycieli.

Wprowadzeniu do szkół edukacji zdrowotnej i jej nowej formy, jaką jest ścieżka edukacyjna, nie towarzyszyły prace przygotowawcze i poszukiwanie **systemowych** rozwiązań dla wspierania pracy szkół, z czym mamy do czynienia w innych krajach (s. 239). Szkoły zostały zostawione same sobie i wyzwanie podjęła tylko część szkół, w których znaleźli się aktywni i zaangażowani nauczyciele.

Oprócz konieczności usuwania wymienionych barier pilną potrzebą jest **opracowanie zasad ewaluacji efektów edukacji zdrowotnej** oraz sposobów oceniania pracy i osiągnięć uczniów. Ponieważ edukacja zdrowotna nie jest przedmiotem, uczniowie mają trudności z identyfikowaniem jej treści rozproszonych w różnych przedmiotach i, jak wskazują doświadczenia, nie wiedzą, że w szkole jest prowadzona taka edukacja. Próbę ewaluacji programu szkolnej edukacji zdrowotnej (ewaluacji wdrożenia programu i jego wczesnych wyników) podjęła M. Charzyńska-Gula (2001). Opracowano także wskaźniki i narzędzia do ewaluacji jej wyników w szkołach promujących zdrowie (s. 252).

Z trudnościami pomiaru skuteczności edukacji zdrowotnej, podobnie jak programów profilaktycznych, „zmaga" się wiele krajów. Wydaje się, że kwestia ta jest najlepiej rozwiązana w Stanach Zjednoczonych, gdzie obowiązują Narodowe Standardy Edukacji Zdrowotnej, określające, **co uczniowie powinni wiedzieć i umieć zrobić**:

1. Uczniowie będą rozumieć podstawowe zasady promocji zdrowia i zapobiegania chorobom.
2. Uczniowie wykażą (zademonstrują) umiejętność uzyskiwania wartościowych informacji o zdrowiu oraz produktach i usługach sprzyjających zdrowiu.
3. Uczniowie wykażą (zademonstrują) umiejętności praktykowania zachowań sprzyjających zdrowiu i redukowania zachowań ryzykownych dla zdrowia.
4. Uczniowie wykażą (zademonstrują) umiejętności analizowania wpływu na zdrowie kultury, mediów, technologii i innych czynników.
5. Uczniowie wykażą (zademonstrują) umiejętność wykorzystywania interpersonalnego komunikowania się dla wspierania zdrowia.
6. Uczniowie wykażą (zademonstrują) umiejętności stawiania sobie celów i podejmowania decyzji służących zdrowiu.
7. Uczniowie wykażą (zademonstrują) umiejętność pełnienia roli rzeczników (ang. *advocacy*) w sprawach zdrowia własnego, rodziny i społeczności.

[36] Z badań własnych wynika, że w reprezentatywnej grupie dyrektorów szkół podstawowych i gimnazjów, za dobrze i bardzo dobrze przygotowanych do realizacji edukacji zdrowotnej uważało się w 2002 r. 59%, a w 2006 r. 76% dyrektorów. Odsetki te wśród nauczycieli były mniejsze.

Opracowano zestaw wskaźników do oceny, w jakim stopniu uczniowie osiągnęli każdy z tych standardów. Pomiaru tego dokonuje się trzykrotnie w okresie 12 lat nauki w szkole (klasa 4, 8 i 11). Opracowania całego systemu ewaluacji efektów edukacji zdrowotnej w szkole dokonał w 1995 r. komitet powołany do wykonania tego zadania, w skład którego wchodzili eksperci z wielu ośrodków oraz stowarzyszeń naukowych (Meeks, Heit, Page, 1996).

Należy dodać, że w USA edukacja zdrowotna jest jednym z ośmiu komponentów całościowego programu zdrowia w szkole (obecna nazwa *co-ordinated school health*), obowiązującego od 1987 r.[37]. Należą do nich: edukacja zdrowotna, edukacja i aktywność fizyczna, służba zdrowia, zdrowie psychiczne i służby społeczne, posiłki szkolne, polityka szkoły, środowisko fizyczne, promocja zdrowia nauczycieli i innych pracowników, włączenie rodziców i społeczności lokalnej. W 2000 r. dokonano oceny funkcjonowania wszystkich tych komponentów na poziomie stanu, regionu i szkoły (Smith i in., 2001).

8.3.3. Nowe rozwiązania w szkolnej edukacji zdrowotnej w niektórych krajach Europy

Koncepcje i praktyka szkolnej edukacji zdrowotnej w różnych krajach są zróżnicowane i zależne od uwarunkowań kulturowych, systemów szkolnych, a także doceniania roli i potrzeby tej edukacji przez twórców polityki edukacyjnej i zdrowotnej. Do początku lat 90. XX w. dominującą koncepcją w krajach europejskich było zintegrowanie treści edukacji zdrowotnej z różnymi przedmiotami (tzw. program międzyprzedmiotowy). W ostatniej dekadzie, w wielu krajach, intensywnie poszukuje się nowych rozwiązań. Niżej przedstawiono przykłady oryginalnych rozwiązań w trzech krajach: Danii, Irlandii i Finlandii. Porównanie tych danych z podejściem do edukacji zdrowotnej w szkołach w Polsce powinno skłaniać do głębokiej refleksji.

Demokratyczna i środowiskowa edukacja zdrowotna w Danii

Koncepcja ta jest rozwijana przez duńskich pedagogów pod kierunkiem Bjarne B. Jensena od początku lat 90. XX w., w kontekście szkoły promującej zdrowie[38]. Wywarła ona znaczący wpływ na działania podejmowane w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie i jej dokumenty programowe. Początkowo określano ją jako „środowiskową edukację zdrowotną" (Jensen, 1994a) zakładając, że edukacja zdrowotna i ekologiczna powinny być ze sobą ściśle powiązane. Punktem wyjścia była zmiana paradygmatu z tradycyjnego, **moralistycznego** (o małej skuteczności) na nowy, **demokratyczny** (tab. 8.2).

[37] Program ten wprowadzono w USA w końcu lat 80. według modelu zaproponowanego przez D. Allensworthа i L. Kolbe (1987). Jest on uważany za odpowiednik koncepcji szkół promujących zdrowie w Europie.

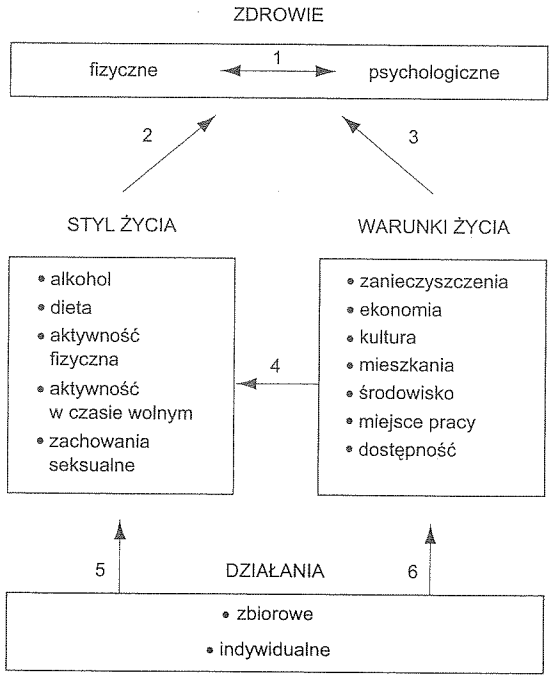
[38] Koncepcję tę sprawdzano również w Australii i Czechach.

Głównymi cechami demokratycznej edukacji zdrowotnej jest holistyczne ujęcie zdrowia i środowiska, orientacja na działanie oraz aktywne uczestnictwo uczniów.

Holistyczna koncepcja zdrowia i środowiska oznacza „całość jednostki w całości środowiska" (ryc. 8.1, s. 241). **Zdrowie** (strzałka 1) odnosi się do osoby jako całości i wzajemnych związków między zdrowiem fizycznym i psychologicznym (psychicznym i społecznym). Strzałka 2 i 3 oznacza postrzeganie człowieka jako części całości, którą tworzą jego **styl życia** (postawy, wartości i zachowania) i **warunki życia**. Strzałka 4 wskazuje, że styl życia jednostki jest determinowany przez warunki życia, które tym samym wpływają na zdrowie „podwójnie" – bezpośrednio i pośrednio przez styl życia. Strzałki 5 i 6 wskazują, że działania powinny być ukierunkowane

Tabela 8.2. Charakterystyka moralistycznego i demokratycznego paradygmatu w edukacji zdrowotnej (Jensen, 1997)

Edukacja zdrowotna moralistyczna	Edukacja zdrowotna demokratyczna
Koncepcja zdrowia	
Zachowania zdrowotne/styl życia jako główne determinanty zdrowia	Warunki życia i styl życia jako główne determinanty zdrowia
Zorientowana na zapobieganie chorobom	Dobre samopoczucie i niewystępowanie chorób
Ustalona przez ekspertów (zamknięta)	Zdrowie jako koncepcja holistyczna i otwarta – uczniowie sami myślą i decydują co dla nich znaczy zdrowie i zdrowe życie
Podejście pedagogiczne	
Cel – zmiana zachowań zdrowotnych	Cel – rozwijanie kompetencji do działania
Podejście moralistyczne/totalitarne	Podejście demokratyczne/włączenie i aktywne uczestnictwo uczniów
	Tworzenie szkoły promującej zdrowie
Rola nauczyciela i szkoły	
Nauczyciel jako wzorzec zachowań (nie pali, odpowiednio się odżywia itd.), ekspert	Nauczyciel otwarty, demokratyczny, słuchający, nawiązujący dialog i współpracujący
Odpowiednie środowisko szkoły (posiłki szkolne, zakazy palenia itd.)	Środowisko szkoły stymulujące, stawiające wyzwania, tworzone z udziałem samorządu uczniowskiego
Szkoła a społeczność – specjaliści medyczni zapraszani na zajęcia w szkole/klasie	Szkoła a społeczność – szkoła i uczniowie są postrzegani przez kluczowe osoby w danej społeczności jako „agenci" zmian w środowisku
Ewaluacja	
Ocena (pomiar) zmian w zachowaniach zdrowotnych	Ocena (pomiar) kompetencji uczniów (sposobu myślenia, wizji, zaangażowania itd.)



Ryc. 8.1. Holistyczna koncepcja zdrowia i środowiska w edukacji zdrowotnej (Jensen, 1994)

równocześnie na zmianę stylu i warunków życia. Koncepcja ta uzasadnia potrzebę połączenia edukacji zdrowotnej i ekologicznej.

Koncepcja działania zakłada, że jest ono ukierunkowane na rozwiązanie problemu, a decyzję, jaki ma być to problem, podejmuje dana osoba. Działanie ma doprowadzić do **zmiany**, która może dotyczyć własnego stylu życia, szkoły, społeczności lokalnej itd. Podejście to jest spójne z koncepcją upodmiotowienia w promocji zdrowia. Głównym celem edukacji zdrowotnej jest rozwijanie **kompetencji do działania** (ang. *action competence*), na które składają się następujące elementy:

- **wgląd w siebie i wiedza** obejmująca cztery obszary: 1) skutki antyzdrowotnego stylu życia, niekorzystnego środowiska fizycznego i społecznego, 2) przyczyny chorób, 3) sposoby kontrolowania własnego życia i uczestnictwa w zmianie warunków życia w społeczności, 4) sposoby kreowania wizji siebie i najbliższego otoczenia;
- **zaangażowanie**, chęć działania;
- **wizja siebie i „świata"** (perspektywa społeczna) – co i jak można poprawić w kontekście własnych problemów w społeczności, w której żyje młody człowiek, nowe pomysły i projekty w klasie, wspólna wizja i dyskusje (np. pokój na ziemi, przyszła rodzina, środowisko szkoły, warunki w środowisku lokalnym);
- **doświadczanie** w konkretnym działaniu w procesie uczenia się.

Rzeczywiste uczestnictwo uczniów – jest jednym z głównych elementów szkoły promującej zdrowie i edukacji zdrowotnej. Stwarza szansę na większą jej skuteczność, jest elementem „demokratycznego wychowania", jest ważne ze względów etycznych (decyzje dotyczące zdrowia należą do najważniejszych w życiu), jest związane z traktowaniem zdrowia jako kategorii subiektywnej (uczniowie powinni aktywnie uczestniczyć w procesie definiowania, czym dla nich jest zdrowie, zdrowa szkoła i społeczność lokalna). Tylko rzeczywiste, a nie pozorne uczestnictwo sprzyja uczeniu się i rozwijaniu kompetencji do działania. Operacjonalizując koncepcję uczestnictwa uczniów[39] wyróżniono pięć możliwości, wśród których dwie ostatnie nie oznaczają rzeczywistego uczestnictwa:

- sugestie uczniów, wspólny dialog (uczniowie i nauczyciel), wspólne decyzje;
- sugestie uczniów, dialog między uczniami, decyzje uczniów;
- sugestie nauczyciela, wspólny dialog, wspólne decyzje;
- sugestie nauczyciela, nie ma dialogu, uczniowie akceptują lub odrzucają;
- gotowe decyzje (nauczyciela, przepisy), nie ma dialogu, uczniowie otrzymują informację (Jensen, Simovska, 2005).

Na podstawie wieloletnich praktycznych doświadczeń nauczycieli w szkołach duńskich wypracowano podejście pedagogiczne nazwane **modelem IVAC** (ang. *Investigation-Vision-Action-Change*; Badanie–Wizja–Działanie–Zmiana). W poszczególnych etapach tego modelu uczniowie stawiają sobie następujące pytania:

- **Badanie danego problemu**: Dlaczego jest on dla nas ważny? Czy ma on znaczenie dla nas/innych, teraz/w przyszłości? Jaki wpływ ma styl życia i warunki? Co wpływa na nas i dlaczego? Co działo się w danej kwestii wcześniej i dlaczego nastąpiły zmiany?
- **Tworzenie wizji**: Jakie mogą być alternatywy? Jak dana kwestia/warunki przedstawiają się w innych krajach, kulturach? Jakie preferujemy rozwiązania/alternatywy i dlaczego?
- **Działanie i zmiana**: Jaka zmiana zbliży nas do naszej wizji? Czy zmiana dotyczy nas samych, klasy, czy społeczności lokalnej? Jakie są możliwe/dostępne działania dla dokonania zmiany? Jakie mogą być trudności w działaniach? Jakie mogą być przeszkody w dokonaniu zmiany? Jakie działania podejmiemy? Jak będziemy ewaluować te działania?

Doświadczenia duńskie wskazują, że przy tym podejściu nauczyciele powinni tworzyć warunki do uczestnictwa uczniów, traktować ich poważnie i być ich partnerami w dialogu i procesie uczenia się (Jensen, 1997).

Edukacja społeczna, osobista i zdrowotna w szkołach w Irlandii[40]

W Irlandii w 1998 r. ustanowiono nowe prawo oświatowe, w którym przyjęto, że edukacja powinna umożliwiać holistyczny rozwój jednostki, brać pod uwagę

[39] Wykorzystano tu i rozwinięto model „drabiny uczestnictwa" zaproponowany przez R.A. Harta amerykańskiego psychologa (Hart, 1992) *Children's participation: From tokenism to citizenship*, Florence, UNICEF International Child Development Centra. Model ten omówiono szerzej w Części II, rozdz. 5E.

[40] Opracowano na podstawie informacji pisemnej otrzymanej od Johna Lahiffa krajowego koordynatora programu oraz materiałów: *Social, personal & health education. Junior certificate. Guidelines for teachers* (2001), Dublin, National Council for Curriculum and Assessment.

wielowymiarową wizję społeczeństwa i uwzględniać złożoność i bogactwo związków między jednostką a społecznością lokalną, społeczeństwem kraju i świata. Efektem takiego holistycznego podejścia było wprowadzenie nowego, obowiązkowego programu „edukacja społeczna, osobista i zdrowotna" (ang. *social, personal and health education* – SPHE). Program ten był wdrażany stopniowo w poszczególnych typach szkół i towarzyszyło temu rotacyjne szkolenie nauczycieli.

Celem edukacji społecznej, osobistej i zdrowotnej jest:

- umożliwianie uczniom rozwijania umiejętności osobistych i społecznych, w tym odpowiedzialnego podejmowania decyzji;
- wspieranie ich poczucia własnej wartości i wiary w siebie;
- stwarzanie warunków do refleksji i dyskusji;
- wspieranie zdrowia i samopoczucia fizycznego, psychicznego i emocjonalnego.

Warunkiem skuteczności edukacji społecznej, osobistej i zdrowotnej jest tworzenie w szkole wspierającego środowiska, w którym ludzie czują się doceniani i szanowani, wspiera się ich poczucie własnej wartości, panuje atmosfera tolerancji, otwartej komunikacji między ludźmi, dostrzegany i nagradzany jest wysiłek, zachęca się do kreatywności, wspiera osoby mające trudności, konstruktywnie rozwiązuje konflikty.

W **szkołach podstawowych** program wdrożono w 1999 r. Na jego realizację przeznaczonych jest 30 min w tygodniu, poza treściami realizowanym w poszczególnych przedmiotach. Treści programu obejmują trzy obszary: „Ja", „Ja i inni", „Ja i szersza społeczność" (www.pcsp.ie).

W **drugim etapie kształcenia** (ang. *Junior Cycle*) w 3-letniej szkole (odpowiednik gimnazjum, wiek uczniów 12–16 lat) realizację programu rozpoczęto w 2000 r. Zajęcia w wymiarze 1 lekcji w tygodniu są prowadzone w każdej klasie, w czasie dogodnym dla uczniów i szkoły. Są one wspierane przez nauczycieli innych przedmiotów. W planowaniu zajęć uwzględnia się potrzeby uczniów, możliwości nauczycieli i inne zasoby oraz cały program dydaktyczno-wychowawczy szkoły. Planuje się także **sposób oceniania osiągnięć** uczniów (m.in. samoocena, ocena rówieśników, w przypadku pracy w grupach, ocena wykonania specjalnych zadań, projektów) oraz, jak informowani będą rodzice o postępach i osiągnięciach ich dzieci.

Program obejmuje 10 modułów (ze spiralnym układem treści): przynależność i integracja, kierowanie sobą, komunikowanie się, zdrowie fizyczne, przyjaźń, relacje z innymi i seksualność, wpływy i decyzje, używanie substancji psychoaktywnych. Zaleca się dużą elastyczność dotyczącą kolejności tych modułów i doboru tematów. Moduł dotyczący relacji z innymi i seksualności planuje się zgodnie z polityką szkoły w tym zakresie. Niżej podano propozycję programu w pierwszym roku dla szkoły w dużym mieście (s. 244).

W **ostatnim etapie kształcenia** (ang. *Senior Cycle*, wiek uczniów 16–18 lat) program edukacji społecznej, osobistej i zdrowotnej jest w końcowej fazie opracowywania. Jest on związany z programem realizowanym we wcześniejszych etapach edukacji (program spiralny). Przewiduje się, że będzie realizowany w czasie 2 lekcji w tygodniu, a jego treści będą obejmować pięć obszarów tematycznych: zdrowie psychiczne, zagadnienia związane z płcią, w kontekście kulturowym i społecznym (ang. *gender study*), używanie substancji psychoaktywnych, relacje i seksualność,

aktywność fizyczna i żywienie. W każdym z tych obszarów zostaną uwzględnione wszystkie aspekty zdrowia i samopoczucia.

Aby skoordynować program, w wyniku porozumienia między resortem edukacji i zdrowia utworzono Krajowe Centrum Wspierania Edukacji Społecznej, Osobistej i Zdrowotnej oraz zespoły terenowe. Udzielają one konsultacji i pomocy metodycznej dyrektorom, koordynatorom szkolnym i nauczycielom (www.sphe.ie).

Miesiąc	Moduł	Tematy
IX–XII	Przynależność i integracja Kierowanie sobą Zdrowie fizyczne Komunikowanie się Bezpieczeństwo osobiste Przynależność i integracja Przyjaźń Wpływy i decyzje	Włączenie do nowej grupy, radzenie sobie ze zmianą Organizacja swojego życia, pracy w domu i szkole Równowaga w moim życiu Aktywność fizyczna Umiejętność słuchania, wyrażanie siebie Troska o siebie, zachowanie w pożarach, bezpieczeństwo na drodze Aprobata dla odmienności; przemoc jest sprawą każdego Zawieranie nowych przyjaźni Moi bohaterowie (idole)
I–III	Zdrowie emocjonalne Przyjaźń Relacje z innymi i seksualność Zdrowie fizyczne	Rozpoznawanie uczuć; respektowanie uczuć moich i innych ludzi Dobry przyjaciel Ja jako osoba niepowtarzalna i odmienna od innych; przyjaźń; zmiany w okresie dojrzewania; układ rozrodczy; obraz kobiety i mężczyzny; szacunek dla siebie i innych Troska o ciało; zdrowe żywienie
IV–VI	Używanie substancji psychoaktywnych Wpływy i decyzje Komunikowanie się Kierowanie sobą Bezpieczeństwo osobiste	Dlaczego używamy substancji psychoaktywnych; palenie – dlaczego tak, dlaczego nie; alkohol, narkotyki Moi bohaterowie (idole), wpływ innych ludzi Bierność, agresywność, asertywność Organizowanie swojego życia, praca w zespole Troska o siebie

„Zdrowie" – nowy przedmiot szkolny w Finlandii[41]

W Finlandii w 2001 r. dokonano zmian w prawie oświatowym, wprowadzając odrębny przedmiot szkolny o nazwie „zdrowie". Jego wprowadzenie uzasadniały następujące argumenty:

[41] Opracowano na podstawie: L. Kannas (2005).

– uczenie się o zdrowiu, w celu osiągnięcia alfabetyzacji zdrowotnej (s. 110), jest podstawowym prawem każdego dziecka;

– alfabetyzacja zdrowotna i umiejętności niezbędne do troski o zdrowie są zasobem dla społeczeństwa;

– realizacja zadań rozwojowych w dzieciństwie i młodości wymaga wsparcia przez edukację zdrowotną;

– w populacji dzieci i młodzieży występuje wiele problemów zdrowotnych, edukacja zdrowotna powinna być ukierunkowana na nowe zagrożenia dla zdrowia; działania profilaktyczne w dzieciństwie chronią lub opóźniają rozwój wielu chorób w wieku dorosłym;

– troskę o zdrowie należy traktować jako wyzwanie dla młodych ludzi;

– koszty edukacji zdrowotnej są niewspółmiernie niższe niż leczenie chorób.

Celem przedmiotu jest zwiększanie kompetencji uczniów dla wzmacniania swego zdrowia, dobrego samopoczucia i bezpieczeństwa. W klasach 1–6 treści dotyczące zdrowia są zintegrowane z innymi przedmiotami; w klasach 7–9, w każdym roku obowiązkowy jest kurs 38 godz. (łącznie 114 godz.); w klasach 10–12 – jeden obowiązkowy kurs 38 godz. („Podstawy zdrowia") oraz jeden z dwóch 38 godz. kursów do wyboru („Młodzi ludzie, codzienne życie i zdrowie", „Zdrowie i badania naukowe"). Niżej podano treści przedmiotu „zdrowie" (4 bloki) w klasach 7–9 (odpowiednik gimnazjum):

- **Wzrastanie i rozwój** – przebieg ludzkiego życia, różne jego etapy, narodziny i śmierć; rozwój fizyczny: sen, odpoczynek i stres, aktywność fizyczna wzmacniająca zdrowie, żywienie i zdrowie; rozwój psychiczny: samorozwój, poczucie własnej wartości, samouznanie, relacje w rodzinie, relacje społeczne, zdrowie psychiczne i jego zmiany; równowaga między ciałem a umysłem; rozwój społeczny: indywidualność i różnorodność, obowiązki i odpowiedzialność jednostek w społecznościach, tolerancja, opieka, troska; specyficzne cechy i potrzeby w okresie dorastania, seksualność; troska o własne zdrowie.
- **Zdrowie w codziennych wyborach** – potrzeby żywieniowe i problemy w szczególnych sytuacjach, najczęstsze alergie i diety; tytoń, alkohol i inne substancje, przyjemność i uzależnienie, alternatywne wybory; rozwiązywanie konfliktów, mówienie o sprawach, które niepokoją; zdrowie seksualne: relacje między ludźmi, zachowania i związane z nimi wartości i normy; najczęstsze choroby zakaźne i niezakaźne, rozpoznawanie ich objawów, samoopieka; bezpieczeństwo i zachowania na drodze, zagrażające sytuacje, wypadki, pierwsza pomoc.
- **Zasoby dla zdrowia i umiejętności radzenia sobie** – zdrowie, praca i funkcjonowanie jako jego zasoby, zasoby osobiste; emocje i ich wyrażanie, wsparcie społeczne i sieci bezpieczeństwa, umiejętności interakcji z innymi; zmiany zależne od rozwoju i przebiegu życia, kryzysy – unikanie i radzenie sobie.
- **Zdrowie, społeczeństwo i kultura** – najczęstsze choroby, zdrowie publiczne; podstawowa opieka zdrowotna i służby społeczne, praca w organizacjach pozarządowych; przepisy prawne dotyczące praw dzieci i młodych ludzi, ograniczenia i konsekwencje ich postępowania.

Na szczególną uwagę zasługuje procedura wprowadzania przedmiotu do szkół. Decyzję o jego wprowadzeniu poprzedziły długotrwałe starania grupy naukowców i ekspertów (rzecznictwo, lobbing), przedkładanie decydentom argumentów i materiałów. Wydanie aktu prawnego uruchomiło opracowywanie programu, podręczników dla uczniów i nauczycieli oraz systemu kształcenia nauczycieli. Wdrażanie przedmiotu w kolejnych szkołach zaplanowano po 2 latach od wydania aktu prawnego i rozłożono je na 4 lata (2003–2006); w 2007 r. „zdrowie" będzie jednym z przedmiotów do wyboru na egzaminie maturalnym; obecnie trwają prace nad kryteriami oceniania uczniów oraz wskaźnikami do oceny jego skuteczności. Uruchomiono system kształcenia i doskonalenia nauczycieli, zakładając, że będzie ono trwało około 10 lat. Formalne kwalifikacje i licencja nauczyciela „zdrowia" będą wymagane od r.szk. 2011/2012.

8.3.4. Szkoła promująca zdrowie

Koncepcja szkoły promującej zdrowie (SzPZ) oraz rozwój oddolnego ruchu i tworzenia sieci tych szkół miały istotny wpływ na postrzeganie udziału szkoły w działaniach na rzecz zdrowia, w tym także miejsca w nich edukacji zdrowotnej.

Historia szkoły promującej zdrowie

Historia SzPZ w Europie trwa zaledwie dwie dekady. Wyrosła z koncepcji promocji zdrowia oraz dorobku kilku międzynarodowych konferencji naukowych, poświęconych szkolnej edukacji zdrowotnej, a zwłaszcza sympozjum w Peebles (*Szkocja*, 1986). Koncepcję takiej szkoły opisano po raz pierwszy w 1989 r.[42]; w 1991 r. WHO zainicjowała projekt pilotażowy w Czechach, Polsce, Słowacji i na Węgrzech; w 1992 r. powstała Europejska Sieć Szkół Promujących Zdrowie (ESSzPZ), utworzona przez Biuro Europejskie WHO, Komisję Europejską i Radę Europy, do której przyjęto Polskę w grupie pierwszych 7 krajów. W 2006 r. do ESSzPZ należały 43 kraje.

Ruch szkół promujących zdrowie rozwija się obecnie na całym świecie. W 1996 r. Kwatera Główna WHO w Genewie wydała dokument „Ogólnoświatowa inicjatywa promocji zdrowia przez szkołę" i sieci szkół promujących zdrowie zaczęto tworzyć na innych kontynentach. Każda z tych sieci ma swoją specyfikę, zależną od miejscowych czynników kulturowych, społeczno-ekonomicznych i systemów edukacji.

W Polsce działania dla tworzenia SzPZ rozpoczęto w końcu 1991 r. W latach 1992–1995 projekt „Szkoła promująca zdrowie" był realizowany w 14 szkołach podstawowych. Projekt ten wzbudził duże zainteresowanie innych szkół i zainicjował oddolny ruch na rzecz tworzenia takiej szkoły. W 1992 r. utworzono pierwszą wojewódzką sieć szkół promujących zdrowie w województwie ciechanowskim. W 1998 r. (przed nowym podziałem administracyjnym kraju) sieci utworzono w 39 województwach (*Szkoła...*, 2000). W 2006 r. wojewódzkie sieci szkół promujących zdrowie

[42] Raport „Zdrowa szkoła" – wersja w języku polskim została wydana w Instytucie Matki i Dziecka w 1990 r. z funduszy Ministerstwa Edukacji Narodowej, tłum. B. Woynarowska.

istniały we wszystkich 16 województwach (w niektórych utworzono sieci powiatowe i miejskie) i należało do nich około 1300 szkół.

Koncepcja szkoły promującej zdrowie w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie

Podstawą koncepcji SzPZ są założenia promocji zdrowia zapisane w Karcie Ottawskiej. W okresie minionych lat trwała dyskusja nad tym, czym jest SzPZ, jakie są jej główne cele, komponenty, zasady i model. Kierunki działań ustalano w czasie dwóch międzynarodowych konferencji (1997 r. Saloniki-Halkidiki, Grecja; 2002 r. Egmond, Holandia).

Obecnie w 43 krajach należących do ESSzPZ istnieją różne modele SzPZ. Międzynarodowe organizacje, które zainicjowały i wspierają tę sieć, zaakceptowały ten pluralizm, wynikający ze specyficznej sytuacji kulturowej, politycznej i ekonomicznej w różnych krajach. Uważa się, że nie jest możliwe, a nawet nie jest wskazane tworzenie jednego modelu SzPZ. Każdy model jest wynikiem **dialogu** i konsensusu między jego „konstruktorami", zależy od uznawanych wartości i specyficznego kontekstu, w jakim jest tworzony. Szkoła promująca zdrowie jest raczej **procesem** do-

Tabela 8.3. Charakterystyka podejścia tradycyjnego ukierunkowanego na edukację zdrowotną oraz podejścia w szkole promującej zdrowie

Podejście ukierunkowane na:	
edukację zdrowotną	**szkołę promującą zdrowie**
Koncentracja na chorobach, zapobieganiu im, leczeniu oraz zachowaniach zdrowotnych uczniów; zdrowie jako koncepcja narzucana przez ekspertów medycznych	Koncentracja na warunkach i stylu życia oraz dobrym samopoczuciu; zdrowie jako koncepcja otwarta, w jej definiowaniu uczestniczą uczniowie
W pedagogice dominacja dydaktyki, stylu dyrektywnego z naciskiem na profilaktykę zaburzeń i zachowania bezpieczne dla zdrowia	Demokratyczny proces, ukierunkowany na rozwijanie kompetencji młodych ludzi do podejmowania działań służących zmianom warunków i stylu życia
Zachęcanie nauczycieli do pełnienia roli modeli, tradycyjne, restrykcyjne podejście do środowiska szkolnego	Polityka szkoła w odniesieniu do zdrowia jest tworzona wspólnie przez nauczycieli, uczniów i ich rodziców
Przekonanie, że sprawy zdrowia w szkole mogą rozwiązać pracownicy medyczni, luźno z nią związani	Promocja zdrowia jest zintegrowana ze wszystkimi sferami funkcjonowania szkoły (całościowe podejście) i w powiązaniu z działaniami w społeczności lokalnej

konującym się w określonym kontekście, a nie efektem wdrażania ogólnie ustalonych zasad (*Models...*, 2002).

W miarę zdobywania doświadczeń zmieniały się akcenty i główne założenia koncepcji SzPZ[43]. W materiałach podsumowującym 15 lat funkcjonowania ESSzPZ (*Health...*, 2006), podkreślono, że główny kierunek zmian to przejście od dominującego w pierwszym okresie tradycyjnego podejścia (paradygmatu) ukierunkowanego na edukację zdrowotną (ang. *health education approach*) do podejścia **ukierunkowanego na szkołę promującą zdrowie** (ang. *the health promoting school approach*), określanego także jako **całościowe podejście do zdrowia w szkole** (ang. *a whole school approach*). Różnice w tych podejściach przedstawiono w tab. 8.3. W najnowszej koncepcji SzPZ, tworzonej pod znaczącym wpływem duńskiego podejścia do edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole (s. 239), przyjęto że:

> Promocja zdrowia w szkole powinna:
>
> - koncentrować się na pracy z młodymi ludźmi i zachęcaniu ich do podejmowania działań na rzecz zdrowia w szkole i w społeczności
> - być realizowana w powiązaniu ze wszystkimi działaniami szkoły, a nie tylko realizacją programu nauczania

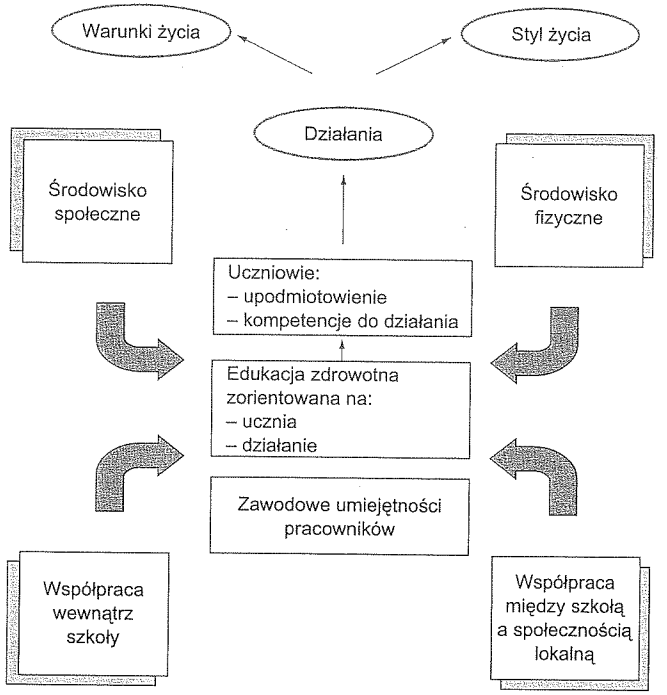
W takim rozumieniu promocji zdrowia w szkole przyjęto cztery podstawowe zasady (wartości) szkoły promującej zdrowie:

- **Uczestnictwo uczniów** (s. 242);
- **Koncepcja upodmiotowienia** (s. 136) oraz **kompetencji do działania** (s. 241). Wynika ona z rezolucji I Konferencji ESSzPZ, w której zapisano 10 zasad szkoły promującej zdrowie: demokracja, równość, upodmiotowienie i kompetencje do działania, środowisko szkoły, program nauczania, kształcenie nauczycieli, mierzenie osiągnięć, współdziałanie, społeczności (szkolna i lokalna), kontynuacja i rozwój[44];
- **Podejście siedliskowe** (s. 133), z którego wynikają podstawowe elementy i kierunki działań SzPZ;
- **Polityka szkoły na rzecz zdrowia**, integrująca wszystkie wymienione wcześniej elementy z podstawowymi swymi celami i zadaniami.

W celu zilustrowania zasad (komponentów) szkoły promującej zdrowie – w najnowszych materiałach ESSzPZ przyjęto model graficzny SzPz opracowany w Danii (*Models...*, 2002, s. 24) – ryc. 8.2. W centrum tego modelu znajduje się edukacja zdrowotna ukierunkowana na ucznia i działania. Efektem tej edukacji powinno być upodmiotowienie uczniów i uzyskanie przez nich kompetencji do działania, których celem jest zmiana stylu życia i warunków życia. Osiągnięcie tego celu może ułatwiać

[43] Bogatym źródłem informacji jest książka pod red. S. Clifta i B.B. Jensena (2005) *The health promoting school: International advances in theory, evaluation and practice*, Copenhagen, Danish University of Education Press (www.dpb.dpu.dk; bogsalg@dpu.dk); patrz także: B. Woynarowska, Stępniak (2002a, 2002b).

[44] Pełen tekst tej rezolucji patrz: *Szkoła...*, 2000, s. 169–171.



Ryc. 8.2. Główne komponenty szkoły promującej zdrowie (Barnekow i in., 2006, s. 35)

(lub utrudniać) wiele czynników: współpraca wewnątrz szkoły oraz między szkołą a środowiskiem lokalnym, środowisko społeczne i fizyczne szkoły oraz kompetencje jej pracowników do prowadzenia edukacji zdrowotnej. Wszystkie elementy tego modelu i związku między nimi są ilustracją podejścia siedliskowego (Barnekow i in., 2006, s. 34)

Koncepcja szkoły promującej zdrowie w Polsce[45]

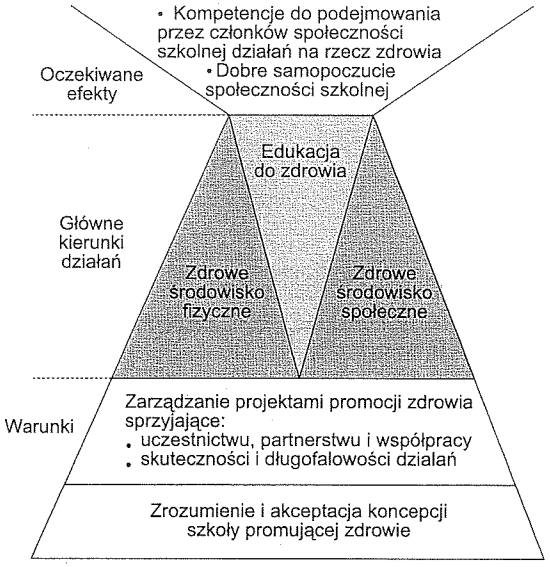
Koncepcja SzPZ w Polsce powstała w latach 1992–1995, w czasie realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie" (*Szkoła...*, 2000). Po upływie 10 lat zaistniała potrzeba „re-konceptualizacji" przyjętych na początku zasad, wynikająca ze zmian, które dokonały się w tym czasie w Europie i w Polsce. W wyniku prac i dyskusji z udziałem wojewódzkich i szkolnych koordynatorów, w 2005 r. opracowano nową definicję, model oraz standardy szkoły promującej zdrowie Polsce.

[45] Pełny opis historii, koncepcji i zasad tworzenia szkoły promującej zdrowie zawiera książka pod red. B. Woynarowskiej i M. Sokołowskiej (*Szkoła...*, 2000) oraz zeszyt nr 10 (2006) „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole", wyd. specjalne.

Definicja szkoły promującej zdrowie w Polsce:

Szkoła promująca tworzy warunki i podejmuje działania, które sprzyjają:
- dobremu samopoczuciu członków społeczności szkolnej
- rozwijaniu kompetencji do podejmowania przez członków społeczności szkolnej działań na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi oraz tworzenia zdrowego środowiska

W konstrukcji **modelu** SzPZ (ryc. 8.3) wykorzystano koncepcję „trójkąta" hierarchii potrzeb A. Maslowa (1996). U podstawy tego trójkąta znajdują się dwa poziomy odpowiadające warunkom, jakie powinny być stworzone, aby działania podejmowane w SzPZ były skuteczne. W środkowej części modelu znajdują się trzy główne kierunki działań. Górna część trójkąta, odpowiadająca oczekiwanym efektom, zamiast wierzchołka, jest otwarta ku przyszłości. Model ten stanowił punkt wyjścia do opracowania **standardów** SzPZ.



Ryc. 8.3. Model szkoły promującej zdrowie w Polsce (oprac. własne)

Standardy SzPZ odnoszą się do jakości pracy szkoły w zakresie promocji zdrowia i można nazwać je także standardami „sposobności". Standardy 1 i 2 odpowiadają dwóm dolnym poziomom modelu. Standardy 3, 4 i 5 dotyczą głównych kierunków działań (środek modelu). Standardy spełniają dwie funkcje:

- Wyznaczają **główne kierunki pracy** (cechy) SzPZ. Opisują jej model oraz specyfikę wyróżniającą tę szkołę od innych, które nie podjęły tworzenia SzPZ. W tym ujęciu niektóre standardy „zazębiają się".

Standardy szkoły promującej zdrowie:

Szkoła promująca zdrowie dąży do osiągnięcia celów i realizuje zadania określone w podstawach programowych kształcenia ogólnego i innych obowiązujących aktach prawnych i ponadto:

1. Pomaga członkom społeczności szkolnej (w tym rodzicom) zrozumieć i zaakceptować koncepcję szkoły promującej zdrowie.
2. Zarządza projektami promocji zdrowia w sposób sprzyjający:
   - uczestnictwu, partnerstwu i współdziałaniu społeczności szkolnej (w tym rodziców) i społeczności lokalnej,
   - skuteczności i długofalowości działań.
3. Prowadzi edukację zdrowotną uczniów i pracowników oraz dąży do zwiększenia jej jakości i skuteczności.
4. Tworzy klimat społeczny sprzyjający:
   - satysfakcji z nauki i pracy w szkole, osiąganiu sukcesów oraz wzmacnianiu poczucia własnej wartości u uczniów i pracowników,
   - zdrowiu i rozwojowi uczniów i pracowników,
   - uczestnictwu, partnerstwu i współdziałaniu członków społeczności szkolnej, rodziców i osób ze społeczności lokalnej.
5. Tworzy środowisko fizyczne sprzyjające zdrowiu, bezpieczeństwu i dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników.

- Stanowią punkt wyjścia do **programowania ewaluacji** SzPZ, czyli sprawdzania, w jakim stopniu szkoła zbliża się do poziomu, który można by uznać za „idealny". Przedmiotem ewaluacji będą tylko wybrane obszary, a w nich tylko niektóre zmienne i wskaźniki, które mogą być zmierzone i wykonanie pomiarów jest możliwe[46].

W standardach nie uwzględniono obecnie oczekiwanych efektów, tzn. poprawy samopoczucia członków społeczności szkolnej, oraz kompetencji do podejmowania przez nich działań na rzecz zdrowia własnego, innych ludzi oraz tworzenia zdrowego środowiska. Mierzenie tych efektów nie jest łatwe i często trzeba na nie oczekiwać wiele lat, gdyż zależą one od wielu czynników, także pozaszkolnych.

Niezbędnym warunkiem rozwoju szkół promujących zdrowie i osiągania przez nie standardów jest współpraca przedstawicieli resortu edukacji i zdrowia na poziomie kraju, województwa, powiatu i szkoły.

Ewaluacja działań szkoły w zakresie edukacji zdrowotnej

Edukacja zdrowotna jest jednym z trzech głównych kierunków działań w SzPZ. Przyjęto, że dotyczy ona uczniów i pracowników, szkoła dąży do dobrej jej jakości i skuteczności (standard trzeci). Kluczową kwestią jest więc ocena jakości

[46] W latach 2005–2006 opracowano wskaźniki i narzędzia do ich pomiaru dotyczące wszystkich standardów oraz sprawdzono ich przydatność. Materiały te opublikowano w zeszycie nr 11 (2006) „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole" (wyd. specjalne).

i skuteczności edukacji zdrowotnej, co nie jest łatwe. Rzeczywiste jej efekty (np. umiejętności dokonywania wyborów, zmiany zachowań zdrowotnych, dbanie o zdrowie) są zwykle odroczone. Zbadać je można w codziennych sytuacjach życiowych, a nie w sprawdzianie lub teście, mierzącym głównie wiedzę. Ponadto na efekty (wczesne i odległe) ma wpływ wiele czynników, a nie tylko edukacja zdrowotna w szkole.

W wyniku badań przeprowadzonych w 2006 r. w szkołach promujących zdrowie opracowano zasady **ewaluacji działań szkoły w edukacji zdrowotnej** (Sokołowska, Lutze, 2006). Przyjęto, że działania te dotyczą czterech obszarów, określonych jako **wymiary** trzeciego standardu. Dla każdego z tych wymiarów opracowano **wskaźniki** (tab. 8.4), a następnie **narzędzia** do ich pomiaru.

Tabela 8.4. Wymiary i wskaźniki do ewaluacji działań w zakresie edukacji zdrowotnej w szkołach promujących zdrowie (Sokołowska, Lutze, 2006)

Wymiary	Wskaźniki
I. Polityka, warunki i organizacja życia szkoły sprzyjają edukacji zdrowotnej	1. Dostępność informacji dotyczącej realizacji edukacji zdrowotnej 2. Planowanie działań z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole na podstawie wyników przeprowadzonej diagnozy 3. Uczestnictwo nauczycieli w szkoleniach z zakresu edukacji zdrowotnej (w tym w ramach wewnątrz szkolnego doskonalenia nauczycieli) 4. Współpraca nauczycieli przy realizacji edukacji zdrowotnej 5. Traktowanie edukacji zdrowotnej przez dyrekcję szkoły jako jej ważne zadanie
II. Uczeń jest aktywnym uczestnikiem procesu edukacji zdrowotnej	1. Wpływ uczniów na treści realizowane w ramach edukacji zdrowotnej 2. Stwarzanie uczniom przez nauczycieli okazji do wymiany doświadczeń, wiedzy i poglądów dotyczących zagadnień uwzględnianych w edukacji zdrowotnej 3. Możliwość wyboru przez uczniów zadań do wykonania w czasie zajęć edukacji zdrowotnej
III. Szkoła współpracuje ze środowiskiem i wykorzystuje jego zasoby	1. Zapraszanie rodziców do współpracy przy realizacji edukacji zdrowotnej 2. Wpływ rodziców na treści realizowane w czasie zajęć edukacji zdrowotnej uczniów 3. Organizowanie w szkole zajęć dla rodziców z wybranych zagadnień edukacji zdrowotnej 4. Dostosowanie zajęć dla rodziców dotyczących zdrowia do ich potrzeb i zainteresowań 5. Zapraszanie specjalistów do realizacji wybranych zadań w szkolnym programie edukacji zdrowotnej 6. Podejmowanie przez szkołę różnych form służących edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym

IV. Szkoła prowadzi ewaluację i wykorzystuje jej wyniki do podnoszenia jakości edukacji zdrowotnej	1. Kończenie każdych zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej jakąś formą ewaluacji 2. Wykorzystywanie wniosków z ewaluacji do planowania edukacji zdrowotnej 3. Przedstawianie wyników ewaluacji dotyczących realizacji edukacji zdrowotnej uczniom, rodzicom i przedstawicielom społeczności lokalnej 4. Pomaganie uczniom przez nauczycieli w stosowaniu technik umożliwiających samoobserwację

- Wprowadzenie obowiązkowej ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna" stworzyło formalne podstawy do jej realizacji w szkole oraz zapoczątkowało tworzenie infrastruktury dla wspierania jej realizacji w resorcie edukacji
- Istnieje wiele barier w realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej, w tym szczególnie brak systemu kształcenia i doskonalenia nauczycieli w tym zakresie
- Od 15 lat rozwija się w Polsce oddolny ruch szkół promujących zdrowie. W szkołach tych istnieją warunki sprzyjające większej skuteczności edukacji zdrowotnej

Pytania/Zadania

1. Jak zmieniał się status szkolnej edukacji zdrowotnej w Polsce w ostatnim półwieczu?
2. Omów strategie i metody realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, czynniki ułatwiające i utrudniające.
3. Podaj przykłady nowych rozwiązań w edukacji zdrowotnej w Europie.
4. Jakie jest miejsce edukacji zdrowotnej w szkole promującej zdrowie i jakie czynniki sprzyjają jej realizacji i większej skuteczności?
5. Scharakteryzuj koncepcję szkoły promującej zdrowie przyjętej obecnie w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie.
6. Omów najnowszy model i standardy szkoły promującej zdrowie w Polsce.
7. Na czym polega ewaluacja działań w zakresie edukacji zdrowotnej w szkołach promujących zdrowie?

Literatura zalecana

„Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole", wyd. specjalne, Zeszyt 10 i 11, 2006.

Jaworski Z. (2005) *Koncepcje krzewienia kultury zdrowotnej w szkole polskiej (1965–2004)*, Warszawa, Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam".

Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat (2000), B. Woynarowska, M. Sokołowska (red.), Warszawa, KOWEZ.

Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. Założenia, cele, treści, sposób realizacji (1997), M. Charzyńska-Gula (red.), Lublin, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Akademii Medycznej w Lublinie.

Woynarowska B., Sokołowska M. (2001) *Ścieżka edukacyjna – edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, Warszawa, KOWEZ.

8.4. Edukacja zdrowotna w zakładach opieki zdrowotnej

Edukacja zdrowotna potrzebna jest ludziom zdrowym i chorym. Zakłady opieki zdrowotnej są miejscami, w których większości świadczeń medycznych, w mniejszym lub większym stopniu, towarzyszą (lub powinny towarzyszyć) różne formy edukacji. Dotyczy to świadczeń leczniczych (u osób z ostrymi i przewlekłymi chorobami), rehabilitacyjnych i profilaktycznych (np. szczepienia ochronne, testy przesiewowe, profilaktyczne badania lekarskie). Obowiązek działań edukacyjnych wynika także z ustaw o zawodzie lekarza oraz pielęgniarki i położnej.

8.4.1. Edukacja zdrowotna w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza rodzinnego

Doctor w jęz. łacińskim to nauczyciel, mistrz (łac. *doceo* – uczyć, nauczać). „Lekarz zawsze, czy chce, czy nie chce, świadomie lub nieświadomie, poprawnie czy błędnie, zawsze oddziałuje wychowawczo. Każdą styczność lekarza z pacjentem można traktować jako sytuację wychowawczą" (Mazurkiewicz, 1978, s. 377). Obok podstawowej roli zawodowej – terapeuty – lekarz pełni lub powinien pełnić rolę nauczyciela zdrowego i chorego człowieka. Głównym celem jego zadań edukacyjnych powinna być pomoc pacjentom, zdrowym i chorym, we wprowadzaniu pożądanych zmian w ich zachowaniach (Rębała, 1997). Lekarze mają duży prestiż społeczny i są powszechnie traktowani jako najbardziej kompetentne źródło informacji o zdrowiu i chorobach. Istotą konsultacji lekarskiej jest interakcja pacjent – lekarz, która tworzy warunki do dialogu i wymiany poglądów.

Szczególna rola w edukacji zdrowotnej przypada lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej (pierwszego kontaktu), wśród których coraz więcej uzyskuje specjalizację w medycynie rodzinnej. Lekarze rodzinni powinni sprawować całościową i ciągłą opiekę medyczną nad osobami w całym okresie życia, w zdrowiu i w chorobie (niezależnie od jej rodzaju), w kontekście ich rodzin, lokalnej społeczności i zaplecza kulturowego, zawsze respektując autonomię swoich pacjentów. Działania ich obejmują zadania z zakresu promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, leczenia i opieki terminalnej. Można szacować, że większość osób zapisanych do lekarza rodzinnego ma z nim kontakt co najmniej 1 raz w roku, a prawie wszyscy w okresie 3 lat. Przy ciągłości opieki[47] lekarz może poznać swoich pacjentów i ich potrzeby edukacyjne, w kontekście ich statusu społecznego, sytuacji materialnej, problemów społecznych itd.

Lekarze rodzinni mają wiele okazji do prowadzenia edukacji zdrowotnej, sprzyja temu w zasadzie każdy kontakt lekarza z pacjentem, szczególnie badania profilaktyczne dzieci i młodzieży. Indywidualne kontakty z pacjentem umożliwiają dostosowanie edukacji do indywidualnych jego potrzeb. Może być ona **związana z problemem zdrowotnym** (chorobą) danego pacjenta lub **nie związana z konkretnym problemem**, a wynikająca z pytań pacjenta lub obserwacji lekarza. Najczęstszą formą edukacji jest przekazywanie informacji przy okazji udzielanej porady. Pacjenci oczekują tej informacji, lecz często zdarza się, że nie rozumieją lub nie mogą zapamiętać tego, co powiedział lekarz.

[47] W okresie roku w Polsce zmienia lekarzy rodzinnych 11% osób i główną przyczyną tej zmiany jest poszukiwanie lekarza, który lepiej traktuje pacjenta (*Diagnoza...*, 2005, s. 118).

Zasady przekazywania informacji pacjentom:

- zacznij od najważniejszej kwestii – pacjenci najlepiej zapamiętują to lekarz powiedział na początku
- podkreśl to, co jest najważniejsze – np. „proszę pamiętać, że najważniejsze jest..." i powtórz to, aby ułatwić zapamiętanie
- udzielaj precyzyjnych porad, np. „powinna pani schudnąć w najbliższym miesiącu około 1 kg" zamiast „powinna pani schudnąć"
- unikaj żargonu, długich zdań i terminów medycznych, jeśli musisz użyć jakiegoś terminu, upewnij się, czy pacjent rozumie, co on oznacza
- nie przekazuj w czasie jednej wizyty zbyt wielu informacji, skoncentruj się na tym, co pacjent powinien zapamiętać
- upewnij się, czy twoje rady „pasują" do sytuacji danego pacjenta i są wykonalne
- uzyskaj informację zwrotną od pacjenta, upewnij się, czy zrozumiał to, co mu przekazałeś

Edukacja zdrowotna nie ogranicza się do udzielania informacji i wskazówek. Jest to proces wzajemnego oddziaływania lekarza i pacjenta. **Budowanie partnerskich relacji** między lekarzem i pacjentem stanowi podstawę skuteczności edukacji zdrowotnej. Pacjent powinien odczuć, że lekarz jest partnerem posiadającym wiedzę i umiejętności, który może pomóc mu zmieniać zachowania zdrowotne i uwiarygadniać informacje uzyskane z różnych źródeł. Zgodnie z zasadami współczesnej edukacji zdrowotnej lekarz powinien:

– eksponować korzyści wynikające z zalecanego postępowania, unikać stosowania techniki „straszenia";

– zachęcać pacjenta do wyrażania własnych opinii, refleksji i poszukiwania własnych pomysłów i rozwiązań; unikać moralizowania;

– w wyjaśnianiu różnych kwestii posługiwać się materiałami wizualnymi, przekazywać instrukcje na piśmie (wcześniej przygotowane i dotyczące najczęstszych problemów);

– tworzyć wzorce zachowań prozdrowotnych (niewiarygodny jest lekarz zachęcający do rzucenia palenia, gdy sam pali, do odchudzania się, gdy sam jest otyły).

W relacjach lekarz–pacjent zasadnicze znaczenie ma **dobre komunikowanie** (werbalne i niewerbalne). Sprzyja ono kształtowaniu aktywnej postawy ludzi wobec

własnego zdrowia i przestrzeganiu zaleceń lekarskich. Zasady komunikowania w edukacji zdrowotnej podano w rozdz. 6, a odniesieniu do relacji lekarz–pacjent – w odrębnych opracowaniach[48]. Szczególną uwagę powinien zwrócić lekarz na sposób komunikowania się z dziećmi i młodzieżą, ze względu na znaczną asymetrię w relacji lekarz–młody pacjent. Ta grupa podopiecznych lekarza rodzinnego jest także, bardziej niż dorośli, narażona na protekcjonizm, moralizowanie oraz działania jatrogenne (np. omawianie spraw dotyczących zdrowia w obecności dziecka, w sposób dla niego niezrozumiały). Doświadczenia młodych ludzi w kontaktach z lekarzem wpływają na kształtowanie ich postaw i zachowań jako przyszłych odbiorców świadczeń medycznych.

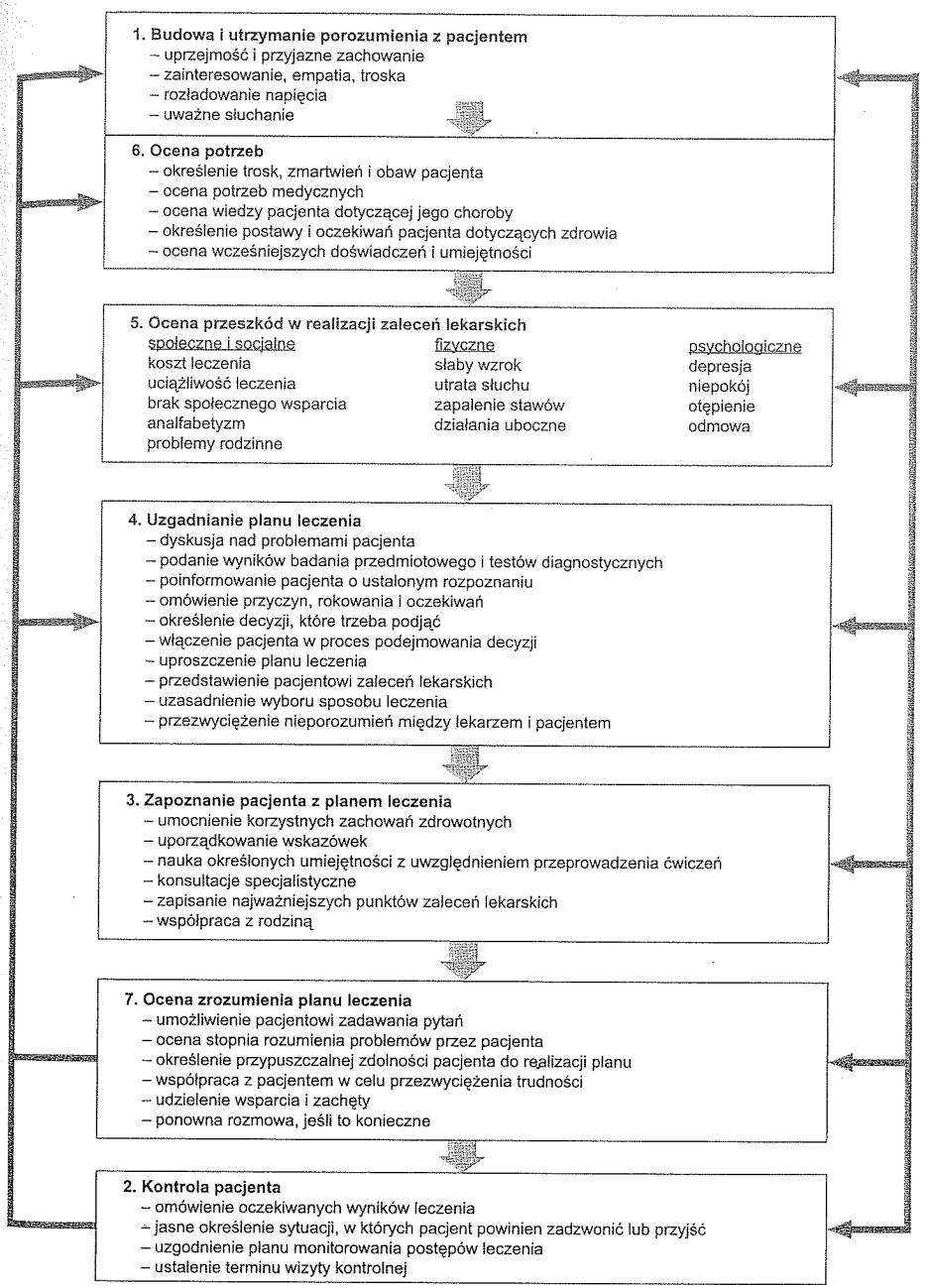
Na ryc. 8.4 przedstawiono uporządkowany system edukacji zdrowotnej pacjentów. Pokazuje on złożoność całego procesu edukacji. Schemat ten może być również przydatny w planowaniu, opisanej niżej, edukacji osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. W realizacji tego systemu powinna uczestniczyć również pielęgniarka rodzinna i inni członkowie zespołu lekarza rodzinnego.

Obserwacje wskazują, że w praktyce zdecydowana większość lekarzy rodzinnych, a także specjalistów, nie prowadzi edukacji zdrowotnej pacjentów w stopniu spełniającym podane wyżej zasady. Wyniki badań wskazują także, że lekarze są rzadko wymieniani jako źródło wiedzy o zdrowiu. Jest to nie tylko problem w Polsce. Analiza wyników badań dotyczących działalności lekarzy rodzinnych w zakresie promocji zdrowia (w tym w edukacji zdrowotnej) wskazuje, że lekarze w wielu krajach niedostatecznie włączają się w realizację programów ukierunkowanych m.in. na ograniczenie palenia tytoniu, picia alkoholu, poprawę żywienia, zwiększenie aktywności fizycznej pacjentów. Przyczynami tak małej aktywności lekarzy w zakresie edukacji zdrowotnej mogą być: brak czasu (przy dużej liczbie pacjentów), nieuświadamianie sobie własnej roli w edukacji zdrowotnej, brak dobrych wzorców, nieprzygotowanie lekarzy (Kirschner, 1997).

8.4.2. Zadania pielęgniarki rodzinnej w edukacji zdrowotnej

Pielęgniarka rodzinna (wcześniej zwana środowiskową) pracuje w podstawowej opiece zdrowotnej, jest partnerem lekarza wykonującym jego zlecenia w procesie leczenia oraz podejmuje samodzielne, profesjonalne, całościowe działania, określane jako proces pielęgnowania w środowisku rodzinnym. Dotyczy on poszczególnych

[48] Na przykład: M. Hebanowski, J. Kliszcz, B. Trzeciak (1999) *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL; *Komunikowanie się lekarza z pacjentem* (2000), J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko (red.), Wrocław, Wydawnictwo ASTRUM; P.R. Mayerscough, M. Ford (2001) *Jak rozmawiać z pacjentem*, tłum. S. Pikiel, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; B. Tobiasz-Adamczyk (2004) *Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.



Ryc. 8.4. Uporządkowany system edukacji zdrowotnej pacjentów (Langlois, 1998, s. 166)

członków rodziny, w zdrowiu i chorobie, niepełnosprawności, a także hospitalizacji domowej i opiece terminalnej[49].

Pielęgniarka rodzinna może być pierwszym, „zewnętrznym" przewodnikiem – konsultantem rodziny w sprawach zdrowia. Jej zadaniem, wynikającym z koncepcji promocji zdrowia, jest doradztwo i pomoc rodzinie lub poszczególnym jej członkom w dążeniu do wzmacniania i ochrony zasobów dla zdrowia i ich odtwarzania, jeśli uległy ograniczeniu lub są zagrożone. Na podstawie diagnozy sytuacji może wskazać rodzinie zagrożenia dla jej zdrowia oraz podjąć realizację związanych z nimi programów: **promocyjnych** (np. karmienie naturalne, naturalne metody zapobiegania ciąży, program antynikotynowy) lub **profilaktycznych** (np. redukowanie czynników ryzyka miażdżycy, chorób nowotworowych) (Kawczyńska-Butrym, 1994). W przypadku osób przewlekle chorych lub niepełnosprawnych pielęgniarka powinna wspierać działania edukacyjne podejmowane przez lekarzy specjalistów lub zespoły edukacyjne oraz pomagać tym osobom w samokierowaniu chorobą (s. 262).

Działania pielęgniarki rodzinnej w zakresie edukacji zdrowotnej to, według M. Charzyńskiej-Guli (2002), przede wszystkim **doradztwo** i **poradnictwo zdrowotne**. **Doradzanie** (w zdrowiu) jest to profesjonalne działanie mające na celu udzielanie pomocy członkom rodziny w dokonywaniu wyborów, przystosowaniu się i rozwiązywaniu problemów związanych z rozwojem, zachowaniem i utrzymaniem zdrowia. **Poradnictwo** to działania towarzyszące innym fachowym czynnościom wykonywanym przez pielęgniarkę, okazjonalne lub celowo zorganizowane, o charakterze wspomagającym lub wskazującym na potrzebę modyfikacji zachowań, podejmowane „twarzą w twarz", w formie dialogu. Obie te formy w działaniach pielęgniarki rodzinnej przeplatają się, ale zwykle w początkowej fazie pracy z rodziną dominują elementy doradztwa, stopniowo, w miarę zwiększania świadomości podopiecznych, przechodzące w poradnictwo. Różnice między doradztwem a poradnictwem polegają na:

– osobie, u której w pierwszej kolejności powstaje świadomość problemu wymagającego pomocy – w poradnictwie osobą tą jest radzący się (szuka pomocy), w doradztwie kontakt inicjuje doradca;

– pozycji i aktywności – w poradnictwie doradca i radzący się są współpartnerami, istnieje dobrowolność w korzystaniu z porady; w doradztwie aktywny jest doradca, przekonuje, nakłania radzącego się, który jest raczej bierny.

Aby pełnić rolę doradcy w sprawach zdrowia, pielęgniarka rodzinna, zdaniem M. Charzyńskiej-Guli, powinna być:

1. **Liderem zdrowia** – żyć zgodnie z zasadami prozdrowotnego stylu życia, być osobą wiarygodną, wzorcem dla podopiecznych;
2. **Dobrym informatorem** – przekazywać informacje zgodnie z potrzebami rodziny i kształtować u jej członków poczucie własnej skuteczności;

[49] B. Sztembis (1997) *Specyfika procesu pielęgnowania realizowanego przez pielęgniarkę środowiskową/rodzinną*, w: *Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka*, Warszawa, Centrum Edukacji Medycznej, s. 81–90.

3. **Specjalistą od marketingu społecznego** – umieć wprowadzać do pracy z rodziną program edukacji zdrowotnej dostosowany do jej potrzeb;
4. **Dobrym „politykiem"** – pośredniczyć między rodziną a lokalnymi liderami, od których zależy dostępność produktów lub usług mających znaczenie dla zdrowia.

Ważnymi cechami, które powinna rozwijać są: empatia, życzliwość („ciepło") i szacunek dla podopiecznych oraz autentyczność i szczerość w kontaktach z rodziną.

W edukacji zdrowotnej w rodzinie pielęgniarka może wykorzystywać różne modele i metody edukacji zdrowotnej. Podstawą ich doboru jest dokonanie diagnozy potrzeb i problemów w danej rodzinie. M. Charzyńska-Gula (2002), w pierwszym w piśmiennictwie polskim poradniku dla pielęgniarki rodzinnej, podaje dwa przykłady schematu rodzinnej edukacji zdrowotnej:

- Schemat opracowany na podstawie programu promocji zdrowia, realizowanego w Walii, *Heartbeat Wales*, składający się z trzech etapów. W każdym z nich znajdują się cztery kolejno następujące po sobie fazy, których osiągnięcie wymaga odpowiednich działań pielęgniarki:
  - Etap pierwszy WYBÓR – doprowadzenie do podjęcia przez rodzinę lub jednego z członków decyzji o zmianie dotychczasowego elementu stylu życia i silnej motywacji do zmiany,
  - Etap drugi ZMIANA – udzielenie pomocy rodzinie we wprowadzaniu tej zmiany w życie i jej podtrzymaniu,
  - Etap trzeci ORĘDOWNIK – kontynuacja poprzedniego etapu, wspieranie rodziny uczestniczącej i utożsamiającej się z dokonaną zmianą;
- Schemat wykorzystujący strategię marketingu społecznego (s. 211). Zakłada on, że rodzina jest konsumentem, który potrzebuje „produktu" o nazwie: „umiejętności zachowania zdrowia". Zadaniem pielęgniarki rodzinnej jest tak zaplanować i zorganizować marketing, aby rodzina „kupiła" ten „produkt".

Szczególnym wyzwaniem dla pielęgniarki rodzinnej jest prowadzenie edukacji w rodzinach w trudnej sytuacji życiowej, spowodowanej różnymi przyczynami, w tym zwłaszcza nagłymi zdarzeniami losowymi oraz ubóstwem. Wymaga to odpowiedniego przygotowania pielęgniarek rodzinnych do tej pracy, tworzenia warunków do współpracy z innymi instytucjami w społeczności lokalnej oraz prezentowania przykładów dobrych rozwiązań.

8.4.3. Zadania pielęgniarki i higienistki szkolnej w edukacji zdrowotnej

Pielęgniarka lub higienistka szkolna[50] pełni obecnie główną rolę w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami. Nie jest pracownikiem szkoły, ale pracuje na jej terenie, w gabinecie, zwanym obecnie profilaktycznym. Zadania pielęgniarki szkolnej

[50] Zgodnie z obowiązującą klasyfikacja zawodów i specjalności jest to pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania. W szkołach pracują także higienistki szkolne – absolwentki rocznego studium pomaturalnego „higieny szkolnej". W latach 80. XX w. zaprzestano kształcenia w tym zawodzie.

zostały określone w dziesięciu standardach. Standard ósmy sformułowano w następujący sposób: „prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i rodziców oraz uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia"[51]. Wśród zadań pielęgniarki szkolnej w tym zakresie należy wymienić trzy obszary: zorientowane na ucznia (jednostkę), grupę uczniów z problemami zdrowotnymi i powiązane z działaniami szkoły.

Zadania zorientowane na ucznia

Wszystkie czynności wykonywane przez pielęgniarkę (testy przesiewowe, szczepienia ochronne, udzielanie porad ambulatoryjnych, zbieranie wywiadów, poradnictwo czynne dla uczniów z problemami zdrowotnymi), każdy jej kontakt z uczniem stwarza sytuacje edukacyjne. Pielęgniarka szkolna ma wyjątkowo dobrą pozycję do prowadzenia edukacji zdrowotnej, ukierunkowanej na jednostkę, gdyż:

- jest jedynym w szkole pracownikiem medycznym i jest traktowana przez uczniów za osobę kompetentną w sprawach zdrowia;
- zna uczniów i ich problemy, co ułatwia indywidualne podejście do uczniów;
- może oddziaływać na uczniów w różnych stanach emocjonalnych (niepokoju, zdenerwowania, przygnębienia);
- spotyka się z uczniami w innych warunkach niż nauczyciele, w sytuacjach neutralnych i może pozyskać ich zaufanie.

W kontaktach z uczniami i ich rodzicami pielęgniarka szkolna powinna być **stale nastawiona na edukację zdrowotną**. Ważny jest sposób komunikowania się z uczniami (werbalny i niewerbalny) oraz tworzenie wzorców zachowań prozdrowotnych. Pielęgniarka powinna zdawać sobie sprawę, że ma znaczący udział w przygotowaniu uczniów do roli współtwórcy swego zdrowia i aktywnego odbiorcy świadczeń zdrowotnych. Zgłaszają się do niej uczniowie sami, bez rodziców i dla wielu z nich są to pierwsze samodzielne kontakty z pracownikami medycznymi.

Edukacja zdrowotna uczniów z problemami zdrowotnymi

Pielęgniarka może prowadzić indywidualne poradnictwo oraz odpowiednio zaplanowaną edukację dla grup uczniów ze specyficznymi problemami zdrowotnymi, np. otyłością, niskorosłością, zaburzeniami wzroku, chorobami przewlekłymi. Celem tej edukacji jest pomoc w uczeniu się samoobserwacji, samoopieki, samopielęgnacji, radzenia sobie z odmiennością, chorobą. Formy edukacji zależą od wieku uczniów, ich zainteresowań, motywacji. Mogą być to wspólne spotkania, warsztaty, praca w małych grupach, wykorzystanie metody projektów (s. 190) lub portfolio (s. 193). Stosowanie ich wymaga nabycia umiejętności stosowania metod i technik aktywizujących i interaktywnych. Niezbędne jest włączenie do tej pracy rodziców.

[51] Instytut Matki i Dziecka Zakład Medycyny Szkolnej (2003) *Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.*

Udział w planowaniu, realizacji i ewaluacji szkolnego programu edukacji zdrowotnej

Pielęgniarka szkolna może pełnić rolę konsultanta medycznego i doradcy dla nauczycieli w szkolnym programie edukacji zdrowotnej. Może podjąć się realizacji pewnych zadań, do których czuje się przygotowana i gdy dysponuje czasem. Jeśli realizuje programy własne lub oferowane szkołom przez stacje sanitarno-epidemiologiczne (s. 232), powinny być one powiązane z całokształtem pracy szkoły. Pielęgniarka powinna współpracować ze szkolnym koordynatorem edukacji zdrowotnej.

Tradycyjnie pielęgniarka prowadzi z uczniami zajęcia na temat udzielania pierwszej pomocy, we współpracy z opiekunem szkolnego koła PCK. W ostatnich latach uległ znacznej zmianie zakres i metody prowadzenia zajęć i szkoleń na ten temat, z położeniem akcentu na uczenie resuscytacji i innych sposobów postępowania w zagrożeniach życia, z wykorzystaniem odpowiednich programów edukacyjnych. Zajęcia prowadzą głównie przeszkoleni nauczyciele [52].

Uczestnictwo w pracach szkolnego zespołu promocji zdrowia

W szkołach, które należą do sieci szkół promujących zdrowie lub podejmują działania dla jej tworzenia we własnym zakresie, pielęgniarka szkolna powinna się zapoznać z koncepcją i zasadami tworzenia takiej szkoły. Powinna też być członkiem szkolnego zespołu promocji zdrowia i na co dzień współpracować ze szkolnym koordynatorem. Uczestnictwo w pracach takiego zespołu daje korzyści samej pielęgniarce: umożliwia integrację ze społecznością szkolną, udział w warsztatach i szkoleniach.

8.4.4. Edukacja osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych

W odniesieniu do edukacji zdrowotnej ludzi przewlekle chorych używa się różnych terminów: „edukacja chorych", „edukacja pacjentów", „edukacja medyczna" „edukacja terapeutyczna", „pedagogika zdrowotna". Jest ona ukierunkowana na specyficzne problemy i potrzeby edukacyjne osób chorujących na określoną chorobę i prowadzona przez lekarzy specjalistów, zespoły terapeutyczne lub edukacyjne. **Edukacja ta jest obecnie podstawowym elementem całościowego postępowania terapeutycznego**.

Edukację ludzi chorych i niepełnosprawnych należy postrzegać w kontekście promocji zdrowia. Osoby te, podobnie jak zdrowe, mogą dążyć do osiągnięcia maksimum swoich możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych. Mogą korzystać ze swego potencjału, wzmacniać go i uruchamiać różne sposoby kompensowania zaburzonych

[52] Obecnie programy edukacyjne, adresowane do uczniów szkół podstawowych i gimnazjów, z wykorzystaniem doświadczeń różnych krajów, są oferowane szkołom przez: Fundację Świat Dzieciom (we współpracy z Polską Radą Resuscytacji) – program „Serce na start" (fundacja@swiat-dzieciom.pl www.swiat-dzieciom.pl) oraz Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy – program „Ratujemy i uczymy ratować" (www.wosp.org.pl/uczymyratowac/).

funkcji. Do tej grupy ludzi odnoszą się wszystkie zasady promocji zdrowia – kształtowanie prozdrowotnego stylu życia, tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowiu, aktywność życiowa i zaangażowanie w działania na rzecz zdrowia. Promocja zdrowia jest „wehikułem umożliwiającym ludziom przewlekle chorym i niepełnosprawnym życie pełnią życia, [...] jest dla nich szansą, a nie koniecznością" (Ostrowska, 1999b). Dla tej grupy osób szczególnie potrzebna jest edukacja zdrowotna ukierunkowana na upodmiotowienie (s. 136) oraz na zwiększenie alfabetyzacji zdrowotnej (s. 110).

Zgromadzono wiele doświadczeń w prowadzeniu edukacji ludzi przewlekle chorych, zwłaszcza na cukrzycę, astmę oskrzelową, nadciśnienie tętnicze, padaczkę itd. Każda z tych chorób ma swoją specyfikę i odmienne potrzeby w zakresie edukacji.

Głównym celem edukacji osób przewlekle chorych jest udzielenie im pomocy w zrozumieniu choroby i uczeniu się sposobu życia z chorobą, który pozwala na wykorzystanie wszystkich potencjalnych możliwości i zasobów oraz odczuwanie satysfakcji z życia

Pacjenci powinni uzyskać odpowiednią wiedzę (przydatną dla danej osoby), postawy i różnorodne umiejętności, zależne od rodzaju choroby lub niepełnosprawności oraz sytuacji życiowej pacjenta. Podstawowymi umiejętnościami są **samoobserwacja**, **samokontrola** i **samoopieka**. Używa się także szerszego terminu – **samokierowanie** (ang. *self-management*), który oznacza, że pacjent „kieruje chorobą" w sposób sprzyjający dobremu samopoczuciu i zwiększa swoją zdolność do „optymalnego" życia z chorobą. Dla skutecznego samokierowania niezbędne są umiejętności:

- rozpoznawania objawów chorobowych i właściwego reagowania w razie ich wystąpienia;
- właściwego przyjmowania leków;
- postępowania w stanach zagrożenia (naglących);
- doboru sposobu żywienia i aktywności fizycznej;
- skutecznych relacji z pracownikami służby zdrowia;
- wykorzystania zasobów społeczności lokalnej;
- adaptacji do pracy;
- utrzymywania dobrych relacji z osobami znaczącymi;
- radzenia sobie i kierowania problemami psychologicznymi[53] związanymi z chorobą (Levin-Zamir, Peterburg, 2001).

Samokierowanie w chorobach przewlekłych jest uznawane za formę profilaktyki trzeciorzędowej, ukierunkowanej na redukcję negatywnych skutków chorób przewlekłych. W niektórych krajach (np. w Wielkiej Brytanii) docenia się znaczenie i potrzebę rozwijania u pacjentów umiejętności samokierowania, jako interwencji w obszarze zdrowia publicznego i elementu polityki zdrowotnej państwa. Zadaniem pracowników medycznych jest udzielenie choremu pomocy w wejściu w rolę „pacjenta-eksperta" i wspieranie go w tej roli (tzw. wspomagane samokierowanie – ang. *guided self-management*). Do takiej pracy z pacjentami lekarze i pielęgniarki powinni być odpowiednio przygotowywani (Kennedy, Gask, Rogers, 2005).

[53] Patrz także: J. Tatoń i in. (1996) *Edukacja zdrowotna jako metoda leczenia zaburzeń psychoemocjonalnych u chorych na cukrzycę*, „Polski Tygodnik Lekarski", nr 1–5, s. 46–49.

Odrębnym zagadnieniem jest edukacja zdrowotna osób niepełnosprawnych, tym szczególnie dzieci i młodzieży. Jednym z jej celów powinna być pomoc im w samoakceptacji kalectwa, a w zasadzie siebie mimo kalectwa (Barlak, 2000). Dotychczas jednak w pedagogice specjalnej i edukacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej edukacja zdrowotna uwzględniana jest w niewielkim stopniu.

Cele szczegółowe oraz zakres, formy i metody edukacji pacjentów zależą od rodzaju choroby, jej przebiegu, wieku chorych, ich statusu społecznego (w tym poziomu wykształcenia warunkującego możliwości uczenia się). W procesie edukacji należy także brać pod uwagę fazy adaptacji do choroby, przez które przechodzi pacjent, a w przypadku dziecka również jego rodzina. Najczęściej wyróżnia się cztery fazy tej adaptacji[54]:

1. **Szok** (wstrząs, odrętwienie, bunt) – bezpośrednio po rozpoznaniu choroby – chorzy kierują się emocjami, nie są w stanie racjonalnie myśleć o swojej chorobie, trudno im zrozumieć przekazywane informacje, mają trudności w koncentracji uwagi, a równocześnie muszą podejmować ważne decyzje związane z leczeniem. W tej fazie informacje należy ograniczyć do minimum.
2. **Kryzys emocjonalny** – chorzy obwiniają innych i los za zachorowanie, mogą mieć poczucie niesprawiedliwości, winy, złości, zagubienia, stany depresyjne. Niezbędna jest cierpliwość ze strony lekarza, rozpoznanie stanu psychicznego pacjenta. Działania powinny być ukierunkowane na redukcję napięcia i wsparcie emocjonalne.
3. **Pozorne przystosowanie się** – mechaniczne podporządkowanie się zaleceniom lekarzy i wykonywanie ich zaleceń (czasem „wadzenie się" z lekarzem, przyjmowanie każdej decyzji z rezerwą i krytycyzmem). W tej fazie niezbędne jest nawiązanie przez leczącego kontaktu emocjonalnego i budowanie porozumienia (partnerstwa) między chorym a lekarzem.
4. **Konstruktywne przystosowanie się** – mobilizacja, czynna akceptacja choroby, sprzyjająca edukacji. Chory jest zdolny do analizowania informacji otrzymywanych od terapeutów, możliwa jest sprawna wymiana informacji, dzięki samoobserwacji i kontroli zaczyna rozumieć chorobę, zdobywa doświadczenia i sam poszukuje informacji; na tym etapie edukacja jest najskuteczniejsza.

Najczęstszą formą edukacji pacjentów jest instruktaż i indywidualne poradnictwo. W wielu chorobach przewlekłych niezbędne jest uczestnictwo pacjentów w specjalnych programach edukacyjnych, obejmujących cykle zajęć (wykłady i warsztaty), w grupach kilkuosobowych lub w „szkołach dla chorych". Obecnie istnieje wiele publikacji prezentujących programy edukacyjne dla osób z różnymi chorobami przewlekłymi

[54] Informacje na temat reakcji na chorobę, radzenie sobie z nią, zachowania w roli chorego i pacjenta można znaleźć m.in. w książkach: B. Tobiasz-Adamczyk (2000); Ch.L. Sheridan, S.A. Radmacher (1998); I. Taranowicz (2002) *Rola społeczna chorego*, w: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, J. Barański, W. Piątkowski (red.), Wrocław, Oficyna Wydawnicza ATOT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 75–81.

i niepełnosprawnością oraz ocenę ich skuteczności. Edukacja jest coraz częściej prowadzona przez zespoły terapeutycznie lub odpowiednio przygotowane zespoły edukacyjne. Pacjenci mają dostęp do informacji na stronach internetowych towarzystw naukowych. Wysunięto propozycję powołania Towarzystwa Edukacji Terapeutycznej w Chorobach Przewlekłych oraz zawodu edukatora (Tatoń, Bernas, 2002). Często w szkoleniach uczestniczą członkowie rodzin (dotyczy to szczególnie dzieci i młodzieży). Niezbędna jest współpraca chorego, którą nie zawsze udaje się pozyskać. Omówienie wszystkich aspektów edukacji pacjentów przekracza ramy tej książki[55].

8.4.5. Szpital promujący zdrowie

Szpital promujący zdrowie (ang. *health promoting hospital*) jest projektem zainicjowanym w 1988 r. przez WHO. W 1992 r. powstała Europejska Sieć Szpitali Promujących Zdrowie oraz Polska Krajowa Sieć Szpitali Promujących Zdrowie, do której w 2006 r. należało 145 szpitali (największa sieć w Europie). Istnieje pięć sieci regionalnych. Sieci ułatwiają współpracę, wymianę doświadczeń i programów. W Polsce ośrodek koordynacyjny znajduje się obecnie w Zakładzie Zdrowia Publicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu Akademii Medycznej w Warszawie. Funkcję koordynatora, od początku utworzenia sieci, pełni Jerzy B. Karski.

Podstawowe założenia[56]

Szpital promujący zdrowie, poza pierwszoplanowym zadaniem udzielania świadczeń leczniczych na najwyższym poziomie, powinien stać się siedliskiem promującym zdrowie w samym szpitalu oraz na terenie objętym jego świadczeniami. Włączenie promocji zdrowia do działalności szpitala ma na celu:

- poprawę wizerunku szpitala jako instytucji służącej ludziom;
- poprawę warunków pracy pracowników szpitala;
- lepsze przystosowanie szpitala do zmieniających się wymagań wobec wzrastającej liczby osób starszych i przewlekle chorych;
- lepsze zintegrowanie szpitala z jego regionem (lepsza współpraca między placówkami udzielającymi świadczeń zdrowotnych i socjalnych);
- poprawę jakości świadczeń medycznych, pielęgnacyjnych i socjalnych;
- poprawę samopoczucia pacjentów i ich rodzin;
- poprawę satysfakcji z pracy pracowników szpitala;
- wzrost skuteczności i wydajności pracy szpitala (Karski, 2003, s. 222).

Szpitale należące do krajowej sieci w Polsce realizują programy własne oraz pięć zadań obligatoryjnych: 1) włączenie zespołu promocji zdrowia w struktury szpitala, 2) prowadzenie edukacji zdrowotnej, 3) podejmowanie działań na rzecz zdrowego

[55] Patrz np.: J. Tatoń (1996); J. Tatoń, J. Bernas (2002); R. Szczęch, T. Grodzicki, K. Narkiewicz (2001).

[56] Podstawowe zasady programu „Szpital promujący zdrowie" zostały sformułowane w dokumentach opracowanych w czasie kolejnych konferencji międzynarodowych, w tym zwłaszcza w „Deklaracji Budapeszteńskiej" (1991) oraz w „Rekomendacjach wiedeńskich" (1997) (Karski, 1999).

żywienia, 4) działalność antyalkoholowa i antynikotynowa, 5) współpraca ze środowiskiem lokalnym.

Kierunki działań w Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie określono w **pięciu standardach** (obejmujących łącznie 24 substandardy), wraz ze wskaźnikami do ich oceny[57]:

1. Szpital posiada na piśmie politykę w zakresie promocji zdrowia. Jest ona wdrażana jako część ogólnych działań dla poprawy jakości pracy i efektów zdrowotnych. Polityka ta dotyczy pacjentów, ich rodzin i pracowników.
2. Szpital stworzy warunki do dokonywania, przez pracowników medycznych we współpracy (partnerstwie) z pacjentami, systematycznej oceny potrzeb w zakresie promocji zdrowia.
3. Szpital udziela wszystkim pacjentom informacji dotyczących: czynników związanych z ich chorobą i warunkujących zdrowie oraz działań w zakresie promocji zdrowia.
4. Zarządzający szpitalem zapewnią warunki dla rozwoju szpitala, jako zdrowego miejsca pracy.
5. Szpital posiada zaplanowaną współpracę z innymi zakładami opieki zdrowotnej, instytucjami i sektorami (dla zintegrowania działań w zakresie promocji zdrowia).

W standardzie trzecim uwzględniono pięć substandardów:

Substandardy dotyczące promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej pacjentów w szpitalu

- Na podstawie oceny potrzeb w zakresie promocji zdrowia każdy pacjent otrzyma informacje o czynnikach wpływających na jego zdrowie oraz we współpracy (partnerstwie) z nim zostanie opracowany plan działań na rzecz jego zdrowia
- Pacjenci otrzymują jasną, zrozumiałą i odpowiednią dla nich informację o ich aktualnym stanie zdrowia, planowanym leczeniu i opiece oraz czynnikach wpływających na ich zdrowie
- Szpital oferuje systematyczne działania w zakresie promocji zdrowia dla wszystkich pacjentów, wynikające z oceny ich potrzeb
- Szpital dokumentuje i dokonuje ewaluacji działań w zakresie informowania pacjentów i promocji zdrowia, sprawdzając czy oczekiwane i planowane efekty są osiągane
- Szpital umożliwia pacjentom, pracownikom i odwiedzającym dostęp do ogólnych informacji dotyczących czynników determinujących zdrowie

Pytania/Zadania

1. Jakie są zadania lekarza rodzinnego w zakresie edukacji zdrowotnej i co ułatwia, a co utrudnia ich realizację?
2. Na czym polega uporządkowany system edukacji pacjentów?

[57] WHO EURO (2004) *Standards for Health Promoting Hospitals. Self-assessment tool for pilot implementation* (www.amwaw.edu.pl/hph).

3. Omów zadania pielęgniarki rodzinnej w edukacji zdrowotnej.
4. Scharakteryzuj trzy grupy zadań pielęgniarki szkolnej w edukacji zdrowotnej
5. Jakie są cele i formy edukacji osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych?
6. Na czym polega koncepcja szpitala promującego zdrowie i jego zadania w promocji zdrowia i edukacji pacjentów?

Literatura zalecana

Charzyńska-Gula M. (2002) *Edukacja zdrowotna rodziny. Poradnik dla pielęgniarki rodzinnej*, Lublin, Stowarzyszenie na Rzecz Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.

Karski J.B. (1999) *Szpital promujący zdrowie*, w: *Promocja zdrowia*, J.B. Karski (red.), Warszawa, Wydawnictwo IGNIS, s. 389–397.

Langlois J.P. (1998) *Edukacja zdrowotna pacjenta* (tłum. S. Chlabicz), w: *Medycyna rodzinna* P.D. Sloane, L.M. Slatt, P. Curtis (red.), wyd. I polskie, A. Steciwko (red.). Wrocław, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, s. 163–171.

Ostrowska A. (1999) *Promocja zdrowia ludzi chorych i niepełnosprawnych*, w: *Promocja zdrowia*, wyd. nowe, J.B. Karski (red.), Warszawa, Wydawnictwo IGNIS, s. 349–366.

Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej (2003), A. Oblacińska, W. Ostręga (red.), Warszawa, Instytut Matki i Dziecka Zakład Medycyny Szkolnej.

CZĘŚĆ II

Wybrane zagadnienia edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

pod redakcją *Barbary Woynarowskiej*

Wprowadzenie

Barbara Woynarowska

Zakres tematyczny edukacji zdrowotnej jest bardzo szeroki i zależy od okresu życia, środowiska i specyficznych potrzeb różnych grup ludzi. Omówienie wszystkich obszarów (bloków) tematycznych wymagałoby kilkutomowego wydawnictwa. W Części II książki skoncentrowano się na wybranych obszarach tematycznych edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (6–19 lat), uznając, że:

- Jest to duża grupa populacji (ponad 5,9 mln osób), której edukacja zdrowotna jest szczególnie potrzebna, gdyż:
  - w okresie tym kształtują się zachowania prozdrowotne, a także zachowania ryzykowne, które u części młodzieży, po fazie eksperymentowania, utrwalają się; decyduje to o tym, czy młodzi ludzie wnoszą w dorosłe życie zasoby, czy ryzyko dla zdrowia własnego i innych ludzi;
  - wiedza, postawy i umiejętności dbania o zdrowie mogą sprzyjać dobremu samopoczuciu, dokonywaniu właściwych wyborów, radzeniu sobie z zadaniami rozwojowymi, szczególnie w okresie dorastania;
- Najliczniejszą grupą czytelników książki będą zapewne nauczyciele, pedagodzy, pielęgniarki szkolne i inne osoby pracujące lub przygotowujące się (studenci) do pracy z dziećmi i młodzieżą;
- Autorami poszczególnych rozdziałów są osoby o bogatym doświadczeniu i dorobku w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży oraz prowadzące różne formy kształcenia w tym zakresie studentów, nauczycieli, pedagogów, psychologów i pielęgniarek szkolnych.

W wyborze prezentowanych obszarów tematycznych oraz zagadnień szczegółowych brano pod uwagę różne kryteria:

- specyfikę rozwoju (fizycznego, psychicznego, społecznego, seksualnego) w młodszym wieku szkolnym i okresie dojrzewania – edukacja zdrowotna powinna pomóc dzieciom i młodzieży w realizacji aktualnych dla danego okresu zadań rozwojowych i przygotować się do zmian jakie nastąpią w kolejnym okresie rozwoju;
- problemy zdrowotne najczęściej występujące w tych okresach życia – edukacja zdrowotna może odgrywać ważną rolę w zapobieganiu wielu chorobom i zaburzeniom, ich leczeniu i rehabilitacji, jest ważnym elementem wszystkich trzech faz profilaktyki (s. 127);

- niedostatki zachowań prozdrowotnych i częstość zachowań ryzykownych dla zdrowia zwiększającą się z wiekiem – jednym z podstawowych celów edukacji zdrowotnej jest pomoc młodym ludziom w ukształtowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu;
- cele i treści podstawy programowej ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna".

Omówione dalej obszary tematyczne edukacji zdrowotnej są pewną propozycją, przygotowaną przez profesjonalistów (lekarza, pedagogów i psychologów), którzy uznali je za szczególnie ważne. Należy jednak wyraźnie podkreślić, że ich wybór i realizacja powinny być **dostosowane do potrzeb danej grupy dzieci i młodzieży**. Wielu autorów podkreśla, że dorośli i dzieci odmiennie postrzegają świat, co innego uważają za przydatne i normalne. Na przykład: palenie tytoniu ma inne znaczenie dla dorosłych i dzieci (postrzegają one palenie głównie jako sposób na negocjowanie swojego statusu w grupie społecznej). Zdaniem B. Fatygi i J. Sierosławskiego (1999, s. 93) „nie można pomóc młodym ludziom w poradzeniu sobie z narkotykami, podobnie jak i z innymi problemami, bez podjęcia trudu spojrzenia na nie z ich perspektywy", bez podjęcia z nimi rzeczowej dyskusji na płaszczyźnie partnerskiej, bez poznania i zrozumienia ich postaw wobec narkotyków. Z tego powodu dorośli prowadzący edukację zdrowotną powinni starać się **zrozumieć potrzeby, motywację i intencje młodych ludzi i dopiero na tej podstawie budować programy edukacyjne**. Warunkiem ich skuteczności jest większa autonomia i pełnienie przez dzieci i młodzież aktywnej roli w kształtowaniu swego społecznego świata (Rugkäsa i in., 2001). Na potrzebę rzeczywistego uczestnictwa dzieci i młodzieży w planowaniu i realizacji programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia zwrócono uwagę w wielu miejscach książki.

Część II książki zawiera siedem rozdziałów. Trzy pierwsze dotyczą zagadnień zdrowia fizycznego: dbałość o ciało, zdrowe żywienie i aktywność fizyczna, bezpieczeństwo i zapobieganie urazom. Rozdział 4 jest poświęcony wybranym zagadnieniom seksualności człowieka i łączy elementy rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz seksualnego. Najobszerniejszy rozdział 5 przedstawia wybrane zagadnienia zdrowia psychicznego: zdrowie i dobrostan psychiczny, emocje i stres, optymizm, poczucie tożsamości i własnej wartości, umiejętności życiowe, chorzy psychicznie w społeczeństwie. Dwa ostatnie rozdziały są poświęcone zapobieganiu zachowaniom ryzykownym dla zdrowia własnego i innych ludzi – używaniu substancji psychoaktywnych, przemocy i agresji.

Propozycje dotyczące edukacji zdrowotnej starano się przedstawić w szerokim kontekście. **Przyjęto zasadę całościowego podejścia do uczenia się i nauczania**, zwracając uwagę na różnorodne czynniki warunkujące jego skuteczność, zwłaszcza w szkolnej edukacji zdrowotnej.

Każdy z rozdziałów zawiera dwie grupy treści:

- **podstawowe informacje** dotyczące omawianych zagadnień: np. definicje, koncepcje, dane statystyczne, itd., z odwoływaniem się do najnowszych pozycji literatury. Informacje te mogą być przydatne do planowania zajęć, odpowiadania na pytania ich uczestników, poszukiwania dalszych informacji;

- **propozycje zajęć**, w których określono temat, uczestników, cele i przebieg zajęć (kolejne kroki), wskazówki metodyczne, a także, w wielu propozycjach, zamieszczono arkusze robocze dla uczestników. Propozycje te nie wyczerpują wszystkich tematów w danym obszarze tematycznym lub zagadnieniu, lecz stanowią przykład podejścia do danego tematu, metodyki prowadzenia zajęć, konstruowania scenariuszy zajęć itd. Propozycje te mogą stanowić inspirację dla prowadzących zajęcia, mogą być przez nich modyfikowane i uzupełniane.

Aby ułatwić korzystanie z książki, starano się „upodobnić" sposób zapisu poszczególnych rozdziałów, choć nie zawsze się to w pełni udało. Pewne odrębności wynikają z różnorodności tematycznej, a także doświadczeń, podejścia oraz stylu pisania każdego z autorów. Jako redaktor tej części książki postrzegam te odrębności jako jej zaletę. Niektóre zagadnienia (np. poczucie własnej wartości, zachowania ryzykowne, umiejętność podejmowania decyzji, oceny ryzyka) są omawiane w różnych rozdziałach, w różnych aspektach. Wskazuje to na istnienie powiązań między wszystkimi obszarami edukacji zdrowotnej, wynikających z holistycznego podejścia do zdrowia.

ROZDZIAŁ 1

Dbałość o ciało

Barbara Woynarowska

Dbałość (troska) o ciało jest jednym z warunków utrzymania i doskonalenia zdrowia. „Szacunek, postawy i zachowania w stosunku do własnego ciała mają związek ze zdrowiem [...], świadomość zdrowia opiera się na świadomości ciała" (Weiss, 1996). Zdrowie „stanowi podstawę wszelkich działań wychowawczych na rzecz ciała" (Krawański, 2003, s. 188). Zdaniem Józefa Tischnera człowiek ma obowiązek troszczyć się o ciało. „Jest ono dla niego wielką wartością, ponieważ jest narzędziem myślenia, kochania, modlitwy. Człowiek [...] nie może zapominać o elementarnych potrzebach własnego ciała. Oddajcie ciału to, co mu się należy. Nie mniej, nie więcej"[1].

Dbałość o ciało jest obszarem tematycznym tradycyjnie wymienianym jako pierwszy w zestawie treści edukacji zdrowotnej. W początkach edukacji zdrowotnej higiena ciała i najbliższego otoczenia była dominującym tematem. Była to „propaganda higieny w szkole", „szczepienie" lub „krzewienie" zasad higieny metodą „poglądową", polegającą „na bezpośrednim oddziaływaniu szkoły w kierunku higienicznym, za pośrednictwem całokształtu urządzeń i życia szkolnego [...] i drogą teoretyczną – nauczanie zasad higieny za pomocą odpowiednich wykładów i pogadanek" (Szmurło, 1921, s. 723–727). To higieniczne podejście, kontynuowane co najmniej do lat 70. XX w., było uwarunkowane następującymi przyczynami:

- głównym problemem zdrowotnym były choroby zakaźne;
- stan sanitarny mieszkań, szkół i innych obiektów publicznych stwarzał wiele zagrożeń dla zdrowia;
- macierzami edukacji zdrowotnej były higiena szkolna i wychowanie fizyczne, które koncentrowały się głównie na „wychowaniu ciała" (Demel, 1968).

1.1. Postrzeganie i dbałość o ciało we współczesnym świecie

Podejście do dbałości o ciało jest uwarunkowane czynnikami kulturowymi i społecznymi i ulegało zmianom w różnych okresach historii[2]. We współczesnym świecie

[1] J. Tischner (1995) *Jak żyć*? Wrocław, Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, s. 76.

[2] Zmiany te omówiono m.in. w książce: P. Błajet (2006) *Ciało jako kategoria w pedagogice: w poszukiwaniu integralnego modelu edukacji*, Toruń, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; patrz też: A. Krawański (2003).

dbałość o ciało odbywa się w nowym, społeczno-kulturowym kontekście. Na rolę tego kontekstu zwraca uwagę M. Demel (2002, s. 15) pisząc o procesie „uczłowieczania ciała", czyli „dostosowywania jego funkcji i kształtu do norm społeczno-kulturowych, m.in. do aktualnych kanonów estetycznych".

We współczesnych społeczeństwach konsumpcji, pod silnym wpływem kultury popularnej, ciało (jego wymiar biologiczny i fizjologiczny) zostało „uwikłane" w nowe, złożone zjawiska[3]. Należą do nich m.in. odmienne dostosowywanie ciała do wymogów płci kulturowej[4] i indywidualizacja ciała – trzeci etap w procesie „cywilizowania ciała"[5]. „Ciała zindywidualizowane są w dużym stopniu świadome same siebie i postrzegają siebie jako zasadniczo różne od innych ciał. Zapach, smak, typy zachowań stają się bardziej sprawą indywidualnego wyboru i stylu niż elementem łączącym z innymi. Świadomość własnego ciała prowadzi do zwiększenia poziomu jego kontroli [...]. Zwiększona kontrola dotyczy przede wszystkim kobiet" (Buczkowski, 2005, s. 71). Indywidualizacja ciała doprowadziła do uznania go jako kategorii „zadanej", którą trzeba kształtować i zmieniać. Z kolei Z. Bauman (1995, s. 94) zwraca uwagę, że „ciało jest dziś, w sposób nie podlegający dyskusji, własnością prywatną. Jego kultywowanie, jak uprawa ogródka działkowego, jest sprawą właściciela. Nie ma kogo, poza właścicielem ganić, jeśli ogród porośnie chwastami, gleby nie użyźni się jak trzeba, a w konewce wody zabraknie".

Ciało należy także postrzegać w kontekście ekonomicznym. Świadomość własnego ciała, „odczytywanie" jego sygnałów, rozpoznawanie i zaspokajanie jego potrzeb są zależne od statusu ekonomicznego i w niekorzystnej sytuacji są osoby z grup o niskim statusie materialnym.

Zmianom w postrzeganiu ciała, jako fenomenu społecznego, towarzyszy wiele nowych zjawisk i zachowań ludzi. Dotyczy to m.in.: ubioru („opakowania ciała"), zmiany ideału piękna ciała, któremu towarzyszy upiększanie (np. poddawanie się operacjom plastycznym[6]), estetyzowanie ciała (Barański, 2005), kosmetyzowanie (używanie coraz to nowych kosmetyków na różne części ciała), kontrolowanie masy

[3] Interesujący opis tych zjawisk można znaleźć m.in. w książkach: Z. Bauman (1995); A. Buczkowski (2005); *Ciało...*, 1996; patrz też: *healthism* (s. 74).

[4] Płeć biologiczna (ang. *sex*) – kobieta i mężczyzna – odnosi się do tożsamości biologicznej i płciowości, która determinuje orientację i preferencje płciowe oraz zachowania seksualne jednostki. Płeć kulturowa (ang. *gender*) – kobiecość i męskość, dotyczy społecznych, kulturowych i psychologicznych aspektów, nadbudowanych nad biologiczną tożsamością płciową (Buczkowski, 2005, s. 37).

[5] Koncepcja cywilizowania ciała, czyli procesu polegającego na wpływach przemian społeczno-historycznych na kształt cielesności i związanych z nim znaczeń wprowadzona została przez N. Eliasa (1980). W pierwszym etapie, zwanym socjalizowaniem ciała – ciało i jego wartość postrzegano w zależności od pozycji społecznej danej jednostki, drugi etap to racjonalizacja – przejmowanie przez człowieka kontroli (autokontroli) nad ciałem, poszczególnymi jego częściami oraz jego medykalizacja. Trzeci etap Shilling (1996) określił terminem indywidualizacja ciała (za: Buczkowski, 2005).

[6] Istnieje medycyna estetyczna, a także medycyna piękności: M. Noszczyk, B. Noszczyk (1999) *Medycyna piękności*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

ciała (u kobiet stosowanie diet odchudzających, wspomagane ćwiczeniami fizycznymi w celu uzyskania szczupłej sylwetki, u mężczyzn budowanie masy mięśniowej przez uprawianie kulturystyki). Towarzyszy temu rozwój usług i ogromna podaż i intensywna reklama różnorodnych produktów służących pielęgnacji, upiększaniu i wzmacnianiu ciała. Ustanowiono „Międzynarodowy Dzień Urody" (9 września). Wiele tych nowych zjawisk i zachowań może sprzyjać trosce o zdrowie, ale także stanowić dla niego zagrożenia.

1.2. Uczenie się dbania o ciało w dzieciństwie i młodości

Opisane wcześniej społeczno-kulturowe uwarunkowania dbania o ciało, moda oraz zachowania ludzi dorosłych wpływają także na stosunek dzieci i młodzieży do własnego ciała i podejmowanie różnorodnych praktyk z nim związanych. Na przykład: nieuzasadnione odchudzanie się młodych dziewcząt bez nadwagi, przyjmowanie odżywek, steroidów anabolicznych i uprawianie kulturystyki przez nastoletnich chłopców, „kuse", odsłaniające brzuch i okolicę lędźwiową bluzki dziewcząt, nienoszenie przez nie ciepłej bielizny (narażenie na oziębienie okolic nerek i narządów miednicy małej), przekłuwanie i tatuaże (zwykle jako sposób wyrażenia swojej indywidualności).

Wydaje się, że wzrost zainteresowania młodzieży własnym ciałem może ułatwiać edukację zdrowotną. Należy uwzględnić w niej następujące zagadnienia:

- Utrzymywanie w czystości i pielęgnacja skóry, włosów, paznokci, zębów; dobór ubioru i obuwia; dbałość o czystość, porządek i estetykę najbliższego otoczenia. Ten tradycyjny zestaw tematyczny, dostosowany do etapu rozwoju dziecka, nadal jest niezbędny. U starszych dziewcząt ważna jest kwestia używania bezpiecznych kosmetyków – zawarte w nich różne substancje chemiczne mogą powodować różnorodne objawy (reakcje alergiczne, zaburzenia barwnikowe, reakcje ogólnoustrojowe). Należy przestrzegać dziewczęta przed zakupem tanich kosmetyków, nieznanego pochodzenia, np. na ulicach i bazarach;
- Samokontrola masy ciała, pielęgnacja i samobadanie piersi u dziewcząt, samobadanie jąder u chłopców;
- Odpowiedni czas trwania i warunki snu;
- Ochrona przed niekorzystnymi czynnikami środowiskowymi, w tym szczególnie przed nadmiernym nasłonecznieniem i hałasem.

Istnieje jeszcze wiele innych zagadnień, które wiążą się z dbałością o ciało. Należą do nich przede wszystkim odpowiedni sposób odżywiania się i aktywność fizyczna (rozdz. 2). Powinny one zaspokajać potrzeby biologiczne i psychospołeczne w różnych okresach rozwoju. Problemem znacznej części populacji jest coraz większe odciążenie ciała, ograniczanie czynności wymagających ruchu, wysiłku, dominacja zajęć sedenteryjnych. Uczenie się samooceny aktywności, sprawności i wydolności fizycznej oraz postawy ciała jest domeną wychowania fizycznego. Jego nowoczesna koncepcja

zakłada, że jego celem jest „kształtowanie osobowości zdolnej i gotowej do całożyciowej dbałości o ciało [...] i postaw prosomatycznych", co oznacza „trwałość dyspozycji do zachowań, u podłoża których leży pozytywny stosunek do potrzeb higieniczno-zdrowotnych, rozwojowo-sprawnościowych i estetyczno-hedonistycznych własnego ciała" (Grabowski, 1997, s. 54)[7].

1.3. Wybrane zagadnienia i propozycje zajęć

1.3.1. Dbałość o zęby

Zdrowie i czyste zęby sprzyjają dobremu samopoczuciu, dodają nam wdzięku, możemy się uśmiechać „od ucha do ucha", dobrze gryźć i żuć pokarmy. Dbając o zęby unikamy ich bólu, wydawania pieniędzy na leczenie próchnicy i chorób przyzębia, które są najczęstszym problemem zdrowotnym dzieci i młodzieży

Największym zagrożeniem dla zdrowia jamy ustnej jest próchnica zębów, która jest najczęstszym zaburzeniem u dzieci i młodzieży – występuje już u połowy dzieci 3-letnich, 85% dzieci 6- i 12-letnich; przeciętny 18-latek ma 8 zębów (1/4 uzębienia) dotkniętych próchnicą. Częstość występowania i intensywność próchnicy w Polsce nadal są większe niż krajach Europy zachodniej, zwłaszcza w Skandynawii.

Etiologia próchnicy zębów i chorób przyzębia

Próchnica jest chorobą bakteryjną wywołaną przez bakterie kwasotwórcze, które dostają się do jamy ustnej już w pierwszych tygodniach życia i są stale w niej obecne. Z węglowodanów, znajdujących się w spożywanych pokarmach, bakterie wytwarzają kwasy, tworząc na powierzchni szkliwa tzw. **płytkę nazębną**. Pod wpływem działania kwasów dochodzi do demineralizacji szkliwa, co zapoczątkowuje powstawanie ubytku próchnicowego. Proces ten może być odwracalny lub zahamowany przez działanie śliny i zawartych w niej składników mineralnych (fluor, wapń, fosfor), które sprzyjają remineralizacji szkliwa, czyli „naprawie" ubytku. Odczyn kwaśny utrzymuje się w jamie ustnej przez około 30 min po każdym posiłku.

Przyczyną chorób przyzębia jest również płytka nazębna. Zawarte w niej enzymy i produkty metabolizmu bakterii powodują stan zapalny dziąseł (pierwszym objawem jest ich krwawienie), który może przejść w stan przewlekły, prowadzący do utraty przyczepności i rozchwiania zęba.

[7] Koncepcję wychowania fizycznego, ukierunkowanego na kształtowanie osobowości dbającej o ciało, omówiono w monografii A. Krawańskiego (2003).

Zasady dbałości o zęby

Dbałość o zęby wiąże się przede wszystkim z zapobieganiem ich próchnicy. W wielu krajach, dzięki konsekwentnej profilaktyce, u dzieci w niektórych grupach wieku, choroba ta nie występuje, wielu ludzi powyżej 30 r.ż. nie ma ubytków próchnicowych, ani ich wypełnień, a ludzie zachowują zęby do końca życia. Nie ma jednak pojedynczej, skutecznej metody zapobiegania próchnicy zębów. Niezbędne jest równoczesne stosowanie następujących metod:

- **Utrzymywanie higieny jamy ustnej** w celu niedopuszczenia do tworzenia się płytki nazębnej i/lub szybkie i dokładne jej usuwanie przez:
  - szczotkowanie (czyszczenie) zębów pastą z fluorem – optymalnie po każdym posiłku, a co najmniej 2 razy dziennie. Szczotka do zębów powinna być dobrej jakości, dla dzieci starszych i młodzieży z włóknami średnio twardymi (*medium*), z dość krótką główką (łatwość ruchów w jamie ustnej). Należy ją zmieniać przeciętnie co 3 miesiące. Szczotkować należy trzy powierzchnie zębów (zewnętrzne, wewnętrzne i żujące), małymi, powtarzanymi ruchami, przez 2–3 min, koncentrując się na wykonywaniu tej czynności;
  - staranne płukanie jamy ustnej ciepłą wodą przed (usunięcie resztek pokarmów) i po szczotkowaniu;
  - używanie nici dentystycznych (ang. *dental floss*) w celu oczyszczenia mechanicznego przestrzeni międzyzębowych, których nie można oczyścić szczotką do zębów.
- **Racjonalne żywienie**:
  - zmniejszenie częstotliwości próchnicowego działania pokarmów, przez: ograniczanie pojadania między posiłkami, zmniejszenie częstości spożywania słodyczy (łatwo dostępny substrat dla bakterii), soków owocowych i owoców, zwłaszcza cytrusowych (zawarte w nich kwasy działają na szkliwo zębów) oraz innych słodkich napojów;
  - spożywanie twardych, gruboziarnistych produktów sprzyjających intensywnemu wydzielaniu śliny;
  - dostarczanie składników niezbędnych do budowy i rozwoju tkanek nie wyrzniętych jeszcze zębów stałych: soli mineralnych (fluoru, wapnia, fosforu, magnezu) i witamin (A, D i C).
- **Uzupełnianie związków fluoru**, który zwiększa odporność szkliwa na działanie kwasów. Obecnie międzynarodowe i krajowe towarzystwa stomatologiczne uznały, że najskuteczniejsze jest **stosowanie fluoru powierzchniowo** (egzogenne) w postaci past do zębów oraz u dzieci i młodzieży – nadzorowane szczotkowanie zębów preparatami fluoru (tzw. fluoryzacja). Zrezygnowano zatem z doustnego (endogennego) uzupełniania związków fluoru, tzn. dodawania ich do wody pitnej (na terenach, gdzie brak jest w wodzie fluoru lub są jego śladowe ilości) lub do niektórych produktów (np. soli, mleka) oraz podawania dzieciom kropli lub tabletek z fluorem.
- **Okresowe badania profilaktyczne u lekarza dentysty** – u dzieci młodszych co 3 miesiące, u dzieci starszych i dorosłych co 6 miesięcy. Celem badania jest sprawdzenie, czy nie ma ubytków próchnicowych, chorób przyzębia i wczesne ich leczenie oraz oczyszczanie zębów z kamienia nazębnego. Aby zabezpieczyć zęby

przed próchnicą, stosuje się lakierowanie powierzchni koron zębów oraz lakowanie bruzd i zagłębień na żujących powierzchniach zębów przez lekarza dentystę.

Dlaczego niezbędna jest edukacja dzieci i młodzieży?

Uczenie dziecka, jak dbać o zęby, należy rozpocząć już w 2 r.ż. Potrzebę intensyfikacji tej edukacji w wieku szkolnym uzasadniają następujące fakty:

– w wieku 6–18 lat wyrzynają się zęby stałe, których tkanki twarde (szkliwo i zębina) są słabo mineralizowane i bardziej podatne na próchnicę, przez okres około 3 lat po wyrznięciu;

– w okresie dojrzewania zwiększa się częstość zapaleń dziąseł (prawdopodobny efekt zmian hormonalnych);

– w dzieciństwie i młodości kształtują się zachowania zdrowotne, które są kontynuowane w życiu dorosłym i trudno poddają się korekcie; zachowania zdrowotne młodzieży w zakresie higieny jamy ustnej budzą wiele zastrzeżeń; w 2002 r., w reprezentatywnej grupie nastolatków (w wieku 11, 13 i 15 lat) w Polsce: czyściło zęby częściej niż 1 raz dziennie tylko 52% chłopców i 75% dziewcząt; 79% młodzieży miało co najmniej jedno z czterech zachowań ryzykownych dla zdrowia jamy ustnej (rzadkie czyszczenie zębów, częste spożywanie słodyczy i słodkich napojów oraz palenie tytoniu) (Komosińska, Woynarowska, 2004);

– w okresie dojrzewania zwiększa się zainteresowanie młodzieży własnym wyglądem – nastolatki chcą się podobać, mieć przyjemny uśmiech i zapach z ust, co zwiększa motywację do troski o zęby;

– w Polsce znacznie pogorszyła się opieka stomatologiczna nad dziećmi i młodzieżą, często koszty tej opieki ponoszą rodziny, co stwarza szczególnie niekorzystną sytuację dla dzieci i młodzieży pochodzącej z rodzin ubogich.

Propozycje zajęć

U dzieci w wieku 6–10 lat należy położyć nacisk na kształtowanie umiejętności czyszczenia zębów i systematyczność wykonywania tych czynności oraz ograniczenie pojadania między posiłkami i spożywania słodyczy. Niezbędne jest włączenie rodziców. W szkołach, gdzie jest to możliwe, dzieci powinny mieć możliwość pozostawiania w szkole kubków ze szczotką i pastą do zębów oraz czyszczenia zębów po drugim śniadaniu lub obiedzie. Od 1997 r. jest realizowany w Polsce, w drugich klasach szkół podstawowych, program edukacyjny „Radosny Uśmiech – Radosna Przyszłość", przygotowany przez producentów środków do higieny jamy ustnej[8].

[8] W r.szk. 2004/2005 uczestniczyło w nim ponad 348 tys. uczniów – dane Głównego Inspektoratu Sanitarnego (www.gis.gov.pl). Patrz też: E. Dybiżbańska (2005) *Skuteczność stomatologicznej edukacji prowadzonej na podstawie doświadczeń międzynarodowych*, „Nowa Stomatologia", nr 3, s. 139–142.

U młodzieży należy uwzględnić diagnozę własnych zachowań związanych ze zdrowiem jamy ustnej i planowanie, na tej podstawie, ich modyfikacji oraz eksponować związek między dbaniem o zęby a wyglądem i samopoczuciem. Dla niektórych młodych ludzi zęby mogą być sprawą drażliwą i wstydliwą, zwłaszcza gdy są zaniedbane. Należy im stworzyć możliwość rozmów indywidualnych, np. z pielęgniarką szkolną. Dalej podano przykład scenariusza zajęć dla młodzieży, opracowanego według schematu podanego na s. 149.

Temat zajęć: „Jak dbać o zdrowie zębów?"	
Zadania (cele szczegółowe)	**Pomoce**
1. Uświadomić młodzieży jak oni sami dbają o swoje zęby i co mogą poprawić 2. Uzupełnić (skorygować) wiedzę o próchnicy zębów i chorobach przyzębia oraz metodach zapobiegania im	1. Arkusz nr 1 „Sprawdź jak dbasz o swoje zęby" dla każdego ucznia 2. Zestaw do czyszczenia zębów do demonstracji (kubek, szczotka, pasta do zębów, nici dentystyczne) 3. Arkusze papieru, flamastry
	Czas trwania zajęć – 90 min
Oczekiwane efekty: Uczniowie dokonają samooceny zachowań związanych z troską o zdrowie jamy ustnej i zaplanują własne działania dla skorygowania dotychczasowych niedostatków	
Opis przebiegu zajęć	
1. Poproś, aby uczniowie postawili sobie „stopień", w skali od 2 do 5, za to jak dotychczas dbają o swoje zęby i zapisali ten stopień na kartce (dla siebie). 2. Daj każdemu arkusz nr 1 „Sprawdź jak dbasz o swoje zęby" i poproś, aby wypełnili jego część górną „Test". Zapytaj, kto uzyskał 10 i 9 punktów. Pogratuluj tym osobom. 3. Podziel uczniów na 5 zespołów od A do E i przydziel każdemu pytania z testu: zespół A – pyt. 1 i 2; B – pyt. 3 i 4; C – pyt. 5, 6 i 7; D – pyt. 8 i 9, E – pyt. 10. Poproś, aby je przedyskutowali i znaleźli argumenty uzasadniające czynności (działania) wymienione w każdym pytaniu. Daj każdemu zespołowi arkusz papieru i flamaster i poproś, aby wyniki swojej pracy zapisali na plakacie (w sposób czytelny i przejrzysty). 4. Poproś, aby każdy zespół przedstawił wyniki swojej pracy całej grupie. Przy omawianiu poszczególnych zagadnień proś innych uczniów o uzupełnienie, komentarz. W razie potrzeby koryguj informacje, podawaj dodatkowe wyjaśnienia (w tym także wykorzystując zestaw do czyszczenia zębów i inne pomoce). 5. Po zakończeniu prezentacji poproś, aby uczniowie ponownie postawili sobie „stopień" za dbałość o zęby i porównali go ze „stopniem" z początku zajęć. Zapytaj, kto podwyższył ten stopień, a kto go obniżył. 6. Poproś, aby uczniowie wypełnili dolną część arkusza „Mój plan" i zabrali go ze sobą do domu. Zachęć, aby arkusz ten wywiesili w domu w widocznym dla siebie miejscu i po ustalonym okresie sprawdzili czy zrealizowali swój plan. 7. Ewaluacja zajęć. Poproś uczniów, aby na kartkach (anonimowych) ocenili przydatność zajęć dla nich samych w skali 1–5 i napisali, co nowego nauczyli się. Jeśli atmosfera zajęć będzie temu sprzyjała, zapytaj uczniów o ich plany, a także o to, czego chcieliby dowiedzieć się więcej o zdrowiu jamy ustnej.	
Uwagi! Dla niektórych osób (np. ze złym stanem uzębienia) zajęcia mogą być krępujące. Należy stworzyć warunki i atmosferę umożliwiającą im swobodne zachowanie i prywatność.	

– 46% dziewcząt uważało, że są „trochę za grube", a 11% „zdecydowanie za grube", podczas gdy tylko u 6% występowała nadwaga lub otyłość;

– 24% dziewcząt bez nadwagi stosowało diety lub podejmowało inne działania w celu odchudzenia się, w tym także dziewczęta z niedoborem masy ciała.

W ostatniej dekadzie odsetek odchudzających się dziewcząt 15-letnich w Polsce systematycznie się zwiększał (1994 – 16%, 1998 – 21%, 2002 – 25%, 2006 – 27%). Odsetek ten u dziewcząt w wieku 11, 13 i 15 lat jest większy niż średni odsetek odchudzających się w „starych" i „nowych" krajach Unii Europejskiej (Woynarowska, 2005).

W okresie dojrzewania u dziewcząt zjawiskiem fizjologicznym są zwiększone przyrosty masy ciała, zwłaszcza po pierwszej miesiączce. Tkanka tłuszczowa pełni wiele ważnych funkcji w organizmie i odpowiednia jej ilość w tej fazie życia zabezpiecza m.in. prawidłowy rozwój układu rozrodczego. Nieuzasadnione odchudzanie się dziewcząt, stosowanie diet eliminacyjnych może powodować niedobory pokarmowe (zwłaszcza witamin i składników mineralnych, w tym żelaza) oraz zaburzenia wzrastania i dojrzewania. Dziewczęta mogą odczuwać rozdrażnienie, trudności w koncentracji uwagi, trudności w zasypianiu. Zwiększa się ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych – *anorexia nervosa* i *bulimia nervosa*[10]. Z tego powodu nieuzasadnione odchudzanie się dziewcząt (bez nadwagi) należy uznać za zachowanie ryzykowne dla zdrowia i należy to im uświadamiać.

Podejmowanie przez chłopców działań w celu zwiększenia masy mięśniowej

We współczesnym świecie ideałem męskości, lansowanym przez media, jest harmonijnie zbudowane i umięśnione ciało. Kojarzy się ono, nie jak w minionych dekadach z wizerunkiem Tarzana, z ciężką pracą fizyczną i niskim statusem społecznym, lecz z atrakcyjnością, żywotnością, sprawnością, dowcipem, bystrością umysłu, pewnością siebie, władzą, sukcesem itd. Lansowanie wzorców muskularnego ciała ma również wpływ na zachowania dorastających chłopców. Wyraża się to m.in. w:

– uprawianiu kulturystyki;

– stosowaniu odżywek (suplementów diet) zawierających różnorodne substancje (np. aminokwasy, karnitynę, chrom, cholinę). Są one w Polsce łatwo dostępne (w aptekach, sklepach ze zdrową żywnością, specjalnych punktach sprzedaży odżywek w supermarketach, u trenerów, w Internecie). Większość z nich nie została przez producentów dokładnie zbadana i należy je traktować za potencjalnie szkodliwe dla zdrowia[11];

[10] W Internecie są strony i blogi lub fora dyskusyjne, na których nastolatki wspierają się, aby wytrwać w diecie, głodówkach, a także strony propagujące anoreksję i bulimię, do najczęściej odwiedzanych należą: www.pro_ana.gsi.pl/nav,; www.porcelanowe.lap.pl/site/newsy.php

[11] Informacje o odżywkach, a także steroidach oraz fora dyskusyjne znajdują się na wielu stronach www.kulturystyka.org.pl; www.kulturystyka.g3.pl). Informacje o odżywkach i suplementach diet znajdują się także w czasopismach: „Kulturystyka", „Fitness", „Flex".

– przyjmowaniu steroidów anabolicznych – w 2005 r., w reprezentatywnej grupie uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych, przyjmowało te środki kiedykolwiek w życiu 7,6%, a w ostatnich 12 miesiącach 4,5% chłopców (Sierosławski, 2005). Leki te wpływają na wszystkie układy organizmu. Nieodwracalnym efektem ich działania jest zamknięcie stref wzrostowych kości długich, co powoduje wczesne zakończenie wzrastania, czego efektem jest niski wzrost.

Chłopcom należy przekazywać jednoznaczny komunikat, że wszelkie metody „sztucznego" stymulowania rozwoju masy mięśniowej mogą zagrażać ich zdrowiu i rozwojowi.

Propozycje zajęć

Temat zajęć: **„Jak ocenić prawidłowość swojej masy ciała?"**

Uczestnicy: młodzież w wieku 10–19 lat.

Cel: uczenie się oceny prawidłowości własnej masy ciała.

Przebieg zajęć:

- Zachęć uczestników, aby przed zajęciami zmierzyli swoją wysokość ciała (bez obuwia) i zważyli się (na wytarowanej wadze, tylko w bieliźnie).
- Poproś, aby dokonali samooceny własnej masy ciała i zapisali na kartce, czy ich zdaniem w stosunku do wzrostu ich masa ciała jest: prawidłowa, zdecydowanie za duża, za duża, za mała, zdecydowanie za mała.
- Poproś, aby wyliczyli wskaźnik masy ciała – BMI (ang. *Body Mass Index*), który jest uważany za najlepszą metodę oceny prawidłowości masy ciała, według następującego wzoru:

$$\text{BMI} = \frac{\text{masa ciała w kg}}{(\text{wysokość ciała w m})^2} \qquad \text{przykład: BMI} = \frac{49{,}5\ \text{kg}}{(1{,}58\ \text{kg})^2} = 19{,}8$$

- Wyjaśnij, że zgodnie z zaleceniami WHO, u dorosłych przyjmuje się następującą interpretację wartości wskaźnika BMI: poniżej 19,0 – niedobór masy ciała; 19,0–25,0 – prawidłowa masa ciała; 25,1–29,9 nadwaga; 30,0 i powyżej – otyłość. U dzieci i młodzieży wartości BMI są zależne od wieku i płci (tab. 1.1). Poproś, aby porównali wartość tego wskaźnika z „normą" dla ich wieku i płci (zapisz te dane na tablicy).
- Zachęć, aby porównali ten wynik z wcześniej dokonaną samooceną i przedyskutowali w parach ewentualne różnice i ich przyczyny.
- Przedyskutujcie kwestię: Dlaczego warto kontrolować swoją masę ciała i dokonywać jej oceny w sposób obiektywny? Podsumuj wyniki dyskusji, podaj dodatkowe informacje.

Tabela 1.1. Wartości BMI u dziewcząt i chłopców w wieku 7–18 lat, odpowiadające niedoborowi masy ciała, prawidłowej masie ciała, nadwadze i otyłości

Wiek lata	Dziewczęta – masa ciała				Chłopcy – masa ciała			
	niedobór	prawidłowa	nadwaga	otyłość	niedobór	prawidłowa	nadwaga	otyłość
7	<13,1	13,2–18,5	>18,6	>20,2	<13,5	13,6–17,8	>17,9	>20,4
8	<13,4	13,5–19,0	>19,1	>21,7	<13,7	13,8–18,8	>18,9	>22,2
9	<13,7	13,8–19,6	>19,7	>22,9	<13,9	14,0–19,7	>19,8	>23,7
10	<14,1	14,2–20,2	>20,3	>23,8	<14,1	14,2–20,6	>20,7	>24,8
11	<14,4	14,5–20,9	>21,0	>24,5	<14,4	14,5–21,4	>21,5	>25,6
12	<14,8	14,9–21,6	>21,7	>25,1	<14,8	14,9–22,0	>22,1	>26,1
13	<15,3	15,4–22,3	>22,4	>25,4	<15,2	15,5–22,6	>22,7	>26,6
14	<15,7	15,8–22,9	>23,0	>25,6	<15,7	15,8–23,1	>23,2	>26,8
15	<16,3	16,4–23,3	>23,4	>25,8	<16,3	16,4–23,5	>23,6	>27,0
16	<16,8	16,9–23,5	>23,6	>25,9	<16,9	17,0–23,8	>23,9	>27,3
17	<17,4	17,5–23,4	>23,5	>26,0	<17,7	17,8–24,0	>24,1	>27,6
18	<18,0	18,1–22,9	>23,0	>26,2	<18,5	18,6–24,2	>24,3	>28,3

Na podstawie: *Ciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży (normy, monitorowanie, profilaktyka) (2004)*, A. Krzyżaniak (red.), Poznań, Zakład Epidemiologii Katedry Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Poznaniu. BMI 5 centyl i poniżej – niedobór masy ciała; pomiędzy 5 a 85 centylem – prawidłowa masa ciała; 85 centyl i powyżej – nadwaga; 95 centyl i powyżej – otyłość.

Temat zajęć: „Ideał ciała kobiety i mężczyzny"

Uczestnicy: młodzież w wieku 12–19 lat.

Cele:

– kształtowanie właściwych postaw wobec własnego wyglądu i ciała;

– przekazanie dziewczętom wiedzy o skutkach nieuzasadnionego odchudzania się;

– przekazywanie chłopcom wiedzy o przebiegu rozwoju układu mięśniowego i negatywnych skutkach wszelkiej suplementacji w celu rozwoju masy mięśniowej.

Przebieg zajęć:

- Poproś, aby każdy uczestnik przyniósł fotografię, wycinek z gazety lub plakat sławnej osoby (aktorki/a, piosenkarki/rza, sportowca itd.), którą mógłby uznać za swego „idola" lub do której chciałby/ałaby być podobny. Przygotuj, jako „zapas", dodatkowe ilustracje lub czasopisma młodzieżowe.
- Podziel uczestników na 4–5-osobowe zespoły. Zachęć, aby opowiedzieli sobie – dlaczego podoba się im wybrana osoba.
- Daj każdemu zespołowi arkusz papieru, podzielony na 3 kolumny: „Szczupli", „Przeciętni", „Otyli". Poproś, aby przykleili fotografie lub wpisali nazwisko swoich „idoli" w odpowiedniej kolumnie, a następnie przeanalizowali: W której kolumnie jest najwięcej osób i dlaczego?

- Poproś, aby zespoły zaprezentowały wyniki swojej pracy, a następnie przedyskutuj z młodzieżą następujące kwestie:
  - Czy wśród wybranych przez nich osób są ludzie „normalni" (przeciętni) pod względem wyglądu i masy ciała? Co to znaczy być „normalnym"? Czy „normalni" ludzie mogą być dla nich wzorcem?
  - Czy ideał ciała kobiety i mężczyzny zmieniał się w różnych okresach historii i może być różny w różnych kulturach?
  - Jakie są różnice w wyborze wzorców sylwetki i budowy ciała u chłopców i dziewcząt?
  - Jaki wpływ mają te wzorce, lansowane przez media, na młodych ludzi?
  - Jakie mogą być skutki odchudzania się osób, które nie mają nadwagi?
  - Czy osoba z nadwagą może być sławna? Czy uznanie zyskuje się za wygląd, czy za inne cechy? Jakie?

1.3.3. Pielęgnacja i samobadanie piersi

Rozwój piersi u nastolatek jest niewątpliwie bardzo drażliwą sprawą. Niektóre dziewczęta, zwłaszcza wcześnie dojrzewające, próbują je ukryć „kuląc" ramiona, inne niepokoją się, że piersi są asymetryczne, jedna rośnie szybciej niż druga. Niepokoją też zbyt małe lub zbyt duże ich rozmiary. Piersi są raczej tematem „tabu", rzadko wyjaśnia się dziewczętom przebieg ich rozwoju, indywidualne różnice w kształcie, wielkości piersi, rolę piersi w życiu seksualnym (należą do podstawowych sfer erogennych) i w prokreacji oraz zasady ich pielęgnacji.

Zasady pielęgnacji piersi

Skóra i cała struktura piersi jest delikatna i wymaga specjalnego i ostrożnego traktowania. W pielęgnacji piersi należy przestrzegać podanych zasad[12]:

Zasady pielęgnacji piersi – wskazówki dla dziewcząt:

- Piersi myje się delikatnym mydłem, ruchami kolistymi. Po umyciu należy je dokładnie osuszyć, szczególnie pod biustem, gdzie łatwo dochodzi do podrażnienia skóry i odparzeń
- W celu wzmocnienia sprężystości tkanek wskazane jest stosowanie natrysków z chłodnej wody lub nacieranie piersi, za pomocą rękawicy frote, chłodną wodą z dodatkiem soli kuchennej (pół łyżeczki na szklankę wody). Trzeba to robić delikatnie, ruchem okrężnym od dołu ku górze, a następnie spłukać chłodną wodą
- Biustonosz z przewiewnego materiału powinien podtrzymywać piersi od dołu, nie uciskając, ani nie deformując gruczołu i brodawek. Ramiączka nie powinny być pod

[12] Dodatkowe informacje patrz: W. Załucki, Z. Wronkowski (1997) oraz M. Glinka (2002) *Pielęgnacja piersi. Część II*, „Polish Journal of Cosmetology", nr 1, s. 172–181.

dużym napięciem, a klatka piersiowa uciśnięta zbyt małym obwodem biustonosza. Nie należy w nim spać
- Zachowaniu ładnego kształtu piersi sprzyja prawidłowa postawa. Chowanie głowy w ramiona, przygarbione plecy powodują wiotczenie mięśni szyi i obwisanie piersi
- Ćwiczenia fizyczne wzmacniają mięśnie klatki piersiowej i pleców. Dziewczęta wysportowane mają zwykle ładniejszy biust
- Należy unikać:
  - spania na brzuchu (powoduje spłaszczenie piersi),
  - energicznego nacierania i wycierania ręcznikiem (może podrażniać brodawki),
  - wyrywania pęsetką włosów wyrastających czasami w okolicy brodawki (ryzyko infekcji), lepiej przyciąć włosy nożyczkami,
  - nadmiaru słońca i solariów (piersi i dekolt są szczególnie wrażliwe na działanie słońca, należy je chronić odpowiednimi kremami)

Samobadanie piersi

Samobadanie piersi jest u kobiet jednym z najważniejszych badań profilaktycznych i ma na celu zaobserwowanie u siebie ewentualnych zmian chorobowych, w tym jak najwcześniejsze wykrycie raka piersi. Samobadanie piersi powinno być wykonywane: od 20 r.ż., jeden raz w miesiącu, po miesiączce (najlepiej między 7 a 10 dniem cyklu, liczonym od pierwszego dnia miesiączki), zawsze w pozycji stojącej i w pozycji leżącej.

Technika samobadania piersi

Pozycja stojąca

- **Oglądanie wyglądu piersi** w lustrze w trzech pozycjach: z rękoma opuszczonymi wzdłuż ciała, uniesionymi do góry i opartymi na biodrach. Sprawdzamy: Czy nie ma zmian w kształcie piersi, otoczki i brodawki oraz kolorze skóry? Czy skóra nie marszczy się i nie ciągnie?
- **Badanie dotykiem** (najlepiej pod prysznicem). Podnosimy prawą rękę i kładziemy dłoń na lewym uchu. Palcami lewej ręki, ułożonymi płasko, obmacujemy lekko każdą ćwiartkę prawej piersi, a następnie zataczamy drobne kółka, zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Sprawdzamy, czy nie wyczuwa się zgrubienia miąższu sutka, stwardnienia lub guzka. Ściskamy delikatnie kciukiem i drugim palcem brodawkę piersi i sprawdzamy, czy nie wypływa z niej płyn. Podobnie badamy lewą pierś.

Pozycja leżąca (najlepiej po kąpieli). Pod prawy bark wkładamy poduszkę lub zwinięty ręcznik, a prawą rękę pod głowę. Lewą ręką badamy dotykiem prawą pierś, podobnie jak w pozycji stojącej. Następnie wyjmujemy rękę spod głowy, układamy ją wzdłuż tułowia i dotykamy okolicy pod pachą, czy nie ma powiększonych węzłów chłonnych. W podobny sposób badamy lewą pierś.

W przypadku zauważenia w czasie badania czegoś niepokojącego należy zwrócić się natychmiast do lekarza.

Wskazówki metodyczne

Uczenie się samobadania piersi należy zaproponować dziewczętom w okresie, gdy ich rozwój jest w końcowej fazie (stadium czwarte lub piąte w skali Tannera[13]), a dziewczęta zdążyły się już „oswoić" z własnym, zmienionym ciałem. Badanie to pozwala dziewczętom lepiej poznać i czuć swoje ciało oraz zrozumieć potrzebę regularnego samobadania piersi w dalszych latach życia, jako elementu dbałości o swoje zdrowie. Należy zdecydowanie unikać techniki „straszenia" rakiem sutka.

Najkorzystniej jest, gdy dziewczęta uczą się techniki samobadania piersi w gabinecie pielęgniarki szkolnej, indywidualnie lub w małych grupach, po wcześniejszym uprzedzeniu o takich zajęciach, z zachowaniem prywatności i intymności. Od 2003 r. realizowany jest w szkołach ponadgimnazjalnych program edukacyjny „Różowa wstążeczka", koordynowany przez Główny Inspektorat Sanitarny. W 2005 r. uczestniczyło w nim ponad 922 tys. uczennic, ich matek i pracownic placówek nauczania i wychowania.

1.3.4. Samobadanie jąder

Zachęcanie chłopców do systematycznego samobadania jąder może sprzyjać ich zainteresowaniu swoim zdrowiem, dbałości o ciało i odpowiedzialności za swoje zdrowie

W dotychczasowej praktyce zwraca się uwagę na potrzebę samokontroli ciała u dziewcząt i kobiet, np. śledzenie przebiegu cyklu miesiączkowego, samobadanie piersi. Nie zachęca się do samooceny swego ciała chłopców, którzy (podobnie jak dorośli mężczyźni) mniej niż dziewczęta i kobiety dbają o swoje ciało i zdrowie, częściej podejmują zachowania ryzykowne. W wielu krajach wdraża się obecnie specjalne programy, ukierunkowane na rozwiązywanie problemów zdrowotnych mężczyzn[14].

Badanie narządów płciowych u chłopców jest sprawą „wstydliwą", swoistym tabu. Często nie doceniają potrzeby tego badania również lekarze i zdarza się, że nieprawidłowości w budowie narządów płciowych są wykrywane zbyt późno. Dotyczy to wad rozwojowych, tym zwłaszcza:

[13] Skalę tę opracował w latach 50. XX w. angielski lekarz J.M. Tanner i służy ona do oceny stopnia zaawansowania w dojrzewaniu płciowym, u dziewcząt piersi, u chłopców jąder i prącia, u obu płci owłosienia łonowego. Dla każdej z tych cech (narządów) wyróżnia się 5 stadiów: stadium pierwsze – faza dziecięca (nie ma żadnych oznak pokwitania), stadium piąte – zakończony rozwój.

[14] Na potrzebę promocji zdrowia mężczyzn zwrócono m.in. uwagę w Narodowym Programie Zdrowia w Anglii (*Saving Lives: Our Healthier Nations*, 1999). Przed kilkoma laty Fundacja Jolanty Kwaśniewskiej „Porozumienie bez barier" zainicjowała ogólnopolski program profilaktyki dla mężczyzn „Co każdy duży chłopiec wiedzieć powinien". Wydawnictwo pod tym tytułem zawiera rozmowy o zdrowiu mężczyzn z liderami polskiej medycyny, przeprowadzone przez E. Dux-Prabucką (Wydawca Agencja Reklamowa STUDIO Andrzeja Pągowskiego, bez daty wydania).

– niezstąpienia jednego lub obu jąder do worka mosznowego; zatrzymuje się ono w jamie brzusznej lub kanale pachwinowym, gdzie ciepłota ciała jest wyższa o 2–3°C. Zaburza to rozwój jąder (czynność nabłonka plemnikotwórczego), co w przyszłości może powodować obniżenie płodności i stanowi ryzyko rozwoju nowotworów;

– nieprawidłowości w ujściu cewki moczowej (poza szczytem prącia) i zwężenie napletka (stulejka), co może zwiększać ryzyko stanów zapalnych oraz w przyszłości powodować trudności we współżyciu seksualnym.

Samobadanie jąder ma na celu wykrywanie zmian w wielkości jąder, powrózka nasiennego oraz obecności w jądrach zmian (guzków), które wymagają dalszej diagnostyki, w tym przede wszystkim, aby wykluczyć nowotwór złośliwy. Nowotwory jąder są najczęstszymi nowotworami złośliwymi u młodych mężczyzn w wieku 15–39 lat, w 2004 r. stwierdzono w tej grupie wieku 583 nowe zachorowania[15]. Im wcześniej nowotwór zostanie wykryty, tym większe są szanse na wyleczenie.

Wskazówki metodyczne

Celem zajęć powinno być uczenie chłopców sposobu samobadania jąder i zachęcenie ich do comiesięcznego jego wykonywania. Zajęcia te najlepiej przeprowadzić u chłopców w wieku 11–13 lat, przed lub na początku okresu dojrzewania płciowego.

Najkorzystniej byłoby, aby instruktażu badania jąder udzielił chłopcu **indywidualnie** lekarz, np. w czasie profilaktycznego badania lekarskiego, wykonywanego w pierwszej klasie gimnazjum (12–13 lat). Po przekazaniu chłopcu zamieszczonej dalej instrukcji i wyjaśnieniu potrzeby oraz zasad badania należy go zachęcić, aby wykonał je samodzielnie, w obecności lekarza. Niezbędne jest zachowanie taktu, przeprowadzanie badania za parawanem, bez obecności w gabinecie innych osób. Indywidualnego instruktażu może udzielić chłopcom również pielęgniarka szkolna (np. w czasie wykonywania pomiarów wysokości i masy ciała), z zachowaniem wymienionych warunków.

Gdy udzielanie indywidualnego instruktażu samobadania jąder przez lekarza lub pielęgniarkę nie jest możliwe, zajęcia grupowe z chłopcami może prowadzić nauczyciel biologii, wychowania fizycznego, wychowania do życia w rodzinie, ale bez obnażania i bez próby samobadania jąder.

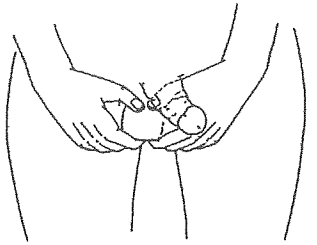
Zajęcia można rozpocząć od przekazania (lub uzupełnienia) wiedzy na temat rozwoju narządów płciowych i najczęstszych jego zaburzeń, przedyskutowania z chłopcami potrzeby samobadania jąder oraz zebrania opinii o ich gotowości do uczenia się tego badania. Kolejnym krokiem jest danie każdemu chłopcu kopii ulotki „Instrukcja samobadania jąder" i wspólne przeanalizowanie jej treści oraz sposobu badania jąder. Należy bezwzględnie unikać techniki „straszenia" nowotworami. Na zakończenie należy zapytać chłopców, czego się dowiedzieli na zajęciach i czy sądzą, że podejmą próby samobadania jąder. Należy poinformować rodziców o przeprowadzonych zajęciach i zachęcić ojców do pomocy synom w opanowaniu umiejętności samobadania jąder.

[15] Dane Centrum Onkologii Instytutu – im. M. Skłodowskiej-Curie (http://epid.coi.waw.pl/krn).

Instrukcja samobadania jąder

- **Dlaczego warto badać swoje jądra?**
  U młodych mężczyzn mogą występować zmiany chorobowe w narządach płciowych, które najczęściej sami rozpoznają. Warto więc poświęcić w każdym miesiącu 3 minuty na badanie swoich jąder.
- **Jak badać swoje jądra?**

– Badanie wykonuj *jeden raz w miesiącu*, po ciepłej kąpieli, gdy skóra moszny jest zwiotczała.



– W pozycji stojącej obmacuj delikatnie kolejno każde jądro, obejmując je palcami wskazującymi i kciukiem obu rąk, tak jak pokazano na rysunku. Jądro powinno być gładkie, jędrne (jak jajko ugotowane na twardo, bez skorupki),

– Obmacaj także swoje najądrze – podłużny narząd w kształcie odwróconej fajki, umiejscowiony na tylnym brzegu jądra (w kształcie sznurka), biegnący od jądra w górę.

- **Jeśli w czasie badania stwierdzisz następujące zmiany:**

– guzek w jądrze, zwykle niebolesny,

– powiększenie jednego jądra,

– bolesność przy ucisku, a także uczucie, że jądra są „ciężkie"

zgłoś się jak najszybciej do lekarza.

1.3.5. Ochrona przed nadmiernym nasłonecznieniem

Promienie słoneczne są wielkim darem natury. Trzeba jednak z nich korzystać rozsądnie i odpowiedzialnie

W ostatnich dekadach, w wielu krajach, zwrócono uwagę na negatywne skutki intensywnej (ostrej) i przewlekłej ekspozycji na promieniowanie słoneczne. Do najgroźniejszych należą nowotwory skóry, w tym zwłaszcza czerniak złośliwy. W 2004 r. stwierdzono w Polsce 1926 nowych zachorowań na czerniaka złośliwego skóry; w okresie ostatnich 20 lat liczba tych zachorowań zwiększyła się trzykrotnie[16].

[16] Dane Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie (http://epid.coi.waw.pl/krn).

Działanie promieni słonecznych na skórę

Promieniowanie słoneczne (elektromagnetyczne), które dociera do ziemi, składa się z trzech rodzajów promieniowania: podczerwone (cieplne), widzialne (rejestrowane przez siatkówkę oka) i nadfioletowe (ultrafioletowe). Siła oddziaływania promieni widma słonecznego zależy od pory roku, dnia, szerokości geograficznej i warunków.

Na skórę człowieka największy wpływ mają **promienie ultrafioletowe** (UV – ultrafiolet), w tym:

- UVB – krótsze (290–320 nm), tzw. rumieniotwórcze, uaktywniają one w skórze melanocyty, które wytwarzają barwnik melaninę, co powoduje opaleniznę, która powstaje wolniej i jest trwalsza;
- UVA – długie (320–400 nm), pod ich wpływem istniejąca melanina przemieszcza się do naskórka, co powoduje natychmiastową opaleniznę, utrzymującą się krótko.

Promienie UVC nie docierają do powierzchni ziemi, gdyż są pochłaniane przez ozon stratosferyczny. Promienie ultrafioletowe nie są rejestrowane przez żaden ze zmysłów lub narząd człowieka. Skutki ich działania występują dopiero przy zbyt dużej ich dawce.

Zmiany na skórze są wywoływane głównie przez promienie UVB. Natężenie tego promieniowania jest największe: w okresie wiosenno-letnim, w godzinach 10–13, w górach oraz w warunkach, gdy sumuje się promieniowanie bezpośrednie na skórę i odbite od powierzchni śniegu, lodu, wody, piasku. Działanie tych promieni może nasilać wiatr. Zmiany na skórze spowodowane zbyt dużą dawką promieni UVB dzieli się na dwie grupy (Wolska, 1999):

1. **Odczyny ostre**:
   - oparzenia słoneczne, czyli różnie nasilony odczyn zapalny skóry (rumień posłoneczny), któremu towarzyszy uczucie napięcia skóry i bolesność, a przy dużym oparzeniu nawet pęcherze;
   - opalenizna – następstwo ekspozycji na promieniowanie UVB i UVA – zwiększenie w skórze ilości barwnika – melaniny;
2. **Zmiany odległe** mające związek z ostrymi lub przewlekłymi ekspozycjami na promienie słoneczne:
   - piegi u osób z jasną karnacją skóry;
   - znamiona barwnikowe, na skórze poddawanej okresowo działaniu słońca;
   - nowotwory skóry, w tym rak skóry i czerniak złośliwy.

Nowotwory skóry częściej występują u osób dorosłych, które w dzieciństwie (przed 10–12 r.ż.) zamieszkiwały w okolicach o dużym nasłonecznieniu, ulegały oparzeniom słonecznym i z tego też powodu miały więcej znamion barwnikowych. Ryzyko rozwoju nowotworów jest większe u osób o bardzo jasnej karnacji skóry (tzw. I typ skóry), z jasnymi lub rudymi włosami, niebieskimi oczami, które łatwo ulegają oparzeniom słonecznym, a nigdy nie są opalone.

Nowotworom skóry można zapobiegać chroniąc skórę przed oparzeniami słonecznymi, zwłaszcza w dzieciństwie i młodości. W wielu krajach podejmowane są w tym celu kampanie społeczne. Dotyczy to szczególnie krajów o dużym nasłonecznieniu (np. w Australii, gdzie notuje się największą zachorowalność na czerniaka, kampanie są prowadzone od 20 lat), ale także podejmowane są w Wielkiej Brytanii, gdzie ostatnia kampania (ang. *SunSmart*) jest zaplanowana na lata 2003–2007 (Miles i in., 2005). Działania takie są zalecanie przez WHO (WHO, 2002).

Zasady ochrony dzieci i młodzieży przed nadmiernym nasłonecznieniem

Ochrona przed nadmiernym nasłonecznieniem polega na:

- Ograniczaniu pobytu na słońcu (przebywanie w cieniu) w godzinach 10–13 (niektórzy autorzy podają 11–14);
- W porze dnia o największej intensywności promieniowania słonecznego noszenie ubrań[17] i nakrycia głowy (najlepiej kapelusz z szerokim rondem lub czapka z daszkiem);
- Używanie kremów ochronnych z filtrami, określanymi wartościami SPF (ang. *sun protection factor*). Im większa wartość SPF, tym mniejsze niebezpieczeństwo powstania rumienia (oparzenia) słonecznego. Zalecana wartość SPF ponad 15. Kremu należy użyć 15–20 minut przed pobytem na słońcu, ponownie po silnym spoceniu się i po kąpieli. Stosowanie kremów nie chroni w pełni skóry przed promieniowaniem UVB (mimo używania kremów opalamy się); osoby używające kremów czują się „bezpiecznie" i przebywają zbyt długo na słońcu, co zwiększa ryzyko oparzenia.

Dzieci i młodzież nie powinny korzystać z solarium. Promieniowanie emitowane przez lampy zawiera głównie promienie UVA, ale także pewną ilość promieni UVB.

Propozycja zajęć

Temat zajęć: „Bezpieczny pobyt na słońcu"

Uczestnicy: dzieci i młodzież w wieku szkolnym; wskazany udział rodziców lub przekazanie im informacji o zasadach ochrony przed oparzeniami słonecznymi.

Cele:
- przekazanie wiedzy o wpływie promieniowania słonecznego na skórę;
- uświadomienie negatywnych skutków oparzeń słonecznych;
- kształtowanie właściwych postaw wobec opalania się;
- kształtowanie bezpiecznych zachowań związanych z pobytem na słońcu.

Wskazówki metodyczne

1. Zajęcia najlepiej przeprowadzić późną wiosną, w okresie poprzedzającym wakacje. Należy wracać do tematu w dni słoneczne, np. w czasie wycieczek szkolnych,

[17] W wyniku badań przeprowadzonych w ostatnich wynika, że to, czy ubranie chroni przed promieniowaniem UV zależy od gęstości tkaniny, typu splotu, rodzaju włókna i barwników. Mokra odzież jest mniej ochronna – W. Ruka – Komentarz do artykułu (Marghoob, 2000).

pobytu w „zielonej szkole", zwracając uwagę, np. na nakrycie głowy, przebywanie w cieniu w godzinach 10–13. Niezbędny jest przykład właściwych zachowań ze strony nauczycieli.
2. Jeśli jest taka możliwość, na zajęcia można zaprosić lekarza dermatologa.
3. Wspomaganiem edukacji jest posadzenie drzew na terenie szkoły, zapewniających cień, ograniczanie w dni słoneczne zajęć, zwłaszcza ruchowych, na otwartej przestrzeni.

Zajęcia dla dzieci w wieku 7–10 lat – technika „Narysuj i napisz" (s. 188).

- Poleć, aby każde dziecko narysowało rysunek na temat: „Co robią ludzie, gdy są na słońcu (na plaży, nad jeziorem, rzeką)?", a następnie opisało każdy element tego rysunku.

Arkusz nr 2

OPALANIE SIĘ I JEGO SKUTKI

1. Co sądzisz o opaleniźnie? Zaznacz na ile zgadzasz się z następującymi stwierdzeniami (wstaw x w jedna kratkę w każdym wierszu)

Stwierdzenie	Całkowicie zgadzam się	Zgadzam się	Trudno mi powiedzieć	Nie zgadzam się	Całkowicie nie zgadzam się
Opalenizna powoduje, że wyglądam atrakcyjnie					
Opalenizna powoduje, że wyglądam zdrowo					
Opalanie wpływa korzystnie na moją skórę					
Nadmierne opalanie zwiększa ryzyko nowotworów skóry					

2. Czy łatwo się opalasz? NIE TAK

3. Czy zdarzyło się, że miałaś/-eś oparzenie słoneczne (silne zaczerwienienie skóry)?

NIE TAK – ile razy: . . . . . , jakie były tego objawy: . . . . . .

4. Czy starasz się coś robić, aby ochronić się przed nadmiernym nasłonecznieniem:

CZĘSTO, CZASEM, RZADKO, NIGDY

Jeśli zdarza się, że chronisz się przed słońcem, to co robisz? . . . . . .

MÓJ PLAN

Co mogę zrobić w najbliższe wakacje, aby chronić się przed oparzeniami słonecznymi?

. . . . . .

- Poproś dzieci, aby opowiedziały o swoich rysunkach. Zapytaj: Co wiedzą na temat ochrony skóry przed oparzeniem słonecznym? Podaj dodatkowe informacje.
- Poproś, aby po tej rozmowie dzieci narysowały drugi rysunek na temat: „Jak należy zachować się w dni słoneczne?"
- Przeanalizuj z dziećmi ich prace. Poproś, aby po dyskusji uzupełniły swoje rysunki o brakujące elementy bezpiecznego zachowania się na słońcu oraz aby zabrały prace do domu i pokazały je rodzicom.

Zajęcia dla młodzieży

- Daj każdemu uczniowi arkusz nr 2 „Opalanie się i jego skutki" i poproś o udzielenie odpowiedzi na pytania 1–4. Wyjaśnij, że arkusz ten wypełniają dla siebie.
- Przedyskutujcie po kolei zawarte w nich treści. Uzupełnij wiedzę uczniów.
- Na zakończenie poproś, aby zastanowili się, co mogą zrobić, aby uniknąć negatywnych skutków nadmiernego nasłonecznienia i zapisali to w dolnej części arkusza „Mój plan".

Pytania/Zadania

1. Jakie zjawiska związane są ze współczesnym postrzeganiem ciała i dbaniem o nie i jakie mają one znaczenie dla edukacji zdrowotnej?
2. Wymień zasady profilaktyki próchnicy zębów i jak można je upowszechniać.
3. Jakie zjawiska uzasadniają potrzebę uczenia się zasad prawidłowości oceny masy ciała i na co należy zwrócić uwagę w edukacji zdrowotnej młodzieży?
4. Uzasadnij potrzebę uczenia dziewcząt zasad pielęgnacji i samobadania piersi, a chłopców samobadania jąder.
5. Podaj przyczyny i zasady ochrony przed nadmiernym nasłonecznieniem.

Literatura zalecana

Callan A. (1999) *Zdrowa skóra*, tłum. A. Macura, C. Macura, Kraków, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.

LeBow M.D. (1995) *Jak schudnąć*, tłum. J. Matuszkiewicz-Rowińska, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Lock J., Le Grande D. (2006) *Twoje dziecko i zaburzenia odżywiania. Jak mu pomóc*, tłum. A. Gralak, Kraków, Wydawnictwo „Znak".

Lopez R.I. (2004) *Twój nastolatek. Zdrowie i dobre samopoczucie*, tłum. J. Józefowicz-Pacuła, J. Wiśniewski, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Profilaktyka w pediatrii (1999) B. Woynarowska (red.), Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Stomatologia wieku rozwojowego (2005), M. Szpringer-Nodzak, M. Wochna-Sobańska (red.), Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

ROZDZIAŁ 2

Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna

Barbara Woynarowska

Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna są obecnie traktowane łącznie jako:

– **podstawowe elementy prozdrowotnego stylu życia** (s. 51);

– **sposób zapobiegania wielu chorobom**. Wyliczono, że około 40 jednostek chorobowych lub zaburzeń w stanie zdrowia jest spowodowanych niezadowalającą jakością żywności lub złym żywieniem. Są wśród nich choroby układu krążenia (choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego, nadciśnienie, udar mózgu), nowotwory (jelita grubego, żołądka, piersi u kobiet, prostaty u mężczyzn), otyłość, cukrzyca, niedokrwistość (z niedoboru żelaza), próchnica i osteoporoza, a także anoreksja i bulimia. Przyczyną większości tych chorób jest także mała aktywność fizyczna;

– **ważny element postępowania terapeutycznego** w wielu chorobach. Wciąż aktualne jest stwierdzenie przypisywane Wojciechowi Oczko[1]: „Ruch jest w stanie zastąpić prawie wszystkie leki, ale wszystkie leki razem wzięte nie zastąpią ruchu".

Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej jest obecnie elementem polityki zdrowotnej w wielu państwach. W Polsce, w Narodowym Programie Zdrowia 1996–2005, dwa pierwsze cele operacyjne to: „Zwiększenie aktywności fizycznej ludności"; „Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności". Cele te utrzymano w znowelizowanej wersji tego programu na lata 2007–2015, dodając do drugiego celu zmniejszenie występowania otyłości. Od marca 2003 r. działa Platforma Unii Europejskiej ds. Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia (ang. *European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health*). W grudniu 2005 r. Komisja Europejska przyjęła dokument „Zielona Księga – Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym"[2]. Zwrócono w niej szczególną uwagę na dzieci i młodzież w wieku szkolnym. W odpowiedzi na tę inicjatywę w Polsce wdrażany jest, w klasach V i VI szkół podstawowych oraz w gimnazjach, ogólnopolski program „Trzymaj formę" (*Stowarzyszenie..., www.trzymajforme*.pl).

[1] Wojciech Oczko (1586–1626) był nadwornym lekarzem królów Stefana Batorego i Zygmunta III Wazy, autorem pierwszego w Polsce traktatu o wodach leczniczych, w leczeniu chorób zalecał ćwiczenia fizyczne i muzykę.

[2] Tłumaczenie tego dokumentu w jęz. polskim patrz: www.msport.gov.pl/download/zielonaksiega.pgf

W rozdziale niniejszym skoncentrowano się na zdrowym żywieniu i wybranych elementach aktywności fizycznej.

2.1. Pojęcie zdrowego żywienia

Spożywanie i przyswajanie pokarmu jest podstawową, biologiczną potrzebą człowieka. Stanisław Berger szacuje się, że „przeciętny" dorosły człowiek, o masie ciała 60 kg, spożywa średnio, łącznie z wodą, około 3 kg pożywienia dziennie, co daje rocznie 1,1 tony, a w okresie 65 lat prawie 73 tony. Nie jest zatem obojętne, **co** znajduje się w tej ogromnej masie żywności, **kiedy** i **jak** ją spożywamy.

Racjonalny sposób żywienia (odżywiania) – to żywienie zgodne z zaleceniami nauki o żywieniu i uwzględniające uwarunkowania genetyczne, społeczne i kulturowe

Racjonalny sposób żywienia, który można też nazwać **optymalnym, prawidłowym lub zdrowym żywieniem**:

– zaspokaja potrzeby biologiczne, psychiczne i społeczne człowieka;

– umożliwia osiągnięcie pełnego, zaprogramowanego genetycznie, rozwoju fizycznego i psychicznego, utrzymanie odporności organizmu na choroby i zachowanie jego sprawności do późnego wieku[3].

Używa się także terminu **żywienie lub dieta zrównoważona** (zbilansowana), który oznacza sposób żywienia pokrywający pełne zapotrzebowanie organizmu na energię i wszystkie składniki odżywcze (białka, węglowodany, tłuszcze, witaminy, sole mineralne i wodę) oraz właściwe proporcje między nimi.

2.2. Prozdrowotna edukacja żywieniowa

We współczesnym świecie, przy podaży niezliczonej liczby oraz pojawianiu się wciąż nowych produktów żywnościowych[4] i intensywnej ich reklamie, znacznie zwiększyło się zainteresowanie i dostępność informacji o żywności i zasadach żywienia. Publikowane są wciąż nowe książki kucharskie (narodowe, regionalne), poradniki z propozycjami różnych diet alternatywnych, w tym diet „cud". Niemal we wszystkich

[3] H. Gertig, J. Gawęcki (2001) *Słownik terminów żywieniowych*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe, PWN.

[4] Określa się je terminem „żywność nowej generacji", w tym: (1) żywność specjalnego przeznaczenia np. odżywki dla niemowląt i dzieci, (2) nowa żywność – zawierająca substancje dodatkowe, np. jogurty i inne przetwory mleczne fermentowane, zawierające szczepy bakterii (probiotyki), lub substancje stymulujące rozwój bakterii naturalnie występujących w przewodzie pokarmowym (prebiotyki), żywność atrybucyjna – produkty preferowane przez niektóre grupy, np. żywność ekologiczna, wegetariańska, koszerna.

gazetach codziennych i czasopismach można znaleźć informacje, porady i przepisy kulinarne. Ludzie są „bombardowani" tymi informacjami, często sprzecznymi, niezgodnymi z zaleceniami nauki o żywieniu. Zmieniają się też poglądy naukowców na niektóre kwestie związane z żywieniem. Powoduje to, że ludzie często czują się zdezorientowani, niechętnie ustosunkowani do zmiany zachowań żywieniowych, co uzasadnia potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej i poradnictwa żywieniowego.

Prozdrowotna edukacja żywieniowa jest to proces, w którym ludzie uczą się zastosowania w codziennej praktyce wiedzy o żywności i żywieniu, opartej na aktualnych i pewnych wynikach badań naukowych, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb

Edukacja żywieniowa jest nieodłącznym elementem edukacji zdrowotnej. Jej cele, ustalane głównie przez specjalistów w zakresie żywienia, są różnie definiowane i najczęściej wymienia się:

- Uzyskanie odpowiedniej **wiedzy** o żywności i żywieniu, umiejętności poszukiwania tej wiedzy, kształtowanie zdolności do interpretacji i krytycznej oceny informacji pochodzących z różnych źródeł, w tym zwłaszcza z mediów i reklam;
- Kształtowanie **prozdrowotnych zachowań żywieniowych**, czyli sposobów postępowania w zaspokajaniu potrzeb żywieniowych (wyboru spożywanych produktów, sposobu ich nabywania, przechowywania i przygotowywania do spożycia, planowania posiłków i ich konsumpcji) sprzyjających rozwojowi, zdrowiu i dobremu samopoczuciu;
- Kształtowanie zdolności **rozpoznawania „sygnałów"** i **objawów** pochodzących z własnego ciała, związanych z zaspokajaniem potrzeb żywieniowych (np. uczucie głodu, sytości, pragnienia, apetyt, chudnięcie, tycie, dolegliwości brzuszne) i właściwe na nie reagowanie;
- Kształtowanie **umiejętności konsumenckich**, w tym:
  - korzystania, „rozszyfrowywania" i brania pod uwagę, przy dokonywaniu zakupów, informacji umieszczonych na etykietach produktów spożywczych (data przydatności do spożycia, wartość energetyczna, zawartość składników odżywczych oraz dodatkowych substancji dozwolonych w przemyśle spożywczym, np. barwniki, środki konserwujące, zagęszczające, wzmacniające smak i zapach, substancje słodzące[5]);
  - kupowania żywności ze sprawdzonych (pewnych źródeł);
- Kształtowanie **umiejętności oszczędnego gospodarowania żywnością**, dobrej organizacji pracy w czasie przygotowywania posiłków, **estetycznego ich podawania i spożywania**.

[5] Rodzaj tych substancji i ich dawki określono w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie dozwolonych substancji dodatkowych i substancji pomagających w przetwarzaniu (Dz. U., nr 94, poz. 933) oraz w załącznikach do tego numeru Dziennika Ustaw.

Edukacja żywieniowa dotyczy ludzi we wszystkich okresach życia, ze względu na zmieniające się potrzeby żywieniowe i konieczność dostosowywania do nich zachowań żywieniowych. Specjalne potrzeby w zakresie tej edukacji mają:

- dzieci i młodzież, która kwestie związane z żywieniem zdaniem autorów duńskich (Simovska i in., 2006) postrzega odmiennie niż specjaliści żywieniowcy i koncentruje się na:
  - estetycznym wyglądzie posiłków i miejsc, w których odbywa się ich spożywanie;
  - smaku, zapachu i konsystencji produktów;
  - społecznych aspektach wspólnego jedzenia i dzielenia się z innymi;
  - dostępności i cenie świeżych, naturalnych i zdrowych produktów;
  - sposobie produkcji i dystrybucji żywności.
- osoby o zwiększonym ryzyku chorób wynikających z wadliwych zachowań żywieniowych i niedostatku aktywności fizycznej oraz ludzie chorzy, u których niezbędna jest modyfikacja sposobu żywienia.

W działaniach ukierunkowanych na zmianę sposobu żywienia się ludzi należy brać pod uwagę, że żywienie nie jest izolowaną sferą życia ludzkiego i ma na celu nie tylko zaspokojenie głodu i pragnienia, lecz jest ściśle związane z innymi aspektami egzystencji człowieka. Jest ono uwarunkowane czynnikami: kulturowymi, społecznymi, ekonomicznymi, klimatycznymi, geograficznymi, religijnymi, oddziaływaniem mediów, reklam itd. Powoduje to trudności we wprowadzaniu zmian w sposobie żywienia.

2.3. Edukacja żywieniowa w szkole

Edukacja żywieniowa odbywa się przede wszystkim w rodzinie, która przez wiele lat zaspokaja potrzeby oraz modeluje zwyczaje i zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży. W codziennym życiu dziecko uczy się różnych umiejętności związanych z wyborem, zakupem, przechowywaniem, przygotowaniem i spożywaniem posiłków. Rodzice decydują o tym, **co**, **kiedy** i **jak** dziecko je, wpływają na jego preferencje i awersje smakowe (np. na produkty słodkie lub słone), tworzą pozytywne lub negatywne wzorce w tym zakresie (np. niespożywanie śniadań, jedzenie przed telewizorem).

Z „bagażem" wiedzy, postaw wobec żywienia, preferencji i zachowań żywieniowych przychodzi dziecko do szkoły, która powinna zaoferować mu możliwość **spożycia posiłku**, **wypicia odpowiedniej ilości płynów oraz edukację żywieniową**. Skuteczność jej zależy jednak od tego, czy rodzina zaakceptuje zdobytą przez dziecko w szkole nową wiedzę i umiejętności oraz umożliwi ich wprowadzenie do codziennego życia. Dziecko samo, bez pomocy rodziny, nie ma możliwości praktykowania większości nowych zachowań żywieniowych.

Istnieje wiele argumentów (opartych na wynikach badań) przemawiających za prowadzeniem w szkole edukacji żywieniowej:

- Prawidłowe żywienie jest jednym z podstawowych czynników rozwoju fizycznego: dostarcza składników do budowy tkanek (białka, żelazo, wapń), energii do

aktywności fizycznej i metabolizmu (tłuszcze i węglowodany), regulacji różnych procesów w organizmie;

- Zachowania żywieniowe ukształtowane w dzieciństwie i młodości decydują o sposobie żywienia w dalszych latach życia i trudno poddają się modyfikacji;
- Nieprawidłowości w żywieniu mogą być przyczyną różnych zaburzeń w dzieciństwie i młodości (np.: niskorosłość, nadwaga lub otyłość, niedokrwistość, próchnica zębów) oraz zwiększają ryzyko rozwoju w wieku dorosłym wielu chorób przewlekłych;
- Odpowiednie żywienie powinno kompensować niski poziom aktywności fizycznej (mały wydatek energii) prawie 2/3 dzieci i młodzieży.
- Regularne spożywanie posiłków, w tym zwłaszcza śniadania, sprzyja dobrej dyspozycji do nauki i samopoczuciu uczniów;
- Z wiekiem dzieci przebywają coraz więcej godzin poza domem, zmniejsza się kontrola rodziców nad ich sposobem żywienia, kupują samodzielnie różne produkty spożywcze, często niekorzystne dla zdrowia;
- Dzieci i młodzież są bardziej podatne na wpływ reklam produktów spożywczych, co wykorzystują producenci słodyczy, słodkich napojów gazowanych, chipsów itd.;
- Nastolatki ulegają lansowanej przez media modzie na szczupłą sylwetkę kobiecą i odchudzają się mimo prawidłowej masy ciała (s. 281); dojrzewający chłopcy, w celu uzyskania pożądanej, męskiej „fizyczności", używają odżywek, a nawet steroidów anabolicznych (s. 282).

Całościowe podejście do edukacji żywieniowej w szkole

W Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie proponuje się całościowe podejście do edukacji żywieniowej (ang. *whole school approach*) (Dixey i in., 1999). Na podejście to składa się cała **polityka (strategia działań) szkoły w zakresie żywienia**, obejmująca następujące elementy:

- **Edukacja żywieniowa w programie nauczania**, dostosowana do potrzeb uczniów danej szkoły, obejmująca trzy obszary: żywność, żywienie i jedzenie. Program edukacji żywieniowej powinien być realizowany na wszystkich poziomach nauczania, mieć układ spiralny, uwzględniać ewaluację procesu i wyników;
- **System posiłków szkolnych dla wszystkich uczniów**. Przekazywanie wiedzy uczniom głodnym lub zjadającym kanapki w pośpiechu, na korytarzu, jest działaniem pozornym, rozmijaniem się teorii z praktyką. Posiłki szkolne, których skład i sposób spożywania jest zgodny z zasadami zdrowego żywienia, nie tylko zaspokajają potrzeby żywieniowe dziecka, lecz także tworzą wzorce zachowań żywieniowych, sprzyjają integracji uczniów i nauczycieli. W niektórych krajach posiłki szkolne są elementem polityki zdrowotnej państwa. Na przykład: w USA są częścią integrowanego programu zdrowia w szkole (s. 239), w Finlandii system bezpłatnych obiadów (lunch) dla wszystkich uczniów i rekomendacje dotyczące ich składu są unikatowym przykładem integracji polityki żywieniowej, zdrowotnej i edukacyjnej[6];

[6] National Public Health Institute (2001) *Nutrition in Finland*, Helsinki (www.ktl.fi/nutrition/nutrition.pdf).

- **Asortyment sklepików szkolnych i automatów**. Należy ograniczyć lub wyeliminować sprzedaż w szkołach słodyczy oraz coca-coli i innych słodkich napojów gazowanych. Zakaz sprzedaży tych produktów w szkołach wprowadzono w USA i Wielkiej Brytanii. Podobne działania podejmują niektóre szkoły promujące zdrowie w Polsce;
- **Zapewnienie uczniom w szkole odpowiedniej aktywności fizycznej**, nie tylko w ramach lekcji wychowania fizycznego;
- **Włączenie uczniów** do organizacji posiłków szkolnych (respektowanie ich preferencji), planowania programów edukacyjnych;
- **Współpraca z rodzicami** w zakresie ich uczestnictwa w organizacji posiłków szkolnych oraz realizacji programów edukacyjnych dla uczniów. Wyniki badań wskazują, że zaangażowanie rodziców w programie edukacji żywieniowej ich dzieci w szkole wpływa na zwiększenie poziomu wiedzy i zmianę niektórych zachowań żywieniowych rodziców (Kozłowska-Wojciechowska i in., 2002);
- Udzielenie szkole pomocy w organizacji posiłków przez **władze i społeczność lokalną.**

Należy zwrócić uwagę, że w czasie zajęć edukacji żywieniowej mogą się pojawić problemy z uczniami pochodzącymi z ubogich rodzin. W 2002 r. w Polsce prawie 2% nastolatków w wieku 11–15 lat podało, że często lub zawsze przychodzą do szkoły lub kładą się spać głodni, ponieważ w domu jest zbyt mało jedzenia; u 7% nastolatków zdarzało się to czasem (Woynarowska, 2004). Dla tych uczniów żywienie może być tematem drażliwym.

Sytuacja w zakresie edukacji żywieniowej w szkołach w Polsce

W obowiązującej podstawie programowej kształcenia ogólnego[7] uwzględniono następujące treści nauczania dotyczące edukacji żywieniowej:

- Kształcenie zintegrowane (klasy I–III) – „Żywność i żywienie";
- Klasy IV–VI szkoły podstawowej – ścieżka edukacyjna edukacja prozdrowotna – „Urozmaicenie i regularność posiłków, estetyka ich spożywania, zabezpieczenie żywności przed zanieczyszczeniem i zepsuciem";
- Gimnazjum – ścieżka edukacyjna edukacja prozdrowotna – „Żywność i żywienie: 1) skład żywności, układanie jadłospisów, ich różnice ze względu na kulturę, wiek, stan zdrowia, rodzaj pracy, 2) higiena produkcji i przechowywania, przenoszenie i przechowywanie żywności, prawa konsumenta, reklama żywności";
- Liceum ogólnokształcące, profilowane i technikum:
  - biologia – „Odżywianie się człowieka: 1) budowa i funkcja układu pokarmowego człowieka, 2) główne składniki pokarmowe i ich źródła (białka, cukry, tłuszcze), 3) dieta pełno- i niepełnowartościowa, aminokwasy egzogenne, witaminy, mikroelementy i ich źródła, 4) aminokwasy egzogenne, 5) zawartość energetyczna pokarmu, potrzeby energetyczne organizmu, koszty energetycz-

[7] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2002, nr 51, poz. 458).

ne wybranych form aktywności fizycznej, otyłość, anoreksja i bulimia, 6) witaminy, mikroelementy i ich źródła";
- ścieżka edukacyjna edukacja prozdrowotna – „Zasady racjonalnego żywienia w różnych okresach życia. Żywienie a samopoczucie i zdolność do pracy oraz zapobieganie chorobom. Skutki niewłaściwego odchudzania się i stosowania diet eliminacyjnych. Wybór produktów spożywczych sprzyjających zdrowiu i ich przechowywanie. Prawa konsumenta żywności";

• Zasadnicza szkoła zawodowa – ścieżka edukacyjna edukacja prozdrowotna – „Dbałość o utrzymanie odpowiedniej masy ciała. Zasady racjonalnego żywienia w różnych okresach życia".

Zestawienie tych treści wskazuje, że jedynie w liceach i technikach znajdują się one w przedmiocie biologia, w pozostałych typach szkół – tylko w ścieżce edukacyjnej edukacja prozdrowotna[8]. Nie ma ciągłości, ani spiralnego układu treści. Nie można ocenić, czy i w jakim stopniu szkoły realizują edukację żywieniową i jakie są jej efekty, gdyż nie są prowadzone badania w tym zakresie. Obserwacje wskazują, że wiele szkół promujących zdrowie podejmuje różne formy edukacji żywieniowej[9].

W Polsce nie ma polityki państwa w zakresie żywienia uczniów w szkole. Kwestia ta jest niedoceniana przez dyrekcje szkół, nauczycieli i rodziców. Główny nacisk kładzie się na organizację posiłków („dożywianie") dla uczniów z rodzin ubogich (ok. 10–15% ogółu uczniów), w czym szkoła jest wspomagana przez różne organizacje pozarządowe. **Posiłek w szkole powinni spożywać wszyscy uczniowie**. Warunki do przygotowania ciepłych posiłków ma tylko 40% szkół, a co trzecia szkoła je wydaje[10]. Nie udało się upowszechnić „szklanki mleka", ani też śniadań szkolnych[11]. W większości szkół w sklepikach i automatach są głównie słodycze, słodkie napoje, chipsy.

2.4. Wybrane zagadnienia i propozycje zajęć

Edukacja żywieniowa, jak już wspomniano, obejmuje wiele celów (s. 296) i obszarów tematycznych. Dalej omówiono wybrane zagadnienia, przyjmując za punkt wyjścia zalecenia żywieniowe S. Bergera – tzw. 6 + 1 „U"[12]. Uważa on, że

[8] Dla porównania – w Finlandii edukacja żywieniowa jest włączona do programów nauczania 4 przedmiotów. W klasie 7 (wiek uczniów ok. 13 lat) są 3 lekcje w tygodniu przedmiotu „ekonomia w domu", zawierającego tę edukację.

[9] Na przykład propozycja programu „Żywność i żywienie a profilaktyka nowotworowa" do realizacji w ramach ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna" i materiały dla nauczycieli oraz doświadczenia w edukacji żywieniowej szkół promujących zdrowie zawiera zeszyt: „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole" 2002, z. 4.

[10] M. Gajewska, B. Ignar-Golinowska (2003) *Ocena żywienia uczniów w Polsce na podstawie danych stacji sanitarno-epidemiologicznych za rok 2001*, „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny", nr 2, s. 183–196.

[11] B. Woynarowska i in. (1995) *Śniadania szkolne dla wszystkich uczniów w Polsce*, Warszawa, Ministerstwo Edukacji Narodowej.

[12] Aktualna wersja tych zaleceń, udostępniona przez autora.

u starożytnych Greków, a zwłaszcza u „ojca" medycyny Hipokratesa, termin „dieta" oznaczał styl życia i dlatego proponowane zalecenia wykraczają poza żywność i sposób żywienia. Zalecenia te są łatwe do zapamiętania i przydatne w codziennym życiu.

Zalecenia żywieniowe 6 + 1 „U" według S. Bergera:

1. Urozmaicenie – w każdym posiłku, w miarę możliwości każda grupa produktów
2. Umiarkowanie – jedzenie według potrzeb i utrzymanie optymalnej masy ciała
3. Uregulowanie – stała częstotliwość, wielkość i jakość posiłków
4. Umiejętność przyrządzania potraw
5. Uprawianie – sportu, ćwiczenia lub spacer, zwłaszcza dla osób o siedzącym trybie życia
6. Unikanie – nadmiaru tłuszczów, cukru, soli, alkoholu

+1 Uśmiech – z uśmiechem łatwiej żyć, bądź optymistą

2.4.1. Urozmaicenie posiłków

Nie ma produktu, poza pokarmem kobiecym dla niemowląt do 6 mies.ż., który zawierałby wszystkie składniki odżywcze, w odpowiednich ilościach i proporcjach. Dlatego codziennie należy spożywać produkty z różnych grup, w odpowiednich proporcjach

Człowiek spożywa różne produkty roślinne i zwierzęce – naturalne lub w różnym stopniu przetworzone albo utrwalone (np. konserwy, mrożonki). Mają one różną **wartość odżywczą**, tzn. różną ilość i rodzaj **składników odżywczych** niezbędnych dla organizmu: białka, tłuszczy, węglowodanów, witamin i składników mineralnych. Ilość tych składników w przeliczeniu na osobę i jeden dzień, niezbędnych dla dzieci i młodzieży, w zależności od wieku i płci, określają **normy żywienia** opracowane w Polsce w Instytucie Żywności i Żywienia.

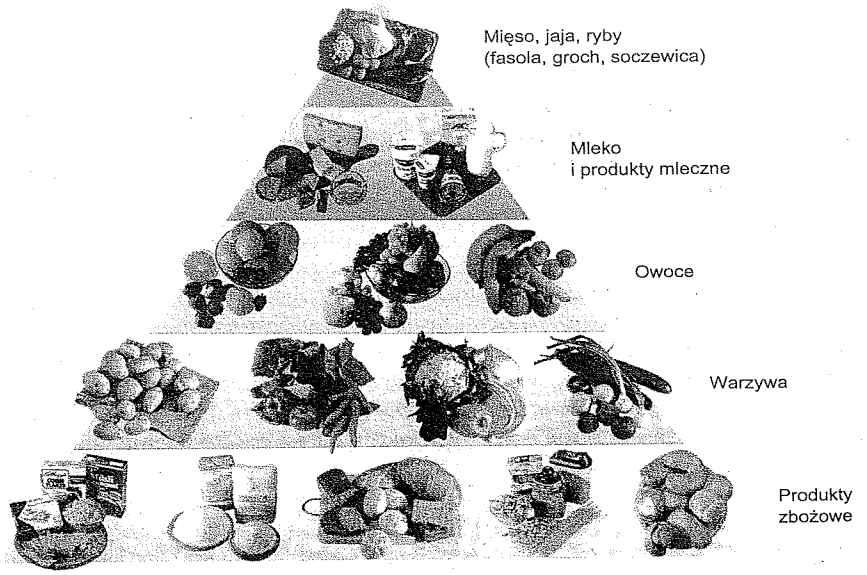
W codziennym żywieniu nie jest możliwe wyliczanie spożycia poszczególnych składników odżywczych. Układając posiłki bierze się pod uwagę **produkty spożywcze** (żywnościowe)[13], które dzieli się na grupy w zależności od ich wartości odżywczej. Istnieją różne podziały produktów spożywczych. Zalecaną ilość (proporcje ich spożycia) określa się w **zaleceniach żywieniowych** dla różnych grup ludności.

[13] Informacje o wartości odżywczej poszczególnych produktów oraz ich znaczenie dla zdrowia i samopoczucia człowieka można znaleźć w wielu poradnikach, a także na stronie internetowej Instytutu Żywności i Żywienia (www.izz.waw.pl).

Piramida zdrowego żywienia

W ostatnich latach opracowuje się graficzne modele zdrowego (optymalnego) żywienia w postaci **piramidy zdrowego żywienia**. Zawiera ona najważniejsze grupy produktów, ułożone na kolejnych poziomach trójkąta – im niższy poziom, tym więcej danych produktów należy spożywać. Istnieje wiele propozycji piramid i wciąż pojawiają się nowe, modyfikowane przez inny podział produktów spożywczych lub dodatkowe informacje[14]. Piramida zalecana przez Instytut Żywności i Żywienia uwzględnia pięć grup produktów (ryc. 2.1):

- **Produkty zbożowe** (pieczywo, kasze, ryż, makaron) – źródło energii, pozostawiają uczucie sytości (dzięki zawartej w nich skrobi), dostarczają błonnika (reguluje pracę jelit, zapobiega zaparciom, chroni przed nowotworami), witamin z grupy B, żelaza, magnezu, cynku; **zalecane ciemne pieczywo** (z pełnych ziaren zbóż).
- **Warzywa** – źródło błonnika, składników mineralnych, witamin (zwłaszcza C i β-karotenu) i innych przeciwutleniaczy, chroniących przed miażdżycą i chorobami nowotworowymi (mają „przewagę" nad owocami, ze względu na mniejszą kaloryczność i zawartość cukrów);



Ryc. 2.1. Piramida zdrowego żywienia, czyli optymalny model żywienia, zalecany przez Instytut Żywności i Żywienia

[14] Niektórzy autorzy używają terminu „piramida zdrowia". Mnogość tych propozycji nie jest korzystna z punktu widzenia edukacji zdrowotnej, powoduje dezorientację, utrudnia zapamiętywanie. W edukacji żywieniowej dzieci i młodzieży najbardziej przydatne są modele jak najprostsze, np. w Kanadzie z 4 grupami produktów (owoce i warzywa łącznie).

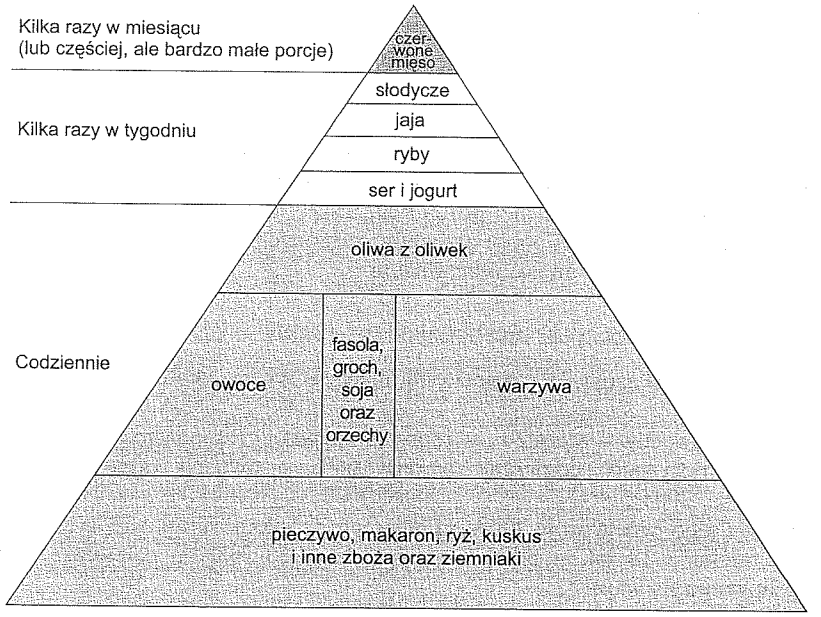
- **Owoce** – źródło podobnych składników jak warzywa; część owoców można zastąpić sokami owocowymi;
- **Mleko i produkty mleczne** – źródło białka, witaminy B_2 i B_{12}, a przede wszystkim łatwo przyswajalnego wapnia, który jest niezbędny m.in. do budowy kości. Do 18 r.ż. kształtuje się ponad 80% tzw. szczytowej masy kostnej; im wyższy jest jej poziom, tym mniejsze ryzyko osteoporozy w starszym wieku; **zalecane mleko chude** (2%) **i jego produkty o małej zawartości tłuszczu**;
- **Mięso (czerwone, drób, wędliny), ryby, jaja** – źródło białka, żelaza, witamin z grupy B; zamiennikami (alternatywami) tych produktów są nasiona roślin strączkowych – fasola, groch, soczewica; **zalecane: chude mięso, drób, ryby, fasola, groch** oraz **umiar w spożywaniu mięsa czerwonego**.

W piramidzie nie uwzględniono dwóch ważnych grup produktów:

– **olejów roślinnych**, zwłaszcza oliwy z oliwek i oleju rzepakowego (chronią przed miażdżycą i nowotworami), które należy spożywać w ilości 2 łyżek stołowych dziennie;

– **wody**, niezbędnej do transportu składników odżywczych, reakcji biochemicznych i regulacji temperatury ciała. Należy wypijać jej, w postaci różnych płynów, około 1,5 l dziennie.

Znacznie bardziej złożona jest piramida **diety śródziemnomorskiej**, uważanej powszechnie na świecie za optymalny model zdrowego żywienia (ryc. 2.2).



Ryc. 2.2. Piramida diety śródziemnomorskiej w modyfikacji W.B. Szostaka, A. Cichockiej, B. Cybulskiej (2001)

Dieta ta obfituje w warzywa (w tym strączkowe), owoce, oliwę z oliwek, ryby. Rzadko spożywane jest mięso i słodycze, praktycznie nie spożywa się masła. Gorące dania popija się młodym, czerwonym winem.

Sposób korzystania z piramidy zdrowego żywienia

W piramidzie podane są tylko **przykłady** produktów z pięciu grup. W posiłkach należy uwzględniać, w miarę możliwości, różne produkty ze wszystkich grup, w odpowiednich proporcjach i ilościach. Dla ułatwienia podaje się liczbę porcji poszczególnych produktów, którą należy spożyć w danym dniu. Liczba tych porcji jest **orientacyjna** i zależy od wieku, masy ciała, aktywności fizycznej (tab. 2.1).

Tabela 2.1. Zalecana dzienna liczba porcji czterech grup produktów i przykłady wielkości porcji

Produkty zbożowe (5–10 porcji)	**Warzywa i owoce** (5–10 porcji)
1 kromka chleba 1 mała bułka lub rogalik 1/2 szklanki gotowanego ryżu lub kaszy 1 szklanka gotowanego makaronu	1 ziemniak średniej wielkości 1/2 szklanki kapusty, kalafiora, szpinaku 1 jabłko średniej wielkości 3 mniejsze owoce np. śliwki
Mleko i przetwory mleczne (7–14 lat 2–3 porcje; 10–18 lat 3–4 porcje)	**Mięso i zamienniki** (1–3 porcje)
1 szklanka mleka lub kefiru 1 kubeczek jogurtu 40 g żółtego sera 1/2 szklanki twarogu	50–100 g chudego mięsa, drobiu, ryby (po przyrządzeniu) 1 jajo 2/3 szklanki gotowanej fasoli, grochu, soczewicy

Jednym z prostych sposobów określenia wielkości porcji jest przyrównywanie ilości danego produktu do wielkości przeciętnej ręki osoby w danym wieku, np. ręka zwinięta w pięść odpowiada jednej porcji ryżu, kaszy; ilość produktów mieszczących się na dłoni odpowiada jednej porcji orzechów, suszonych owoców; wielkość i grubość dłoni określa jedną porcję mięsa, ryby, drobiu.

Niedostatki w spożyciu niezbędnych produktów u dzieci i młodzieży

Wyniki badań wskazują, że u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym niedostateczne jest spożycie:

– warzyw i owoców – w 2002 r., w reprezentatywnej grupie uczniów w wieku 11–15 lat, nie spożywało codziennie: warzyw 64%, a owoców odpowiednio 54% (Woynarowska, 2004);

– mleka i jego przetworów, które są głównym źródłem wapnia; spożycie wapnia, w grupie wieku 7–18 lat, u chłopców odpowiada 60–78%, u dziewcząt 50–68% zapotrzebowania na wapń[15].

[15] Dane Instytutu Żywności i Żywienia dotyczą 2001 r., ale nie wydaje się, że uległy one znaczącej zmianie.

Zwiększone ryzyko niedoborów różnych składników odżywczych istnieje u dziewcząt odchudzających się bez uzasadnienia lub w nieprawidłowy sposób oraz u dziewcząt z obfitymi miesiączkami (niedobór żelaza, niewyrównany odpowiednim żywieniem, powoduje niedokrwistość). Wyniki badań Instytutu Żywności i Żywienia wskazują, że całodzienne diety dziewcząt i kobiet (zwłaszcza w wieku 10–25 lat) zawierają niewystarczające ilości żelaza.

Szczególne potrzeby w zakresie edukacji żywieniowej ma młodzież stosująca diety wegetariańskie. Odmiany łagodne wegetarianizmu dopuszczają uzupełnienie pokarmów pochodzenia roślinnego produktami mlecznymi (laktowegetarianizm) i jajami (laktoowowegetarianizm), a nawet w ograniczonych ilościach rybami i drobiem (semiwegetarianizm). Odmiany radykalne to spożywanie wyłącznie pokarmów roślinnych (weganizm), niekiedy tylko owoców (fruktarianizm) lub tylko naturalnych środków żywnościowych, nie przetworzonych przemysłowo (witarianizm). Szacuje się, że wegetarianie stanowią około 10–15% ogółu ludności, szczególnie duży jest ich odsetek wśród młodych ludzi. Diety te charakteryzują: niedobory białka, mała przyswajalność składników mineralnych (w tym wapnia i żelaza), niedobory witaminy B_{12} i witaminy D. Dlatego też **oficjalna nauka o żywieniu nie popiera żadnej formy wegetariańskiego odżywiania dzieci i młodzieży**. W przypadku stosowania tej diety konieczne jest jej uzupełnianie (suplementacja) preparatami witaminowo-mineralnymi (*Kompendium...*, 2006, s. 325).

Propozycja zajęć

Temat zajęć: „Piramida zdrowego żywienia"

Uczestnicy: dzieci i młodzież w wieku 7–18 lat.

Cele:

– uświadomienie potrzeby urozmaiconej diety i wynikających z niej korzyści;

– umożliwienie oceny własnego sposobu żywienia, porównania go z piramidą zdrowego żywienia i ustalenia rodzajów oraz przyczyn różnic;

– zachęcenie do zaplanowania zmian w swojej dotychczasowej piramidzie żywienia.

Przebieg zajęć:

- Na kilka dni przed zajęciami poproś uczestników, aby w ciągu jednego dnia zapisywali wszystkie produkty (także płyny), jakie w tym dniu spożywali oraz orientacyjną ich ilość (wyjaśnij, w jaki sposób to zapisywać). Poproś, aby w określonym dniu przynieśli to co zapisali.
- Przygotuj wycięte z gazet ilustracje produktów z 5 grup, zawartych w „Piramidzie zdrowego żywienia", rozłóż je w sposób łatwo dostępny dla uczestników.
- Zapytaj (lub wyjaśnij), dlaczego człowiek powinien codziennie spożywać różne produkty spożywcze, aby był zdrowy i miał dobre samopoczucie.
- Poproś, aby wybrali obrazki odpowiadające produktom, jakie spożyli w wybranym przez siebie dniu, a w razie braku odpowiedniego „obrazka" zapisali ich nazwę (lub je narysowali) na pojedynczych, małych kartkach (wcześniej przygotowanych).

- Zaprezentuj i omów zasady „Piramidy zdrowego żywienia" (ryc. 2.1). Poproś, aby korzystając z „obrazków" ułożyli na arkuszach papieru własne piramidy i zaprezentowali je najbliższemu sąsiadowi.
- Przedyskutujcie w całej grupie następujące kwestie:
  - Jakie są różnice w ich „piramidach" w stosunku do wzorca?
  - Jakie są korzyści z urozmaiconej diety dla zdrowia i dobrego samopoczucia?
  - Na ile sami mogą decydować o tym, co znajduje się w ich codziennym jadłospisie?
- Daj każdemu arkusz nr 1 „Mój plan" i poproś, aby zaplanowali, co zrobią, aby ich posiłki były urozmaicone i co im pomoże, a co utrudni wprowadzenie tych zmian. Zachęć do przedyskutowania tych planów z rodzicami. Po pewnym czasie warto wrócić do tego arkusza i przedyskutować: Czy i co udało się zmienić w modelu żywienia? Co w tym pomogło, a co utrudniało?

Arkusz nr 1

MÓJ PLAN

Co zrobię, aby moje posiłki były urozmaicone, zawierały niezbędne produkty?

1.

2.

3.

Co mi w tym pomoże?

Co może mi utrudnić?

2.4.2. Umiarkowanie w jedzeniu

Zdrowiu i prawidłowemu rozwojowi sprzyja zrównoważony bilans energetyczny, tzn. gdy pobieramy tyle energii, ile wydatkujemy. Dzięki temu u dorosłych masa ciała utrzymuje się na stałym poziomie (z niewielkimi tylko wahaniami), a u dzieci i młodzieży przyrosty masy ciała są zgodne z normą dla wieku

Składniki odżywcze pobrane z pokarmem organizm wykorzystuje na trzy sposoby:
- czerpie energię na podtrzymanie procesów życiowych (podstawową przemianę materii);
- wykorzystuje na budowę nowych i odnowę zużytych komórek i tkanek;
- magazynuje, jako zapas energii w postaci tłuszczu.

Powszechnym zjawiskiem w krajach rozwiniętych jest **nadmierne jedzenie** (przejadanie się), uwarunkowane wieloma czynnikami biologicznymi, społeczno-kulturowymi i psychologicznymi (Ogińska-Bulik, 2004)[16]. Powoduje to **nadkonsumpcję**

[16] W książce tej zamieszczono także Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem (s. 313–314) oraz programy psychologicznego wspomagania redukcji nadwagi.

energii, czego efektem jest odkładanie się zbyt dużej ilości tkanki tłuszczowej i nadwaga lub otyłość. Świadczy ona o zaburzeniu równowagi energetycznej (homeostazy) ustroju. Najczęściej jest to **otyłość prosta**, a jej przyczyną jest nieprawidłowe żywienie i mała aktywność fizyczna, szczególnie u osób, w których rodzinach często występuje otyłość (genetyczne uwarunkowania otyłości). Nadmierne jedzenie może być cechą różnych zaburzeń jedzenia (np. bulimia psychiczna, przymus jedzenia niektórych produktów, w tym zwłaszcza słodyczy).

U dzieci i młodzieży, ze względu na procesy wzrastania, uzasadniony jest **dodatni bilans energetyczny**, tzn. większe spożycie energii niż jej wydatkowanie. Jednak długotrwałe przejadanie się prowadzi do nadwagi w każdym okresie rozwoju.

Regulacja spożywania pokarmów[17]

Pobieranie pokarmów jest regulowane przez złożony mechanizm fizjologiczny odpowiadający za poczucie **głodu** i **sytości**. Ośrodki sterujące tym mechanizmem są w mózgu, w podwzgórzu. Uczucie głodu uruchamia poszukiwanie i spożywanie pożywienia. Podczas jedzenia pojawia się poczucie sytości, które stopniowo prowadzi do zaprzestania konsumpcji. Mechanizm ten może jednak działać wadliwie. Osłabiać go mogą przyzwyczajenia człowieka lub inne sytuacje społeczne (np. namawianie lub zmuszanie do jedzenia). Powoduje to nadmierne spożycie różnych produktów, prowadzące do nadwagi.

Jednym z zalecanych sposobów ograniczenia nadmiaru spożywanych pokarmów jest **zaprzestanie jedzenia przy lekkim poczuciu niedosytu** (nie przejadanie się). Uczucie sytości jest związane z czterema rodzajami sygnałów przekazywanych do mózgu. Pierwszy sygnał – motoryczny, związany z wypełnieniem żołądka i rozciągnięciem jego ściany – uruchamia kolejno trzy inne sygnały (metaboliczne, hormonalne i termiczne). Włączają się one z pewnym opóźnieniem i pełne, przyjemne odczucie sytości pojawia się zwykle kilkanaście minut później. Pamiętanie o tym sprzyja umiarowi w jedzeniu.

Odrębnym pojęciem jest **apetyt**, czyli chęć spożycia jakiegoś określonego pokarmu (przyjemnościowy aspekt wyboru pokarmu). Głód i apetyt nie zawsze występują równocześnie. Można być głodnym, ale nie mieć apetytu na dany pokarm i odwrotnie – bez uczucia głodu mieć apetyt na jakiś produkt i zjeść go.

W nauce o żywieniu podkreśla się, że mechanizm głód–sytość nie jest jedynym czynnikiem odpowiedzialnym za poszukiwanie pokarmu, rozpoczynanie i kończenie jego spożywania. Człowiek, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, rzadko kiedy je, gdy odczuwa głód. Jedzenie jest uwarunkowane porą dnia, zwyczajami panującymi w rodzinie, towarzystwem innych konsumentów. Pomaga także w radzeniu sobie ze stresem i negatywnymi emocjami (np. złość, lęk, smutek). Powszechnym zjawiskiem jest dojadanie (pojadanie) między posiłkami, mimo nieodczuwania głodu.

[17] Szczegółowy opis mechanizmów regulacji spożywania posiłków można znaleźć w podręcznikach: *Kompendium...*, 2006; *Żywienie...*, 2006.

Kontrolowanie wartości energetycznej pokarmów

Dzienne zapotrzebowanie na energię zależy do wieku, płci, masy ciała i aktywności fizycznej (tab. 2.2). Podstawowym źródłem energii są zawarte w żywności tłuszcze i węglowodany. Ilość energii uzyskiwana z tłuszczu wynosi 9 kcal/g, z węglowodanów i białek 4 kcal/g. O wartości energetycznej decyduje także zawartość wody w produkcie, która nie dostarcza energii. Wysokokaloryczne są produkty zawierające dużo tłuszczu i mało wody, a niskoenergetyczne – produkty o dużej zawartości wody i ubogie lub pozbawione tłuszczu. Należy jednak pamiętać, że produkty zawierające węglowodany i białko, spożyte w nadmiarze, są w organizmie przetworzone na tłuszcz.

Tabela 2.2. Normy dobowego zapotrzebowania na energię dla dzieci i młodzieży w wieku 7–18 lat przy umiarkowanej aktywności fizycznej, w zależności od masy ciała

Wiek (lata)	Chłopcy		Dziewczęta	
	masa ciała (kg)	energia (kcal/dobę)	masa ciała (kg)	energia (kcal/dobę)
7–9	25	1900	25	1900
	27	2000	27	2000
	30	2200	30	2200
10–12	35	2150	35	2000
	37	2200	37	2050
	39	2250	39	2100
	42	2350	42	2150
13–15	47	2500	45	2200
	50	2600	50	2300
	53	2650	53	2350
	56	2750	55	2400
	59	2850		
16–18	50	2600	45	2200
	55	2750	50	2300
	60	2900	55	2400
	65	3050	60	2600
	70	3200	65	2600

Na podstawie: Instytut Żywności i Żywienia (www.izz.waw.pl). Normy te są obecnie nowelizowane.

Ważnym elementem prozdrowotnej edukacji żywieniowej jest zachęcanie młodych ludzi do zwracania uwagi na **kaloryczność spożywanych produktów** (tab. 2.3)[18], np. sprawdzanie na etykietach produktów ich wartości energetycznej.

[18] W tabeli tej nie podano wartości energetycznej: masła (ekstra) – 735 kcal/100 g, margaryny (Rama) – 621 kcal/100 g, smalcu – 880 kcal/100 g.

Tabela 2.3. Wartość energetyczna wybranych produktów z piramidy zdrowego żywienia oraz łakoci – kalorie (kcal), w przybliżeniu na 100 g produktu

Produkty zbożowe		Warzywa		Owoce	
Chleb żytni jasny	241	Ziemniaki	77	Jabłko	46
Chleb żytni razowy	223	Papryka czerwona	28	Gruszka	54
Kajzerki	295	Pomidor	15	Czereśnie	61
Chrupki kukurydziane	352	Marchew	27	Truskawki	28
Musli z owocami suszonymi	325	Ogórek	13	Śliwki	45
Kasza gryczana	336	Rzodkiewka	14	Pomarańcza	44
Makaron suchy 2-jajeczny	373	Kapusta kwaszona	11	Banan	95
Mleko i jego przetwory		**Mięso, wędliny, drób, ryby**		**Łakocie**	
Mleko 2% tłuszczu	51	Kotlet schabowy	351	Cukier	406
Jogurt owocowy 1,5% tłuszczu	63	Kotlet z kurczaka panier.	247	Miód pszczeli	324
Jogurt naturalny 2,0% tłuszczu	60	Kiełbasa toruńska	263	Irysy, krówki	421
Kefir 2% tłuszczu	51	Parówki	342	Baton Snickers	497
Ser twarogowy chudy	99	Szynka wieprzowa	233	Czekolada mleczna	549
Ser twarogowy tłusty	175	Filet z dorsza smażony	273	Wafle w czekoladzie	553
Ser Gouda tłusty	316	Tuńczyk w oleju	190	Chipsy solone	552

Na podstawie: H. Kunachowicz i in. (2002) *Liczymy kalorie*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Propozycja zajęć

Temat zajęć: „Liczymy kalorie"

Uczestnicy: młodzież w wieku 12–18 lat.

Cele:

– zapoznanie z pojęciem bilansu energetycznego organizmu i potrzebą jego kontrolowania;

– uświadomienie, co powoduje, że sięgamy po pokarm i zaprzestajemy go jeść;

– uświadomienie przyczyn i skutków nadmiernego jedzenia;

– zachęcanie do kontrolowania kaloryczności spożywanych produktów oraz samooceny wydatku energii.

Przebieg zajęć:

- Poproś, aby każdy przyniósł na zajęcia 3–4 opakowania różnych produktów spożywczych, zawierające informację o ich wartości energetycznej (liczbie kalorii). Przygotuj dodatkowe kartki z zawartością kalorii w różnych produktach (tab. 2.3). Podzielcie je na 5 „zbiorów", odpowiadających grupom produktów zawartych w „Piramidzie zdrowego żywienia".
- Zapytaj, jak rozumieją pojęcia: pobieranie i wydatkowanie energii, produkty nisko- i wysokokaloryczne, podaj dodatkowe informacje.
- Podziel uczestników na 5 zespołów i każdemu daj jeden „zbiór" opakowań i kartek. Poproś, aby ułożyli je od największej do najmniejszej kaloryczności i przed-

stawili wyniki swojej pracy całej grupie. Podsumuj, jakie produkty są wysokokaloryczne i jak można ograniczyć ich spożycie.

- Podaj informacje o normie dobowego zapotrzebowania na energię osób w ich wieku (tab. 2.2). Wyjaśnij, od czego zależy to zapotrzebowanie i jak zmienia się w okresie dzieciństwa i młodości.
- Poproś, aby w tych samych zespołach zastanowili się nad odpowiedzią na jedno z podanych niżej pytań (wylosowanych), a następnie przedstawili wyniki dyskusji całej grupie:
  - Co się dzieje w organizmie, gdy spożywamy za dużo pokarmów w stosunku do zapotrzebowania?
  - Dlaczego ludzie się przejadają i jak tego uniknąć?
  - Jak czujemy się i co robimy, gdy odczuwamy głód i sytość?
  - Jaka jest różnica między głodem a apetytem?
  - Dlaczego niektórzy ludzie namawiają do nadmiernego jedzenia i jak się przed tym bronić?
- Podsumuj wyniki dyskusji, przekaż w razie potrzeby dodatkowe informacje.

2.4.3. Uregulowane żywienie

W ciągu dnia przerwy między posiłkami u dzieci i młodzieży powinny wynosić 3–4 godziny. Jedzenie w zbyt długich odstępach czasu powoduje spadek poziomu cukru we krwi, co zmniejsza zdolność do nauki, pogarsza samopoczucie, powoduje rozdrażnienie itd. Warto zapamiętać zasadę: 5 × 4 × 4 – pięć grup produktów spożywczych, 4 posiłki dziennie, spożywane co 4 godziny

Czas trwania odczucia sytości po zjedzeniu posiłku zależy od rodzaju i ilości spożytych produktów oraz złożonego systemu reakcji regulowanych przez ośrodkowy układ nerwowy. **Uregulowane żywienie** oznacza, że posiłki są spożywane:

- w **odpowiednich odstępach czasu** – ludzie dorośli co 4–5 godzin, a dzieci i młodzież co 3–4 godzin, co oznacza zjadanie 4 lub 5 posiłków dziennie;
- w **stałych porach dnia**, w tym pierwsze śniadanie przed wyjściem do pracy lub szkoły, kolację około 2 godzin przed położeniem się spać;
- z zachowaniem odpowiedniego procentowego **rozdziału energii na poszczególne posiłki** – przy 4 posiłkach: I śniadanie 25–30%, II śniadanie 5–10%, obiad – 35–40%, kolacja 25–30%.

Istnieje wiele dowodów o korzyściach z uregulowanego żywienia. Stwierdzono m.in., że:

– uczniowie w wieku 11–15 lat, spożywający codziennie trzy posiłki, w porównaniu z odżywiającymi się nieregularnie: częściej oceniają swoje zdrowie jako bardzo dobre, są zadowoleni z życia; rzadziej odczuwają bóle głowy, brzucha, zdenerwowanie, rozdrażnienie lub zły humor; rzadziej ulegają urazom oraz uczestniczą w bójkach i dręczeniu innych uczniów oraz rzadziej mają poczucie przeciążenia nauką (Woynarowska, 2004);

– częstsze i regularnie spożywane posiłki oraz niezbyt obfite kolacje, spożywane około 2 godzin przed snem, zmniejszają ryzyko otyłości.

Znaczenie pierwszego śniadania

Pierwsze śniadanie uważane jest za **najważniejszy posiłek**. Po śnie nocnym stężenie glukozy we krwi jest niskie i bez posiłku może się jeszcze obniżyć[19]. Upośledza to funkcję komórek, szczególnie mózgu, dla których glukoza jest jedynym źródłem energii. Wpływa to niekorzystnie na procesy poznawcze, zwłaszcza szybkość przypominania. Wyniki badań wskazują, że uczniowie, którzy spożywali prawidłowe śniadania, w porównaniu z rówieśnikami, którzy ich nie zjadali: szybciej pracują i popełniają mniej błędów, mają więcej pomysłów, lepszą kondycję fizyczną, lepsze wyniki w testach sprawności fizycznej.

Niezjadanie przez uczniów pierwszego śniadania w domu powoduje, że rozpoczynają naukę na czczo, a w szkole nie mają możliwości zjedzenia prawidłowego posiłku, co obniża ich dyspozycję do nauki. W 2002 r., wśród nastolatków w wieku 11–15 lat, 39% nie zjadało codziennie śniadania w dni szkolne, a 26% nie spożywało w szkole żadnego posiłku (Woynarowska, 2004). Podobna sytuacja istnieje w innych krajach. Z tego powodu, w niektórych krajach (np. w Walii), organizowane są pierwsze śniadania dla uczniów. Opuszczenie śniadania powoduje, że w następnych posiłkach trudno pokryć zapotrzebowanie na niezbędne składniki odżywcze, co może prowadzić do ich niedoborów.

Pierwsze śniadanie powinno dostarczać 25–30% energii (u dzieci i młodzieży 500–800 kcal) i składać się z co najmniej z 4 grup produktów. Śniadanie niezrównoważone, np. tylko produkty bogate w węglowodany (np. herbata z cukrem i bułka z dżemem), powoduje, że po jego spożyciu stężenie glukozy we krwi gwałtownie wzrasta ponad normę (mamy poczucie sytości), ale już po godzinie obniża się poniżej normalnego poziomu (odczuwamy zmęczenie).

Śniadanie należy spożywać bez pośpiechu, najlepiej w gronie rodziny, co integruje jej członków i tworzy dla dzieci dobre wzorce. Posiłek ten rozpoczyna nowy dzień, jest spożywany w czasie, gdy nikt jeszcze nie miał „złego dnia" i warto zadbać, aby sprzyjał dobremu samopoczuciu.

Propozycja zajęć

Temat zajęć: „**Pierwsze śniadanie**"

Uczestnicy: dzieci i młodzież w wieku 10–18 lat.

Cele:

– uświadomienie uczestnikom, dlaczego należy jeść pierwsze śniadanie;

– zidentyfikowanie przyczyn niezjadania śniadań przez dorosłych i młodych ludzi;

[19] W języku angielskim *breakfast* oznacza dosłownie przerwać głód – *to break the fast.*

– umożliwienie dokonania oceny częstotliwości zjadania śniadań i rodzaju spożywanych produktów;

– zachęcenie do codziennego spożywania zbilansowanych śniadań, bez pośpiechu.

Przebieg zajęć:

- Daj każdemu arkusz nr 2 „Pierwsze śniadanie" i zachęć, aby wypełnili go dla siebie.
- Poproś, aby w zespołach 4–6-osobowych podsumowali wyniki odpowiedzi na zawarte w arkuszu pytania, zapisali je na arkuszu oraz zastanowili się: Dlaczego ludzie dorośli i młodzi nie jedzą śniadań?
- Poproś, aby przedstawili wyniki analizy, podsumuj je i zapisz na tablicy, a następnie przyczyny niezjadania pierwszych śniadań. Zapisz wszystkie (nie powtarzające się) przyczyny na tablicy lub arkuszu papieru (jedna pod drugą, zostawiając obok miejsce). Ustalcie wspólnie, co można zrobić, aby usunąć te przyczyny (zapisz to).
- Przedyskutujcie wspólnie następujące kwestie:
  – Dlaczego ważne jest spożywanie pierwszego śniadania?
  – Jakie produkty powinny być spożywane na pierwsze śniadanie?
  – O co należy zadbać przy spożywaniu pierwszego śniadania?
- Na zakończenie zachęć, aby każdy zrobił plan „udoskonalenia" swoich śniadań i przedyskutował go w domu z rodzicami. Warto umówić się z uczestnikami, po jakim czasie wrócicie do tego tematu i będą mogli wymienić się swymi osiągnięciami i doświadczeniami.

Arkusz nr 2

PIERWSZE ŚNIADANIE

1. **Czy jadłaś/-eś dziś w domu, przed wyjściem do szkoły śniadanie**? TAK NIE

   jeśli TAK – napisz co jadłaś/eś

   .....

   jeśli NIE – napisz, dlaczego nie jadłaś/eś

   .....

2. **Jak często zdarza się, że nie jesz śniadania w domu**: zjadam codziennie lub prawie codziennie,

   zjadam: 6–4 razy w tygodniu, 3–2 razy w tygodniu, 1 raz w tygodniu lub wcale

3. **Czy Twoja mama jadła dziś rano śniadanie?** TAK NIE NIE WIEM
4. **Czy Twój tata jadł dziś rano śniadanie?** TAK NIE NIE WIEM

2.4.4. Umiejętność przygotowania posiłków

Autor omawianych zaleceń żywieniowych S. Berger użył terminu „umiejętność przyrządzania potraw", która powinna sprzyjać „zachowaniu wartości odżywczej produktów i zapewnieniu ich jakości sensorycznej". W edukacji żywieniowej dzieci i młodzieży to czwarte „**U**" należy rozpatrywać szerzej, jako umiejętność:

- **Planowania posiłków i układania jadłospisu** – dobór produktów zgodny z piramidą zdrowego żywienia, ale z uwzględnieniem sezonowości rynku żywnościowego, kosztów produktów i ich dostępnością oraz rodzajem posiłku – codzienny, czy odświętny (z jakiej okazji). Tematem atrakcyjnym dla młodzieży może być zaplanowanie potraw na szkolną „imprezę", imieniny lub urodziny;
- **Zakupu żywności**, który wiąże się z edukacją konsumencką. Należy zwrócić uwagę na:
  – uświadomienie uczniom, że są konsumentami i jakie mają prawa[20];
  – kształtowanie umiejętności odczytywania etykiet na opakowaniach produktów. Etykieta ta powinna zawierać następujące informacje: nazwa produktu, wykaz zawartych w nich składników odżywczych, substancji dodatkowych, termin przydatności do spożycia (data minimalnej trwałości), dane identyfikujące producenta, ilość produktu lub liczba sztuk, warunki przechowywania oraz sposób przygotowania i stosowania;
  – uświadomienie zagrożeń dla zdrowia związanych z zakupem żywności nieświeżej oraz w handlu okrężnym (obwoźnym i obnośnym).
- **Przenoszenie i przechowywanie żywności** – w sposób zapobiegający jej zanieczyszczeniu, zepsuciu oraz utracie wartości odżywczych.

Planowanie i realizacja zajęć uwzględniających wymienione zagadnienia wymaga inwencji osób prowadzących edukację żywieniową, w zależności od potrzeb danej grupy. Do planowania tych zajęć należy włączyć uczniów, zachęcić ich do zdobycia odpowiednich materiałów, publikacji, demonstracji sposobu przygotowywania potraw i ich podania, zorganizowania degustacji itd.

2.4.5. Uprawianie sportu i inne formy aktywności fizycznej

Aktywność fizyczna, w połączeniu ze zdrowym żywieniem, jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka oraz kluczowym warunkiem zachowania i wzmacniania zdrowia we wszystkich okresach życia

Żywienie (przyjmowanie energii) człowieka musi być rozpatrywane w kontekście jego aktywności fizycznej (wydatkowania energii). Znalazło to m.in. wyraz w propozycji nowej piramidy zdrowego żywienia, opracowanej przez naukowców w USA, w której na najniższym piętrze umieszczono codzienną aktywność fizyczną i kontrolę masy ciała[21].

[20] Patrz ustawa z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. 2000, nr 122, poz. 1319, pózn. zm.) oraz www.konsument.net4.pl; www.federacja-konsumentów.org.pl

[21] Ford Pyramids www.hsph.harvard.edu; patrz też: W.C. Willett, M.J. Stampfer (2003) *Piramida żywieniowa w przebudowie*, „Świat Nauki", marzec, s. 46–51.

Co to jest aktywność fizyczna?

Aktywność fizyczna to wszystkie czynności i zajęcia związane z wysiłkiem fizycznym i ruchem (pracą mięśni), w czasie których czynność serca i oddech przyśpiesza się, pojawia się uczucie ciepła (i często pocenie się). Aktywność fizyczna jest pojęciem szerokim, obejmującym różne formy aktywności ruchowej człowieka, w tym:

– **ćwiczenia fizyczne** – zaplanowane, ustrukturalizowane i powtarzane ruchy ciała, mające na celu poprawę lub utrzymanie różnych komponentów sprawności fizycznej (w tym uprawianie sportu)[22];

– **wysiłki** związane z wieloma zajęciami i czynnościami w codziennym życiu (np. chodzenie pieszo, jazda na rowerze do szkoły lub pracy, praca zawodowa, praca w ogrodzie, domu, gospodarstwie).

Tabela 2.4. Wydatkowanie energii w kcal na 10 minut w czasie różnych zajęć i form aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży, w zależności od masy ciała

Rodzaj aktywności	Masa ciała w kg									
	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
Siedzenie:										
całkowity bezruch	8	8	9	9	10	10	11	11	12	12
spokojna zabawa	11	12	14	15	15	16	17	18	19	20
Marsz z prędkością:										
4 km/godz.	17	19	21	23	26	28	30	32	34	36
6 km/godz.	24	26	28	30	32	34	37	40	43	48
Bieg z prędkością:										
8 km/godz.	37	45	52	60	66	72	78	84	90	95
10 km/godz.	48	55	64	73	79	85	92	100	107	113
12 km/godz.	–	–	76	83	91	99	107	115	123	130
Jazda na rowerze:										
10 km/godz.	15	17	20	23	26	29	33	36	39	42
15 km/godz.	22	27	32	36	41	46	50	55	60	65
Gimnastyka	13	17	20	23	26	30	33	36	40	43
Jazda na nartach (bieg)	24	30	36	42	48	54	60	66	72	78
Judo	39	49	59	69	78	88	98	108	118	127
Koszykówka	34	43	51	60	68	77	85	94	102	110
Piłka nożna	36	45	54	63	72	81	90	99	108	117
Piłka siatkowa	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
Pływanie na piersiach	19	24	29	34	38	43	48	53	58	62
Tenis stołowy	14	17	20	24	28	31	34	37	41	44
Tenis	22	28	33	39	44	50	55	61	66	72

Na podstawie: O. Bar-Or (1983) *Pediatric sports medicine for practitioner from physiologic principles to clinical applications. Appendix IV*, New York, Springer-Verlag.

[22] *Exercise*: Nurtition Source, Harvard School of Public Health (ww.hsph.harvard.edu/nutrituionsource/Exercise)

Aktywność fizyczna wiąże się z **wydatkiem energii**, zależnym od jej rodzaju, intensywności i czasu trwania, a także masy ciała (tab. 2.4).

Wysiłki fizyczne, w zależności od ich intensywności, dzieli się zwykle na trzy grupy:

– **wysiłki o małej intensywności** (lekkie) – zaczynamy odczuwać ciepło, nieznacznie przyspiesza się oddech i tętno (np. spacer, lekka praca w ogrodzie);

– **wysiłki o umiarkowanej intensywności** – wyraźnie odczuwamy ciepło i przyspiesza się oddech (np. szybki marsz, wchodzenie po schodach, jazda na rowerze, pływanie, taniec);

– **wysiłki o dużej intensywności** – jesteśmy zgrzani, spoceni, mamy zadyszkę (szybki oddech, brak „tchu"), wyraźnie przyśpieszone tętno (np. aerobik, jogging, szybkie pływanie, szybki taniec).

Znaczenie aktywności fizycznej w dzieciństwie i młodości

Aktywność fizyczna w dzieciństwie i młodości pełni cztery podstawowe funkcje:

1. **Stymulacja i wspomaganie rozwoju**: fizycznego (wzrastanie, rozwój mięśni i funkcji zaopatrzenia tlenowego), psychicznego (dziecko uczy się pokonywać trudności, radzić sobie ze zmęczeniem, przeżywać sukcesy i porażki, kontrolować emocje), społecznego (dziecko kształtuje relacje z innymi, uczy się współpracy, samokontroli).
2. **Adaptacja** do bodźców i zmian środowiska fizycznego (hartowanie) i społecznego.
3. **Kompensacja** nadmiernego unieruchomienia związanego z nauką w szkole, odrabianiem lekcji, oglądaniem telewizji, pracą przy komputerze (są to zajęcia konkurencyjne w stosunku do aktywności fizycznej).
4. **Korekcja i terapia wielu zaburzeń**, w tym zwłaszcza otyłości, cukrzycy, mózgowego porażenia dziecięcego, chorób układu ruchu.

Odpowiedni poziom aktywności fizycznej w dzieciństwie i młodości i pozytywne doświadczenia z nią związane stwarzają szansę na **całożyciową aktywność fizyczną**. Obniżanie się tego poziomu u dorosłych i młodych ludzi jest poważnym problemem we wszystkich krajach cywilizowanych. Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży zmniejsza się z wiekiem. Odsetek młodzieży w Polsce osiągającej zalecany jej poziom[23] ilustrują następujące dane:

	11 lat	13 lat	15 lat	18 lat
Chłopcy	45%	40%	38%	17%
Dziewczęta	39%	27%	23%	11%

Nasilająca się z wiekiem hipokinezja, czyli niedobór ruchu, jest przyczyną regresu sprawności i wydolności fizycznej młodzieży. Wskazują na to wyniki badań,

[23] Przyjęty tu zalecany poziom aktywności fizycznej to wykonywanie przez co najmniej 60 minut dziennie wysiłków fizycznych o umiarkowanej i dużej intensywności 5–7 dni w tygodniu – za: J.J. Prochaska, J.F. Salis, B. Long (2001) *A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care*, „Archives Paediatric Adolescent Medicine", nr 5, s. 554–559. Prezentowane dane pochodzą z badań własnych, wykonanych w 2002 i 2005 r.

przeprowadzonych w Polsce w latach 1979–1999, w bardzo licznych grupach dzieci i młodzieży w wieku 7,5–19,5 lat[24].

Rekomendacje dotyczące poziomu aktywności fizycznej

W wielu krajach opracowywane są przez zespoły ekspertów rekomendacje dotyczące aktywności fizycznej (s. 57). Nowym podejściem jest zachęcanie ludzi do zwiększania udziału wysiłków fizycznych w codziennym życiu (np. chodzenie pieszo, zamiast jazdy samochodem, używanie schodów, zamiast windy) oraz branie pod uwagę w ocenie poziomu aktywności fizycznej łącznie wszystkich wysiłków, a nie tylko zorganizowanych zajęć ruchowych i treningów sportowych. Zdaniem różnych zespołów ekspertów w Anglii, Kanadzie i USA zalecany poziom aktywności fizycznej to **wykonywane codziennie, przez 60 minut i więcej, różnorodne wysiłki fizyczne o co najmniej umiarkowanej intensywności**. Bierze się pod uwagę lekcje wychowania fizycznego, inne zorganizowane zajęcia ruchowe, uprawianie sportu, a także marsz (jazdę na rowerze) do i ze szkoły, prace w domu, pomoc w gospodarstwie, taniec itd. Szczególnie zalecane są ćwiczenia: wytrzymałościowe, zwiększające gibkość oraz siłę różnych grup mięśniowych.

U dzieci i młodzieży, ze względu na systematycznie zmniejszającą się z wiekiem spontaniczną (naturalną) aktywność fizyczną, niezbędne są systematyczne, zorganizowane zajęcia o różnorodnych formach ruchu. Grupą, która jest szczególnie zagrożona hipokinezją, są dziewczęta w okresie dojrzewania płciowego.

Propozycja zajęć

Temat zajęć: „**Aktywność fizyczna**"

Uczestnicy: młodzież w wieku 12–18 lat.

Cele:

– wyjaśnienie pojęcia „aktywność fizyczna" i „zalecana aktywność fizyczna" w kontekście codziennego życia;

– uświadomienie znaczenia aktywności fizycznej oraz przyczyn jej niedoboru;

– umożliwienie dokonania oceny czasu przeznaczanego na aktywność fizyczną i zajęcia sedenteryjne oraz zaplanowania zmian.

Przebieg zajęć:

- Poproś, aby każdy zapisał wszystkie formy aktywności fizycznej, które podejmował w ostatnim tygodniu. Poproś, aby wymieniali je, sporządź ich listę na tablicy lub arkuszu papieru.
- Zachęć, aby w zespołach 4–5-osobowych dokonali podziału zapisanych form aktywności fizycznej, ustalając różne kryteria podziału, oraz dokończyli zdanie: „Aktywność fizyczna to...

[24] R. Przewęda, J. Dobosz (2003) *Kondycja fizyczna polskiej młodzieży*, Warszawa, Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie. Studia i monografie.

Arkusz nr 3

BILANS MOJEJ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Aktywność fizyczna to wszystkie czynności i zajęcia związane z wysiłkiem fizycznym i ruchem (praca mięśni), w czasie których czynność serca i oddech przyśpiesza się, pojawia się uczucie ciepła, pocenie się. Wiąże się to z zajęciami WF w szkole, uprawianiem sportu, grami z kolegami, marszem do szkoły. Przykłady aktywności fizycznej to: bieg, szybki marsz, pływanie, jazda na rolkach, taniec, jazda na łyżwach, gra w siatkówkę, koszykówkę, piłkę nożną, praca w ogrodzie, gospodarstwie domowym.

1. **Moja aktywność fizyczna, w porównaniu z rówieśnikami jest*:**
   znacznie większa większa przeciętna mniejsza znacznie mniejsza

2. **Bilans moich zajęć w dniu wczorajszym**, tzn. dnia *(wpisz datę i dzień tygodnia)*
   .....

   Wylicz, ile razem minut poświęciłaś/eś na podane niżej zajęcia:

Aktywność fizyczna	Minuty	Zajęcia związane z siedzeniem lub leżeniem	Minuty
Lekcje WF w szkole Inne zajęcia ruchowe w szkole Uprawianie sportu poza szkołą Bieganie Jazda na rowerze, deskorolce itd. Marsz szybki Marsz wolny/spacer Wchodzenie po schodach Pływanie Inne zajęcia związane z wysiłkiem fizycznym – jakie.....		Nauka w szkole Odrabianie lekcji Oglądanie telewizji i wideo Korzystanie z komputera Siedzenie z innymi osobami Inne zajęcia związane z siedzeniem lub leżeniem (bez snu nocnego) – jakie.....	
Razem		**Razem**	

3. **Czas trwania wysiłków fizycznych o różnej intensywności** – *określ szacunkową liczbę minut, które poświęciłaś/eś wczoraj na następujące wysiłki:*

Intensywność wysiłków	Czas trwania w minutach
Wysiłki lekkie, przy których zaczynasz odczuwać ciepło, nieznacznie przyśpiesza się oddech (np. spacer, lekka praca w ogrodzie)	
Wysiłki umiarkowane, przy których odczuwa się ciepło, wyraźnie przyśpiesza się oddech (np. szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie, taniec)	
Wysiłki intensywne, przy których odczuwa się zgrzanie i zadyszkę (np. aerobik, jogging, szybkie pływanie, szybki taniec)	

4. Wnioski wynikające z bilansu:

.....

5. Co mogę zrobić, aby zwiększyć swoją aktywność fizyczną:

.....

Co mi ułatwi zwiększenie aktywności fizycznej:

.....

Co mi utrudni zwiększenie aktywności fizycznej:

.....

- Zaproś do zaprezentowania wyników prac. Przedstaw podaną wyżej „definicję" aktywności fizycznej (s. 314) i porównajcie ją z propozycjami zespołów. Wyjaśnij pojęcia: „aktywność fizyczna" i „ćwiczenia fizyczne", „zalecana aktywność fizyczna", „wysiłki lekkie, umiarkowane i intensywne".
- Każdemu zespołowi daj jedno z podanych dalej pytań i poproś, aby na nie odpowiedzieli:
  - Jakie są korzyści z aktywności fizycznej?
  - Jakie mogą być skutki niedoboru aktywności fizycznej?
  - Jakie są przyczyny, że obecnie ludzie młodzi i dorośli są mało aktywni fizycznie?
  - Jakie są przyczyny, że wśród ich rówieśników są osoby mało i bardzo aktywne fizycznie?
- Zorganizuj prezentację wyników prac zespołów. Uzupełniaj lub koryguj ich wypowiedzi.
- Daj każdemu arkusz nr 3 „Bilans mojej aktywności fizycznej" i zachęć, aby go wypełnili, według podanej w nim instrukcji. W razie potrzeby udzielaj dodatkowych wyjaśnień.
- Na zakończenie poproś, aby podzielili się swoimi pomysłami na zwiększenie aktywności fizycznej.

2.4.6. Unikanie lub ograniczanie spożycia niektórych produktów

Aby zapobiegać wielu chorobom, w codziennej diecie należy ograniczyć spożycie soli kuchennej, cukru i produktów zawierających cukier oraz tłuszczów zwierzęcych i alkoholu

Sól kuchenna jest produktem dodawanym do żywności w czasie jej przetwarzania (np. do wędlin, konserw, żółtych serów, pieczywa) i przygotowywania w domu. Dużo soli znajduje się w słonych przekąskach, np. paluszkach, chipsach. Nadmierne spożycie soli może być przyczyną nadciśnienia tętniczego, nawet w młodym wieku. Eksperci WHO

zalecają, aby nie spożywać więcej niż **6 g soli dziennie**, ale większość ludzi przekracza tę normę trzykrotnie. Aby ograniczać spożycie soli, należy:

- rzadziej kupować produkty solone i konserwowane;
- ograniczać dodawanie soli w czasie gotowania, zastępować ją ziołami, sokiem z cytryny;
- nie dosalać potraw przed spróbowaniem;
- nie podawać soli na stół, w czasie posiłków.

Cukier, słodycze, słodkie napoje gazowane, zawierające węglowodany proste, są produktami zbyt często zjadanymi przez dzieci, młodzież i dorosłych. Niektórzy ludzie są „uzależnieni" od słodyczy, mają niepohamowaną na nie ochotę, objadają się nimi, sięgają po nie, aby poprawić sobie nastrój, gdy są zmęczeni, zestresowani. Mechanizm tego „uzależnienia" jest złożony, jedną z przyczyn może być niski poziom aminokwasu serotoniny w mózgu, który podwyższa się po zjedzeniu słodyczy (Somer, 1998).

Słodycze są produktami wysokoenergetycznymi (tab. 2.3) i nadmierne ich spożywanie zwiększa ryzyko rozwoju otyłości, cukrzycy typu 2 i próchnicy zębów. Często mówi się, że są to „puste kalorie". W wielu słodyczach (np. w czekoladzie, ciastkach) znajdują się też tłuszcze. Nie należy spożywać tych produktów więcej niż 1–2 porcje dziennie. Przykłady porcji: 1 ciastko z kremem, 3–5 słodkich biszkoptów, $^1/_2$ batona czekoladowego, $^1/_4$ tabliczki czekolady, 1 gałka lodów, 2 szklanki słodkich napojów, 60 g dżemu lub miodu. Można je zastąpić np. chrupkami kukurydzianymi, owocami, niesolonymi orzeszkami, migdałami.

Tłuszcze zwierzęce to tzw. tłuszcze jadalne: masło, smalec i słonina oraz tłuszcz zawarty w mięsie i wędlinach, rybach, jajach, mleku i produktach mlecznych. Nadmierne spożycie tych produktów, z wyjątkiem ryb, jest jednym z czynników ryzyka miażdżycy i chorób nowotworowych. Spożycie tłuszczów w diecie Polaków jest zbyt duże[25]. Ograniczenia w spożyciu tych tłuszczów powinny dotyczyć także dzieci i młodzieży w wieku szkolnym i polegają na:

- unikaniu smarowania chleba masłem, a jeśli jest to konieczne – tylko cienką warstwą, a lepiej miękką margaryną;
- wybieraniu chudego mięsa i wędlin, preferowaniu mięsa białego (z kurczaka, indyka) i ryb;
- usuwaniu z mięsa, przed spożyciem, widocznego tłuszczu, zdejmowaniu skóry z drobiu; preferowaniu mięsa gotowanego i pieczonego, dodawaniu do przygotowania mięsa jak najmniej tłuszczu;
- wybieraniu mleka chudego (do 2% tłuszczu) oraz serów o mniejszej zawartości tłuszczu;
- gotowaniu zup tylko na wywarze z warzyw, zastąpieniu śmietany mlekiem lub jogurtem;
- niezbyt częstym jedzeniu chipsów, czekolady i batonów czekoladowych.

Alkohol jest źródłem energii, ale nie zawiera żadnych składników odżywczych. Nie powinien być spożywany przez dzieci i młodzież w żadnej postaci.

[25] Wyniki badań Instytutu Żywności i Żywienia z 2000/2001 r. wskazują, że spożycie tłuszczu, zbyt wysokie w stosunku do zalecanych norm (30% kalorii z tłuszczu), dotyczyło 77% chłopców i mężczyzn oraz 62% dziewcząt i kobiet.

Propozycja zajęć

Temat zajęć: „**Co i jak ograniczyć w naszym żywieniu**?"

Uczestnicy: młodzież w wieku 10–18 lat.

Cele:

– wyjaśnienie powodów, dla których należy ograniczać spożycie soli, cukru i tłuszczów zwierzęcych, oraz poszukiwanie sposobów jakimi można to osiągnąć,

– umożliwienie sprawdzenia stopnia własnego „uzależnienia" od słodyczy i poszukiwania jego przyczyn oraz sposobów „uwolnienia się" od nadmiernego ich spożycia.

Arkusz nr 4

CZY JESTEM „UZALEŻNIONA/-Y" OD SŁODYCZY?

(Opracowano według E. Somer, 1998)

Przy każdym stwierdzeniu wstaw X przy odpowiedzi TAK lub NIE

	TAK	NIE
1. Nie umiem zrezygnować ze słodyczy lub deserów	☐	☐
2. Jeśli mam ochotę coś zjeść, wybieram ciasto, ciasteczka lub inne produkty zawierające węglowodany, a nie mięso, warzywa, jogurt lub orzeszki	☐	☐
3. Gdy jestem w złym nastroju, mam ochotę na słodycze	☐	☐
4. Objadam się słodyczami, gdy zaczynam je jeść, nie mogę przestać	☐	☐
5. Lepiej się czuję po zjedzeniu czegoś słodkiego	☐	☐
6. Wolę zjeść skromny posiłek z deserem lub urozmaicony, ale bez deseru	☐	☐
7. Zdecydowanie odczuwam przypływ energii po zjedzeniu posiłku zawierającego węglowodany lub słodycze	☐	☐
8. Prawie codziennie mam ochotę na słodycze	☐	☐
9. Apetyt na słodycze jest tak silny, że nie mogę mu się oprzeć	☐	☐
10. Ochota na słodycze i inne węglowodany jest jeszcze większa po posiłku zawierającym mięso lub warzywa	☐	☐

Zlicz odpowiedzi TAK ..... Jeśli ich suma wynosi:

3 lub mniej – nie masz raczej problemów z „uzależnieniem" się od słodyczy

4–6 – jesteś zagrożony wystąpieniem „uzależnienia" – spróbuj kontrolować apetyt na słodycze

7 –10 – jest to problem, z którym powinieneś się zmierzyć – zastanów się, co możesz zrobić:

.....

.....

Przebieg zajęć:

- Podziel uczniów na cztery zespoły i każdemu z nich daj jedną z czterech kartek: słodycze, sól kuchenna, tłuszcze zwierzęce i alkohol. Poproś, aby zastanowili się nad potrzebą i przyczynami ograniczenia spożywania tych produktów.
- Poproś, aby zespoły zaprezentowały wyniki swojej pracy, zachęć innych do uzupełniania, podaj w razie potrzeby dodatkowe informacje. Podkreśl, że w przypadku alkoholu ograniczanie dotyczy dorosłych, a dzieci i młodzież nie mogą pić go wcale.
- Poproś, aby w tych samych zespołach narysowali plakat zachęcający do ograniczania spożycia produktów, którymi się zajmowali, i napisali na nim, w jaki sposób można to zrobić. Obejrzyjcie wspólnie plakaty i przedyskutujcie zapisane na nich propozycje.
- Daj każdemu uczestnikowi arkusz nr 4 „Czy jestem uzależniona/y od słodyczy?" i poproś, aby wypełnił go zgodnie z instrukcją. Przedyskutujcie następujące kwestie:
  - Co „odkryli" wypełniając ten arkusz?
  - Czy znaleźli dla siebie jakiś pomysł, jak ograniczyć spożycie słodyczy?
  - Z jakich powodów może być to trudne?
  - Czy ich zdaniem w sklepiku szkolnym powinny być sprzedawane słodycze?
  - Czy dzieciom powinno dawać się w prezencie lub jako nagrodę słodycze?
- Na zakończenie zachęć, aby pokazali arkusz rodzicom i wspólnie zastanowili się co można zrobić, aby ograniczyć spożycie słodyczy w całej rodzinie.

2.4.7. + Uśmiech

Jedzenie jest jedną z najprzyjemniejszych rzeczy w życiu. Towarzyszy wszystkim, ważnym, uroczystościom rodzinnym, spotkaniom z przyjaciółmi, załatwianiu interesów, sprzyja dobremu samopoczuciu (ang. *nutrition-well-being*)

Dołączając uśmiech do zaleceń żywieniowych S. Berger miał na myśli pogodę ducha i optymizm w codziennym życiu. Uśmiech na twarzy jest zwykle „deklaracją optymizmu", wiąże się z radością, dobrym humorem i innymi pozytywnymi emocjami oraz dobrym samopoczuciem, idzie w parze z uprzejmością. Uśmiechając się można wspierać emocjonalnie innych, wpływać korzystnie na ich samopoczucie[26].

Spożywanie posiłków powinno się odbywać **bez pośpiechu**. Od końca lat 80. XX w. w wielu krajach rozwijany jest ruch *Slow Food*, w którym zachęca się ludzi do

[26] Kompendium wiedzy na temat uśmiechu, jego rodzajów i znaczenia w różnych kulturach stanowi książka: P. Szarota (2006) *Psychologia uśmiechu. Analiza kulturowa*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

celebrowania posiłków, zwracania uwagi na ich smak, spożywania potraw regionalnych, przygotowanych według tradycyjnych receptur[27]. Towarzyszą mu inne inicjatywy dotyczące spowolnienia życia (ang. *slow life, slow work, slow city*). Należy także dodać, że powolne zjadanie posiłków zapobiega otyłości.

Posiłki należy zjadać w **odpowiednich warunkach**. Estetyczny wygląd potraw i nakrycie stołu, rozmaitość kolorów, obok smaku i zapachu, wzmagają apetyt, pobudzają wydzielanie soków trawiennych, usprawniają procesy trawienia, „ożywiają" ludzi. Ważne jest, aby posiłkom towarzyszyła **przyjemna atmosfera** sprzyjająca integracji i uśmiechaniu się ludzi. „Wspólny posiłek zbliża oddalonych"[28] i nie powinno mu towarzyszyć załatwianie przykrych spraw.

Edukacyjne programy żywieniowe, planowane przez specjalistów, koncentrują się głównie na energii, składnikach odżywczych i produktach spożywczych oraz eksponują związek żywienia z występowaniem różnych chorób. Wiele chorób związanych z wadliwym żywieniem ujawnia się w dalszych latach życia i dla dzieci i młodzieży są one czymś „abstrakcyjnym" i bardzo odległym.

Wyniki badań i doświadczenia z różnych projektów wskazują, że młodzież zwraca uwagę na zupełnie inne aspekty żywienia niż dorośli i specjaliści (s. 297). Na przykład: 13–15-latki w Danii utożsamiają żywienie ze zdrowiem, dobrą jakością życia, byciem z przyjaciółmi: „Zdrowie znaczy jedzenie zdrowych pokarmów z dobrymi przyjaciółmi", „Zdrowe pokarmy w połączeniu z dobrymi relacjami społecznymi sprzyjają zdrowiu". Wśród czynników bardzo ważnych dla zdrowia najwięcej (78%) młodzieży wymieniło jedzenie (Jensen, Jensen, 2005, s. 200). Młodzież uczestnicząca w międzynarodowym projekcie „*Young Minds*" u podstawy piramidy zdrowego żywienia[29] umieściła **dobrą atmosferę towarzyszącą spożywaniu posiłków**. Młodzi ludzie zwracają też uwagę na estetyczne i sensoryczne aspekty żywienia: jak to, co jedzą, wygląda, jaki ma smak, zapach, czy jest świeże. Te odrębności należy brać pod uwagę w planowaniu prozdrowotnej edukacji żywieniowej dzieci i młodzieży.

Propozycja zajęć[30]

Temat zajęć: „Jakie potrzeby zaspokaja jedzenie?"

Uczestnicy: młodzież w wieku 12–18 lat.

Cele:

– pomóc młodzieży uświadomić sobie, jaką rolę odgrywa jedzenie w ich życiu;
– stworzyć możliwości zrozumienia znaczenia całościowego podejścia do jedzenia (co, jak, gdzie i z kim jedzą).

[27] W 1989 r. utworzono międzynarodową organizację Slow Food International, która skupia 80 tys. członków na całym świecie (www.slowfood.com). Organizacja taka istnieje również w Polsce.

[28] Hasło to towarzyszyło wdrażaniu szkolnych śniadań w jednej ze szkół b. woj. toruńskiego.

[29] Piramida ta była prezentowana w 2002 r. na II Konferencji Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie w Egmond (Holandia).

[30] W opracowaniu tej propozycji zajęć wykorzystano materiały zawarte w: I. Young (red.), International Planning Committee (2004) *Growing through adolescence. A training pack based on a Health Promoting School approach to healthy eating*, Edinburgh, NHS Health Scotland.

Przebieg zajęć:

- Poproś, aby każdy przypomniał sobie jakiś posiłek, który był dla niego szczególnie przyjemny, a następnie w parach opowiedzieli sobie o tym wzajemnie i wyjaśnili, co było przyczyną, że posiłek ten był przyjemny.
- Na podstawie poprzedniego ćwiczenia sporządźcie listę czynników, które powodują, że posiłki są przyjemne (zapisuj wypowiedzi uczniów na tablicy lub arkuszu papieru).
- Daj każdemu kartkę papieru i poproś, aby podzielił ją linią pionową na dwie kolumny i wpisał w pierwszej kolumnie: „Jem, ponieważ...; w drugiej „Pożywienie jest..., a następnie pod każdym niedokończonym zdaniem – jak najwięcej odpowiedzi. Gdy skończą, poproś, aby podkreślili podobne odpowiedzi w obu kolumnach.
- Poproś, aby w parach zastanowili się:
  – Które odpowiedzi mają podobne, a które różnią się?
  – Czy to, że mają różne odpowiedzi, jest właściwe, czy niewłaściwe?
- Połącz pary w zespoły 4-osobowe. Każdemu daj arkusz papieru i mazak oraz poproś, aby zastanowili się, na jakie kategorie pogrupować swoje odpowiedzi i jak nazwać każdą z tych kategorii, na przykład: „Zaspokojenie głodu", „Spotkania z przyjaciółmi". Następnie poproś, aby podzielili arkusz na tyle części, ile wydzielili kategorii, każdej z nich nadali tytuł i wpisali swoje odpowiedzi.
- Zachęć, aby w całej grupie zaprezentowali wyniki swojej pracy:
  – Jakie kategorie odpowiedzi pojawiły się w poszczególnych zespołach, czy są one podobne?
  – Jaką rolę żywność i jedzenie pełni w życiu człowieka?
  – Dlaczego należy zwracać uwagę na różne aspekty jedzenia?
- Na zakończenie podkreśl, że jedzenie zaspokaja nie tylko potrzeby biologiczne (głód, wzrastanie organizmu), ale także psychiczne i społeczne. Dokonywanie wyboru tego, co jedzą, uświadamia także znaczenie właściwych wyborów dla zdrowia.

Pytania/Zadania

1. Uzasadnij potrzebę edukacji żywieniowej dzieci i młodzieży i wymień jej cele.
2. Wyjaśnij związki między edukacją żywieniową i edukacją do systematycznej aktywności fizycznej.
3. Na czym polega całościowe podejście do edukacji żywieniowej w szkole i w jakim stopniu jest ono w Polsce realizowane?
4. Wymień zalecenia żywieniowe zaproponowane przez Stanisława Bergera i ich wykorzystanie w edukacji żywieniowej.
5. Na jakie aspekty w żywieniu zwracają uwagę dzieci i młodzież i jakie ma to znaczenie dla planowania edukacji zdrowotnej w tym zakresie?

Literatura zalecana

Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu (2006) J. Gawęcki, T. Mossor-Pietraszewska (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Ogińska-Bulik N. (2004) *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*, Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Sokołowska M., Kokosza I., Skoczek G., Szczepaniak M. (2002) *Żywność i żywienie, a profilaktyka nowotworowa – materiały pomocnicze dla nauczycieli*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole", z. 4, s. 6–46.

Somer E. (1998) *Wpływ jedzenia na nastrój*, tłum. G. Lutosławska, Wydawnictwo Amber.

ROZDZIAŁ 3

Bezpieczeństwo – zapobieganie urazom

Barbara Woynarowska

Bezpieczeństwo (ang. *safety*), w słownikach języka polskiego jest określane jako „stan, w którym nie istnieje żadne zagrożenie" lub „przeciwieństwo zagrożenia". Termin ten ma jednak wiele znaczeń i jest różnie definiowany. Na przykład bezpieczeństwo to:

– „stan i poczucie pewności, spokoju i zabezpieczenia; oznacza również brak zagrożenia i ochronę przed niebezpieczeństwami" (Stępień, 2000, s. 5);

– „stan, w którym kontroluje się zagrożenia i uwarunkowania prowadzące do szkód fizycznych, psychicznych i materialnych w celu zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia jednostek i społeczności. Jest ono koniecznym warunkiem w codziennym życiu, potrzebnym jednostkom i społecznościom do realizowania swoich zamierzeń i aspiracji" (WHO, 1998; za: Mazur, 2000).

Potrzeba bezpieczeństwa (rozumianego bardzo szeroko), zgodnie z hierarchią potrzeb A. Maslowa (1990), jest jedną z podstawowych (pierwotnych) potrzeb człowieka w każdym okresie życia i jej elementem jest także wolność od lęku i przemocy. Autor ten uważa, że „przeciętne dziecko, a w sposób mniej jawny człowiek dorosły [...], woli przeważnie bezpieczny, uporządkowany, dający się przewidzieć, sprawiedliwy, zorganizowany świat, na który może liczyć i w którym nie zdarzają się rzeczy nieoczekiwane, nie dające się kontrolować, chaotyczne lub niebezpieczne i w którym w każdym razie istnieją potężni opiekunowie, chroniący je przed doznaniem krzywdy" (s. 79).

Zagrożenia są to sytuacje, zjawiska lub zdarzenia niebezpieczne dla zdrowia lub życia. Mogą być one związane ze: środowiskiem naturalnym, przyrodą (np. zjawiska atmosferyczne, zwierzęta, rośliny), środowiskiem tworzonym przez człowieka i urządzeniami (np. ruch drogowy, hałas, wyposażenie pomieszczeń, urządzenia elektryczne), klęskami żywiołowymi oraz zachowaniami i działaniami samych ludzi. Przedmiotem rozważań w niniejszym rozdziale będą zagrożenia dla zdrowia związane z wypadkami i urazami, które są powszechnym zjawiskiem wśród młodzieży szkolnej, stanowią główną przyczyną zgonów, leczenia szpitalnego i niepełnosprawności dzieci i młodzieży. Skutki wypadków i urazów to także ogromne, choć trudne do oszacowania koszty ekonomiczne, społeczne i psychologiczne.

3.1. Wypadki i urazy – definicje i epidemiologia

Wypadek (ang. *accident*) definiuje się jako: „zdarzenie, które spowodowało lub mogło spowodować uraz"; „nieplanowane, niekontrolowane, zwykle nagłe zdarzenie powodujące niekorzystne skutki takie jak uraz lub zwiększające ich prawdopodobieństwo". Niektórzy autorzy uważają, że wypadek postrzegany jest jako zdarzenie, którego nie dało się przewidzieć lub mu zapobiec, co nie jest prawdą, gdyż, jak wskazują wyniki badań, 2/3 wypadków można przewidzieć i zapobiec.

Uraz (ang. *injury*) to „niezamierzone lub zamierzone uszkodzenie ciała w wyniku nagłej ekspozycji na czynniki (energię) termiczną, mechaniczną, elektryczną lub chemiczną lub brak tlenu i ciepła" (*Centers...*, 2001). W zależności od mechanizmu przyczyny urazu dzieli się je na:

– **urazy niezamierzone**[1], np. urazy doznane w wypadkach drogowych, utonięcia, zatrucia, upadki, oparzenia, uderzenia przez przedmiot, zadławienia, urazy sportowe itd.; ta grupa urazów będzie przedmiotem dalszych rozważań;

– **urazy zamierzone** – skutek **przemocy** (ang. *violence*), która może być skierowana do innej osoby lub grupy osób (użycie siły fizycznej lub innej formy agresji powodującej śmierć, uszkodzenie ciała lub uraz psychiczny, albo naruszenie godności) lub do siebie samego (samouszkodzenie, samobójstwo).

Termin „wypadek" i „uraz" nie są więc synonimami. Urazy mogą być skutkiem wypadku, a ten z kolei jest spowodowany wieloma czynnikami. Konsekwencją zdrowotną wypadku może być nie tylko uraz, lecz także choroby (np. nowotworowe po wybuchu radioaktywnym) lub problemy psychospołeczne (zespół stresu potraumatycznego).

Częstość występowania i charakterystyka urazów

Analiza danych o częstości, przyczynach i okolicznościach urazów jest podstawą planowania programów profilaktycznych, w tym także edukacji do bezpieczeństwa. Nie dysponujemy jednak danymi umożliwiającymi pełną analizę tego zjawiska, gdyż wiele urazów, niewymagających pomocy medycznej, nie jest rejestrowanych. Proporcje występowania urazów o różnej ciężkości przedstawia się w postaci „piramidy urazowości". Na jej wierzchołku znajdują się najcięższe urazy powodujące zgon. Szacuje się, że na jeden uraz powodujący zgon przypada około 45 urazów wymagających leczenia szpitalnego, 1300 urazów, w których niezbędna jest interwencja pogotowia ratunkowego oraz 2600 przypadków wymagających pozostania i leczenia w domu (za: Malinowska-Cieślik, 2000, s. 401).

Zgony spowodowane urazami

Urazy są główną przyczyną zgonów dzieci i młodzieży. Grupą największego ryzyka tych zgonów są chłopcy w wieku 15–19 lat zamieszkujący na wsi. W 2004 r., w Polsce zmarło w wyniku urazów wypadkowych 1131 osób w wieku 10–19 lat (62% ogółu

[1] W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) używa się terminu „urazy wypadkowe".

zgonów)[2]. Wśród urazów powodujących zgon na pierwszym miejscu znajdują się wypadki komunikacyjne (93% ogółu zgonów z powodu tzw. przyczyn zewnętrznych), w tym przede wszystkim wypadki drogowe pojazdów mechanicznych. Na drugim miejscu znajdują się samobójstwa i utonięcia.

Urazy jako przyczyna leczenia szpitalnego

Urazy są też główną przyczyną leczenia szpitalnego dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, corocznie jest leczonych z tego powodu około 100 tys. osób w tym wieku. Najczęściej przyczyną hospitalizacji są urazy doznane w wyniku upadku (41%) oraz urazy komunikacyjne (23%) – tab. 3.1.

Tabela 3.1. Młodzież w wieku 10–19 lat w Polsce leczona w szpitalach (hospitalizowana) z powodu urazów w 1999 r., według przyczyny zewnętrznej

Urazy według przyczyny zewnętrznej	Liczba hospitalizowanych z powodu urazu	% ogółu hospitalizowanych z powodu urazu
Urazy komunikacyjne – razem, w tym:	**14 670**	**22,9**
uraz użytkownika (w tym pasażera) samochodu lub innego pojazdu mechanicznego	5 410	8,3
uraz pieszego	4 130	6,4
uraz rowerzysty	3 700	5,7
inne urazy komunikacyjne	1 430	2,2
Inne zewnętrzne przyczyny urazu wypadkowego – razem, w tym:	**43 370**	**67,7**
upadki	26 550	41,4
uderzenie, zderzenie lub pobicie przez inną osobę	4 780	7,5
uderzenie przez lub o przedmiot	3 850	6,1
wypadkowe zatrucie	2 400	3,7
kontakty z urządzeniami, maszynami i innymi przedmiotami	2 200	3,4
działanie prądu elektrycznego, ognia, gorących substancji	1 120	1,8
broń palna lub materiały wybuchowe	270	0,4
pozostałe przyczyny zewnętrzne	2 200	3,4
Urazy zamierzone i nieokreślone – razem, w tym:	**6 020**	**9,4**
samouszkodzenia	2 990	4,7
inne urazy zamierzone lub nieokreślone	3 030	4,7
Razem	**64 060**	**100,0**

Na podstawie: dane Państwowego Zakładu Higieny z Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, w 10% próbie ogólnopolskiej szpitali w 14 województwach (bez dolnośląskiego i łódzkiego) w 2000 r.

[2] GUS (2006) *Rocznik Demograficzny 2006*, Warszawa, Główny Urząd Statystyczny.

Urazy w świetle badań ankietowych uczniów

Unikatowym źródłem informacji o urazach nastolatków w wieku 11, 13 i 15 lat są prowadzone w Polsce co 4 lata badania ankietowe nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej. Wyniki ich wskazują, że w 2006 r. urazom wymagającym pomocy medycznej uległo 28% nastolatków (Mazur, Woynarowska, Kołoło, 2007). Odsetek młodzieży ulegającej tym urazom w ostatniej dekadzie zwiększał się (1994 – 17,6%; 1998 – 24,1%; 2002 – 28,4%; 2006 – 28,5%). Najliczniejszą grupę stanowią urazy doznane w czasie treningu i zajęć sportowych (27%), zabawy (20%), jazdy na rowerze (13%)[3].

3.2. Profilaktyka urazów a promocja bezpieczeństwa

Istnieje wiele czynników warunkujących występowanie urazów wśród młodzieży szkolnej. Można wyróżnić trzy ich grupy (Mazur, Woynarowska, 1999; Mazur, 2005):

- **Czynniki indywidualne** – urazy częściej występują u: chłopców, młodzieży zamieszkującej w mieście, o wyższym poziomie aktywności fizycznej, gorzej oceniającej swój stan zdrowia, przewlekle chorej, zgłaszającej wiele dolegliwości, podejmującej zachowania ryzykowne (palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych);
- **Czynniki społeczne** – zagrożenie urazami jest większe u młodzieży w rodzinach niepełnych, mającej trudności w komunikowaniu się z rodzicami, nie uzyskującej od nich wsparcia oraz młodzieży spędzającej wiele czasu z rówieśnikami i niemającej poczucia akceptacji z ich strony;
- **Czynniki środowiska szkolnego** – częściej ulegają urazom uczniowie w szkołach o niekorzystnych warunkach dotyczących budynku i wyposażenia szkoły oraz uczniowie, którzy mają małe osiągnięcia szkolne, są źle przystosowani do szkoły (nie lubią szkoły, nie czują się w niej bezpiecznie, nie mają poczucia przynależności do szkoły, często wagarują).

Zapobieganie wypadkom i urazom, ze względu na wieloczynnikowe ich uwarunkowania, wymaga wielodyscyplinarnego podejścia. W piśmiennictwie istnieje wiele modeli kontroli i prewencji urazów, opracowanych dla różnych grup ludzi i różnych sytuacji[4]. WHO zaleca łączenie trzech strategii, tzw. 3E's:

– *Engineering* – rozwiązania inżynieryjne: poprawa bezpieczeństwa produktów, z którymi dzieci mają kontakt, oraz warunków środowiska;
– *Enforcement* – wdrażanie regulacji prawnych i promocji bezpieczeństwa;
– *Education* – edukacja ukierunkowana na zachowania prewencyjne (WHO, 2004).

[3] Należy dodać, że tylko 6% nastolatków podało, że często lub zawsze używa kasków rowerowych, a 88% rzadko lub nigdy.

[4] Niektóre z tych modeli opisała M. Malinowska-Cieślik (2000). Podstawą do ich konstruowania są różnorodne teorie wywodzące się z nauk społecznych i behawioralnych – patrz: L.B. Trifiletti, A.C. Gielen, D.A. Sleet, K. Hopkins (2005) *Behavioral and social sciences theories and models: are they used in unintentional injury prevention research*, „Health Education Research" nr 3, s. 298–307.

Nowym podejściem, rozwijanym w ostatnich dwóch dekadach, jest koncepcja **promocji bezpieczeństwa**, w której wykorzystano założenia promocji zdrowia oraz pewne podobieństwa między zdrowiem i bezpieczeństwem. Oba pojęcia są kategoriami pozytywnymi (przeciwieństwa urazu lub choroby) i mają wymiar subiektywny (w przypadku bezpieczeństwa jest nim poczucie bezpieczeństwa lub zagrożenia) i obiektywny. Bezpieczeństwo jest szerszym pojęciem niż niedoznawanie urazów, podobnie jak zdrowie nie oznacza niewystępowania chorób.

Pojęcia „bezpieczeństwo" i „zdrowie" różnią następujące elementy:
– zdrowie jest stanem jednostki, bezpieczeństwo jest związane ze środowiskiem;
– bezpieczeństwo zależy głównie od czynników zewnętrznych w środowisku fizycznym i społecznym, poza jednostką (wyraża się m.in. w takich określeniach, jak: „bezpieczna żywność", „bezpieczna woda do picia", „bezpieczny seks"), oraz percepcji stopnia ochrony przed nimi; zdrowie odnosi się do somatycznej i psychicznej odpowiedzi człowieka na te czynniki;
– zdrowie można nie tylko chronić, ale też doskonalić (zwiększać jego potencjał); bezpieczeństwa, które w swej istocie oznacza niewystępowanie (wolność od) zagrożeń i lęku, nie można „podnieść" na wyższy poziom (Andersson, 1999).

Definicję promocji bezpieczeństwa opracował zespół naukowców szwedzkich i kanadyjskich (WHO, 1998; za: Andersson, 1999, s. 35):

> **Promocja bezpieczeństwa jest to proces kształtowania i utrzymania bezpieczeństwa, podejmowany na poziomie lokalnym, krajowym lub międzynarodowym, przez jednostki, społeczności, rządy i inne podmioty, w tym przedsiębiorstwa i organizacje pozarządowe. Proces ten obejmuje wszystkie, wspólnie uzgodnione wysiłki, podejmowane w celu modyfikowania struktur środowiska (fizycznego, społecznego, ekonomicznego i organizacyjnego), a także postaw i zachowań związanych z bezpieczeństwem**

Działania w zakresie profilaktyki urazów koncentrują się na rozwiązywaniu specyficznych problemów (np. używanie pasów bezpieczeństwa, kasków rowerowych) lub zmian zachowań ludzi, które zwiększają ryzyko urazów (np. picie alkoholu przez kierowców). Promocja bezpieczeństwa uwzględnia procesy społeczne i polityczne, które umożliwiają osiągnięcie tych zmian. Podobnie jak w promocji zdrowia, działania w promocji bezpieczeństwa są ukierunkowane na **zmiany zachowań ludzi i zmiany w środowisku**. Zmiany te zależą nie tylko od świadomości ryzyka i jego podejmowania przez ludzi, ale także od tego, czy mają oni potrzebę życia w bezpiecznym otoczeniu i chcą go tworzyć. Przykładem takich działań jest m.in. ruch „Bezpiecznych Społeczności" (ang. *Safe Communities*), rozwijany od ponad 10 lat w kilkunastu krajach (Mazur, 2000; 2004a). Jednym z podstawowych elementów tego ruchu są działania w zakresie promocji bezpieczeństwa dzieci i młodzieży[5].

Nową inicjatywą jest Europejski Sojusz na Rzecz Bezpieczeństwa Dzieci (ang. *European Child Safety Alliance*), w którym opracowano „Przewodnik po dobrych

[5] K. Guldbrandsson, S. Bremberg (2004) *A study of safety-promotion activities for children and adolescents in 25 Swedish municipalities*, „Health Promotion International", nr 2, s. 215–225.

praktykach w zakresie bezpieczeństwa dzieci" (ang. *Child Safety Good Practice Guide*; www.childsafetyeurope.org).

3.3. Edukacja do bezpieczeństwa

Edukacja do (dla) bezpieczeństwa (ang. *safety education*) jest jednym z podstawowych komponentów działań w prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa. W piśmiennictwie polskim termin „wychowanie do bezpieczeństwa" zaproponował M. Demel (1968, s. 158) uważając, że „gigantycznego problemu wypadkowości nie rozwiąże się przez zarządzenia, nakazy lub innymi metodami administracyjnymi. Młodzieży nie da się izolować od źródeł niebezpieczeństwa. Trzeba ją uodpornić i wychować". W wychowaniu tym należy zwrócić szczególną uwagę na kształtowanie właściwego stosunku do ochrony zdrowia własnego i innych osób oraz właściwych zachowań w codziennym życiu i umiejętności obserwowania otoczenia.

Edukacja do bezpieczeństwa jest to proces, w którym ludzie uczą się, jak zachować bezpieczeństwo własne i innych ludzi oraz jak postępować w przypadku doznania urazu przez siebie i innych

Edukacja do bezpieczeństwa jest elementem edukacji zdrowotnej, związanym z wieloma jej obszarami. Dotyczy ludzi w każdym wieku, w związku ze zmieniającymi się właściwościami psychofizycznymi, rolami, zadaniami, warunkami życia i zagrożeniami w środowisku. Powinna się odbywać w rodzinie, przedszkolu, szkole, zakładzie pracy i być dostosowana do specyfiki i potrzeb danej grupy.

3.4. Edukacja do bezpieczeństwa w szkole

Szczególna rola w edukacji do bezpieczeństwa przypada szkole, także ze względu na zwiększone ryzyko urazów wśród uczniów. W Polsce, wśród młodzieży w wieku 11–15 lat, najwięcej urazów wymagających pomocy medycznej zdarza się w szkole, corocznie urazu takiego doznaje co 10 uczeń. W latach 1994–2002 częstość ogółu tych urazów w tej grupie wieku zwiększyła się 2 razy, a urazów w szkole 6 razy (Mazur, 2004a). Z danych Ministerstwa Edukacji Narodowej wynika, że w latach 1996–2002 rocznie rejestrowano od 110 do 140 tys. wypadków uczniów w szkole, w tym 70–120 śmiertelnych i 1000–1500 ciężkich. Najczęściej ulegają im uczniowie szkół podstawowych, a miejscami, w których się one zdarzają, są przede wszystkim sale gimnastyczne (30% ogółu urazów), korytarze i schody (21%), place gier i zabaw (20%)[6].

[6] J. Olejko (2003) *Wypadki i urazy dzieci i młodzieży w szkole*, w: *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej*, A. Oblacińska, W. Ostręga (red.), Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, s. 54–65.

Ryzyko występowania urazów uczniów w szkole jest związane z:

– **środowiskiem fizycznym szkoły** – zagęszczenie budynku, różnorodność zajęć, nie zawsze bezpieczne warunki i organizacja nauczania;

– **właściwościami psychofizycznymi uczniów** – duża ruchliwość, przewaga pobudzenia nad hamowaniem, mała podzielność uwagi, małe umiejętności korygowania natężenia stymulacji w stosunku do stanu fizjologicznego organizmu (skłonność do intensywnej, wyczerpującej zabawy lub wysiłku fizycznego mimo zmęczenia), nieumiejętność oceny ryzyka i przewidywania jego konsekwencji, brak doświadczenia, poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, skłonność do brawurowych zachowań, lekkomyślność, przekora, ciekawość, szukanie wrażeń, uleganie presji rówieśników, zmienność nastrojów itd.;

– **częstym występowaniem bójek oraz różnych form przemocy rówieśniczej** (s. 520).

Cele i zakres edukacji do bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w wieku szkolnym są szerokie, zwłaszcza gdy uwzględnia się nie tylko zapobieganie urazom niezamierzonym, lecz także przemocy, a nawet innym ryzykownym zachowaniom. Tak szerokie podejście zaproponował Centralny Instytut Ochrony Pracy w programie „Kultura bezpieczeństwa" dla szkół wszystkich typów[7], a także inni autorzy (Klus-Stańska, Nowicka, 1999). Biorąc pod uwagę różne propozycje, można wyróżnić następujące **cele edukacji do bezpieczeństwa**:

- **Uświadomienie** uczniom związków między ich zachowaniami a bezpieczeństwem oraz wpływu czynników społecznych, zwłaszcza presji rówieśników i mediów, na dokonywanie przez nich niebezpiecznych wyborów;
- Kształtowanie specyficznych **umiejętności życiowych**, w tym zwłaszcza: oceny i podejmowania ryzyka, rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, kontroli impulsywności, radzenia sobie ze złością, stresem, komunikowania się;
- Kształtowanie **postaw, umiejętności i bezpiecznych zachowań**, które umożliwią uniknięcie urazów w domu, szkole i najbliższym otoczeniu (m.in. urazów w ruchu drogowym, w czasie zajęć sportowych, pracy w domu, gospodarstwie oraz utonięć, oparzeń itd.), a także w stanach zagrożeń zbiorowych, kryzysowych (np. pożar, awarie instalacji elektrycznej, gazowej, powódź);
- Umożliwienie uczniom **praktykowania zachowań bezpiecznych** oraz zachowania w sytuacjach ryzykownych (dostosowanych do wieku, sprawności i cech osobowości) pod odpowiednim nadzorem osób dorosłych;
- Kształtowanie **umiejętności postępowania w przypadku doznania urazu** przez siebie lub inne osoby, w tym udzielanie pierwszej pomocy, także resuscytacji.

Podstawa programowa kształcenia ogólnego[8] stwarza możliwości realizacji edukacji do bezpieczeństwa w szkołach wszystkich typów, począwszy od kształcenia

[7] *„Kultura bezpieczeństwa". Materiały pomocnicze dla klasy 1–3 oraz 4–6 szkół podstawowych, gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych*, opracowane i wydane przez Centralny Instytut Ochrony Pracy w 2005 r. (www.ciop.pl).

[8] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2002, nr 51, poz. 458).

zintegrowanego (klasy I–III). Treści z zakresu tej edukacji uwzględniono przede wszystkim w przedmiotach „przysposobienie obronne" (szkoły ponadgimnazjalne) oraz w ścieżce edukacyjnej „edukacja prozdrowotna" (we wszystkich typach szkół) i „obrona cywilna" (w gimnazjum). Znajdują się one także w innych przedmiotach, zwłaszcza „technika", „chemia", „przyroda", „biologia". Treści tych nie uwzględniono w podstawie programowej wychowania fizycznego. Tymczasem wśród urazów w szkole i na jej terenie lub boisku, których doznali uczniowie 11–15-letni w szkole, 64% zdarza się w czasie zajęć sportowych lub rekreacyjnych, najczęściej podczas gry w piłkę nożną (Mazur, 2004a).

W 2000 r. zaproponowano wprowadzenie nowej nazwy **edukacja dla bezpieczeństwa** integrującej kształcenie w zakresie pierwszej pomocy, ratownictwa, obrony cywilnej i przysposobienia obronnego. Przyjęto, że „edukacja dla bezpieczeństwa w środowisku szkolnym – to system działalności szkoły, organizacji młodzieżowych, stowarzyszeń działających w szkole i jej otoczeniu, którego celem jest wyposażenie młodego pokolenia w kompetencje pozwalające na działania w przypadkach kryzysowych zagrożeń życia i innych nadzwyczajnych zagrożeń" (Siuda, Zaczek-Zaczyński, 2000, s. 58). Rozpoczęto wydawanie czasopisma przedmiotowo-metodycznego „Edukacja dla Bezpieczeństwa". W koncepcji tej edukacji oraz profilu czasopisma dominuje koncentracja na zagrożeniach.

Nie dysponujemy w Polsce danymi i wynikami badań, wskazującymi, w jakim stopniu edukacja do (dla) bezpieczeństwa jest w szkole realizowana i jakie są jej efekty. W piśmiennictwie zagranicznym zaleca się, aby we wdrażaniu tej edukacji korzystać z programów, których skuteczność została sprawdzona i jest oparta na dowodach, a także z programów, w których konstrukcji wykorzystywane są teorie naukowe. Przykład założeń do planowania edukacyjnych programów zachowań prewencyjnych w ruchu drogowym, z wykorzystaniem modelu przekonań zdrowotnych, przedstawiła M. Malinowska-Cieślik (2005).

Należy podkreślić, że **edukacja do bezpieczeństwa jest tylko jednym z elementów strategii działań dla zapobiegania niezamierzonym urazom i przemocy w szkole**. Strategie tych działań są w poszczególnych krajach zróżnicowane[9]. Na przykład w rekomendacjach dla szkół amerykańskich wymieniono następujące działania (*Centers...*, 2001)[10]:

1. Tworzenie środowiska społecznego wspierającego bezpieczeństwo i zmniejszającego ryzyko urazów.
2. Zapewnienie odpowiedniego środowiska fizycznego w szkole i na jej terenie.
3. Prowadzenie edukacji do zdrowia i bezpieczeństwa.

[9] Podstawowym aktem prawnym regulującym zasady bezpieczeństwa w szkole jest Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. 2003, nr 6, poz. 69).

[10] W rekomendacjach tych wzięto pod uwagę zapobieganie niezamierzonym urazom, przemocy i samobójstwom wśród uczniów; ten ostatni element pominięto w niniejszych rozważaniach uznając, że w Polsce wymagałby odrębnego opracowania.

4. Zapewnienie bezpieczeństwa w czasie zajęć wychowania fizycznego i innych form aktywności ruchowej w szkole.
5. Zapewnienie uczniom poradnictwa medycznego, psychologicznego i socjalnego.
6. Ustanowienie zasady postępowania w sytuacjach kryzysowych oraz udzielania członkom społeczności szkolnej pomocy w przypadku krótko- lub długotrwałej reakcji na te sytuacje.
7. Integrowanie działań szkoły, rodziców i społeczności lokalnej dla zapobiegania urazom i przemocy.
8. Szkolenie pracowników szkoły w zakresie promocji bezpieczeństwa oraz zapobiegania urazom i przemocy.

Nową inicjatywą międzynarodową, ściśle związaną ze wspomnianym ruchem „Bezpieczna Społeczność", jest zainicjowany w 2003 r., **Międzynarodowy Ruch Bezpiecznych Szkół** (ang. *International Safe Schools Movement*)[11], wspierany przez WHO. Szkoły takie tworzone są w Kanadzie, USA, krajach skandynawskich, Czechach i w Estonii (Mazur, 2004a). **Bezpieczna szkoła istnieje w bezpiecznej społeczności** i aby otrzymać jej certyfikat, muszą być spełnione następujące warunki:

– powołanie zespołu koordynującego ds. promocji bezpieczeństwa, działającego na zasadzie partnerstwa i współpracy; w skład zespołu wchodzą nauczyciele, uczniowie, pracownicy obsługi, rodzice i przedstawiciele społeczności lokalnej; pracami zespołu kieruje członek dyrekcji (dyrektor szkoły jest jego zastępcą);

– polityka szkoły w zakresie bezpieczeństwa, ustalona przez dyrekcję szkoły w porozumieniu z radą „Bezpiecznej Społeczności";

– długofalowe programy szkolne w zakresie bezpieczeństwa, uwzględniające potrzeby uczniów obu płci, różnych grup wieku i pochodzących z różnych środowisk;

– programy ukierunkowane na grupy uczniów wysokiego ryzyka, pochodzących z różnych środowisk oraz programy promocji bezpieczeństwa w grupach o szczególnej wrażliwości;

– system dokumentowania częstości i przyczyn urazów niezamierzonych (wypadki) oraz zamierzonych (przemoc);

– dokonywanie ewaluacji polityki szkoły, programów i procedur oraz efektów zmian;

– przynależność i uczestnictwo w pracach sieci „Bezpiecznych Szkół" na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym.

3.5. Wybrane zagadnienia i propozycje zajęć

W rozdziale tym omówiono wybrane zagadnienia z zakresu edukacji do bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w wieku szkolnym oraz podano propozycje zajęć. Mogą być one modyfikowane w zależności od potrzeb i możliwości danej grupy.

[11] www.peacefulresources.org/InternationalSafeSchools

3.5.1. Samoocena własnych zachowań związanych z bezpieczeństwem

W codziennym życiu istnieje wiele sytuacji i zdarzeń, w których istnieje większe ryzyko doznania urazu. Warto uświadomić sobie, czy zachowujemy się w nich bezpiecznie i co możemy zrobić, aby uniknąć urazu

Propozycja zajęć

Temat zajęć: „Czy zachowuję się bezpiecznie?"

Uczestnicy: młodzież w wieku 12–19 lat.

Cele: umożliwienie uczniom zastanowienia się, czy zachowują się bezpiecznie w różnych sytuacjach, w których istnieje zagrożenie urazami oraz co mogliby zmienić w swoim zachowaniu.

Przebieg zajęć:

- Podziel uczestników na 4 zespoły i daj każdemu jedną kartkę z pojęciem: „bezpieczeństwo", „zachowania bezpieczne", „wypadek", „uraz". Zachęć, aby przedyskutowali, co dane pojęcie oznacza i jak je można zdefiniować.
- Poproś zespoły o przedstawienie wyników swojej pracy. Wyjaśnij, jak definiowane są te pojęcia (przygotuj folie), porównajcie je z tym, co opracowali uczestnicy.
- Poproś, aby wymienili miejsca i sytuacje, w których należy zachować szczególną ostrożność i przestrzegać zasad bezpieczeństwa. Zapisuj je na tablicy lub arkuszu papieru. Spróbujcie wspólnie je pogrupować.
- Daj każdemu arkusz nr 1 „Czy zachowuję się bezpiecznie dla siebie i innych osób?" i poproś, aby każdy ocenił swoje zachowania na skali od 5 pkt. (zachowanie bezpieczne) do 0 pkt. (zachowanie niebezpieczne) oraz wyliczył średnią liczbę punktów.
- Poproś, aby powrócili do poprzednich zespołów. Przydziel każdemu z nich jedną grupę sytuacji wymienionych w arkuszu nr 1. Poproś, aby uzgodnili: Jak należy bezpiecznie zachować się w danej sytuacji i dlaczego?
- Omówcie w całej grupie zasady zachowań bezpiecznych w kolejnych sytuacjach. Poproś, aby po każdej omawianej sytuacji uczestnicy sprawdzili, czy poprzednio właściwie ocenili swoje zachowanie i dokonali ewentualnej korekty w swoim arkuszu.
- Zachęć uczestników, aby wypełnili trzecią kolumnę arkusza nr 1 „Co mogę zmienić w swoim zachowaniu"?
- Na zakończenie zapytaj uczestników: Co „odkryli" dla siebie w czasie tych zajęć?

Uwagi! Korzystniej byłoby rozłożyć pracę z arkuszem nr 1 na co 2–3 spotkania, aby poświęcić więcej czasu na omawianie poszczególnych sytuacji. Można w tym celu podzielić arkusz na części i doklejać je po kolejnych zajęciach. Korzystnie jest też powrócić do wypełnionego arkusza po pewnym czasie, aby uczestnicy mogli sprawdzić, czy udało się wprowadzić w życie zaplanowane zmiany.

Arkusz nr 1

CZY ZACHOWUJĘ SIĘ BEZPIECZNIE DLA SIEBIE I INNYCH?

Niżej wymienione są sytuacje, zdarzenia lub miejsca, w których należy zachowywać się bezpiecznie. Oceń, jak Ty się w nich zachowujesz i zakreśl kółkiem odpowiednią cyfrę; 5 pkt. oznacza, że zachowujesz się bezpiecznie, 0 pkt. oznacza, że Twoje zachowania są niebezpieczne, możesz ulec urazowi. Na końcu zajęć wylicz średnią liczbę punktów oraz zastanów się i wpisz, co możesz zmienić w swoim zachowaniu w przypadku sytuacji, w której oceniłaś/eś je jako mało bezpieczne. Pracę tę wykonujesz tylko dla siebie, nikt nie będzie jej oglądał i oceniał.

Miejsca, sytuacje, zdarzenia	Zachowanie bezpieczeństwa (punkty)	Co mogę zmienić w swoim zachowaniu?
Przechodzę przez ruchliwą ulicę lub drogę	5 4 3 2 1 0	
Idę wzdłuż drogi, po której jeżdżą pojazdy mechaniczne	5 4 3 2 1 0	
Jadę jako pasażer w samochodzie osobowym	5 4 3 2 1 0	
Jadę pociągiem	5 4 3 2 1 0	
Jadę rowerem	5 4 3 2 1 0	
Jestem nad wodą i kapię się	5 4 3 2 1 0	
Chodzę po górach	5 4 3 2 1 0	
Ćwiczę na lekcji wychowania fizycznego	5 4 3 2 1 0	
Trenuję w klubie, na siłowni	5 4 3 2 1 0	
Gram z koleżankami lub kolegami na podwórku	5 4 3 2 1 0	
Jeżdżę na rolkach, deskorolce, wrotkach	5 4 3 2 1 0	
Jestem na dyskotece, imprezie	5 4 3 2 1 0	
Jestem w dużej grupie rówieśników (np. na przerwie, po lekcjach)	5 4 3 2 1 0	
Mam kontakt z nieznajomą osobą lub grupą osób	5 4 3 2 1 0	
Sprzątam w domu lub ogrodzie	5 4 3 2 1 0	
Gotuję	5 4 3 2 1 0	
Pracuję (pomagam) w gospodarstwie rolnym	5 4 3 2 1 0	
Posługuję się urządzeniami elektrycznymi	5 4 3 2 1 0	
Jestem w pobliżu urządzeń pod napięciem	5 4 3 2 1 0	
Mam kontakt z substancjami chemicznymi	5 4 3 2 1 0	
Używam zimnych ogni, petard i innych materiałów pirotechnicznych	5 4 3 2 1 0	
Inne – wpisz	5 4 3 2 1 0	
	5 4 3 2 1 0	

Dodaj liczbę wszystkich punktów . . . . . , podziel tę liczbę przez liczbę sytuacji, które oceniałaś/eś
Średnia liczba punktów . . . . . .

3.5.2. Przyczyny urazów i sposoby ich eliminowania

Wypadki i powstające w nich następstwie urazy są zwykle spowodowane wieloma czynnikami. Uświadomienie sobie ich przyczyn zwiększa szansę na ich uniknięcie

Jak wspomniano wcześniej, istnieje wiele modeli wyjaśniających przyczyny wypadków i urazów. Jednym z najczęściej wymienianych jest model (matryca) W. Haddona (za: Andersson, 1999). Zakłada on, że uraz jest problemem zdrowotnym. Doznanie urazu, podobnie jak choroby (zwłaszcza zakaźnej), zależy od interakcji między trzema kategoriami: człowiek–sprawca–środowisko (ang. *host–agent–environment*). Później dodano kategorię czwartą – przenośnik (ang. *vector*, *vehicle*). Kategorie te można opisać w następujący sposób:

– człowiek – osoba poszkodowana – jego cechy psychofizyczne (np. wiek, płeć, wykształcenie, samopoczucie, zmęczenie, sprawność fizyczna, wartości, przekonania o własnej skuteczności, doświadczenie) oraz zachowania;

– sprawca – określony jako „energia", czyli czynnik bezpośrednio powodujący uraz, np. mechaniczny (może powodować złamanie lub zranienie), chemiczny (zatrucie), termiczny (oparzenie);

– przenośnik – to co przenosi sprawcę – energię, np. pojazd mechaniczny przenosi energię, która wywołuje określony uraz (podobnie jak komar przenosi malarię);

– środowisko – czynniki fizyczne, społeczne, ekonomiczne lub kulturowe, które zwiększają prawdopodobieństwo wypadku.

Model ten określa kierunki działań dla zapobiegania wypadkom i urazom, w których należy uwzględnić wszystkie cztery kategorie oraz trzy fazy: sytuacja przed urazem, w czasie urazu i po nim.

Propozycja zajęć

Temat zajęć: „Przyczyny urazów i sposoby ich eliminowania"

Uczestnicy: młodzież w wieku 10–19 lat.

Cel: uświadomienie młodzieży przyczyn urazów, których sami doznali w przeszłości, oraz sposobów eliminowania tych przyczyn (zapobiegania urazom).

Przebieg zajęć:

- Wyjaśnij uczestnikom, że będą analizować okoliczności i przyczyny urazu, który zdarzył się im samym. W tym celu daj każdemu arkusz nr 2. „Dlaczego doznałam/em urazu i jak można było mu zapobiec?" Poproś, aby przypomnieli sobie najpoważniejszy uraz, jaki się im zdarzył, i opisali odpowiadając na pytania zawarte w części A i B tego arkusza.
- Poproś, aby w parach zaprezentowali sobie nawzajem to, co zapisali w części A i B arkusza, a następnie zastanowili się, co można było zrobić, aby uniknąć tego urazu, i zapisali to w części C swoich arkuszy.

- Zaproś chętnych, aby w całej grupie przedstawili analizę swojego urazu. Zapisz jej wyniki na tablicy lub arkuszu papieru w dwóch kolumnach: „Przyczyny urazu" (wg punktów wymienionych w arkuszu nr 2), „Sposoby eliminowania tych przyczyn". Poproś pozostałych uczestników, aby podali zapisane przez siebie przyczyny i sposoby ich eliminowania. Zastanówcie się wspólnie nad następującymi kwestiami:
  - Jakie są najczęstsze przyczyny urazów, którym ulegają młodzi ludzie?
  - W jakim stopniu sami mogą wpływać na zmniejszenie ryzyka doznania urazów?
  - Jakie cechy psychofizyczne młodzieży zwiększają ryzyko doznania urazu?
- Podsumuj zajęcia. Przekaż dodatkowe informacje.

Arkusz nr 1

DLACZEGO DOZNAŁAM/-EM URAZU I JAK MOŻNA BYŁO MU ZAPOBIEC?

Przypomnij sobie **jeden** uraz, czyli uszkodzenie ciała, jakiego doznałeś w ostatnich 2–3 latach, z którego powodu byłeś leczony przez lekarza lub pielęgniarkę, a może nawet w szpitalu. Do urazów zalicza się także oparzenie i zatrucie (np. lekami, substancjami chemicznymi). Wypełnij kolejne części tego arkusza.

A. Opis urazu i jego okoliczności

1. W jakim miesiącu i roku zdarzył się uraz .....
2. Gdzie byłaś/eś, gdy zdarzył się uraz? .....
3. Co robiłaś/eś, gdy zdarzył się ten uraz? .....
4. Co się wydarzyło?.. .....
   .....
5. Jakich uszkodzeń ciała doznałaś/eś?. .....

B. Przyczyny urazu

Przyczyny zależne od:	Opisz, jakie to były przyczyny
Twojego zachowania lub postępowania	
Zachowania lub postępowania innych ludzi	
Innych czynników zewnętrznych	

C. Co można było zrobić, aby zapobiec temu urazowi:

.....

3.5.3. Ocena i podejmowanie ryzyka

Stwarzanie dzieciom i młodzieży możliwości uczenia się oceny ryzyka, zasad jego podejmowania oraz radzenia sobie w sytuacji zagrożeń powinno być ważnym elementem współczesnej edukacji zdrowotnej

Tradycyjnie w medycynie i psychologii dzieci traktowane są jako „bierne podmioty", które muszą być chronione przed zagrożeniami (Green, 2002). Jednym ze sposobów zapobiegania wypadkom i urazom u dzieci jest sprawowanie nad nimi opieki i nadzoru przez rodziców, nauczycieli i inne osoby dorosłe. Niezbędne jest jednak **unikanie nadmiernej opiekuńczości**, w wyniku której dziecko nie ma możliwości zdobywania doświadczeń, umiejętności oceny i podejmowania ryzyka oraz zachowań bezpiecznych.

W opracowanym w 2001 r., przez UNICEF, Raporcie Innocenti poświęconym urazom dzieci w krajach rozwiniętych[12] zwrócono m.in. uwagę, że w większości tych krajów rodzice są coraz bardziej zaniepokojeni zagrożeniami dla zdrowia i życia swych dzieci. Powoduje to, że dzieciństwo jest na nowo ograniczane przez nadopiekuńczość rodziców. Jest to m.in. reakcja na kampanie na rzecz bezpieczeństwa dzieci, a także przekazywane przez media (współzawodniczące o uwagę opinii publicznej) informacje o tragediach i negatywnych zdarzeniach. Efektem tego jest odprowadzanie lub odwożenie dzieci do szkoły, zabranianie im zabaw poza domem i samodzielnego poznawania nowego otoczenia. Dzieci odczuwają, że każde otoczenie powinno być „idealnie" higieniczne i bezpieczne, a każda ich działalność nadzorowana. Pozbawione są one niezbędnego procesu przesuwania granic swoich doświadczeń i oceny niebezpieczeństwa, rozwijania poczucia ryzyka i niebezpieczeństwa, umiejętności jego oceny oraz brania na siebie coraz większej odpowiedzialności za swoje zdrowie i życie. Istnieje prawdopodobieństwo, że w momencie, gdy uzyskają samodzielność, nie zdając sobie z zagrożeń zewnętrznego świata, nie będą posiadały najbardziej niezbędnych umiejętności, aby je oceniać i właściwie reagować. Zdaniem autorów tego raportu informacje dotyczące bezpieczeństwa dzieci powinny pozwolić rodzicom utrzymać **wyczucie proporcji w zakresie ograniczeń i samodzielności dziecka**. Wobec istnienia rzeczywistych zagrożeń w środowisku życia dziecka niezbędne są działania w celu ich eliminowania, z wykorzystaniem sprawdzonych strategii wychowawczych.

Opisana w tym raporcie sytuacja zagrożeń dla bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania lub przebywania dzieci oraz ograniczania ich swobody poruszania się dotyczy również naszego kraju. Wymaga to podjęcia szerokich działań dla poprawy bezpieczeństwa w środowisku lokalnym, a także nowego podejścia w edukacji do bezpieczeństwa, w której dotychczas dominuje koncentracja na zagrożeniach

[12] UNICEF (2001) *Tabele zgonów związanych z uszkodzeniami ciała u dzieci w krajach bogatych.* Raport Innocenti nr 2, Ośrodek badawczy Innocenti, Florencja, tłumaczenie raportu w jęz. polskim: J. Mazur, J. Szymborski, 2001, s. 153–197. Pełen tekst na stronie www.unicef-icdc.org/publications (Innocenti Report Card. Issue No 2, 2001, A League Table of Child Health by Injury in Rich Nations).

w otaczającym środowisku, a niewystarczająco jest uwzględniana kwestia **oceny i podejmowania ryzyka**. Młodzi ludzie nie rozumieją stopnia ryzyka związanego z ich różnymi zachowaniami i działaniami. Skutkiem tego jest społeczeństwo „analfabetów ryzyka".

Amerykańska psycholog V. Satir (1976) rozważa podejmowanie ryzyka w kategoriach pozytywnych, jako jeden z pięciu elementów wolności człowieka. Może on sam („na własny rachunek") podejmować ryzyko, zamiast wybierać tylko w pełni „bezpieczne" sposoby funkcjonowania, nie stwarzające zagrożeń. Zdaniem tej autorki najbardziej satysfakcjonujące doświadczenia w naszym życiu wiążą się właśnie z sytuacjami ryzykownymi. Wymagają one wykorzystania wiedzy, emocji i umiejętności podejmowania ryzyka. Należy także dodać, że ludzie podejmujący ekstremalne ryzyko (np. zdobycie szczytu w szczególnie trudnych warunkach, zdobycie obu biegunów przez niepełnosprawnego chłopca, udział w wyścigach Formuły 1) cieszą się w społeczeństwie uznaniem i podziwem.

Zdaniem T. Zaleśkiewicza (2005) zachowanie ryzykowne może być **koniecznością**, jedynym sposobem na osiągnięcie ważnego celu, ale także może wynikać z chęci **poszukiwania przyjemności i ekscytujących doznań**. Wykazano, że taka indywidualna cecha jak poszukiwanie wrażeń jest w znacznym stopniu zdeterminowana genetycznie i ma podstawy biologiczne. U osób tych stwierdza się niskie stężenie we krwi enzymu MAO (monoaminooksydazy), który spełnia w mózgu funkcję regulacyjną w stosunku do neurotransmiterów (s. 61). Chęć poszukiwania wrażeń (przyjemności i rozrywki) jest szczególnie nasilona u młodzieży, u której skłonność do ryzykowania jest silnie skorelowana z potrzebą stymulacji, dostarczenia sobie intensywnych lub nowych doznań. Wykazano także, że na ryzykowne zachowania młodzieży mają wpływ czynniki emocjonalne, w tym zwłaszcza dążenie do wzmacniania pozytywnego afektu i nastawienie na natychmiastowe pozytywne wzmocnienia (s. 90).

W edukacji do bezpieczeństwa należy wziąć zatem pod uwagę, że w każdym okresie życia są sytuacje, w których podejmowanie niektórych działań wiążących się z ryzykiem jest źródłem satysfakcji i radości. Na przykład dla niemowlęcia mogą być to pierwsze kroki, dla 5-latka pływanie, dla 18-latka jazda na motocyklu. Ważne jest zatem kształtowanie takich umiejętności życiowych i warunków, które umożliwią młodym ludziom optimum stymulacji i satysfakcji.

W edukacji do bezpieczeństwa warto też podjąć z młodzieżą dyskusję na temat *survivalu*, czyli sztuki przetrwania. Metoda ta i sztuka ma na celu uczenie się stawiania czoła wszelkim zagrożeniom i niebezpieczeństwom w skrajnie trudnych sytuacjach. J. Pałkiewicz, polski podróżnik i założyciel pierwszej szkoły przerwania, uważa, że „każdy, nawet prowadzący spokojny tryb życia człowiek, może niespodziewanie znaleźć się w krytycznej sytuacji lub paść ofiarą nieszczęśliwego wypadku, zarówno z własnej winy, jak i w wyniku działania sił wyższych"[13]. Zdaniem S. Kawuli (2004, s. 324) współczesny człowiek coraz mniej pewnie czuje się na łonie natury i to nie tylko w surowych warunkach dzikiej przyrody, ale także np. w Bieszczadach lub rozlewiskach Narwi i Biebrzy. Może nagle znaleźć się w sytuacji żywiołowego

[13] J. Pałkiewicz (1998) *Survival. Sztuka przetrwania*, Warszawa, Wydawnictwo TENTEN, s. 9.

kataklizmu (np. powodzi). Do tych sytuacji większość Polaków nie jest przygotowana i wykazuje bezradność w sytuacjach zagrożenia egzystencji.

Uczenie się sztuki przetrwania jest popularne na całym świecie. W niektórych szkołach w USA jej elementy są włączane do programu wychowania fizycznego. Metoda ta okazała się przydatna w resocjalizacji nieletnich przestępców (Kawula, 2004, s. 327).

Propozycja zajęć

Temat: „Czy jestem ryzykantem/ką"[14]

Uczestnicy: młodzież w wieku 12–19 lat.

Cel: uświadomienie młodzieży, co oznaczają terminy „ryzyko" i „podejmowanie ryzyka" oraz w jakim stopniu podejmują ryzyko w swoim życiu.

Przebieg zajęć:

- Zapytaj uczestników, z czym kojarzy się im termin „ryzyko" (burza mózgów). Zapisuj ich skojarzenia na tablicy lub arkuszu papieru.
- Sporządźcie wspólnie listę sytuacji i zachowań wiążących się dużym ryzykiem dla zdrowia, a nawet życia ludzi. Podkreślcie te, które z nich dotyczą lub mogą dotyczyć osób w ich wieku.
- Daj każdemu arkusz nr 3. „Czy jesteś ryzykantem?", poproś o jego wypełnienie, a następnie zaznaczenie swojej oceny na wspólnym „kontinuum ryzyka" (przygotuj go wcześniej na dużym arkuszu papieru, stwórz możliwość anonimowego zaznaczania swojej pozycji, np. przez odpowiednie miejsce zawieszenia arkusza).

Arkusz nr 3

CZY JESTEŚ RYZYKANTEM?

Zastanów się, w jakim stopniu podejmujesz ryzyko w swoim codziennym życiu, i zaznacz to wstawiając X na „kontinuum ryzyka", czyli na linii ograniczonej z obu stron strzałkami. Oceny tej dokonujesz tylko dla siebie.

KONTINUUM RYZYKA

Lubi ekscytujące życie i podejmowanie ryzyka	przeciętny ryzykant	Lubi spokojne życie i unika podejmowania ryzyka

Uzasadnij swoją ocenę:

.....

.....

[14] W opracowaniu wykorzystano m.in. propozycje zawarte w poradniku *Promocja...*, 1995, s. 156–157.

- Zademonstruj grupowe kontinuum ryzyka. Podejmijcie dyskusję na następujące tematy:
  - Dlaczego ludzie podejmują ryzyko?
  - Czy i dlaczego potrzebna jest umiejętność oceny stopnia ryzyka?
  - W jaki sposób można dokonywać oceny stopnia ryzyka?
- Na zakończenie poproś, aby każdy odpowiedział na pytanie: Co wynosi z tych zajęć?

3.5.4. Identyfikacja zagrożeń w najbliższym otoczeniu

W środowisku życia uczniów: w domu i jego najbliższym otoczeniu, w drodze do szkoły, w szkole, na jej terenie i otoczeniu, w miejscach zbaw i rekreacji i innych miejscach, w których przebywają dzieci i młodzież, może istnieć wiele zagrożeń dla zdrowia. Podjęcie tego tematu w edukacji do bezpieczeństwa umożliwi młodzieży poznanie tych zagrożeń i branie ich pod uwagę w swoich zachowaniach. Może się także przyczynić do wyeliminowania co najmniej niektórych z nich.

W realizacji tego tematu najkorzystniej zastosować metodę projektów (s. 190). Zadaniem uczniów, pracujących indywidualnie lub w zespołach, powinno być dokonanie **diagnozy** („**mapy**") **zagrożeń w wybranych miejscach oraz zaproponowanie sposobów ich ograniczenia lub wyeliminowania**. Wybór tych miejsc należy ustalić z uczniami i zaplanować wspólnie z nimi ogólne zasady pracy. Na tej podstawie nauczyciel opracowuje instrukcje dla uczniów i w razie potrzeby udziela dodatkowych wskazówek dotyczących danego miejsca. Może też zaistnieć potrzeba konsultacji z rodzicami, policją, a także towarzyszenia uczniom, w niektórych miejscach, osoby dorosłej w charakterze obserwatora, a nie osoby ingerującej w prace uczniów.

Efektem projektu powinna być nie tylko samodzielnie wykonana „mapa" zagrożeń, lecz także propozycje rozwiązań, które należy przedłożyć odpowiednim osobom lub instytucjom. Przy takim założeniu warto wzorować się na metodzie IVAC, stosowanej w szkołach duńskich (s. 239).

Pytania/Zadania

1. Wyjaśnij pojęcia: „bezpieczeństwo", „zagrożenie", „wypadek", „uraz".
2. Jakie czynniki wpływają na dużą częstość wypadków i urazów u dzieci i młodzieży?
3. Wyjaśnij koncepcję promocji bezpieczeństwa.
4. Jakie są główne cele edukacji do bezpieczeństwa i strategie działań szkoły dla zapobiegania urazom uczniów?
5. Wyjaśnij motywy podejmowania przez ludzi ryzyka.

Literatura zalecana

Klus-Stańska D., Nowicka M. (1999) *Bezpieczeństwo dzieci. Scenariusze zajęć dla rodziców i nauczycieli*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls".

Malinowska-Cieślik M. (2001) *Kontrola i prewencja urazów*, w: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, tom 2*, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków 2001, s. 397–407.

Mazur J., Szymborski J. (2001) *Zdrowie naszych dzieci. Wypadki, urazy i zatrucia u dzieci i młodzieży w Polsce*, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.

Zaleśkiewicz T. (2005) *Przyjemność czy konieczność. Psychologia postrzegania i podejmowania ryzyka*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

ROZDZIAŁ 4

Seksualność – wybrane zagadnienia

Alicja Długołęcka

Zgodnie z holistycznym podejściem do zdrowia (s. 27), edukację dzieci i młodzieży w zakresie zagadnień związanych z seksualnością, zdrowiem seksualnym i prokreacyjnym należy uznać za część edukacji zdrowotnej. Prowadzenie tej edukacji jest w Polsce od dawna kwestią kontrowersyjną, uwikłaną w spory ideologiczne.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami[1] w podstawie programowej kształcenia ogólnego[2] uwzględniono zajęcia edukacyjne „wychowanie do życia w rodzinie". We wszystkich typach szkół przeznacza się na nie po 14 godzin rocznie (w tym po 5 godzin z podziałem na chłopców i dziewczęta). W klasach IV–VI szkół podstawowych jest to jeden z trzech modułów ścieżki edukacyjnej „wychowanie do życia w społeczeństwie", w gimnazjach jest częścią przedmiotu o tej nazwie, w szkołach ponadgimnazjalnych „wychowanie do życia" w rodzinie jest samodzielną ścieżką edukacyjną. Warunkiem uczestnictwa w tych zajęciach jest zgoda rodziców[3]. W 2005 r., w reprezentatywnej grupie osób w wieku 15–49 lat, na pytanie: Czy w twojej szkole lub szkole pani/a dziecka były realizowane zajęcia z przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie" odpowiedzi: „tak" udzieliło 48% badanych, „nie lub jeszcze nie, ale są planowane" – 37% osób, „nie wiem" – 15% (Izdebski, 2006).

Programy „wychowania do życia w rodzinie" są nastawione na przygotowanie do małżeństwa i rodzicielstwa, w niewielkim stopniu poruszają zagadnienia seksualności

[1] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 19 lipca 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. 2002, nr 121, poz. 1037).

[2] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2002, nr 51, poz. 458).

[3] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. 1999, nr 67, poz. 756) przewiduje, że o udziale ucznia niepełnoletniego w zajęciach „Wychowanie do życia w rodzinie" decydują rodzice (paragr. 4, ust. 2).

i partnerstwa. Podręczniki nie są wolne od światopoglądowych przekonań i nie zawsze są zgodne ze światowymi standardami i współczesną nauką. Szczególnie dotyczy to kwestii związanych z: antykoncepcją, profilaktyką chorób przenoszonych drogą płciową, partnerstwem, orientacjami seksualnymi i masturbacją. Skutkiem braku neutralności w treściach nauczania jest oddalanie się programów tego przedmiotu od rzeczywistej edukacji i upodabnianie ich do „propagandy". Istotnym problemem jest także niewystarczające przygotowanie merytoryczne i metodyczne polskich nauczycieli do kształcenia młodzieży w zakresie seksualności człowieka.

Wprowadzanie edukacji seksualnej do systemu szkolnego ma ogólne poparcie społeczne – w 2005 r., 80% Polaków było za takim rozwiązaniem (*Centrum...*, 2005). Przegląd wyników 35 badań z przeprowadzonych w różnych krajach, dokonany w 1994 r. przez WHO, wykazał, że realizowanie programów edukacji seksualnej w szkołach często zmniejsza lub opóźnia aktywność seksualną młodzieży i sprzyja częstszemu stosowaniu antykoncepcji (zwłaszcza jeśli programy są wprowadzane przed podjęciem przez młodych ludzi aktywności seksualnej) i korzystnie wpływa na rozwój samoświadomości w zakresie płciowości (Lew-Starowicz, 2002).

4.1. Podstawowe pojęcia

4.1.1. Zdrowie seksualne i prokreacyjne

Termin „zdrowie seksualne" został po raz pierwszy zdefiniowany w 1975 r. przez WHO.

Zdrowie seksualne jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości

Pojęcie zdrowia seksualnego jest stosunkowo nowe, ale we wszystkich kulturach zawsze istniały normy i tradycje określające jego zakres. Na przykład w wielu społecznościach afrykańskich zdrowie seksualne jest pojęciem wielowymiarowym. Oznacza nie tylko zdolność do prokreacji i przestrzeganie tabu seksualnego, ale również radosne spotkanie partnerów. Podobnie jest w świecie islamu – poza zdolnością do prokreacji podkreśla się rolę przyjemności, pożądania i rozkoszy. W tradycyjnej medycynie chińskiej zdrowie seksualne jest rozumiane jako stan równowagi pomiędzy energią żeńską i męską (*yin* i *yang*). Jego zachowaniu sprzyja życie w harmonii z naturą, właściwa dieta i dobre relacje z innymi. W konfucjanizmie zdrowie seksualne wiąże się z panowaniem nad emocjami i zdolnością do prokreacji oraz podtrzymywaniem instytucji małżeństwa i rodziny. Taoizm traktuje zdrowie seksualne jako zdolność do gromadzenia energii seksualnej i utrzymywania równowagi między biegunem męskim a żeńskim, co sprzyja długowieczności (Lew-Starowicz, 2002).

W przeszłości w kulturze Zachodu zdrowie seksualne utożsamiano ze zdolnością do prokreacji, połączoną z umiejętnością samokontroli i dystansowania się wobec seksualności. Pozaprokreacyjna aktywność seksualna była traktowana nie tylko jako choroba, ale i jako przestępstwo, np. stosunki oralne, analne, czy homoseksualne. Od XVIII w. zdrowie seksualne zaczęto również utożsamiać z niepodejmowaniem aktywności masturbacyjnej. W tym celu zalecano specjalne metody wychowawcze, zajęcia sportowe oraz hamowanie popędu seksualnego za pomocą leków, a w przypadku „uporczywych onanistów" zalecano bardziej drastyczne metody, jak np. zakładanie metalowych narzędzi na narządy płciowe i zabiegi operacyjne. W drugiej połowie XIX i na początku XX w. kryteriami zdrowia seksualnego były: płodność, czystość moralna, dystans wobec seksu, ciała. Za patologię seksualną uznawano nie tylko poza prokreacyjne zachowania seksualne i homoseksualizm, ale nawet uleganie pożądaniu i przeżywanie orgazmu przez kobiety. U kobiet, które ujawniały zainteresowanie seksem, fantazjowanie seksualne i nawilżenie pochwy, rozpoznawano histerię. W pierwszych klasyfikacjach zaburzeń seksualnych jako patologię uznawano m.in. masturbację, kontakty przed- i pozamałżeńskie oraz „miłość francuską". W niektórych stanach USA jeszcze w końcu XX w. były karane następujące zachowania: całowanie się w miejscach publicznych i stosunki oralne małżonków.

W drugiej połowie XX w., na skutek przemian obyczajowych, zwłaszcza wynalezienia antykoncepcji, akceptacji pozaprokreacyjnego znaczenia seksu oraz emancypacji kobiet, zaczęły zmianiać się postawy wobec zdrowia seksualnego – nastąpiło znaczne dowartościowanie ciała i seksu (Długołęcka, Lew-Starowicz, 2006). Ta ewolucja postaw wobec zdrowia seksualnego przyczyniła się do wyodrębnienia nowego pojęcia „**zdrowie prokreacyjne**".

Zdrowie prokreacyjne jest to stan pełnego dobrostanu (*well-being*) w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami we wszystkich okresach życia

Definicje zdrowia prokreacyjnego i seksualnego, przyjęte na Międzynarodowej Konferencji ONZ na Rzecz Ludności i Rozwoju w Kairze, w 1994 r., oraz Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych są podstawą **norm medycznych** (wyznaczników zdrowia i choroby) i są wykorzystywane przez lekarzy w diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń seksualnych, a przez psychologów i pedagogów we wspieraniu i wychowaniu w zakresie szeroko pojętej seksualności. To, czego nie ma w tej klasyfikacji, nie jest chorobą. W kolejnych edycjach tej klasyfikacji usuwano pewne rozpoznania (np. homoseksualizm, oralizm, analizm), a dodawano nowe (np. brak zadowolenia i przyjemności z kontaktów seksualnych, molestowanie i przemoc seksualna). Zmienia się również terminologia, z pejoratywnej na bardziej neutralną, np. zmieniono „oziębłość płciową kobiet" na „zaburzenia podniecenia seksualnego", dewiacje i zboczenia na „zaburzenia preferencji seksualnych" itd. Lekarz, psycholog

i pedagog z racji swego zawodu powinien kierować się tą klasyfikacją. Nie eliminuje to możliwości konfliktów wiążących się z światopoglądem, ale nie powinny one mieć wpływu na ich decyzje i postawy w terapii, a także w promocji zdrowia seksualnego.

4.1.2. Prawa prokreacyjne i seksualne

Przełomem w podejściu do zdrowia prokreacyjnego i seksualnego była Międzynarodowa Konferencja na Rzecz Ludności i Rozwoju w Kairze w 1994 r. Rządy państw członkowskich WHO uzgodniły wtedy definicje praw prokreacyjnych jako podstawowych praw człowieka, a także zdrowia prokreacyjnego i seksualnego.

Prawa prokreacyjne są częścią praw człowieka, które zostały już uznane w ustawodawstwie krajowym, międzynarodowych dokumentach praw człowieka oraz innych dokumentach konsensusowych. Prawa te opierają się na uznaniu:

- fundamentalnego prawa wszystkich par i jednostek do wolnego i odpowiedzialnego decydowania: ile, kiedy i w jakich odstępach czasu chcą mieć dzieci, jak również do informacji i środków umożliwiających osiągnięcie tego celu;
- prawa do możliwie najlepszego zdrowia seksualnego i prokreacyjnego;
- prawa do podejmowania decyzji w sprawach prokreacyjnych, w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy[4].

Prawa seksualne to prawa każdego człowieka do: decydowania w sposób wolny i odpowiedzialny o wszystkich aspektach swojej seksualności, łącznie z ochroną i promocją zdrowia seksualnego i prokreacyjnego; wolności od dyskryminacji, przymusu i przemocy w swoim życiu seksualnym oraz we wszystkich decyzjach dotyczących życia seksualnego; oczekiwania i domagania się równości, pełnej zgody, wzajemnego szacunku i wspólnej odpowiedzialności w związkach seksualnych

W sierpniu 2002 r. norma medyczna w zakresie seksualności została uzupełniona przez opublikowanie Deklaracji Praw Seksualnych opracowanej przez WHO. Deklaracja ta wnosi nowe elementy, w tym prawo do: seksualnej równości osób niepełnosprawnych, zachowań autoerotycznych (oznacza to zakończenie, trwającej ponad 200 lat w kulturze Zachodu, „propagandy" antymasturbacyjnej), informacji oraz wyczerpującej edukacji seksualnej. Oczywiście w każdej kulturze istnieją różne typy **norm seksualnych**: religijne, obyczajowe, partnerskie, prawne, ewolucyjne, czy statystyczne, które nie zawsze pokrywają się z normą medyczną, co jest powodem nieustających polemik.

Polska podpisała i ratyfikowała wszystkie międzynarodowe dokumenty z zakresu praw człowieka oraz podpisała dokumenty końcowe, uzgodnione na

[4] Program Działania Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju, Kair 1994, 7.3; Platforma Działania IV Światowej Konferencji w sprawach Kobiet, Pekin 1995, 95 (za: Nowicka, Solik, 2003).

forum międzynarodowym podczas kluczowych konferencji ONZ, również te, które dotyczą zdrowia prokreacyjnego i seksualnego. Wynikają z tego określone zobowiązania, m.in. zapewnienie dostępu do informacji, usług zdrowotnych oraz pełnego zakresu metod planowania rodziny. W odniesieniu do zdrowia prokreacyjnego i seksualnego obejmują one:

- usługi planowania rodziny, poradnictwo i informację;
- opiekę pre- i postnatalną oraz w czasie porodu;
- opiekę nad niemowlętami;
- leczenie infekcji dróg rodnych oraz chorób przenoszonych drogą płciową;
- leczenie skutków zdrowotnych niebezpiecznych aborcji;
- zapobieganie oraz odpowiednie leczenie niepłodności;
- **informację, edukację i poradnictwo w zakresie seksualności człowieka i odpowiedzialnego rodzicielstwa**;
- **promowanie odpowiedniego rozwoju seksualności, związków opartych na równości i wzajemnym szacunku**;
- **zapewnienie dostępu do informacji, edukacji i usług niezbędnych do osiągnięcia zdrowia seksualnego i korzystania z praw seksualnych**.

4.1.3. Wychowanie i edukacja seksualna

Naukowcy zajmujący się pedagogiką seksualną wyróżniają dwa procesy – **wychowanie seksualne** i **edukację seksualną**. Wychowanie i edukacja seksualna są wzajemnie związanymi procesami – analogicznie do wychowania i nauczania.

„Wychowanie i uświadomienie seksualne są wzajemnie powiązanymi częściami pedagogiki seksualnej [...]. Wspólnymi celemi jest ukształtowanie osoby zdrowej seksualnie, to znaczy jednostki, która akceptuje swoją płeć, przyjmuje role z nią związane, bez lęku wyraża swoją seksualność w sensie fizycznym i psychicznym, ma przy tym poczucie odpowiedzialności za skutki tego wyrazu dotyczące siebie samego, partnera i społeczeństwa" (Obuchowska, Jaczewski, 2002, s. 171)

Podstawowymi elementami **wychowania seksualnego**, kształtowanymi w domu rodzinnym od urodzenia, są: umiejętność wyrażania uczuć, modelowanie pierwszych postaw wobec seksualności i dostarczanie przez rodziców najwcześniejszych wzorów pełnienia ról społecznych związanych z płcią i ich wzajemnych relacji. Im dziecko starsze, tym bardziej na jego rozwój erotyczny[5] wpływa środowisko rówieśnicze poprzez wzmacnianie procesu identyfikacji z płcią i jej rolami. Środowisko to jest

[5] Pojęcie „rozwój erotyczny" podkreśla kulturowy aspekt ludzkiej seksualności, tak jak pojęcie „rozwój psychoseksualny" aspekt psychologiczny. Termin „rozwój seksualny" (czyli płciowy) w powszechnym rozumieniu jest odbierany w zbyt wąskim kontekście, dlatego w literaturze jest często zastępowany ww. terminami.

terenem treningu społecznego – stanowi wzorzec przyszłych związków i pierwszych doświadczeń seksualnych. Pierwsze dziecięce doświadczenia, zgodnie z zasadą pierwszych połączeń, nabierają szczególnego znaczenia dla przyszłego rozwoju psychoseksualnego. Dziecko uczy się rozpoznawania i reagowania na sytuacje erotyczne (często są to przeciwstawne emocje, np. ciekawość i lęk, przyjemność i poczucie winy), aby w okresie dojrzewania zacząć te sytuacje w indywidualny sposób wywoływać. Zdobyte doświadczenia wpływają na zainteresowania i dobór poszukiwanych informacji, dążenie do określonych doświadczeń erotycznych, pragnienia i plany związane z wybranym partnerem (Bem, 2000; Wojciszke, 2002).

Duża liczba osób, środowisk i doświadczeń, które wpływają na rozwój psychoseksualny dziecka, niejednokrotnie wywołują u dorosłych chaos w oddziaływaniach wychowawczych, poczucie bezradności i tendencję do przerzucania obowiązków na innych, zwłaszcza jeśli dochodzi do sytuacji ocenianych jako trudne. Dopiero gdy dziecko wchodzi w okres dojrzewania płciowego, pojawia się zazwyczaj u dorosłych świadomość potrzeby „uświadamiania młodzieży". Specjaliści preferują jednak bardziej zaplanowane i wszechstronne formy **edukacji seksualnej**[6].

Edukacja seksualna jest to dział interdyscyplinarnej edukacji, dotyczący seksualności człowieka w wymiarze biologicznym, zdrowotnym, społecznym, kulturowym, historycznym, filozoficznym, a nawet politycznym

Jednym z podstawowych celów edukacji seksualnej jest **przekazywanie informacji** na temat:
- anatomii i fizjologii płci;
- płodności i możliwości jej regulowania;
- ciąży i porodu;
- zaburzeń seksualnych i zakażeń przenoszonych drogą płciową;
- kulturowych uwarunkowań związanych z płcią;
- ról, praw i stereotypów płciowych;
- orientacji seksualnych;
- zjawisk społecznych związanych ze sferą seksualną (np. prostytucja, pornografia);
- praw prokreacyjnych i seksualnych;
- relacji międzyludzkich wynikających z istnienia płci.

Przekazywanie informacji jest tylko jednym z wielu celów edukacji seksualnej. **Pozostałe cele**, które powinny być uwzględniane w programach edukacji seksualnej w szkole i innych programach dotyczących zdrowia seksualnego (np. w mediach), zostały określone przez WHO w ogólnej strategii działań (cele promocji zdrowia seksualnego), w następujący sposób:

[6] W Polsce pojęcie „edukacja seksualna" również nie jest jednoznaczne i jest mylnie utożsamiane z węższym pojęciem „uświadomienie seksualne" dotyczącym biologicznych aspektów seksualności. Zakres pojęciowy *sexual education* w jęz. angielskim jest o wiele szerszy i uwzględnia różnorodne aspekty ludzkiej seksualności i tak też być powinno w języku polskim.

- kreowanie pozytywnej postawy wobec seksualności;
- uwzględnianie złożonych uwarunkowań i czynników determinujących seksualne zachowania, relacje i satysfakcję;
- przeciwdziałanie dyskryminacji, izolacji, segregacji w zakresie seksualności;
- zmiany legislacyjne wymierzone przeciw różnym formom wykorzystywania seksualnego, gwarantujące dostęp do terapii seksualnej i brak dyskryminacji ze względu na płeć, wiek, orientację seksualną, niesprawność, stan zdrowia;
- przeciwdziałanie chorobom przenoszonym drogą płciową;
- uwzględnianie specyfiki tradycji kulturowych społeczeństwa.

W międzynarodowych dokumentach praw seksualnych człowieka[7] nie tylko podkreślono znaczenie rzetelnej informacji na temat seksualności człowieka dla zdrowia młodzieży, ale określono **standardy**, jakie powinna spełniać właściwie prowadzona edukacja seksualna:

- **Informacja stanowi podstawę działań na rzecz zdrowia prokreacyjnego młodzieży**. Pozwala młodym ludziom osiągnąć dojrzałość, niezbędną do podejmowania odpowiedzialnych decyzji. Należy zapewnić młodzieży odpowiednią edukację i usługi, które byłyby zgodne z ich potrzebami i przyczyniały się do kształtowania pozytywnego i odpowiedzialnego podejścia do własnej seksualności;
- W szczególności **powinno się zapewnić młodzieży dostęp do informacji, poradnictwa i środków, które umożliwią im zrozumienie własnej seksualności** oraz pozwolą uchronić się przed niepożądaną ciążą, zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz niepłodnością jako ewentualną ich konsekwencją;
- Należy położyć szczególny nacisk na **propagowanie, opartych na wzajemnym szacunku, sprawiedliwych stosunków między kobietami i mężczyznami** i kształtować u młodych mężczyzn szacunek dla autonomii kobiet oraz gotowość do ponoszenia wspólnie z kobietami odpowiedzialności za sprawy związane z seksualnością i prokreacją.

Wiele przekonujących argumentów za koniecznością prowadzenia, realistycznej i przystosowanej do potrzeb młodzieży, edukacji seksualnej podaje Z. Izdebski (2005): uwzględnienie przez naukowców i praktyków płciowości dziecka jako naturalnej cechy; zmiany w rozumieniu pojęcia orientacji seksualnych i dostrzeżenie społeczności lesbijek i gejów; nieustające występowanie problemu ciąż nastolatek; pojawienie się, w skali masowej, chorób przenoszonych drogą płciową, w tym epidemia HIV/AIDS; rewolucja seksualna i znaczący wzrost liberalizmu w odniesieniu do sfery aktywności seksualnej; ujawnienie na szeroką skalę – przy dużym udziale mediów – problemu molestowania seksualnego i pedofilii; coraz szersze ujawnianie zjawiska prostytucji i pornografii, zwłaszcza[8] dynamiczny rozwój Internetu owocujący

[7] Platforma Działania Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju, Kair 1994, 7.41; Platforma Działania IV Światowej Konferencji w sprawach Kobiet, Pekin 1995, 108k, 107e, 267; Kluczowe Działania na rzecz Dalszego Wdrażania Programu Działania, Sesja Specjalna ONZ „Kair+5", 1999, 73a.

[8] Dane statystyczne w pełni to potwierdzają. Wśród polskich 17-latków: 78% ogląda pornografię, na 34 % była wywierana presja seksualna, 2,5 % korzystało z usług seksualnych, 2,2% chłopców i 0,6% dziewcząt świadczyło takie usługi (Izdebski, 2004).

pojawieniem się w skali masowej nowych form zawierania znajomości o charakterze intymnym i – co się z tym wiąże – nowych zagrożeń dla małoletnich użytkowników tego medium.

Propozycje zajęć

Temat zajęć: „Normy"

Uczestnicy: uczniowie szkół ponadgimnazjalnych, nauczyciele i rodzice.

Cele:
– wykazanie potrzeby rozróżniania norm w ocenie zachowań seksualnych;
– zapoznanie z najważniejszymi, obowiązującymi normami medycznymi i prawnymi regulującymi zachowania seksualne, jednoczesne uświadomienie względności kulturowej i zmienności historycznej norm moralnych.

Przebieg zajęć:
- Zapytaj uczniów, co rozumieją pod pojęciem „norma seksualna". Wymień i krótko scharakteryzuj różne typy norm: biologiczne, prawne, medyczne, społeczno-moralne.
- Podziel uczestników na zespoły 4-osobowe i poproś, aby każdy zespół wylosował po kilka kartek z pojedynczymi zagadnieniami: masturbacja, fetyszyzm, pedofilia, ekshibicjonizm, stosowanie prezerwatywy, transseksualizm, homoseksualizm, aborcja, pornografia, celibat, zdrada małżeńska, zdrada seksualna w wolnym związku, stosunki przedmałżeńskie, gwałt, prostytucja itp. Warto udostępnić źródła zawierające Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych oraz inne książki poruszające wymienione zagadnienia.
- Daj każdemu zespołowi po jednym arkuszu nr 1 i poproś, aby uczestnicy w zespołach zastanowili się i przedyskutowali, które z wylosowanych zagadnień naruszają normy biologiczne, prawne, medyczne i społeczno-moralne, a które nie. Poproś, aby w „główce tabeli" wpisali zagadnienia, nad którymi się zastanawiali, a następnie przy wymienionych niżej czterech normach wpisali jedną z dwóch kategorii podanych w nawiasie.
- Poproś, aby reprezentant każdego zespołu przedstawił wnioski z dyskusji na forum klasy wykorzystując to, co napisali w arkuszu nr 1. Koryguj błędy i podaj szczegółowe informacje dotyczące norm medycznych i prawnych, które są ściśle określone.
- Na zakończenie zaznacz, że norm społeczno-moralnych nie da się zobiektywizować. Każdy człowiek ma prawo do moralnej oceny tych zagadnień, ale nie można jej mylić z normami prawnymi i medycznymi (nawet jeśli są zgodne z oceną moralną).
- Na zakończenie możesz zapoznać grupę z fragmentem książki filozofa Leszka Kołakowskiego „Czy diabeł może być zbawiony i 27 innych kazań" (arkusz nr 2) i skonfrontować go z poglądami uczestników.

Arkusz nr 1

„NORMY"

Zagadnienie / Normy	Masturbacja		Używanie prezerwatywy		
Normy biologiczne (dojrzałość-niedojrzałość)					
Normy prawne (karalne–niekaralne)					
Normy medyczne (zdrowie–choroba/zaburzenie)					
Normy społeczno-moralne (akceptowane-nieakceptowane)					

Arkusz nr 2

PO CO NAM „NORMY"?

„Nigdy nie wiemy z pewnością, jak ważne, a może nieodzowne dla trwania cywilizacji i dla samego przeżycia gatunku są rozmaite tradycyjne normy, które zdają się pochodzić z czystej bezwzględności „irracjonalnego" dziedzictwa religijnego. Możemy wziąć za przykład moralność seksualną i sporządzić krótką listę zachowań, które często bywają dyskutowane w moralnych kategoriach: współżycie seksualne w małżeństwie bez użycia środków zapobiegania ciąży (1), zapobieganie ciąży (2), życie płciowe przedmałżeńskie (3), homoseksualizm dobrowolny między dorosłymi (4), cudzołóstwo (5), zoofilia (6), życie seksualne grupowe (7), swoboda dla pornografii (8), kazirodztwo w tym samym pokoleniu (9), kazirodztwo między pokoleniami (10), gwałt (11), gwałt na dziecku (12). Na podstawie takiej listy [...] łatwo ustalić różnice między różnymi kodeksami moralnymi, rygorystycznymi i liberalnymi. (1) mogło uchodzić za zasadniczo niemoralne tylko w marginalnych sektach lub u szczególnych fanatyków (Ghandi wypowiadał się w tym duchu). W rygorystycznym Kościele katolickim wszystko oprócz (1) jest potępione. Chociaż zakaz (2) praktycznie słabo jest przez Kościół egzekwowany, a (3) niechętnie tolerowane. (11) i (12) są potępione we wszystkich znanych kodeksach moralnych. W najbardziej liberalnych opiniach dozwolone jest wszystko aż do (10), a różne kodeksy zatrzymują się na różnych punktach listy. Gdyby najbardziej rozluźnione opinie zwyciężyły nieodwołalnie, zniosłyby one wszystkie restrykcje w życiu seksualnym poza (zapewne) gwałtem: zniszczenie monogamicznego życia rodzinnego w jakiejkolwiek rozpoznawalnej formie byłoby jednym z oczywistych tego efektów. Przypuszczenie, że pociągnęłoby to za sobą ruinę naszej cywilizacji, nie da się udowodnić niezbicie, wydaje się jednak dobrze uzasadnione z punktu widzenia zarówno socjologii, jak i zdrowego rozsądku".

Leszek Kołakowski (1984) *Czy diabeł może być zbawiony i 27 innych kazań*, Londyn, Wydawnictwo Aneks, s. 109.

Temat zajęć: **„Jakie wzorce nas kształtują?"**

Uczestnicy: uczniowie gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych.

Cel: uświadomienie znaczenia i wszechobecności stereotypów płciowych.

Przebieg zajęć:

- Przygotuj różne podręczniki dla klas I–III szkoły podstawowej i podręczniki do przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie" oraz parę numerów popularnych czasopism młodzieżowych oraz tzw. czasopism kobiecych i dla mężczyzn.
- Podziel klasę na 3–4-osobowe zespoły i przydziel każdemu podręcznik lub czasopismo lub poproś, aby wybrali sami. Poproś, aby przeanalizowali ich treść oraz ilustracje pod kątem wychowania seksualnego (identyfikacja z płcią, postawy wobec własnej płci i płci przeciwnej, pełnienie ról płciowych). Włącz się do tego zadania i opracuj wybraną książkę pod tym kątem.
- Poproś, aby każdy zespół przedstawił wyniki swojej analizy, poparte przykładami (cytaty i/lub ilustracje).
- Podsumuj przedstawione przykłady, przedyskutujcie je i wyciągnijcie wspólne wnioski.
- Na zakończenie zajęć możesz przeprowadzić „burzę mózgów" na temat: Co można zrobić, aby przeciwdziałać stereotypom? (np. Jakie zasady powinny być przestrzegane w tworzeniu reklam i czasopism? Jakie wzorce warto w nich promować? Na jakie zachowania nie powinniśmy się zgadzać?).

Pytania

1. Jak rozumiesz pojęcie „zdrowie seksualne" i czym się ono różni od pojęcia „zdrowie prokreacyjne"?
2. Co stanowi podstawę do określania norm medycznych w zakresie zdrowia seksualnego?
3. Czy znasz jakieś autorskie programy z zakresu edukacji seksualnej? (możesz ich poszukać na stronie internetowej Ministerstwa Edukacji Narodowej)

4.2. Edukacja seksualna

Edukacja seksualna obejmuje bardzo szeroki zakres zagadnień. W dalszej części rozdziału omówiono wybrane jej zagadnienia: edukację seksualną dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, biomedyczne podstawy edukacji seksualnej młodzieży, edukację psychoseksualną młodzieży.

4.2.1. Edukacja seksualna dzieci w wieku przedszkolnym

Nie zawsze w wystarczającym stopniu docenia się wpływ pierwszych doświadczeń związanych z płcią na kształtowanie seksualności. Podstawy tożsamości płciowej kształtują się do 3 r.ż. Każde dziecko, we wczesnym dzieciństwie, jest poddane

wychowaniu seksualnemu, chociaż rzadko jest to proces przemyślany, świadomy i werbalny (Beisert, 1991). Brak przemyślanych oddziaływań też jest swoistym wychowaniem, tyle że negatywnym. Dziecko otrzymuje pośrednio informację, że seksualność jest sferą tabu, o której się nie rozmawia, a wiedzę na ten temat można zdobywać przekraczając społeczne normy lub je omijając (Zielona-Jenek, 2006). Małe dziecko jest zwykle aktywnym uczestnikiem własnej edukacji seksualnej: obserwuje i pyta o to, co je ciekawi, odwraca się i odchodzi, gdy traci zainteresowanie lub nie rozumie komunikatu. **Podstawową zasadą edukacji małego dziecka jest więc aktywne uczestnictwo dorosłego w poznawaniu świata przez dziecko i gotowość do odpowiedzi na różne pytania**. Obejmuje ona:

- odpowiadanie na pytania zadawane przez dziecko;
- komentowanie i wyjaśnianie sytuacji, w których dziecko się znalazło;
- stymulowanie pytań i uzupełnianie przekazów za pomocą materiałów edukacyjnych.

Edukacja ta nie powinna ograniczać się do biernego udzielania odpowiedzi, lecz powinna wyprzedzać i wspomagać rozwój dziecka w przechodzeniu przez kolejne fazy (Beisert, 1991; 2004; Eichelberger, 1999; Długołęcka, Lew-Starowicz, 2006). Oprócz wiedzy, edukujący przekazuje również komunikaty o emocjonalnym zabarwieniu treści, a także o swojej gotowości i chęci (lub jej braku) do rozmowy i udzielania dalszych informacji. Już w 1939 r. J. Foster i M. Mattson w podręczniku wychowania przedszkolnego[9] podawali następujące zalecenia: „Odpowiadajmy na pytania dziecka o seks na tyle prosto, by zrozumiało ono, co do niego mówimy, na tyle zgodnie z prawdą, by nie musiało się później oduczać tego, czego nauczyło się dziś, i w sposób na tyle pozbawiony emocji, by nie koncentrowało nadmiernej uwagi na uzyskanej informacji; ponad wszystko zaś tak, by zapytało o dalsze informacje, kiedy będzie ich znów potrzebować".

Próba skonstruowania odpowiedniego programu edukacji seksualnej dla małych dzieci powinna uwzględniać, z jednej strony cechy odbiorców – dzieci, z drugiej zaś – kontekst społeczny. Można oczywiście określić, „co dziecko powinno wiedzieć o seksualności", jednakże nadrzędną regułą wobec tych ogólnych zaleceń powinna być zasada indywidualizowania treści oraz formy przekazu i dopasowywania go do konkretnego dziecka, wychowującego się w konkretnym środowisku. Obszar podstawowych informacji dotyczy: różnic płciowych (anatomicznych i psychologicznych), prokreacji i narodzin, relacji z innymi, dotykania własnego ciała i ciała innych osób (Haffner, 2002). Funkcję wspomagającą mogą odgrywać rozmaite wydawnictwa przygotowane z myślą o małych dzieciach, które z reguły służą uzupełnianiu i podsumowaniu zdobytych wcześniej informacji oraz stanowią zachętę do wspólnej rozmowy (Zdann, 1984; Pajączkowska, Ponińska, 1990; Mayle, 1992; Haffner, 2002).

Edukacja „zaplanowana" zaczyna się najczęściej od **nauki nazywania części ciała** – na początku własnego, a potem płci przeciwnej. Zalecenia w tym zakresie najogólniej sprowadzają się do określania narządów płciowych w sposób prawidłowy. Stosowanie zdrobnień, eufemizmów czy wulgaryzmów może sygnalizować dziecku odmienność tych

[9] J. Foster, M. Mattson (1939) *Nursery school education* (cyt. za: Zielona-Jenek, 2006, s. 7).

części od pozostałych; odmienność nacechowaną zazwyczaj negatywnymi emocjami: wstydem i zażenowaniem, lekceważeniem, niekiedy wstrętem. Posługiwanie się przez dziecko takimi określeniami narządów płciowych może również utrudnić mu komunikację w sytuacji np. urazu czy niechcianego dotyku innej osoby.

Drugą ważną grupą tematów są **kwestie związane z pytaniem**: „**Skąd się wziąłem**?", w tym roli i udziału kobiety i mężczyzny, rozwoju płodu, narodzin oraz rozwoju małego dziecka (np. kwestia karmienia piersią, zmiany pieluch, częstego płaczu). Psychoterapeuta W. Eichelberger (1999) sugeruje jednak, że to pytanie, poza aspektem technicznym, jest pierwszym podstawowym pytaniem egzystencjalnym. Dziecko oczekuje od swoich rodziców jednoznacznej odpowiedzi, że jego istnienie nie jest dziełem przypadku, ale ich wzajemnej miłości i oczekiwania. Kwestie związane z początkiem życia i przebiegiem ciąży są sprawami mniejszej wagi i pytania z nimi związane pojawiają się w drugiej kolejności.

Oprócz informacji dotyczących różnic anatomicznych edukacja obejmuje również informacje na **temat psychologicznych różnic między płciami** oraz ról przypisanych płciom. Temat relacji z innymi ludźmi obejmuje zwykle takie zagadnienia, jak: przyjaźń, miłość, małżeństwo, a także doświadczanie uczuć w kontaktach z innymi (sympatie, antypatie, szczęście, radość, zazdrość, złość, smutek) i ich ekspresję. Do problematyki tej należałoby również zaliczyć takie tematy, jak: konflikty i ich rozwiązywanie przez bliskie sobie osoby, przeciwdziałanie powstawaniu pierwszych stereotypów płciowych przez partnerstwo i podział obowiązków.

Zagadnienia dotyczące oglądania i manipulowania własnym i cudzym ciałem odnoszą się do normy rozwojowej okresu przedszkolnego, przejawiającej się ciekawością poznawczą i dającą m.in. swój wyraz w zabawach erotycznych, oglądaniu i podglądaniu innych oraz masturbacji. Otwartość na dialog z dzieckiem oznacza konieczność przekazania mu informacji o dozwolonych i niedozwolonych formach tych aktywności oraz regułach nimi rządzących (akceptowanych sytuacji, uczestników, form). Ten obszar nastręcza najwięcej kłopotów opiekunom, ponieważ wykracza poza „zwykłe" udzielanie informacji. Dla wielu dorosłych nie są jasne motywy omawianych zachowań, ponieważ nie mają wystarczającej wiedzy o rozwoju seksualnym dzieci i niesłusznie postrzegają ich zachowania w kategoriach zachowań seksualnych osób dorosłych.

Włączenie **tematyki nadużyć seksualnych** do edukacji seksualnej małego dziecka jest kwestią dyskusyjną, ale za profilaktyką w tej dziedzinie przemawia wiele argumentów. Wyniki niektórych badań wskazują, że dzieci przedszkolne należą do grupy zwiększonego ryzyka stania się ofiarą wykorzystania seksualnego.

Propozycja zajęć

Temat zajęć: „**Intymność**"

Uczestnicy: dzieci w wieku przedszkolnym.

Cele:
- poznanie prawidłowego słownictwa;
- uświadamianie dzieciom kategorii intymności i zagrożeń związanych z jej naruszaniem;
- zachęcanie do komunikowania osobom najbliższym o sytuacjach problemowych.

Przebieg zajęć:

- Zorganizuj zabawę „Uszy, oczy, nos" – dzieci wskazują części ciała, które słyszą w piosence śpiewanej przez ciebie, lub witacie się różnymi częściami ciała: kolanami, piętami, ramionami, nosami, palcami wskazującymi, plecami i typowo przez podanie dłoni.
- Pokaż dzieciom tablice lub rysunki z uproszczonymi postaciami ludzkimi: dziewczynką i chłopcem i poproś, aby nazywały różne części ciała, wskazywane przez ciebie. Mogą używać nazw potocznych, a ty podajesz nazwy naukowe, czyli takie, jakie są w podręcznikach biologii lub medycznych. Poproś dzieci, aby podały powody, dla których zakrywamy niektóre części ciała (umożliw im swobodne ujawnienie wiedzy i emocji na ten temat).
- Rozdaj dzieciom szablony postaci przygotowanych dla każdego na kartkach, na których dorysowują/naklejają ubrania z papieru. Po zakończeniu zadania ułóż prace dzieci jedną za drugą na podłodze. Dzieci tworzą pociąg i okrążając wystawę oglądają i swobodnie komentują prace. Nawiąż do aspektu intymności.
- Oznacz kolorowymi znaczkami części ciała wyróżnione jako intymne (dostępne tylko dla najbliższych w wyjątkowych sytuacjach, np. pomoc przy myciu, pielęgnacja w czasie choroby, u lekarza) – czerwone serduszko; dostępne dla znajomych (np. ręce, ramiona, głowa) – zielony trójkąt; dla nieznajomych (tylko dłonie przy przywitaniu) – niebieskie koło.
- Przekaż informację, że o próbach dotykania przez osoby nieznajome i przekraczaniu podanych granic trzeba powiadomić zaufaną osobę, przy której czują się dobrze i bezpiecznie (rodzica, babcię, wychowawczynię, ulubioną ciocię itd.).

4.2.2. Edukacja seksualna dzieci w okresie wczesnoszkolnym

Prowadzenie edukacji seksualnej dzieci w okresie wczesnoszkolnym staje się coraz bardziej uzasadnione, ponieważ krąg potencjalnych źródeł edukacji seksualnej, konkurencyjnych wobec podejmowanej przez rodziców, bardzo się poszerza. Jeśli najbliżsi opiekunowie w tym względzie zawiodą, ich miejsce – jako głównego źródła informacji – szybko zajmą inni: rówieśnicy, dorośli spoza rodziny, media. Można przyjąć, że duża liczba konkurencyjnych źródeł wiedzy jest cechą charakterystyczną edukacji seksualnej w tym okresie (Zielona-Jenek, 2006). Liczba zagadnień, które dorośli planują poruszać z dziećmi w tym wieku, jest z reguły mała i dzieci skoncentrują się na aktywności własnej: zadawaniu „kłopotliwych" pytań i poszukiwaniu informacji od rówieśników, w książkach, czasopismach, Internecie.

Duża dostępność do, niedostosowanych do zainteresowań i możliwości percepcji, treści seksualnych w czasopismach i Internecie oraz uczestnictwo dzieci w niekontrolowanych rozmowach „na czacie" jest wystarczającym powodem do angażowania się dorosłych w edukację seksualną dzieci. Oczywiście można ten dostęp znacząco ograniczyć, ale niemożliwe jest całkowite od niego odcięcie. Rozsądnym sposobem wydaje się systematyczne i otwarte rozmawianie z dzieckiem o sprawach,

z którymi miało kontakt, oraz kształtowanie zainteresowań dziecka za pomocą odpowiednich materiałów: książek, broszur, artykułów, edukacyjnych programów komputerowych, zawierających odpowiednie rysunki, przekroje i schematy, które pomogą zobrazować procesy zachodzące we wnętrzu ciała ludzkiego.

Poza funkcją „korygującą" warto wziąć pod uwagę zorganizowane i zaplanowane formy edukacyjne. Edukacja w szkole mogłaby być szansą dla dzieci młodszych, które nie otrzymały wystarczającej wiedzy w środowisku rodzinnym. Propozycje treści edukacji seksualnej dla dzieci w tej grupie wiekowej zazwyczaj zawierają następujące zagadnienia (Zielona-Jenek, 2006, Haffner, 2002): anatomia i zmiany fizyczne okresu dojrzewania; kobiecość i męskość w kontekście społecznym; relacje z innymi ludźmi: przyjaźń, miłość, podejmowanie decyzji, zasady dotyczące zachowań seksualnych; profilaktyka nadużyć seksualnych; prokreacja.

Omawianie **budowy fizycznej dziewczynek i chłopców** powinno stanowić kontynuację i uszczegółowienie informacji, które dziecko zdobyło we wcześniejszym okresie. Możliwe jest wprowadzenie wiedzy o budowie narządów płciowych kobiety i mężczyzny, a także o podstawowych procesach fizjologicznym, np. cyklu miesiączkowym. Ponieważ w zbliżającej się fazie dojrzewania nastąpi zwiększenie uwagi poświęconej własnemu ciału, warto nieco wcześniej proponować treści dotyczące: higieny, troski o siebie i względności norm dotyczących atrakcyjności fizycznej, co może skutecznie zapobiec powstawaniu kompleksów w przyszłości.

Podejmowanie problematyki **kobiecej i męskiej roli płciowej** służy sprowokowaniu u dzieci refleksji na temat znanych im stereotypów dotyczących płci i bezkrytycznego ich przyjmowania. Realizacji tego tematu może sprzyjać analiza znanych dzieciom stereotypów płciowych, czy też śledzenie przykładów zachowań kobiet i mężczyzn, którzy w różnych sytuacjach postąpili typowo lub nietypowo w odniesieniu do oczekiwań społecznych. Otwartość na różnorodność jest w tym wieku bardzo duża i warto kształtować postawy tolerancji wobec dzieci wychowujących się w rodzinach odbiegających od „reklamowego" standardu: mama, tata, syn i córka.

Temat **relacji interpersonalnych** jest zagadnieniem bardzo szerokim i poruszanym z dziećmi, najczęściej przy okazji ich osobistych doświadczeń. Edukacja w tym zakresie może obejmować następujące tematy: wybieranie przyjaciół, wspólne spędzanie czasu, dzielenie się własnymi uczuciami i szacunek wobec uczuć drugiego człowieka, radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych, wzajemne udzielanie pomocy. Wśród 10-latków może się pojawić potrzeba poruszenia tematu zakochania się, atrakcyjności oraz okazywania zainteresowania i sympatii drugiej osobie, płci przeciwnej.

Kolejną kwestią jest **podejmowanie decyzji**. Kształtowanie tej umiejętności odbywa się przy różnych okazjach (nie zawsze wprost związanych z seksualnością). Zajęcia obejmują ćwiczenie umiejętności dokonywania wyborów oraz ponoszenia ich konsekwencji, a także sięgania po pomoc i radę bliskich, kiedy samodzielne podjęcie decyzji jest trudne lub niemożliwe. Jest to odpowiedni moment na dyskusję dotyczącą autorytetów i mądrych doradców, którzy w najbliższych latach mogą być bardzo potrzebni.

Dzieci powinny również dowiedzieć się o **zmianach** związanych ze zbliżającym się dojrzewaniem (zmiany sylwetki, owłosienie, trądzik, mutacja, polucje, miesiączka),

aby dać czas na oswojenie się z informacjami i uniknąć zaskoczenia. Dlatego już w trzeciej klasie dzieci powinny być przygotowane do okresu dojrzewania. Nie każde dziecko otrzymuje prawidłowe wzorce identyfikacyjne i wyczerpujący zasób informacji dotyczący płciowości i dlatego wczesna edukacja seksualna pełni rolę pomocniczą i uzupełniającą do procesów, które zachodziły i zachodzą w rodzinie.

Jak wynika z przedstawionych wyżej rozważań, najważniejsze obszary **edukacji seksualnej** (od świadomości płci poczynając, przez wyobrażenia na temat modelów i stereotypów płciowych, po różne wymiary akceptacji własnej płciowości: cielesnej, osobistej i społecznej) są zdeterminowane przez środowisko rodzinne we wcześniejszych latach życia, a później w coraz większym stopniu przez środowisko rówieśnicze (modelowanie ról i postaw). Powszechnie panujące przekonanie, że najlepszym momentem rozpoczęcia edukacji seksualnej jest okres, kiedy większość dzieci wchodzi w okres dojrzewania, jest więc błędne, a taka edukacja zbyt późna.

Propozycje zajęć

Temat zajęć: „Nie trzeba ich szukać..." (temat ten brzmi nieco enigmatycznie, ponieważ ma wzbudzić zainteresowanie uczniów)

Uczestnicy: uczniowie III klasy szkoły podstawowej.

Cele:

– uświadomienie zagrożeń związanych z korzystaniem z Internetu oraz kontaktów z nieznajomymi osobami;

– zachęcenie do otwartości i informowania osób bliskich o sytuacjach problemowych.

Przebieg zajęć:

- Podziel salę na dwie części i ustaw krzesła – po stronie prawej dla uczestników dyskusji „na tak" i po lewej stronie „na nie".
- Przeczytaj tekst o przygodzie Maćka (arkusz nr 3).
- Po przeczytaniu podaj pytanie zamieszczone pod tekstem i poproś uczestników, aby ci, którzy są „na tak", usiedli po jednej stronie sali, a ci, którzy są „na nie", usiedli po drugiej stronie. Zapytaj wybrane osoby z każdej ze stron, dlaczego Maciek ma postąpić w ten a nie inny sposób, i pozwól na kilkuminutową dyskusję.
- Następnie podaj pytanie z wersji 1 osobom „na tak" i pytanie z wersji 2 osobom „na nie". Dzieci odpowiadają na nie i wspólnie wymyślacie dalszy ciąg tej historii, w zależności od odpowiedzi na te pytania. Wersji tej historii będzie kilka.
- Na zakończenie zapytaj grupę o wyjaśnienie tematu zajęć i krótkie podsumowanie. Dzieci mogą przestawić krzesła i zmienić grupę. Osobom, które pozostały w grupie „na nie", tzn. z różnych powodów nie chciałyby/nie mogły o tym powiedzieć rodzicom, przedstaw inne alternatywne rozwiązania (bliski członek rodziny, nauczyciel lub kategoryczna odmowa tego typu spotkań).
- Omów krótko zasady bezpieczeństwa, których należy przestrzegać w kontaktach z nieznajomymi, w sieci internetowej i poza nią: nie podawać w Nicku (internetowym pseudonimie) danych osobowych; o spotkaniu z obcą osobą poinformować rodziców

lub innego dorosłego, któremu ufamy; nie ufać wszystkim; na spotkanie najlepiej nie umawiać się, a jeśli już, to umówić się w miejscu publicznym i pójść na nie w czyimś towarzystwie itd.

Arkusz nr 3 (fragment)

PRZYGODA MAĆKA

Maciek od pewnego czasu rozmawia z kolegą, którego poznał na czacie „Samochody wyścigowe". Klikali przez ostatni tydzień, gdy pewnego dnia kolega zaproponował mu spotkanie. Ponieważ znali się jakiś czas, mieli te same zainteresowania, Maciek zgodził się na spotkanie wieczorem tego samego dnia. Na dwie godziny przed spotkaniem zaczął się jednak zastanawiać, czy dobrze zrobił, że umówił się z tym kolegą.

Co powinien zrobić Maciek? Czy powinien powiedzieć rodzicom o spotkaniu, czy nie?

Wersja 1. Odpowiedź TAK. „Rodzice nie mieli nic przeciwko, choć chcieli znać szczegóły, gdzie i o której chłopcy mają się spotkać i o której Maciek wróci do domu".
Czy Maciek powinien im to wszystko powiedzieć?

Wersja 2. Odpowiedź NIE. Maciek stwierdził, że nie powie rodzicom, że idzie na to spotkanie, w końcu oni nie są wyrozumiali i pewnie będą się czepiać i nie pozwolą mu pójść.
Może w tej sytuacji powinien powiedzieć o tym starszemu bratu?

Temat zajęć: „Nasz zaufany doradca"

Uczestnicy: uczniowie klasy III–V szkoły podstawowej.

Cele:
- uświadomienie, że zaufanie komuś wymaga spełnienia wielu warunków;
- zachęcenie do rozwiązywania sytuacji trudnych z pomocą osób bliskich;
- uwrażliwianie na kategorię intymności własnej i cudzej.

Przebieg zajęć:
- Pokaż zdjęcia różnych, obcych osób wycięte z gazet (ważne, żeby widocznie się różniły: płcią, wiekiem, stopniem zadbania, atrakcyjnością itp.).
- Zapytaj, które z nich wzbudzają największe zaufanie, a które nie i dlaczego. Wybierzcie wspólnie spośród zdjęć „liderów zaufania", czyli potencjalnych doradców.
- Wyjaśnij, że nieznana osoba, nawet ta, która sprawia dobre wrażenie, nie może spełniać warunków dobrego doradcy (życzliwość, doświadczenie i wiedza, bliskość, zaufanie).
- Poproś, aby każdy zastanowił się i podał przykład zaufanej osoby z najbliższego otoczenia. Można przy tej okazji podać adresy profesjonalnych placówek, zaprosić pedagoga/psychologa szkolnego na tę lekcję (Długołęcka, Bieniaś, 2000).
- Możesz na zakończenie zadać zagadkę (Madaras, Madaras, 1996a): Co to jest: większe od pojemnika na chleb, znajduje się w twoim domu i zawiera zdumiewająco dużo informacji o fizycznych i emocjonalnych zmianach związanych z dorastaniem? (To twoja mama, tata lub inna osoba, z którą mieszkasz. Oni już przez to przeszli! W dodatku macie te same geny!).

4.2.3. Biomedyczne podstawy edukacji seksualnej młodzieży

Proces dojrzewania płciowego (zwany także pokwitaniem), u dziewcząt najczęściej zaczyna się około 11 r.ż. i trwa około 4 lat; u chłopców początek jest późniejszy (ok. 12 r.ż.), a czas trwania dłuższy – 6–7 lat. Czas pojawienia się pierwszych symptomów dojrzewania płciowego i jego trwania jest bardzo zróżnicowany. W okresie tym wyróżnia się fazę przedpokwitaniową, pokwitania właściwego i młodzieńczą. Jest to bardzo złożony proces, w wyniku którego młody człowiek osiąga **dojrzałość biologiczną**, czyli ostateczne, „dorosłe" rozmiary i proporcje ciała oraz funkcje wszystkich układów organizmu. Komponentem dojrzałości biologicznej jest **dojrzałość płciowa – zdolność do prokreacji** (tzn. zdolność do tworzenia komórek płciowych, zapłodnienia, a u dziewcząt donoszenia ciąży). Wystąpienie pierwszej miesiączki (łac. *menarche* – przeciętnie ok. 13 r.ż., granice wahań uznane za „normę" – 10–16 r.ż.), u chłopców ejakulacji (łac. *ejacularche* – przeciętnie 14–15 r.ż.) u znacznego odsetka młodzieży nie oznacza jeszcze dojrzałości płciowej. Pełne zdolności rozrodcze pojawiają się po około 2 latach po menarche lub ejakulacji (Lew-Starowicz, 2002).

Przekazywanie młodzieży wiedzy o przebiegu dojrzewania płciowego

Większość dojrzewającej młodzieży (pomimo że może sprawiać odmienne wrażenie) ma bardzo niski poziom wiedzy i brak rozumienia podstawowych procesów biologicznych zachodzących w ich ciele. Wśród pytań zadawanych na lekcjach (tych jest mniej) i przysyłanych do gazet młodzieżowych najczęściej są pytania dotyczące **biologicznych aspektów dojrzewania**: budowy narządów płciowych (rozmiary warg sromowych, piersi i członka, skrzywienia członka i stulejka), fizjologii (cyklu miesiączkowego i wytrysków nasienia), kłopotów z cerą i higieną. Pytania są bardzo szczegółowe i wynikają z praktycznych, codziennych problemów. Na przykład dziewczęta znają tampony, ale zastanawiają się, jak umieszczać je w pochwie, nie wiedzą o istnieniu ujścia cewki moczowej, lub niepokoi je wygląd sromu. Chłopcy martwią się niesymetrycznością członka lub jąder i dokonują ich pomiarów, oczekują podania jakichś „norm", nie radzą sobie z niepokojami dotyczącymi fantazji seksualnych i masturbacji, lub wywołują infekcje skórne wyciskając substancję z gruczołów łojowych na mosznie itp. Niepokoi stan psychiczny młodzieży towarzyszący tym wątpliwościom – od dręczącego niepokoju, przez lęk, do utrwalonych kompleksów, a nawet reakcji depresyjnych.

Dalej podano wykaz informacji, które powinna uzyskać młodzież, najlepiej jeszcze przed rozpoczęciem dojrzewania (czyli ok. 10–11 r.ż.). Przekazywanie podstawowej wiedzy jest niezbędne, gdyż nastolatki w tym okresie zaczynają bardzo koncentrować się na własnym wyglądzie, a znaczące różnice indywidualne w tempie i przebiegu dojrzewania stają się obiektem ich wyostrzonej obserwacji i oceny. Samoocena nastolatka w znacznym stopniu zależy od jego wyobrażenia własnego ciała.

Informacje, które powinny otrzymać dziewczęta:
- „Normy" wieku pierwszej miesiączki (10–16 r.ż.); indywidualne tempo rozwoju.
- Budowa narządów płciowych (położenie ujścia cewki moczowej i pochwy, wielkość warg sromowych itp.) i ich funkcja; prawidłowe słownictwo, zmiany wyglądu

(zabarwienia, wielkości, wzajemnych proporcji), higiena, akceptacja własnej płciowości.

– Przebieg wzrastania w okresie dojrzewania: skok pokwitaniowy, zmiany sylwetki i rysów twarzy, indywidualne tempo wzrastania.

– Zmiany związane z rozwojem układu rozrodczego: rozwój piersi (bolesność, dobór biustonosza), owłosienie ciała (indywidualna specyfika, depilacja), pierwsza miesiączka (przeciętny wiek występowania).

– Cykl miesiączkowy, „normy" częstotliwości i obfitości krwawień, higiena, używanie tamponów i podpasek, zasady obserwacji przebiegu cyklu u samej siebie.

– Problemy towarzyszące dojrzewaniu dziewcząt: zapach ciała, kłopoty z cerą i włosami, porady higieniczne i kosmetyczne; zwiększenie przyrostów masy ciała, dieta, aktywność fizyczna, nieuzasadnione odchudzanie się, zapobieganie anoreksji i bulimii.

– Napięcie seksualne, masturbacja, fantazje seksualne.

– Wskazania do konsultacji z lekarzem: nadmierny trądzik, hirsutyzm (nadmierne owłosienie), powiększenie łechtaczki, silne bóle podbrzusza niezwiązane z miesiączką, nieregularne, obfite, bolesne miesiączki, brak miesiączki po 16 r.ż., upławy, świąd okolic narządów płciowych, pieczenie podczas oddawania moczu.

Informacje, które powinni otrzymać chłopcy:

– „Normy" wieku pierwszego wytrysku nasienia; indywidualne tempo rozwoju.

– Budowa i funkcja narządów płciowych, prawidłowe słownictwo, zmiany wyglądu, higiena, względność pojęcia „normy" dotyczącej wielkości, symetryczności i wyglądu narządów płciowych (skrzywienia i wielkość członka, położenie jąder, pojawienie się owłosienia i gruczołów łojowych).

– Przebieg wzrastania w okresie dojrzewania: skok pokwitaniowy, zmiana sylwetki i rysów twarzy, przyrost masy mięśniowej, profilaktyka bigoreksji (nadmiernego rozwoju masy mięśniowej) i używania środków anabolicznych, ginekomastia, mutacja, indywidualne tempo zmian.

– Zmiany związane z rozwojem układu rozrodczego: polucje, pierwsze niekontrolowane i kontrolowane erekcje członka oraz wytryski nasienia, wiek występowania, indywidualny przebieg rozwoju; owłosienie ciała, indywidualna specyfika; zapach ciała, kłopoty z cerą i włosami, porady higieniczne i kosmetyczne.

– Napięcie seksualne, masturbacja, fantazje seksualne, pornografia.

– Wskazania do konsultacji z lekarzem: intensywny trądzik, stulejka, brak jądra w mosznie, guzy i bolesność jąder, brak wytrysków nasienia po 16 r.ż., bolesność podczas oddawania moczu, wydzielina lub krew z cewki moczowej, świąd okolic narządów płciowych.

Uświadomienie indywidualnej zmienności przebiegu dojrzewania

Rozumienie przez młodych ludzi zmian zachodzących w organizmie oraz indywidualnego ich przebiegu sprzyja kształtowaniu pozytywnego obrazu samego siebie, poczucia własnej wartości oraz zapobiega powstawaniu kompleksów (najczęściej powstają one we wczesnej fazie dojrzewania). Nastolatki bardzo chcą być podobne do siebie i martwią się każdą cechą fizyczną, która je odróżnia.

Szczególnego znaczenia nabierają dla nich pojęcia „normalności" i „normy" – **trzeba uświadamiać im, że w rozwoju granice normy są bardzo szerokie**. Nastolatki potrafią być okrutne dla rówieśników odstających od grupy pod jakimś względem. Na takie uwagi są narażone szczególnie osoby, które dojrzewają bardzo wcześnie (ok. 16% dziewcząt i 14% chłopców) lub z jakimkolwiek opóźnieniem (ok. 9% u obu płci) (Dolto, 1995). Zajęcia z zakresu edukacji seksualnej powinny poszerzać świadomość względności tego, co uznajemy za „normę", wyciszać niepokoje i wzmacniać akceptację kształtującej się kobiecości/męskości. Szczególnie narażeni na niepokój, depresję i niską samoocenę są późno dojrzewający. Należy podkreślić, że sytuacja późno i wcześnie dojrzewających jest odmienna u dziewcząt i chłopców:

Chłopcy:

– **wcześniej dojrzewający** korzystają z pewnych przywilejów społecznych – częściej stają się bardziej popularni i osiągają wyższą pozycję w grupie, co z kolei korzystnie wpływa na ich samoocenę. Są postrzegani jako przystojniejsi, spokojniejsi i obdarzeni większym poczuciem humoru. Z reguły preferują towarzystwo starszych od siebie, co zwiększa możliwość niepożądanych zachowań: wagarowanie, palenie papierosów, picie alkoholu, używanie narkotyków, ryzykowne zachowania seksualne itp.;

– **późno dojrzewający** częściej starają się zwrócić na siebie uwagę otoczenia, są buntowniczy i bardziej konformistyczni, ale w przyszłości sprzyja to rozwojowi takich cech, jak: elastyczność i lepsze przystosowanie w życiu społecznym (Wojciszke, 2002; Dolto, 1995).

Dziewczęta:

– **wcześniej dojrzewające** mają większe powodzenie u płci przeciwnej, ale, podobnie jak chłopcy z tej grupy, są bardziej narażone na ryzykowne zachowania. Częściej mają kłopoty z nauką i występują u nich zaburzenia jedzenia, ale w przyszłości są pewniejsze siebie;

– **późno dojrzewające** częściej mają pozytywny stosunek do swojego ciała, są bardziej towarzyskie i prospołeczne, chociaż częściej wykazują większy niepokój i są mniej pewne siebie (Dolto, 1995).

Propozycje zajęć

Tytuł zajęć: „**Czy wiesz już wszystko o dojrzewaniu**?"

Uczestnicy: uczniowie klasy IV i V szkoły podstawowej.

Cel: poznawanie zmian związanych z dojrzewaniem, wzbogacanie słownictwa, pogłębianie wiedzy i sprawdzanie jej poziomu.

Przebieg zajęć:

- Zajęcia dotyczące biologicznych aspektów dojrzewania korzystniej przeprowadzać w grupach jednopłciowych, aby uniknąć skrępowania młodzieży i powierzchownego omawiania zagadnień. Jeśli nie jest to możliwe, podziel klasę na dziewczęta i chłopców i daj arkusz nr 4 dziewczętom i nr 5 chłopcom.
- Poproś, aby uczniowie rozwiązali quizy. W trakcie rozwiązywania zachęć ich, aby zapisywali na kartkach pytania, które dodatkowo mogą się pojawić w czasie

Arkusz nr 4

QUIZ O DZIEWCZĘTACH

Przeczytaj każde zdanie i zakreśl, czy jest to prawda (P), czy fałsz (F)

1. Owłosienie łonowe ma zawsze taki sam kolor jak włosy na głowie	P	F
2. Większość dziewcząt zaczyna miesiączkować dopiero po pojawieniu się owłosienia łonowego	P	F
3. W okresie dojrzewania dziewczyna może odczuwać bolesność piersi	P	F
4. Jeśli u 14-letniej dziewczyny nie pojawia się jeszcze owłosienie łonowe i nie rosną jej piersi, powinna pójść do lekarza	P	F
5. Wyskubywanie włosów łonowych powstrzymuje ich wzrost	P	F
6. Obfitość owłosienia łonowego zależy od czynników genetycznych	P	F
7. Jeśli dziewczyna znajdzie włosy łonowe na prześcieradle, piżamie lub bieliźnie, powinna pójść do lekarza	P	F
8. Miesiączka powinna wystąpić do 16 roku życia.	P	F
9. Niektóre dziewczęta miesiączkują już w wieku 12 lat, inne gdy mają 15 lat	P	F
10. Wargi sromowe zewnętrzne, nazywane większymi, nie muszą być wcale większe od wewnętrznych	P	F

Odpowiedzi prawidłowe: 1.F, 2.P, 3.P, 4.P, 5.F, 6.P, 7.F, 8.P, 9.P, 10.P

Na podstawie: L. Madaras, A. Madaras (1996b) *Moje ciało i ja, wersja dla dziewcząt*, Warszawa, Wydawnictwo WAB.

Arkusz nr 5

QUIZ O CHŁOPCACH

Przeczytaj każde zdanie i zakreśl, czy jest to prawda (P), czy fałsz (F)

1. Chłopiec, który bardzo wcześnie wchodzi w okres pokwitania, szybciej osiągnie fazę dojrzałości płciowej niż chłopiec, który zaczyna się rozwijać później	P	F
2. Wypadanie pojedynczych włosów łonowych jest powodem do zasięgnięcia porady lekarskiej	P	F
3. Owłosienie łonowe ma zawsze taką samą barwę jak włosy na głowie	P	F
4. Jeśli do 15 roku życia nie pojawiają się żadne objawy pokwitania, to chłopak powinien zasięgnąć porady lekarskiej	P	F
5. Gęstość owłosienia na ciele mężczyzny zależy od cech dziedzicznych w rodzinie	P	F
6. To normalne, że jądra rosną wcześniej niż penis	P	F

7. Wytryski nasienia w czasie snu są typowym zjawiskiem u dojrzewających chłopców	P	F
8. Czasami jądra przylegają do ciała, a czasami nie	P	F
9. Substancji zbierającej się pod napletkiem nie wolno wymywać podczas codziennej kąpieli	P	F
10. U dojrzałych mężczyzn lewe jądro zwisa zazwyczaj niżej niż prawe	P	F

Odpowiedzi prawidłowe: 1.F, 2.F, 3.F, 4.P, 5.P, 6.P, 7.P, 8.P, 9.P. 10.P.

Na podstawie: L. Madaras, A. Madaras (1996a) *Moje ciało i ja, wersja dla chłopców*, Warszawa, Wydawnictwo WAB.

wypełniania arkuszy, i wkładali je do kapelusza (z praktyki wynika, że prośba do nastolatków o pisanie anonimowych pytań na kartkach na pierwszych zajęciach jest niefortunnym pomysłem i z reguły kończy się na pytaniach „bezpiecznych" lub prowokacjach w postaci żartów lub wulgaryzmów).

- Następnie poproś, aby reprezentanci grup podali odpowiedzi na forum całej klasy. Koryguj błędy i podsumowuj zawarte w nich treści w formie „miniwykładu".
- Na zakończenie odczytaj stwierdzenia, na które młodzież nie podała odpowiedzi, i wyjaśnij je. Odpowiedz na pytania z kapelusza. Zostaw kapelusz „na przyszłość" i zachęć, aby wrzucali do niego swoje pytania w dowolnym czasie.

Temat zajęć: „Konsultanci kobiecości"

Uczestnicy: dziewczęta z gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych.

Cele:

– zebranie informacji dotyczących różnych aspektów zdrowotnych kobiecości;

– wyrabianie pozytywnych nawyków samodzielnego szukania informacji i pomocy u specjalistów.

Przebieg zajęć:

- Zaproponuj, aby 4–5-osobowe zespoły dziewcząt przeprowadziły wywiady na temat dbania przez kobietę o higienę ciała z przedstawicielami różnych zawodów, np.: zespół pierwszy – z kosmetyczką, drugi – z lekarzem dermatologiem, trzeci – z fryzjerką, czwarty – ze sprzedawczynią kosmetyków, piąty – z lekarzem ginekologiem. Zapytaj, czy ktoś z rodziców jest przedstawicielem jednego z podanych zawodów? Jeśli dziewczęta będą miały wątpliwości związane z wykonaniem zadania, możesz im pomóc podając przykłady zestawów pytań.
- Po wykonaniu zadania dziewczęta dzielą się zdobytymi informacjami, własnymi odczuciami i spostrzeżeniami.

Analogiczne zajęcia dla chłopców mogą obejmować wywiady z: dermatologiem, dietetykiem, trenerem, lekarzem andrologiem lub urologiem, seksuologiem i terapeutą uzależnień (Długołęcka, Bieniaś, 1998).

4.2.4. Psychoseksualne podstawy edukacji seksualnej młodzieży

Młody człowiek w okresie dojrzewania biologicznego zaczyna się uczyć rozpoznawać własne emocje i zdobywać nad nimi kontrolę. Dojrzewanie psychiczne i społeczne trwa jednak znacznie dłużej niż biologiczne – między wiekiem dojrzałości biologicznej a wiekiem dojrzałości psychicznej i społecznej istnieje wieloletnia różnica (ok. 10 lat). W okresie dorastania proces kształtowania się tożsamości osiąga swoje apogeum. Przejawia się to w: koncentracji na własnej osobie, nasileniu autorefleksji, tworzeniu bardziej stabilnego obrazu samego siebie oraz przechodzeniu od przekonań o kontroli zewnętrznej do kontroli wewnętrznej. W sferze psychoseksualnej jest to uczenie się osiągania bliskości z drugą osobą. Efektem niezakłóconego rozwoju psychoseksualnego jest (Sokoluk, 2003):

- integracja emocjonalno-popędowa u mężczyzn;
- efektywna odpowiedź na bodźce zmysłowe u kobiet;
- harmonijne włączenie potrzeby seksualnej i sposobów jej realizacji w całość „Ja i moje życie".

Stres wynikający ze zmian w budowie ciała i narządów płciowych, nowych ról społecznych oraz natężenie potrzeb seksualnych we wczesnej fazie dojrzewania (potęgowane przez zmiany środowiskowe wynikające z przejścia ze szkoły podstawowej do gimnazjum) powodują przewagę emocji negatywnych. Jest to tzw. **faza negatywna dojrzewania**, charakterystyczna dla jego początku; w okresie późniejszym przeważają emocje o zabarwieniu pozytywnym. Okres największej wrażliwości przypada na lata nauki w gimnazjum. W pierwszych klasach gimnazjum najczęściej uwidaczniają się u młodzieży takie problemy, jak: izolacja społeczna, obniżone wyniki w nauce, zwiększony poziom konfliktów w rodzinie i zwiększone ryzyko podejmowania prób samobójczych. Wiele nastolatków narzeka na nudę, niezdolność do koncentracji i apatię, przejawia zwiększoną drażliwość, gwałtownie traci na wadze i ma różne objawy somatyczne. Nasilają się również zaburzenia emocjonalne: niepokój i lęki. Nową kategorią staje się lęk przed własną przyszłością, pracą i problemami finansowymi, lęki seksualne oraz związane z groźbą wojny (Ribner, 2005).

Niektóre problemy behawioralne są elementem normalnego rozwoju, ale nastolatki wymagają wyjątkowo uważnej obserwacji przez najbliższych i wychowawców. Brak apetytu może się przerodzić w anoreksję, silna potrzeba prywatności – w wyizolowanie i depresję, podważanie autorytetów – w konflikty z prawem, ciekawość seksualna – w osobiste dramaty. Około 20% nastolatków ma poważne problemy i potrzebuje pomocy psychologicznej (Ribner, 2005). Najczęściej pojawiające się zaburzenia z zakresu psychopatologii w okresie dojrzewania to u dziewcząt: zaburzenia psychosomatyczne, depresyjność, lęki i negatywny stosunek do seksualności, poczucie nieatrakcyjności, problemy psychiczne. U chłopców może występować: agresywność, neurotyzm związany z obrazem własnego ciała, zaburzenia emocjonalne, problemy seksualne, uzależnienia (Lew-Starowicz, 2002).

Zainteresowania seksualne

Wszelkie kwestie związane z aktywnością seksualną stanowią drugą grupę pytań zadawanych przez młodszą i starszą młodzież. Do kwestii tych należą:

- decyzje, wątpliwości i obawy, problemy pojawiające się w czasie inicjacji i w początkach życia seksualnego;
- masturbacja i odkrywanie w sobie nietypowych preferencji seksualnych, zwłaszcza orientacji homoseksualnej;
- negatywne konsekwencje podejmowania współżycia seksualnego: przedwczesna ciąża, choroby przenoszone drogą płciową, rozczarowanie, poczucie winy, niechęć, fobie i kompleksy.

Istnieją znaczne różnice w rozwoju psychoseksualnym i zainteresowaniach seksualnych dziewcząt i chłopców:

- **U dziewcząt** pierwsze objawy zainteresowania seksualnego pojawiają się około 11–12 r.ż. i często zbiegają się z początkiem miesiączkowania lub nieco je wyprzedzają. Szczególną rolę odgrywa w nich wyobraźnia. Adoracja skierowana do osób realnych lub nierealnych jest pierwszą formą erotycznego zainteresowania, mającą u swego podłoża nie uświadomiony jeszcze popęd seksualny. 13–14-latki są nie tyle zainteresowane seksem, ile wrażeniem, jakie wywierają na chłopcach, oraz zmianami fizycznymi i miesiączkowaniem (Dolto, 1995). W okresie dojrzewania 52% dziewcząt miewa erotyczne sny, a aktywność masturbacyjna dotyczy 1/4–1/3 dziewcząt (Izdebski, 2003, 2004).
- **U chłopców** silne impulsy seksualne pojawiają się prawie dwa lata później niż u dziewcząt i mają inne, bardziej bezpośrednie przejawy. Chłopcy wyraźnie odczuwają napięcie seksualne (potrzeba rozładowania napięcia za pomocą masturbacji), intensywnie reagują na bodźce seksualne (zwłaszcza wzrokowe) i mają niekontrolowane reakcje seksualne (fantazje, erekcje członka i wytryski nasienia). Masturbacja w tej fazie rozwoju jest powszechna i dotyczy 70–90% chłopców. Fantazje erotyczne dojrzewających chłopców najczęściej towarzyszą zachowaniom seksualnym i w porównaniu z dziewczętami mają bardziej fizjologiczny charakter. Obiekty pierwszych uczuć chłopców są bardziej realne – najczęściej są to dziewczęta z najbliższego otoczenia, czasami dorosłe, atrakcyjne kobiety.

Formy aktywności seksualnej

Na specyfikę seksualności u obu płci w znaczącym stopniu wpływają różnice w czasie osiągania dojrzałości seksualnej, czyli zdolności przeżywania orgazmu:

- chłopcy przeżywają pierwsze orgazmy równolegle z wytryskami nasienia;
- zdolność przeżywania orgazmu u chłopców wyprzedza dojrzałość psychiczną i społeczną; nic zatem dziwnego, że chociaż chłopcy dojrzewają później niż dziewczęta, to oni są zazwyczaj inicjatorami kontaktów seksualnych;
- u młodych mężczyzn reaktywność seksualna i potrzeba rozładowania napięcia seksualnego najczęściej poprzedza powstanie więzi uczuciowej;
- dziewczęta osiągają dojrzałość seksualną później (18–24 r.ż.); tylko 23% przeżywa pierwszy orgazm do 15 r.ż.;

– u młodych kobiet zwykle potrzeba więzi wyprzedza potrzebę rozładowania napięcia (Lew-Starowicz, 2002; Izdebski, 2004).

Tę odmienność pogłębia fakt, że seksualność chłopców i dziewcząt kształtują odmienne wzorce (Laumann, 1994; Bem, 2000). Kiedy dojrzewający chłopcy poznają i doświadczają swojej seksualności, dziewczęta w tym samym czasie zapoznają się z zagadnieniami dotyczącymi miesiączki, ciąży, nadużyć seksualnych i przemocy – są więc w o wiele większym stopniu uczone kontrolowania i ograniczania swojej seksualności.

Miłość młodzieńcza najczęściej prowadzi do pierwszych kontaktów seksualnych, ale w okresie dorastania częste są długotrwałe miłości platoniczne, oparte na silnym zaangażowaniu emocjonalnym i idealizacji. Dorośli powinni podchodzić do jej przejawów z dużym taktem i powagą, gdyż postawy lekceważące lub cyniczne niepotrzebnie pogłębiają dystans. Dorośli, wyrażając nadmierny lęk, wykazując brak zaufania i stosując restrykcyjne zakazy dotyczące zachowań seksualnych, nieświadomie prowokują efekt przeciwny – inicjacyjne zachowania seksualne młodzieży, nie jako przejaw uczucia, ale jako wyraz buntu lub przyspieszonego wchodzenia w „dorosłość".

Pierwszą formą aktywności seksualnej w związkach partnerskich jest zazwyczaj **petting**, czyli różnorodne formy wzajemnych pieszczot całego ciała, łącznie z narządami płciowymi. Stanowi on formę uczenia się i przeżywania doznań erotycznych własnych i partnera oraz stopniowo przełamuje barierę intymności pomiędzy partnerami. Wzrost częstości tych zachowań występuje u dziewcząt 17-letnich i chłopców 16-letnich (Izdebski, 2004).

Formą przygotowań do wchodzenia w związki partnerskie stają się czasami **kontakty homoseksualne**. Są one charakterystyczne dla fazy rozwojowej określanej jako **homofilna**. Proces uświadamiania własnej orientacji homoseksualnej – z natury złożony, długotrwały i często bolesny – występuje zazwyczaj w okresie dojrzewania i pokrywa się z, nastręczającym wiele problemów, wspomnianym „kryzysem tożsamości". Dziewczyna/chłopak musi szukać odpowiedzi na dwa pytania jednocześnie: „Kim jestem?" i „Co to znaczy być lesbijką/gejem?". Typową reakcją dla homoseksualnych nastolatków jest zinternalizowana homofobia, usiłowanie wyleczenia się przez próby kontaktów heteroseksualnych, jednak takie zachowania prowadzą do nasilania poczucia wyizolowania, promiskuityzmu[10] i depresji. Jeśli dochodzi do przejawów dyskryminacji i odrzucenia przez bliskie i ważne osoby, częstą reakcją mogą być: depresja, nerwice, kłopoty z nauką, fobie, zachowania autodestrukcyjne, zaburzenia tożsamości seksualnej, używanie narkotyków lub alkoholu, próby samobójcze (Długołęcka, 2005). Tylko część osób o homoseksualnych doświadczeniach adaptuje homoseksualną identyfikację i korespondujący z nią styl życia.

Po zaspokojeniu potrzeb dotykania i pieszczot następuje moment **inicjacji seksualnej**. Średni wiek inicjacji wśród uczniów szkół ponadgimanazjalnych w Polsce w 2004 r. wynosił: 16,3 lat dla dziewcząt i 15,9 lat dla chłopców. Rodzice i nauczyciele powinni przyjmować założenie, że jest wysoce prawdopodobne, iż nastolatki już

[10] Promiskuityzm to pozbawione więzi emocjonalnych kontakty seksualne z przypadkowymi, często zmienianymi partnerami.

współżyją seksualnie, zwłaszcza jeśli ich wiek mieści się w przedziale 15–17 lat. Do 15 r.ż. 27% chłopców i 17% dziewcząt jest już po inicjacji, w wieku 16 lat, odpowiednio: 34% i 29%, a w wieku 17 lat – 31% i 47% (Izdebski, 2004). Wyniki badań przeprowadzonych w 2005 r., w reprezentatywnej grupie uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych w Polsce, wskazują, że stosunek seksualny odbyło 50% chłopców i 47% dziewcząt (tab. 4.1).

Tabela 4.1. Wybrane zachowania seksualne uczniów klas I i III szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w 2005 r. (Woynarowska, Małkowska, Tabak, 2006)

Zachowanie seksualne	Ogółem	Chłopcy		Dziewczęta	
		I klasa	III klasa	I klasa	III klasa
Odbyli stosunek płciowy*	37	35	50	21	47
Liczba partnerów seksualnych **					
jeden	52	40	40	70	67
dwóch	22	23	25	18	19
trzech lub więcej	26	37	35	13	13
Metoda antykoncepcji stosowana podczas ostatniego stosunku **					
prezerwatywa	80	78	87	74	76,
stosunek przerywany	28	21	25	32	37
pigułki antykoncepcyjne	25	20	26	14	33
metoda naturalna	13	12	11	19	13
środki chemiczne	6	8	5	5	7
nie byli pewni	5	9	6	5	1
nie stosowali żadnej	11	17	9	13	7

* odsetek ogółu badanych, ** odsetek młodzieży aktywnej seksualnie

4.2.5. Antykoncepcja i zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą płciową

Grupą „zagadnień standardowych" kojarzonych z edukacją seksualną są kwestie związane z niepokojem o własne zdrowie (zakażenia przenoszone drogą płciową, schorzenia ginekologiczne), a także ciąża, odpowiedzialne rodzicielstwo i metody antykoncepcji. Zainteresowanie antykoncepcją w większym stopniu przejawiają dziewczęta, chłopcy częściej wiążą tematykę „seksu" z chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Antykoncepcja

Wyniki badań wskazują, że wśród uczniów klas I i III szkół ponadgimnazjalnych (wiek ok. 16 i 18 lat) aktywnych seksualnie, w czasie ostatniego stosunku płciowego 11% nie stosowało żadnej metody antykoncepcji i duża część młodzieży wybierała metody o małej skuteczności: 28% stosunek przerywany, 13% metody naturalne (tab. 4.1).

Problemem zdrowotnym i społecznym są **ciąże i urodzenia dzieci przez nastolatki**. W 2004 r. urodziło żywe dziecko 10,1 tys. nastolatek w wieku 18 lat i mniej. Matkami zostało 1000 dziewcząt, które ukończyły 16 lat, a 287 dziewcząt urodziło dziecko w wieku 15 lat lub młodszym[11]. Nie dysponujemy danymi o liczbie aborcji wśród nastolatek. Przedstawione dane wskazują na potrzebę prowadzenia zajęć dotyczących metod **antykoncepcji** już z 15-latkami. W zajęciach tych należy uwzględnić:

- szczegółowe informacje o dostępności i zasadach stosowania poszczególnych metod antykoncepcji, w powiązaniu z budową i funkcją układu rozrodczego;
- prawidłowe słownictwo;
- potrzebę wspólnej odpowiedzialności i zgody obu partnerów na stosowanie danej metody;
- konieczność konsultacji u lekarza ginekologa; zachęcanie, oswajanie i informowanie o przebiegu i celach takich wizyt spełnia podwójną rolę – wpływa na wzrost poczucia odpowiedzialności za siebie i związek z partnerem oraz sprzyja ukształtowaniu zachowań mających podstawowe znaczenie dla zdrowia prokreacyjnego i seksualnego w przyszłości.

Zakażenia przenoszone drogą płciową

Młodzież trudno przekonać o wysokim prawdopodobieństwie zakażenia się chorobą przenoszoną drogą płciową[12]. Dzieje się tak, ponieważ nastolatki kojarzą te zakażenia z określonymi środowiskami (prostytutki, geje, narkomani lub ludzie zaniedbani), zamiast łączyć je z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi. Skłonność do ryzyka jest wpisana w fazę dojrzewania, dlatego „gdyby zdefiniować obecnie grupę ryzyka na podstawie częstotliwości zakażeń, byłaby nią oczywiście grupa młodych ludzi" (Sokoluk, 2003, s. 179). W pełni potwierdzają to dane statystyczne – około 2/3 zakażeń przenoszonych drogą płciową występuje u osób poniżej 26 r.ż., a $^1/_4$ dotyczy nastolatków (Zieliński, 2006). Zakażenia przenoszone drogą płciową są powodem następujących chorób:

- wirusowe: AIDS, opryszczka narządów płciowych, wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), kłykciny (brodawki genitalne), mięczak zakaźny;
- bakteryjne: rzeżączka, nierzeżączkowe zakażenia układu moczowo-płciowego, kiła, wrzód weneryczny, ziarniniak weneryczny;
- pierwotniakowe: rzęsistkowica;
- grzybicze;
- pasożytnicze: świerzb i wszawica łonowa.

[11] GUS (2005) *Rocznik Demograficzny 2005*, Warszawa, Główny Urząd Statystyczny.

[12] Obecnie używana nazwa chorób przenoszonych drogą płciową (ang. *Sexually Transmited Diseases* – STD) brzmiała w przeszłości „choroby weneryczne" (od Wenery – rzymskiej bogini miłości). Pojęciem szerszym, służącym do określenia wszystkich infekcji, których wyłączną lub zasadniczą drogą zakażenia są kontakty seksualne, używa się nazwy zastosowanej w tym rozdziale – zakażenia przenoszone drogą płciową (ang. *Sexually Transmited Infections* – STI).

Wyniki badań wskazują, że istnieje związek między nadużywaniem alkoholu i narkomanią a zakażeniami przenoszonymi drogą płciową. Alkohol i narkotyki obniżają zdolność samokontroli, pozbawiają zahamowań, dodają pewności siebie, w pierwszej fazie wzmagają pociąg seksualny oraz sprzyjają zawieraniu przypadkowych znajomości i prostytucji. Dlatego podstawową formą profilaktyki w tym zakresie jest edukacja ukierunkowana na zmiany stylu życia, zapobieganie używania substancji psychoaktywnych i propagowanie bezpiecznych zachowań[13]. Zmiana zachowań nie oznacza rezygnacji z seksu, lecz unikanie niektórych praktyk seksualnych i stosowanie zabezpieczeń, głównie prezerwatyw. Propagowane są metody bezpieczniejszego (ang. *safer sex*) i bezpiecznego seksu (ang. *safe sex*):

- **seks bezpieczniejszy** nie oznacza rezygnacji z preferowanych praktyk seksualnych, lecz ich modyfikacje i zabezpieczanie się prezerwatywą;
- **seks bezpieczny** oznacza rezygnację z zachowań ryzykownych na korzyść pettingu oraz wierności jednemu partnerowi.

Propozycje zajęć

Temat zajęć: „Jestem świadoma/y"

Uczestnicy: uczniowie starszych klas gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych.

Cele:

- poznanie różnych metod sterowania płodnością;
- pobudzenie do refleksji nad odpowiedzialnością w zakresie własnych zachowań seksualnych i decyzji o rodzicielstwie.

Przebieg zajęć:

- Rozłóż na stole zdjęcia lub, jeśli masz taką możliwość, różne środki związane z regulowaniem płodności: puste (ze względu na bezpieczeństwo uczniów!) opakowania po tabletkach hormonalnych, instrukcje z rysunkami dotyczące plastrów hormonalnych, globulek i prezerwatywy, parę rodzajów prezerwatyw, wkładkę wewnątrzmaciczną lub jej zdjęcie, krem lub piankę, globulkę, test ciążowy, test owulacyjny, różny sprzęt do badania płodności (badanie śliny lub temperatury ciała).
- Poproś, aby uczniowie w małych grupach, metodą burzy mózgów, wypisali wszystko, co wiedzą na temat losowo wybranych środków lub zdjęć i materiałów.
- Daj każdej grupie wydrukowaną na kartce tabelę i poproś uczniów, aby w celu uporządkowania informacji najważniejsze z nich wpisali do niej. Wzór tabeli:

Rodzaj metody	Skuteczność	Konsultacja lekarska	Dostęp (gdzie?)	Cena	Sposób użycia	Skutki uboczne	Wiek

[13] Profilaktyka oparta na strachu jest mało skuteczna, ponieważ w zbyt dużej „dawce" uruchamia mechanizmy obronne, a w zbyt małej nie działa (patrz także s. 138). Bez porównania lepsze i skuteczniejsze są metody oparte na odwoływaniu się do troski o siebie, empatii i współdziałaniu, miłości i wzajemnej odpowiedzialności.

• Po 10 minutach omów każdą metodę, dając uczniom możliwość poprawienia błędów lub uzupełnienia pustych rubryk. Podkreśl, że najlepsza forma antykoncepcji to taka, która jest akceptowana przez ludzi ją stosujących, skuteczna i dla nich najlepsza.

• Na zakończenie podaj niepokojące wyniki badań na temat niedostatków w używaniu metod sterowania płodnością przez Polaków (Izdebski, 2004, 2006). Zachęć młodzież do dyskusji na temat: „Dlaczego młodzi ludzie, którzy rozpoczynają współżycie, tak często nie stosują antykoncepcji?" Przykłady odpowiedzi:

– nie posiadają podstawowych informacji na temat antykoncepcji;
– wstydzą się kupować środki antykoncepcyjne lub/i nie wiedzą, gdzie ich szukać;
– uważają, że antykoncepcja odziera seks z romantyczności i spontaniczności;
– boją się ją stosować, na skutek negatywnej propagandy we własnym środowisku;
– nie planują kontaktów seksualnych, które zdarzają się sporadycznie i przypadkowo;
– są naiwnie przekonani o własnej „niezniszczalności" i „że im się to nie przydarzy";
– kochają się i pragną mieć dziecko nie zdając sobie sprawy z odpowiedzialności, z jaką wiąże się rodzicielstwo.

Temat zajęć: „ABC HIV/AIDS"

Uczestnicy: uczniowie szkół ponadgimnazjalnych.

Cele:

– uzyskanie podstawowych informacji na temat możliwości zakażenia wirusem HIV;
– uświadomienie zagrożeń i zasad profilaktyki w tym zakresie;
– pobudzenie do autorefleksji i poczucia odpowiedzialności za siebie i swojego partnera seksualnego.

Przebieg zajęć:

• Poproś uczniów, aby wyszukali i przynieśli nagranie młodzieżowej piosenki nawiązującej do tematu lekcji (HIV/AIDS lub ryzykownych zachowań seksualnych).

• Rozdaj uczniom ryciny (wycinki z gazet) lub fotografie z różnym sytuacjami: ukąszenie przez owady, używanie wspólnej bielizny pościelowej, zwyczajowy pocałunek, transplantacje itd. Poproś, aby przyporządkowali każdą sytuację do kategorii: „bezpieczne" lub „niebezpieczne", w zależności, czy dane zachowanie niesie ryzyko zakażenia wirusem HIV.

• Omów kolejne zachowania, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które budzą wątpliwości uczniów.

• Rozdaj uczniom (w parach) arkusz nr 6 „Co wiesz o chorobach przenoszonych drogą płciową?" i poproś, aby go wypełnili.

• Po zakończonej pracy niech uczniowie wymienią się arkuszami z innymi parami, a ty podaj właściwe odpowiedzi. Uczniowie niech zaznaczają w tym czasie błędy i zgłaszają je na głos – dzięki temu będziesz wiedzieć, które zagadnienia należy rozwinąć i wyjaśnić.

• Wypisz na tablicy: „Zachowania seksualne: bardzo ryzykowne, ryzykowne, mało ryzykowne". Zapytaj, jakie zachowania seksualne przydzieliliby do wymienionych trzech kategorii. W trakcie dyskusji zwróć uwagę na zachowania najbardziej ryzykowne (np. rola biernego partnera/ki podczas stosunku analnego, używanie wspólnej igły do dożylnych wstrzyknięć narkotyku, uprawianie seksu z wieloma partnerami, seks z partnerem, który ma jeszcze wielu partnerów itd.), w celu uświadomienia młodym ludziom wpływu stylu życia seksualnego na stopień ryzyka zakażenia chorobami przenoszonym drogą płciową (w tym HIV). W toku dyskusji podkreśl, że w stałyn, wiernym sobie związku (partnerzy zdrowi „na wejściu") ryzyko to jest najmniejsze, a w przypadku kontaktów seksualnych z różnymi partnerami (w tym przygodnymi) ryzyko jest olbrzymie.

• Poproś, aby młodzież podała powody, dla których ludzie podejmują ryzykowne zachowania seksualne, pomimo posiadanej wiedzy. Przykłady odpowiedzi: zażenowanie pytaniem partnera lub partnerki o prezerwatywę, działanie pod wpływem presji środowiska lub partnera, kontakty seksualne pod wpływem alkoholu lub narkotyków,

Arkusz nr 6

CO WIESZ O CHOROBACH PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ?

Przeczytaj każde zdanie i zakreśl czy jest to prawda (P), czy fałsz (F)

1. Nie można zakazić się więcej niż jedną z tych chorób naraz	P	F
2. Osoba, która raz zakaziła się daną chorobą, nie może się nią zakazić powtórnie	P	F
3. Można się zakazić przy innej formie fizycznego zbliżenia, a nie tylko podczas stosunku	P	F
4. Nie można zakazić się wirusem HIV w toalecie publicznej, przy wspólnym posiłku, od osoby kichającej czy kaszlącej	P	F
5. Dziewczyna nie może zakazić się przy pierwszym stosunku, ponieważ jest dziewicą	P	F
6. Dobra prezerwatywa skutecznie chroni przed zakażeniem wirusem HIV nawet przy powtórnym użyciu	P	F
7. Można się zakazić od osoby, która nie ma objawów chorobowych	P	F
8. W gruncie rzeczy osobę chorą można rozpoznać – wygląda na zaniedbaną i niezdrową	P	F
9. Tylko homoseksualiści zakażają się HIV	P	F
10. Jeżeli partnerzy przeszli testy na AIDS i nie stwierdzono u żadnego z nich wirusa HIV, mogą bezpiecznie odbywać stosunki bez używania prezerwatywy	P	F

Odpowiedzi prawidłowe: 1.F, 2.F, 3.P, 4.P, 5.F, 6.F, 7.P, 8.F, 9.F, 10.F

pogląd, że tabletka antykoncepcyjna jest wystarczającym zabezpieczeniem, niestosowanie zabezpieczeń, kwestionowanie ich skuteczności, niezadawanie pytań i wstyd przed oceną, brak myślenia perspektywicznego, przekonanie, że można rozpoznać objawy u partnera, wiara, że miłość chroni, przekonanie, że STI dotyczą jedynie określonych grup ludzi.

- Na zakończenie zajęć przedstaw strategię profilaktyczną **ABC** – **A**bstynencja, **B**ądź wierny (ang. *Be faithfull*), **C**ondom – prezerwatywy. Zachęć uczniów, aby w 3 zespołach wykonali plakaty – każdy dotyczący jednego elementu strategii ABC. Rozdaj ulotki z podstawowymi informacjami uzyskane w Krajowym Centrum ds. AIDS (www.aids.gov.pl).

4.2.6. Problemy osobiste i relacje interpersonalne

Kolejny bardzo ważny obszar tematyczny w edukacji seksualnej dotyczy **problemów osobistych i relacji interpersonalnych**: osamotnienia i poczucia inności, związków kumplowskich, pierwszych miłości, trudności ze znalezieniem partnera/ki, utrzymania związku. Są to tematy trudne, ponieważ młodzież, zwłaszcza w pierwszej fazie dojrzewania, oscyluje często między stanami od silnego afektu do stanów „sennej obojętności".

Jak pokazuje doświadczenie, blok zajęć dotyczący emocji i postaw, zwłaszcza jeśli dotyczą seksualności, jest dużo łatwiej wprowadzać, gdy jest **drugim krokiem edukacji seksualnej**, po zagadnieniach dotyczących kwestii biologicznych. Jeśli ciekawość poznawcza dotycząca zmian fizycznych w okresie dojrzewania nie zostanie zaspokojona, młodzież nie nabiera wystarczającego zaufania do osoby prowadzącej zajęcia i nie wykazuje zainteresowania tematami „psychologicznymi". Obce osoby dorosłe muszą sobie wypracowywać autorytet, aby zyskać miano ekspertów – tylko wtedy mogą rzeczywiście wpływać na postawy młodzieży, również w zakresie edukacji seksualnej.

Kolejność działań edukacyjnych wynika także z prawidłowości rozwoju psychoseksualnego:

– około 11–13 lat – przygotowanie do zmian związanych z dojrzewaniem płciowym, wyjaśnienie ich przebiegu i znaczenia, zalecenia, jak nad sobą czuwać;

– 15–16 lat – radzenie sobie z nowymi potrzebami i różnicami psychologicznymi między płciami, budowanie takich relacji, jak: koleżeństwo, zakochanie i miłość, bliskość i zgoda w rodzinie;

– 17–18 lat – zajęcia o tym „jak być i żyć we dwoje" w wymiarze psychologicznym, społecznym, seksualnym.

W okresie nauki w gimnazjum znacząco rośnie rola rówieśników oraz problemy koleżeńskie i u wielu nastolatków wysuwają się one na pierwszy plan. Zajęcia z edukacji seksualnej to dobry czas na poprawianie rozumienia potrzeb i odmiennych perspektyw myślenia rówieśników płci przeciwnej, zażegnywanie konfliktów i uczenie zasad dobrej komunikacji. W doborze tematów wskazana jest duża plastyczność

i dostosowanie ich do potrzeb i zainteresowań uczniów danej klasy. Oto propozycje tematów do dyskusji z młodzieżą:

– Czy chłopak i dziewczyna mogą być przyjaciółmi?
– Co lubimy w chłopakach/dziewczynach, a czego nie?
– Jak się lepiej dogadywać w klasie?
– Trening asertywności – ochrona „ja", nieuleganie presji.
– Zasady dobrej komunikacji – nauka komunikatów typu „ja", posługiwanie się „językiem żyrafy" (s. 469).
– Co to jest sztuka słuchania i empatii; czy można się jej nauczyć?
– Procesy integracji grupowej.
– Wzajemne oczekiwania dziewcząt/chłopców, dorosłych/nastolatków, nauczycieli/uczniów.
– Czy to jest przyjaźń, czy to jest kochanie?
– Jak zerwać i zachować „klasę"?
– Rozmyślania o miłości szczęśliwej i nieszczęśliwej.

Propozycje zajęć

Temat zajęć: **„Czy to co nas różni, musi nas dzielić?"**

Uczestnicy: uczniowie starszych klas szkoły podstawowej i gimnazjum.

Cele: uczenie akceptacji psychicznych różnic płciowych i rozumienia emocji i zachowań osób płci odmiennej; integrowanie klasy koedukacyjnej.

Przebieg zajęć:

- Uczniowie chodzą po klasie i na twój sygnał (np. klaśnięcie) tworzą grupy osób: o tym samym kolorze oczu, włosów, lubiących poszczególne przedmioty, piosenkarza, film itd. Podkreśl, że łącząc się w grupy nie zawsze trafiamy na te same osoby.
- Poproś, aby uczniowie usiedli w kręgu. Rozdaj kartki i poproś, aby wypisali na nich jak najwięcej rzeczy, którymi ludzie się różnią między sobą. Możesz podać przykład: ja jestem od was starsza/y, a więc ludzie różnią się wiekiem. Kto znajdzie jak najwięcej różnic, ten wygrywa.
- Poproś, aby uczeń, który wypisał najwięcej różnic, przeczytał je pierwszy, po czym zapytaj resztę klasy, kto znalazł jeszcze inne różnice. Zwróć uwagę na zróżnicowanie ze względu na płeć.
- Daj jednemu z uczniów do przeczytania pierwszy fragment tekstu z arkusza nr 7 „Chłopcy i dziewczęta" (potnij ten arkusz na kartki z kolejnymi punktami), poproś grupę o ustosunkowanie się do jego treści. Trzymając w ręku kłębek włóczki, wyjaśnij reguły uczestnictwa w dyskusji: kto chce zabrać głos, będzie mógł to zrobić po poproszeniu i otrzymaniu kłębka.
- Kolejno rozdawaj kartki z kolejnymi fragmentami tekstu i zachęcaj grupę do dyskusji nad nimi.
- Podziel klasę na grupę dziewcząt i chłopców. Każdej grupie daj po jednym arkuszu szarego papieru oraz kredki, flamastry, kolorowe gazety itp. Zachęć dziewczęta do wykonania „Wyspy dziewczyn", a chłopców „Wyspy chłopaków". Obie grupy

(podzielone dodatkowo na podgrupy, co przyśpieszy pracę) pracują nad: herbem wyspy, projektem stroju odświętnego obowiązującego na wyspie (z tego zadania z powodów czasowych możecie zrezygnować), zbiorem zasad obowiązujących współmieszkańców, zbiorem zasad obowiązujących gości przybywających na wyspę; zaproszeniem dla „sąsiedniej" wyspy chłopców lub dziewcząt.

- Po zakończeniu prac przedstawiciele grup prezentują swoją wyspę i wręczają drugiej grupie zaproszenie na nią.

Arkusz nr 7

CHŁOPCY I DZIEWCZĘTA

1. „I chłopcy i dziewczęta to ludzie. Więc nie ma między nimi różnicy. Tak mówią jedni. – Nieprawda. Dziewczyny są spokojniejsze, posłuszniejsze, porządniejsze, delikatniejsze. Tak mówią drudzy. – A ja wolę chłopaków. Chłopcy są weseli, nie nudzą, nie obrażają się o byle co, są bardziej szczerzy. – Dziewczyna ma lepsze serce. – Wcale nie, chłopcy są uczynni. – Nieprawda!...Spierają się i nie mogą pogodzić. Kto ma rację?"

2. „Słuszność mają ci, którzy mówią, że dziewczyny i chłopcy różnią się i ci, którzy mówią, że są podobni. A czy można znaleźć dwóch takich samych chłopców lub dwie takie same dziewczyny? Dziewczyny mają zalety i chłopaki mają zalety. I jedni i drudzy mają także wady. Wydawałoby się, że różnią się usposobieniem. Może dlatego, że dawniej kobiety i mężczyźni mieli inne prawa i obowiązki. Mężczyźni chodzili na polowania, na wojny, a kobiety zajmowały się domem i dziećmi."

3. „Niby, że chłopak powinien być odważny, ruchliwy, a dziewczyna spokojna, rozsądna. Dziewczynki zazdroszczą chłopcom siły. Chłopcy zazdroszczą dziewczynkom, że prędzej dojrzewają. Dziewczyny mniej się biją, bo nie wypada, bo sukienka przeszkadza, bo nie mają w bójkach wprawy. Więc szczypią albo drapią, wyśmiewają, plotkują, kłócą się. To drażni chłopaków. Wygląda na to, że oni są szczerzy, jak dokuczają, to jawnie, a dziewczyny po kryjomu, perfidnie."

4. „Dziewczyny często udają lepsze niż są. Ale i chłopcy nie zawsze są szczerzy: udają gorszych niż są. Nie mogą zrozumieć, dlaczego tak jest, ale chłopcu nie wypada być spokojnym, rozważnym, dobrze wychowanym, bo zależy mu na opinii swoich kolegów."

5. „I dziewczyny i chłopacy robią niektóre rzeczy, żeby zaimponować swoim rówieśnikom, mimo że im samym to się nie do końca podoba. Raz przyjemniej jest się bawić z dziewczynami, raz z chłopakami. Dziewczyny mają swoje zabawy, a chłopcy swoje. Często, jeśli chłopak bawi się z dziewczynami, jest wyśmiewany przez rówieśników: – Babiarz, o, znalazł sobie narzeczoną... Jeśli dziewczyna bawi się wśród chłopaków, choćby grając w piłkę nożną, inne dziewczęta mogą mówić: – Chłopczyca. Pomylona."

6. „Nie wiem, co bardziej łączy ludzi: podobieństwa, czy właśnie różnice. Zauważyłem, że tylko głupcy chcą, żeby ludzie byli podobni do siebie jak dwie krople wody. Kto jest rozumny, ten cieszy się, że są na świecie: dzień i noc, lato i zima, młodzież i staruszkowie, że jest i motyl i ptak, że są różne kolory kwiatów i oczu ludzkich, że są DZIEWCZĘTA i CHŁOPCY! **Kto nie lubi myśleć, tego niecierpliwi rozmaitość, która zmusza do myślenia.**"

J. Korczak (2003) *Prawidła życia – pedagogika dla młodzieży i dorosłych*, Warszawa, Instytut Badań Literackich PAN.

Temat zajęć: „Równouprawnienie – co to znaczy?"

Uczestnicy: uczniowie szkół ponadgimnazjalnych.

Cele:
- pogłębianie refleksji nad problemami związanymi z równością płci;
- kształtowanie postawy wzajemnej tolerancji i zrozumienia;
- uczenie się toczenia sporów i dyskusji.

Przebieg zajęć:

- Podziel uczniów na 5–6-osobowe, jednopłciowe zespoły. Każdemu z nich daj arkusz nr 8 „Dylematy". Poproś, aby spróbowali w zespołach odpowiedzieć na pytanie: Czy dany rodzaj postępowania świadczyłby o dyskryminacji płciowej, czy nie?
- Poproś przedstawiciela każdej grupy o przedstawienie opinii – pozwól na swobodną wymianę poglądów.
- Poproś, aby uczniowie usiedli w kręgu i każdy na kartce dokończył zdanie „Dzisiaj się dowiedziałam/em o sobie, że...

Arkusz nr 8

DYLEMATY

1. W konkursach piękności biorą udział kobiety, bo to one są piękne
2. Na stanowisko sekretarki najlepiej nadają się młode, atrakcyjne kobiety
3. Dziewczęta powinny dostawać preferencyjne punkty przy zdawaniu na politechniczne kierunki studiów
4. Punkty karne w przypadku mężczyzn powinny być liczone podwójnie, ponieważ powodują więcej wypadków
5. Ojciec, który opuścił rodzinę, po rozwodzie nie powinien mieć kontaktu z dzieckiem
6. Do 7 r.ż. dziecka urlop wychowawczy powinien przysługiwać matce
7. Kobiety nie powinny służyć w wojsku, bo są słabsze fizycznie i psychicznie
8. Każdy mężczyzna powinien odbyć służbę wojskową
9. Kobiety nie powinny uprawiać pewnych dyscyplin sportowych (np. boksu, zapasów, wyścigów motocyklowych)
10. Chłopcy powinni się uczyć sprzątania, gotowania i szycia
11. Ojcowie nie powinni mieć wstępu na salę porodową
12. Mężczyźni mogą awansować szybciej, bo są dyspozycyjni
13. Mężczyźni powinni otrzymywać surowsze wyroki, ponieważ z natury są bardziej agresywni
14. Kobieta nie udźwignie odpowiedzialności na stanowisku ministra obrony narodowej

(Długołęcka, Bieniaś, 1998)

Temat zajęć: „Eksperci dojrzewania"

Uczestnicy: uczniowie gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych.

Cele:
- pogłębianie zrozumienia wybranych problemów związanych z okresem dojrzewania;

– uczenie się komunikacji i uwrażliwianie na właściwy wybór źródeł wiedzy dotyczący spraw intymnych.

Przebieg zajęć:

- Wybierz z popularnych czasopism młodzieżowych listy od młodzieży, dotyczące typowych problemów biologicznych i seksualnych (związanych z brakiem wiedzy).
- Podziel grupę na zespoły 2–4-osobowe, przydziel każdemu po 2–3 listy i poleć, aby przygotowali pisemne odpowiedzi na jeden, wybrany list. Dobrze byłoby przygotować i udostępnić książki dla młodzieży, w których mogą znaleźć odpowiedzi (w ten sposób przy okazji zapoznają się z wartościowymi propozycjami „na przyszłość").
- Poproś, aby po wykonaniu zadania „liderzy" zespołów odczytali treść listów i odpowiedzi. Koryguj wypowiedzi i podaj dodatkowe informacje.
- Zwróć uwagę na powierzchowność odpowiedzi udzielanych w czasopismach i błędy merytoryczne, które często się w nich pojawiają. Zachęć do korzystania z różnorodnych źródeł wiedzy: książek, stron internetowych, pomocy specjalistów (bardzo ważne jest podanie konkretnych przykładów, np. ciekawej strony internetowej na wysokim poziomie, adres placówki, w której przyjmuje seksuolog, terapeuta, ginekolog „młodzieżowy" itp.).

Temat zajęć: „Pierwszy krok w chmurach"

Uczestnicy: uczniowie szkół ponadgimnazjalnych.

Cele:

– pobudzanie do refleksji nad własnymi zachowaniami seksualnymi;
– rozwijanie umiejętności decyzyjnych i przewidywania skutków swoich działań;
– przeciwdziałanie nieudanym doświadczeniom seksualnym.

Przebieg zajęć:

- Zapytaj uczniów, co rozumieją pod pojęciem presji seksualnej i zachęć do porozmawiania na ten temat.
- Podziel uczniów na 6 mieszanych zespołów, daj każdemu arkusz nr 9 „Nie zawsze z miłości" i poproś, aby połączyli strzałkami stwierdzenia znajdujące się po lewej stronie z określeniami po stronie prawej (nie ma tu jedynych dobrych rozwiązań).
- Po wykonaniu zadania i odczytaniu propozycji rozwiązań zaproponuj młodzieży wymyślenie historyjek do dwóch wskazanych stwierdzeń z arkusza nr 9. Aby ich zachęcić, wybierz jedno stwierdzenie i wymyśl historyjkę, np. o „dowodzie miłości". Może to być taka sytuacja, kiedy rodzice wyjeżdżają i para nastolatków ma okazję razem zostać w domu na noc lub kiedy atrakcyjny chłopak odprowadza po „imprezie" dziewczynę będącą pod wpływem alkoholu.
- Do przedyskutowania najciekawszych historyjek możecie wykorzystać drzewo decyzyjne[14]. Spróbuj, unikając moralizatorstwa, wykazać, że decyzja o inicjacji seksualnej wymaga dojrzałego namysłu i musi być podjęta samodzielnie, a nie pod czyjąś presją.

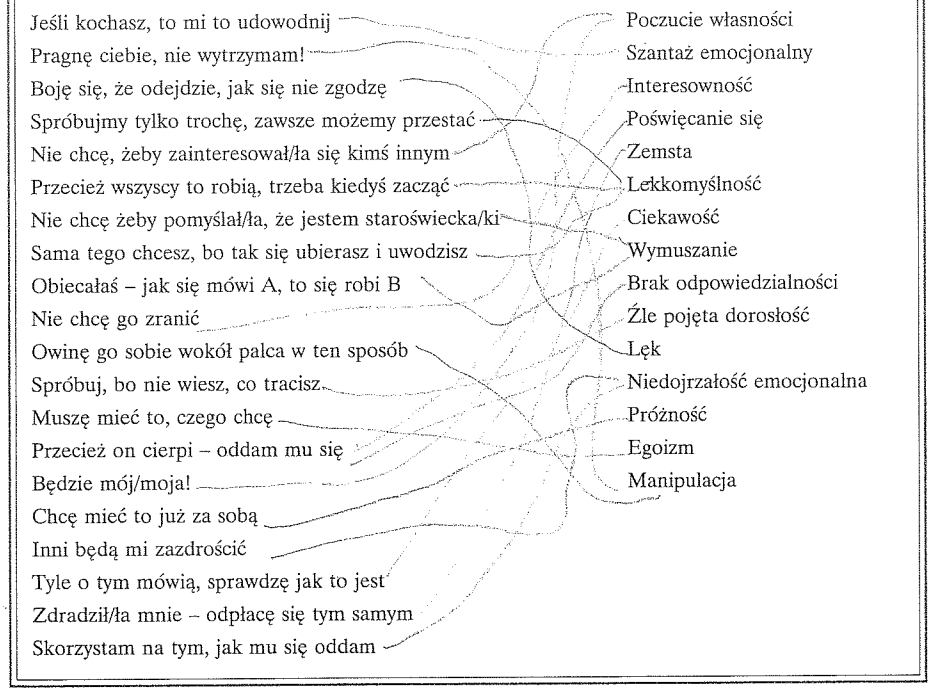
[14] Technika drzewa decyzyjnego opiera się na przedstawianiu w formie graficznej konsekwencji podejmowanych decyzji. Jest to zwarta i porządkująca, wizualna prezentacja przebiegu procesu myślenia. Jeśli uczeń ma podjąć jakąś decyzję, wpisuje w pień drzewa „sytuację problemową", a w konary i rozgałęzienia – różne warianty (alternatywy) rozwiązań.

- Zapytaj, jakie warunki powinny być spełnione (powinny to być działania zgodne z własną wolą i sumieniem, nie: byle z kim, byle gdzie i byle jak), aby inicjacja mogła stać się „pierwszym krokiem w chmurach", a nie banalnym lub smutnym przeżyciem. Nie zapominaj, że wśród uczniów mogą być osoby, które mają już za sobą nieudaną inicjację seksualną! Przedstaw też przykłady, w których bohaterowie uczyli się na błędach.

Arkusz nr 9

NIE ZAWSZE Z MIŁOŚCI

Połącz stwierdzenie znajdujące się niżej po stronie lewej z określeniami po stronie prawej



Temat zajęć: „Rozmyślania o miłości prawdziwej"

Uczestnicy: uczniowie szkół ponadgimnazjalnych.

Cele:

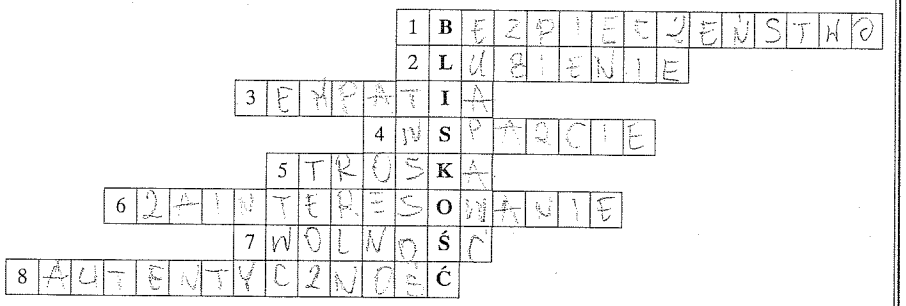
– pogłębianie refleksji nad własnymi uczuciami do innych;
– zachęcanie do przyjmowania odpowiedzialnej postawy wobec potencjalnej partnerki/partnera.

Przebieg zajęć:

- Na początek zaproponuj rozwiązanie krzyżówki (arkusz nr 10).
- Zachęć do zastanowienia się nad przyczynami lęku przed bliskością („burza mózgów"). Zapisuj je na tablicy i uzupełniaj pomysły uczniów: lęk przed odrzuceniem i zranieniem (np. „pewnie pomyśli sobie o mnie, że.."); przeświadczenia na własny temat (np. przekonanie o swojej nieatrakcyjności „kto chciałby być blisko z kimś takim jak ja?"); wyobrażenia o drugiej osobie (np.„moje zwierzenia będą dla niej/niego nieciekawe, męczące"); wpływ dawnych doświadczeń (np. ktoś mówiąc o swoich uczuciach był wyśmiany, skarcony, zlekceważony, albo przyjaciel zdradził powierzoną mu tajemnicę); normy społeczne, czyli co się powinno, a czego nie („brudy należy prać we własnym domu", „to nieprzyzwoite"); stereotypy, czyli fałszywe twierdzenia ogólne o rzeczywistości, utrudniające porozumienie (np. „mężczyźni nie rozumieją kobiet i wykorzystują je", „kobiety koloryzują i przesadzają").
- Wypisz na tablicy cechy, które warunkują bliskość: zaufanie, poczucie bezpieczeństwa, wzajemność, poczucie wspólnoty, wrażliwość, wolność, serdeczność, akceptacja.
- Podkreśl, że potrzeba bliskości jest jedną z podstawowych potrzeb psychicznych człowieka oraz, że miłość rodzi się z bliskości.
- Podziel uczniów na 4–6-osobowe zespoły i poproś ich reprezentantów o wylosowanie kilku cytatów z kapelusza (wyciętych z arkusza nr 11).

Arkusz nr 10

KRZYŻÓWKA



1. Poczucie spokoju i komfortu psychicznego
2. Odczuwanie sympatii do kogoś
3. Wyczuwanie uczuć drugiego człowieka
4. Pomaganie komuś
5. Martwienie się o kogoś
6. Okazywanie komuś swojej uwagi
7. Poczucie niezależności
8. Bycie sobą

1. **BEZPIECZEŃSTWO**, 2. **LUBIENIE**, 3. EMPATIA, 4. WSPARCIE, 5. TROSKA, 6. ZAINTERESOWANIE, 7. WOLNOŚĆ, 8. AUTENTYCZNOŚĆ

- Poproś o zapoznanie się z nimi, zapisanie tych, które podobają im się najbardziej (lub wymyślenie własnych), i zilustrowanie ich w dowolny sposób (malowanie, wyklejanie itp.) na dużych arkuszach.
- Poproś, aby po zakończeniu pracy rozwiesili swoje arkusze i obejrzeli je. Spytaj, który z nich podoba się im najbardziej i dlaczego. Wspólnie zastanówcie się, które z arkuszy zawierają takie cechy miłości, jak: dążenie do uszczęśliwienia drugiej osoby, umiejętność dawania siebie, altruizm, przyjaźń, życzliwość, umiejętność nawiązywania dialogu, rozładowywania konfliktów, przebaczania, cierpliwość, takt, potrzeba bycia razem, poczucie więzi z drugą osobą, bliskość, fascynacja erotyczna, udana więź seksualna, świadomość ewolucji miłości. Zachęć, aby jeśli mają ochotę, zmienili coś na swoich arkuszach.

Arkusz nr 11

PRZYKŁADY CYTATÓW

„Niedojrzała miłość mówi: Kocham Cię, ponieważ Cię potrzebuję. Dojrzała miłość mówi: Potrzebuję Cię, ponieważ Cię kocham" (E. Fromm)

„Nauka miłości zaczyna się od pozostawienia czystej łazienki i cichego zamykania drzwi ze względu na drugiego człowieka" (W. Foerster)

„Gdybym mówił językami ludzi i aniołów, a miłości bym nie miał, byłbym niczym" (Św. Paweł – „Hymn o miłości")

„Jeśli seks wypływa z miłości, zawsze towarzyszy mu czułość, bez chęci panowania czy zadawania bólu" (E. Fromm)

„Im większy człowiek, tym większa jego miłość" (L. da Vinci)

„Jeśli chcesz być kochany, kochaj sam" (Seneka)

„Miłość jest pragnieniem, aby komuś coś darować – a nie otrzymywać" (B. Brecht)

„Kochać kogoś to dać mu to, co ma się w sobie najlepszego" (P. Claudel)

„Miłość zaczyna się rozwijać dopiero wówczas, gdy kochamy tych, którzy nie mogą się nam na nic przydać" (E. Fromm)

„Miłość nie polega na wzajemnym wpatrywaniu się w siebie, ale wspólnym patrzeniu w tym samym kierunku" (A. de Saint-Exupery)

„Miłość jest pewną próbą rzetelnej wartości człowieka" (N. Żmichowska)

Pytania/Zadania

1. Od jakiego wieku należy prowadzić edukację seksualną? Uzasadnij dlaczego?
2. Jakie tematy z zakresu edukacji seksualnej najbardziej interesują młodzież?
3. Jakie zjawiska wiążesz z zagrożeniem zdrowia prokreacyjnego lub zdrowia seksualnego młodzieży? Spróbuj uzasadnić, dlaczego dane zjawisko postrzegasz jako zagrożenie.

4. Wybierz co najmniej trzy podręczniki przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie" dla uczniów gimnazjów i szkół średnich znajdujące się na liście podręczników dopuszczonych przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i oceń, który z nich jest, twoim zdaniem, najlepszy pod względem merytorycznym i atrakcyjności dla młodzieży?

4.3. Zasady konstruowania i realizacji programów edukacji seksualnej młodzieży

Jedną z form promocji zdrowia seksualnego jest upowszechnianie edukacji seksualnej w szkole. Obecnie, na świecie, można wyróżnić różne rodzaje programów tej edukacji:

- Programy ukierunkowane na **określone cele**, np. zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową, metody sterowania płodnością, równouprawnienie płci, przeciwdziałanie wykorzystywaniu i przemocy seksualnej. Programy tego typu są realizowane w celu rozwiązania aktualnego problemu w danej społeczności czy regionie, wykonania zadań jakiejś organizacji czy stowarzyszenia;
- Programy ukierunkowane na **wszechstronną edukację seksualną** na podstawie wytycznych WHO i innych agend ONZ. Opierają się one na definicji zdrowia seksualnego i Deklaracji Praw Seksualnych. Są w większości tak konstruowane, aby mogły być realizowane w społeczeństwach zróżnicowanych światopoglądowo, kulturowo, etnicznie. Podkreśla się w nich to co łączy, a nie dzieli;
- Programy inspirowane **światopoglądowo i religijnie**, realizowane przez kościoły, wyznania, organizacje i stowarzyszenia określone światopoglądowo;
- Programy **autorskie**, opracowane przez osoby mające duże doświadczenie i profesjonalizm w zakresie edukacji seksualnej, kierujące się własnymi koncepcjami;

W tworzeniu programów edukacji seksualnej[15] należy zwrócić uwagę na następujące specyficzne elementy:

- Pedagogika seksualna[16] jest dziedziną interdyscyplinarną, dlatego osobie prowadzącej edukację seksualną **potrzebne są informacje z wielu dziedzin nauki**: psychologii i pedagogiki, medycyny (seksuologii, ginekologii, andrologii, endokrynologii, dermatologii), socjologii, antropologii, etyki, wiedzy o kulturze itp. Przydatna jest wiedza o przemianach społecznych młodzieży i umożliwiająca dostosowanie treści programowych do współczesności (np. randki na czatach, sms-y, aranżowanie tymi drogami spotkań z nieletnimi przez osoby dorosłe, romanse wirtualne, dostęp do różnorodnych form pornografii itp.). Niezbędnym elementem jest **wiedza wynikająca z doświadczenia w pracy z młodzieżą**, zwłaszcza ta, która

[15] Ogólne zasady planowania programów edukacji zdrowotnej omówiono w Części I książki, rozdz. 6.

[16] Pedagogika seksualna obejmuje dwa procesy: wychowanie i edukację seksualną. Do niedawna stanowiła wiedzę na temat wychowania i edukacji młodzieży w okresie dojrzewania. Jednak wraz z rozwojem nauk humanistycznych, zwłaszcza psychologii rozwojowej, socjologii płci i antropologii kulturowej oraz seksuologii bardzo się rozwija. Pojawiają się również działy pedagogiki seksualnej w obrębie pedagogiki specjalnej oraz andragogiki.

powstała na podstawie własnych, dobrych i pogłębionych relacji z uczniami. Pomocna jest znajomość trendów, popularnych czasopism i książek młodzieżowych, ale przede wszystkim codziennych problemów nastolatków. Nie należy tego mylić z wiedzą o sobie, ponieważ subiektywne poglądy i osobiste stereotypy są tylko przeszkodą we wzajemnym zrozumieniu i przekazywaniu wiedzy;

- Praca z młodzieżą wymaga tzw. **swobody psychologicznej** (s. 165) **i predyspozycji osobowościowych**, zwłaszcza że dotyczy obszaru z reguły skrywanego i chronionego przed dorosłymi, jakim jest szeroko pojęta seksualność;
- Niezbędna jest **znajomość różnorodnych metod nauczania i umiejętność ich zastosowania** w zależności od celów i potrzeb (patrz Część I, rozdz. 6).

4.3.1. Zasady konstruowania programów edukacji seksualnej

W konstruowaniu programu edukacji seksualnej wyróżnia się podobne etapy jak w przypadku innych programów edukacyjnych. W dalszej części rozdziału omówiono je z uwzględnieniem specyfiki edukacji seksualnej.

Etap I. Diagnoza potrzeb uczestników

Diagnoza potrzeb jest podstawowym i niezbędnym punktem wyjścia dla wszelkich działań edukacyjnych. W Polsce od wielu lat potrzeby młodzieży bardzo często odbiegają od wizji autorów obowiązujących programów. Programy autorskie znacząco różnią się między sobą i nierzadko są obciążone światopoglądowo. Z analizy listów młodzieży do popularnych czasopism wynika, że świadomość i potrzeba rozwiązywania problemów natury psychoseksualnej rozpoczyna się w około 10 r.ż. i nie kończy się z chwilą osiągnięcia dojrzałości płciowej. Szczególne nasilenie potrzeb poznawczych związanych z seksualnością występuje między 12 a 17 r.ż. Istnieje wyraźne zróżnicowanie tych potrzeb w zależności od:

- **Płci uczniów**:
  - dziewczęta koncentrują się na zagadnieniach dotyczących: anatomii i fizjologii, problemów emocjonalnych, zdrowia i higieny, przyjaźni i miłości oraz aktywności seksualnej; częściej zgłaszają potrzebę organizowania zajęć na temat metod sterowania płodnością i zdrowia prokreacyjnego;
  - chłopcy zainteresowani są przede wszystkim: anatomią i fizjologią, aktywnością seksualną, zagrożeniami i patologią, problemami emocjonalnymi; częściej proponują zajęcia na temat chorób przenoszonych drogą płciową oraz zdrowia seksualnego;
  - na pierwszych zajęciach chłopcy są częściej nastawieni na informacje dotyczące życia seksualnego, dziewczęta – na znajomość własnej fizjologii i relacje, ale w trakcie zajęć ich zainteresowania się zmieniają – dziewczęta stają się otwarte na rozmowy „o seksie", a chłopcy o emocjach;
- **Wieku i stopnia zaawansowania w dojrzewaniu**:
  - we wczesnej fazie dojrzewania (u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów)

warto koncentrować się na zagadnieniach związanych ze zmianami fizycznymi i akceptacją własnej cielesności oraz tematyce dotyczącej relacji z rówieśnikami i rodzicami;
- starsze nastolatki bardziej interesują się zagadnieniami psychologicznymi, społeczno-kulturowymi i etycznymi. Ich oczekiwania stają się bardziej sprecyzowane i dotyczą: pierwszych doświadczeń seksualnych, antykoncepcji, chorób przenoszonych drogą płciową, kultury współżycia seksualnego, zaburzeń seksualnych, obyczajowości, fantazji seksualnych, masturbacji, pornografii, doboru partnera, tworzenia prawidłowych relacji, dobrej komunikacji, miłości, odpowiedzialności, zdrad i konfliktów, orientacji seksualnych, stereotypów płciowych, nadużyć seksualnych itp.

Zdaniem W. Sokoluka (2003) młodzież oczekuje omawiania na zajęciach szkolnych następujących zagadnień: antykoncepcja (77%), choroby przenoszone drogą płciową (77%), relacje chłopak–dziewczyna (48%), informacje o współżyciu (47%), różnice w podejściu do seksu i miłości u obu płci (45%), budowanie trwałych związków (44%), informacje o rozwoju fizycznym i psychicznym (42%). Inne tematy, które są dobrze przyjmowane przez nastolatki, to: jak dbać o swoją płodność, rozumienie procesów fizjologicznych związanych z płodnością, kultura języka i życia seksualnego, zaburzenia seksualne, stereotypy płciowe, konflikt i porozumienie między płciami, homoseksualizm, zasady partnerstwa, miłość, wyobrażenia na temat własnego rodzicielstwa.

Sposób przeprowadzania diagnozy

Młodzież nie powinna kierować się obiegowymi wyobrażeniami na temat edukacji seksualnej, dlatego warto ją zapoznać ze szczegółowymi treściami programowymi i dać jej możliwość wyboru tych, które ją najbardziej interesują. Wybory mogą bardzo różnić się między sobą, w zależności od klasy. Powszechnie stosowana, na pierwszych zajęciach, metoda zbierania anonimowych pytań z reguły się nie sprawdza, ponieważ nastolatki nie wiedzą dokładnie, o co mogą pytać.

Analizy potrzeb należy dokonywać również w fazie realizacji programu. Można do tego wykorzystać: zdania niedokończone, skale, wybieranie najważniejszych tematów itp. Diagnoza powinna dotyczyć także metod zajęć preferowanych przez nastolatki. Z badań nad oczekiwaniami młodzieży wynika, że formy zawierające element osobistej relacji pomiędzy prowadzącymi a uczniami są preferowane przez dziewczęta, oglądanie filmów ma wyraźnie więcej zwolenników wśród chłopców.

Etap II. Ustalanie celów

Edukacja seksualna ma wiele celów, wśród których można wyróżnić trzy podstawowe grupy:

1. **Cele poznawcze** – umożliwienie młodzieży uzyskania, pogłębienia lub skorygowania wiedzy na różnorodne, wymieniane wyżej tematy.
2. **Cele afektywne** – zmiana postaw, przekonań, wartości lub opinii związanych z seksualnością – tych, które prowadzą do stereotypowego myślenia o płci, lęków, kompleksów, dyskryminacji, nietolerancji, braku szacunku do samego siebie i innych; wzmacnianie postaw służących porozumieniu, okazywaniu uczuć pozytywnych, dobrej komunikacji i satysfakcji seksualnej.
3. **Cele behawioralne** – dotyczą umiejętności i zachowań: asertywności, dobrej komunikacji, sztuki rozwiązywania konfliktów, okazywania uczuć, autoprezentacji, stosowania metod zabezpieczających przed niechcianą ciążą i chorobami przenoszonymi drogą płciową itd.

Precyzyjne określenie celu jest punktem wyjścia do planowania zajęć. Na przykład, przygotowując zajęcia na temat chorób przenoszonych drogą płciową musimy ustalić, czy zależy nam na tym, aby uczniowie: wiedzieli, że zakażenie jest wirusowe, czy bakteryjne; aby poszli do lekarza; lub bali się i nie współżyli seksualnie z przypadkowymi osobami.

Etap III. Planowanie metod i technik

Precyzyjne określenie celów umożliwia dobranie odpowiednich metod i technik. Przy **celach poznawczych** warto rozpocząć od powtórzenia wiadomości zdobytych na lekcjach biologii wykorzystując: wykład, prelekcję, pokaz multimedialny, pracę z tekstem (broszury, ulotki oraz fragmenty publikacji), plansze do wypełniania lub naklejania odpowiednich haseł, gry dydaktyczne. Na szczególną uwagę zasługują portfolio (s. 193) i metoda projektów (s. 190), ponieważ uczą samodzielnego poszukiwania i korzystania z wartościowych źródeł informacji. Najskuteczniejszą metodą jest uczenie innych, można więc zaryzykować zajęcia dla młodszych koleżanek i kolegów lub rodziców albo nauczycieli przygotowane dla nich przez określoną grupę, np. o konstruktywnych sposobach rozwiązywania konfliktów, różnicach w podejściu do wielu spraw pomiędzy młodzieżą a dorosłymi, pytaniach frapujących młodzież, czy stereotypach związanych z płcią.

Cele afektywne najlepiej osiąga się przez pracę w małych grupach (analiza problemu decyzyjnego lub wcześniej przygotowanych kart pracy z kontrowersyjnymi stwierdzeniami), odgrywanie ról (np. zamiana ról dziewczyna–chłopak, rodzice–dzieci itp.) i bezpośredni kontakt z zaproszonymi osobami (np. ginekologiem, terapeutą pracującym z osobami wykorzystywanymi seksualnie, osobą zakażoną wirusem HIV, położną ze szkoły rodzenia).

Przy **celach behawioralnych** można wykorzystać: studia przypadków (losy młodocianych rodziców, osób zakażonych wirusem HIV, osób zorientowanych homoseksualnie itp.), analizę fragmentów filmów, odgrywanie ról (nieuleganie presji, autoprezentacja, rozmowa z lekarzem), zadania do wykonania poza zajęciami (np. wykorzystanie lalek symulujących niemowlęta, prowadzenie kart obserwacji cyklu miesiączkowego).

Etap IV. Identyfikacja zasobów

Zasoby ludzkie dotyczą osób prowadzących edukację. Bez odpowiednich kompetencji (wiedzy, umiejętności psychologicznych i odpowiedniej osobowości) prowadzącego zajęcia nawet najlepszy program nie zakończy się sukcesem. Można

też korzystać z pomocy specjalistów z zewnątrz i „wiarygodnych przypadków". Wskazana jest również współpraca z innymi nauczycielami i z rodzicami – prawie w każdej klasie znajdzie się wśród rodziców, lekarz, prawnik, pielęgniarka, kosmetyczka, psycholog lub policjant;

- **zasoby materialne** to np: makiety, zestawy środków higienicznych i antykoncepcyjnych na zajęcia, płyty z fragmentami filmów i pokazami mutimedialnymi (ale nie w nadmiarze);
- **czas przeznaczony na zajęcia** – jego właściwe rozplanowanie bywa trudne, zwłaszcza jeśli w zajęciach wykorzystuje się metody aktywizujące. Pośpiech w takim przypadku nie jest wskazany, ponieważ budowanie zaufania i otwieranie się zawsze wymaga czasu. Zajęcia realizowane według programu nie mogą się obywać „od przypadku do przypadku", jak to czasami bywa z lekcjami „wychowania do życia w rodzinie", którymi wypełnia się luki w planie lub wprowadza na „zastępstwa". Terminy i czas zajęć w każdym programie powinny być ustalone.

Etap V. Planowanie ewaluacji

Ewaluacja wyników edukacji seksualnej jest trudna, ponieważ udział w zajęciach polega głównie na uczestnictwie w dyskusji, dzieleniu się własnymi poglądami i odczuciami, które są trudne do kategoryzacji i nie mogą być poddawane sprawdzaniu i ocenie. Najłatwiej jest sprawdzić **przyrost wiedzy**, przeprowadzając test lub inną formę sprawdzianu przed i po zakończeniu zajęć. Można w tym celu wykorzystać arkusz nr 12, zmieniając zawarte w nim stwierdzenia w zależności od ustalonych celów poznawczych.

Można również dokonywać **ewaluacji procesu**, czyli oceny przydatności i atrakcyjności poszczególnych zajęć lub całego programu dla uczniów. Można wykorzystać zdania niedokończone (np. dzisiaj dowiedziałam/em się o sobie, o płci przeciwnej..., najbardziej poruszyło/zaskoczyło mnie..., najważniejsze było..., podobało mi się..., nie wiedziałam/em, że...) lub odpowiednie arkusze do wypełnienia (s. 151).

Arkusz nr 12

SPRAWDZIAN WIEDZY

Przeczytaj każde zdanie i zakreśl, czy jest to prawda (P), czy fałsz (F)

1. Miesiączka polega na uwolnieniu komórki jajowej	P	F
2. Miejscem zapłodnienia komórki jajowej jest macica	P	F
3. Mężczyzna rodzi się z określoną ilością płynu nasiennego, która wystarczy mu na całe życie	P	F
4. Heteroseksualizm to nieakceptowanie własnej płci	P	F
5. Najskuteczniejszą metodą antykoncepcji są prezerwatywy	P	F
6. Ciągliwy, bezbarwny śluz pochwowy oznacza fazę niepłodności	P	F

7. Polucje nocne są niepokojącym objawem	P	F
8. Kobiety mogą pożyczać sobie pigułki hormonalne	P	F
9. Tamponów nie można używać w nocy, w czasie snu	P	F
10. Skutecznym sposobem uniknięcia ciąży jest stosunek przerywany	P	F
11. W czasie miesiączki kobieta nie może zajść w ciążę	P	F
12. Kobieta nie może zajść w ciążę w czasie pierwszego stosunku	P	F
13. Jądra powinny znajdować się na tej samej wysokości	P	F
14. Łechtaczka jest ważnym narządem seksualnym kobiety	P	F

Odpowiedzi: 1F, 2F, 3F, 4F, 5F, 6F, 7F, 8F, 9F, 10P, 11F, 12F, 13F, 14P

Etap VI. Opracowanie planu realizacji programu

Tworzenie tego planu polega na opracowaniu zestawów scenariuszy oraz podział obowiązków i zadań. Doświadczeni edukatorzy z reguły nie są zwolennikami tworzenia scenariuszy „gotowców", skuteczniejsze jest **tworzenie wielu wersji** realizacji danego tematu oraz dobrych pomocy dydaktycznych, spośród których można wybierać te, które są zgodne z potrzebami grupy, jej możliwościami i specyfiką (opis tworzenia scenariusza s. 148).

Czasami okazuje się, że zajęcia dotyczące cielesności powinny się odbywać w grupach jednopłciowych, ponieważ budzą skrępowanie i wymagają dobrego kontaktu i szczególnego wyczucia ze strony nauczyciela. Zajęcia dotyczące relacji (nawet jeśli w grupie są nieporozumienia) korzystniej przeprowadzać w grupach mieszanych, z wykorzystaniem metod aktywizujących, które dają młodzieży możliwość wypowiedzi, stawiania problemów i „pracy na konkretnych sytuacjach". W szkołach ponadgimnazjalnych różnice rozwojowe zależne od płci wyrównują się i młodzież z reguły o wiele chętniej uczestniczy w zajęciach w grupach mieszanych.

Etap VII. Realizacja programu, ewaluacja procesu i wyników

Program powinien być realizowany zgodnie z planem, ale należy zachować elastyczność i modyfikować plan w zależności od potrzeb. Ewaluacji procesów i wyników należy dokonać według wcześniej zaplanowanych zasad (etap V).

4.3.2. Ważne rady praktyczne

W pracy osób prowadzących edukację seksualną najtrudniejsze okazuje się opanowanie **umiejętności oddzielenia wiedzy od własnych doświadczeń życiowych i poglądów** (nieuznawanie ich za uniwersalne, unikanie podawania rad i przestróg wynikających z własnych sukcesów i błędów, posługiwanie się językiem wiedzy). Nie

należy przy tym zapominać, że na początku zajęć z edukacji seksualnej młodzież bardzo często stosuje różnego rodzaju prowokacje, np. zadaje osobiste pytania, komentuje wygląd, pyta o znaczenie „nieprzyzwoitych wyrazów" lub prosi o instruktaż seksualny. Nie należy się temu dziwić – zachowania te wynikają z niepokoju i braku poczucia bezpieczeństwa. Młodzież w ten sposób „bada" nauczyciela – poziom jego otwartości, kompetencje i skłonność do oceny. Jeśli prowadzący bulwersuje się, wartościuje i poucza, kontakt kończy się w momencie, zanim się jeszcze zaczął. Tylko poważne podejście do tematu, prezentowanie wysokiego poziomu kultury, połączonego z życzliwością dają spodziewane rezultaty. Prowadzący powinien brać pod uwagę, że niektóre żarty, czy nieprawdopodobne opowiadania młodzieży mogą zawierać ukryte sygnały i pytania, np. dotyczące ryzykownych zachowań, czy nadużyć seksualnych. Zdarza się, że dziewczęta wykorzystywane seksualnie zachowują się w wulgarny sposób lub opowiadają, że zostały brutalnie zgwałcone.

Dowodem na autentyczną chęć nawiązania kontaktu ze strony nauczyciela jest **otwarcie na każdy temat na właściwym poziomie i dawanie możliwości wyboru** w poruszanej tematyce zajęć. Narzucanie omawianych zagadnień jest z reguły źle przyjmowane. Wiedza i zrozumienie procesów rozwojowych to za mało. Jeśli podczas pierwszego spotkania nie udaje się nawiązać kontaktu, nauczyciel bardzo szybko traci wiarygodność. Wiarygodny dorosły to taki, któremu można zaufać, który potrafi dochować tajemnicy, rozumie specyfikę tego okresu, nie trzyma strony rodziców i nauczycieli i nie jest „zanadto na luzie".

Kluczowym zagadnieniem jest **sposób reagowania wychowawcy w sytuacjach problemowych**, kiedy nastolatek prosi o pomoc. W swojej pracy W. Sokoluk (2003, s. 48) podkreśla: „Nie strasz. Wyjaśnij, dlaczego sytuacja jest poważna, a do jej opanowania nie wystarczy informacja uzyskana od Ciebie. [...] Pamiętaj, że dyskrecja i troska o poczucie bezpieczeństwa są Twoim obowiązkiem wobec osoby szukającej pomocy". Nastolatki bardziej cenią sobie komentarze pomocne niż krytyczne, negatywne uwagi zawstydzają je i nie wnoszą nic twórczego.

Ważne zasady nawiązywania kontaktu z młodzieżą w edukacji seksualnej dotyczące:

- **Osoby prowadzącego**:
  - nie moralizuj i nie pouczaj – ocena dotycząca seksualności automatycznie zamyka szansę na otwarcie i nawiązanie kontaktu;
  - pomyśl o własnym pozytywnym wizerunku kobiecości/męskości (bez popadania w skrajności);
  - bądź dobrze przygotowana/y merytorycznie i korzystaj z różnorodnych pomocy; dla prowadzącego edukację seksualną, w przeciwieństwie do rodziców, nie ma taryfy ulgowej;
  - zachowaj pokorę, czyli nie traktuj swojej osoby jako „wyroczni" i jedynego specjalisty – zadbaj o to, aby młodzież posiadała informacje o wartościowych książkach i czasopismach, stronach internetowych, telefonach zaufania, adresach lokalnych poradni, organizacji i specjalistów – psychologów i lekarzy;
  - nie mów o swoich intymnych sprawach i nie pytaj o nie nastolatków, jest to odbierane jako naruszające granice i „niesmaczne";
  - kategorycznie przestrzegaj zasady dyskrecji i zaufania.

Pomocne zachowania: bezpretensjonalne odnoszenie się, wykazywanie zrozumienia i akceptacji; znajomość mody – bycie na czasie, optymizm, dystans i poczucie humoru; dbałość o kulturę języka, unikanie zadawania zbyt wielu pytań i mówienia zbyt dużo na temat uczuć; prowadzenie rozmów o życiu młodzieży, a nie swoim i swoich znajomych; ostrożność w doprowadzaniu do konfrontacji i podważaniu wypowiedzianych przez uczniów twierdzeń; utwierdzanie ich w poczuciu własnej wartości, umiejętność przeformułowania problemów jako możliwych do rozwiązania; edukowanie rodziców i zachęcanie ich do współpracy

- **Treści**:
  - wyprzedzaj potrzeby rozwojowe, przewiduj pytania na podstawie wiedzy o fazach dojrzewania;
  - nie teoretyzuj nadmiernie, zamiast tego, stwarzaj możliwość emocjonalnego przeżycia danego zagadnienia – najbardziej zapadają w pamięć zajęcia z konkretnymi osobami, np. osobami zakażonymi wirusem HIV, seksuologiem lub ginekologiem, policjantem, pracownikiem poradni, terapeutą lub praca z autentycznymi listami od młodzieży czy odwiedzanie placówek specjalistycznych i prowadzenie zajęć „na miejscu";
  - szanuj odmienne poglądy i unikaj stereotypowego myślenia na temat płci i seksualności;
  - wystrzegaj się przenoszenia własnych doświadczeń związanych z „biografią seksualną" i relacjami z płcią przeciwną na podawane treści;
  - korzystając z gotowych programów nauczania nie zapominaj, że program jest dla młodzieży, a nie młodzież dla programu.
- **Organizacji i metod**:
  - nie zaczynaj edukacji seksualnej od wykładu, zadbaj o nawiązanie kontaktu opartego na wzajemnym szacunku i zaufaniu;
  - likwiduj błędne wyobrażenia o przebiegu zajęć z zakresu edukacji seksualnej (kazanie, pogadanka, zawstydzanie, instruktaż) i daj możliwość wyboru poruszanych zagadnień;
  - stawiaj problemy, zamiast podawać gotowe rozwiązania;
  - podchodź do problemów omawianych na zajęciach realistycznie, a nie życzeniowo; przekazywanie postulatów być może uspokaja sumienia osób dorosłych, ale nie jest odpowiedzią na potrzeby i problemy młodzieży;

- wykorzystuj metody aktywizujące, pomoce i sytuacje z życia będące pretekstem do wspólnej rozmowy;
- współpracuj z rodzicami i innymi nauczycielami, np. bądź otwarty na dialog i prezentację programu, podręczników i pomocy, ale zachowaj całkowitą dyskrecję w sprawach osobistych uczniów.

Pytania/Zadania

1. Skonstruuj scenariusz zajęć: „Pierwsza wizyta u ginekologa" kładąc nacisk na następujące cele: (a) zwiększenie wiedzy temat chorób kobiecych; (b) zmianę wyobrażeń i zmniejszenia lęku przed wizytą u ginekologa; (c) uczenie się rozmawiania z lekarzem na temat „dolegliwości kobiecych".
2. Zaplanuj zajęcia na temat zakażeń drogą płciową wykorzystując metodę: portfolio, projektu, lub gier dydaktycznych.
3. Jaki powinien być, twoim zdaniem, arkusz ewaluacyjny lekcji, w której nauczyciel kładzie nacisk na cele poznawcze, a jaki kiedy celem podstawowym są cele afektywne lub behawioralne? Czym się będą one różnić między sobą? Podaj przykłady.

Literatura zalecana

Beisert M. (1991) *Seks twojego dziecka*, Poznań, Dom Wydawniczy K. Domke.

Długołęcka, A., Lew-Starowicz, Z. (2006) *Edukacja seksualna*, Warszawa, Świat Książki.

Dolto F. (1995) *Nastolatki*, Warszawa, Wydawnictwo W.A.B.

Haffner D. (2002) *Jak rozmawiać o sprawach intymnych?*, Warszawa, Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media Diogenes.

Izdebski Z. (2005) *Pedagogika seksualna*, w: *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku Tom IV*, J. Pilch (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak", s. 251–257.

Madaras L., Madaras A. (1996a) *Moje ciało i ja, wersja dla chłopców*, tłum. A. Lenobel, Warszawa, Wydawnictwo W.A.B.

Madaras L., Madaras A. (1996b) *Moje ciało i ja, wersja dla dziewcząt*, tłum. P. Amsterdamski, Warszawa, Wydawnictwo W.A.B.

Obuchowska I., Jaczewski A. (2002) *Rozwój erotyczny*, Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak".

Sokoluk W. (2003) *Wychowanie do życia w rodzinie. Poradnik metodyczny dla nauczycieli*, Warszawa, WSiP.

ROZDZIAŁ 5

Zdrowie psychospołeczne – wybrane zagadnienia

Wprowadzenie

Barbara Woynarowska

W edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży do lat 80. XX w. dominowały zagadnienia dotyczące zdrowia fizycznego. W ostatnim ćwierćwieczu nastąpiło wyraźne przeniesienie akcentów na zagadnienia zdrowia psychospołecznego. Było to następstwem, wspomnianych już na wstępie, gwałtownych zmian we współczesnym świecie, które spowodowały, że dzieci i młodzież dorastają obecnie w zupełnie innych warunkach niż ich rodzice, a nawet rówieśnicy sprzed 10 lat.

Życie dzieci i młodzieży, podobnie jak dorosłych, ma szybsze tempo i beztroskie dzieciństwo, które było udziałem wcześniejszych pokoleń, wyraźnie się skraca. W wyniku oddziaływania telewizji i innych mediów dzieci wcześniej wchodzą w świat dorosłych. Są eksponowane na sposób myślenia, doświadczenia, problemy i presje typowe dla ludzi dorosłych, choć nie są do tego przygotowane. Młodzi ludzie mają często odmienne wartości i postawy niż dorośli, co innego uznają za „normalne" i ważne. Powoduje to pogłębianie się różnic międzypokoleniowych. Trudności we wzajemnym zrozumieniu się dorosłych i młodych są źródłem niepokoju dla tych pierwszych i niepewności dla drugich. Efektem tego są silniejsze związki z rówieśnikami, którzy stają się często główną grupą wsparcia i wzorcem do naśladowania (w tym także zachowań ryzykownych dla zdrowia).

Problemy (zaburzenia) zdrowia psychospołecznego, które występują u około 20% populacji w wieku szkolnym, i częstość ich występowania ma tendencję zwyżkową, uznane są obecnie przez WHO, w Europejskiej Strategii dla Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży[1], za jeden z siedmiu priorytetów wymagających rozwiązania. Wśród zadań, które powinny podjąć wszystkie państwa w zakresie promocji zdrowia psychicznego tej populacji, wymieniono prowadzenie odpowiednio ukierunkowanej edukacji zdrowotnej oraz rozwój szkół promujących zdrowie.

Z wyżej wymienionych powodów, w niniejszej książce poświęcono najwięcej miejsca zagadnieniom zdrowia psychospołecznego i edukacji zdrowotnej w tym zakresie.

[1] WHO EURO (2005) *European strategy for child and adolescent health and development*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe (www.euro.who.int/pubrequest.).

W rozdziale tym szczególną uwagę zwrócono na **pozytywne zdrowie psychiczne**, przyjmując za WHO, że jest to „stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka realizuje swoje zdolności, potrafi radzić sobie z normalnymi stresami życia, może pracować wydajnie i owocnie oraz jest w stanie ofiarować coś swojej społeczności"[2]. Omówiono także, niezwykle rzadko uwzględniane w edukacji zdrowotnej w Polsce, zagadnienie stosunku do osób chorych psychicznie. Z zagadnieniami zdrowia psychicznego związane są dwa kolejne rozdziały książki poświęcone zapobieganiu używania substancji psychoaktywnych oraz agresji i przemocy.

[2] www.who.int/mentalhealth/evidence/en/promoting_mhh.pdf

A. ZDROWIE I DOBROSTAN PSYCHICZNY

Lesław Kulmatycki

Zdrowie psychiczne jest jednym z ważniejszych priorytetowych obszarów promocji zdrowia w Unii Europejskiej. W Deklaracji Zdrowia Psychicznego przyjęto, że: „zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny mają zasadnicze znaczenie dla jakości życia, umożliwiając ludziom doświadczać życia jako sensownego, pozwalając im być twórczymi i aktywnymi obywatelami" (*Mental...*, 2005, s. 15).

Zdrowie psychiczne, podobnie jak zdrowie (s. 18), ma wiele definicji, które można ująć w trzech aspektach:

- **negatywnym** – jako brak zaburzeń psychicznych;
- **funkcjonalnym** – jako zdolność do spełnienia określonych oczekiwań, np. pracy dla dobra społeczeństwa;
- **pozytywnym** – jako pełny rozwój osobowości, z umiejętnością radzenia sobie w życiu.

W niniejszym rozdziale zwrócono uwagę na równowagę między wszystkimi trzema aspektami, koncentrując się na pozytywnym ujęciu zdrowia. Najważniejszym celem jest uzyskanie całościowego stanu harmonii, który nazwany był **wysokim poziomem samopoczucia**[1] (ang. *high level wellness*). Zdrowie jest stanem, który stale ulega zmianom i każdy z nas, w mniejszym lub większym stopniu, może mieć na ten stan wpływ.

5.1. Kondycja psychiczna dzieci i młodzieży

Ocena zdrowia psychicznego i określenie rzeczywistej częstości jego zaburzeń, ze względu na jego ogromną złożoność, jest trudna. Istnieje jednak przekonanie, także opinia WHO, że w krajach rozwiniętych **kondycja psychiczna** dzieci, młodzieży i dorosłych pogarsza się.

Kondycja psychiczna to ogólna sprawność psychiczna, która pozwala na zachowanie równowagi w sytuacji trudnej

Szacuje się, że około 15–20% populacji dzieci i młodzieży wymaga opieki psychologicznej i psychiatrycznej. Według J. Bomby[2] ponad 40% dzieci i młodzieży

[1] Termin *wellness* jest trudny do przetłumaczenia na jęz. polski, gdyż odnosi się do kombinacji dwóch terminów *well-being* i *fitness*. W latach 50. XX w. H. Dunn określił w ten sposób styl życia, który za cel ma zapewnić dobre samopoczucie na co dzień poprzez harmonię pomiędzy ciałem i umysłem, na wzór starogreckiego ideału *kalokagati*.

[2] Dane za artykułem: *Polak przyszły obywatel? Smutny świat młodych ludzi* (2005). Z prof. Jackiem Bombą, kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CMUJ rozmawia Justyna Hofman-Wiśniewska, „Sprawy Nauki", Biuletyn Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, nr 12, z 18.01.2006.

ma kłopoty z emocjami, właściwym zachowaniem i funkcjonowaniem społecznym. Autor równocześnie zastrzega, że w ostatnich latach zmieniło się wśród psychiatrów zajmujących się dziećmi i młodzieżą podejście do zaburzeń psychicznych, toteż dane liczbowe nie zawsze są właściwym miernikiem nasilenia problemów. Największa grupa młodzieży, która trafia dziś do poradni i szpitali, to młodzi ludzie z zaburzeniami jedzenia (anoreksja, bulimia), zaburzeniami adaptacyjnymi i zachowania. Wyraźnie zwiększyła się też liczba depresji wśród młodzieży, która przygotowuje się do wejścia na rynek pracy[3].

Wśród młodzieży w wieku 10–18 lat duży jest odsetek zgłaszających różne dolegliwości i negatywne stany emocjonalne. Badania przeprowadzone w 2005 r., w reprezentatywnej grupie uczniów I i III klas szkół ponadgimnazjalnych (w wieku 16 i 18 lat)[4] wskazują, że prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu zdenerwowanie odczuwało 38,5% uczniów, rozdrażnienie lub zły humor 28,7%, przygnębienie oraz objawy psychosomatyczne związane z bólami głowy i bezsennością odczuwał co piąty uczeń, a lęk lub niepokój 3,6% badanych. Prawie wszystkie negatywne emocje istotnie częściej występowały u dziewcząt. Z tych samych badań wynika, że dziewczęta częściej niż chłopcy niezadowolone są z życia. Najwięcej niezadowolonych jest 18-letnich dziewcząt, w zależności od metody badania – od ponad 20% do ponad 35%. Jest to znacząca grupa młodych ludzi, którzy stoją przed ważnymi decyzjami w swoim życiu. Prawie połowa badanych odczuwała podwyższony poziom stresu psychologicznego, 51% u dziewcząt i 29% u chłopców.

Janusz Czapiński (2005, s. 226) nazwał grupę 16–18-latków „pokoleniem transformacji", które odróżnia się od pokoleń wcześniejszych. Wskazuje też na szczególnie niepokojące zjawiska mające wpływ na kondycję psychiczną. Obecna młodzież więcej pali i częściej pije alkohol, również częściej sięga po narkotyki oraz uważa, że jest bardziej dyskryminowana. Wszystkie negatywne wyróżniki pokoleniowe dotyczą dziewcząt.

Z badań prowadzonych przez Czesława Czabałę i in.[5] wynika, że wśród uczniów gimnazjów warszawskich:

– młodzież w wieku 13 lat ma już poważne problemy związane ze zdrowiem psychicznym i połowa doświadcza różnego rodzaju dystresu psychicznego, a znaczna część przejawia zachowania problemowe;

– około 11% uczniów doświadcza wysokiego dystresu psychicznego i miewa myśli samobójcze, ich samopoczucie powoduje, że co najmniej 14 dni w miesiącu funkcjonują źle.

Stan psychiczny i możliwości jego zmian są w dużej mierze uzależnione od otoczenia, w którym uczeń żyje i uczy się. Nastrój i emocje rodziców oraz klimat społeczny szkoły i metody pracy stosowane przez nauczycieli wpływają na dobrostan

[3] J. Bomba, R. Modrzejewska (2006) *Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w średniej fazie dorastania*, „Psychiatria Polska", nr 4, s. 683–695.

[4] M. Jodkowska (2006) *Samoocena zdrowia i wygladu*, w: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*, A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.

[5] C. Czabała, C. Brykczyńska, K. Bobrowski, K. Ostaszewski (2005) *Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii", nr 1, s. 1–9.

psychiczny uczniów. Kondycja psychiczna dzieci i młodzieży jest w pewnej części wypadkową **kondycji psychicznej dorosłych**. Wyniki badań nad kondycją psychiczną osób dorosłych, w tym również rodziców i nauczycieli, wskazują na wiele niepokojących zjawisk[6]:

– połowa (51%) dorosłych Polaków niepokoi się o przyszłość;

– ponad jedna piąta (22%) wskazuje na ogólne niezadowolenie i brak wiary w możliwość poprawy;

– tylko co dziewiąty (11%) patrzy w przyszłość optymistycznie.

Zdaniem J. Czapińskiego (2005) nasza kondycja psychiczna jest, silniej niż w innych krajach, uzależniona od dokonujących się zmian społecznych. W 2005 r. ogólna kondycja psychiczna Polaków nie zmieniła się w porównaniu z 2003 r. Negatywnym zjawiskiem jest wzrost odsetka osób z depresją i zmniejszenie się odsetka osób z „pragnieniem życia". Pozytywnym zjawiskiem jest wzrost liczby osób zadowolonych „z życia w ogóle" oraz odsetka Polaków, którzy określają się jako dosyć lub bardzo szczęśliwi (z 65,9% w 2003 r. do 69,2% w 2005 r.).

5.2. Złożoność i wieloznaczność zdrowia psychicznego

Termin „zdrowie psychiczne" jest wieloznaczny i bardzo trudny do zdefiniowania. W odniesieniu do psychiki często używa się określenia „normalny", co może znaczyć tyle, co reprezentatywny dla przyjętych norm kulturowo-społecznych lub „przeciętny" w kategoriach statystycznych. Nie oddaje to złożoności i wielowymiarowości prawidłowo funkcjonującej psychiki. Różni autorzy wskazują na specyficzne kryteria zdrowia psychicznego. Na konieczność miłości i efektywnej pracy zwracał uwagę S. Freud. Istotą zdrowia dla C. Junga było stawanie się „sobą" przez poszukiwanie sensu i celu swojego życia, połączonego z odpowiedzialnością, niepowtarzalnością i zintegrowaniem. Dla E. Fromma znaczące było produktywne nastawienie – według niego osoba zdrowa psychicznie to taka, która jest zdolna do akceptacji samego siebie, do przyjmowania miłości i obdarzania nią innych, ale jednocześnie zdolna poznawać i rozumieć świat oraz być twórczą i efektywną w pracy. Twórca hierarchicznej koncepcji potrzeb A. Maslow za zdrowe psychiczne uważał osoby, które uruchamiają w sobie potrzebę najwyższego rzędu, potrzebę samorealizacji. C. Rogers łączył zdrowie psychiczne z optymalnym funkcjonowaniem. Optymalność polega na pełnym wyrażaniu swoich myśli, emocji bez względu na konsekwencje. Takie osoby nie udają, ale przede wszystkim doświadczają „prawdziwego istnienia" i tym samym przekraczają kolejne etapy w swoim indywidualnym rozwoju. Twórca ruchu na rzecz higieny psychicznej w Polsce K. Dąbrowski zdrowie psychiczne definiuje jako: „...zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego" (Dąbrowski, 1996, s. 22).

[6] Komunikat z badań *„Samopoczucie Polaków w latach 1988–2002"*, Warszawa, CBOS, 2003.

W naukach społecznych i w promocji zdrowia eksponowana jest **koncepcja pozytywnego zdrowia psychicznego**, w którym wyróżnia się następujące kryteria (Ryff, Keyes, 1995, s. 719–727):

- **Kontakt z rzeczywistością** – racjonalna postawa w odbiorze bodźców z otaczającej rzeczywistości, obiektywna ocena, minimalizacja stereotypów, zgoda i przyzwolenie na niewiedzę;
- **Poczucie autonomii** – próba internalizacji swoich wyborów, oparcie na własnych decyzjach, gotowość do kompromisu, cenienie sobie niezależności emocjonalnej;
- **Akceptacja samego siebie** – właściwa postawa wobec samego siebie, nabycie sztuki przebywania i cieszenia się samym sobą, zdawanie sobie sprawy zarówno z własnych ograniczeń, jak i możliwości;
- **Rozpoznanie swoich mocnych stron** – uczenie się obiektywnego oceniania siebie przez wskazywanie na obiektywne mocne swoje strony i umiejętności, pracowanie nad strategią rozwijania konkretnych kompetencji;
- **Konstruktywne kontakty z innymi** – umiejętność ekspresji siebie i wyrażania siebie, swoich poglądów, potrzeb, emocji, wrażliwość w odbiorze innych osób;
- **Radzenie sobie z wyzwaniami** – diagnozowanie wyzwań pochodzących z otoczenia, uczenie się rozróżniania zmian koniecznych od zmian opcjonalnych, otwartość i tolerancja na normy funkcjonujące w danej grupie czy społeczności, umiejętności radzenia sobie z niepowodzeniami i krytyką;
- **Perspektywa przyszłości** – nastawienie na rozwój i samorealizację, uświadamianie sobie swoich mocnych stron, cech, potencjałów oraz stawianie sobie odległych celów, planowanie rozwoju umiejętności.

5.3. Kryteria zdrowia psychicznego

Różni autorzy zajmujący się opisem zdrowia psychicznego wskazują na różne jego kryteria. Przez kryteria należy rozumieć mierniki lub wskaźniki, „dzięki którym możemy coś oceniać, i służące za podstawę oceny" (*Słownik...*, 1997, s. 575). W odniesieniu do zdrowia psychicznego są to wskaźniki, za pomocą których można oceniać, czy i w jakim stopniu jednostka jest zdrowa psychicznie.

Według M. Jahody (1958) zdrowy psychicznie jest człowiek aktywnie przystosowujący się do otoczenia, usiłujący spełniać wymagania otoczenia bez utraty indywidualności oraz charakteryzujący się spójną, zintegrowaną osobowością i postrzegający siebie i świat adekwatnie do sytuacji i własnych możliwości, czasami niezależnie od własnych potrzeb (tab. 5.1). M.G. Allport[7] wymienia najważniejsze kryteria zdrowej osobowości, które częściowo są zbieżne z kryteriami Jahody, a częściowo odmienne (tab. 5.2). Warto porównać oba ujęcia.

[7] Kryteria po modyfikacjach i skrótach zostały podane za: K. Jankowski (1978) *Przełom w psychologii*, Warszawa, Czytelnik, s. 360–361.

Tabela 5.1. Kryteria zdrowia psychicznego (Jahoda, 1958) (oprac. własne)

Samoakceptacja	Właściwa postawa wobec własnego „ja", sztuka życia z samym sobą, przyjęcie zarówno własnych ograniczeń jak i możliwości
Rozwój i samorealizacja	Posiadanie odległych celów, brak stagnacji, wykorzystywanie swoich umiejętności i ich rozwój
Autonomia	Zdrowa, nie przesadna niezależność emocjonalna od najbliższego otoczenia społecznego, obiektywne umiejętności pozwalające na niezależność
Właściwa percepcja rzeczywistości	Prawdziwość spostrzeżeń i ocen, pozostawianie marginesu na niewiedzę, wieloaspektowość, mały udział zafałszowujących stereotypów
Radzenie sobie z wymaganiami otoczenia	Tolerancja normalnych w danym społeczeństwie wymagań, znoszenie uwag i krytyki oraz kompetencja w działaniu
Pozytywne relacje interpersonalne	Adekwatne wyrażanie siebie oraz umiejętność wczuwania się w sytuacje innych osób

Eksperci Biura Promocji Zdrowia w Anglii[8] wskazują jeszcze na inny, bardziej praktyczny zestaw kryteriów, według których **zdrowy psychicznie jest człowiek**, który:

- rozwija się emocjonalnie, twórczo, intelektualnie i duchowo;
- inicjuje, rozwija i utrzymuje wzajemne satysfakcjonujące relacje interpersonalne;
- stawia czoła problemom, rozwiązuje je i uczy się na nich;
- staje się pewny siebie i asertywny;
- zwraca uwagę na innych i potrafi wejść w ich położenie;
- potrafi pozostawać w samotności i ją akceptować;
- potrafi się radować i bawić;
- śmieje się z siebie i ma dystans do świata.

Tabela 5.2. Kryteria zdrowej osobowości (G. Allport)

Rozciągłość „ja"	Zdolność do wyjścia poza zaspokojenie egoistycznych potrzeb
Obiektywna ocena siebie	Zdolność do obiektywnego oceniania się oraz dystansu do siebie
Filozofia życia	System filozoficzno-etyczny stanowiący oparcie w trudnych sytuacjach
Serdeczność wobec innych	Zdolność do szczerych i serdecznych kontaktów interpersonalnych
Praktyczne umiejętności	Konkretne umiejętności życiowe umożliwiające radzenie sobie w życiu
Współczucie wobec wszystkich istot	Szacunek i gotowość pomocy dla wszystkich żywych istot

[8] Health Education Authority (1997) *Mental health promotion: a quality framework*, London, HEA.

5.4. Dobrostan psychiczny

Pozytywne i **szczęśliwe myśli** oraz **pozytywne emocje** powodują określone zmiany chemiczne w mózgu, a te, przez uwalnianie neurotransmiterów, mają korzystny wpływ na cały organizm. Coraz częściej terapeuci i lekarze celowo wykorzystują **„efekt placebo"**, gdzie same **myśli i nastawienie** mają odwrócić lub zatrzymać niekorzystny proces choroby czy złego samopoczucia[9].

Dobrostan psychiczny definiuje się jako poznawczą i emocjonalną ocenę własnego życia. Ocena ta obejmuje zarówno emocjonalne reakcje na zdarzenia, jak i poznawcze sądy dotyczące zadowolenia i spełnienia (Diner, Lucas, Oishi, 2004, s. 35)

Z definicji tej wynika, że dobrostan ma dwa wymiary:

- **wymiar emocjonalny**, jest sumą doświadczeń, które zostały zgromadzone przez dłuższy czas; dominującą rolę odgrywają emocje doświadczane w danej chwili, obecnie;
- **wymiar poznawczy**, który odnosi się do oceny swojego życia nie tylko w przeszłości i teraźniejszości, ale również w przyszłości; częściej większą rolę odgrywają tu minione doświadczenia.

Niezmiernie trudno jest wyjaśnić słowami to, co jest istotą doświadczanego w danym momencie dobrostanu. Prowadząc zajęcia można poprosić uczestników o napisanie na kartce swojej własnej definicji dobrostanu psychicznego lub przeprowadzić z nimi krótką rozmowę temat. Przykład (Chopra, 1994, s. 99):

– Co dla ciebie oznacza czuć się dobrze psychicznie? *„No, jest rodzaj uczucia, myślę"*
– Ale jak mógłbyś je opisać? *„Raczej to trudne, jest to uczucie"*
– No dobrze, ale czego dotyczy, ciała, umysłu, czegoś więcej? *„Chyba dotyczy wszystkiego, czuję się dobrze i to wszystko"*
– Ale gdzie to odczucie się pojawia? *„Gdzieś w środku"*
– Co znaczy w środku? *„No nie wiem, może w głowie, może w sercu, a może jeszcze gdzieś indziej"*.

Na dobrostan psychiczny ma wpływ wiele czynników związanych z właściwościami jednostki i środowiskiem, w którym żyje. D. Seedhouse (1995) wskazuje na **cztery znaczenia dobrostanu**, w zależności od specyficznych potrzeb czy predyspozycji danej osoby:

– **szczęście** – otwartość na innych, szerokie kontakty;
– **pozytywny stres** – ciągłe zajęcie, pasja, wymagająca praca, nauka;
– **intelektualna stymulacja** – poznawanie, odkrywanie, nowe środowisko;
– **beztroska** – bezpieczeństwo, brak wyzwań, zrelaksowanie.

Doświadczanie „przepływu"

Interesujące zajęcia, niebanalny projekt, twórcze wyzwania czy spotkania z ciekawymi ludźmi same w sobie mogą być dla młodzieży źródłem doświadczania

[9] O tym fenomenie piszą m.in.: D. Chopra (1994); M. Seligman (1993, 1997); D. Goleman (2003), H. Friedman (2003).

dobrostanu. Może to wynikać z samego faktu wykonywania czegoś z zaangażowaniem, pasją i w pełni „wciągającego". Jedną z teorii wskazującej na rolę działania (aktywności) w uzyskaniu pożądanego stanu jest teoria **optymalnego doświadczenia** M. Csikszentmihalyi'a (1998). Główną cechą optymalnego doświadczenia, określanego przez autora jako **„przepływ"** (ang. *flow*), **jest całkowite identyfikowanie się z samą czynnością lub aktywnością, a nie z jej rezultatami**. Osoba, która zdolna jest podchodzić do życia w taki właśnie sposób, posiada specyficzne cechy osobowościowe, które sprawiają, że „rozmaite zadania wykonuje właśnie dla nich samych, nie zaś po to, aby osiągnąć jakieś odległe, zewnętrzne cele" (Csikszentmihalyi, 1998, s. 186). Autor ten (s. 96) wymienia następujące symptomy optymalnego doświadczenia:

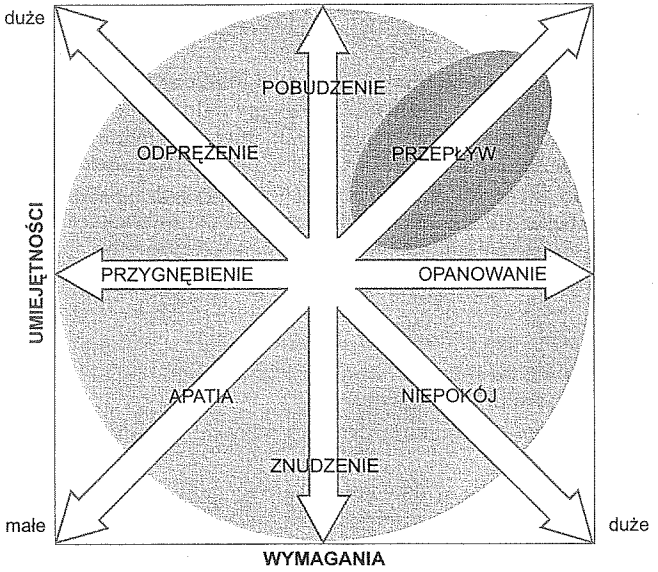
– realność zadania, możliwego do skończenia;
– skoncentrowanie na tym, co aktualnie robimy;
– możliwość utrzymania koncentracji;
– jasność i wyraźny cel zadania oraz otrzymywanie natychmiastowej informacji zwrotnej;
– duże, spontaniczne zaangażowanie, które wyłącza inne problemy codzienności;
– satysfakcja, która daje poczucie kontrolowania własnych działań;
– zanik niepokoju i autorefleksji oraz silne poczucie integracji siebie;
– zmiana poczucia upływu czasu.

Csikszentmihalyi dowiódł empirycznie, że osoby, które często doświadczają stanu „przepływu", są bardziej szczęśliwe niż inni. Aktywność jest dobrym predyktorem zadowolenia. Im częściej podejmujemy działania dla samych działań, aby czuć się dobrze, aby się radować, bawić, spotkać innych ludzi, tym większe prawdopodobieństwo doświadczania dobrostanu. Ważne jest jednak, aby oczekiwania i stawiane sobie wymagania były dostosowane do naszych umiejętności. Wysokie umiejętności, np. dobrego wspinacza górskiego, mogą się zrealizować w wysokich i trudnych górach, w górach niskich lub przy małych trudnościach dobry wspinacz będzie nadto odprężony i może czuć niedosyt. Alpinista o małych umiejętnościach, poruszający się w trudnych warunkach, najprawdopodobniej będzie zaniepokojony, a może i przestraszony wyzwaniem. Poczucie spełnienia i doświadczenie „przepływu" zazwyczaj pojawia się, kiedy duże umiejętności trafiają na duże wymagania (ryc. 5.1).

Dwie perspektywy dobrostanu

Dobrostan może się łączyć z konkretną chwilą, szkolnym wydarzeniem, spotkaniem życzliwej osoby, otrzymaniem dobrej wiadomości czy dobrej oceny itp. Dobrostan można jednak postrzegać w znacznie szerszej perspektywie, kiedy na „dobre życie" składają się nie tylko bieżące wydarzenia, ale wszystko to, co dotychczas się wydarzyło oraz nadzieja na to, co będzie. Może być jeszcze inne rozumienie dwóch perspektyw dobrostanu. Zdaniem J. Czapińskiego (2004) dobrostan psychiczny może być ujmowany (ryc. 5.2):

- **W perspektywie „dół–góra"** – dobrostan jest wynikiem cząstkowych, pozytywnych doświadczeń i przeżyć, na które ważny wpływ ma: rodzina, szkoła, zainteresowania, sukcesy kraju, zdrowie, przyjaciele, status materialny itp. Im więcej



Ryc. 5.1. Mapa optymalnego doświadczenia dającego poczucie przepływu. Uzyskuje się je, gdy jest synchronizacja dużych wymagań i dużych umiejętności (oprac. własne na podstawie: M. Csikszentmihalyi, 1998, s. 56).

jest sprzyjających, cząstkowych doświadczeń, tym większe powinno być szczęście. „Jesteś na tyle szczęśliwy, na ile pomyślne jest twoje życie" (s. 52);

- **W perspektywie „góra–dół"** – za dobrostan bardziej odpowiedzialne jest nasze życzliwe spojrzenie i postawa. To one powodują to, że cząstkowe doświadczenia i przeżycia postrzegamy optymistycznie. Nawet, jeśli środowisko, w którym mieszkamy



Ryc. 5.2. Dobrostan w dwóch perspektywach, „dół–góra" i „góra–dół" (oprac. własne na podstawie: J. Czapiński, 2004, s. 52)

i pracujemy nie jest w pełni idealne, to potrafimy znaleźć jego pozytywne strony. W tej perspektywie dobrostan bardziej wynika z cech naszej osobowości niż z codziennych zdarzeń. „Twoje życie jest na tyle pomyślne, na ile jesteś szczęśliwy" (s. 52), takie ujęcie jest perspektywą [...] zakładającą pewien rodzaj wewnętrznego homeostatu, gwarantującego stabilność ogólnego dobrostanu psychicznego w zmiennym środowisku życia: cokolwiek ci się przytrafi, jeśli tylko jesteś osobą szczęśliwą – będziesz szczęśliwy, jeśli jesteś osobą nieszczęśliwą – pozostaniesz nieszczęśliwy" (s. 54).

5.5. Propozycje zajęć

Podane propozycje dwóch zajęć dla uczniów, dotyczące omawianych zagadnień zdrowia i dobrostanu psychicznego, mogą stanowić materiał inspirujący do własnych modyfikacji i opracowań kolejnych zajęć.

Temat zajęć: „Stan mojego samopoczucia"

Uczestnicy: młodzież w wieku 13–19 lat.

Cele:
- kształtowanie umiejętności rozpoznawania swojego samopoczucia;
- poznanie czynników i rodzaju aktywności wpływających na samopoczucie.

Arkusz nr 1

AKTYWNOŚĆ A SAMOPOCZUCIE

Rodzaj aktywności	Stan samopoczucia			
	4 BARDZO DOBRY	3 DOBRY	2 TAKI SOBIE	1 ZŁY
Zajęcia sportowe				
Hobby				
Spotkania towarzyskie				
Rozmyślania				
Słuchanie muzyki				
Oglądanie telewizji				
Korzystanie z komputera				
Nauka				
Prace domowe				
....				

Przebieg zajęć:

Ćwiczenie: „Stan dobrego samopoczucia i czynniki, od których ono zależy"

- Poproś uczestników o określenie w skali 1–10 swojego stanu samopoczucia, zakładając, że im bliżej 10, tym samopoczucie jest bliższe „ideałowi".
- Zaproś do wypisania na kartce czynników, które mogą mieć wpływ na wyżej przedstawioną ocenę.
- Zachęć do rozmowy w parach na temat wypisanych czynników, poproś o podzielenie czynników dwie grupy: „doraźne" (które pojawiły się w danym dniu) i „odległe" (odnoszące się do wydarzeń, które były lub które nastąpią).
- Poproś o krótkie przedstawienie wyników podziału czynników oraz podsumuj ćwiczenie na forum całej grupy.

Ćwiczenie: „Aktywność a samopoczucie"

- Przekaż każdemu arkusz nr 1 „Aktywność a samopoczucie" i poproś o zaznaczenie w każdej kratce stanu samopoczucia w zależności od rodzaju aktywności, czyli tego co robią. Jeśli w arkuszu nie wymieniono aktywności, które często zdarzają się w ich życiu, poproś, aby wpisali ją na dole w wolne miejsce.
- Zaproś każdego uczestnika do zaprezentowania i skomentowania wyników swojej pracy.
- Podejmij dyskusję na temat rodzajów aktywności, które sprzyjają dobremu samopoczuciu i aktywności, które obniżają samopoczucie.
- W końcowej fazie zajęć zaproponuj uczestnikom wykonanie w domu zadania przekazując im instrukcję (arkusz nr 2).

Arkusz nr 2

OBSERWACJA STANÓW SAMOPOCZUCIA

Instrukcja do eksperymentu domowego

Prowadź przez 7 dni rodzaj dzienniczka, w którym będziesz opisywać swoje samopoczucie. Zapisuj wówczas, gdy wybije pełna godzina. Zacznij od 7 rano, a zakończ o 21 wieczorem. Najlepiej zaprogramuj sobie w komórce budzik, który będzie informował cię o mijającej godzinie (oczywiście w szkole musisz przestrzegać regulaminu i tak zaprogramować, aby nie wypadało w czasie lekcji). W chwili, gdy otrzymasz sygnał, odstaw na kilkadziesiąt sekund wszystkie prace i zajęcia, zamknij na moment oczy i zastanów się, jak się czujesz i co właśnie przed chwilą robiłaś/eś. Opisz w dzienniczku zaraz swoje samopoczucie, np. „jestem zły, bo właśnie uczyłem się, i nie mogłem znaleźć potrzebnych mi informacji", „jestem bardzo zadowolony, bo skończył się wygrany przez moją drużynę mecz na boisku osiedlowym".

Oczywiście może się zdarzyć, że zapomnisz wpisać o czasie lub tak będziesz zajęty, że nie zauważysz, że jest czas na przerwanie zajęć. Nie martw się tym, jak tylko się zreflektujesz, to przypomnij sobie, co robiłeś i jak się czułeś i wtedy wpisz. Potraktuj to jako dobrą zabawę.

Temat zajęć: „Czy jestem zadowolony ze swego życia?"

Uczestnicy: młodzież w wieku 14–18 lat.

Cele:

- kształtowanie umiejętności w rozpoznawaniu osób nastawionych optymistycznie i pesymistycznie;
- poznanie sposobów zmiany postawy wobec codziennych problemów.

Przebieg zajęć:

Ćwiczenie: „Skala zadowolenia z życia"

- Rozdaj uczestnikom arkusz nr 3 „Skala zadowolenia z życia" i poproś o uważne jego wypełnienie.
- Poproś o dobranie się w pary z osobą, z którą dobrze się czują i zaproś do rozmowy na temat uzyskanych wyników.
- Zaproś do skomentowania wyników na forum całej grupy. Staraj się, aby komentarze i ewentualne ujawnianie wyników wynikało z chęci podzielenia się z innymi, a nie z nacisków prowadzącego.

Ćwiczenie: „Co chciałbym zmienić w swoim życiu"

- Podziel uczestników na 4-osobowe zespoły i zaproś do rozmowy na temat ewentualnych zmian, jakich chcieliby w swoim życiu. Wskaż przykład obszarów zmian:
  - zmiana w otoczeniu zewnętrznym – dom, mieszkanie, miasto, kraj itp.;
  - zmiana w rodzinie – relacje z rodzicami, rodzeństwem, atmosfera domowa itp.;

Arkusz nr 3

SKALA ZADOWOLENIA Z ŻYCIA[10]

W tabeli znajduje się pięć stwierdzeń, z którymi możesz się zgadzać lub nie. Wykorzystując cyfry od 1 do 7 określ stopień, w jakim zgadzasz się z każdym ze stwierdzeń; wstaw krzyżyk w odpowiednie okienko. Udzielaj, proszę, otwartych i szczerych odpowiedzi.

Stwierdzenie	Skala odpowiedzi						
	7	6	5	4	3	2	1
	zgadzam się całkowicie	zgadzam się	raczej zgadzam się	ani zgadzam się, ani nie zgadzam	raczej się nie zgadzam	nie zgadzam się	całkowicie się nie zgadzam
1. Pod bardzo wieloma względami moje życie jest blisko ideału							
2. Mam znakomite warunki do życia							
3. Jestem zadowolony ze swojego życia							

[10] Tłumaczenie i opracowanie własne za: W. Pavot, E. Diener (1993) *Review of the Satisfaction With Life Scale*, „Psychological Assessment", nr 5, s. 164–172.

4. Jak dotąd, udawało mi się osiągać to wszystko, co uważam za ważne w życiu							
5. Gdybym mógł powtórzyć moje życie od początku, nie zmieniłbym prawie nic							

Interpretacja wyników „Skali zadowolenia z życia"

Zsumuj cyfry umieszczone przy każdym z pięciu stwierdzeń; przy interpretacji wyników pomocna może być poniższa informacja:

5–9	Jesteś zdecydowanie niezadowolony ze swojego życia
10–14	Jesteś bardzo niezadowolony ze swojego życia
15–19	Jesteś raczej niezadowolony ze swojego życia
20	Nie jesteś ani zadowolony, ani niezadowolony
21–25	Jesteś raczej zadowolony ze swojego życia
26–30	Jesteś bardzo zadowolony ze swojego życia
31–35	Jesteś zdecydowanie zadowolony ze swojego życia

Wynik powyżej 25 punktów wskazuje, że jesteś bardziej zadowolony z życia niż większość ludzi (Np. większość Amerykanów uzyskuje wynik w przedziale 21–25).

– zmiana w szkole – relacje z nauczycielami, rówieśnikami, atmosfera szkoły itp.;
– zmiana w sobie – nastawienie, motywacje, plany, konsekwencja itp.

- Poproś każdy z zespołów o przedstawienie swojej opinii na temat zmian. Czy cokolwiek chcieliby zmieniać?, jeśli tak, to: w jakich obszarach najczęściej i dlaczego?
- Skomentuj wypowiedzi oraz podziel się swoimi przemyśleniami na ten temat.

Pytania/Zadania

1. Jak rozumiesz termin „zdrowie psychiczne"?
2. Dlaczego termin „zdrowie psychiczne" jest wieloznaczny i bardzo trudny do zdefiniowania?
3. Podaj znaczące kryteria pozytywnego zdrowia psychicznego.
4. Na czym polega ujęcie dobrostanu psychicznego w perspektywie „dół–góra" i „góra–dół" według J. Czapińskiego?
5. Wymień warunki umożliwiające doświadczanie stanu „przepływu".

Literatura zalecana

Argyle M. (2004) *Psychologia szczęścia*, tłum. N. Oparska, Wrocław, Astrum.
Csikszentmihalyi M. (1998) *Urok codzienności. Psychologia emocjonalnego przepływu*, tłum. B. Odymała, Warszawa, Wydawnictwo W.A.B.
Czapiński J. (2004) *Psychologia pozytywna*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
Dąbrowski K. (1996) *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
Friedman H.S. (2003) *Uzdrawiająca osobowość*, Gdańsk, tłum. S. Pikiel, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Mellibruda J. (1980) *Poszukiwanie samego siebie*, Warszawa, Nasza Księgarnia.

B. EMOCJE I STRES

Lesław Kulmatycki

Emocje i stres w sposób szczególny decydują o dobrostanie fizycznym i psychicznym (Weare, 2000). Gdy pojawiają się silne emocje lub reakcja stresowa, zaburzeniu ulega biochemiczna równowaga wewnątrzustrojowa, czego efektem jest wpływ hormonów na funkcjonowanie poszczególnych narządów.

Celem rozdziału jest omówienie: natury emocji i sposobów radzenia sobie z negatywnymi emocjami oraz istoty reakcji stresowej i strategii radzenia sobie ze stresem.

5.6. Emocje

W przeprowadzonym w Kanadzie badaniu poproszono studentów o zapisywanie przez minutę wszystkich potocznych skojarzeń, które były związane z emocjami. Studenci wymienili aż 383 emocje, z których prawie 200 wymieniły co najmniej dwie osoby (Fehr, Russell, 1984). Pokazuje to, jak skomplikowanym pojęciem są emocje i jak trudno ująć je w naukowe ramy. Jak podkreślają K. Oatley i J.M. Jenkins (2003), definiowanie emocji jest niezmiernie trudne lub wręcz niemożliwe. Według tych autorów „rdzeniem emocji jest gotowość do działania i podsuwanie planów; konkretna emocja nadaje priorytet jednemu lub kilku rodzajom działania" (s. 95). Emocja może powstrzymać lub zmienić już podjęte zadanie. Oto przykład: idziesz ulicą, przed tobą grupa nieprzyjaznych ci rówieśników z innej szkoły, miałeś już wcześniej z nimi nieprzyjemne „spotkania", czujesz, że serce zaczyna ci walić, a ręce stają się wilgotne, podejmujesz decyzję i skręcasz w boczną ulicę, przyspieszasz kroku, wtapiasz się w grupę klientów pobliskiej księgarni. W tym przypadku emocja podyktowała zmianę planów, nie zamierzałeś udać się do księgarni, ale zdarzenie i towarzyszące mu emocje nadały priorytet właśnie temu działaniu.

Wybrane „definicje" emocji:

- subiektywnie doświadczane stany, odzwierciedlające stosunek do naszych potrzeb i do otaczającej rzeczywistości
- „struktury sterujące naszym życiem, zwłaszcza naszymi stosunkami z innymi ludźmi" (Oatley, Jenkins, 2003, s. 124)
- „odrębny typ stanu umysłowego, któremu niekiedy towarzyszą lub następują po nim zmiany somatyczne, akty ekspresji i działania" (Oatley, Jenkins, 2003, s. 95)

Emocje powstają jako wrażenia w naszym ciele. Według prekursora badań nad emocjami W. Jamesa (2002) oraz wielu jego następców, „czucie emocji" nie jest tylko metaforą, ale faktem, którego każdy z nas doświadcza na co dzień. Emocje służą

człowiekowi do przystosowania się do otaczającego go świata, wpływają na kierunek jego aktywności oraz na procesy poznawania i uczenia się. Procesy emocjonalne, szczególnie we wczesnych fazach rozwoju dziecka oraz w okresie dorastania, charakteryzują się dużą zmiennością, określaną jako **labilność emocjonalna**. Pobudzenie emocjonalne może przechodzić od całkowitej pasywności lub braku emocji[1], określanej jako **apatia**, do maksymalnego poziomu pobudzenia, nazywanego **afektem**.

Intensywność emocji jest uzależniona od indywidualnych cech jednostki. Taka sama sytuacja lub interpersonalna relacja może u różnych osób wyzwalać mniej lub bardziej intensywną emocję. Radość, w związku z rezygnacją przez nauczyciela z klasówki, u jednych będzie się przejawiać radością w sposób umiarkowany, a u innych – wybuchem euforii. Również ta sama osoba, w zależności od okoliczności, może w różnym natężeniu przeżywać swoje emocje. Intensywność emocji przejawia się:

– **wegetatywnie** – w pracy autonomicznego układu nerwowego, sympatycznego lub parasympatycznego;

– **behawioralnie** – w mięśniach i motoryce, w spontanicznych ruchach, tikach, gestykulacji, drżeniu rąk, śmiechu, płaczu, ekspresji werbalnej;

– **w pracy umysłu** – na poziomie świadomości, ilościowych i jakościowych przejawach pracy umysłu, jego kontroli lub rozproszenia.

Ze względu na **znak i treść emocji** można wyodrębnić dwie główne ich grupy oraz przypisać każdej z nich ważne do spełnienia zadanie:

– **pozytywne emocje** (satysfakcja, radość) – zadaniem ich jest zachęcanie do kontynuowania określonej aktywności. Przykład: ogólna atmosfera w klasie, a konkretnie relacje między uczniami i nauczycielem, wzbudzają wśród uczniów pozytywne emocje, toteż nawet po dzwonku, chętnie w niej pozostają dłużej, chcąc przedłużyć dobre emocje;

– **negatywne emocje** (frustracja, smutek) – zadaniem ich jest dążenie do zakończenia danej aktywności bądź przerwania kontaktu z osobami odpowiedzialnymi za te emocje. Przykład: konflikty klasowe powodują, że ogólna atmosfera jest zła i wzbudza w uczniach negatywne emocje, dlatego też dążą do jak najszybszego przerwania przyczyny i opuszczenia klasy.

Emocje służą subiektywnemu poznawaniu świata i można wskazać trzy podstawowe **funkcje emocji**:

– **informacyjna**, dająca informacje o swoim samopoczuciu, samopoczuciu i nastawieniu innych osób i otaczającej rzeczywistości; emocje pozwalają na pełniejsze poznanie samego siebie i innych ludzi;

– **komunikacyjna**, przekazująca nasze nastawienie wobec siebie, wobec innych ludzi oraz umożliwiająca odczytywać nastawienie innych do nas; emocje ułatwiają „dawanie" innym i „branie" od innych;

[1] Odcinanie się od emocji lub też nadmierna ich kontrola jest zjawiskiem negatywnym, opisywanym jako aleksytymia, patrz: T. Maruszewski, E. Ścigała (1998) *Emocje – aleksytymia – poznanie*, Poznań, Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

– **motywacyjna**, wzbudzająca w nas i innych osobach chęć do podejmowania określonych działań; emocje stają się motorem do działania.

Przyczyny i skutki emocji

Emocje mogą być wywołane przez różne czynniki, ale też same emocje uruchamiają różne reakcje. Z jednej strony są przyczyną powstawania emocji, a drugiej są to ich skutki. Można wyróżnić trzy podstawowe **przyczyny emocji**:

1. **Wrodzone** – są związane z zaspokojeniem podstawowych potrzeb, powstałe w wyniku bodźców pochodzących z narządów wewnętrznych informujących o stanie organizmu. Na przykład: źródłem emocji negatywnej może być zmęczenie po nieprzespanej nocy w związku z nauką lub przeciążenie fizyczne, związane z aktywnością sportową;
2. **Wcześniejsze doświadczenia** – związane z określoną emocją doświadczaną wcześniej w podobnej sytuacji. Na przykład: źródłem emocji negatywnej może być sam fakt wystąpienia przed całą szkołą w czasie uroczystości szkolnej, kiedy wcześniej taka próba zakończyła się niepowodzeniem;
3. **Oczekiwania** – związane z próbą osiągnięcia czegoś. Im większa rozbieżność między oczekiwaniami a rzeczywistością, tym silniejsze emocje. Na przykład: źródłem emocji negatywnej w szkole będzie rozbieżność w oczekiwaniu na ciekawie prowadzoną lekcję wychowawczą a jej rzeczywistym przebiegiem. Oczekiwania młodzieży na klasową, otwartą rozmowę z wychowawcą wokół kontrowersyjnego tematu nie zrealizowały się, gdyż zamiast otwartej dyskusji, którą wychowawca obiecał, zaproponował on film edukacyjny z gotową „receptą".

Szkoła jest miejscem wyjątkowym dla kształtowania konstruktywnych wzorców radzenia sobie z emocjami. **Skutki emocji** szczególnie przekładają się na atmosferę miejsca, efektywność wzajemnej współpracy i zrozumienia. Każda szkoła budzi emocje, zarówno negatywne, jak i pozytywne. Ważne jednak, aby proporcje między jednymi i drugimi były z przewagą dla emocji pozytywnych. Doświadczony nauczyciel może stwarzać sytuacje wyzwalające określone emocje. Może umiejętnie wzbudzać emocje strachu i napięcia, szczególnie przed ważnym sprawdzianem i może rozładowywać nadmierne napięcie i złość w sytuacji konfliktu klasowego.

Ważne jest, aby nauczyciel rozmawiał z uczniami o doświadczanych przez nich stanach emocjonalnych oraz aby mówił o swoich emocjach w różnych sytuacjach i wydarzeniach klasowych. Sztuka poznawania emocji oraz nabywania umiejętności ich rozpoznawania polega na rozmawianiu o nich. Jest to sztuka wymagająca ćwiczeń. Łatwiej jest rozmawiać i pracować z emocjami, które były i minęły i które nie dotyczyły zainteresowanych osób bezpośrednio, znacznie trudniej jest pracować z emocjami, które właśnie się pojawiły i dotyczą samych zainteresowanych.

Nauczyciel wzmacniający pozytywne emocje dziecka najprawdopodobniej będzie cieszył się większym uznaniem. Dziecko intuicyjnie będzie dążyć do pozostawania z osobą, która wzbudza pozytywne emocje. Dyskomfort emocjonalny, inspirowany przez nauczyciela, będzie „odpychał" dziecko od niego. W obu sytuacjach, zarówno

pozytywne, jak i negatywne emocje mogą trwać przez pewien okres, nawet gdy uczniowie opuszczą „dobrą" lub „złą" klasę. Znika wprawdzie przyczyna i nie ma bezpośredniego oddziaływania na uczniów, ale emocje mogą pozostawać przez dłuższy czas. Na tym polega uraz psychiczny, nie ma już przyczyny, ale ślad pozostaje.

Uraz psychiczny lub „zespół pourazowych zaburzeń emocjonalnych" (ang. *PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder*) powstaje w wyniku silnych przeżyć emocjonalnych stanowiących zagrożenie

Ślad incydentu nie zawsze jest urazem. Jak wskazują K. Oatley i J.M. Jenkins (2003), używanie jednego terminu „emocje" do wielu różnych stanów może być mylące. W czasie zdarzenia wywołującego krótkotrwałe emocje mówimy o **epizodzie emocjonalnym** przejawiającym się kilkusekundową lub kilkuminutową ekspresją mimiczną lub zmianami fizjologicznymi. Stany, które uświadamiamy sobie i opisujemy, można nazwać **emocjami relacjonowanymi** i trwają one od kilku sekund do paru godzin. W sytuacji długotrwałego oddziaływania emocji mówimy o utrzymujących się **nastrojach**, czyli stosunkowo rozległym i trwałym stanie emocjonalnym, utrzymującym się od kilku godzin do kilku tygodni. Przy zbyt długo, nawet kilka lat, utrzymujących się negatywnych emocjach można mówić o **zaburzeniach emocjonalnych**, a przy ich ukrywaniu czy celowym stłumieniu, może nastąpić nagłe ich uwolnienie lub **odreagowanie**. Bywa tak, że młody człowiek doznał emocjonalnego zranienia czy upokorzenia i jest ono na tyle silne, że pozostaje do końca jako cecha jego osobowości. Jeśli nie ma sprzyjających okoliczności dla „wyrzucenia emocji z siebie", uczucie to pozostaje i boli. „Na szczęście zdolność do odreagowania można odzyskać. Wystarczy dać mu szansę, czyli zapewnić sobie dobrego słuchacza i bezpieczne warunki (żeby nikt nie podglądał, nie przerywał itp.), a odreagowanie przyjdzie samo, jeśli zdecydujesz się poruszyć jakiś bolesny temat z przeszłości" (Dodziuk, 1993, s. 135).

5.7. Radzenie sobie z negatywnymi emocjami

Wśród znawców natury emocji toczy się dyskusja między zwolennikami składnikowego ujęcia emocji a zwolennikami emocji podstawowych. Jedni uważają, że emocje są zbudowane ze składników, które same emocjami nie są, drudzy są zdania, że każdy z nas ma biologicznie zaprogramowane emocje podstawowe. W klasyfikacji emocji podstawowych wskazuje się najczęściej na cztery ich pary: smutek–radość (szczęście), odrazę–akceptację, strach–złość, zdziwienie–oczekiwanie. Kombinacje emocji podstawowych tworzą emocje wtórne. Pięć głównych emocji: **lęk, złość, odrazę, smutek, szczęście** określa się jako **uniwersalne** (Damasio, 2005). Każda z tych emocji spełnia ważną rolę:

– lęk jest swoistym sygnałem do walki lub ucieczki, dwóch podstawowych strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych;

– złość jest stanem niezadowolenia, niezgodą, często przechodzi w agresję i jest wyrazem frustracji;

– odraza jest rodzajem awersji i niechęci wobec siebie czy określonego zjawiska;

– smutek pojawia się w sytuacji niepowodzenia i jest jednym z głównych objawów obniżenia nastroju lub depresji; główną rolą smutku jest „pomaganie" w pogodzeniu się ze stratą;

– szczęście daje poczucie spełnienia i satysfakcji, powoduje wzrost chęci do życia, przypływ energii oraz wyciszenie tych ośrodków, które są odpowiedzialne za trapiące myśli.

Lęk jest jedną z najdotkliwszych emocji. Cztery podstawowe grupy lęków (1978) wyróżnia A. Kępiński: lęk biologiczny, społeczny, moralny, dezintegracyjny. Dla młodzieży szkolnej typowe są lęki społeczne i moralne, które wynikają z obawy przed kompromitacją i niepowodzeniem (Jaczewski, Korczak, Popielarska, 1985). W okresie dojrzewania charakterystyczna jest obawa przed negatywną oceną społeczną, ośmieszeniem bądź odrzuceniem. Subiektywne zagrożenie, to najczęściej wskazywany przez badaczy powód lęku. W zwięzły sposób zależność tę ujmuje C. D. Spielberger (1972):

STRES → SUBIEKTYWNE ZAGROŻENIE → LĘK (STAN)

W szkole najczęstszymi przyczynami lęku szkolnego jest własna osoba młodego człowieka i niepowodzenia interpersonalne. Istnieją zatem dwa rodzaje sytuacji stresowej wywołującej:

- **lęki wokół własnej osoby** – np. przed negatywną oceną, osamotnieniem, odrzuceniem, przed wypadkiem, zachorowaniem, przed utratą bliskich;
- **lęki w związku z relacjami interpersonalnymi** – np. przed przebywaniem w większym gronie osób lub w określonych sytuacjach, przy nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami czy nauczycielami.

Trema jest specyficzną reakcją stresową i przejawia się lękiem, który ogarnia nas na samą myśl o możliwości niepowodzenia. Aby zaistniała trema, niezbędny jest czynnik oceniający: komisja, egzaminator, sędzia, publiczność lub nauczyciel

Złość, obok lęku, jest naturalną reakcją obronną w chwili pojawienia się zagrożenia. Można mówić o dwóch fazach wzrastania złości:

- **kontrolowane emocje złości** – zdawanie sobie sprawy z cierpienia oraz dyskomfortu, przy równoczesnym dzieleniu się odczuciami z bliskimi sobie osobami; tę fazę można nazwać **odczuwaniem złości**;
- **niekontrolowane emocje złości** – wprowadzenie negatywnych emocji w działanie, mające na celu poprawę samopoczucia, mogą się przekształcić w gniewne zachowania, które stają się zachowaniami agresywnymi; tę fazę można nazwać **czynieniem użytku ze złości**.

Emocje związane z lękiem i złością często przeradzają się w **agresję** (patrz także rozdz. 7). Te trzy emocje – lęk, złość i agresja są ze sobą związane (Ranschburg,

1993). Agresja może być skierowana w stosunku do innych, ale również na samego siebie. Dziecko lub nastolatek nie musi przejawiać agresji bezpośrednio, ale często staje się agresywny pośrednio, np. przez wycofanie. Pozostając na uboczu życia szkolnego czy klasowego, coraz bardziej deprecjonuje swoją wartość – wmawia sobie, że nie warto się angażować, nic nie jest wart, nikt go nie lubi.

Agresją nazywamy wszelkie działanie fizyczne lub słowne, którego celem jest wyrządzenie krzywdy fizycznej lub psychicznej – rzeczywistej lub symbolicznej – jakiejś osobie lub czemuś, co ją zastępuje. Jest zazwyczaj reakcją na frustrację, jest też przejawem wrogości (Szewczuk, 1985, s. 11)

Jak podaje J. Ranschburg (1993), są dwie formy agresji: instrumentalna i afektywna:

- **agresja instrumentalna**, to agresja wyrachowana i podejmowana z premedytacją, obliczona jest na końcowy efekt i stosowana jako narzędzie do wywierania wpływu na innych;
- **agresja afektywna**, to agresja spontaniczna, jest konsekwencją przeżywanych negatywnych emocji, wywoływana jest przez pobudkę wewnętrzną i zazwyczaj nie jest związana z bezpośrednimi korzyściami.

Dzieci i młodzież w szkole powinny być uczone rozróżniania sytuacji, kiedy złość jest uzasadniona, a nawet wskazana, od sytuacji, kiedy zamienia się agresję. Jednym z ważnych zadań rodziców i szkoły jest uczenie kontrolowanej złości, tak aby dzieci mogły używać jej w konstruktywny sposób. Jedną ze strategii radzenia sobie ze złością jest uczenie i poznawanie sposobów „kontaktu ze swoimi emocjami".

Inteligencja emocjonalna

W pracy z emocjami ważne jest odniesienie się do sfery racjonalnej. Tradycyjne podejście było ukierunkowane na uwalnianie się od emocji, tak aby górą był rozsądek. Współcześnie preferowane jest podejście kompromisowe, gdzie ważne jest wypośrodkowanie dwóch podejść, zdroworozsądkowego i emocjonalnego (Lamczak, 2001). „Najważniejsze, to znalezienie harmonii pomiędzy tym, co podpowiada rozum a tym, co serce. Byśmy mogli zrealizować to w naszym życiu, musimy najpierw dokładniej zrozumieć, co to znaczy – korzystać inteligentnie z emocji" (Goleman 1997, s. 61).

Na podstawie badań D. Goleman (1997) stwierdził, że w naszym życiu osobistym i zawodowym dużą rolę odgrywa inteligencja emocjonalna, która ma wpływ na to, jak wykorzystujemy swoją wiedzę i umiejętności. W związku z tym, w pracy z dziećmi i młodzieżą powinniśmy „poświęcać mniej czasu na klasyfikowanie uczniów według uzyskiwanych przez nich ocen, a więcej na odkrywanie ich naturalnych predyspozycji czy uzdolnień i rozwijanie ich" (s. 72).

Na inteligencję emocjonalną, według D. Golemana (1997), składa się pięć kompetencji emocjonalnych i społecznych:

Inteligencja emocjonalna – to zdolności panowania nad swymi emocjami, to metazdolność, od której zależy sposób wykorzystania przez nas pozostałych zdolności, włącznie z samym intelektem (Goleman, 1997, s. 69–70)

- **samoświadomość** – zdawanie sobie sprawy z doświadczanych aktualnie doświadczeń, doznań, odczuć czy myśli;
- **samoregulacja** – uniezależnienie się od wewnętrznych tendencji czy automatyzmów oraz panowanie nad swoimi stanami wewnętrznymi i impulsami;
- **motywacja** – dążenie do osiągnięć, stan gotowości do określonego działania pełen zaangażowania i inicjatywy;
- **empatia** – dzielenie z drugim człowiekiem jego emocji, potrzeb czy niepokojów poprzez ich rozpoznawanie, wczuwanie się czy rozumienie;
- **umiejętności społeczne** – współdziałanie z innymi osobami na rzecz wspólnego dobra oraz tworzenie więzi.

5.8. Stres

Stres jest konieczny i niezbędny do życia. Pokonywanie przeszkód jest czymś naturalnym i akceptowalnym przez każdego z nas. W takich przypadkach stres spełnia funkcję mobilizującą, większe wymagania w nowej czy nieoczekiwanej sytuacji powodują, iż wydatkujemy więcej sił i energii. Pozwala to nam pokonywać przeszkody i daje poczucie satysfakcji. Taki rodzaj stresu nazywa się **eustresem**, czyli stresem pozytywnym. Jeśli natomiast zostanie przekroczona granica eustresu, to pojawia się **dystres**, czyli stres negatywny.

Stres psychologiczny jest definiowany jako zwiększenie wysiłku adaptacyjnego w związku z zaburzeniem równowagi pomiędzy jednostką a środowiskiem. Przed zaburzeniem równowagi chroni nas mechanizm antystresowy, który przejawia się w formie podjęcia „walki" lub zainicjowania „ucieczki", a na który, w sposób dosłowny, nie często możemy sobie pozwolić (Selye, 1960, 1977; Benson, 1984).

Stres to „stan wzmożonego napięcia nerwowego, będący reakcją na działanie negatywnych bodźców fizycznych i psychicznych, mogący wywołać ogólną mobilizację sił organizmu lub – przy dłuższym trwaniu – doprowadzić do zaburzeń czynnościowych, a nawet chorób (*Słownik...*, 2004, s. 1044)

W potocznym rozumieniu przez termin **stres** rzadko rozumiemy coś pozytywnego, zazwyczaj oznacza zdecydowanie nieprzyjemny stan psychofizyczny i najczęściej jest identyfikowany z trudną sytuacją, nadmiernym wyzwaniem, wzmożonym wysiłkiem, przemęczeniem, a czasami z cierpieniem, bólem, a nawet poczuciem beznadziejności (Pelletier, 1981). Stres zdefiniował J.E. McGrath jako „poważne zakłócenie równowagi pomiędzy wymogami środowiskowymi a zdolnością organizmu do reakcji" (za: Hobfoll

2006, s. 24). Stres rozumiemy również jako proces regulacyjny organizmu mobilizującego się do zwiększonej aktywności. W skrócie stres można rozumieć jako reakcję organizmu na bodziec, a to, co wywołuje tę reakcję, nazywamy **stresorem**. W zależności od kryterium (intensywność, czas i umiejscowienie) stresory można podzielić na:

- **Intensywność**:
  - stresor bardzo intensywny – wywołujący reakcję paraliżu funkcji psychicznych, stan całkowitej dezorganizacji procesów myślowych lub fizycznego bezruchu i osłupienia;
  - **stresor średnio intensywny** – wywołujący taką reakcję organizmu, która umożliwia raczej efektywne radzenie sobie;
  - **stresor mało intensywny** – wywołujący adekwatną reakcję organizmu, stan całkowitej kontroli nad sytuacją;
- **Czas**:
  - **stresor długotrwały** – oddziałujący przez dłuższy czas, np. związany z mieszkaniem przy ruchliwej ulicy lub złą atmosferą w szkole;
  - **stresor krótkotrwały** – sytuacyjny, epizodyczny, związany z jakimś jednorazowym wydarzeniem, nagły stresor, przestrach, wydarzenie, które szybko się wyjaśnia;
- **Umiejscowienie**:
  - **stresor wewnętrzny** – wynika z postawy czy podejścia do czegoś, najczęściej wynikający z obawy o przyszłość lub wspomnień z przeszłości; pojawia się w umyśle;
  - **stresor zewnętrzny** – pojawia się z otoczenia, różnych życiowych przeszkód i barier, a szczególnie z relacji interpersonalnych czy przekazywanych poprzez mass-media.

Sytuacje trudne i stresory

Pięć typów sytuacji trudnych wyróżnił T. Tomaszewski (1975):

1. **Sytuacje deprywacji** – związane z niemożnością zaspokojenia istotnych potrzeb lub pozbawieniem podstawowych elementów, niezbędnych do normalnego funkcjonowania; do deprywacji prowadzi, zarówno pozbawienie pokarmu lub snu, jak i podstawowych potrzeb psychicznych, np. przynależności czy akceptacji;
2. **Sytuacje przeciążenia** – związane z przekroczeniem swoich możliwości fizycznych czy psychicznych; w rezultacie permanentne zmęczenie prowadzi do zniechęcenia i ogólnego wyczerpania organizmu;
3. **Sytuacje utrudnienia** – związane z niemożliwością wykonania zadania w związku z przeszkodami czy utrudnieniami natury fizycznej, organizacyjnej, społecznej lub psychicznej;
4. **Sytuacje zagrożenia** – związane z lękiem przed utratą ważnych dla jednostki wartości o charakterze materialnym (wartościowego przedmiotu), społecznym (poczucia godności) lub psychicznym (samokontroli);
5. **Sytuacje konfliktowe** – związane z występowaniem konfliktu, kiedy wybór jednego celu działania uniemożliwia realizację innego.

W przedstawionej koncepcji transakcyjnej R. Lazarus (1986) uważa, że stres to nie tyle brak równowagi między warunkami zadania a możliwościami jednostki, ile sposób, w jaki ona ocenia i rozumie swoje relacje z otoczeniem. Wyróżnił on **trzy grupy stresorów**:

1. **Strata lub krzywda** – może to być utrata dobra materialnego, uznania społecznego lub utrata poczucia szacunku do siebie, utrata honoru, „twarzy" itp.; w odniesieniu do krzywdy również można mówić w kategoriach fizycznych, np. doznanie urazu fizycznego (bójka, wypadek), oraz w kategoriach psychicznych (zdrada, oszustwo);
2. **Zagrożenie** – może dotyczyć takich samych szkód czy urazów jak w grupie poprzedniej, lecz z tą różnicą, że jeszcze nie wystąpiły, ale jest duże prawdopodobieństwo ich wystąpienia, następuje ich antycypacja. Przykład: uczeń regularnie opuszcza lekcje i wielu z nich ma nieusprawiedliwionych, toteż w końcowej fazie roku szkolnego może narastać u niego obawa o ocenę ze sprawowania;
3. **Wyzwanie** – może dotyczyć oceny własnych możliwości w sprostaniu zadaniu i tym samym opanowania sytuacji stresowej. Przykład: uczeń podjął się wykonania zadania i określił termin wykonania, ale w chwili rozpoczęcia pojawił się niepokój o możliwość podołania pracy, którą ma wykonać.

Objawy stresu u dzieci i młodzieży

Dzieci powinny być konfrontowane z sytuacjami trudnymi, ale jest ich „zbyt wiele i zbyt wcześnie", jak napisał A. Hart (1995). Coraz większe wyzwania, bardziej wymagający program, więcej zajęć, rozmaitość nowych umiejętności, nadmiar możliwości i trudności z wyborem to niektóre cechy dzieciństwa na początku XXI w. Szkoła i nawet dom rodzinny często poddają się tej presji lub dodatkowo podnoszą „poprzeczkę" wymagań dla dzieci. Zdaniem wielu współczesnych pedagogów szkoła jest jedną z głównych przyczyn nadmiernego stresu u dzieci. Z badań wynika, że młodzi ludzie podejmując zachowania dysfunkcjonalne najczęściej czynią to pod wpływem trzech czynników: stres, brak umiejętności życiowych oraz negatywna presja rówieśnicza (Gaś 1998, s. 107). Wpływa to również na pracę nauczycieli, którzy czują się często niepewni i bezradni. Koło się zamyka.

Autorzy R. Cattell, R.R. Shrader, K. Barton (1974) wymieniają ponad dwadzieścia cech nadmiernego stresu występujących wśród dzieci. Do najczęstszych zaliczają: niepokój, nerwowość, napięcie, lęk, osamotnienie, przygnębienie, płaczliwość, zmartwienie, zagubienie, niezdarność, niepewność, skrępowanie, pesymizm, niemożność skupienia, zmienność nastroju, podatność na zmęczenie.

„Nie bądź zdumiony, że dziecko mówi od czasu do czasu, że chciałoby umrzeć" – napisał A. Hart (1995, s. 59). Takie słowa nie muszą koniecznie zapowiadać tragicznych wydarzeń, lecz są prawdopodobnie wołaniem dziecka o pomoc, wołaniem dziecka, które znajduje się pod wpływem nadmiernego stresu. Autor ten (s. 59–60) stworzył listę stresowych oznak nasilających się problemów, związanych z własną wartością. Dziecko:

- wydaje się nieszczęśliwe, nie uśmiecha się, nie okazuje radości;

– łatwo wpada w przygnębienie, odpycha innych od siebie, odmawia pocieszenia;
– często porównuje się z innymi, zawsze postrzegając ich jako bardziej wartościowych;
– dużo narzeka krytykując innych członków rodziny;
– dokucza innym, aby poprawić swój obraz siebie;
– boi się nowych wyzwań, nie chce się uczyć nowych umiejętności.

Pod wpływem stresu pojawiają się najczęściej zachowania nieracjonalne i impulsywne. Dezorganizacja zachowania przejawia się w różny sposób. Można wymienić kilka charakterystycznych form:

– **wstrzymanie działania** – na zadane pytanie uczeń nie jest w stanie odpowiedzieć, czuje, że nic nie wie, nic nie umie, nic nie pamięta; pojawia się pustka myślowa;
– **agresja** – na uwagę nauczyciela pojawia się gniew, agresja lub atak, przejawiający się werbalnie lub fizycznie; może też wystąpić agresja, którą uczeń kieruje przeciw samemu sobie (autoagresja);
– **regresja** – uczeń nie jest w stanie wykonać zadania i ucieka się do prymitywnej techniki rozwiązywania problemu, typowej dla wcześniejszych stadiów rozwoju człowieka, np. płacz, który miałby wzbudzić u nauczyciela litość;
– **fiksacja** – uczeń nie może opanować materiału wymagającego zrozumienia, ale konsekwentnie i z uporem powtarza podczas nauki te same błędy, np. próbując opanować materiał pamięciowo.

5.9. Strategie przeciwstresowe i mechanizmy obronne

Nawiązując do procesu transakcji i dwóch stron tej transakcji, w radzeniu sobie ze stresem można wymieć **dwie podstawowe strategie**:

1. **Strategie skoncentrowane na problemie** są ukierunkowane na opanowanie stresora. Przykład: w sytuacji egzaminu uczeń w celu uniknięcia negatywnych skutków stresu bardzo rzetelnie przygotowuje się do niego;
2. **Strategie skoncentrowane na emocjach** są ukierunkowane na opanowanie reakcji emocjonalnej, związanej z pojawieniem się stresora. Przykład: w sytuacji egzaminu zastosowanie techniki medytacyjnej lub relaksacyjnej w celu zmniejszenia lub wyłączenia negatywnych emocji.

Proces poznawczej oceny transakcji między podmiotem a otoczeniem według R. Lazarusa (1986) odbywa się na **dwóch poziomach**:

1. **Pierwotna ocena zagrożenia** – na tym poziomie następuje rozpoznanie znaczenia sytuacji dla podmiotu, czy jest zagrożenie, czy go nie ma;
2. **Wtórna ocena zagrożenia** – na tym poziomie następuje ocena stopnia zagrożenia, własnych możliwości oraz wybór sposobu radzenia sobie z zagrożeniem.

Najczęstszymi **sposobami radzenia sobie ze stresem** są:

- **poszukiwanie informacji** – dokonywanie przeglądu sytuacji, aby przewartościować zagrożenia i szkody oraz podjąć decyzję zaradczą;

- **bezpośrednie działania** – podjęcie czynności, które służą uporaniu się ze stresem;
- **powstrzymanie się od działania** – zaniechanie jakichkolwiek działań;
- **zastosowanie metod zaradczych** – podjęcie działań o charakterze uśmierzającym lub łagodzącym dyskomfort psychiczny.

W sytuacji szkolnej skutecznym sposobem radzenia sobie ze stresem będzie poszukiwanie informacji oraz zastosowanie metod zaradczych. Podstawowym etapem zapoznawania się ze sposobami pracy ze stresem jest umiejętne dokonanie przeglądu sytuacji, np. umiejętności rozróżnienia rodzaju stresora. Stres jest rozumiany jako obiektywne właściwości sytuacji będące zagrożeniem, które subiektywne są spostrzegane jako zagrażające. Zdaniem wielu praktyków (Spielberger, 1972; Lazarus, 1986) jest wiele takich sytuacji, które przez jedne osoby będą spostrzegane jako zagrażające, a przez inne – jako niezagrażające. O poczuciu zagrożenia lub jego braku decyduje przede wszystkim doświadczenie indywidualne. To jednostka ocenia, czy transakcja jest obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i tym samym zagrażająca jej dobrostanowi.

Stres wywołuje swoiste reakcje zwane **mechanizmami obronnymi**. Są to odruchowo stosowane sposoby zmniejszania konsekwencji reakcji stresowej, a w szczególności obciążenia emocjonalnego. Na ryc. 5.3 przedstawiono powiązania między poszczególnymi emocjami i mechanizmami obronnymi.

Mechanizmy obronne – to nieuświadomione, niezbędne zachowania każdego człowieka, które pełnią rolę przystosowawczą w sytuacji trudnej



Ryc. 5.3. Mapa udziału emocji w mechanizmach obronnych (oprac. własne na podstawie: A. Bogdanko, 1999, s. 179)

Do stosowanych najczęściej mechanizmów obronnych należą:

– **odreagowanie** – polega m.in. na „wygadaniu się" i tym samym pozbyciu się negatywnych emocji, np. kiedy dziecko ma możliwość opowiedzenia o spotkanej go krzywdzie zaufanej osobie;

– **ucieczka (zagłuszanie)** – polega na „zapomnieniu" o kłopocie, np. kiedy dorastający nie ma z kim podzielić się problemem, często ucieka się do alkoholu czy narkotyku.

Do innych mechanizmów obronnych powszechnie stosowanych przez dzieci i młodzież należą takie, które stanowią rolę substytutu w zaspakajaniu potrzeb, w tym m.in:

– **fantazjowanie** – dzieci, które doświadczają samotności i izolacji, gdyż nie mają przyjaciół, często fantazjują na temat wspólnych zabaw lub prowadzą długie rozmowy z fikcyjnymi rówieśnikami;

– **identyfikacja** – dziecko, które doświadcza odrzucenia w grupie rówieśniczej, w celu uzyskania lepszej pozycji, identyfikuje się z kimś mu bliskim, kto rekompensuje brakujące mu cechy, np. starszy brat, który jest silny.

Osobną grupę mechanizmów obronnych tworzą takie, które są rodzajem manipulacji stosowanej przez każdego z nas w związku z dyskomfortem stresowym. Należą do nich m.in:

– **projekcja** – gdy uczeń nie przygotował się do sprawdzianu, może winić za swe niepowodzenia nauczyciela, którzy „uwziął się", lub obwinia kolegę, brata, siostrę, że nie przypomnieli mu, iż ma się uczyć; uczeń „projektuje", „zrzuca" własne wady na innych;

– **wyparcie** – uczeń miał przygotować wraz z innymi wspólny projekt, ale nic nie zrobił; tuż przed prezentacją zaprzeczył, aby kiedykolwiek ktoś mu o tym powiedział, nic nie wie, zaprzecza nawet, gdy koledzy mu o tym przypominają;

– **kompensacja** – uczeń nie ma sukcesów w nauce, ale za wszelką cenę chce „być zauważonym", np. próbuje zwrócić na siebie uwagę wulgarnym językiem lub wybrykami, mającymi wzbudzić podziw innych; warto podkreślić, że u dorastających, którzy stosują ten mechanizm, kara czy napiętnowanie niczego nie zmienia, a wręcz odwrotnie, bywa wzmocnieniem dla agresywnych czy destrukcyjnych zachowań.

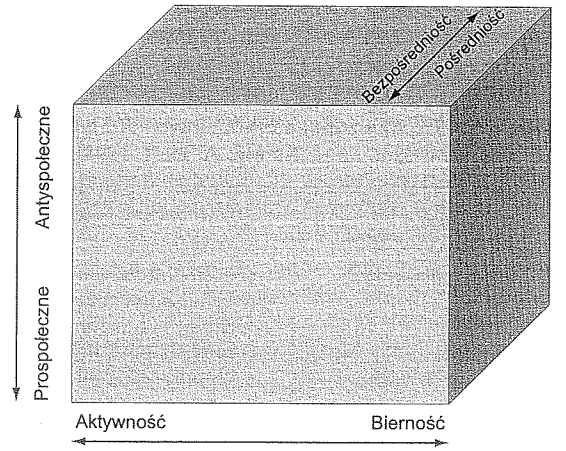
Mechanizmów obronnych w sytuacji dyskomfortu jest znacznie więcej. Wszystkich nie sposób wymienić ani opisać, dlatego też proponowane są kompleksowe modele radzenia sobie ze stresem. **Wieloosiowy model radzenia sobie** (ryc. 5.4) proponuje S. Hobfoll (2006). Model ten składa się z trzech osi: aktywność–bierność, oś prospołeczne–antyspołeczne oraz oś bezpośredniość–pośredniość[2].

W odniesieniu do sytuacji codziennych uczeń może przeanalizować swoje reakcje na sytuacje stresowe według trzech kryteriów, zaproponowanych przez S. Hobfolla:

Przykład pierwszy:

Stresor: uczeń został uderzony przez kolegę.
Strategia radzenia sobie: uczeń wdaje się w bójkę, aby zrewanżować się w taki sam sposób.
Odniesienie do modelu Hobfolla: bezpośredni, aktywny, antyspołeczny.

[2] S. Hobfoll (2006, s. 167) używa w opozycji do bezpośredniości terminu „nie wprost".



Ryc. 5.4. Wieloosiowy model radzenia sobie według S. Hobfolla (oprac. własne na podstawie: S. Hobfoll, 2006, s. 167)

Przykład drugi:

Stresor: uczeń nie zdał ważnego egzaminu.
Strategia radzenia sobie: uczeń zapisuje się na dodatkowe zajęcia z przedmiotu, którego nie zdał.
Odniesienie do modelu Hobfolla: pośredni, aktywny, prospołeczny.

Przykład trzeci:

Stresor: uczeń nie został zakwalifikowany do finału konkursu polonistycznego.
Strategia radzenia sobie: uczeń rezygnuje z dalszych starań.
Odniesienie do modelu Hobfolla: bezpośredni, bierny.

Cechy osobowości a stres

Pewne cechy osobowości szczególnie sprzyjają stresowi. Niektóre z nich to: niecierpliwość, ciągłe poczucie pośpiechu i presji czasu, nadmierna ambicja, dążenie do celu za wszelką cenę lub doraźność celów (Everly, Rosenfeld, 1992). Najprawdopodobniej część cech osobowości dziedziczymy po naszych przodkach, ale część wynosimy z naszego dzieciństwa, domu rodzinnego i ze szkoły. Od najwcześniejszych lat, w procesie rozwoju i wychowania uczymy się, jak bronić się przed stresem. Uczymy się określonych sposobów radzenia sobie z nim, a następnie trenujemy je w grupach rówieśniczych. Miejscem szczególnie sprzyjającym temu uczeniu się młodzieży w okresie dorastania powinna być szkoła. Wychowawcy i nauczyciele mogą mieć wpływ na kształtowanie się pożądanych cech osobowości uczniów.

Hipoteza o występowaniu określonych typów osobowości jest szeroko dyskutowana wśród lekarzy i psychologów zdrowia. Opiera się na założeniu, że istnieje

związek między typem osobowości i wieloma chorobami cywilizacyjnymi. Najczęściej wymieniane są dwa typy osobowości, **wzór typu A** i **typu B**. Charakterystyczne cechy osób o typie (wzorzec) tych zachowań podano w tabeli 5.3[3].

Tabela 5.3. Cechy wzoru zachowania typu A i typu B
(oprac. własne na podstawie: A. Hart, 1995)

Wzór zachowania typu A	Wzór zachowania typu B
– wysoki stopień zachowań rywalizacyjnych, – duża podatność na stres, – wysoki poziom ambicji, – poczucie dominacji nad innymi, – chwiejność emocjonalna i rozdrażnienie, – stała presja czasu, – nieumiejętne radzenie sobie nadmiarem zadań, – wysoki stopień wrogości wobec innych osób, – wysoki stopień zagrożenia ze strony otoczenia, – częste okazywanie zachowań agresywnych, – niski poziom ugodowości, – dominacja neurotycznej ekstrawersji.	– niski stopień zachowań rywalizacyjnych, – niska podatność na stres, – adekwatny do możliwości poziom ambicji, – duża cierpliwość, współpraca z innymi, – wyważenie okazywanych emocji, – nie poddawanie się naciskom i presji czasu, – wykonywanie jednej rzeczy w jednym czasie, – częste spóźnianie się, – elastyczność w zachowaniu, – okazywanie spokoju i dystansu, – wysoki poziom ugodowości, – preferencje prac o charakterze spokojnym i indywidualnym

Relacje między typem zachowań (osobowości) a zdrowiem psychicznym i zdrowiem w ogóle są dobrze udokumentowane. W podręcznikach psychologii pozytywnej opisywana jest tzw. **samouzdrawiająca osobowość**. Jednostka o takiej osobowości, w sytuacji stresu lub choroby, zachowuje się „optymalnie", czyli zmierza w kierunku odzyskania równowagi emocjonalnej i jej celem jest uruchomienie u siebie procesów samoleczenia (Friedman, 2003). Wyróżnia się **cztery podstawowe wymiary samouzdrawiającej osobowości**:

- **poczucie spójności** – przekonanie jednostki, że otaczający ją świat jest możliwy do wyjaśnienia, ma znaczenie oraz że można mieć nad nim kontrolę;
- **dystans, równowaga emocjonalna** – optymalny kompromis między możliwościami jednostki a wymogami środowiska zewnętrznego;
- **umiarkowany, realistyczny optymizm** – ogólnie pozytywne nastawienie, z możliwością racjonalnej, krytycznej oceny;
- **zaangażowanie** – dopuszczenie optymalnego i działającego stymulująco poziomu stresu.

Jak podaje H. Friedman (2003) można wyróżnić **dwa typy samouzdrawiających się osobowości**:

[3] Istnieje polska wersja kwestionariusza do badania typów zachowań A i B – Skala TAB, opracowana przez N. Ogińską-Bulik i Juczyńskiego Z., dostępna do wykorzystania nie tylko przez psychologów – patrz: Z. Juczyński (2001) *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Typ I – to osoba bardzo aktywna, zajęta i podejmująca szybkie decyzje, lubi ryzyko, nowe wyzwania, towarzystwo innych ludzi, jest aktorem, jest entuzjastycznie nastawiona do życia, ma szacunek wśród innych, lubi ludzi, utrzymuje szerokie kontakty i wita się z nimi ciepło, w przypływie uczuć, cechuje ją spontaniczność, poczucie humoru, otwartość i ekspresyjność w zachowaniu.

„Im bardziej człowiek dąży do samoaktualizacji, tym bardziej interesują go kwestie piękna, sprawiedliwości i zrozumienia. U takiej osoby rozwija się poczucie humoru, nacechowane raczej filozoficznie niż wrogo. Tacy ludzie uzyskują większą niezależność i poddają się innemu rytmowi. Stają się bardziej wrażliwi na kwestie etyczne i bardziej zależy im na osiągnięciu harmonii międzyludzkiej" (Friedman, 2003, s. 143)

Typ II – to osoba ceniąca spokój i dystans do otaczających spraw, jest aktywna i zaangażowana, ale o filozoficznym spojrzeniu, nastawiona na osiąganie celów, planuje z wyprzedzeniem, chce mieć kontrolę, lubi innych ludzi, ale preferuje kilku lub kilkunastu znajomych, z którymi utrzymuje stałe kontakty i zawsze może liczyć na wsparcie, w zachowaniu cechuje się taktem, wrażliwością oraz wewnętrznym śmiechem.

Reakcja relaksacyjna

Reakcja relaksacyjna to stan, w którym pod wpływem świadomie podjętego treningu relaksacyjnego następują pozytywne zmiany w kierunku integracji, zrównoważenia oraz dobrego samopoczucia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Termin ten został zaproponowany przez H. Bensona (1984) jako najbardziej naturalny stan, w opozycji do reakcji stresowej. Terapeuci i badacze zajmujący się zjawiskiem stresu wskazują na duże wartości stosowania ćwiczeń relaksacyjnych jako rodzaju treningu. Według H. Bensona (1984, s. 19) są cztery warunki, które trzeba spełnić, aby uzyskać stan pełnego zrelaksowania: spokojne, wyizolowane miejsce, wygodna pozycja ciała, skoncentrowanie umysłu; pasywna i obserwująca postawa.

Relaks – (łac. *relaxo, relaxatio*) używany jest do określenia stanów i czynności, w których dominuje odpoczynek, odprężenie oraz zwolnienie psychofizyczne

Głównym celem technik relaksacyjnych jest obniżanie napięcia mięśniowego. Już samo przyjęcie określonej, statycznej pozycji ciała, ułożenie kończyn, zwrócenie uwagi na ułożenie głównych grup mięśniowych wpływa na obniżenie napięcia. Uświadomienie sobie ekspresji ciała i mimiki ma wpływ na redukcję napięcia w mięśniach, a pośrednio na napięcie emocjonalne (Crook, 1988). Relaksacja jest opozycyjną reakcją do reakcji stresowej, toteż jest najprostszym i racjonalnym sposobem przeciwdziałania nadmiernemu napięciu, zarówno na poziomie objawów fizjologicznych, jak i psychicznych. Ważną cechą technik relaksacyjnych jest to, że oprócz

zmniejszenia objawów mobilizacyjnych (wyciszenie nadmiernej aktywności układu nerwowego oraz obniżenie napięcia mięśniowego) następuje proces pogłębienia samoświadomości.

Najistotniejsze w ćwiczeniach relaksacyjnych są ogólnie pozytywne reakcje całego organizmu, ćwiczenia mają korzystne działanie na łagodzenie objawów i skutków stresu, co wpływa na nasz dobrostan. Dobroczynne działania ćwiczeń relaksacyjnych to:

- **Korzyści fizyczne**:
  - zmniejszenie zużycia tlenu około 20%;
  - wzrost częstotliwości i intensywności fal alfa w mózgu;
  - obniżenie poziomu kwasu mlekowego w mięśniach;
  - obniżenie ciśnienia tętniczego krwi i tętna oraz zwolnienie rytmu oddychania;
- **Korzyści psychiczne**:
  - wyciszenie pracy umysłu;
  - całkowite pochłonięcie chwilą;
  - poczucie kontroli nad sobą i sytuacją;
  - niewymuszona cierpliwość i zdeterminowanie w pozostaniu w tym stanie.

W czasie kilkunastominutowego relaksu następuje stopniowa demobilizacja ciała i psychiki. Wyróżnia się trzy podstawowe **etapy uczenia się relaksacji**:

1. **Wyłączanie** – uczenie się przyjmowania biernej postawy oraz stopniowego „wyłączania" różnych obszarów aktywności, mięśniowej, myślowej czy emocjonalnej.
2. **Koncentrowanie** – uczenie się wybiórczego koncentrowania się na reakcjach własnego organizmu, takich jak napięcie mięśniowe, oddech czy myśli.
3. **Sterowanie** – uczenie się umiejętności wpływania na stan organizmu oraz sterowania jego pracą; wiąże się to np. z umiejętnością wywoływania wrażenia ciężaru w obrębie określonej części ciała.

Stosowane są różne techniki relaksacji, ale najczęściej wymieniane są techniki uznane, sprawdzone i wzorowane na: treningu autogennym Schultza, relaksacji progresywnej Jacobsona, medytacji zen, medytacji transcendentalnej i indyjskiej jodze (Kulmatycki, 2000). Systematycznie podejmowane ćwiczenia relaksacyjne mają korzystny wpływ nie tylko na redukcję stresu, ale również na lepsze poznanie siebie. Z czasem tego rodzaju ćwiczenia mogą stanowić ramy dla własnej autopsychoterapii dzieci i młodzieży, w czasie której można np. dotrzeć do zapomnianych lub tłumionych emocji (Szyszko-Bohusz, 1979; Siek, 1985). Ćwiczenia relaksacyjne i medytacyjne można wykorzystać do wzmacniania wielu cech osobowych, takich jak: odporność psychiczna, optymistyczne nastawienia do życia, życzliwość czy wytrwałość (Mika, 1992; Teml, 1997).

5.10. Propozycje zajęć

Podane propozycje zajęć mogą stanowić materiał inspirujący do własnych modyfikacji i opracowań.

Temat zajęć: **„Złość i przebaczenie"**

Cele:
- kształtowanie umiejętności w rozpoznawaniu u siebie emocji;
- zapoznanie się z etapami i sposobami pracy ze złością i przebaczaniem.

Uczestnicy: młodzież w wieku 14–19 lat.

Przebieg zajęć:

Ćwiczenie pierwsze: *„Radzenie sobie ze złością"*

- Przedstaw cel ćwiczenia i poproś uczestników o zastanowienie się na rolą złości: Po co się pojawia? Jaką spełnia funkcję? Jakie są jej przyczyny?
- Zaprezentuj na folii dwie główne grupy przyczyn złości:
  - zranienie bezpośrednie (np. ubliżenie werbalne, ukaranie fizyczne, pozbawienie);
  - zranienie pośrednie (np. niedocenienie, groźby).
- Poproś uczestników o indywidualne opisanie na kartce werbalnych i niewerbalnych objawów złości, z jakimi się stykają, zrób to również, a następnie podziel się z uczniami swoimi objawami i zaproś ich do przedstawienia swoich.
- Zaproponuj rozpisanie sposobów przeciwdziałania złości w początkowej fazie. Zaprezentuj na folii strategie powstrzymywania się złości:
  - strategia głośnego opisania złości (np. podzielenia się z inną osobą tym, co się czuje w danym momencie);
  - strategia odwleczenia zaostrzonej reakcji złości (np. liczenie pogłębionych spowolnionych oddechów).
- Zaproś do zapoznania się z konstruktywnymi sposobami przeciwdziałania złości w początkowej fazie. Zaprezentuj na folii konstruktywne sposoby radzenia sobie ze złością:
  - praca grupowa z negatywnymi emocjami;
  - sztuka przebaczania;
  - praca indywidualna w kierunku większej kontroli i panowania nad emocjami negatywnymi.

Ćwiczenie drugie: *„Fazy przebaczania"*

- Poproś uczestników, aby w ciszy próbowali sobie przypomnieć krzywdy i urazy, które nie zostały nigdy przebaczone. Uzasadnij znaczenie przebaczenia dla pracy z negatywnymi emocjami: Przebaczanie jest aktem woli, polegającym na zrezygnowaniu z uzasadnionego prawa do rewanżu, odpłaty, zemsty za poniesione krzywdy czy zranienia. Akt przebaczenia nie jest łatwy, czasami wymaga podjęcia wielkiego trudu przełamania się i pomocy innej osoby. Często jest jedyną drogą do pozbycia się zalegających w nas negatywnych emocji.
- Poproś o dobranie się w parach i opowiedzenie sobie wzajemnie o takich sytuacjach oraz o zastanowienie się nad krokami, jakie musieliby podjąć, gdyby zdecydowali się przebaczyć konkretnej osobie. Poproś o zapisanie tych kroków i zaprezentuj na folii fazy pracy nad przebaczeniem. Etapy przebaczania:
  - podjęcie decyzji i przygotowanie;
  - konfrontacja z krzywdzicielem;
  - przebaczenie i pojednanie.

• Zachęć uczestników, aby napisali krótkie wypowiedzi związane z poszczególnymi fazami pracy nad przebaczeniem. Zaprezentuj na folii przykłady wypowiedzi i formuł przy pracy nad przebaczeniem. Przydatną formułą, głośno wypowiadaną w zależności od fazy pracy nad przebaczeniem, może być następująca:
  - Faza podjęcia decyzji i przygotowanie: „Pojąłem decyzję przebaczenia (tu imię osoby, której chcę przebaczyć) za krzywdę, gdyż jest to właściwa droga do pozbycia się negatywnych emocji".
  - Faza konfrontacji z krzywdzicielem: „Ja ..... przebaczam tobie ..... za doznaną od ciebie krzywdę i od tej pory nie chcę doświadczać wobec ciebie negatywnych emocji w związku z krzywdą".
  - Faza przebaczenia i pojednania: „Wybaczyłem ci i wyciągam do ciebie rękę, proponuję, abyśmy ponownie byli kolegami (przyjaciółmi)".

Temat zajęć: „**Emocje – jakie i gdzie**?"

Cele:
- zapoznanie się ze sposobami radzenia sobie z negatywnymi emocjami;
- poznanie sposobów nawiązywania kontaktu ze swoimi emocjami.

Uczestnicy: młodzież w wieku 14–19 lat.

Przebieg zajęć:

Ćwiczenie pierwsze: *„Zdrowe i niezdrowe sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami"*

• Poproś uczestników o wymienienie (nazwanie) negatywnych emocji, a następnie zaproponuj stworzenie, w 3–4-osobowych zespołach, list przykładów „zdrowych" i „niezdrowych" sposobów radzenia sobie w negatywnymi emocjami oraz zapisanie ich na foliach lub kartkach. Wcześniej podaj przykłady takich sposobów.
  - Przykłady „zdrowych" sposobów: rozmowa o emocjach i dyskomforcie; podjęcie aktywności w celu zmiany lub poprawy negatywnych emocji; racjonalizacja sytuacji i autoanaliza powodów pojawienia się gniewu; przemieszczenie na inną społecznie akceptowalną sferę, np. sportową;
  - Przykłady „niezdrowych" sposobów: tłumienie za wszelką cenę; bezczynność i pasywność; szukanie winnego „kozła ofiarnego"; ucieczka w hałaśliwe lub absorbujące zajęcia.

• Poproś każdy zespół o prezentację swoich sposobów, stwórzcie wspólną listę pozytywnych („zdrowych") i negatywnych („niezdrowych") sposobów radzenia sobie z emocjami. Podsumuj prace uczestników.

Ćwiczenie drugie: *„Mapa emocji"*

• Poproś uczestników o przyjęcie wygodnej, siedzącej pozycji i podjęcie ćwiczenia umożliwiającego odczucie swojego ciała, oddechu i emocji.

• Przeprowadź następujące ćwiczenie (możesz skorzystać z dłuższej formy relaksacji – arkusz nr 1 „Spotkanie ze stresem" – instrukcja):
  - Usiądź wygodnie, zamknij oczy, zrelaksuj się i odczuj swoje ciało. Zauważ, jak wygodnie jest ci na krześle, odczuj swoje stopy na podłodze, a ręce na pulpicie lub oparciu krzesła, zauważ swój oddech, jego rytm, głębokość. Odczuj swoje

główne mięśnie, szczególnie w okolicy pleców, karku, brzucha i czoła, odczuj czy ciało jest ciepłe, czy chłodne.
  - Po takiej przygotowawczej chwili otwórz oczy i pozostań w bezruchu. Najpierw wolno rozglądaj się uważnie, wolno skręcaj głowę w prawo, w lewo, unoś do góry, patrz w dół, co widzisz? Następnie wsłuchuj się w odgłosy i dochodzące dźwięki, co słyszysz? Kolejno odczuj zapachy, co czujesz węchem? Ucisk, dotyk, ruch powietrza na twarzy, bądź świadomy tych oczywistych, codziennych doznań.

Arkusz nr 1
SPOTKANIE ZE STRESEM

Instrukcja do zajęć relaksacyjnych

Po przyjęciu odpowiedniej pozycji relaksacyjnej prowadzący podaje następujące instrukcje relaksacyjne:
- Zamknij oczy, zwróć uwagę na spokojny i naturalny oddech.
- Zauważ, co dzieje się z tobą w tej chwili, lub staraj się sobie przypomnieć sytuację, kiedy jesteś zdenerwowany, co się dzieje z tobą, gdy jesteś zdenerwowany?, czy odczuwasz napięcie?... jeśli tak, to w której części ciała?... czy w obrębie głowy?... jeśli tak, to gdzie?... czoło?... oczy?... usta?... szczęki?... czy też tył głowy lub blisko skroni?... czy może napięcie umiejscawia się gdzieś w szyi?... albo w ramionach, rękach lub dłoniach?... może czujesz je w obrębie klatki piersiowej, albo w części brzusznej?... przypomnij sobie, jak się czują twoje plecy w sytuacji zdenerwowania... czy nie stają się napięte?... czy nie odczuwasz bólu w dolnym odcinku pleców?... lub też napięć w nogach i stopach?... a może odczuwasz napięcie we wszystkich mięśniach i odczuwasz zmęczenie.
- Teraz przypomnij sobie, co dzieje się z twoim oddechem w czasie zdenerwowania, co się dzieje z twoim oddechem?... staje się szybki... staje się wolny... oddech jest lekki... ciężki... a może trudno ci złapać powietrze... być może nie zauważasz żadnych zmian, lub też nigdy nie zwracałeś na to uwagi.
- Przypomnij sobie, co dzieje się z twoim sercem w sytuacji wielkiego zestresowania, czy odczuwasz jego rytm?... w czasie zdenerwowania praca serca może zmieniać swój rytm? ... czy zauważyłeś jakieś zmiany... czy praca serca ulega przyśpieszeniu?... czy też zwolnieniu?... czy krew uderza ci do głowy i się czerwienisz... czy też czujesz, że słabniesz i omdlewasz?... czujesz gorąco i się pocisz... czy też trzęsiesz się z zimna?
- Zauważ, czy jesteś w stanie chłodno ocenić stan, w którym jesteś, gdy jesteś zdenerwowany... czy w czasie zdenerwowania tracisz głowę i nie jesteś w stanie powiedzieć, co się wydarzyło?... czy też jesteś całkowicie przytomny i jesteś w stanie opisać każdy szczegół stresującej sytuacji... zachowujesz się głupio?... czy też świadomie wszystko kontrolujesz?
- Oceń, na ile kontrolujesz tę sytuację... czy potrafisz się skoncentrować na tym, co się dzieje?... czy też nie jesteś w stanie się skupić... czy czujesz pustkę w głowie ... czy też do głowy pchają ci się wszystkie myśli?... czy gestykulujesz, wymachujesz rękami?... czy też zastygasz nieruchomo, jak sparaliżowany?
- Przypomnij sobie, co czujesz. W takiej sytuacji, jakie emocje pojawiają się... czy potrafisz je nazwać?... wyobraź sobie, że piszesz je na kartce dużymi literami, np. „jestem wściekły".
- Pozostań jeszcze przez chwilę z zamkniętymi oczami, z tym wszystkim, co się pojawia.
- Teraz, przypomnij sobie siebie w sytuacji odwrotnej, kiedy jesteś w zupełnym spokoju i rozluźnieniu, co się dzieje z mięśniami, oddechem, sercem, myślami, emocjami?, pozostań z tymi obrazami...
- Teraz spróbuj pozostać zupełnie neutralny, taki jaki jesteś teraz w tej sytuacji... staraj się zauważyć, jak się czujesz teraz... gdzie i jakie odczuwasz napięcie w mięśniach... jaki jest teraz twój oddech... jaki rytm serca... jakie myśli... zauważ to wszystko.
- Otwórz oczy i powróć do swych czynności.

– Ponownie zamknij oczy i teraz staraj się zidentyfikować swoje emocje, co czujesz, jakie w tej chwili pojawiają się emocje, spróbuj określić: Jakiego rodzaju są to emocje – lęk, gniew, smutek, zadowolenie, a może inne? Jak precyzyjniej określiłbyś tę teraz doświadczaną emocję? Nazwij ją, odczuj ją, spotkaj się z nią, ale nie próbuj wyjaśniać, uzasadniać, szukać powodów jej pojawienia się. Ważne w tym ćwiczeniu jest to, aby ją zobaczyć i odczuć.

• Rozdaj kartki z odbitymi „mapkami ciała" – schematycznymi sylwetkami postaci ludzkiej i poproś uczestników o zaznaczenia na „mapkach" miejsc, w których czuli emocje. Poproś o zaznaczenie emocji pozytywnych i negatywnych.

W końcowej fazie zajęć zaproponuj uczestnikom wykonanie w domu zadania przekazując im instrukcję (arkusz nr 2 „Zamień emocje").

Arkusz nr 2

ZAMIEŃ EMOCJE

Instrukcja do ćwiczenia domowego

Sporządź w domu listę emocji negatywnych i emocji pozytywnych, których regularnie doświadczasz, a następnie na osobnych kartkach każdą z emocji negatywnych zastąp pozytywną. Wpisz małymi literkami na dole kartki emocję negatywną, a następnie innym kolorem bardzo dużymi literami wpisz emocję pozytywną, np. odczuwasz „złość" i jako zamiennik tej emocji możesz wpisać „spokój". Kiedy masz kilka kartek z emocjami, to wywieś je w swoim pokoju i od czasu do czasu przypominaj sobie, że każda negatywna emocja ma swój pozytywny odpowiednik.

Pytania/Zadania

1. Wymień grupy przyczyn i skutki emocji.
2. Na czym polega inteligencja emocjonalna?
3. Czym się różni stres pozytywny od szkodliwego?
4. Jakie rodzaje sytuacji trudnych wyróżnił T. Tomaszewski?
5. Co to są mechanizmy obronne i jaką rolę spełniają przy działaniu stresorów?
6. Na czym polega wieloosiowy model radzenia sobie S. Hobfoll'a?
7. Czy osobowość ma wpływ na radzenie sobie ze stresem?
8. Co jest istotą tzw. osobowości samouzdrawiającej?
9. Na czym polega pozytywne działanie ćwiczeń relaksacyjnych i medytacyjnych?

Literatura zalecana

Friedman H.S. (2003) *Uzdrawiająca osobowość*, tłum. S. Pikiel, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Hart A. (1995) *Twoje dziecko i stres. Jak rozpoznawać oznaki stresu i mu przeciwdziałać*, Warszawa, Wydawnictwo Rodzinny Krąg.

Hobfoll S.E. (2006) *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, tłum. M. Kacmajor, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Kulmatycki L. (2000) *Lekcja relaksacji*, Wrocław, Wydawnictwo AWF Wrocław.

Oatley K., Jenkins J.M. (2003) *Zrozumieć emocje*, tłum. J. Radzicki, J. Suchecki, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

C. OPTYMIZM

Lesław Kulmatycki

Optymizm jest ważnym składowym elementem zdrowia psychicznego. Trudno zachować dobrostan w sferze psychicznej bez pozytywnego widzenia siebie samego w przyszłości. Optymizm nie bierze się znikąd. Nauczyciele, rodzice, rówieśnicy mają wpływ na kształtowanie się optymistycznego nastawienia lub pozytywnego myślenia, toteż warto poświęcić mu czas na zajęciach edukacji zdrowotnej.

Optymizm można zdefiniować jako taką względnie trwałą cechę osobowości, dzięki której otaczający świat postrzegany jest przede wszystkim jako dobry i jako coś, co daje się przewidzieć

Celem rozdziału jest zapoznanie z: różnicami między optymistą a pesymistą i stylami ich wyjaśniania w sytuacji sukcesu lub niepowodzenia oraz sposobami i ćwiczeniami kształtującymi pozytywny stosunek do świata.

5.11. Optymiści i pesymiści

Ogólnie ludzie dzielą się na pesymistów i na optymistów. **Pesymiści** uważają, że niepomyślne okoliczności i zdarzenia były zawsze i będą trwały w nieskończoność oraz że to oni są za to odpowiedzialni. **Optymiści** są zdania, że niepowodzenie jest przejściowe i po pewnym czasie minie i jest zależne od samego zainteresowanego, ale też od wielu innych okoliczności. W jednej i drugiej kategorii występują skrajności, u pesymistów przechodzące w całkowitą bezradność lub depresję, a u optymistów w „**hurra-optymizm**". Zarówno jedna, jak i druga skrajność nie jest pożądana. Bezradność czy depresja jest kategorią patologiczną, podobnie nadmierny czy bezkrytyczny optymizm. Różowe okulary mogą dawać zbyt monotonnie jednostajne światło, zbyt różowe, bez względu na sytuację i potrzebę, a mogą też ułatwiać przystosowywanie się do życia w świecie, w jego różnorodności i zmienności.

W poradnikach na temat pozytywnego myślenia różnicę między pesymistą a optymistą często przedstawia się w odniesieniu do odpowiedzi na pytanie o to, czy szklanka do połowy wypełniona wodą jest w połowie pusta, czy w połowie pełna. Osoby określane jako optymiści zazwyczaj koncentrują się na tym, co jest i w takiej sytuacji odpowiadają, że „szklanka jest do połowy pełna" wierząc, że niewypełniona część szklanki jest mniej ważna. Optymiści mają ogólnie „pozytywny" stosunek do życia i nawet wiele drobnych niepowodzeń, które spotykają ich w szkole w domu czy w grupach rówieśniczych, nie jest w stanie zmienić ich ogólnego pozytywnego nastawienia do świata.

5.12. Optymistyczna postawa życiowa

„**Postawa** to trwała, utrzymująca się przez dłuższy czas, ocena pozytywna lub negatywna ludzi, obiektów i pojęć, reakcja na coś" (Aronson, Wilson, Akert, 1997, s. 313), lub „zgodna organizacja wiedzy, przekonań, uczuć i motywów oraz pewnego rodzaju wzorców zachowania jednostki związanych z określonym przedmiotem czy klasą przedmiotów" (Mądrzycki 1970, s. 810). Przedmiotem postawy może być sam podmiot, inny człowiek, grupa ludzi, całe społeczeństwo, idee, wartości lub życie. **Postawa życiowa odnosi się do życia w ogóle.**

Stanisław Mika (1982) wyróżnia następujące komponenty i cechy postawy:

- **Komponenty postawy**:
  - poznawczy – to, co myślimy: myśli i przekonania o przedmiocie postawy;
  - emocjonalny – to, co czujemy: reakcje emocjonalne wobec przedmiotu postawy;
  - behawioralny – to, co robimy: działania, zachowania wobec przedmiotu.
- **Cechy lub wymiary postawy**:
  - znak postawy – pozytywny, negatywny, neutralny;
  - siła – głębokość stosunku, jak bardzo coś kochasz lub nienawidzisz;
  - treść przedmiotowa – różnice związane z tym, co jest przedmiotem postawy;
  - złożoność postawy – na ile są rozwinięte poszczególne komponenty postawy;
  - zawartość – zgodność między trzema komponentami pod względem znaku i siły;
  - stopień powiązania: danej postawy z innymi postawami;
  - trwałość;
  - stopień internalizacji postawy – motor działania, stopień uwewnętrznienia, na ile wynika z wnętrza;
  - dostępność postawy – siła związku między obiektami i oceną tego obiektu, mierzona czasem, w jakim ludzie potrafią odpowiedzieć, co czują, im bardziej dostępna, tym szybciej reagujemy.

Optymistyczna postawa życiowa jest wielką siłą w człowieku i często niedocenianym zasobem wewnętrznym, który umożliwia afirmację życia. W ujęciu Augusta Comte'a optymistyczny i pozytywny znaczy tyle, co obiektywny i racjonalny. „Myślę, więc jestem" Kartezjusza przekształca się w „jestem tym, o czym myślę". Utworzony w umyśle obraz przekształca się w konkretność. Idee wyprzedzają fakty i nimi się stają, wyobrażenia przyśpieszają spełnianie się zamiarów. W psychice, gdzie wszystko ma swój początek – napisał E. Chapman (1995, s. 3) – postawa jest nastawieniem twojego umysłu wobec życia. „Jest to twój sposób psychicznego odbioru świata". Jak wskazuje M. Seligman, podstawą optymistycznego i pesymistycznego sposobu widzenia siebie i świata jest poczucie własnej wartości, dobre mniemanie o sobie lub właściwa samoocena[1]. Wysokie poczucie własnej wartości, z kolei, jest

[1] M. Seligman używa terminu *self-esteem*, co w tłumaczeniu na jęz. polski może mieć wiele znaczeń, o czym pisze tłumacz jego książki A. Jankowski.

ilorazem sukcesu i aspiracji, jak uważa W. James[2], lub według M. Seligmana – dobrego samopoczucia i skutecznego działania.

Sztuka bycia optymistą polega nie na tym, jak bardzo pozytywnie myślimy o sobie i o świecie, ale na tym, jak skutecznie radzimy sobie w myślami nie optymistycznymi. Najważniejsze jest znalezienie klucza do odrzucania i pozbywania się negatywnych myśli i emocji. Optymistyczne podejście do życia daje konkretne korzyści:

- **wpływa na samopoczucie i nastrój**, co uruchamia dodatkowe rezerwy naszej życiowej energii;
- **ułatwia pokonywanie przeszkód** oraz powoduje umniejszanie tych naprawdę trudnych do pokonywania;
- **daje poczucie dystansu** i swoistej lekkości w zmaganiu się z życiem.

Optymizm łączy się z emocjonalną równowagą i współpracą ze społeczeństwem. Taka postawa wymaga jednak wysiłku i twórczej aktywności (Reykowski, 1979). Na relacje między zdrowiem a pesymistycznym lub optymistycznym podejściem do życia wskazuje M. Seligman (1993). Myślenie optymistyczne wywołuje stany świadomości stymulujące wzmacnianie zdrowia i sprzyjające powodzeniu. **Nadzieja** i uruchamiające się **siły witalne** są nieodzowną częścią optymistycznego podejścia do życia, a każdy z nas ma znaczne większy wpływ na zdrowie niż sobie wyobraża. W zależności od tego, jak myślimy o zdrowiu, ma to pozytywny lub negatywny wpływ. Na podstawie analiz wyników wielu badań naukowych M. Seligman uważa, że **warto być optymistą**, gdyż optymiści rzadziej zapadają na choroby, prowadzą zdrowszy tryb życia i żyją dłużej.

5.13. Styl wyjaśniania

Styl wyjaśniania to interpretowanie sobie samemu danego wydarzenia. Ma ono wiążące znaczenie dla kolejnych myśli i działań, albo paraliżuje i zniechęca, albo daje wiarę w możliwość dokonywania zmian. Styl wyjaśniania kształtuje się w okresie dzieciństwa i składają się na niego **trzy istotne wymiary**:

- **stałość** – coś „jest na stałe", lub chwilowo;
- **zasięg** – uniwersalny, lub o wąskim zasięgu;
- **personalizacja** – zależna od osoby lub od sytuacji.

Z pojęciem stylu wyjaśniania wiąże się pojęcie **atrybucji**, które odnosi się do przypisywania innym ludziom lub samemu sobie określonych cech osobowości lub systemu wartości, motywów na podstawie zewnętrznych zachowań. Ogólnie można mówić o atrybucji wewnętrznej lub zewnętrznej:

- **atrybucja wewnętrzna** zakłada, że przyczyną danego zdarzenia były cechy jego sprawcy (np. określone cechy osobowości czy własny wysiłek: „otrzymałem dobrą ocenę, gdyż dobrze się przygotowałem");

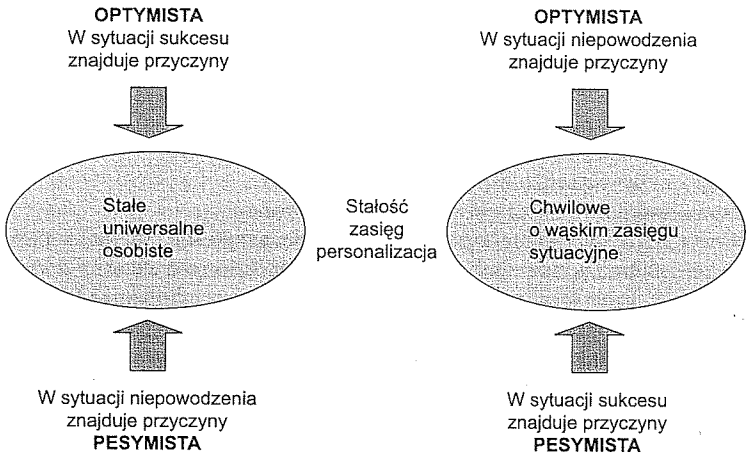
[2] W. James przedstawia swoją koncepcję poczucia własnej wartości w 10 rozdziale swojej książki: *The principles of psychology*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1983.

• **atrybucja zewnętrzna** wskazuje na rolę czynników zewnętrznych wobec sprawcy (np. wpływ innych osób, przypadek: „otrzymałem dobrą ocenę, gdyż udało mi się").

Styl wyjaśniania jest szczególnie istotny przy postrzeganiu niepowodzenia i sukcesu. Istnieją wyraźne różnice w pesymistycznym i optymistycznym stylu wyjaśniania (ryc. 5.5):

• **W sytuacji niepowodzenia**, np. uczeń w szkole nie wywiązał się z zadania i otrzymał złą ocenę:

- przy **pesymistycznym stylu wyjaśniania** ocena niedostateczna oznacza całkowitą klęskę („Zawsze jestem ostatni", „Od początku wiedziałem, że nie podołam") itp. Niepowodzenie ma zasięg uniwersalny, dotyczy nie tylko wspomnianego zadania, ale wszystkich dziedzin życia („Tak będzie z każdym projektem"). Przy takim wyjaśnianiu niepowodzeń mamy do czynienia z atrybucją o charakterze stałym („Tak jest zawsze"), a całą winę pesymista bierze na siebie („Nic mi się nie udaje"). Konsekwentne stosowanie takiego stylu wyjaśniania zbliża do myślenia pełnego poczucia winy, obniżania własnej wartości, brania na siebie wszystkich porażek, zwiększającej się bezradności, aż do zaniechania jakichkolwiek wysiłków (patrz wyuczona bezradność). W konsekwencji pojawić się może nasilony smutek, lęk i apatia lub rozdrażnienie i frustracja. W sytuacji bardziej zawansowanej mogą wystąpić zaburzenia depresyjne, a nawet próby samobójcze;
- przy **optymistycznym stylu wyjaśniania** ocena niedostateczna nie oznacza całkowitej klęski („Dzisiaj mi się nie udało", „Akurat z tego przedmiotu niewystarczająco się przygotowałem") itp. Niepowodzenie ma charakter wąski, tylko w odniesieniu do tego zadania, do tej sytuacji, do tego dnia.



Ryc. 5.5. Trzy elementy stylu wyjaśniania (stałość, zasięg, personalizacja) przez optymistę i pesymistę w sytuacji niepowodzenia i sukcesu (oprac. własne na podstawie: M. Seligman, 1993, 1997).

• **W sytuacji odniesienia sukcesu**, np. uczeń w szkole dobrze wywiązał się z zadania i otrzymał dobrą ocenę:

- przy **pesymistycznym stylu wyjaśniania** uczeń będzie interpretował sukces jako chwilowy, to zdarzyło się wyjątkowo tylko dzisiaj („Akurat dzisiaj się zdarzyło"), sukces jest o ograniczonym zasięgu („Otrzymałem dobra ocenę, ale dlatego, że to historia") oraz że nie jest to jego zasługa („To dlatego, że pani dobrze wytłumaczyła");
- przy **optymistycznym stylu wyjaśniania** – sukces jest czymś stałym i oczekiwanym („Zazwyczaj osiągam to, co sobie zaplanuję") oraz w głównej mierze zależy od samego ucznia („Mój własny wysiłek przyczynił się do tej oceny"). Sukces utrwala optymistyczne nastawienie do świata. Nawet najsłabszy uczeń jest w czymś dobry, jest też w pozytywny sposób inny od reszty klasy. Nauczyciel może to dostrzec i uczynić z tego użytek przy kształtowaniu pozytywnych postaw.

5.14. Wyuczona bezradność i granice optymizmu

Seligman opracował swoją teorię na podstawie badań i eksperymentów naukowych, w których próbował wyjaśnić mechanizm popadania w całkowitą bierność i rezygnację z jakiejkolwiek walki. Stwierdził, że niektóre osoby zaprzestają działań i walki, poddają się. Osoby takie są przekonane, że i tak nic to nie da, cokolwiek nie zrobią i tak będzie źle, czeka ich kolejna porażka, więc nie ma po co próbować, rozwija się w nich wyuczona bezradność.

Wyuczona bezradność jest stanem opartym na interpretacji dotychczasowych doświadczeń człowieka, z których wynika, że nie ma związku między jego wysiłkami a tym, co go spotyka. W tej sytuacji, aby nie narażać się na kolejne nieprzyjemne sytuacje, następuje wycofanie i rezygnacja z wszelkich działań

Według M. Seligmana wyuczona bezradność jest najczęstszym objawem u tych osób, które w dzieciństwie doświadczyły jednego lub wielu w wymienionych zdarzeń:

- przemoc fizyczna;
- napaść seksualna lub molestowanie;
- sytuacje traumatyczne (śmierć lub rozwód rodziców, choroba bliskich itp.);
- kłopoty w nauce;
- problemy zdrowotne.

Optymistyczne widzenie świata jest ważne dla zdrowia psychicznego, ale i tu są pewne granice. Zdaniem psychoterapeuty G. Scheicha (2001) należy zachować **zdrowy rozsądek** i odpowiednie **proporcje w oczekiwaniach**. Samo pozytywne myślenie jest ważne w życiu człowieka oraz w dokonywaniu przez niego zmian, niemniej jednak wygórowane roszczenia lub oczekiwania nie mają od strony naukowej potwierdzenia. **Dwa różne optymizmy** wymienił G. Scheich: **zdrowy**, który w odpo-

wiedniej dawce wspomaga działania, oraz **hurra-optymizm**, który jest rodzajem optymizmu bez uzasadnienia, na wyrost, co w konsekwencji może spowodować więcej szkód niż pożytku.

Skutki wyuczonej bezradności

- Problemy emocjonalne – objawiają się stanami związanymi z lękami, apatią, depresją, zmęczeniem, wrogością, agresją
- Problemy motywacyjne – objawiają się biernością w zachowaniu, brakiem inicjatywy, zrezygnowaną postawą, nie podejmowaniem planów na przyszłość
- Problemy poznawcze – objawiają się w ogólnym myśleniu i przekonaniu, że niemożliwa jest jakakolwiek zmiana, że nic nie można zrobić i nikt nie jest w stanie dokonać takiej zmiany
- Problemy interpersonalne – objawiają się wycofywaniem z kontaktów z innymi ludźmi, obniżeniem możliwości inicjowania relacji, zanikiem więzi i związków z rówieśnikami, brakiem potrzeby wymiany poglądów

5.15. Kształtowanie pozytywnego stosunku do świata

Optymizmu można się nauczyć, pod warunkiem podejmowania takich prób oraz tworzenia wokół siebie sprzyjającego środowiska. „Optymizmu można się nauczyć" to również tytuł książki M. Seligmana (1993), w której autor udowadnia sensowność podejmowania takiego wysiłku w pracy z dziećmi i młodzieżą.

Skuteczną metodą pracy na rzecz optymizmu, zgodnego z naszą wolą i potrzebami, są **afirmacje**. Termin „afirmacja" (łac. *affirmatio*) oznacza zgodę, potwierdzenie, aprobatę. „Afirmacja to pozytywna myśl, którą się świadomie wybiera, żeby zaszczepić ją w swoim umyśle, w celu uzyskania pożądanego wyniku" (Ray, 1994, s. 8). Czasami jedyne, co pozostaje, aby przetrzymać trudną chwilę lub sytuację, to zaufać sobie i jeśli będzie możliwe, zmienić to, co jest możliwe do zmiany. Na początku należy wybrać gotowe teksty, które najbardziej odpowiadają sytuacji, a następnie samemu wymyślić swoje własne. Teksty te powinny być krótkie i ukierunkowane na to, co chcę uzyskać oraz powinny być wypowiadane przez siebie w osobie pierwszej. Na przykład:

– „Jestem przygotowany do egzaminu i cokolwiek mnie na nim spotka przyjmę ze spokojem",
– „Ufam w swoje siły i poradzę sobie z tym zadaniem",
– „Wykonam to zadanie najlepiej jak potrafię i z entuzjazmem".

Powtarzaj sobie je w myślach, przy pełnej koncentracji, starając się nie zmieniać treści afirmacji. Możesz je zapisać na kartce i powiesić na widocznym miejscu w swoim pokoju.

Powołując się na pracę D.J. Schwartza (za: Mika, 1992), można wskazać na sześć zasad psychologicznych pomocnych w **kształtowaniu pozytywnego stosunku do świata**:

1. Zaakceptuj prawdę, że myślenie o tym, iż osiągnę sukces, rzeczywiście do niego prowadzi.
2. Zdecyduj się myśleć w kategoriach: „czuję się dobrze", a zobaczysz, że istotnie tak będziesz się czuł.
3. Podobnie ma się sprawa ze szczęściem.
4. Również, kiedy myślisz, że jesteś bogaty (niekoniecznie musi chodzić o pieniądze), okazuje się, że nim jesteś.
5. Bądź przekonany, że „będzie lepiej" i rzeczywiście tak będzie.
6. Bądź przekonany, że „świat jest dobry".

Zasady zapobiegania zmartwieniom i troskom natury psychicznej:

1. Nie przejmuj się głupstwami
2. Zastanów się, jakie jest prawdopodobieństwo, że to, czym się martwisz, rzeczywiście ci się przydarzy
3. Współpracuj z nieuniknionym, z czymś, nad czym nie masz kontroli
4. Zdecyduj, ile troski warto poświęcić danej sprawie, i nie poświęcaj jej więcej
5. Pogrzeb przeszłość i nie zajmuj się nią
6. Bądź czymś stale zajęty, a to usunie twoje troski

(Mika, 1992, s. 41–42)

5.16. Propozycje zajęć

Oto propozycje dwóch zajęć, które można wykorzystać w edukacji zdrowotnej lub zmodyfikować w zależności od potrzeb uczniów.

Temat zajęć: **„Zmiana postawy wobec codziennych problemów"**

Uczestnicy: młodzież w wieku 12–19 lat.

Cele:

– kształtowanie umiejętności rozpoznawania osób nastawionych optymistycznie i pesymistycznie.
– poznanie sposobów zmiany postawy wobec codziennych problemów.

Przebieg zajęć:

Ćwiczenie: *„Kto jest optymistą?"*

- Rozdaj wcześniej przygotowane kartki z prośbą o wypisanie przez każdego z uczestników wszystkich skojarzeń wokół wyrazu OPTYMISTA.
- Poproś o połączenie się w 3-osobowe zespoły, które mają stworzyć wspólną listę słów – skojarzeń, a następnie na ich podstawie stworzyć własną definicję KOGOŚ, KTO JEST OPTYMISTĄ.
- Poproś, aby każdy zespół zaprezentował swoją definicję. Wszystkie zapisywane są na tablicy (folii, komputerze) i uczestnicy mają wskazać na podobieństwa podkreślając słowa „klucze".

Ćwiczenie: *„Spójrz z innej strony"*

• Porozmawiaj z uczestnikami na temat optymistycznego i pesymistycznego spojrzenia na życie. Zachęć, aby powiedzieli o swoich postawach wobec różnych sytuacji, również o sobie.

• Zatrzymaj się na jednej z negatywnych opinii, zapisz ją na tablicy i poproś, aby każdy zastanowił się, jak można ją przeformułować zmieniając jej „zabarwienie" na bardziej optymistyczne.

• Poproś o przygotowanie po jednym zdaniu z negatywną opinią o sobie i zastąpienie jej opinią pozytywną, a następnie przedyskutowanie swojego zapisu z najbliższym sąsiadem. Przykłady:

Negatywne	**(zamienione na) Pozytywne**
żadna klasówka mi nie wychodzi	są klasówki, które są dobre
zawsze popełniam błędy	czasami zdarzają mi błędy i mam do nich prawo

• Na forum całej grupy przeprowadź dyskusję na temat różnic między sformułowaniem optymistycznym i pesymistycznym. Zwróć uwagę na specyficzne sformułowania i wyrazy stosowane w obu zapisach.

Ćwiczenie: *„Dostrzegaj pozytywne"*

• Wprowadź uczestników do następnej fazy pracy, związanej z praktycznymi sposobami zmiany postawy. Wyjaśnij, że aktywność każdego z nas składa się z sukcesów i niepowodzeń i to nie dotyczy tylko szkoły, ale również domu lub grup rówieśniczych. To, jak dużo miejsca w swoim myśleniu poświęcamy niepowodzeniu lub powodzeniu, zależy od każdego z nas, od naszego wyboru.

• Poproś uczestników o przedstawienie swoich sposobów zmieniania postawy wobec codziennych problemów z negatywnej na pozytywną. Po wypisaniu na tablicy (folii) zaproponowanych przez uczestników sposobów podaj cztery następujące grupy sposobów (prezentacja na folii):

1. Przywołuj częściej myśli związane z twoimi sukcesami i wysuwaj je na pierwszy plan, nawet jeśli sukcesy są przez ciebie nieczęsto doświadczane czy mało znaczące.
2. Prowadź rodzaj zapisków o pozytywnych sprawach, niech będzie to rodzaj dziennika pozytywnych stron życia.
3. Rozmawiaj i dziel się z innymi swoimi sukcesami, pamiętając tylko, aby nie zanudzać tym te same osoby, nie tylko mów o sukcesach, ale też pozwalaj sobie na planowanie następnych.
4. Staraj się nagradzać siebie za sukcesy i zwycięstwa, najlepiej pozwól sobie na przyjemności, które są dla ciebie cenne, np. muzyka, aktywność ruchowa, ulubiona potrawa.

• W końcowej fazie zajęć zaproponuj uczniom wykonanie w domu zadania, przekazując im arkusz nr 1 „Instrukcja do eksperymentu domowego". Na zakończenie zajęć przedstaw i poleć książkę E. Chapmana (1995).

Arkusz nr 1

INSTRUKCJA DO EKSPERYMENTU DOMOWEGO

Spróbuj przez kilka dni z rzędu przeprowadzić następujący eksperyment złożony z trzech faz:

1. Ukierunkowanie
Tuż po przebudzeniu, kiedy rano jeszcze pozostajesz w łóżku, wyobraź sobie, co w tym dniu cię czeka dobrego, co będziesz robić z radością i ochotą, co będzie pozytywne dla ciebie, np. pogoda za oknem, ulubiona piosenka lub cokolwiek innego „ściągające" twoje myśli w pozytywną stronę. Ważne jest właśnie to, aby ukierunkować pierwsze myśli dnia ku pozytywnej stronie.

2. Utrzymanie
Staraj się przez cały dzień dostrzegać pozytywne strony swojej aktywności, począwszy od pierwszych kontaktów z domownikami, a następnie w drodze do szkoły, w czasie pobytu w szkole, w klasie i na przerwach, kontaktów z przyjaciółmi i kolegami, w czasie własnej pracy lub nauki, aktywności w czasie wolnym, rozmów z rodzicami. Dostrzegaj również pozytywne strony w mniej aktywnych stronach swojego dnia, kiedy rozmyślasz lub po prostu nic nie robisz, to też jest ważne i może być źródłem pozytywnych doświadczeń.

3. Przegląd
Po koniec dnia zrób 3-minutowy przegląd całego dnia. Przy zamkniętych oczach wyobrażaj sobie poszczególne działania, prace, kontakty, które podejmowałeś, tak jakbyś puścił film swojego dnia. W tym czasie wyobrażania, staraj się zauważać te jego fragmenty, które wiązały się z pozytywnymi postawami i doświadczeniami. Możesz je policzyć.

Temat zajęć: **„Skrzydła optymizmu"**

Uczestnicy: młodzież w wieku 13–19 lat.

Cele:
– kształtowanie umiejętności uzasadniania korzyści z bycia optymistą;
– ćwiczenie niewerbalnych sposobów wyrażania swojego optymizmu i pozytywnej energii.

Przebieg zajęć:

Przed zajęciami poproś uczestników o przyniesienie jednej fotografii, na której jest osoba „optymistyczna" (najlepiej, gdy będzie to fotografia, na której znajduje się również sam zainteresowany). Przygotuj również zestaw „zapasowych" fotografii dla tych, którzy zapomną przynieść swoich.

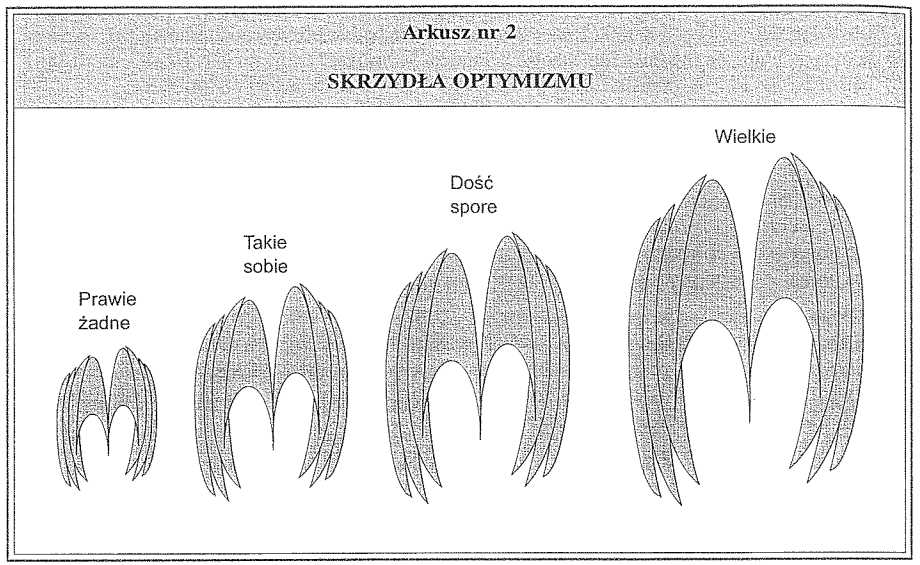
Ćwiczenie: *„Trzy sylwetki"*

Poproś uczestników, aby wstali i na zmianę w parach zademonstrowali bez słów sylwetki i ruchy trzech osób: „pesymisty", „optymisty" i „hurra-optymisty" w dowolnej kolejności, a następnie powiedzieli, co i w jakiej kolejności było prezentowane.

Ćwiczenie: *„Przypasowywanie skrzydeł"*

• Daj każdemu uczestnikowi arkusz nr 2 „Skrzydła optymizmu" i poproś, aby w sposób niewidoczny dla innych zakreślili te skrzydła, które do nich najbardziej pasują.

- Poproś uczestników, aby wstali ze swoich miejsc i kolejno podchodzili do trzech innych kolegów lub koleżanek i nie pokazując swojego zakreślenia, pytali o to, jakie oni przypasowaliby im „skrzydła".
- Poproś o podzielenie się spostrzeżeniami z „przypasowywania skrzydeł" przez siebie i przez innych: Czy były podobne? Czy różniły się?



Ćwiczenie: *„Optymistyczne imię"*

- Poproś, aby każdy uczestnik zapisał na kartce pionowo swoje imię i do każdej litery dopisał jakiś przymiotnik, który go określa w sposób pozytywny i jest zgodny z cechami jego charakteru. Przykład:

W – waleczny
A – ambitny
L – logiczny
D – dający
E – ekspresyjny
K – kierujący

- Poproś, aby uczestnicy połączyli się w pary. Zachęć, aby osoby z „większymi skrzydłami" proponowali współpracę osobom z „mniejszymi skrzydłami". Poproś, aby kolejno odczytywali pozytywne określenia o sobie samym. W sytuacji, kiedy uczestnicy wzbraniają się przez odnajdywaniem właściwych określeń, partner próbuje pomóc. Możesz przygotować listę określeń dla poszczególnych liter i wówczas uczestnicy wybierają je z gotowej listy.

Ćwiczenie: *„Jak zmieniam siebie"*

- Poproś, aby każdy uczestnik zapisał na kartce sposoby zmieniania siebie na co dzień. Wskaż przykładowe sposoby zmian:
  - zmiana samopoczucia psychofizycznego – przez regularny trening sportowy czy biegowy, kontrolę masy ciała, zmianę diety itp.;
  - zmiana wyglądu zewnętrznego – przez zmianę fryzury, makijażu, ubrań, ozdób itp.;
  - zmiana sposobu ekspresji – przez zmianę zachowania, sposobu poruszania, uśmiechania, rozmawiania na bardziej zrelaksowany itp.
- Zachęć uczniów do podzielenia się swoimi pomysłami na „zmienianie siebie" oraz podziel się z nimi swoimi ulubionymi sposobami.

Pytania/Zadania

1. Jak rozróżnisz optymistę od hurra-optymisty?
2. Jakie można wymienić korzyści z bycia optymistą?
3. Co rozumiesz przez „atrybucję"?
4. Wymień trzy elementy stylu wyjaśniania wg M. Seligmana
5. Na czym polega wyuczona bezradność?

Literatura zalecana

Chapman E. (1995) *Postawa życiowa Twoją najcenniejszą wartością*, tłum. H. Rudowicz, Warszawa, Wydawnictwo Studio Emka.
Seligman M. (1993) *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*, tłum. A. Jankowski, Poznań, Media Rodzina of Poznań.
Seligman M. (1997) *Optymistyczne dziecko*, tłum. A. Jankowski, Poznań, Media Rodzina of Poznań.
Scheich G. (2001) *Pozytywne myślenie. Czy może szkodzić?*, tłum. E. Pankiewicz, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

D. POCZUCIE TOŻSAMOŚCI I WŁASNEJ WARTOŚCI

Maria Sokołowska

Poczucie tożsamości, umożliwiające odpowiedzenie sobie na pytanie „kim jestem", uważane bywa za podstawowy czynnik determinujący zdrowie psychiczne. Współcześnie, w związku z bardzo dużą zmiennością otaczającej rzeczywistości, poczucie własnej tożsamości nabiera coraz większego znaczenia (Kwiatkowska, 2005). Ważnym elementem poczucia tożsamości jest **poczucie autonomii**, czyli świadomość jednostki, co potrafi, co od niej zależy, na co ma wpływ. Według M. Kofty i D. Dolińskiego (2000, s. 565): „jedną z istotnych przesłanek wiary we własne istnienie, jako osoby jest najprawdopodobniej poczucie autonomii..."

5.17. Terminologia

Odpowiadając sobie na pytanie „kim jestem", człowiek stara się sprecyzować, jakie ma cechy (wymiar opisowy) i jaką stanowi wartość jako osoba (wymiar oceniający). Dlatego do pojęcia tożsamość odnosić się będą różne określenia, odwołujące się do wymiaru opisowego i oceniającego.

To co dotyczy **wymiaru opisowego** jest określane jako: „obraz Ja", „obraz samego siebie", „obraz własnej osoby", „Ja realne" (Dembo, 1997) lub samowiedza (Kozielecki, 1981). Według M. Żebrowskiej (*Psychologia...*, 1975, s. 768):

> **Obraz samego siebie to „wyobrażenia i pojęcia, jakie jednostka ma o sobie, tj. o swym wyglądzie zewnętrznym, zdolnościach, możliwościach podejmowania i wykonywania zadań, stosunku do innych ludzi, a także sposób, w jaki przeżywa i odbiera środowisko"**

Określenia **samoocena** i **poczucie własnej wartości** odnoszą się do **wymiaru oceniającego** – na ile jednostka akceptuje to, co wie o sobie. W literaturze te dwa określenia używane są zwykle zamiennie.

> **„Samoocena jest ewaluacją własnej osoby. Może mieć ona różne stopnie generalizacji: od ocen dotyczących poszczególnych aspektów własnej osoby – a więc na przykład inteligencji, atrakcyjności fizycznej, poczucia humoru, kompetencji interpersonalnych czy umiejętności grania na gitarze – do tak zwanej samooceny ogólnej, czy też globalnej polegającej na całościowej ocenie siebie"** (Kofta, Doliński, 2000, s. 579)

We współczesnych koncepcjach psychologicznych pojawił się termin **schematy autonarracyjne**, który wydaje się łączyć oba wymiary: opisowy i oceniający. Schematy autonarracyjne wyznaczają charakterystyczne dla jednostki sposoby myślenia o sobie, tzn. sposoby, w jakich jednostka wyjaśnia, uzasadnia, usprawiedliwia, ocenia, przewiduje i planuje własne dążenia, zachowania, pozycje społeczne i inne fakty, związane w własną osobą (Trzebiński, 1992 s. 90). Schematy te wpływają na decyzje i zachowania. Szczególne znaczenie mają w sytuacjach problemowych, kiedy nie możemy zachować się w sposób nawykowy, ale konieczne jest znalezienie rozwiązania, pokonanie istniejącej bariery, czyli poradzenie sobie z problemem.

5.18. Kształtowanie się obrazu „ja" i poczucia własnej wartości

Kształtowanie się tożsamości jest procesem, który trwa przez całe życie, przechodzi wiele faz rozwojowych, od dzieciństwa do starości. Wymaga refleksji, samoświadomości, która kształtuje się w stałej relacji z otoczeniem. W pierwszych miesiącach życia dziecko nie jest świadome swojej odrębności w stosunku do świata zewnętrznego. Dopiero na przełomie pierwszego i drugiego roku życia zaczyna zauważać swoją odrębność fizyczną, a w wieku około 3 lat odrębność psychiczną (Włodarski, Matczak, 1998).

Tożsamość kształtuje się pod wpływem doświadczeń w relacji do dwóch punktów odniesienia: jednym z nich jest **„ja idealne"** – jaki chciałbym być, a drugim tzw. **„jaźń odzwierciedlona"** – jak wyobrażam sobie, że widzą mnie inni (Podgórecki, 1969). Najistotniejsze znaczenie w kształtowaniu tożsamości mają kontakty z osobami znaczącymi: rodzicami, nauczycielami i rówieśnikami. Wymagania, jakie nam stawiają, oraz ich własny przykład, jako wzorów osobowych, wpływają na nasze „ja idealne", a ich opinie na temat naszej osoby kształtują „jaźń odzwierciedloną". Rozbieżność pomiędzy „ja realnym" (jaki jestem) a „ja idealnym" (jaki powinienem być) decyduje o stopniu (poziomie) samoakceptacji i poczucia własnej wartości. Istnienie tej rozbieżności spełnia pozytywną rolę, ponieważ motywuje do pracy nad sobą, do rozwoju, jednak gdy rozbieżność jest zbyt duża, może znacznie obniżać poczucie własnej wartości. Mówimy wtedy o „braku wiary w siebie", cechującej osobę, która uważa, że nie ma szansy na wprowadzenie pozytywnych zmian i osiąganie satysfakcji. „Najkorzystniejszy z omawianego punktu widzenia jest **optymalny poziom rozbieżności** pomiędzy „ja realnym„ i „ja idealnym", który pozwala na dostrzeżenie zarówno potrzeby zmian, jak i możliwości ich dokonania" (Włodarski, Matczak, 1998, s. 289).

„Ja idealne" spełnia rolę wzorca („miarki"), z którą jednostka zestawia swoje „ja realne" dokonując samooceny. Bardzo duża rozbieżność, o której wspomniano, łączy się ze stanem określanym jako **niska samoocena**, nazywana inaczej **obniżonym poczuciem własnej wartości**. Osoby o niskiej samoocenie mają skłonność do wycofywania się, nieeksponowania swojej osoby, niepodejmowania ryzyka, a równocześnie akceptują informacje o własnych niepowodzeniach. W ten sposób niska samoocena nie tylko odbiera im szansę wprowadzenia pozytywnej zmiany, ale dodatkowo potwierdza jej zasadność na mocy samosprawdzającego się proroctwa (Mika, 1992). Niskie poczucie własnej wartości może mieć jeszcze bardziej niepokojące skutki. Osoba, która sama siebie źle ocenia, łatwiej zaakceptuje swoje

negatywne zachowania. Jak twierdzi E. Aronson (1987, s. 185), „dla osoby o niskiej samoocenie popełnienie jakiegoś niemoralnego czynu nie będzie czymś strasznie trudnym, ponieważ nie pozostaje w dysonansie z jej pojęciem o sobie". Niska samoocena jest więc jednym z poważnych zagrożeń dla rozwoju.

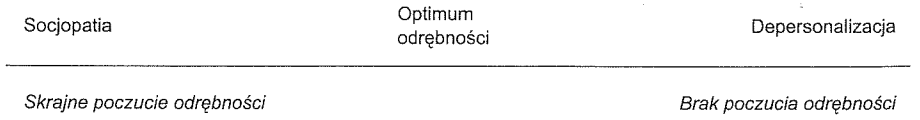
Warto też zwrócić uwagę na wpływ stereotypów związanych z płcią na kształtowanie się samooceny. Wyniki badań i obserwacje wskazują, że mężczyźni mają bardziej optymistyczne przewidywania co do efektów własnej nauki, zaś kobiety są mniej ufne w możliwości odniesienia sukcesu (Dembo, 1997). Dlatego chłopcy na lekcji są bardziej widoczni, zadają więcej pytań, w większym stopniu skupiają na sobie uwagę nauczyciela, co dodatkowo wpływa na kształtowanie ich poczucia, że zasługują na wyróżnienie. Niedostrzeganie tego zjawiska jest powodem ograniczania możliwości pełnego rozwoju potencjałów i umiejętności dziewcząt.

5.19. Spostrzeganie siebie w relacjach z innymi

W kształtowaniu poczucia własnej wartości jednostki duży udział ma „jaźń odzwierciedlona", a więc wiele zależy od umiejętności dostrzegania i podkreślania przez otoczenie rzeczywistych walorów jednostki. Ograniczeniem w tym zakresie są stereotypy np. związane płcią, jak również uprzedzenia, które są wynikiem mechanizmów rządzących spostrzeganiem społecznym, którego przykładem może być efekt pierwszego wrażenia (tzw. wyrobienie sobie opinii o uczniu na podstawie niekorzystnego pierwszego wrażenia).

Kształtowanie własnej tożsamości dokonuje się w codziennych relacjach społecznych i podporządkowane jest dwom grupom potrzeb: **potrzebie przynależności** (więzi, szacunku, bycia kochanym i docenianym) oraz **potrzebie niezależności** (samostanowienia, decydowania, wyróżniania się), której zaspokajanie jest warunkiem osiągnięcia autonomii. Dążenie do względnej równowagi tych dwóch grup potrzeb pozwala na ukształtowanie poczucia tożsamości (Kegan, za: Speck, 2005). Procesowi temu towarzyszą kryzysy wynikające z tego, że któraś grupa potrzeb zaczyna dominować. Kryzysy te występują z różnym nasileniem, w różnych okresach życia. Zdominowanie jednej grupy potrzeb przez drugą prowadzi do nieprawidłowości: kształtuje jednostkę uległą, bez odpowiedniego poziomu poczucia własnej wartości lub jednostkę odrzucającą obowiązujące zasady i normy, skazującą się tym samym na wykluczenie społeczne (Sochocki, 2006).

Przyjmuje się, że istnieje pewien stan określany jako **optimum odrębności**, który jest zgodny z potrzebami konkretnej osoby, ponieważ zapewnia odpowiedni poziom



Ryc. 5.6. Różne nasilenie poczucia odrębności (Jarymowicz, 1985)

zarówno poczucia niezależności, jak i przynależności. Stanowi on środek kontinuum, na którym po jednej stronie mamy do czynienia z **depersonalizacją**, charakteryzującą się utratą własnej indywidualności i tożsamości (np. niektórzy ludzie w Niemczech hitlerowskich), po drugiej stronie ze skrajnym poczuciem odrębności określanym jako **socjopatia** (ryc. 5.6).

Rolą wychowawcy jest zapewnienie warunków dla możliwie jak najbardziej harmonijnego zaspokajania potrzeby przynależności i niezależności oraz wspieranie dziecka w sytuacjach kryzysowych (szczególne problemy pojawiają się w okresie dorastania). Dotyczy to zwłaszcza pomocy w osiągnięciu przez dziecko odpowiedniego poziomu autonomii oraz rozwijania jego umiejętności życiowych, mogących pomóc w utrzymywaniu dobrych relacji z otoczeniem, czyli wspominanej wcześniej równowagi. Niezbędne jest przede wszystkim kształtowanie takich umiejętności jak komunikacja interpersonalna (w tym szczególnie porozumiewanie się bez przemocy) i asertywność.

5.20. Wpływ wychowania na kształtowanie poczucia własnej wartości ucznia

W publikacji, która ma pomóc nauczycielom rozwijać poczucie własnej wartości u uczniów, B. Youngs wymienia sześć jego podstawowych składników (za: Dryden, Vos, 2000):

- bezpieczeństwo fizyczne;
- bezpieczeństwo emocjonalne (niedoświadczanie strachu i poniżenia);
- świadomość własnej tożsamości (kim jestem);
- poczucie przynależności;
- poczucie kompetencji (wiem co umiem);
- świadomość misji (poczucie sensu życia).

Lista ta wskazuje, jak wiele aspektów pracy wychowawczej musi uwzględnić nauczyciel, który rzeczywiście chciałby kształtować poczucie własnej wartości ucznia. Niektóre z nich, jak zapewnienie poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego oraz rozwijanie poczucia kompetencji dziecka, nie budzą chyba wątpliwości i nauczyciel potrafi sam odpowiedzieć sobie na pytanie, jakie w tym zakresie może podjąć działania. W dalszej części omówiono udział nauczyciela w rozwijaniu poczucia tożsamości.

Tożsamość jest to struktura osobowości, która rozwija się przez całe życie, ma jednak charakter względnie stały i nie jest możliwa do zmiany pod wpływem jednostkowych, nowych doświadczeń. Dlatego uważa się, że nauczycielowi trudno jest oddziaływać na nią wyłącznie przez konkretne programy interwencyjne (wychowawczo-profilaktyczne) (Dembo, 1997). Wymagane są działania stałe i systematyczne.

Istotne dla kształtowania poczucia tożsamości, jak wykazano, jest osiąganie przez dziecko odpowiedniego poziomu autonomii (zaspokojenie potrzeby niezależności), z zachowaniem harmonijnych kontaktów z otoczeniem (potrzeba przynależności). Jeśli zdamy sobie sprawę, że **autonomia jest „rosnącą w miarę rozwoju jednostki umiejętnością i gotowością do wzięcia odpowiedzialności za własne po-**

stępowanie" (Speck, 2005, s. 223), to oczywiste wydaje się, że zdobywanie jej przez dziecko jest także ważnym celem wychowania. Nauczyciel, który chciałby pomóc uczniowi w tym zakresie, powinien zdawać sobie sprawę, w jakich warunkach kształtuje się autonomia ucznia.

Wychowanie powinno być procesem pozwalającym na **stopniowe osiąganie autonomii** przez dziecko, z poszanowaniem autonomii dorosłego. Im bardziej autonomia dorosłego oparta jest na jasnym, zintegrowanym systemie norm, wartości i reguł, tym bardziej pomaga dziecku widzieć świat jako uporządkowany. Wychowanie w świecie jasnych wartości sprzyja kształtowaniu poczucia zaufania do ludzi wyznających te wartości, a także nieufności wobec tych, którzy ich nie przestrzegają. Dziecko uczy się ponadto, że poszanowanie przez niego przyjętych wartości jest podstawą zaufania, jakie mają dorośli wobec niego. Wszystko to tworzy podstawy kształtowania autonomii dziecka. Poza wartościami obowiązującymi w ramach określonych religii, ważne jest poszukiwanie ponadczasowych wartości, jak chociażby „Shopenahauerowski zakaz wyrządzania krzywdy i nakaz niesienia pomocy..." (Speck, 2005, s. 227). Według J. Piageta warunkiem przekazu wartości, które nabrałyby mocy powszechnego obowiązywania, jest rzeczywiste współdziałanie dziecka i dorosłego, które z kolei możliwe jest tylko przy wzajemnym szacunku (za: Speck, 2005).

Kształtowanie autonomii dziecka wymaga więc takich postaw wychowawczych, jak: szacunek i zaufanie. Można powiedzieć, że podstawową zasadą w wychowaniu jest **okazywać szacunek i wymagać szacunku dla siebie, budzić zaufanie i okazywać zaufanie**. Osiąganie przez dziecko autonomii jest możliwe, gdy z jednej strony stosowana jest kontrola jego zachowania, a z drugiej nastawienie na życzliwą współpracę i zapewnienie mu warunków rzeczywistego uczestnictwa w działaniach z dorosłym (stopniowego usamodzielniania się). Jak wynika z badań i obserwacji, „rodzice, którzy jednocześnie kontrolowali i współpracowali, częściej mogli się pochwalić dziećmi wyróżniającymi się kompetencjami, brakiem agresywności, samodzielnością i wysokim poczuciem własnej wartości" (Speck, 2005, s. 240).

Jednym z podstawowych trudności w procesie wychowania jest jednoznaczne określenie i zaakceptowanie sposobów i zakresu kontroli dziecka przez dorosłego. Zarówno brak kontroli oraz jakichkolwiek restrykcji, jak i autorytarny styl wychowania, mają negatywne skutki i nie służą kształtowaniu autonomii. Niezbędne jest więc z jednej strony stawianie wymagań i określanie granic, a z drugiej uczenie dziecka, jak samodzielnie formułować cele, dążyć do ich osiągania i oceniać, czy udało się je zrealizować, czyli rozwijać konkretne umiejętności życiowe. Kolejne warunki to: danie dziecku szansy eksperymentowania, swobodnego działania, przeżywania radości z bycia aktywnym i twórczym; akceptacja i życzliwość oraz uwzględnianie poziomu dojrzałości, indywidualnego potencjału i ograniczeń. Wszystkie te warunki pozwalają dziecku ukształtować na odpowiednim poziomie swoje „ja realne" i „ja idealne", sprzyjające poczuciu własnej wartości i motywacji do pracy nad sobą, swoim rozwojem i dobrymi relacjami z innymi ludźmi.

Warto w tym miejscu odnieść się do Konwencji o Prawach Dziecka. Twórcy Konwencji podkreślają konieczność współwystępowania praw i obowiązków, jako warunku prawidłowego rozwoju dziecka. Wyraźnie podkreśla się także różnicę między prawami, które służą zaspakajaniu podstawowych potrzeb, a zachciankami, które nie mają z tymi potrzebami nic wspólnego.Tak więc potrzebą jest zjedzenie posiłku, ale chęć napicia się coca-coli jest już zachcianką. Ważna jest świadomość tych zagadnień, zarówno u uczniów, jak i u nauczycieli.

5.21. Ocena szkolna jako czynnik oddziałujący na poczucie własnej wartości ucznia

System oceniania towarzyszy procesowi dydaktyczno-wychowawczemu i najsilniej, bezpośrednio wpływa na kształtowanie poczucia własnej wartości uczniów. Negatywne oceny stają się przyczyną nie tylko obniżenia poczucia własnej wartości ucznia, ale także konfliktów pomiędzy uczniem i nauczycielem oraz uczniem i jego rodzicami. Złe relacje, na zasadzie błędnego koła, pogłębiają poczucie mniejszej wartości u ucznia. Słabe oceny stają się w szkole przyczyną patrzenia na ucznia przez stereotyp osoby, która nie traktuje poważnie wymagań szkolnych, nie zasługuje więc na wsparcie. Wpływa to dodatkowo na obniżenie samooceny, a często staje się początkiem zachowań problemowych (Milewska, 2004).

Od dawna poszukuje się takiego sposobu oceniania, który dostarczałby uczniowi informacji o poziomie jego osiągnięć, a równocześnie nie pociągałby za sobą tak negatywnych „skutków ubocznych". Przykładami dobrych rozwiązań w tym zakresie jest ocena opisowa, stosowana przede wszystkim w nauczaniu początkowym, oraz ocenianie kształtujące (Black, 2006), które może być stosowane na wszystkich poziomach edukacji. **Istotą oceniania kształtującego** jest zaangażowanie ucznia w sam proces oceniania, który obejmuje następujące elementy:

- **Zadawanie pytań** – pytania powinny być tak formułowane, aby nie sugerować jednej dobrej odpowiedzi, ale raczej zachęcać do przemyślenia własnej opinii, wyrażenia swojego zadania. Pozwala to nauczycielowi sprawdzić, jaki jest poziom zrozumienia danego zagadnienia przez ucznia, a także, jakie ma braki. Istotne jest sformułowanie pytania w taki sposób, aby zawierało jakiś problem do zastanowienia, jak również pozostawienie uczniom czasu na namysł przed udzieleniem odpowiedzi (przyzwolenie na „chwilę ciszy"). Posługując się przykładem z zakresu edukacji zdrowotnej można powiedzieć, że zamiast pytania o zasady racjonalnego wypoczynku można zapytać: Czy na wakacje warto zabrać telewizor? (Czy na koloniach letnich powinny być telewizory?);
- **Informacja zwrotna i stopień**, który ma służyć pokazaniu uczniowi, co już umie, a nad czym ma dalej pracować;
- **Ocena koleżeńska i samoocena ucznia** – jest możliwa do przeprowadzenia tylko wtedy, gdy uczniowie znają dokładnie kryteria oceny. Nauczyciel powinien określić, na co zwraca się uwagę w danym obszarze materiału i jaki był cel poznawania tego obszaru zagadnień. Pozwala to nie tylko nauczyć się czegoś nowego, ale także kształtuje poczucie odpowiedzialności.
- **Kształtujące wykorzystanie sprawdzianów podsumowujących** – rolą nauczyciela jest pomoc uczniom w robieniu „powtórek", np. zasugerowanie podkreślania

słów kluczowych, przygotowywanie pytań do danej partii materiału itp. Dobrym przykładem jest warsztat służący powtórzeniu treści: po określonym bloku tematycznym dzielimy klasę na kilka zespołów, które przygotowują pytania dla kolegów z pozostałych zespołów. Oceniamy wspólnie trafność pytań i odpowiedzi.

Warto zwrócić uwagę na to, jakie walory ma ocenianie kształtujące z punktu widzenia rozwijania umiejętności życiowych uczniów w praktyce szkolnej:

– w ocenianiu kształtującym nauczyciel odwołuje się w większym stopniu do myślenia dywergencyjnego niż konwergencyjnego[1]; samo postawienie pytania w formie problemu do rozwiązania dopuszcza możliwość różnorodnych odpowiedzi oraz stwarza przestrzeń do dyskusji, dlaczego odpowiedź można uznać za prawidłową bądź nie;

– pomaga w budowaniu adekwatnej samooceny;

– uczy racjonalnego przyjmowania pozytywnych i negatywnych informacji zwrotnych na temat swojej pracy, co jest jedną z podstaw asertywności;

– uczy, jak radzić sobie z problemami wynikającymi z nauki szkolnej (w odróżnieniu do tradycyjnego oceniania, które przy nagromadzeniu negatywnych ocen może prowadzić do poczucia bezradności).

Dodatkowym walorem oceniania kształtującego jest to, że w tym przypadku umiejętności życiowe rozwijane są w naturalnej sytuacji szkolnej, a nie tylko w ramach zajęć warsztatowych.

5.22. Propozycje zajęć

Temat zajęć: „Mocne i słabe strony"

Uczestnicy: młodzież w wieku 12–19 lat.

Cel: rozwijanie umiejętności dostrzegania swoich mocnych stron, budowanie pozytywnej samooceny.

Przebieg zajęć:

- Rozgrzewka:
  - poproś uczestników, aby spróbowali odpowiedzieć na pytanie: Gdybym był drzewem, (zwierzęciem, kwiatem, lub ogólnie przedmiotem), to byłbym: ...podaj konkretny rodzaj;
  - poproś, aby dobrali się w pary, powiedzieli sobie o tym, jakie drzewo (zwierzę, kwiat, przedmiot) wybrali. Zaproponuj, aby spróbowali opisać, jakie są ich zdaniem dobre cechy, mocne strony tego drzewa (zwierzęcia, kwiatu, przedmiotu), które wybrał ich partner;
  - zaproś, aby chętne osoby opowiedziały, jak czuły się w czasie ćwiczenia.
- Poinformuj, że to ćwiczenie było formą zabawy, a teraz należy zastanowić się nad tym, jak jest naprawdę i spróbować odpowiedzieć na dwa pytania: Jakie są moje mocne strony? Jakie widzę mocne strony kolegi/koleżanki? Poproś o zapisanie tego na osobnych kartkach.
- Zaproponuj rozmowę w parach o tym, co zapisali.
- Poproś o podsumowujące wypowiedzi:
  - Czy łatwo było podać mocne strony swoje i partnera, co było trudniejsze?
  - Czego dowiedzieli się w czasie ćwiczenia?
  - Czy to ćwiczenie „podpowiedziało" im, co warto byłoby zrobić w przyszłości?

[1] Myślenie konwergencyjne, czyli zbieżne, służy rozwiązywaniu problemów, które mają tylko jedno poprawne rozwiązanie, myślenie dywergencyjne, czyli rozbieżne, służy rozwiązaniu problemów mających wiele poprawnych rozwiązań (Kozielecki, 1966).

Temat zajęć: „Ja realne i ja idealne"[2]

Cele: pomaganie uczniom zidentyfikować różnice pomiędzy „ja realnym" i „ja idealnym" oraz określić, jakie umiejętności życiowe pozwoliłyby im na stopniowe zmniejszanie istniejącej rozbieżności.

Przebieg zajęć:

- Uprzedź uczestników, że nic, co dotyczy ich osobistych spraw, nie będzie wspólnie omawiane. Poproś o narysowanie zarysu własnej sylwetki lub twarzy oraz wypisanie po lewej stronie cech i zachowań, które odpowiadają na pytanie „Jaka/Jaki jestem?" Poinformuj, że w okresie dojrzewania znacznie nasilony jest krytycyzm, nie tylko wobec świata, ale także wobec samego siebie. Nie należy się więc martwić, jeśli ta charakterystyka nie będzie składała się z samych pozytywów.
- Poproś o wypisanie z prawej strony cech i zachowań odpowiadających na pytanie „Jaka /Jaki chciałabym/łbym być?"
- Zachęć do chwili refleksji nad tym, czy wprowadzenie zmian, które pozwoliłyby osiągnąć cechy i zachowania zapisane po prawej stronie, jest zależne, czy niezależne od jednostki.
- Zaproponuj podkreślenie cech zależnych od nas i wybranie jednej z cech (zachowań), które w tym momencie wydają się najważniejsze (podkreślić podwójnie).
- Napisz na tablicy zdanie: „Mógłbym/abym być bardziej ....., gdybym umiał/ła.....", poproś o przepisanie go na małą kartkę i wpisanie w pierwsze wolne miejsce (oznaczone kropkami) tej cechy, która została podkreślona podwójnie. Kartki są anonimowe.
- Zbierzcie kartki do pudełka, wymieszajcie i rozlosujcie je między uczestników.
- W dalszej części możesz wybrać jeden z dwóch wariantów:

Wariant I – uczestnicy czytają kolejno zdania, które wylosowali, a wszyscy zastanawiają się, jakie umiejętności pomogłyby osiągnąć pożądaną zmianę; dopisujemy tę umiejętność kończąc zdanie.

[2] Ten scenariusz jest stosowany w szkołach, które wprowadzają edukację nastawioną na kształtowanie umiejętności życiowych, jako punkt wyjścia do jej planowania wspólnie z uczniami. Uczniowie dokonując analizy porównawczej „jaki jestem" – „jaki chciałbym być" zastanawiają się wspólnie z nauczycielem, jakie umiejętności życiowe pomogły by zbliżyć się do „ja idealnego". Jest to sposób zapewniania aktywnego uczestnictwa uczniów w tej edukacji (danie im możliwości wyboru, nad jaką umiejętnością będą pracowali) oraz wzmacnianie ich poczucia koherencji (mam możliwość zmieniania siebie i rzeczywistości społecznej). Scenariusz może być wykorzystywany tylko wtedy, gdy nauczycielowi uda się zapewnić uczniom poczucie bezpieczeństwa.

Wariant II – poproś, aby pracując w parach postarali się dokończyć oba wylosowane zdania.

- Zróbcie listę umiejętności potrzebnych uczestnikom grupy. Zaproponuj plan działań, który umożliwiłby przyswajanie sobie tych umiejętności (Co można zrobić na lekcjach? Do czego zaprosi się specjalistów? Jaki uruchomić projekt? itp.).
- Zapytaj uczestników: Jaka jest ich ocena zajęć? Czy można je polecić innym nauczycielom? Jakie widzą argumenty „za" i „przeciw"?

Temat zajęć: „Autonomia"

Cel: zapoznanie z czynnikami mającymi wpływ na osiąganie autonomii, jako elementu dojrzałej osobowości.

- Przedstaw uczestnikom definicję autonomii (s. 437) i zaproś do dyskusji, na ile autonomia jest niezbędna w dorosłym życiu i czy wszyscy dorośli ją osiągają. Zachęć do podawania przykładów osób, które pomimo dojrzałego wieku nie osiągnęły odpowiedniego poziomu autonomii (na podstawie literatury, filmów lub obserwacji).
- Zachęć do refleksji indywidualnej. Zaproponuj, aby każdy narysował linię, na której zaznaczy w pewnych odstępach lata życia: 3, 7, 12 lat i wiek aktualny. Poproś, aby zastanowili się i zapisali, jaki był zakres spraw, za które mogli wziąć odpowiedzialność, w zapisanych latach życia. Poproś chętne osoby o przedstawienie swoich przemyśleń.
- Zaproś do pracy w zespołach 3–4-osobowych; ustal podział na grupy A i B, które będą pracowały nad dwoma zagadnieniami:
  - grupy A – będą miały za zadanie stworzenie hipotez wyjaśniających przykłady przedstawione w ćwiczeniu pierwszym (dorosłe osoby, które nie osiągnęły autonomii);
  - grupy B – będą podawały powody, dla których ich zdaniem dorośli ograniczają samodzielność i możliwości decydowania o sobie dzieci i młodzieży.
- Poproś o przedstawienie wyników pracy zespołów. Zapisz, jakie czynniki ograniczają osiąganie autonomii (bariery istniejące w osobie dziecka, bariery istniejące w środowisku).
- Zachęć do dyskusji, jak możemy w konstruktywny sposób ograniczać wpływ tych czynników.

Temat zajęć: „Normy i wartości a autonomia"

Cel: umożliwienie przeanalizowania znaczenia norm i wartości dla budowania autonomii.

Przebieg zajęć:

- Zaproponuj dyskusję na temat: Od czego zależy zaufanie, jakim dorośli obdarzają dzieci i młodzież?
- Zaproponuj debatę, w której uczestników podzielisz na dwie grupy. Jedna z grup będzie szukała argumentów przemawiających za tym, że podstawą zaufania może być wyznawanie przez obie strony tego samego systemu wartości. Zadaniem drugiej grupy będzie poszukiwanie argumentów, że podstawą zaufania jest respektowanie przyjętego systemu norm. Poproś osobę chętną o podsumowanie debaty i sformułowanie wniosków (wniosek powinien eksponować ważność obu tych grup czynników).
- Zaproponuj pracę domową: mój system wartości. Poinformuj, że wykonanie pracy ma na celu zdanie sobie sprawy z tego, na ile jasny, spójny jest mój własny system wartości. Zapewnij, że praca ta nie będzie przedmiotem analizy w klasie, ale poproś, aby uczniowie zaproponowali tematy do dyskusji, jakie nasuną im się w wyniku wykonywania pracy domowej. Gdyby nauczyciel zorientował się, że propozycja pracy domowej z tego zakresu spotyka się z oporem uczniów, warto zaproponować krótką debatę: „za" i „przeciw" wykonaniu pracy domowej „Mój system wartości".

Pytania/Zadania

1. Jaki jest wpływ struktur poznawczych: „ja idealne" i „jaźń odzwierciedlona" na rozwijanie poczucia własnej wartości dziecka?
2. Czy wychowanie dziecka w jasnym, ustalonym systemie wartości i norm pomaga mu, czy przeszkadza w osiągnięciu autonomii? Dlaczego?
3. Wyjaśnij wpływ doświadczeń związanych z zaspokajaniem potrzeb przynależności i niezależności na rozwijanie poczucia tożsamości i własnej wartości.
4. Jaki wpływ ma ocenianie kształtujące na rozwijanie poczucia własnej wartości ucznia?
5. Czy zgadzasz się z poglądem, że wysoka samoocena może spowodować u dziecka obniżenie motywacji do pracy (dziecko „spocznie na laurach")? Dlaczego?

Literatura zalecana

Black P. (2006) *Jak oceniać aby uczyć*, tłum. J. Dudkiewicz, Warszawa, Centrum Edukacji Obywatelskiej.

Speck O. (2005) *Być nauczycielem. Trudności wychowawcze w czasie zmian społeczno-kulturowych*, tłum. E. Cieślik, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Włodarski Z., Matczak A. (1998) *Wprowadzenie do psychologii. Podręcznik dla nauczycieli*, Warszawa, WSiP.

E. UMIEJĘTNOŚCI ŻYCIOWE

Maria Sokołowska

5.23. Umiejętności życiowe i ich kształtowanie w edukacji zdrowotnej i innych działaniach szkoły

Rozwijanie u uczniów umiejętności życiowych jest ważnym elementem edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia psychicznego w szkole. Na potrzebę włączenia tych zagadnień do programu szkolnego zwrócono uwagę w USA i Wielkiej Brytanii w latach 80. XX wieku. Zgromadzono wiele dowodów, że o pomyślnym życiu nie decyduje wyłącznie poziom wykształcenia i ogólny poziom inteligencji, ale również umiejętność radzenia sobie z emocjami i budowania motywacji (tzw. inteligencja emocjonalna) oraz umiejętność rozumienia innych ludzi i siebie samego (tzw. inteligencja personalna) (Goleman, 1997).

5.23.1. Definicja i rodzaje umiejętności życiowych

Termin „umiejętności życiowe" (ang. *life skills*) jest bardzo szerokim pojęciem. Zgodnie z propozycją WHO:

> **Umiejętności życiowe to „umiejętności (zdolności) umożliwiające jednostce pozytywne zachowania przystosowawcze, które pozwalają efektywnie radzić sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia** (WHO, 1993)

Umiejętności życiowe, zwane także **umiejętnościami psychospołecznymi**:
- mają znaczenie dla osiągnięcia przez człowieka satysfakcjonującego życia;
- pozwalają na poznanie samego siebie, swoich możliwości i ograniczeń, pomagają w rozwiązywaniu swoich problemów;
- decydują o możliwości świadomego i rozsądnego kierowania własnymi wyborami i podejmowania decyzji;
- są warunkiem budowania dobrych relacji z otoczeniem, sprzyjają aktywnemu uczestnictwu w życiu społecznym, a także radzeniu sobie na rynku pracy[1].

W dalszej perspektywie umiejętności te mogą pozwolić na realizację celów społecznych i politycznych (Tones, 2005). Umiejętności życiowe bywają też określane jako kompetencje do działania, chociaż można to też uznać za efekt kształtowania tych umiejętności.

[1] W opracowaniach na temat umiejętności życiowych pojawia się też grupa „umiejętności zarabiania na życie" (ang. *livelihood skills*), a wśród nich: umiejętność poszukiwania pracy, rozmawiania z przyszłym pracodawcą, obserwacji i analizy rynku pracy itp. Te dwie grupy umiejętności traktuje się jako komplementarne i zaleca się traktowanie ich całościowo – *Life skills and livelihood skills education in out – of school settings* UNICEF, 2001.

Rodzaje umiejętności życiowych

W piśmiennictwie wymienia się wiele rodzajów umiejętności życiowych, które klasyfikuje się według różnych kryteriów. Przykładami są dwie klasyfikacje: zaproponowana przez WHO i UNICEF.

W **klasyfikacji zaproponowanej przez WHO** wyróżniono trzy podstawowe grupy umiejętności życiowych (WHO, 2003):

1. **Komunikacja i umiejętności interpersonalne** – komunikacja werbalna i niewerbalna; negocjacje; asertywność; budowanie empatii; współpraca i praca w grupie; rzecznictwo (ang. *advocacy*).
2. **Podejmowanie decyzji i krytyczne myślenie** – gromadzenie informacji; ocena różnych rozwiązań problemu, z uwzględnieniem przewidywania konsekwencji dla siebie i społeczeństwa; analiza wpływu wartości i postaw na motywy działania swoje i innych.
3. **Kierowanie sobą** – budowanie poczucia własnej wartości; samoświadomość w zakresie własnych praw, postaw, wyznawanych wartości, mocnych i słabych stron; określanie celów, samoobserwacja i samoocena; kierowanie emocjami (radzenie sobie z gniewem, lękiem, stratą); radzenie sobie ze stresem (zarządzanie czasem, pozytywne myślenie, techniki relaksacyjne).

Klasyfikacja opracowana przez UNICEF[2] zawiera pięć grup umiejętności:

1. **Interpersonalne** – empatia, aktywne słuchanie, przekazywanie i przyjmowanie informacji zwrotnych, porozumiewanie się werbalne i niewerbalne, asertywność odmawianie, negocjowanie, rozwiązywanie konfliktów, współdziałanie, praca w zespole.
2. **Budowanie samoświadomości** – samoocena, identyfikacja swoich mocnych i słabych stron, pozytywne myślenie, budowanie pozytywnego obrazu własnej osoby i ciała.
3. **Budowanie własnego systemu wartości** – rozumienie różnych norm społecznych, przekonań, kultur, tolerancja, tworzenie własnej hierarchii wartości, postaw i zachowań, przeciwdziałanie dyskryminacji i stereotypom.
4. **Podejmowanie decyzji** – twórcze i krytyczne myślenie, rozwiązywanie problemów, identyfikacja ryzyka dla siebie i innych, poszukiwanie alternatyw, przewidywanie konsekwencji własnych działań i zachowań, stawianie sobie celów.
5. **Radzenie sobie i kierowanie stresem** – samokontrola, radzenie sobie z presją, gospodarowanie czasem, radzenie sobie z lękiem i sytuacjami trudnymi, poszukiwanie pomocy.

[2] Klasyfikację tę zaprezentowano w czasie warsztatów „Life skills training programme" WHO, UNICEF – Bratysława, 2000 (za: Woynarowska, 2002a).

Propozycja zajęć

Temat zajęć: **„Definicja i rodzaje umiejętności życiowych"**

Uczestnicy: uczniowie w wieku 12–18 lat[3], nauczyciele, rodzice.

Realizatorzy: realizatorem w odniesieniu do nauczycieli i rodziców może być dyrektor, pedagog szkolny lub koordynator ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna", w odniesieniu do uczniów – wychowawcy klas.

Cele:
– przedstawienie podstawowych informacji na temat umiejętności życiowych i uświadomienie ich ważności w rozwoju jednostki;
– przedyskutowanie potrzeby i możliwości włączenia tej problematyki do działań szkoły.

Przebieg zajęć:
Zajęcia pierwsze: zapoznanie przedstawicieli społeczności szkolnej z pojęciem „umiejętności życiowe" i umożliwienie dyskusji na temat miejsca w programie szkolnym edukacji służącej rozwijaniu tych umiejętności.

- Zaproponuj nauczycielom, uczniom i rodzicom wzięcie udziału w dyskusji na temat potrzeby prowadzenia w szkole edukacji służącej rozwijaniu umiejętności życiowych. Jeśli uczestnikami zajęć są tylko nauczyciele, można zaproponować, aby podzielili się na grupy i aby część z nich przyjęła rolę reprezentanta innej grupy społeczności szkolnej: uczniów i rodziców.
- Przedstaw definicję umiejętności życiowych i przykład jednej z klasyfikacji.
- Zaproponuj pracę w osobnych grupach nauczycieli, rodziców, uczniów w celu znalezienia argumentów „za" i „przeciw" stwierdzeniu: „Szkoła jest odpowiednim miejscem do kształtowania umiejętności życiowych".
- Zaproś grupy do przedstawienia swoich argumentów i chętne osoby do sformułowania wniosków.
- Przedstaw własne argumenty na podstawie preambuły do podstawy programowej kształcenia ogólnego[4].

Zajęcia drugie: określenie możliwości realizacji w szkole edukacji nastawionej na kształtowanie umiejętności życiowych.

- Zachęć uczestników do utworzenia 3–4-osobowych zespołów, które wybiorą z listy kilka umiejętności życiowych i przeanalizują różne sytuacje szkolne, w których można kształtować daną umiejętność (Co już robimy? Co jeszcze można zrobić?).

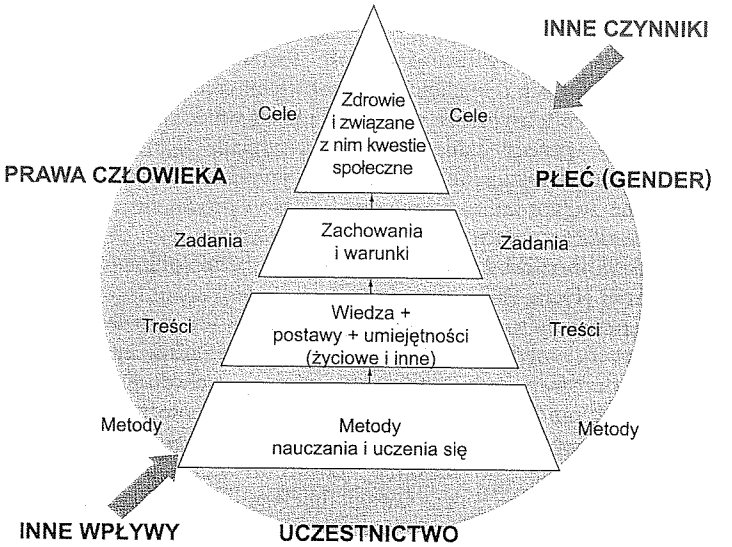
[3] Umiejętności życiowe rozwijane powinny być także u młodszych dzieci jednak pracę z nimi zaczynamy od ćwiczenia określonych umiejętności. Przykładem programu kształtowania umiejętności dzieci w wieku przedszkolnym jest program „Przyjaciele Zippiego", upowszechniany przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie (Stępniak, 2006).

[4] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2002, nr 51, poz. 458).

- Zaproś do zaprezentowania wyników pracy zespołów i ustalenia wniosków, jakie nasuwają się w wyniku tej prezentacji. Zapiszcie te wnioski.
- Zachęć do zaplanowania kroków, które posłużą rozwijaniu umiejętności życiowych uczniów w praktyce szkolnej.

5.23.2. Planowanie edukacji służącej kształtowaniu umiejętności życiowych

Model służący planowaniu edukacji ukierunkowanej na kształtowanie umiejętności życiowych, zaproponowany przez WHO przedstawiono na ryc. 5.7. Pokazuje on, że rozwijanie tych umiejętności nie jest celem samym w sobie, ale ma prowadzić do zmiany zachowań jednostek oraz warunków ich życia, aby w efekcie osiągnąć optymalny poziom zdrowia i stosunków społecznych (wierzchołek trójkąta).



Ryc. 5.7. Model służący planowaniu edukacji, ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności życiowych (WHO, 2003, s. 7)

W środkowej części modelu znajduje się piramida, której podstawę stanowią **metody nauczania i uczenia się**, co oznacza, że istotnym warunkiem pomyślności tej edukacji jest odpowiedni dobór metod i strategii pracy z uczniami. Niezbędne jest spełnienie dwóch warunków:

1. Edukacja nastawiona na kształtowanie umiejętności życiowych powinna być: **częścią wszechstronnej edukacji zdrowotnej i być zintegrowana z całością działań dydaktyczno-wychowawczych szkoły**. Ćwiczenie wybranych umiejęt-

ności powinno być związane z określonym kontekstem społecznym i odbywać się w konkretnej sytuacji szkolnej. Kontekst społeczny dotyczy zarówno zagrożeń, z którymi spotyka się uczeń (np. używanie substancji psychoaktywnych czy agresja), jak i aspektów pozytywnych (np. realizacji zadań rozwojowych, planów życiowych). Kontekst społeczny pozwala zrozumieć, jakie znaczenie ma posiadanie określonych umiejętności w konkretnej, naturalnej sytuacji życiowej. Ważne jest jednak również to, aby zachęcić ucznia do oderwania się od analizowanego kontekstu i spojrzenia na przydatność danej umiejętności w różnych innych sytuacjach i okolicznościach, co ma pomóc w transferze tych umiejętności do codziennego życia (Dam, 2002);

2. W procesie kształtowania umiejętności życiowych, podobnie jak w całej edukacji zdrowotnej, niezbędne jest stosowanie **interaktywnych metod nauczania** (s. 176).

Decydującym warunkiem wykorzystania tych umiejętności w codziennym życiu jest świadome i intencjonalne podjęcie danej aktywności, co jest uzależnione od takich czynników, jak:

– danie uczniowi prawa wyboru aktywności, związanej z obszarem, który uznaje za ważny z punktu widzenia realizacji jego osobistych celów;

– zaangażowanie refleksyjności uczniów: muszą mieć możliwość zrozumienia danego zagadnienia, przemyślenia, podania własnych komentarzy, przykładów; powinni być zachęcani, a także zdolni, otwarcie wypowiedzieć się; powinni poznawać nie tylko określone zagadnienie, ale również własny proces uczenia się, czyli mieć szansę doświadczenia tego, co nazywamy metapoznaniem;

– danie uczniowi możliwości podejmowania i wyboru rodzaju działań w ramach edukacji zdrowotnej (Dam, 2002).

Drugie piętro piramidy to **treści** edukacji. Wskazano tu, że nie można rozdzielać trzech elementów, tj. wiedzy, postaw i umiejętności, gdyż tylko uwzględnienie wszystkich może doprowadzić do oczekiwanej zmiany zachowań.

Zewnętrzną część modelu stanowi koło pokazujące społeczny kontekst kształtowania umiejętności życiowych. Oznacza to, że planując edukację poświęconą kształtowaniu tych umiejętności nie wystarczy skoncentrować się na celach, treściach i metodach tego procesu, ale należy uwzględnić jego szeroki kontekst, obejmujący trzy podstawowe odniesienia do: **praw człowieka**, kulturowych uwarunkowań związanych z płcią (**gender**) oraz problematyki aktywnego **uczestnictwa** osoby, której dotyczy proces edukacyjny.

Kształtowanie umiejętności życiowych uczniów świetle Konwencji o Prawach Dziecka

Niezwykle ważne jest uświadomienie nauczycielom, że kształtowanie umiejętności życiowych w praktyce szkolnej nie jest przelotną modą, ale wynika z Konwencji o Prawach Dziecka. Zgodnie z art. 29 Konwencji „nauka dziecka będzie ukierunkowana na: a) rozwijanie, w jak najpełniejszym zakresie osobowości, talentów oraz zdolności umysłowych i fizycznych dziecka; [...] d) przygotowanie dziecka do odpowiedzialnego

życia w wolnym społeczeństwie [...]". Zapisy te jednoznacznie wskazują, że koncentrowanie się na przygotowaniu dziecka do następnego etapu edukacji i organizowanie całości procesu edukacyjnego pod kątem czekającego go egzaminu nie wypełnia całości zadań, jakie wynikają dla szkoły z Konwencji o Prawach Dziecka.

Umiejętności życiowe w kontekście kulturowych uwarunkowań związanych z płcią (gender)

Określenie *gender*, pochodzące z języka angielskiego, trudno jest przetłumaczyć na język polski. Termin ten oznacza, że określona płeć może determinować doświadczenia życiowe danej osoby, nie tylko z powodu czynników biologicznych, ale także oddziaływań społecznych, które są uwarunkowane historycznie i kulturowo[5]. Doświadczenia te łączą się ze stereotypami, zarówno w obrębie oczekiwań społecznych wobec tych osób, jak i stwarzanych im możliwości rozwoju.

Żyjemy w czasach, w których zmieniają się modele męskości i kobiecości (Arcimowicz, 2003). Duży na to wpływ miał rozwój psychologii humanistycznej, która przyczyniła się do rozbijania stereotypów w tym zakresie. Według A. Maslowa (1990) jego model hierarchii potrzeb jest uniwersalny i dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Uważał on, że podstawowym warunkiem zdrowia jest możliwość poszukiwania własnej drogi samorozwoju, czyli podejmowania takich ról społecznych, w których jednostka może realizować swoje potencjały. Takie podejście jest sprzeczne z tradycyjnym modelem męskości, „w ramach którego mężczyzna musi realizować stały repertuar ról, niezależnie od swoich aspiracji i pragnień" (Arcimowicz, 2003, s. 40). Według C. Rogersa edukacja często wzmacnia stereotypy i postawy konformistyczne, utrudniając samorealizację, a to z kolei wpływa negatywnie na jakość naszych kontaktów z innymi. Wyraźnie negatywny jest w tym zakresie również wpływ mediów. Dlatego tak ważne jest, aby w procesie kształtowania umiejętności życiowych w szkole ta bariera rozwojowa nie tylko nie była wzmacniana, ale na tyle, ile jest możliwe – łagodzona, a przynajmniej brana pod uwagę.

Uczestnictwo uczniów jako cel i sposób realizacji edukacji zdrowotnej

Uczestnictwo uczniów jest podstawowym warunkiem skuteczności wszystkich obszarów edukacji zdrowotnej, w tym także ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności życiowych. Można je rozważać w dwóch aspektach: **jako cel edukacji** oraz **jako środek do celu**.

Kompetentne uczestnictwo w życiu społecznym jako cel edukacji

Uczestnictwo to rozważa się przede wszystkim z punktu widzenia **transferu**, który oznacza, że uczeń będzie stosował nabytą w szkole wiedzę i umiejętności w różnych, nowych sytuacjach, głównie poza szkołą, teraz i w przyszłości, a tym samym będzie aktywnym i kompetentnym uczestnikiem życia społecznego (Dam, 2002). Biorąc pod

[5] Od lutego 1996 r. na Uniwersytecie Warszawskim prowadzone są studia podyplomowe: Gender studies – społeczno-kulturowa tożsamość płci.

uwagę cele edukacji, argumenty na rzecz uczestnictwa znajdujemy również w teorii rozwoju moralnego J. Piageta i L. Kohlberga: „Współudział zmusza [...] jednostkę do zajmowania cudzego punktu widzenia, aby porównać go z własnym, a tym samym uczy [...] podejmowania ról. Jedynie wtedy możliwe jest wykształcenie się moralności autonomii" (za: Jakubowska-Branicka, 2003) Podobne argumenty przedstawia amerykański psycholog R. Hart (2002, s. 38): „Uczestnictwo umożliwia dzieciom rozwijanie autonomii i odpowiedzialności, nie prowadząc do zależności, ale pomagając im zrozumieć niezależność. To z kolei pomoże im stać się odpowiedzialnymi obywatelami, w tym za zdrowie własne i innych ludzi".

Uczestnictwo w procesie edukacyjnym jako środek do celu

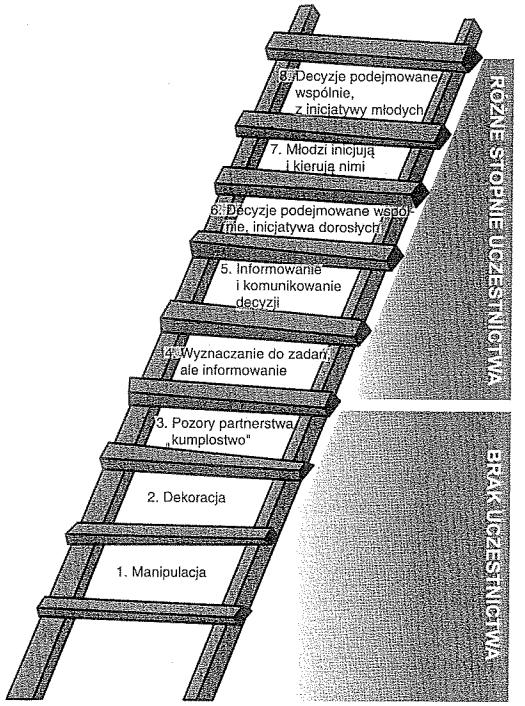
Przygotowując młodego człowieka do kompetentnego i odpowiedzialnego udziału w życiu społecznym w przyszłości, konieczne jest umożliwienie mu aktywnego działania już w okresie nauki szkolnej. We współczesnej literaturze można znaleźć argumenty przemawiające za tym, że nie każda aktywność jest rzeczywistym uczestnictwem, które wynika z osobistych motywacji, wpływa na postawy i zachowania.

Termin „uczestniczyć", według słownika języka polskiego, oznacza „współdziałać w jakiejś akcji" lub „mieć swój udział, swoją część". Można więc uznać, że są to dwa podstawowe kryteria pozwalające ocenić adekwatność naszej oferty, skierowanej do młodych: Czy pozwala im współdziałać i mieć własny obszar do zagospodarowania?

Przydatną ilustracją różnych form kontaktów dorosły–młody jest „drabina uczestnictwa", zaproponowana przez R. Harta (ryc. 5.8).

Brak uczestnictwa młodych prezentują trzy najniższe szczeble drabiny. Pierwszy z nich to **manipulacja**, częsta w kontaktach dorosły–młody, kiedy ten drugi wykorzystywany jest do realizacji celów pierwszego. Najbardziej spektakularnym przykładem jest źle działający samorząd szkolny – osoby teoretycznie reprezentujące interesy młodych tak naprawdę wykonują zadania, z którymi dorośli mają problem, młodzi często nieświadomie są ich „prawą ręką". Drugi szczebel to młodzi wykorzystywani jako **dekoracja**, w czasie imprez czy uroczystości: śpiewają, deklamują, witają, wskazują drogę, chociaż nie przynosi im to satysfakcji, nie wynika z ich osobistych potrzeb czy ochoty, łączy się z poczuciem, że woleliby robić w tym czasie zupełnie co innego. Na tym poziomie młody wspiera dorosłego w realizacji jego celów, chociaż może bardziej świadomie. Trzeci szczebel, określony jako **pozory partnerstwa**, przedstawia relacje, których podstawową cechą jest brak autentyzmu, szczególnie ze strony dorosłego. Stosuje on „politykę drobnych ustępstw", która nie ma nic wspólnego z odnoszeniem się do rzeczywistych potrzeb młodego człowieka. Stwarza się pozory, że młodzież może się w jakiejś sprawie wypowiedzieć, ale tak naprawdę nie ma ona wpływu na przebieg realizowanego działania.

Różne stopnie rzeczywistego uczestnictwa młodych we współpracy z dorosłymi prezentują wyższe (4–8) szczeble drabiny. Czwarty poziom to działania inicjowane przez dorosłego, ale połączone z **pełną informacją** o planowanym przedsięwzięciu, wraz z wyjaśnieniem roli, jaką może w nim odegrać młody człowiek.



Ryc. 5.8. „Drabina uczestnictwa" młodych ludzi (Hart, 2002, s. 39)

Najwyższy, ósmy poziom, to **wspólne podejmowanie decyzji dotyczących przedsięwzięć zainicjowanych przez młodych ludzi.**

Warto podkreślić, że na żadnym z tych szczebli nie mamy do czynienia z całkowitym „przekazaniem pola" młodym ludziom. Nawet tam, gdzie oni są pomysłodawcami określonych działań, zaangażowanie nauczyciela jest ważnym i niezbędnym elementem edukacji.

Propozycje zajęć

Temat zajęć: „Umiejętności życiowe a Konwencja o Prawach Dziecka"

Uczestnicy: nauczyciele, uczniowie, rodzice.

Cel: wskazanie ważności edukacji nastawionej na kształtowanie umiejętności życiowych do realizacji Konwencji o Prawach Dziecka.

Przebieg zajęć:

- Zapoznaj uczestników z art. 29 Konwencji o Prawach Dziecka.

- Zaproponuj dyskusję w zespołach 4–6-osobowych, w celu poszukiwania odpowiedzi na dwa pytania:
  - Dlaczego w dokumencie użyto takich sformułowań?
  - Czy wprowadzilibyście poprawki w zapisie tego artykułu, gdyby to od was zależało? (argumenty „za" i „przeciw").
- Poproś o dokonanie podsumowania i przedstawienia wniosków z dyskusji. Zastanówcie się, jakie znaczenie może mieć kształtowanie umiejętności życiowych dla realizacji Konwencji o Prawach Dziecka.

Temat zajęć: „**Stereotypy związane z płcią**"

Uczestnicy: młodzież w wieku 12–19 lat, nauczyciele.

Cel: przedyskutowanie, jaki wpływ mogą mieć kulturowe stereotypy związane z płcią na rozwijanie umiejętności życiowych chłopców i dziewcząt.

Przebieg zajęć:

- Poproś uczestników o stworzenie listy zajęć, które uważają się za typowo męskie, typowo kobiece oraz neutralne, i zapisanie ich na osobnych kartkach (możesz przygotować trzy różne ich kolory). Przedyskutujcie, czy to zadanie było łatwe, czy trudne i jakie wnioski się nasuwają po wykonaniu tego ćwiczenia.
- Poproś o wylosowania kartek w ten sposób, aby kobiety (dziewczęta) wylosowały jedną z zestawu „męskiego", zaś mężczyźni (chłopcy) – z zestawu „kobiecego". Poproś o wykonanie następującego zadania: Wyobraź sobie, że ktoś ocenił, że jesteś wyjątkowo dobra/y w działaniu opisanym na kartce. Czy chciałabyś/łbyś, aby to zostało podane do publicznej wiadomości? Oceń to na skali 5-punktowej od: 5 = zdecydowanie tak, do 1 = zdecydowanie nie. Uwaga: z literatury wynika, że odniesienie sukcesu w dziedzinie uważanej za nietypową dla własnej płci najczęściej nie stanowi pozytywnego wzmocnienia.
- Porozmawiajcie, jakie były odpowiedzi i jakie nasuwają się wnioski dotyczące edukacji ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności życiowych.

Temat zajęć: „**Drabina uczestnictwa**"

Uczestnicy: nauczyciele, uczniowie, rodzice.

Cel: umożliwienie uczestnikom zrozumienia istoty i możliwości osiągnięcia rzeczywistego uczestnictwa uczniów w działaniach z dorosłymi.

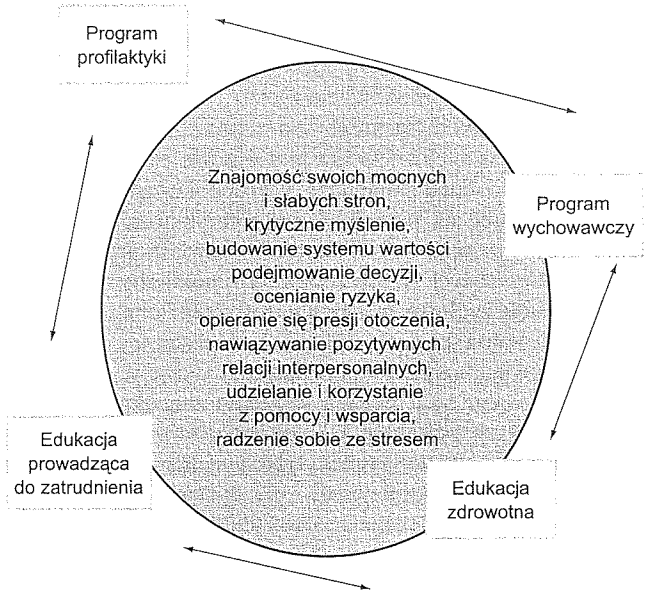
- Pokaż uczestnikom „drabinę uczestnictwa" (ryc. 5.8) i wyjaśnij, co przedstawia.
- Zaproponuj pracę w 3–4-osobowych zespołach polegającą na podaniu przykładów ilustrujących poszczególne szczeble drabiny (najlepiej znane z praktyki, ewentualnie wymyślone).
- Poproś o zaprezentowanie wyników pracy zespołów.
- Przedyskutujcie, czy i jak można zwiększyć liczbę działań znajdujących się na górnych szczeblach drabiny.

5.23.3. Możliwości kształtowania umiejętności życiowych w polskiej szkole

Zgodnie z aktualnym prawem oświatowym szkoła ma przygotowywać ucznia nie tylko do kolejnego etapu edukacji, ale także do radzenia sobie w życiu. W preambule podstawy programowej kształcenia ogólnego zapisano: „edukacja szkolna polega na harmonijnej realizacji zadań z zakresu nauczania, kształcenia umiejętności i wychowania". W dokumencie tym wymienia się m.in. takie umiejętności, jak: skuteczne porozumiewanie się, budowanie więzi międzyludzkich, rozwiązywanie konfliktów społecznych, twórcze myślenie i rozwiązywanie problemów.

Wprowadzenie do programu szkolnego ścieżek edukacyjnych (międzyprzedmiotowych), w tym edukacji prozdrowotnej, to jedna z możliwości realizowania w praktyce tych ważnych założeń, ponieważ istotnym elementem edukacji zdrowotnej jest właśnie kształtowanie umiejętności życiowych. Ścieżki te pozwalają łączyć, nadać bardziej całościowy, zintegrowany charakter różnym zadaniom szkoły: zarówno wychowawczym, profilaktycznym, jak i przygotowania do zatrudnienia (ryc. 5.9).

Umiejętności życiowe są uwzględnione w większości programów profilaktycznych. Ważne, aby na terenie szkoły mogły one tworzyć całość, aby nie była to mozaika różnych programów zajmujących się oddzielnie zapobieganiem narkomanii, alkoholizmowi, HIV/AIDS, wypadkom, nowotworom itd. We wszystkich tych zagadnieniach



Ryc. 5.9. Kształtowanie umiejętności życiowych uczniów w różnych działaniach szkoły

potrzebne są uczniowi, co prawda, inne informacje, ale te same umiejętności życiowe, do których należą m.in.: krytyczne myślenie, podejmowanie decyzji, ocenianie ryzyka, opieranie się presji otoczenia, dawanie wsparcia i korzystanie z niego. Większość zachowań ryzykownych powiązana jest ze sobą, jedne zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia innych, np. palenie papierosów współistnieje z piciem alkoholu i używaniem narkotyków (s. 487). Uzasadnia to konieczność tworzenia całościowej oferty w zakresie programu wychowawczego i profilaktycznego szkoły. Możliwości takie stwarza m.in. obowiazek tworzenia w szkole, obok programu wychowawczego, także programu profilaktyki[6]. Podejście to jest akceptowane również przez środowiska profilaktyczne. Na przykład od 1998 r. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii rozwijają koncepcję profilaktyki problemowej, w miejsce dotychczasowej profilaktyki problemów alkoholowych i profilaktyki narkomanii (Prajsner, 2000).

Strategia wprowadzania do szkół podejścia ukierunkowanego na kształtowanie umiejętności życiowych uczniów została opracowana w ramach projektu pilotażowego, realizowanego w latach 2001 i 2002, przez Pracownię Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia Krajowego Ośrodka Wspierania Edukacji Zawodowej, we współpracy z Europejską Siecią Szkół Promujących Zdrowie, WHO i UNICEF oraz Wydziałem Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego. Uczestniczyło w nim 41 nauczycieli z 12 szkół, którzy zorganizowali zajęcia dla 1708 uczniów, z 60 klas. Przeprowadzona ewaluacja wykazała, że uczniowie i nauczyciele bardzo pozytywnie ocenili zaproponowaną strategię, która uwzględniała potrzebę traktowania uczniów jako aktywnych partnerów w procesie planowania i realizacji edukacji ukierunkowanej na kształtowanie ich umiejętności życiowych[7].

Podstawowym założeniem tej strategii jest uznanie, że decyzja o podjęciu pracy nad wybraną umiejętnością życiową w klasie nie może być decyzją nauczyciela (czy specjalisty), ale wynikać powinna z diagnozy, której dokonają wszyscy zainteresowani. Diagnoza ma odpowiedzieć na pytanie: Jakie umiejętności życiowe są najbardziej potrzebne danej grupie młodzieży? Ocena ich przydatności dokonywana ma być z punktu widzenia następujących trzech zmiennych: **potrzeby** związane z przebiegiem rozwoju, typowe **sytuacje życiowe**, w jakich uczestniczy dorastający, oraz jego **zachowania ryzykowne** (Sokołowska i in., 2002b). Uczestniczący w warsztatach nauczyciele, a potem uczniowie, doszli do podobnych wniosków, że wiele umiejętności życiowych jest równie ważnych z punktu widzenia zaspokajania potrzeb, radzenia sobie w typowych sytuacjach życiowych, jak i ograniczania zachowań ryzykownych. Za uniwersalne umiejętności uznane zostały: trafna samoocena (identyfikacja swoich mocnych i słabych stron), porozumiewanie się z innymi, radzenie sobie ze stresem, współpraca w grupie, stawianie sobie celów i dążenie do ich osiągnięcia, rozwiązywanie konfliktów. Wiele programów profilaktycznych opiera się na podobnych założeniach, jednak istotne było, że uczestnicy sami doszli do takiego stwierdzenia.

[6] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych statutów przedszkola oraz szkoły publicznej (Dz. U. 2002, nr 10, poz. 90).

[7] Sprawozdanie z realizacji projektu znajduje się w zeszycie „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole" 2002, z. 5.

W procesie edukacyjnym, który ma pomóc młodym ludziom w nabyciu umiejętności życiowych, kluczową kwestią jest odejście od zasady: „ja (dorosły) wiem lepiej, co jest ci potrzebne", oraz przezwyciężenie schematów myślowych typu: „umiejętność odmawiania potrzebna jest w sytuacji, gdy mnie częstują papierosem".

Zasady realizowania w szkole edukacji ukierunkowanej na kształtowanie umiejętności życiowych

Zgodnie z propozycją WHO szkoła, która chce prowadzić skuteczną edukację ukierunkowaną na kształtowanie umiejętności życiowych, powinna (WHO, 2003):

- umożliwić każdemu wzbogacanie percepcji siebie i innych;
- ułatwiać poznawanie siebie nawzajem i budować pozytywne relacje;
- wspierać współpracę, a nie rywalizację;
- tworzyć okazje, dzięki którym uczniowie i nauczyciele będą mogli rozpoznawać i doceniać indywidualne umiejętności i wzmacniać poczucie własnej wartości;
- rozwijać umiejętności słuchania i porozumiewania się;
- tworzyć okazję do zajmowania się trudnymi, drażliwymi sprawami;
- budować tolerancję i zrozumienie dla indywidualnych potrzeb;
- wzmacniać kreatywność i innowacyjność.

Zasady te pokazują, jak należy rozumieć integrowanie edukacji, o której mowa, z całością działań dydaktyczno-wychowawczych szkoły i niewątpliwie nie budzą zastrzeżeń. Należy jednak zatrzymać się na jednej z nich, dotyczącej **wspierania współpracy, a nie rywalizacji**. Elementy rywalizacji wykorzystywane są często jako sposób motywowania młodych ludzi do działania. Różne formy konkursów, opartych na rywalizacji, traktowane są zwyczajowo w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jako sposoby aktywizowania uczniów. Bardzo wyraźnie należy podkreślić, że jest to jeden ze szkodliwych mitów. Wzięcie udziału w konkursie nie ma najczęściej nic wspólnego z rzeczywistym uczestnictwem, gdyż jest wynikiem manipulacji. Rywalizacja i nagrody powodują, że zajęcie się określonym zagadnieniem nie wynika z przemyśleń lub potrzeb młodego człowieka, ale jest skutkiem decyzji organizatora konkursu. W dodatku, konkurs wyklucza możliwość uczestnictwa dzieci mniej zdolnych lub z niską samooceną. Znacznie bardziej wartościowe są warsztaty, debaty, dyskusje i inne zajęcia, w trakcie których uczniowie współpracując ze sobą wymieniają myśli, mogą pracować nad konkretnymi zagadnieniami z zakresu promocji zdrowia. Nie wyklucza to dania im możliwości wypowiadania się przez różne formy twórczości (np. poezja, rysunek, drama), jednak nie po to, aby wygrać, ale wypowiedzieć się w sprawie, którą sami uznają za ważną.

Negatywny aspekt włączania rywalizacji do promocji zdrowia pokazuje wynik eksperymentu, w którym porównywano efektywność pracy mającej rozwijać sprawność fizyczną uczniów w sytuacji rywalizacji i współpracy. W przypadku rywalizacji nastąpiła poprawa sprawności fizycznej, ale obraz „ja" uległ pogorszeniu. W sytuacji współpracy nastąpiła poprawa, zarówno sprawności fizycznej, jak i obrazu „ja" (Dembo, 1997).

Jest to jeszcze jeden dowód konieczności traktowania edukacji nastawionej na rozwijanie umiejętności życiowych uczniów jako integralnego elementu całego procesu dydaktyczno-wychowawczego.

Edukacja służąca kształtowaniu umiejętności życiowych wymaga spełnienia wielu warunków dotyczących stosowanych metod, podmiotowego traktowania ucznia oraz zgodności nauczanych treści z praktyką pedagogiczną. Zależności te zostaną wykazane dalej na przykładzie umiejętności myślenia krytycznego i myślenia twórczego, wykorzystywanego w procesie podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów oraz umiejętności prawidłowej komunikacji interpersonalnej.

5.24. Rozwijanie u uczniów wybranych umiejętności życiowych

Omówienie wszystkich umiejętności życiowych, które warto byłoby rozwijać u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, przekracza objętość tej książki. Wybrano niektóre z nich, wzajemnie ze sobą powiązane i szczególnie ważne dla dokonywania wyborów służących zdrowiu.

5.24.1. Myślenie krytyczne i podejmowanie decyzji

Przygotowanie dziecka do odpowiedzialnego podejmowania decyzji wymaga rozwijania umiejętności myślenia krytycznego i myślenia twórczego.

Myślenie krytyczne definiowane jest jako „myślenie ukierunkowane na podjęcie decyzji [...] w co wierzyć lub co robić" (Dembo, 1997, s. 127)

W tym typie myślenia wykorzystujemy różne informacje, które już istnieją, a podjęcie decyzji jest dokonywane na podstawie: analizy argumentów, oceny wiarygodności źródeł informacji oraz logicznego myślenia (wnioskowanie, dedukcja/indukcja). Tam, gdzie nie ma gotowej, z góry znanej odpowiedzi, niezbędne jest **myślenie twórcze** (s. 461). Im bardziej zmienne są warunki życia, tym większego znaczenia nabiera myślenie twórcze, a czasy, w których dorasta współczesna młodzież, są czasami szybkich i różnorodnych zmian.

Zdecydowana większość decyzji podejmowanych przez człowieka jest związana z ryzykiem. Z dużym prawdopodobieństwem możemy powiedzieć, że każdy z wyborów prowadzi do wyniku, który z jakiegoś punktu widzenia jest niekorzystny (Kozielecki, 1977). Dlatego, pomagając młodym ludziom podejmować możliwie najbardziej racjonalne decyzje, pozwalamy im dostrzec zarówno pozytywne, jak i negatywne strony konkretnego wyboru. Dla dorosłych skutkiem decyzji o niepaleniu papierosów będzie przede wszystkim pozytywny efekt zdrowotny, zaś dla młodych ludzi będzie to ryzyko utracenia kontaktu z rówieśnikami. Tylko wszechstronna analiza całej sytuacji

może umożliwić podjęcie racjonalnej decyzji. Wymaga to przejścia podanych kroków, stanowiących etapy podejmowania ryzykownych decyzji (Kozielecki, 1977).

Krok 1. Stworzenie jasnego obrazu sytuacji decyzyjnej

Punktem wyjścia jest uświadomienie sobie, że podejmuje się decyzję w takiej a takiej sprawie. Ważne jest również, aby osoba podejmująca decyzję miała jasny ogląd, jakie informacje wykorzysta przy dokonaniu takiego, czy innego wyboru i jakie są podstawy wiarygodności tych informacji. Wówczas można mówić o rzeczywistej decyzji, a nie o działaniu przypadkowym.

Krok 2. Wartościowanie wyników

Polega ono na oszacowaniu, jaka jest ich **użyteczność** dla podejmującego decyzję. Użyteczność to wartość subiektywna, która wyznaczona jest zarówno przez stan zaspokojenia potrzeb jednostki, jak i przez jej system wartości (na ile efekt konkretnego wyboru może zaspokoić potrzeby lub zapewnić realizację celów tej osoby).

Informacje, jakimi dysponuje osoba podejmująca decyzję, mają różną **wiarygodność**. Wyróżnia się kilka stopni wiarygodności, zależnych od tego, na czym opieramy przekonanie o prawdziwości informacji. Może być to prawdziwość sprawdzalna, tzn. potwierdzona badaniami, pomiarami lub oparta na: doświadczeniu własnym, lub cudzym, powszechnej opinii lub autorytecie (de Bono, 1994). Podejmujący decyzję powinien umieć określić, na czym opiera przekonanie o wiarygodności informacji, jak też oszacować, w jakim stopniu może tym informacjom zaufać przy dokonywaniu wyboru.

Wartościowanie wyników może być dodatkowo utrudnione istnieniem **konfliktu interesów**. W sytuacji decyzyjnej możemy się spotkać z następującymi typami konfliktu interesów (Kozielecki, 1977):

– dążenie z dążeniem – konieczność wyboru jednej z dwóch atrakcyjnych możliwości („osiołkowi w żłoby dano");

– dążenie z unikaniem – podejmowanie decyzji wtedy, gdy dany wybór niesie ze sobą zarówno pozytywne, jak i negatywne efekty („nie ma róży bez kolców");

– unikanie z unikaniem – konieczność wyboru jednej z dwóch negatywnych możliwości, tzw. mniejszego zła („między młotem a kowadłem").

Krok 3. Przewidywanie, jakie warunki mogą determinować oczekiwane wyniki

Im bardziej złożona jest decyzja, czyli pociąga za sobą większe skutki, tym bardziej jest ona ryzykowna. Warto przewidywać, co może wpłynąć na ostateczny efekt naszego wyboru. Jeśli na wycieczce uczniowie zastanawiają się, czy wybrać drogę krótszą czy ciekawszą, to powinni brać pod uwagę nie tylko swoje aktualne potrzeby (nie męczyć się/zobaczyć coś ciekawego), ale także np. pogodę.

Krok 4. Wybór alternatywy

Wybór alternatywy można uznać za rzeczywiste podjęcie decyzji, jeśli jest ono efektem przedstawionej wyżej analizy. Jednak i w tym przypadku o naszym wyborze mogą zadecydować następujące, często nieświadome, prawidłowości psychologiczne:

- **Zewnętrzne ograniczenia wyboru którejś z alternatyw zwiększają jej atrakcyjność** („zakazany owoc"). Szczególnie młodzi ludzie powinni zdawać sobie sprawę, że na pewne wybory decydują się nie dlatego, że są one same w sobie atrakcyjne, ale dlatego, że ktoś im ich wzbrania. Jeśli nie mamy takiej świadomości, możemy być poddani manipulacji: ktoś pozornie zabroni nam czegoś, co chciałby abyśmy zrobili;
- **Bardziej ryzykowne są decyzje podejmowane w grupie**. Fakt ten jest tłumaczony następującymi mechanizmami: w grupie odpowiedzialność rozkłada się na poszczególnych jej członków, zwolennikiem większego ryzyka bywa przywódca, opłacalne ryzyko jest pozytywnie oceniane w społeczeństwie. Wymienia się też inne mechanizmy rządzące myśleniem grupowym, jak: konformizm, „hurra-optymizm", tendencyjna selekcja informacji, przekonanie o wszechmocy grupy. W decyzjach grupowych szczególnie istotne jest poprzedzenie jej debatą „za" i „przeciw". Przydatny jest podział danej grupy na dwie podgrupy, z których jedna otrzymuje zadanie szukania argumentów „za", a druga argumentów „przeciw". Wymiana argumentów, nawet zaaranżowana, wzmacnia motywację do udowodnienia własnej racji, a tym samym znajdowanie i podawanie jak największej liczby argumentów. Daje to pełniejszy obraz sytuacji decyzyjnej;
- **Decyzje podejmowane w sytuacji trudnej, stresowej mogą być mniej racjonalne**;
- **Decyzje są uwarunkowane cechami osobowości**. Jedną z ważnych zmiennych w tym zakresie jest poziom optymizmu (s. 423). Optymista może mieć tendencję do podejmowania bardziej ryzykownych decyzji niż pesymista. Ważne znaczenie przy podejmowaniu decyzji ma także element samowiedzy odnoszący się do spostrzegania uwarunkowań własnych sukcesów i porażek. Może to być przekonanie, że zależą one od nas samych (wewnątrzsterowność) lub też, że zależą od zewnętrznych okoliczności (zewnątrzsterowność)[8]. Osoby wewnątrzsterowne, w porównaniu z zewnątrzsterownymi, aktywniej poszukują informacji, bardziej liczą się ze wskazówkami wynikającymi z informacji zwrotnych, lepiej radzą sobie ze stresem i presją społeczną.

Jak nauczyciel może ułatwić uczniowi podejmowanie decyzji?

Uwzględniając ogólne zasady obowiązujące przy rozwijaniu umiejętności życiowych uczniów, nieodpowiednie będzie zarówno dokonywanie wyborów za ucznia, jak i posługiwanie się manipulacją, nawet wtedy, gdy chwilowy efekt będzie pozytywny. Aby pomóc młodemu człowiekowi świadomie i rozważnie podejmować decyzje, warto zapoznać go z przedstawionymi już uwarunkowaniami i prawidłowościami oraz starać się towarzyszyć mu tym procesie. Efektywne towarzyszenie polega na wspólnym przejściu przez następujące etapy (Ewles, Simnett, 2003):

Etap 1. Rozpoznanie potrzeb ucznia i budowanie dobrego klimatu. Warunkiem niezbędnym do tego, aby rzeczywiście pomóc dziecku w podejmowaniu

[8] Określa się to także terminem wewnętrzne i zewnętrzne umiejscowienie ośrodka kontroli – patrz s. 112.

decyzji jest stworzenie klimatu zaufania, opartego na empatii i akceptacji dla **jego potrzeb i interesów**. Dziecko musi mieć przekonanie, że nie odbieramy mu prawa do decyzji, nawet gdy mamy inny punkt widzenia. Na tym etapie szczególnego znaczenia nabierają zasady dobrej komunikacji.

Etap 2. Przeanalizowanie potrzeb. Zachowując wspomniane zasady dobrej komunikacji możemy, przez zadawanie pytań, pomóc dziecku zdać sobie sprawę z rzeczywistych, własnych potrzeb i odróżnić je od zachcianek, innymi słowy odróżniać potrzeby głębokie od powierzchownych. Na tym etapie odwołujemy się do samoświadomości dziecka, ale również wpływamy na jej dalszy rozwój.

Etap 3. Pomoc w sprecyzowaniu celów i zidentyfikowaniu możliwości rozwiązań – to pomoc we wzbogacenie zbioru dostępnych alternatyw.

Etap 4. Pomoc w dokonaniu wyboru optymalnej możliwości Dotyczy to rozwijania następujących umiejętności:

- oceniania konsekwencji wyboru danej alternatywy, prawdopodobieństwa i użyteczności (realistyczna ocena prawdopodobieństwa sukcesu i prawdopodobieństwa porażki);
- posługiwania się odpowiednią strategią wyboru; najprostsza wskazuje, że warto brać pod uwagę zarówno zyski, jak i straty, a nie koncentrować się na wyolbrzymianiu tylko zysków lub tylko strat.

Etap 5. Pomoc w stworzeniu planu działania. Dokonanie wyboru i podjęcie decyzji przez ucznia nie oznacza, że działanie zostanie przez niego podjęte automatycznie, dlatego też bardzo wartościowa może być pomoc w zaplanowaniu, w jaki sposób nastąpi wprowadzenie w życie podjętej decyzji.

Propozycje zajęć

Temat zajęć: „Czynniki wpływające na podejmowanie decyzji"

Uczestnicy: młodzież w wieku 12–19 lat.

Cel: uświadomienie, jakie czynniki mają wpływ na podejmowanie decyzji.

Przebieg zajęć:

- Poproś, aby każdy z uczestników pracując indywidualnie, przypomniał sobie, jaką decyzję podejmował ostatnio, zapisał krótko, czym kierował się przy podjęciu tej decyzji.
- Zaproponuj, aby uczestnicy połączyli się w 3–4-osobowe zespoły, w których przekażą sobie informacje o tym, co zapisali.
- Przedstaw krótki wykład (s. 457–458) na temat czynników wpływających na podejmowanie decyzji.
- Zaproponuj ponownie pracę w tych samych zespołach i poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: Czy w podejmowanych przez nich decyzjach miały wpływ następujące czynniki:
  - wpływ grupy;
  - „zakazany owoc";

– informacje (argumenty) przekazane przez rówieśnika;
– informacje (argumenty) przekazane przez osobę uznaną za autorytet;
– własne doświadczenie;
– inne czynniki, jakie?

- Zaproś do prezentacji wyników dyskusji w zespołach.
- Poproś o sformułowanie odpowiedzi na pytanie: Czy tego typu analiza może być użyteczna przy podejmowaniu decyzji: tak lub nie i dlaczego?

Temat zajęć: „Symulacja procesu podejmowania decyzji"

Cel: przeprowadzenie symulacji procesu podejmowania decyzji.

Przebieg zajęć:

- Poproś uczestników o stworzenie listy trudnych decyzji, jakie zdarza się podejmować młodym ludziom w ich wieku („burza mózgów").
- Zaproponuj pracę w 3–4-osobowych zespołach, które wybiorą z listy jedną z decyzji do dalszej analizy.
- Przedstaw etapy podejmowania decyzji (miniwykład).
- Zaproponuj zespołom, aby na wybranym przez nich przykładzie „przeszli" przez poszczególne etapy podejmowania decyzji:

– opis sytuacji decyzyjnej,
– wartościowanie wyników decyzji,
– oszacowanie, na ile efekt konkretnego wyboru może zaspokoić potrzeby lub zapewnić realizację celów osoby podejmującej decyzję (można zaproponować ocenę na skali od 1 do 10),
– oszacowanie, z jakim ryzykiem łączy się dany wybór, czy istnieje konflikt potrzeb i celów,
– uzasadnienie wyboru alternatywy.

- Poproś o refleksje podsumowujące: Czy przeprowadzona analiza może być przydatna przy podejmowaniu decyzji? Czy wszystkie decyzje należałoby poprzedzać taką analizą? (argumenty „za" i „przeciw").

Uwaga: w analogiczny sposób można przeprowadzić zajęcia dotyczące analizy sytuacji konfliktowych, które towarzyszą podejmowaniu decyzji, identyfikowania różnorodnych potrzeb (w odróżnieniu do zachcianek), oceniania konsekwencji danego wyboru itp. Warto zachęcać uczniów do samodzielnego poszukiwania informacji na ten temat, będącego formą przygotowania się do dyskusji w klasie. Pozwoli to, dodatkowo, porozmawiać na temat wiarygodności różnych źródeł informacji. Przykłady innych propozycji zajęć z tego samego zakresu będą podane dalej, w podrozdziale poświęconym myśleniu twórczemu i jego roli w podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów.

5.24.2. Myślenie twórcze i rozwiązywanie problemów

Jak wynika z przedstawionych rozważań, podejmowanie decyzji odbywa się najczęściej w sytuacji o pewnym stopniu ryzyka, dlatego rzadko w sytuacji decyzyjnej

można się posłużyć wyłącznie zasadami logicznego myślenia, które jednoznacznie wskazałoby, jak należy postąpić. Decyzje wymagają również myślenia twórczego, stosowania nie tyle algorytmów, ile heurystyk, o których będzie mowa w dalszej części.

- **„Myślenie twórcze charakteryzuje się odpornością na działanie czynników usztywniających [...], a ponadto obejmuje czynności dostrzegania i redefiniowania problemów"** (Nęcka, 2000, s. 806–807). **„Przedefiniowanie problemu wymaga, aby nie ulegać nastawieniom, przyzwyczajeniom i rutynie"** (s. 796)
- **„Twórczość jest to zdolność jednostki do produkowania nowych, oryginalnych odpowiedzi czy wytworów"** (Dembo, 1997 s. 562)

Myślenie twórcze jako warunek zaangażowania uczniów w rozwiązywanie problemów

Wykorzystywanie myślenia twórczego w edukacji zdrowotnej pozwala na osiągnięcie rzeczywistego zaangażowania uczniów w ten proces, co jest podstawowym warunkiem skuteczności tej edukacji. „Zasadnicze znaczenie dla twórczości ma motywacja immanentna, polegająca na czerpaniu satysfakcji z samego aktu tworzenia. Procesom twórczym sprzyja też motywacja związana z ciekawością poznawczą" (Nęcka, 2000, s. 807).

Autentyczne uczestnictwo młodych ludzi w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej lub promocji zdrowia (tab. 5.4) osiągamy nie wtedy, gdy skupiamy uwagę na treściach, jakie chcemy im przekazać, ale gdy:

– interesują nas ich osobiste refleksje w tym zakresie;
– dopuszczamy znalezienie przez nich odpowiedzi czy propozycji dla nas nowej i nieznanej;
– uwzględniamy fakt, że wybory młodych ludzi tylko w części zależą od ich indywidualnych decyzji, ponieważ podlegają wpływowi wielu czynników środowiskowych, w tym środowiska rówieśniczego.

Tabela 5.4. Trzy kryteria służące do odróżnienia pozornego i autentycznego uczestnictwa uczniów w edukacji zdrowotnej (Simovska, Jensen, 2003, s. 33)

Pozorne uczestnictwo		Autentyczne uczestnictwo
Treść, konsekwencje, wyniki	**Przedmiot uwagi**	Refleksje, znaczenie osobiste, społeczne uwarunkowania
Konwergencja (gotowy model zdrowego trybu życia, zachowania prozdrowotne)	**Oczekiwane efekty**	Dywergencja (zmysł krytyczny, odpowiedzialna wolność)
Jednostki	**Adresat**	Jednostki w kontekście społecznym

Biorąc pod uwagę kryteria zawarte w tabeli 5.4 i przykład dotyczący palenia tytoniu należy uznać, że w profilaktyce palenia nie powinniśmy ograniczać się do przekazania uczniom określonej wiedzy na temat wpływu nikotyny na organizm, ale przeanalizować wspólnie z uczniami to, jak oni sami spostrzegają przyczyny palenia papierosów, jaki wpływ ich zdaniem mają na to wzory zachowań dorosłych i rówieśników, reklama itp. Pozwólmy im zastanowić się, jaki model życia uważają za swego rodzaju „drogowskaz" dla siebie i jak ma się do tego palenie papierosów. Może tym drogowskazem nie będzie gotowy model prozdrowotnego stylu życia (konwergencja), ale np. osiągnięcie niezależności (także od substancji psychoaktywnych), rozwijanie własnej indywidualności (unikanie bezmyślnego naśladowania innych), a może będzie to dekalog (szkodzenie zdrowiu jest grzechem). Tych „drogowskazów", które uczniowie sami będą odkrywać, może być bardzo wiele (dywergencja). Warto też przeanalizować z nimi, jak palenie papierosów wpływa na budowanie obrazu własnego „ja". Ostatni element analizy to próba określenia wpływu środowiska na wybory ucznia: Co w jego otoczeniu i w jaki sposób wpływa na wybór: palić czy nie palić? Wykorzystując taki przykład możemy pokazać uczniom model postępowania pomagający przygotować się do podjęcia innych decyzji zdrowotnych. Cały ten proces może również pomóc każdemu z nich lepiej rozumieć siebie: Skąd się biorą jego wybory? Na ile są spójne? Co czasami utrudnia wybieranie najrozsądniejszych rozwiązań?

Rozwijanie twórczego myślenia uczniów w szkole jako warunek dokonywania wyborów i rozwiązywania problemów

Rozwój kompetencji poznawczych człowieka zależy od trzech grup czynników (Klus-Stańska, 2005):

- aktywności własnej,
- wpływu otoczenia, czyli przekazu społecznego,
- indywidualnych możliwości (różnice indywidualne).

Nauczyciel powinien więc stworzyć odpowiednią przestrzeń i zapewnić warunki dla aktywności własnej uczniów, uwzględniać różnice indywidualne pomiędzy uczniami oraz dbać o to, aby przekaz z jego strony, który jest istotą kontaktu nauczyciel–uczeń, również pobudzał ucznia do twórczego myślenia.

Przekaz społeczny może mieć na celu przyswojenie przez dziecko gotowych treści, tzw. **przekaz transmisyjny**. Inny rodzaj przekazu społecznego, zwany **transakcyjnym**, prowadzi do konstruowania znaczeń przez myślenie twórcze oraz konflikty poznawcze, wynikające z zestawiania posiadanej wiedzy i postaw z tym, co prezentują inni. Nauczyciel, który opiera swoją pracę z uczniami wyłącznie na przekazie transmisyjnym, blokuje możliwości rozwijania ich myślenia twórczego. Warto zwrócić uwagę na następujące **przeszkody dla transakcyjności przekazu**:

- ujednolicenie treści (każdy ma się uczyć tego samego, każdy uczeń ma „wyjść z lekcji z tym samym");
- koncentrowanie uwagi na metodyce lekcji, a nie na reakcjach ucznia, uczeń wykonuje czynności mechanicznie, nie wie, czemu służą;

- tzw. **orientacja poprawnościowa** – z góry jest ustalone, że na pewne pytania są odpowiedzi poprawne i niepoprawne; poprawne to często stereotypowe, banalne, te zaś, które dziecko samodzielnie wymyśli, uznawane są za niepoprawne. Uczeń znając tę zasadę stara się raczej zgadywać, jakiej odpowiedzi oczekuje nauczyciel, a nie skupia uwagi na tym, co sam myśli o danym zagadnieniu. Ten błąd może przekreślić skuteczność edukacji zdrowotnej. Można to zilustrować następującym przykładem: dorastający uczeń potrafi wygłosić formułkę o szkodliwości palenia papierosów, ale nie powie nic o ważnych potrzebach, które w jego odczuciu ono zaspakaja (kontaktu z rówieśnikami, akcentowania swojej dorosłości, rozładowanie napięcia itd.) i w efekcie nie zmieni swych zachowań.

Interesujący przykład, pokazujący, jakie bariery tworzy orientacja poprawnościowa w edukacji zdrowotnej, znaleźć można w pracy uczestników europejskiego projektu *Young Minds* (s. 201). Przekształcili oni znaną wszystkim piramidę zdrowego żywienia, umieszczając u jej podstawy „dobrą atmosferę towarzyszącą spożywaniu posiłku". Zasady doboru produktów przedstawione w tradycyjnej piramidzie są oczywiści prawidłowe, jednak młodzi ludzie przypomnieli, że zdrowe żywienie musi być nie tylko racjonalne, ale i służące zdrowiu psychicznemu. Zaproponowali skupienie uwagi na takim aspekcie tego zagadnienia, który uznali za najważniejszy z ich punktu widzenia. Nauczyciel, który oczekiwałby od uczniów wyłącznie odpowiedzi zgodnej z „wiedzą książkową", nie mógłby wykorzystać okazji do przedyskutowania z nimi tych zagadnień, które ich samych najbardziej interesują, a które przecież są istotne także z punktu widzenia holistycznej koncepcji zdrowia.

Metody pracy z uczniami rozwijające twórcze myślenie

Wśród metod tych należy zwrócić uwagę na rozwijanie giętkości i oryginalności myślenia, uczenie metod heurystycznych oraz konsultację, jako formę kontaktu uczeń–nauczyciel.

Rozwijanie giętkości i oryginalności myślenia

Podstawowym warunkiem rozwijania myślenia twórczego jest przełamywanie barier w procesie nauczania, w tym przede wszystkim unikanie transmisyjności przekazu oraz wystrzegania się tzw. orientacji poprawnościowej. Uczeń musi mieć okazję do ćwiczenia zarówno giętkości, jak i oryginalności myślenia.

- **Giętkość myślenia to przeciwieństwo myślenia stereotypami, powtarzania tych samych utartych sposobów traktowania problemu. Miarą giętkości myślenia jest różnorodność pomysłów rozwiązania danego problemu**
- **Oryginalność myślenia to zdolność wymyślania zaskakujących, niecodziennych pomysłów opartych na odległych skojarzeniach**

Edward de Bono (1994) podaje wiele przykładów ćwiczeń, które pozwalają uczniowi rozwijać twórcze myślenie i kształtować postawy motywujące go do takiego myślenia. Nauczyciel może udzielać uczniowi następujących wskazówek:

- **Rozważ wszystkie czynniki** – zadaniem uczniów jest tworzenie możliwie wyczerpującej listy czynników, które powinny być wzięte pod uwagę przed podjęciem konkretnej decyzji, np. zaplanowaniem wycieczki szkolnej;
- **Twórz alternatywy**, możliwości wyboru;
- **Popatrz na problem z innego punktu widzenia** – wskazuje się uczniowi rozpatrywanie danego problemu z punktu widzenia interesów innych osób, z uwzględnieniem perspektywy długo- i krótkoterminowej;
- **Stosuj hipotezy, fantazje, prowokacje** – są to elementy myślenia, które w najmniejszym stopniu poddajemy świadomej kontroli, „pozwalają bawić się naszej wyobraźni" (s. 176), a prowokacje są wręcz pomysłami absurdalnymi.

Można przytoczyć także propozycję A. Osborna (za: Dryden, Vos, 2000, s. 198), jak rozwijać własną pomysłowość. Uczniom, którzy chcieliby nad tym pracować, można zaproponować sprecyzowanie problemu czy tematu, a następnie zadanie sobie następujących pytań:

– „Co mogę zastąpić czym?
– Jakie nowe kombinacje mogę utworzyć?
– Jak mogę to przerobić lub dostosować?
– Co mogę powiększyć?
– Jak inaczej można to wykorzystać?
– Co można wyeliminować lub zmniejszyć?
– Co można odwrócić lub przestawić?"

Podane przykłady pokazują bardzo wyraźnie, jak bardzo giętkość i oryginalność myślenia są potrzebne w edukacji zdrowotnej. Charakterystyczne jest to, że E. de Bono (1994, s. 183) w przykładach ćwiczeń służących doskonaleniu myślenia podaje często zagadnienia z zakresu tego obszaru edukacji, np. „Jak myślisz, dlaczego ludzie lubią się spierać? Spróbuj wysunąć trzy odmienne hipotezy". Przy dokonywaniu wyborów zdrowotnych istotne jest, aby mieć okazję na przemyślenia, rozważenia, zastanawiania się, ponieważ, jak podkreślano wyżej, praktycznie każda decyzja jest związana z większym lub mniejszym ryzykiem.

Uczenie metod heurystycznych

„Heurystyki to reguły, zasady, wskazówki, taktyki, tricki i intuicje, które regulują przebieg procesu poszukiwania rozwiązań, lecz nie gwarantują osiągnięcia pożądanego wyniku" (Kozielecki, 1966, s. 33)

Heurystyki ułatwiają i organizują proces rozwiązywania problemów, chociaż, w odróżnieniu do algorytmu, nie prowadzą bezpośrednio do jego rozwiązania. Są heurystyki **ogólne**, np. „rozwiązując zadanie unikaj pospiechu", „analizuj problem z różnych punktów widzenia", i **specyficzne**, jak chociażby strategie stosowane w grze w szachy. Opisane wcześniej propozycje służące rozwijaniu giętkości i oryginalności myślenia są równocześnie przykładami heurystyk.

Przykładem, z którym warto zapoznać uczniów, może być zaproponowana przez E. de Bono (1994) technika „Sześć myślowych kapeluszy". Pozwala ona dokładnie

przeanalizować dany problem, spojrzeć na niego z różnych punktów widzenia, podjąć najbardziej racjonalną decyzję, wybrać najlepsze rozwiązanie. Myślowe kapelusze mają różne kolory i odpowiadają innemu typowi myślenia. „Zakładając na głowę", symbolicznie, któryś z kapeluszy koncentrujemy uwagę na jednym, wybranym aspekcie zagadnienia:

– kapelusz biały – dotyczy faktów, liczb, informacji (Co wiemy, a czego nie wiemy o danej sprawie?);
– kapelusz czerwony – dotyczy emocji, odczuć odnoszących się do konkretnej sytuacji problemowej;
– kapelusz czarny – to wątpliwości, ostrożność, weryfikacja faktów;
– kapelusz żółty – dotyczy korzyści, zysków, zalet;
– kapelusz zielony – poszukiwanie rozwiązań, badanie możliwości, tworzenie pomysłów, alternatywy;
– kapelusz niebieski – świadoma kontrola nad procesami myślenia, podsumowanie tego, co już wiadomo, zaplanowanie kolejnego kroku, zaplanowanie strategii rozwiązania problemu.

Opisana przez E. de Bono technika zyskała sobie uznanie. Autor pozostawia możliwość wyboru, czy wykorzystane zostaną wszystkie kapelusze, czy w konkretnej sytuacji wybierze się tylko pewne elementy tej analizy, posługując się niektórymi z kapeluszy.

Konsultacje jako forma kontaktu uczeń–nauczyciel

Konsultacja dotyczy tego, z czym przychodzi uczeń, a więc to on w największym stopniu decyduje o treści rozmowy konsultacyjnej. W trakcie konsultacji nauczyciel jest „publicznością odzwierciedlającą wiedzę dziecka" (Paris, Ayres, 1997, s. 71), a równocześnie ułatwia uczniowi refleksję nad tym, co on już wie, a czego nie wie na dany temat, czyli refleksję nad stanem własnej wiedzy.

Propozycje zajęć

Uczestnicy: młodzież w wieku 12–19 lat.

Temat zajęć: **„Doskonalenie umiejętności podejmowania decyzji"**

Cel: rozwijanie giętkości i oryginalności myślenia dla zwiększania możliwości dokonywania wyboru w codziennych sytuacjach życiowych.

Przebieg zajęć:

- Wprowadzenie: poinformuj uczniów, że podejmowanie decyzji zależy m.in. od tego, ile i jakie mamy możliwości wyboru, czy potrafimy te różne możliwości zauważyć, zdać sobie z nich sprawę. Przekaż im informacje o celu zajęć (jak wyżej).
- Wyjaśnij znaczenie terminów giętkość i oryginalność myślenia i zaproponuj rozgrzewkę: w ciągu 3 min uczniowie mają podać jak najwięcej nietypowych zastosowań takiego przedmiotu jak poduszka. Wyjaśnij, że zasadą tej pracy jest podawanie jak najbardziej zaskakujących, a nawet absurdalnych pomysłów, których nie należy poddawać jakiejkolwiek ocenie (podobnie jak w pierwszej fazie „burzy mózgów").

- Poinformuj, że dalej będą pracować według tej samej zasady. Zaproponuj, aby utworzyli zespoły 3–4-osobowe, a następnie przez 10 min, starając się pracować jak najszybciej, tworzyli pomysły rozwiązań różnych problemów. Na przykład:
  - Co można robić w czasie wolnym?
  - Jak poprawić sobie nastrój?
  - Jak zachęcić kolegę do rzucenia palenia?
  - Jak zachęcić samego siebie do jedzenia mniejszej ilości słodyczy?

Uwaga: analizowane problemy mogą być inne niż podane wyżej – najlepiej, gdyby wiązały się z doświadczeniami i naturalnymi sytuacjami w klasie. Jeśli zespołów klasowych będzie więcej niż problemów, kilka zespołów może wybrać do analizy lub wylosować ten sam problem.

- Zaproś do prezentacji pomysłów.
- Zbierz opinie na temat przydatności takiego ćwiczenia (argumenty „za" i „przeciw"). Poinformuj, że stworzone listy pomysłów rozwiązań mogą się przydać przy planowaniu konkretnych działań i warto je przechować.

Temat zajęć: „Podejmowanie decyzji w grupie"

Cel: wykazanie przydatności twórczego myślenia dla lepszego rozumienia siebie i innych.

Przebieg zajęć:

- Podaj uczestnikom informację, wynikającą z badań psychologów społecznych, że ludzie w grupie podejmują bardziej ryzykowne decyzje.
- Zaproponuj, aby w zespołach 3–4-osobowych postarali się postawić, jak najwięcej hipotez będących próbą wytłumaczenia tego zjawiska.
- Poproś o prezentację wyników pracy zespołów i przedstaw hipotezy stworzone przez naukowców (s. 458).
- Poproś o refleksję:
  - Czy hipotezy tworzone w grupie i hipotezy naukowców są podobne, czy różnią się?
  - Czy wymyślanie hipotez tłumaczących dane zjawisko można uznać za przydatne, czy jest to strata czasu?
  - Co im dało uczestniczenie w zajęciach?

Temat zajęć: „Myślowe kapelusze"

Cel: wykazanie przydatności twórczego myślenia w podejmowaniu decyzji.

Przebieg zajęć:

- Zapoznaj uczestników z jedną z heurystyk: techniką sześciu myślowych kapeluszy (s. 465).
- Zaproś do stworzenia listy ryzykownych decyzji, jakie podejmuje młodzież w ich wieku.
- Na wybranym przykładzie przeprowadźcie analizę sytuacji decyzyjnej, koncentrując się kolejno na aspektach związanych z kolorami kapeluszy. Analizę można przeprowadzić audytoryjnie, w otwartej rozmowie. Gdy uczniowie wcześniej poznali tę technikę, można zaproponować dokonywanie analizy w małych grupach.
- Poproś o wyrażenie opinii na temat przydatności tej techniki.

Temat zajęć: „Technika metaplanu"

Cel: zapoznanie z techniką metaplanu i jej zastosowaniem do rozwiązywania problemów.

Przebieg zajęć:

- Zaproś do przeprowadzenia diagnozy problemów wymagających rozwiązania, np. przez zebranie anonimowych odpowiedzi na pytanie: Co źle wpływa na moje samopoczucie w szkole? Pozwoli to na stworzenie listy problemów do rozwiązania i ustalenia, jak wyeliminować czynniki będące przyczyną złego samopoczucia w szkole.
- Zaproponuj wybór jednego z problemów do rozwiązania w pierwszej kolejności – w zależności od wagi podanych problemów można posłużyć się prostymi metodami wyboru jak głosowanie czy losowanie lub też przeprowadzić analizę zgodnie z zasadami obowiązującymi przy podejmowaniu decyzji.
- Wyjaśnij uczniom technikę metaplanu: Technikę tę stosuje się przy omawianiu trudnych problemów i rozwiązywaniu konfliktów. Pracując tą techniką uczestnicy przygotowują plakat, na którym są zapisane:
  1. PROBLEM DO ROZWIĄZANIA
  2. Odpowiedzi na kolejne na pytania:
     - JAK JEST?
     - JAK POWINNO BYĆ?
     - DLACZEGO NIE JEST TAK JAK POWINNO BYĆ?
  3. WNIOSKI, jakie nasuwają się po analizie[9].
- Zaproponuj pracę w małych grupach polegającą na zastosowaniu metody metaplanu do rozwiązania wybranego problemu.
- Zaproś do prezentacji wyników pracy grup.
- Poproś o refleksję, na ile zaproponowane rozwiązania mogą być wprowadzone w życie (ew. zaplanujcie wspólne działania).

Uwaga: w podobny sposób można zapoznać uczniów z podejściem IVAC (s. 242).

5.24.3. Komunikacja interpersonalna

Umiejętność sprawnego, otwartego komunikowania się z innymi w zasadniczy sposób wpływa na jakość naszych relacji: Na ile się wzajemnie rozumiemy? Jak inni nas spostrzegają? Na ile chcą nam pomagać, brać pod uwagę nasze potrzeby, ale i zauważają nasze zainteresowanie swoimi sprawami? Opanowanie podstaw prawidłowej komunikacji jest niezbędne do rozwijania innych umiejętności, jak asertywność, negocjacje, rozwiązywanie konfliktów.

Zasady poprawnej komunikacji interpersonalnej

W publikacjach, które znajdują się obecnie na rynku, można znaleźć wiele propozycji zajęć warsztatowych, których celem jest rozwijanie umiejętności prawidłowej komunikacji interpersonalnej. Dalej zostaną omówione podstawowe zasady, które powinny obowiązywać w szkole, w której chcemy wyposażyć uczniów w tę umiejętność,

[9] Szczegółowy opis tej techniki znaleźć można m.in. w publikacji: *Poradnik...*, 2005, s. 194.

ponieważ styl komunikacji nauczyciela z uczniem może stanowić pozytywny lub negatywny model w tym zakresie. Zasady te dotyczą dwóch typów sytuacji:

– rozmawiania z uczniem o sprawach, które dotyczą zarówno ucznia, jak i nauczyciela, ale to nauczyciel jest inicjatorem kontaktu, bo to on spostrzega problem (sytuacja A);

– rozmawiania z uczniem o jego problemach (sytuacja B).

W obu tych sytuacjach powinny być uwzględnione dwie podstawowe zasady poprawnej komunikacji:

- **zachowanie zgodności pomiędzy tym co mówimy a tym jak się zachowujemy**: komunikujemy się nie tylko słowami, ale także pozawerbalnie – mina, postawa ciała, to na czym koncentrujemy wzrok, ton głosu, to wszystko stanowi komunikat, który powinien być zgodny z treścią wypowiadanych słów;
- **aktywne słuchanie**, które jest możliwe tylko wtedy, gdy słuchający jest naprawdę zainteresowany tym, co może usłyszeć, oraz potrafi zasygnalizować osobie mówiącej, że tak jest (stosowanie tzw. „automatów do otwierania drzwi" – „aha", „interesujące", „hm", „opowiedz o tym więcej" oraz zadawanie pytań).

W sytuacji A, gdy dorosły spostrzega problem, sprawdzają się następujące zasady:

– mówimy o tym, co czujemy lub przeżywamy w określonej sytuacji, a nie o tym, jak oceniamy cudze zachowanie („komunikat ja");

– staramy się opisywać sytuację, a nie ją oceniać.

W dialogu dotyczącym ważnych spraw dla dziecka, jego problemów (sytuacja B) należy unikać następujących, często popełnianych, błędów:

– „myślenie za dziecko" (podpowiadanie rozwiązań, pouczanie, ostrzeganie, upominanie, moralizowanie);

– ocenianie (osądzanie, krytykowanie, ośmieszanie, ale także chwalenie);

– „zamazywanie" problemu (uspokajanie, odciąganie uwagi, pocieszanie, rozweselanie).

Komunikacja interpersonalna jako czynnik wpływający na poczucie tożsamości i własnej wartości

W wielu programach i warsztatach na temat zasad poprawnej komunikacji uwaga koncentrowana jest na technologii: Jak aktywnie słuchać? Jakie są sposoby rozwijania dialogu? Zakłada się, że wystarczy opanować te techniki, aby porozumiewać się w satysfakcjonujący sposób. To założenie rzadko sprawdza się w praktyce. Często, w konkretnej sytuacji, nie mamy motywacji do korzystania z tych wyuczonych sposobów. Warto więc zastanowić się dlaczego tak się dzieje: Dlaczego się kłócimy? Dlaczego chcemy więcej sami mówić niż słuchać?

Można przypuszczać, że konieczne jest uświadomienie sobie, że opanowanie umiejętności dobrej komunikacji nie tylko jest sposobem lepszego porozumiewania się z innymi, unikania konfliktów, ale jest ważnym elementem budowania naszej tożsamości i poczucia własnej wartości. W oczywisty i klarowny sposób ukazuje to koncepcja „Porozumienie bez przemocy" (ang. *Nonviolent Communication – NVC*) M.B. Rosenberga[10].

[10] M.B. Rosenberg, w 1985 r. utworzył Centrum Porozumienia bez Przemocy, międzynarodową organizację z trenerami pracującymi w wielu krajach w szkołach, więzieniach, zakładach opieki zdrowotnej.

Według koncepcji „Porozumienie bez przemocy", wszelkie kontakty interpersonalne można opisać przez dwie kategorie niezależność/wzajemność. **Niezależność** jest zdolnością do samodzielnego decydowania o swoich potrzebach i sposobach ich zaspokajania, **wzajemność** jest zdolnością do rozumienia potrzeb innych i brania ich pod uwagę w swoich działaniach. W prawdziwych, głębokich kontaktach interpersonalnych powinny więc obowiązywać **szczerość**, czyli otwarte informowanie o własnych potrzebach i towarzyszącym im uczuciach, oraz **umiejętność słuchania**, będąca próbą zrozumienia potrzeb drugiej osoby i uczuć, jakie ona przeżywa. Różnego rodzaju techniki, opisywane jako zasady dobrej komunikacji, pozwalają nam zorientować się, czy dobrze rozumiemy komunikat, który do nas dociera. Znacznie trudniejsze jest mówienie o własnych potrzebach i uczuciach, szczególnie gdy zależy nam na zachowaniu dobrych relacji z otoczeniem.

W koncepcji „Porozumienia bez przemocy" uznano, że o jakości kontaktu zadecyduje język, jakim się posługujemy. Dwa sposoby komunikowania nazwano symbolicznie „językiem żyrafy" i „językiem szakala". Szczerość, wyrażona **„językiem żyrafy"**, obejmuje cztery kroki, które są nazwane modelem porozumienia bez przemocy:

1. Obserwacja i **opis** zaistniałej sytuacji.
2. Określenie, nazwanie, opisanie **uczucia**, które nam w tej sytuacji towarzyszy.
3. Próba określenia, jaka **potrzeba** łączy się z tym uczuciem.
4. **Prośba** o działanie, które może zaspokoić naszą potrzebę.

„Językowi żyrafy" przeciwstawiany jest **„język szakala"**, przy pomocy którego wyrażamy oceny, oskarżenia odnoszące się zarówno do innych, jak i do siebie samego. To język osoby, która żąda, atakuje, ośmiesza, „wie lepiej", dlatego wywołuje u innych agresję, bunt, chęć „odpłacenia pięknym za nadobne", zaś w nas samych staje się źródłem poczucia winy, zaniżonej samooceny (Widstrand, 2005).

W zależności od tego, czy częściej posługujemy się „językiem szakala", czy „językiem żyrafy", jesteśmy zarówno przez siebie samych, jak i przez innych spostrzegani jako osoby, które bądź dążą do tego, aby ludzie dobrze się rozumieli i akceptowali bądź jako osoby dążące do konfrontacji, która zawsze zawiera elementy agresji. Kluczowe znacznie ma świadomość, że to, jakim językiem będziemy się posługiwać, zależy co prawda od naszych doświadczeń, a więc i od wpływu otoczenia, ale wprowadzanie zmiany w tym zakresie zależy od naszej indywidualnej, autonomicznej decyzji.

Według M.B. Rosenberga podstawową sprawą w porozumiewaniu się bez przemocy jest świadomości własnych praw i umiejętność jasnego ich wyrażania, jednak przy poszanowaniu praw partnera kontaktu. Jest to bliskie pojęciu asertywność, które „oznacza bezpośrednie, uczciwe i stanowcze wyrażanie wobec innej osoby swoich uczuć, postaw opinii lub pragnień, w sposób respektujący uczucia, postawy, opinie i prawa tej drugiej osoby" (*Promocja...*, 1995, s. 96). W potocznych opiniach w pojęciu asertywność eksponowana jest obrona własnych praw, a osobą asertywną nazywa się niesłusznie przebojowego egoistę, co wypacza istotę tego pojęcia. Asertywność, obok obrony własnych praw, zawiera także empatię, której znaczenie jest jeszcze mocniej podkreślone w koncepcji „Porozumienia bez przemocy".

W rozdziale tym wykazano komplementarność różnych umiejętności życiowych, dzięki której rozwijanie jednej z nich może pomóc w nabywaniu innych. Można to

wykazać także na innym przykładzie. Zasady dobrej komunikacji dziecka i dorosłego wykluczają m.in. udzielanie rad. Zrealizowanie tej zasady będzie prostsze dla wychowawcy, który zapoznał uczniów z omówioną wcześniej procedurą podejmowania decyzji. Wtedy, poza uważnym wysłuchaniem ucznia, wychowawca będzie mógł towarzyszyć mu w tym trudnym procesie, nie zostawiając go samego z problemem, a równocześnie nie naruszając zasad dobrej komunikacji, która nie pozwala doradzać, przekonywać, jednym słowem wyręczać ucznia w myśleniu. To kolejny przykład pokazujący konieczność traktowania w sposób całościowy edukacji ukierunkowanej na kształtowanie umiejętności życiowych, które uzupełniają się i stwarzają dla siebie nawzajem szanse efektywności.

Pytania/Zadania

1. Co to są umiejętności życiowe i jakie są ich rodzaje?
2. Dlaczego rozwijanie umiejętności życiowych jest elementem edukacji zdrowotnej?
3. Jakie warunki muszą być spełnione w szkole, aby prowadzić skuteczną edukację ukierunkowaną na kształtowanie umiejętności życiowych?
4. Scharakteryzuj miejsce edukacji ukierunkowanej na kształtowanie umiejętności życiowych w działaniach wychowawczych i profilaktycznych szkoły.
5. Przedstaw argumenty wskazujące na znaczenie tej edukacji w procesie przygotowania młodego człowieka do odpowiedzialnego funkcjonowania w dorosłym życiu.
6. Uzasadnij stwierdzenie: „Zasady poprawnej komunikacji powinny być ćwiczone z uczniami w okresie całej nauki szkolnej".
7. Jakie czynniki mają wpływ na podejmowanie decyzji?
8. Jakie znaczenie w dokonywaniu wyborów życiowych ma myślenie twórcze?
9. Jakie znasz strategie i podejścia umożliwiające aktywny udział uczniów w rozwiązywaniu problemów z zakresu promocji zdrowia?
10. Scharakteryzuj powiązania pomiędzy różnymi umiejętnościami życiowymi.

Literatura zalecana

Ballard R. (1995, 1997) *Jak żyć z ludźmi (umiejętności interpersonalne) Program profilaktyczny dla młodzieży*, Warszawa, Agencja Informacji Użytkowej MEN.

Bono E. de (1994) *Naucz swoje dziecko myśleć*, tłum. M. Madaliński, Warszawa, Wydawnictwo Prima.

Gordon T. (1991) *Wychowanie bez porażek*, tłum. A. Makowska, E. Sujak, Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX.

Grzesiak E., Janicka-Szyszko R., Steblecka M. (2005) *Komunikacja w szkole. Scenariusze godzin wychowawczych*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Widstrand T. (2005) *Porozumienie bez przemocy czyli język żyrafy w szkole*, Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Woynarowska B. (2002) *Kształtowanie umiejętności życiowych u dzieci i młodzieży – wyzwanie dla szkoły*, „Chowanna", nr 1 (18), s. 57–69.

F. CHORZY PSYCHICZNIE W SPOŁECZEŃSTWIE

Krzysztof Ostaszewski

Postawy i uprzedzenia wobec osób z zaburzeniami lub chorobami psychicznymi są jednym z istotnych, ale zaniedbanych tematów edukacji zdrowotnej. W odbiorze społecznym choroba psychiczna ma zdecydowanie negatywny obraz (Brodniak, 2000). Chory psychicznie często kojarzy się z kimś niebezpiecznym i nieprzewidywalnym, wyraźnie odróżniającym się od „normalnej" reszty społeczeństwa, a nawet z potencjalnym przestępcą. Negatywny wizerunek sprawia, że chory psychicznie cierpi podwójnie, z powodu objawów swojej choroby oraz z powodu skutków napiętnowania i wykluczenia społecznego. Utrudnia to proces zdrowienia i powrotu do normalnego życia. Jest również jedną z przyczyn wstydu i osamotnienia, które odstręczają wielu ludzi z problemami psychicznymi od wizyty u psychologa lub psychiatry. Dlatego ważne jest kształtowanie właściwych postaw młodzieży wobec osób chorych psychicznie, przeciwdziałanie ich wykluczeniu oraz udzielanie im wsparcia i pomocy.

Zmiany cywilizacyjne i szybkie tempo życia nasilają ryzyko zaburzeń psychicznych. W ostatnich latach na świecie i w Polsce odnotowuje się wzrost częstości występowania zaburzeń psychicznych związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz wzrost liczby osób z zaburzeniami nastroju. Na podstawie badań prowadzonych w kilku krajach Europy, w USA i w Kanadzie stwierdzono, że w ostatnim miesiącu przed badaniem zaburzenia psychiczne występowały u około 15–20% ogólnej populacji ludzi dorosłych, a zaburzenia występujące w okresie całego życia dotyczyły od 30% do 50% ludzi (Lehtinen, Riikonen, Lehtinen, 1998). We współczesnych społeczeństwach zaburzenia psychiczne stanowią poważny problem zdrowotny i społeczny. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na świecie około 450 mln ludzi cierpi z powodu zaburzeń psychicznych i nerwowych oraz problemów związanych z nadużywaniem alkoholu i narkotyków (WHO, 2001). Problemy ze zdrowiem psychicznym stają się coraz poważniejszym źródłem obniżenia jakości życia i niepełnosprawności ludzi.

5.25. Zaburzenia i choroby psychiczne

Istnieje wiele definicji **zaburzeń psychicznych**. Według autorów amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-IV) zaburzenie psychiczne to „zespół lub wzorzec zachowania i mechanizmów psychologicznych mających znaczenie kliniczne, tzn. że jego występowanie jest związane z:

- dolegliwością (bólem, cierpieniem);
- upośledzeniem funkcjonowania w co najmniej jednym ważnym obszarze życia;
- zagrożeniem inwalidztwem lub śmiercią;
- utratą lub ograniczeniem swobody działania" (za: Sęk 2001, s. 77).

Zaburzenia psychiczne to stany wymagające pomocy specjalisty, ponieważ wiążą się z głębokim cierpieniem, od którego trudno się samemu uwolnić, oraz z poważnymi konsekwencjami dla zdrowia i życia człowieka. Te cechy lub kryteria odróżniają zaburzenia psychiczne od trudności lub zakłóceń w relacji człowieka z samym sobą lub otoczeniem społecznym. Na przykład, przemijające zmartwienia, rozczarowania lub inne przykre reakcje emocjonalne związane z trudami dnia codziennego nie spełniają kryteriów zaburzenia. Nie spełnia też kryteriów zaburzeń psychicznych dająca się przewidzieć reakcja żałoby po stracie bliskiej osoby.

W obowiązującej w Polsce Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD–10 (2000) wyróżniono 10 kategorii zaburzeń psychicznych:

1. Organiczne zaburzenia psychiczne (zespoły otępienne, zaburzenia pamięci, organiczne zaburzenia osobowości).
2. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.
3. Schizofrenia i zaburzenia urojeniowe.
4. Zaburzenia nastroju (epizody depresyjne, depresja, choroba afektywna dwubiegunowa).
5. Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią zaburzeń somatycznych (np. nerwice, stany lękowe, natręctwa).
6. Zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (zaburzenia odżywiania się, np. anoreksja, zaburzenia snu, dysfunkcje seksualne).
7. Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (zaburzenia popędów, np. podpalanie, patologiczny hazard, zaburzenia preferencji seksualnych).
8. Upośledzenia umysłowe.
9. Zaburzenia rozwoju psychicznego (zaburzenia funkcji poznawczych, całościowe zaburzenia rozwoju – autyzm).
10. Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (zespół nadpobudliwości psychoruchowej, zaburzenia socjalizacji, przywiązania, separacji).

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych jest wykorzystywana głównie przez lekarzy psychiatrów i psychologów klinicznych w ich pracy klinicznej z pacjentami. Język terminów medycznych słabo nadaje się jednak do celów edukacji publicznej i badania postaw społeczeństwa wobec zaburzeń psychicznych. W tym kontekście B. Wciórka i J. Wciórka (2000) zwracają uwagę, że trudności ze zdrowiem psychicznym można w pewnym uproszczeniu ujmować przynajmniej w trzech zakresach: jako problemy, zaburzenia i choroby psychiczne.

Problemy psychiczne – mają najszerszy zakres pojęciowy i obejmują różnorodne trudności z pogranicza zaburzeń psychicznych, takie jak np.: wybuchy złości, duża drażliwość, łagodne stany lękowe, przygnębienie, niektóre czynności przymusowe lub trudności z koncentracją uwagi. Przezwyciężenie tych problemów nie zawsze wymaga pomocy specjalistycznej. Ludzie zwykle sami sobie z nimi radzą.

Zaburzenia psychiczne – to termin o węższym zakresie, stosowany w międzynarodowych klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych. Należą do nich m.in. nerwice i stany lękowe, zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia nastroju, zaburzenia osobowości, zachowania i emocji. Z zaburzeniami psychicznymi trudniej sobie poradzić samemu i w zasadzie wymagają pomocy specjalistycznej, psychologicznej lub psychiatrycznej.

Choroby psychiczne – to pojęcie o najwęższym zakresie. Odnosi się ono do zaburzeń, które ze względu na nasilenie, trwałość i konsekwencje życiowe wymagają leczenia psychiatrycznego. Do najczęściej występujących chorób psychicznych należą **choroby afektywne** (np. depresja, mania) oraz **schizofrenia**.

Odrębną grupę poważnych **schorzeń z pogranicza chorób psychicznych** stanowią zaburzenia psychiczne na tle organicznym, otępienia występujące u osób w starszym wieku (np. choroba Alzheimera) i niepełnosprawność umysłowa, czyli w terminologii medycznej upośledzenia umysłowe.

Wybrane zaburzenia i choroby psychiczne[1]

Do najczęstszych zaburzeń psychicznych należą **zaburzenia nerwicowe**, definiowane w ICD–10 (2000) jako „zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną". Jest to grupa różnorodnych zaburzeń o podłożu psychicznym, których podstawowym objawem jest lęk. Odczuwanie lęku jest przykrym stanem, powiązanym z odczuwaniem zagrożenia, niepokoju, stałego napięcia psychicznego. W zaburzeniach nerwicowych takie przykre stany mogą się utrzymywać przez wiele tygodni, powodując ciągłe zamartwianie się i obawy w codziennych sprawach życiowych, kłopoty z zasypianiem, zły nastrój i rozdrażnienie, ucisk w okolicy serca, bóle brzucha oraz wiele innych dolegliwości somatycznych. Przyczyny lęku w zaburzeniach nerwicowych są zwykle nieuświadamiane. Najczęściej są powodowane przez nadmierne obciążenia emocjonalne, długotrwały stres, konfliktowe dążenia. Do zaburzeń nerwicowych zaliczane są **fobie**, czyli stany silnego lęku w określonych miejscach (np. w małych zamkniętych pomieszczeniach) lub w określonych sytuacjach (np. na widok węża lub pająka). Jedną z najczęstszych jest **fobia społeczna**. Objawia się m.in. unikaniem spotkań towarzyskich, obawą przed nawiązywaniem nowych znajomości, kompromitacją w sytuacji wystąpień publicznych. Zaburzenia nerwicowe leczy się za pomocą psychoterapii.

Jedną z najczęściej występujących chorób psychicznych jest **depresja**. Objawia się długotrwałym smutkiem, przygnębieniem, rezygnacją i wycofaniem z normalnych aktywności życiowych. Człowiek chory na depresję traci zainteresowania (nic go nie cieszy i nie interesuje), jego myślenie, sposób mówienia i działania ulegają spowolnieniu. Towarzyszy mu poczucie niesprawności i niewydolności, pogorszenie zdolności koncentracji, kojarzenia i sprawności umysłowej. Do tego dołączają zazwyczaj inne dolegliwości i objawy, takie jak: zaburzenia snu i łaknienia (chudnięcie lub tycie), zaburzenia rytmu miesiączkowego u kobiet, osłabienie potrzeb seksualnych, lęk, niepokój, poczucie winy, urojenia. Myślenie nacechowane jest pesymizmem i brakiem nadziei na poprawę sytuacji. W konsekwencji często pojawia się myślenie o śmierci,

[1] O zaburzeniach i chorobach psychicznych więcej można znaleźć w: *Leksykon...* (1993), oraz: *Psychiatria* (2002) A. Bilikiewicz i in. (red.), Wrocław, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.

które może prowadzić do prób samobójczych. Ryzyko zamachu samobójczego u chorych na depresję jest bardzo duże i stanowi poważne zagrożenie dla ich życia (Pużyński, 1997). Wiele osób przeżywa smutek lub okresowe obniżenie nastroju spowodowane codziennymi niepowodzeniami, kryzysami lub problemami. W języku potocznym takie stany czasem nazywane są depresją. Jednak nie należy tego mylić z chorobą. Łagodne stany obniżonego nastroju są normalną częścią naszego życia i zwykle szybko przemijają. Depresja jest chorobą, w której objawy smutku, przygnębienia i rezygnacji występują bez wyraźnej przyczyny i utrzymują się przez wiele tygodni. Może też być reakcją na trudne doświadczenia życiowe (np. rozwód, śmierć lub choroba w rodzinie, utrata pracy) i związany z nimi uraz psychiczny. Chorzy wymagają leczenia specjalistycznego, w tym przyjmowania leków przeciwdepresyjnych.

Do najbardziej znanych chorób psychicznych należy **schizofrenia**. Objawy tej choroby mogą być bardzo różne u różnych osób i do najbardziej charakterystycznych należą: dezorganizacja myślenia, spostrzegania, woli, uczuć, intelektu. Powodują zwykle wycofanie się ze świata rzeczywistego na rzecz własnych przeżyć chorego. W przebiegu schizofrenii pojawiają się również tzw. objawy wytwórcze. Do nich należą urojenia, czyli nieprawdziwe przekonania, w które osoba chora bezkrytycznie wierzy (np. że ktoś ją stale śledzi), oraz omamy (halucynacje), czyli wrażenia zmysłowe (głosy, obrazy) pojawiające się świadomości chorego, a które obiektywnie nie istnieją. Schizofrenia, niektóre choroby afektywne i zaburzenia urojeniowe określane są w języku medycznym jako **psychozy**. Chory z psychozą nie ma zwykle poczucia choroby i wymaga leczenia psychiatrycznego. W wychodzeniu z chorób psychicznych niezbędne jest także wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i innych bliskich osób.

Częstość występowania zaburzeń i chorób psychicznych

Nie dysponujemy danymi o rzeczywistym rozpowszechnieniu zaburzeń i chorób psychicznych, gdyż nie wszyscy potrzebujący zgłaszają się do leczenia. Szacuje się, że rzeczywista liczba osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce waha się między 15–25% całej populacji (Wciórka, Wciórka, 2005). Według danych szacunkowych odsetek osób leczących się z rozpoznaniem „zaburzenia psychiczne" w latach 1991–2002 podwoił się (Brodniak, 2005). Większe zapotrzebowanie na usługi specjalistyczne w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych może być jedną z konsekwencji gwałtownych przemian społeczno-ekonomicznych dokonujących się w Polsce po 1989 r., które wywołały szereg zjawisk mogących niekorzystnie wpływać na stan zdrowia psychicznego polskiego społeczeństwa. Do tych zjawisk należy m.in. wzrost nierówności społecznych, długotrwałe bezrobocie, zmniejszenie się poczucia bezpieczeństwa socjalnego i ekonomicznego, bieda i marginalizacja dużych grup społecznych (Brodniak, 2005).

Z danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii (*Instytut...*, 2006) wynika, że w Polsce, w 2005 r., w poradniach zdrowia psychicznego leczono ogółem prawie 1 400 tys. pacjentów, w tym około 400 tys. (28%) to pacjenci, którzy do leczenia zgłosili się po raz pierwszy. Osoby, które leczyły się w poradniach zdrowia psychicznego, stanowiły

około 3% ogółu ludności w Polsce. W tej grupie osób struktura najczęściej rejestrowanych zaburzeń i chorób psychicznych była następująca[2]:

– około 25% było leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych (zaburzenia lękowe, fobie, nerwice natręctw, pourazowe reakcje na stres);

– około 20% leczonych to pacjenci z zaburzeniami nastroju (epizody depresyjne, maniakalne, depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe depresyjno-maniakalne);

– około10% to chorzy na schizofrenię;

– około 8% było leczonych z powodu zaburzeń psychicznych na tle organicznym (zespoły otępienne, zaburzenia pamięci i organiczne zaburzenia osobowości).

Wśród **dzieci i młodzieży** do 19 r.ż. w poradniach zdrowia psychicznego leczono, w 2005 r., ogółem około 90 tys. osób, w tym około 40 tys. (44%) to osoby zgłaszające się po pomoc po raz pierwszy. W tej grupie wiekowej zarejestrowano następujące grupy pacjentów:

– około 40% z zaburzeniami zachowania i emocji (zespół nadpobudliwości psychoruchowej, zaburzenia socjalizacji, zachowania problemowe);

– około 15% z zaburzeniami nerwicowymi;

– około 12% z upośledzeniem umysłowym;

– około 9% z zaburzeniami rozwoju psychicznego (zaburzenia funkcji poznawczych, np. czytania, pisania, zaburzenia mowy);

– około 4% z zaburzeniami afektywnymi.

5.26. Stosunek społeczeństwa do zaburzeń i chorób psychicznych

Badania przeprowadzone w 2005 r., w reprezentatywnej próbie losowej dorosłych Polaków, wskazują, że około 30% osób obawia się chorób psychicznych, a około 45% niepokoi się czasem o swoje zdrowie psychiczne (Wciórka, Wciórka, 2005). Obawy te są częstsze wśród kobiet niż wśród mężczyzn. O swoje zdrowie psychiczne najbardziej obawiają się ludzie, którzy znajdują się w trudnej sytuacji finansowej, słabo wykształceni, bezrobotni i renciści. Choroby psychiczne plasują się pomiędzy chorobami, które wywołują największy lęk (nowotwory, choroby serca), a chorobami związanymi z negatywnym naznaczeniem społecznym (alkoholizm, narkomania, gruźlica, choroby przenoszone drogą płciową i AIDS). Lęk przed chorobą psychiczną jest prawdopodobnie w dużym stopniu związany z negatywnymi reakcjami społecznymi, jakie te choroby wywołują.

Stosunkowo duży odsetek osób obawiających się o swoje zdrowie psychiczne może również wynikać z niewystarczającego poziomu wiedzy na ich temat. Około 44%

[2] Liczba osób objętych psychiatryczną opieką ambulatoryjną, w 2005 r., w Polsce była wyższa o ok. 178 tys. osób korzystających z usług alkoholowych poradni odwykowych oraz o ok. 38 tys. osób zarejestrowanych w poradniach profilaktyki, rehabilitacji i leczenia uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

dorosłych Polaków chciałoby być lepiej poinformowanych o problemach zdrowia psychicznego, a „tylko" około 23% nie interesuje się tymi sprawami (Wciórka, Wciórka 2005). Potrzebę uzyskania tych informacji zgłaszają osoby, które miały bezpośredni kontakt z osobami chorymi psychicznie i które obawiają się tych chorób. Wyniki te mogą świadczyć o zainteresowaniu społecznym problematyką zdrowia psychicznego.

Ludzie trafnie rozpoznają czynniki, które stanowią zagrożenie dla zdrowia psychicznego. W opinii dorosłych Polaków czynnikami tymi są bezrobocie, trudne warunki bytowe oraz kryzys rodziny. Na brak pracy i bezrobocie wskazuje największa grupa badanych (77%), a prawie 50% wymienia, w tym kontekście, kryzys rodziny oraz związane z nim nadużywanie alkoholu i narkotyków (Wciórka, Wciórka 2005).

5.27. Społeczny wizerunek osób chorych psychicznie

Jedno z pierwszych badań dotyczących postaw społecznych wobec osób chorych psychicznie wykonano w Stanach Zjednoczonych w latach 40. XX w. Od tego czasu sondaże i badania opinii publicznej są prowadzone na ten temat w wielu krajach na świecie, również w Polsce (Brodniak, 2000a; Wciórka, Wciórka, 2000). Ich wyniki wskazują, że mimo pewnych pozytywnych zmian w świadomości społecznej, przeważają negatywne postawy wobec osób chorych psychicznie, nacechowane lękiem, podejrzliwością, niezrozumieniem i znacznym dystansem. Ten problem negatywnych postaw opisywany jest najczęściej w kategoriach **stygmatu**, związanego z tymi chorobami, lub **negatywnego stereotypu** osoby chorej psychicznie.

Pojęcie „**stygmatu**" pochodzi z języka greckiego (*stigma*). W starożytnej Grecji oznaczało rodzaj widocznego piętna wypalanego lub wycinanego na ciele osób moralnie potępianych lub pozbawionych wszelkich praw, np. niewolników, przestępców, zdrajców. Do opisu współczesnych reakcji społecznych na odmienność zostało wykorzystane przez socjologa E. Goffmana (za: Brodniak, 2000b; Wojciechowska, 2004). W jego ujęciu **stygmat jest synonimem głęboko dyskredytującej cechy lub właściwości człowieka lub grup społecznych**. Związany z tym **proces stygmatyzacji** jest rodzajem społecznego napiętnowania dokonującego się w sferze świadomości społecznej.

Piętnowanie (stygmatyzowanie) – nadawanie komuś negatywnej etykietki, która najczęściej informuje, że jest on mniej wartościowy z powodu czegoś w jego psychice, zachowaniu lub wyglądzie, co przeszkadza nam lub innym ludziom z naszego otoczenia. Pojawia się zwykle wtedy, gdy boimy się kogoś, nie rozumiemy go, nie chcemy mieć z nim do czynienia, albo kiedy chcemy wykluczyć go z naszej grupy. Piętnowanie jest rodzajem dyskryminacji innych ludzi.

Stygmatyzacji podlegają najczęściej osoby, które w ocenie społecznej niekorzystnie odróżniają się od „typowej" większości. Mają np.: widoczne uszkodzenia fizyczne

i deformacje ciała (inwalidzi i niepełnosprawni), widoczne wady, lub ich zachowanie odbiega od przyjętych norm prawnych lub obyczajowych (np. przestępcy, prostytutki). Stygmatyzacja jest niekorzystnym rodzajem reakcji społecznej na odmienność, sprowadza człowieka lub grupy społeczne do jednego negatywnego wymiaru, przez to redukuje tożsamość człowieka lub grupy społecznej do jednej dyskredytującej cechy lub własności. Stygmatyzacja pozbawia ludzi chorych psychicznie godności, przeszkadza im w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, narusza ich prawa człowieka.

W procesie stygmatyzacji dużą rolę odgrywają **stereotypy**. Przykładem stereotypu jest przekonanie, że osoby chore psychiczne są niebezpieczne dla otoczenia.

Stereotypy to uproszczone i najczęściej wartościujące opinie lub poglądy na temat innych osób lub grup społecznych lub etnicznych. Stereotypy wynikają najczęściej z niewiedzy lub niewystarczającej wiedzy i stanowią gotowe obrazy innych osób, przyjmowane bez większej refleksji i konfrontowania ich z rzeczywistością

Posługiwanie się stereotypem jest z jednej strony sposobem porządkowania rzeczywistości, ale z drugiej strony może być potencjalnym źródłem **dyskryminacji**, szczególnie jeśli stereotypowe wyobrażenia na temat innych ludzi są negatywne (Wojciechowska, 2004).

Dyskryminacja to prześladowanie lub gorsze traktowanie ludzi np. ze względu na ich pochodzenie, przynależność etniczną, wyznanie, a także ich sytuację zdrowotną lub niepełnosprawność

Dyskryminacja chorych psychicznie na poziomie relacji międzyludzkich przejawia się w traktowaniu tych ludzi w sposób pogardliwy, podkreślający ich niższość intelektualną, odmienność i niepełnosprawność. Przejawy dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi mogą dotyczyć również polityki społecznej państwa, które z racji dyskryminujących stereotypów społecznych odkłada rozwiązywanie problemów ludzi chorych psychicznie na później, albo niedostatecznie w nie inwestuje.

Niekorzystne, negatywne stereotypy osób chorych psychicznie są podtrzymywane przez media i niektóre środowiska opiniotwórcze. Osoby chore na schizofrenię są często przedstawiane w mediach jako niebezpieczni przestępcy, osoby zagrażające społeczeństwu, a terminy „schizofrenia", „schizofrenik" używane są w dyskusjach publicznych jako synonimy sprzeczności i barku logiki lub zjawisk z zakresu patologii społecznej (Borysewicz, 2003).

Badania sugerują, że większość ludzi w Polsce posługuje się negatywnymi stereotypami opisując osoby chore psychicznie. W 1999 r. do opisu osób chorych psychicznie większość (62%) badanych dorosłych osób wykorzystywała pejoratywne

określenia podkreślające odmienność (np. świr, pomylony, furiat, szajbus). Tylko 29% osób stosowało określenia neutralne akcentujące chorobę lub brak odporności (np. chory psychicznie, załamany, nieodporny lub wyczerpany nerwowo) lub podkreślało zrozumienie i współczucie (np. nieszczęśliwy, biedny, żyje w swoim świecie) (Wciórka, Wciórka, 2000). W opiniach przeważającej większości Polaków (84–90%) chorzy psychicznie to ludzie częściej niż inni krzywdzeni i wyśmiewani, bardziej bezradni i skłonni do samobójstw i jednocześnie bardziej uciążliwi oraz trudni we współżyciu. Autorzy badań podkreślają, że różnorodne pejoratywne określenia nie mają wiele wspólnego z rzeczywistymi trudnościami i cechami osób chorych psychicznie i wskazują na duży **dystans do chorych i niezrozumienie chorób psychicznych**.

Deklarowane w badaniach postawy wobec chorych psychicznie zależą m.in. od wykształcenia, wieku, pozycji zawodowej i społecznej oraz miejsca zamieszkania. Im wyższy poziom wykształcenia, tym bardziej otwarte i tolerancyjne postawy wobec chorych psychicznie, ale jednocześnie większe poczucie zagrożenia chorobą psychiczną i spora nieufność w stosunku do podejmowania – przez osoby po przebytej chorobie psychicznej – bardziej odpowiedzialnych ról społecznych (Brodniak, 2000a). W kontekście edukacji zdrowotnej warto zwrócić uwagę na fakt, że stosunkowo największą nieufność wobec chorych psychicznie i brak akceptacji dla pełnienia przez nich ról społecznych stwierdzono w Polsce u ludzi młodych, studentów i młodzieży uczącej się. Nieco ponad 50% młodych ludzi ma obojętny lub nieżyczliwy stosunek do chorych psychicznie, podczas gdy w całej grupie badanych tylko 25% przyznaje się do obojętności lub niechęci (Wciórka, Wciórka, 2000).

5.28. Działania na rzecz integracji osób z zaburzeniami psychicznymi i przeciwdziałanie stygmatyzacji

Programy działania na rzecz integracji osób z zaburzeniami psychicznymi i przeciwdziałania stygmatyzacji są bardzo potrzebne w naszym społeczeństwie. Przejawy nietolerancji, lęku i nieracjonalnych obaw wobec osób psychicznie chorych niejednokrotnie prowadzą do trwałego wykluczania tych osób z życia społecznego. Jest to jedna z poważniejszych barier na drodze do udzielania skutecznej pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom. Towarzyszy temu niechęć do korzystania z pomocy psychiatrów, psychologów klinicznych i innych specjalistów zajmujących się leczeniem chorób psychicznych i zaburzeń. Kształtowanie „wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji" jest jednym z ustawowych zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce[3]. Tymczasem liczba profesjonalnych programów przeciwdziałania tym niekorzystnym zjawiskom jest jak na razie znikoma. Do nielicznych programów i inicjatyw społecznych w tej dziedzinie należą dwa opisane dalej programy.

[3] Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994, nr 111, poz. 535).

Program „**Na krawędzi**" Stowarzyszenia Praktyków Dramy STOP-KLATKA (Depta, Żejmo-Kudelska, 2005) jest jednym z pierwszych profesjonalnie przygotowanych działań psychoedukacyjnych. Jest przeznaczony dla starszej młodzieży szkolnej (wiąże się z realizacją ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna" w szkołach ponadgimnazjalnych) i studentów wyższych uczelni, czyli dla grupy młodych ludzi wkraczających w dorosłość (wiek 17–26 lat), u której statystycznie najczęściej pojawiają się pierwsze epizody psychotyczne. Program dotyczy początków choroby psychicznej oraz reakcji otoczenia społecznego na jej pojawienie się. Literackim bohaterem programu jest 17-letni uczeń, u którego po raz pierwszy w życiu pojawiają się objawy psychozy. Ten epizod wyzwala różne reakcje osób z jego najbliższego otoczenia: jego rodziców, dziewczyny, nauczycielki, najbliższego przyjaciela oraz kolegów i koleżanek z klasy. Zajęcia warsztatowe mają na celu pracę nad historią młodego bohatera spektaklu. Dzięki wykorzystaniu interaktywnych technik parateatralnych program pozwala na aktywne włączenie się uczestników w sytuację rozgrywającą się na scenie, umożliwia bliższe zapoznanie się z emocjami i motywacjami wszystkich bohaterów, skłania uczestników do poszukiwania najlepszych sposobów udzielania wsparcia i pomocy osobie cierpiącej na zaburzenia psychotyczne, pobudza do refleksji nad postawami wobec osób chorych psychicznie (www.nakrawedzi.pl).

Program „**Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi**" realizowany jest w Polsce od września 2000 r. pod patronatem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Jest to wielokierunkowa kampania społeczna, której celem jest przeciwstawianie się stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorych na schizofrenię. Program został zainicjowany w połowie lat 90. XX w. w Kanadzie i obecnie jest realizowany w wielu krajach pod patronatem Światowego Stowarzyszenia Psychiatrycznego. Pomysł kampanii powstał na Światowym Zjeździe Psychiatrycznym w Madrycie, jako sprzeciw wobec krzywdzących stereotypów społecznych, przejawów dyskryminacji i odrzucenia, z jakimi na co dzień stykają się chorzy na schizofrenię i ich rodziny. Społeczeństwo, pracodawcy, media, a także lekarze i środowiska opiniotwórcze podtrzymują negatywny wizerunek osób chorych psychicznie. Zmniejsza to ich szansę na znalezienie zatrudnienia, zawarcie małżeństwa, założenie rodziny lub uzyskanie pomocy. Wobec tego ważnym celem tych działań jest również stworzenie silnego środowiska, które miałoby wpływ na opinię publiczną, a także na rozwiązania ustawodawcze, organizacyjne i ekonomiczne podejmowane w tym zakresie. Program obejmuje cztery obszary działania:

- **współpracę z mediami**, aby wypracować nowy, bliższy prawdzie społeczny obraz osoby chorej psychicznie;
- **edukację różnych grup społecznych** – uczniów, kleryków, pacjentów i ich rodzin, psychiatrów i lekarzy rodzinnych, organizację sympozjów i szkoleń na temat schizofrenii;
- **działania praktyczne** – m.in. nastawione na przybliżanie społeczeństwu twórczości artystycznej osób chorych psychicznie (galerie, wystawy, koncerty), organizowanie „otwartych dni" w oddziałach dziennych i centrach rehabilitacyjnych dla pacjentów, opracowanie regionalnych programów aktywizacji zawodowej osób chorych;

- **ewaluację**, czyli okresowe badania postaw społecznych wobec osób chorych psychicznie.

W kampanię „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi" angażują się nie tylko ludzie pracujący zawodowo w placówkach ochrony zdrowia psychicznego, ale również znani twórcy, artyści, osoby publiczne. Ważną rolę odgrywają też grupy samopomocowe i organizacje pozarządowe, które oferują chorym i ich rodzinom różne formy pomocy. Integruje to różne lokalne działania w jeden ruch społeczny na rzecz tworzenia w Polsce środowiska przyjaznego osobom z zaburzeniami psychicznymi. Animatorzy tego ruchu w takich słowach piszą o tej idei: „Działania realizowane w całej Polsce mają na celu otwieranie kolejnych drzwi przed chorymi na schizofrenię tak, aby umożliwić im ponowną integrację ze społeczeństwem, a tym samym powrót do normalnego życia. Program zachęca, aby przed chorymi na schizofrenię „otwierać drzwi" szkół, uniwersytetów, urzędów, zakładów pracy, świątyń wreszcie domów rodzinnych, aby przede wszystkim „otwierać drzwi naszych serc" (www.otworzciedrzwi.pl).

5.29. Propozycje zajęć

Temat zajęć: **„Stereotypy i uprzedzenia"**

Uczestnicy: młodzież w wieku 13–19 lat.

Cele:

– pobudzenie do refleksji na temat uprzedzeń wobec ludzi chorych psychicznie oraz stereotypów związanych z zaburzeniami psychicznymi,

– uwrażliwienie młodzieży na problemy psychiczne innych ludzi,

– przekazanie wiedzy o tym, co to jest stereotyp i jakie są konsekwencje posługiwania się negatywnymi stereotypami.

Przebieg zajęć:

Zajęcia pierwsze

- Wyjaśnij, że tematem zajęć będą nasze postawy i odczucia dotyczące osób, które mają różne problemy i zaburzenia psychiczne. Choroby i zaburzenia psychiczne wywołują różne uprzedzenia, nad którymi rzadko się zastanawiamy. Warto o tym pomyśleć, bo nasze postawy wpływają na losy ludzi cierpiących z powodu chorób i zaburzeń psychicznych. Dodaj, że chciałbyś/abyś otwarcie porozmawiać na ten temat.
- Podziel uczestników na pary, każdej daj losowo jedną z pięciu kartek z napisem:
  - Osoby chore na schizofrenię
  - Osoby chore na depresję
  - Osoby cierpiące na nerwicę
  - Osoby uzależnione od alkoholu (alkoholicy)
  - Osoby uzależnione od narkotyków (narkomani).

Zachęć, aby w parach, zapisali pozytywne i negatywne skojarzenia, jakie przychodzą im do głowy, kiedy myślą o osobie mającej taki problem. Bądź gotowy do dodatkowych wyjaśnień i wspierania uczniów, którzy będą mieli kłopot z rozpoczęciem zadania.

- Poproś pary, które mają tę samą kartkę, o połączenie się w czwórki lub szóstki (w zależności od wielkości grupy) i porównanie swoich odpowiedzi. Każda czwórka lub szóstka zapisuje na dużym papierze listę uzgodnionych pozytywnych i negatywnych skojarzeń.
- Poproś każdą czwórkę (lub szóstkę) o przedstawienie swoich pozytywnych i negatywnych skojarzeń na forum grupy.
- Sprawdźcie, które skojarzenia przeważają – pozytywne czy negatywne. Zwróć uwagę na nazwy, jakimi posługują się ludzie w odniesieniu do osób chorych psychicznie. Poprowadź dyskusję na temat: Skąd biorą się negatywne skojarzenia (uprzedzenia) wobec osób chorych psychiczne? Czy ich źródłami jest np. niska wiedza o tych problemach, doświadczenia własne uczniów, odmienność osób chorych, przekazy płynące z mediów?
- Poproś, aby w ramach „pracy domowej" na następne zajęcia dowiedzieli się więcej o chorobach psychicznych i spróbowali zweryfikować swoje wyobrażenia o nich. Podaj listę stron internetowych, pod którymi mogą znaleźć interesujące informacje.

Zajęcia drugie

- Wprowadź i wyjaśnij pojęcie „stereotypu", podaj przykład stereotypu (s. 476).
- Poproś, aby uczestnicy podzielili się na zespoły 4-5-osobowe i zastanowili się, jakie są najczęstsze stereotypowe poglądy i wyobrażenia na temat osób chorych psychicznie lub mających takie problemy jak alkoholizm lub narkomania.
- Poproś zespoły o prezentację wyników swoich przemyśleń. Zapytaj: Jaki wpływ mogą mieć te i inne stereotypowe wyobrażenia na sytuację i losy ludzi chorych psychicznie lub mających takie problemy jak alkoholizm/narkomania?
- Wyjaśnij związek między negatywnymi stereotypami a dyskryminacją i piętnowaniem innych ludzi (s. 476)[4]. Zapytaj: W jakich sytuacjach uczestnicy czuli się napiętnowani? Co wtedy czuli?
- Przeprowadź burzę mózgów na temat: Jak przeciwdziałać negatywnym stereotypom wobec osób z problemami psychicznymi? Zapisz wszystkie propozycje.
- Podsumuj dyskusję i zapisz najważniejsze informacje, które chcesz przekazać uczestnikom.

Uwaga! Staraj się utrzymywać bezpieczny dla uczestników poziom pracy, podkreślaj, że każdy może podzielić się z kolegą/koleżanką tym, co sam uzna za ważne i bezpieczne dla niego. Dbaj o dobry, wspierający klimat zajęć. Żaden uczeń nie powinien być zmuszany do uczestniczenia w tego typu zajęciach. W przypadku niepokojącej reakcji ucznia, nauczyciel powinien, w sposób możliwie dyskretny, porozmawiać z nim o tym, co go nurtuje. Jeśli zajdzie taka potrzeba, należy zwrócić się o radę do pedagoga szkolnego lub pracownika poradni psychologiczno-pedagogicznej.

[4] Przygotowując zajęcia na temat dyskryminacji i piętnowania warto skorzystać z publikacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii: *Oczami dziecka. Zbiór rysunków i opowiadań z Konkursu Szkolnego Światowej Organizacji Zdrowia na temat zdrowia psychicznego*, tłum. K. Andrzejewska, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2003.

Pytania

1. Jakie kryteria odróżniają zaburzenia psychiczne od codziennych problemów i trudności życiowych?
2. Jakie zaburzenia psychiczne – zaburzenia nerwicowe, zaburzenie nastroju czy psychozy – najczęściej występują u ludzi w Polsce?
3. Czym są stereotypy i jaką rolę pełnią w procesie stygmatyzacji?
4. Jakie są konsekwencje społeczne i psychologiczne negatywnych stereotypów i stygmatyzacji osób chorych psychicznie?
5. Jakie osoby czy grupy społeczne podlegają procesowi stygmatyzacji i wykluczeniu we współczesnym społeczeństwie?

Literatura zalecana

Brodniak W. (2000) *Przegląd badań nad postawami społeczeństwa wobec chorób psychicznych , osób psychicznie chorych i instytucji psychiatrycznych w Polsce* (1963–1999), „Postępy Psychiatrii i Neurologii", nr 9, 339–351.

Instytut Psychiatrii i Neurologii (2003) *Oczami dziecka. Zbiór rysunków i opowiadań z Konkursu Szkolnego Światowej Organizacji Zdrowia na temat zdrowia psychicznego*, tłum. K. Andrzejewska, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Wciórka B., Wciórka J. (2000) *Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego* (1996 i 1999), „Postępy Psychiatrii i Neurologii", nr 3, s. 353–382.

Wciórka B., Wciórka J. (2005) *Sondaż opinii publicznej – czy Polacy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne?* „Postępy Psychiatrii i Neurologii", nr 4, s. 305–317.

ROZDZIAŁ 6

Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych

Krzysztof Ostaszewski

Edukacja zdrowotna jest przede wszystkim ukierunkowana na umacnianie zdrowia, ale ważną jej częścią jest również profilaktyka używania i nadużywania substancji psychoaktywnych – palenia tytoniu, picia i nadużywania alkoholu, używania narkotyków. Współczesne pokolenia dzieci i młodzieży są w dużym stopniu narażone na kontakty z substancjami psychoaktywnymi, czego skutkiem mogą być różne problemy zdrowotne i społeczne, w tym:

- **szkody zdrowotne** (np. zespół uzależnienia od alkoholu, zatrucia, infekcje);
- **zachowania ryzykowne, podejmowane w związku z używaniem tych substancji** (np. skoki do wody w niebezpiecznych miejscach, podejmowanie przedwczesnych i ryzykownych kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia lub/i z przypadkowym partnerem, przejażdżka z pijanym kierowcą itd.);
- **zagrożenia dla rozwoju osobistego młodych ludzi** (np. zaniedbywanie obowiązków szkolnych, konflikty z prawem, utrata zainteresowań).

Potrzebę podejmowania w ramach edukacji zdrowotnej działań z zakresu profilaktyki używania i nadużywania tych substancji przez młodzież szkolną uzasadnia duże rozpowszechnienie tego zjawiska.

Alkohol jest najczęściej używaną substancją psychoaktywną przez młodzież w Polsce. Wyniki badań HBSC[1] wskazują, że w 2006 r. ponad połowa nastolatków w wieku 11 lat ma już za sobą pierwsze próby picia alkoholu. Dotyczy to 55% chłopców i 50% dziewcząt (Mazur, Woynarowska, Kołoło, 2007). Pomiędzy 11 a 17 r.ż. prawie cała populacja młodzieży podejmuje próby picia alkoholu. Wśród 17–18-latków tylko około 6–10% nigdy nie próbowało alkoholu (Sierosławski, 2005; *Zdrowie subiektywne...*, 2006).

Drugą substancją co do częstości rozpowszechnia jest **tytoń**. Około 70% młodzieży w wieku 17–18 lat wypaliło papierosa przynajmniej 1 raz w życiu (Sierosławski, 2005; *Zdrowie subiektywne...*, 2006). Pierwsze eksperymenty z paleniem tytoniu, podobnie jak z alkoholem, stosunkowo często rozpoczynają się przed 12 r.ż.

[1] Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej wykonywane pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia – Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Cross-national Study (HBSC).

Odsetek młodzieży, która pali papierosy codziennie, systematycznie zwiększa się w okresie dojrzewania od 6% w wieku 13 lat, poprzez około 16% w wieku 15 lat do około 25% w wieku 18 lat (Mazur, Woynarowska, Kowalewska, 2000; *Zdrowie subiektywne...*, 2006).

Na trzecim miejscu znajdują się **przetwory konopi, czyli marihuana i haszysz**. Wyniki badań ESPAD[2] wskazują, że około 1/3 populacji młodzieży w wieku 17 lat w Polsce używała tych substancji przynajmniej 1 raz w życiu, a około 10% używa ich przynajmniej 1 raz w miesiącu. Młodzież stosunkowo często sięga także po **leki psychoaktywne** (np. środki nasenne, uspokajające) bez zlecenia lekarza. Dotyczy to około 15% polskich 15-latków i około 20% 17-latków (Sierosławski, 2005).

Eksperymentowanie z różnymi substancjami psychoaktywnymi jest charakterystyczną cechą okresu dojrzewania. W drugiej dekadzie życia największa jest też dynamika wzrostu kontaktów z tymi substancjami. Badania podłużne, przeprowadzone u młodzieży amerykańskiej, wskazują, że intensywność picia alkoholu gwałtownie zwiększa się podczas pobytu w szkole średniej, osiągając apogeum w okresie nauki w college'u lub na uniwersytecie, a następnie zmniejsza się, gdy młodzi ludzie wchodzą w dorosłe życie, zakładają rodziny i podejmują pracę zawodową (*National...*, 1997, s. 305).

6.1. Zmiany w podejściu do problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych

W ostatnich latach nastąpiła ważna zmiana w podejściu do zapobiegania problemom wynikającym z nadużywania substancji psychoaktywnych. Polega ona na stopniowym odchodzeniu od tradycyjnego podejścia, które koncentrowało się na **uzależnieniu – alkoholizmie, narkomanii, nikotynizmie, lekomanii**, jako głównym zagrożeniu związanym z używaniem tych substancji. Do problemów, poza uzależnieniem, zalicza się obecnie także inne szkody zdrowotne (np. zatrucia, infekcje, zaburzenia psychiczne) oraz wypadki, samobójstwa, przestępstwa, konflikty, zaniedbywanie dzieci, przemoc domową, akty agresji i inne czyny popełniane pod wpływem alkoholu lub innych substancji oraz w związku z nimi.

Zmiana, jaka następuje w sposobie myślenia o konsekwencjach przyjmowania substancji psychoaktywnych, przyczynia się do traktowania tych konsekwencji w kategoriach zróżnicowanych **szkód zdrowotnych i społecznych**. W opisywaniu konsekwencji **picia alkoholu** tradycyjnie przyjmowano, że zaburzenia wynikające z jego nadużywania mają przebieg progresywny, począwszy od wczesnych objawów choroby (zmianę reakcji organizmu na alkohol), poprzez utratę kontroli nad piciem, konflikty z otoczeniem, aż do jej końcowego stadium (degradacja moralna i ciągi pijackie). W związku z tym, przez wiele lat, główne społeczne i zdrowotne problemy związane

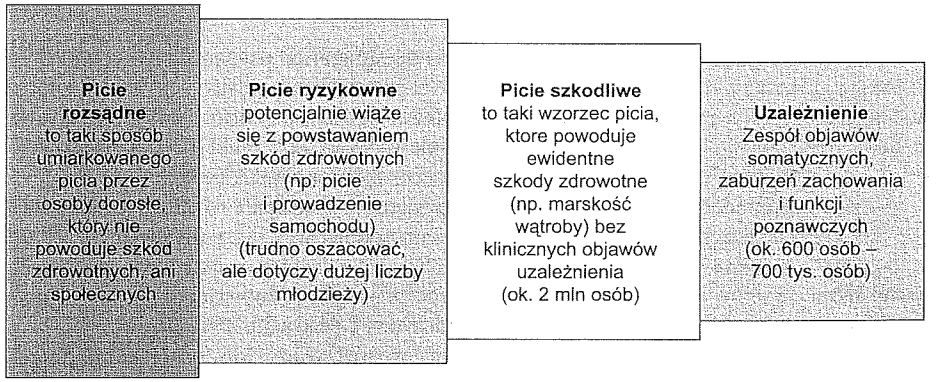
[2] Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach na temat Używania Alkoholu i Narkotyków (ESPAD) koordynowany przez Szwedzką Radę ds. Informacji o Alkoholu i Narkotykach i Grupę Pompidou.

z piciem alkoholu były postrzegane z perspektywy alkoholizmu. Tymczasem uzależnienie od alkoholu rozwija się u około 8–10% osób, którzy rozpoczną picie alkoholu, ale liczba pijących szkodliwie jest około 2–3 razy większa niż liczba osób uzależnionych (Habrat, 1996, s. 12–14). Te spostrzeżenia przyczyniły się do różnicowania pomiędzy:

- **zespołem uzależnienia**, definiowanym jako zespół objawów somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których picie alkoholu staje się priorytetowe wobec innych, poprzednio ważniejszych zachowań (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD–10);
- **piciem szkodliwym, bez cech uzależnienia**, definiowanym jako nieprawidłowy wzorzec picia, prowadzący do znaczących klinicznie szkód somatycznych lub zaburzeń psychicznych występujących w ostatnim roku (ICD–10);
- **piciem ryzykownym**, definiowanym jako picie alkoholu, które potencjalnie związane jest z powstawaniem szkód zdrowotnych (np. picie alkoholu i skoki do wody); picie ryzykowne jest kategorią niemedyczną i nie występuje w ICD–10, ale ma duże znaczenie dla profilaktyki i kształtowania polityki zdrowotnej.

Uzależnienie jest więc tylko jedną i to nie najczęstszą, negatywną konsekwencją używania substancji psychoaktywnych. W Polsce liczba osób uzależnionych od alkoholu wynosi około 600–700 tys., a liczba osób, u których występują ewidentne szkody zdrowotne związane z nieumiarkowanym piciem alkoholu (szkody somatyczne i psychiczne), wynosi około 1,5–2 mln. (*Państwowa...*, 2003). Dlatego istotne jest nie tylko zapobieganie uzależnieniu, ale również piciu ryzykownemu i piciu szkodliwemu (ryc. 6.1).

Uzależnienie nie jest również jedyną konsekwencją zdrowotną **przyjmowania narkotyków**. Używanie niektórych z nich (np. heroiny) niesie za sobą ryzyko uzależnienia większe niż picie alkoholu. Jednakże, podobnie jak w przypadku alkoholu, tylko część osób eksperymentujących z narkotykami (np. z marihuaną) wchodzi na drogę uzależnienia. Większa grupa osób nieuzależnionych doświadcza różnych



Ryc. 6.1. Wzory picia alkoholu i ich konsekwencje

problemów zdrowotnych i społecznych związanych z przyjmowaniem narkotyków, do których należą:

– **zaburzenia psychiczne** (np. u zażywających substancje halucynogenne i pobudzające mogą występować psychozy, stany lękowe i depresyjne);

– **uszkodzenia narządów wewnętrznych** (np. używanie substancji lotnych prowadzi do poważnych uszkodzeń wątroby, nerek, układu krwiotwórczego);

– **śmiertelne przedawkowania i zatrucia** (występują w przypadku używania opiatów, a także niektórych narkotyków syntetycznych);

– **infekcje wirusowe i bakteryjne**, związane z dożylnym przyjmowaniem niektórych narkotyków (np. posocznica, wirusowe zapalenie wątroby typu B, C oraz zakażenie HIV);

– **zaburzenia zachowania**, które prowadzą do zachowań ryzykownych lub niezgodnych z prawem (np. prostytucja lub nielegalna produkcja i sprzedaż narkotyków).

Moda na narkotyki i rozwój sceny narkotykowej (wprowadzanie na rynek coraz to nowych substancji) zmienia obraz współczesnej narkomanii. Duża grupa młodzieży używa różnych narkotyków **okazjonalnie**, najczęściej dla zabawy. Taki wzór ich używania może prowadzić do różnych nieprzewidzianych skutków zdrowotnych, np. zatruć, infekcji lub przedawkowania, ale znaczna grupa używających narkotyki (np. marihuanę) okazjonalnie nie doświadcza żadnych, znaczących konsekwencji dla swojego zdrowia. Okazjonalne używanie może być „furtką" dla rozwoju **używania problemowego** lub **uzależnienia**.

Używanie problemowe narkotyków jest definiowane jako taki wzór ich używania, który nie spełnia kryteriów uzależnienia, ale jednocześnie prowadzi do zmian w stylu życia i orientacji życiowej młodego człowieka (np. zmian relacji z rodzicami, konfliktów z prawem, gorszych wyników w nauce itd.) (Okulicz-Kozaryn, 2005)

Zmianę paradygmatu myślenia w podejściu do substancji psychoaktywnych dobrze ilustruje postrzeganie problemów związanych z **paleniem tytoniu**. Jest ono społecznie postrzegane głównie z perspektywy szkód zdrowotnych (chorób odtytoniowych), a nie z perspektywy uzależnienia. Istnieje wiele dowodów, że palenie papierosów:

– jest głównym czynnikiem sprawczym zachorowań na raka płuc;

– przyczynia się do rozwoju przewlekłego nieżytu oskrzeli i rozedmy płuc;

– zwiększa znacznie ryzyko rozwoju choroby wieńcowej i zawału serca;

– jest czynnikiem ryzyka wielu innych chorób, w tym nowotworów złośliwych jamy ustnej, krtani i przełyku, pęcherzyka moczowego, nienowotworowych chorób układu oddechowego, chorób naczyń obwodowych (Zatoński, 1992).

Z tych powodów wieloletnie palenie papierosów wiąże się z ryzykiem przedwczesnej śmierci i gorszej jakości życia, w związku z przewlekłymi chorobami odtytoniowymi. U znacznego odsetka osób palących papierosy regularnie

występują objawy zespołu uzależnienia od nikotyny. Najczęściej jest to niemożność powstrzymania się od palenia papierosów: w niedługim czasie po przebudzeniu, w czasie chorób układu oddechowego, w miejscach publicznych, gdzie palenie jest zabronione.

6.2. Integralne podejście do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań problemowych młodzieży

Tradycyjnie, przede wszystkim ze względów organizacyjnych i finansowych, działalność zapobiegawcza w zakresie substancji psychoaktywnych jest podzielona na profilaktykę alkoholową, narkotykową, papierosową. Dostrzeżenie współwystępowania różnych zachowań problemowych młodzieży oraz ich funkcjonalnego znaczenia w procesie rozwoju miało doniosłe konsekwencje dla ukształtowania się współczesnego myślenia o profilaktyce tych zachowań. Zapoczątkowało to proces integrowania różnych rozproszonych wątków. Te tendencje do łącznego traktowania substancji psychoaktywnych są wyrazem ogólniejszego trendu do integrowania różnych dziedzin działań profilaktycznych w obszarach głównych zagrożeń dla zdrowia i prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży.

W ostatnich kilkunastu latach na świecie, w działaniach profilaktycznych zajmujących się dziećmi i młodzieżą, podąża się w kierunku **integralnego** traktowania substancji psychoaktywnych: **alkoholu**, **tytoniu**, **narkotyków** i **leków psychoaktywnych**. Zwolennicy tego podejścia argumentują, że zjawisko używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież ma wiele cech wspólnych. Są to:

- **Przejawy tego samego problemu** – picie alkoholu, palenie papierosów lub używanie narkotyków przez młodzież są różnymi przejawami zachowań, które potencjalnie wiążą się z ryzykiem powstania szkód zdrowotnych. Określa się je jako zachowania zagrażające zdrowiu lub jako zachowania problemowe wieku dorastania (Frączek, Stępień, 1997, s. 74–75). Są to różne oblicza tego samego problemu.
- **Te same czynniki ryzyka** – u źródeł używania różnych substancji leżą te same grupy czynników ryzyka: rodzinne, rówieśnicze, indywidualne, związane ze szkołą i szerszym środowiskiem społecznym.
- **Współwystępowanie** – wyniki badań wskazują, że picie alkoholu, palenie papierosów oraz używanie narkotyków przez młodzież ma tendencję do współwystępowania (Jessor, 1987; Stępień, 1999; Mazur, Kowalewska, Woynarowska, 2003). Mają one tendencję do współwystępowania z innymi zachowaniami problemowymi, np. z przedwczesnymi kontaktami seksualnymi, wykroczeniami i zaniedbywaniem obowiązków szkolnych. Pojawienie się u dorastającego jednego z zachowań problemowych zwiększa ryzyko wystąpienia następnych. W ostatnich 30 latach zgromadzono wiele dowodów, że zachowania problemowe chodzą „parami", a nawet „trójkami" lub „czwórkami", czyli łączą się w zespoły zachowań problemowych.

- **Ścieżki używania substancji psychoaktywnych, czyli „torowanie drogi"** – picie alkoholu i palenie papierosów w znacznym stopniu „toruje drogę" dla prób z narkotykami. Eksperymentowanie z alkoholem i tytoniem zaczyna się we wczesnym okresie adolescencji. Część nastolatków przechodzi od używania tych substancji do eksperymentów z marihuaną, ale niezwykle rzadko zdarza się, że ktoś sięga po marihuanę bez uprzednich doświadczeń z alkoholem lub/i papierosami. Pewna część młodych ludzi przechodzi do innych narkotyków, np. heroiny lub amfetaminy. I znowu do wyjątków należą osoby, które używają takich narkotyków, bez wcześniejszych doświadczeń z marihuaną. Te spostrzeżenia stały się podstawą do traktowania alkoholu, papierosów i marihuany jako głównych substancji „torujących drogę" (ang. *gateway drugs*) dla kolejnych (groźniejszych) faz używania (Kandel, Yamaguchi, Chen, 1992). Alkohol i papierosy „torują drogę" marihuanie, a marihuana „toruje drogę" innym, groźnym narkotykom. Ma to doniosłe implikacje dla profilaktyki. Ograniczanie wczesnych eksperymentów z alkoholem i papierosami zapobiega nie tylko konsekwencjom używania tych dwóch substancji, ale również ogranicza ryzyko przejścia do używania bardziej niebezpiecznych i społecznie nieakceptowanych substancji psychoaktywnych.

Używanie substancji psychoaktywnych jest jednym z **zachowań problemowych młodzieży**. W okresie dorastania młodzież przejawia skłonność do zachowań problemowych. Ich współwystępowanie i uwarunkowania wyjaśnia m.in. **teoria zachowań problemowych** (Jessor, Jessor, 1977; Jessor, 1987). Do typowych zachowań problemowych młodzieży zalicza się:

- używanie substancji psychoaktywnych (papierosy, alkohol, narkotyki, leki psychoaktywne);
- przedwczesną aktywność seksualną;
- zachowania agresywne, stosowanie przemocy, znęcanie się nad rówieśnikami;
- drobne przestępstwa, wykroczenia, czyny chuligańskie, wandalizm;
- zaniedbywanie obowiązków szkolnych, wagary, nieukończenie szkoły;
- inne, np. kłamstwa, ucieczki z domu, itp.

W myśl tej teorii **zachowania problemowe pełnią podobne funkcje** w rozwoju psychospołecznym młodzieży i mogą być dla niej:

- instrumentem osiągania pożądanych celów, np. są wyrazem dążenia do niezależności od rodziców i dają młodym ludziom poczucie autonomii;
- symbolicznym wyrazem niechęci młodzieży wobec tradycyjnych norm i wartości ludzi dorosłych i w ten sposób sprzyjają tworzeniu się własnego poczucia tożsamości;
- pewnym mechanizmem radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych.

Zachowania te przysparzają dorosłym (rodzicom, wychowawcom) wiele kłopotów, ale niekiedy pozwalają młodym ludziom zaspokoić ich niezrealizowane potrzeby lub osiągnąć ważne dla nich cele. Wielu autorów z kręgu społecznej psychologii rozwojowej przyjmuje, że „eksperymenty" z alkoholem, papierosami i niektórymi narkotykami, a także przedwczesne kontakty seksualne są pewnego rodzaju instrumentem w procesie realizacji niektórych **zadań rozwojowych** okresu dojrzewania, takich jak osiąganie: nowych i bardziej dojrzałych kontaktów z rówieśnikami, emocjonalnej niezależności od rodziców i innych dorosłych oraz doświadczanie i akceptowanie swojej fizyczności i seksualności (Jessor, 1987; Stępień, Frączek, 1992).

Wszystkie te argumenty uzasadniają potrzebę **zintegrowanego podejścia** do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (Mellibruda, 1997; Ostaszewski, 2003). Rzecznikiem takiego podejścia jest WHO oraz wiele międzynarodowych organizacji działających w obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych i promocji zdrowia psychicznego. Coraz częściej wyróżnia się kilka **związanych ze sobą obszarów działań profilaktycznych** (Biglan i in., 2003) nastawionych na:

- ograniczanie używania substancji psychoaktywnych (alkohol, nikotyna, narkotyki, leki);
- ograniczanie przemocy i agresji w kontaktach społecznych;
- zapobieganie przestępczości wśród młodzieży;
- zapobieganie ryzykownym zachowaniom seksualnym;
- zapobieganie niepowodzeniom szkolnym;
- zapobieganie depresji i samobójstwom.

6.3. Nowe i „stare" poziomy profilaktyki

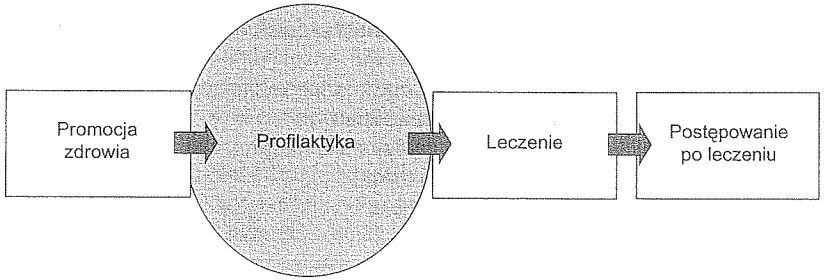
Klasyczna definicja profilaktyki zakłada, że są to działania, programy lub interwencje, które mają zapobiegać problemom, zaburzeniom lub chorobom (w tym uzależnieniom), **zanim one wystąpią** (patrz także s. 127). Tradycyjnie wyróżnia się trzy **stopnie (poziomy) profilaktyki** używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań problemowych (Szymańska, Zamecka 2002):

- **pierwszego stopnia (pierwszorzędowa)** – adresowana do grupy niskiego ryzyka. Celem jej jest promocja zdrowego stylu życia oraz opóźnianie wieku inicjacji alkoholowej i papierosowej, a przez to zmniejszanie zasięgu zachowań problemowych;
- **drugiego stopnia (drugorzędowa)** – adresowana do grupy podwyższonego ryzyka. Celem jest ograniczenie głębokości i czasu trwania dysfunkcji, umożliwienie wycofania się z używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych, np. poradnictwo rodzinne, indywidualne i socjoterapia;
- **trzeciego stopnia (trzeciorzędowa)** – adresowana do grupy wysokiego ryzyka. Celem jest przeciwdziałanie pogłębianiu się procesu chorobowego i degradacji społecznej oraz umożliwienie powrotu do normalnego życia w społeczeństwie.

Tradycyjny podział na trzy stopnie profilaktyki jest nieostry, tzn. nie zawiera jasnych granic między profilaktyką i leczeniem. Klasyczny sposób rozumienia profilaktyki – **zapobieganie problemom zanim one wystąpią** – wchodzi w zakres tylko profilaktyki pierwszego stopnia. Już w ramach drugiego stopnia zacierają się granice między profilaktyką i leczeniem. Dotyczy to np. socjoterapii w grupach dzieci lub młodzieży przejawiających różne dysfunkcje, a więc działalności z pogranicza leczenia. Działania w ramach trzeciego stopnia obejmują leczenie, rehabilitację lub resocjalizację (Szymańska, Zamecka, 2002). Z powodu trudności w rozgraniczeniu profilaktyki od leczenia ten tradycyjny podział został zakwestionowany.

Nowy podział poziomów profilaktyki rozpoczął się od publikacji amerykańskiego Institute of Medicine (IOM) (Mrazek, Haggerty, 1994) porządkującej obszary profilaktyki zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Profilaktyka jest tylko jednym z elementów w uporządkowanej strukturze działań, na które składają się:

- promocja zdrowia psychicznego;
- profilaktyka zaburzeń i chorób psychicznych;
- leczenie;
- postępowanie po leczeniu (rehabilitacja i zapobieganie nawrotom choroby).



Ryc. 6.2. Miejsce profilaktyki w ochronie zdrowia
(Adaptacja na podstawie: P. Mrazek, R. Haggerty, 1994)

Nowy podział dzieli profilaktykę również na trzy poziomy (Ostaszewski, 2005b). Kluczem do zrozumienia nowego podziału jest charakterystyka grupy, do której są adresowane działania profilaktyczne. Ze względu na adresatów dzielą się one na:

- **profilaktykę uniwersalną** (ang. *universal prevention intervention*) – ukierunkowaną na **całą populację**, czyli do wszystkich (np. do wszystkich dzieci w określonym wieku) bez względu na stopień ryzyka występowania problemów zachowania lub zaburzeń psychicznych. Klasycznym przykładem uniwersalnych działań profilaktycznych są powszechne szczepienia ochronne dzieci. W obszarze zachowań problemowych dzieci i młodzieży przykładem działań uniwersalnych są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub papierosowej, adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi;
- **profilaktykę selektywną** (ang. *selective prevention intervention*) – ukierunkowaną na **grupy ryzyka**. Są to działania adresowane do grup np. dzieci i młodzieży, o których wiadomo, że ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe niż przeciętnie ryzyko wystąpienia problemów psychicznych i/lub zaburzeń zachowania. Przykładami takich działań są programy i interwencje podejmowane wobec dzieci rodziców chorych na depresję lub programy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do takiej grupy, czyli np. bycie dzieckiem osoby chorej na depresję lub uzależnionej od alkoholu, nie zaś występowanie zaburzeń lub problemów u takich dzieci. Są to przede wszystkim działania uprzedzające, prowadzone na podstawie wiedzy o czynnikach ryzyka;
- **profilaktykę wskazującą** (ang. *indicated preventive intervention*) – ukierunkowaną na **wybrane jednostki** narażone na wysokie ryzyko chorób i innych problemów psychicznych. Ten poziom działań jest adresowany do jednostek, które bądź to są z powodów biologicznych lub społecznych narażone na podwyższone ryzyko wystąpienia problemów lub zaburzeń psychicznych, bądź to demonstrują już pierwsze objawy zaburzeń/problemów. Przykładami takich działań są: zajęcia wyrównawcze w klasie nauczania początkowego dla dzieci, które mają problemy z nauką pisania i czytania; zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci, które przejawiają wysoki poziom agresji i nieprzystosowania w kontaktach z rówieśnikami; oraz interwencje podejmowane wobec uczniów gimnazjum/szkół ponadgimnazjalnych upijających się lub eksperymentujących z narkotykami.

Omawiane zmiany porządkują i precyzują obszary działań z zakresu profilaktyki, lecz jednak nadal nie udaje się w pełni uniknąć kontrowersji związanych z przenikaniem się działań z zakresu profilaktyki i leczenia. Niektórzy zwracają uwagę również na zjawisko z pogranicza leczenia i zapobiegania, zwane **leczeniem zorientowanym na profilaktykę** (Davis, 2002). Ma ono zastosowanie, gdy mamy do czynienia ze współwystępowaniem różnych zaburzeń psychicznych w przebiegu uzależnienia. Na przykład obniżenie nastroju i zaburzenia depresyjne często poprzedzają rozwój nadużywania lub uzależnienia od alkoholu. Zatem leczenie jednego zaburzenia jest często związane z zapobieganiem powstawania innych problemów i w związku z tym zawiera elementy profilaktyki.

Tabela 6.1. Różne kwalifikacje poziomów profilaktyki uzależnień i innych zachowań problemowych

<table>
<tr><th>Tradycyjny podział na profilaktykę I, II i III stopnia (Szymańska, Zamecka, 2002)</th><th>Nowy podział uwzględniający szerokie spektrum działań w ochronie zdrowia psychicznego (Mrazek, Haggerty, 1994)</th><th>Podział działań profilaktycznych przyjęty w Polsce na gruncie pedagogiki (Muszyński, 1965)</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Profilaktyka I stopnia
(pierwszorzędowa)
adresowana do grupy niskiego ryzyka</td><td>Promocja zdrowia psychicznego</td><td rowspan="3">Profilaktyka uprzedzająca
przeciwdziałanie niepożądanym zjawiskom, które jeszcze nie wstąpiły</td></tr>
<tr><td>Profilaktyka uniwersalna
adresowana do całej populacji</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Profilaktyka II stopnia
(drugorzędowa)
adresowana do grupy podwyższonego ryzyka</td><td>Profilaktyka selektywna
ukierunkowana na grupy zwiększonego ryzyka</td></tr>
<tr><td>Profilaktyka wskazująca
ukierunkowana na jednostki wysokiego ryzyka</td><td rowspan="3">Profilaktyka objawowa
podejmowana z chwilą wystąpienia pierwszych objawów niepokojących zachowań</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Profilaktyka III stopnia
(trzeciorzędowa)
adresowana do grupy wysokiego ryzyka</td><td>Leczenie (i resocjalizacja)</td></tr>
<tr><td>Postępowanie po leczeniu:
rehabilitacja po przebytej chorobie, zapobieganie nawrotom</td></tr>
</table>

Porównując nowy podział poziomów profilaktyki ze stale obowiązującym w naszym kraju podziałem na trzy stopnie (tab. 6.1), warto się zastanowić, co niosą ze sobą nowe ustalenia definicyjne. Widać wyraźnie większą precyzję nowego spojrzenia. Niewątpliwie bardziej przystaje ono do współczesnych wielopoziomowych działań podejmowanych na rzecz ochrony zdrowia psychicznego. W tabeli 6.1, oprócz tych dwóch typologii, uwzględniono podział na profilaktykę uprzedzającą i objawową, przyjęty prawdopodobnie za H. Muszyńskim (1965), który można spotkać w polskiej literaturze pedagogicznej i resocjalizacyjnej. Jest to oryginalne uzupełnienie międzynarodowych dyskusji wokół poziomów profilaktyki:

- **profilaktyka uprzedzająca** polega na przeciwdziałaniu niepożądanym zjawiskom, które jeszcze nie wystąpiły, ale których – na podstawie wiedzy dostępnej wychowawcy – można się spodziewać;
- **profilaktyka objawowa** – podejmowana jest z chwilą wystąpienia pierwszych objawów niepokojących zachowań. Klasycznymi jej przykładami jest działalność antynikotynowa i antyalkoholowa, podejmowana wśród młodzieży szkolnej, która eksperymentuje z papierosami lub alkoholem.

6.4. Główne obszary profilaktyki używania substancji psychoaktywnych

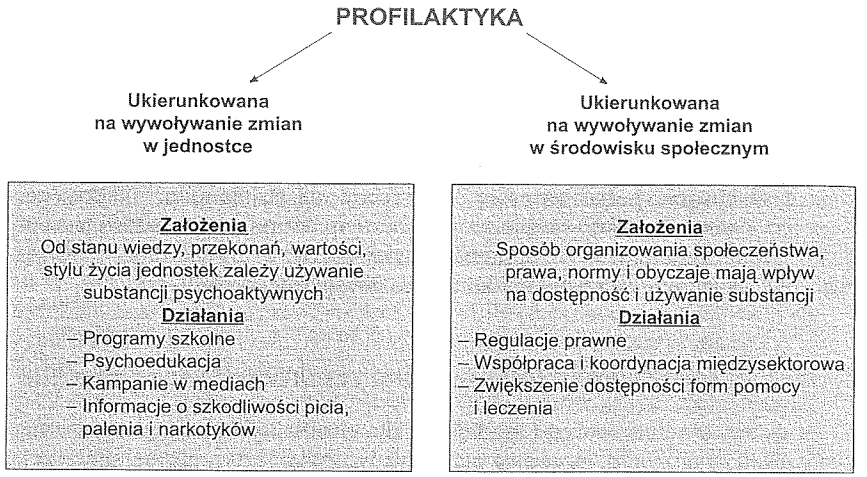
Z punktu widzenia **strategii nastawionych na jednostkę** najważniejszy jest człowiek, zarówno odbiorca, jak i realizator działań profilaktycznych. Bardzo cennym dorobkiem tego podejścia do profilaktyki jest zwrócenie uwagi na znaczenie kompetencji i motywacji osób realizujących działania profilaktyczne. Nie można efektywnie realizować programów działań profilaktycznych bez podstawowych umiejętności dobrego porozumiewania się i rozumienia drugiego człowieka.

Z punktu widzenia **strategii nastawionych na modyfikację środowiska społecznego** najważniejsze dla profilaktyki jest środowisko społeczne i rozwiązania z zakresu polityki społecznej, a wiec uregulowania prawne, systemowe, finansowe. Dużym plusem tego podejścia jest odwaga w kreowaniu nowych rozwiązań systemowych w szkołach, w społecznościach lokalnych, placówkach terapeutycznych.

Dwie perspektywy

W praktyce oraz w teorii dotyczącej profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych od lat ścierają się dwa punkty widzenia: jeden ukierunkowany na **jednostkę**, drugi ukierunkowany na **środowisko społeczne** (ryc. 6.3)[3].

[3] Rycinę – *Dwie perspektywy...* wykorzystano w artykule autora rozdziału: K. Ostaszewski (2006) „W poszukiwaniu sposobu na profilaktykę", Remedium 2 (156), s. 28–29.



Ryc. 6.3. Dwie perspektywy profilaktyki uzależnień i innych problemów społecznych (Ostaszewski, 2006)

6.4.1. Profilaktyka ukierunkowana na jednostkę

Zwolennicy tego punktu widzenia przyjmują, że decyzje i zachowania zdrowotne zależą od woli jednostki, a w szczególności jej wiedzy, przekonań, nawyków, norm i wartości. Naturalną konsekwencją przyjęcia tego sposobu myślenia są działania edukacyjne prowadzone za pomocą technik perswazyjnych i wychowawczych oraz cała gama działań z zakresu psychoprofilaktyki (np. kształtowanie umiejętności życiowych) i propagowanie zdrowego stylu życia. To podejście ma swoje zaplecze naukowe w psychologicznych i pedagogicznych metodach oddziaływania na człowieka i jest realizowane głównie przez szkolne programy profilaktyczne i edukacji zdrowotnej, psychoedukację, kampanie informacyjne w mediach i inne formy edukacji publicznej. Logiczną konsekwencją takiego podejścia jest rozwijanie kompetencji realizatorów działań profilaktycznych, a więc tych wszystkich, którzy bezpośrednio pracują z dziećmi i młodzieżą lub oddziałują na nich za pomocą mediów lub innych środków przekazu. Dzieje się to najczęściej za pomocą szkoleń i różnych innych form kształcenia.

Ten kierunek działań zwany ogólnie **psychoedukacją** ma swoje źródła w psychologii prewencji (psychoprofilaktyce), w której to różne formy działalności profilaktycznej – podobnie jak psychoterapię czy interwencję kryzysową – traktuje się jako jedną z form pomocy psychologicznej (Sęk, 1991). Naturalną konsekwencją ujmowania profilaktyki w kategoriach pomocy psychologicznej jest rozwijanie różnych form psychoedukacji (np. warsztatów, treningów itp.) zmierzających do rozwoju osobistego wykonawców działań profilaktycznych (np. nauczycieli), doskonalenia ich umiejętności interpersonalnych i społecznych, wrażliwości na potrzeby uczniów lub wychowanków. Rozwijanie kompetencji osobistych i zawodowych

realizatorów działań profilaktycznych jest przez wielu specjalistów uznawane za istotny aspekt działań i programów profilaktycznych nastawionych na jednostkę. Traktowanie profilaktyki jako jednej z form pomocy psychologicznej stwarza perspektywę, w której najważniejsze są:

- **rodzaj kontaktu** pomiędzy osobą wspomagającą (np. nauczycielem) a osobą wspomaganą lub grupą takich osób (np. uczniami);
- **motywacja prospołeczna** osoby, która prowadzi działania profilaktyczne;
- **cechy i umiejętności** służące pomaganiu (np. empatia, otwartość, autentyczność, sympatia, umiejętność rozumienia drugiej osoby, okazywania jej troski, zainteresowania, szacunku, zapewnienia komfortu psychicznego itp.).

6.4.2. Profilaktyka ukierunkowana na środowisko społeczne

U podstaw środowiskowego podejścia do profilaktyki leży przekonanie, że ryzykowne picie alkoholu, używanie narkotyków, palenie tytoniu są silnie zależne od struktur społecznych, norm obyczajowych lub innych cech środowiska społecznego. W tym podejściu przyjmuje się, że indywidualne decyzje poszczególnych ludzi są uwarunkowane przez środowisko społeczne. Wobec tego przedmiotem działań profilaktycznych jest nie tyle człowiek, ile system organizacji życia społecznego, za pomocą którego niejako wymuszamy pożądane zachowania całych grup społecznych.

Zwolennicy podejścia środowiskowego postrzegają świat w kategoriach socjologicznych, a więc procesów społecznych i praw, które nimi rządzą. Dlatego w swoich działaniach dotyczących profilaktyki problemów alkoholowych, narkotykowych, tytoniowych, epidemii HIV/AIDS koncentrują się na świadomym kreowaniu **polityki społecznej** (ang. *policy-based prevention*), a więc stanowieniu prawa, usprawnianiu organizacji życia społecznego, systemach pomocy socjalnej i rehabilitacji. Polityka społeczna w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom realizowana jest głównie przez regulacje prawne, rozwiązania instytucjonalne i ekonomiczne. Polega ona na wprowadzaniu zmian w środowisku społecznym, tak aby działało ono prewencyjnie na możliwie najszerszą populację danego kraju, miasta lub gminy.

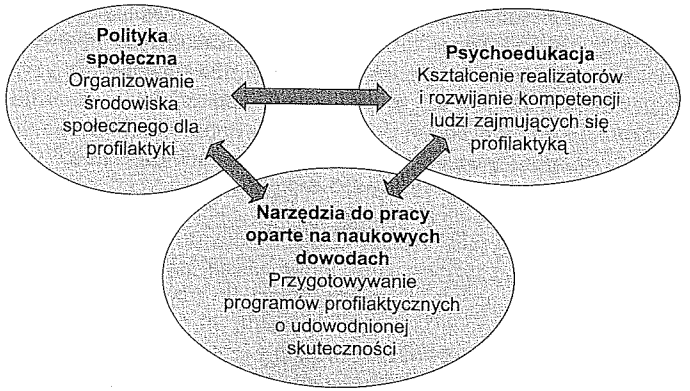
Jak zauważa J. Kwaśniewski (1979), zapobieganie takim problemom społecznym jak uzależnienia lub przestępczość nieletnich może przybierać formę **zachowawczą** lub **kreatywną**, w zależności od obranej strategii i stylu polityki społecznej:

- **Z profilaktyką zachowawczą** problemów społecznych mamy do czynienia wówczas, gdy podejmowane działania zmierzają przede wszystkim do eliminowania zjawisk, które zakłócają porządek społeczny lub stanowią dla niego zagrożenie. Przykładem jest tworzenie granic dla prawnej, ekonomicznej i fizycznej dostępności alkoholu. Dzieje się to przez szczegółowe regulacje dotyczące: wieku legalnego zakupu alkoholu, godzin sprzedaży, wysokości podatku akcyzowego, obsługi osób nietrzeźwych, gęstości punktów sprzedaży, odległości od szkół, obiektów sakralnych i sportowych. Taka polityka społeczna wobec problemów alkoholowych sprowadza się do utrudniania dostępu oraz eliminowania zachowań niepożądanych, takich jak sprzedaż alkoholu nieletnim, nietrzeźwym, itd.;

- **Profilaktyka kreatywna** polega na tworzeniu nowych mechanizmów rozwiązywania problemów społecznych, wzmacniających zdolności systemu społecznego do poradzenia sobie z problemami (alkoholowymi, narkotykowymi, przestępczością nieletnich itd.). Dobrym przykładem strategii kreatywnej w profilaktyce problemów alkoholowych jest zapewnienie prawnych, ekonomicznych i kadrowych warunków do rozwoju w Polsce gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W 2005 r. nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stworzyła warunki do finansowania przez gminy ze środków „alkoholowych" programów zapobiegania narkomanii. Jest to wyraźny postęp na drodze do tworzenia systemu działań profilaktycznych obejmujących różne zachowania problemowe dzieci i młodzieży. Szkolny Program Profilaktyki (SPP) jest innym przykładem kreatywnej polityki władz oświatowych. SPP jest systemową odpowiedzią na nasilające się problemy obserwowane wśród młodzieży szkolnej, takie jak przemoc, alkohol, narkotyki i inne przejawy nieprzystosowania społecznego. Z perspektywy osób kierujących oświatą (polityków oświatowych), SPP ma tworzyć warunki do prowadzenia systematycznej pracy profilaktycznej w szkołach. Ma obejmować wszystkie szkoły, angażować nauczycieli, uczniów i ich rodziców, powinien być dostosowany do potrzeb/zagrożeń i poddawany ewaluacji.

W praktyce dwa podejścia, nastawione na jednostkę i na środowisko społeczne, często konkurują ze sobą, ale wyniki badań pokazują, że łączenie tych dwóch podejść zwiększa skuteczność oddziaływań profilaktycznych (Ostaszewski, 2001). Przykładem łączenia tych dwóch strategii jest **podejście siedliskowe** stosowane w szkołach promujących zdrowie (s. 133, 248). Te dwa podejścia uzupełniają się i oba są niezwykle użyteczne w zapobieganiu problemom wynikającym z używania substancji psychoaktywnych. Każda z tych dwóch perspektyw, **jednostkowa** i **środowiskowa** inspiruje do poszukiwania odpowiedzi na istotne pytania dotyczące profilaktyki uzależnień i innych zachowań problemowych młodzieży:

- Jaki ma być człowiek, który zajmuje się działalnością profilaktyczną?
- Jak najlepiej zorganizować środowisko społeczne dla potrzeb profilaktyki?



Ryc. 6.4. Obszary profilaktyki uzależnień i innych zachowań problemowych młodzieży

Obie wymienione perspektywy nie wyczerpują jednak wszystkich ważnych kwestii związanych z profilaktyką. Z praktycznego punktu widzenia niezwykle ważne jest również, jakimi narzędziami dysponują ludzie pracujący z dziećmi i młodzieżą. Tymi narzędziami są najczęściej strategie i programy profilaktyczne. Dlatego trzeba mieć w polu widzenia przynajmniej **trzy znaczące obszary profilaktyki uzależnień i innych zachowań problemowych młodzieży** (ryc. 6.4), których rozwijanie powinno pozostawać ze sobą we względnej równowadze:

1. **Działania systemowe**, które organizują środowisko społeczne dla działań profilaktycznych (wykształcone kadry zarządzające zdrowiem publicznym, ustawy, regulacje, organizacje, pieniądze, itp.).
2. **Kadrę kompetentnych realizatorów** (wychowawców, nauczycieli).
3. **Narzędzia do pracy z młodzieżą, czyli programy profilaktyczne**, o których wiadomo, że właściwie zastosowane mogą być skuteczne.

6.5. Profilaktyka oparta na naukowych podstawach

Programy profilaktyczne wykorzystujące naukową wiedzę określa się w języku angielskim jako *science-based programmes*. Pozwalają one na osiąganie coraz lepszych rezultatów w ograniczaniu rozmiarów używania substancji psychoaktywnych i problemów z tym związanych. Wykorzystywanie w codziennej praktyce wiedzy naukowej, a nie tylko indywidualnych talentów i pomysłów animatorów działań profilaktycznych, zwiększa efektywność oddziaływań oraz powstrzymuje przed działaniami mogącymi przynosić szkodę. Ponadto programy o znanych podstawach i sprawdzonej skuteczności stanowią trwały dorobek – mogą być wykorzystywane w różnych miejscach i przez wielu realizatorów.

Czynniki ryzyka i czynniki chroniące

W rozwoju działań profilaktycznych opartych na naukowej wiedzy bardzo ważną rolę odgrywają badania nad czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi. Ich wyniki dostarczają naukowych podstaw do opracowywania i ewaluacji strategii profilaktycznych. W piśmiennictwie można się spotkać z próbami ujmowania profilaktyki jako dyscypliny naukowej (ang. *prevention sciences*), której przedmiotem badań są właśnie czynniki ryzyka i czynniki chroniące oraz mechanizmy ich działania.

Czynniki ryzyka

W ostatnich 30 latach przeprowadzono wiele badań, których celem było poznanie czynników zwiększających lub ograniczających ryzyko używania i nadużywania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży. W latach 90. XX w. powstało kilkanaście opracowań podsumowujących dorobek badawczy z tej dziedziny. Do ważniejszych należą: przegląd badań koncentrujący się na czynnikach ryzyka w używaniu substancji psychoaktywnych dokonany przez D. Hawkinsa, R.F. Catalano i J. Millera, (1992)

oraz prace innych autorów (Kumpfer i in., 1998; Zucker, Fitzgerald, Moses, 1994; *Powstawanie...*, 1997), podsumowujące wiedzę o czynnikach zwiększających ryzyko problemów alkoholowych i alkoholizmu. Efektem tej syntezy jest wyodrębnienie następujących grup czynników ryzyka:

- **czynniki związane z funkcjonowaniem rodziny**, np. nieprawidłowe wypełnianie ról rodzicielskich, przejawiające się wrogością wobec dziecka, emocjonalnym odrzuceniem, niespójnym i niekonsekwentnym postępowaniem rodziców, brakiem jasnych granic dla zachowań dziecka oraz brakiem nadzoru nad dzieckiem;
- **czynniki związane z funkcjonowaniem w roli ucznia** w pierwszych latach nauki w szkole, np. niepowodzenia szkolne rozpoczynające się w szkole podstawowej, wyrażające się brakiem postępów w nauce, ubogim słownictwem, kłopotami z werbalizacją;
- **wczesne występowanie zachowań problemowych**, np. agresja w okresie dzieciństwa, wczesna inicjacja alkoholowa, papierosowa;
- **drastycznie niekorzystne warunki ekonomiczne** – bieda, niski status społeczno-ekonomiczny rodziny;
- **wpływy rówieśnicze**, a przede wszystkim towarzystwo rówieśników, którzy używają substancji psychoaktywnych lub podejmują inne zachowania problemowe;
- **indywidualne predyspozycje**, np. impulsywność, wysoka tolerancja na alkohol, poszukiwanie stymulacji, deficyty uwagi, nadpobudliwość psychoruchowa.

Ścieżki ryzyka

Synteza badań empirycznych nad czynnikami ryzyka sugeruje pewne fazy lub ścieżki powstawania zachowań problemowych, co z większą precyzją, niż lista czynników, ilustruje złożoną etiologię tych zachowań (Sher, 1997; Deptuła, 2005). Wyniki badań wskazują, że rodzinne i szkolne czynniki ryzyka mogą odgrywać istotną rolę w **inicjowaniu** procesu powstawania zachowań problemowych w okresie dojrzewania. Mechanizmem „spustowym" jest z jednej strony nieprawidłowe wypełnianie ról rodzicielskich, połączone z wrogością i emocjonalnym odrzuceniem dziecka, a z drugiej – jego niepowodzenia w przedszkolu lub szkole i odrzucenie przez otoczenie społeczne (nauczycieli i rówieśników). Swoistym **katalizatorem** tych problemów są indywidualne deficyty dziecka (poznawcze, społeczne) i jego wrodzone predyspozycje (np. impulsywność, wysoka tolerancja na alkohol, poszukiwanie stymulacji). Tego typu doświadczenia prowadzą często do nawiązania kontaktów z „problemowymi" grupami rówieśników, gdzie następuje dalsze **ćwiczenie** i **utrwalanie** zachowań problemowych. Ryzyko **potęguje się**, jeśli taki proces socjalizacji rozgrywa się w niesprzyjającym otoczeniu społecznym, w którym panuje bieda, bezrobocie, zorganizowana przestępczość i ogólnie dezorganizacja życia społecznego.

Czynniki chroniące

Synteza dorobku badawczego obejmuje również wiedzę na temat czynników chroniących. Duże znaczenie dla rozwoju badań nad mechanizmami ochronnymi miały klasyczne już badania (Garmezy, 1985; Rutter, 1987; Zimmerman, Arunkumar,

1994) nad indywidualnymi różnicami w odporności na przewlekły stres wśród dzieci wychowujących się w bardzo niesprzyjających warunkach (np. alkoholizm lub choroby psychiczne rodziców). Zaobserwowano w nich, że istnieje grupa dzieci, które stosunkowo dobrze radzą sobie z niekorzystnymi warunkami, mają znacznie mniej problemów psychicznych i wykazują dość dobre przystosowanie. Zapoczątkowały one nurt badań nad uogólnionym chroniącym mechanizmem adaptacyjnym, który w języku angielskim nazywa się *resilience* (s. 48).

W ostatnich kilkunastu latach została doprecyzowana lista czynników sprzyjających procesowi pozytywnej adaptacji (Masten, Powell, 2003; Ostaszewski, 2005a). Wyróżnia się cztery poziomy czynników chroniących lub, ujmując szerzej, zasobów odpornościowych, które sprzyjają procesom pozytywnej adaptacji u dzieci i młodzieży. Są to:

1. **Zasoby indywidualne:** a) zdolności intelektualne, na które składają się m.in. wyższa od przeciętnej inteligencja, zdolności uczenia się, umiejętności planowania, zdolności werbalne, b) pozytywny temperament, c) mechanizmy samokontroli (np. panowanie nad złością), d) optymizm i pogoda ducha, e) umiejętności społeczne (np. porozumiewanie się), f) pozytywny obraz siebie i wiara w swoje możliwości (np. poczucie skuteczności) oraz procesy motywacyjne (np. posiadanie planów i celów życiowych).
2. **Zasoby wynikające z relacji z rodzicami**, w tym przede wszystkim: wsparcie emocjonalne okazywane dziecku przez przynajmniej jednego z rodziców, bezpieczeństwo i zaufanie w relacjach dziecko–rodzice, nadzorowanie i monitorowanie zachowań dziecka, komunikowanie dziecku oczekiwań dotyczących przestrzegania norm społecznych i zachowań prozdrowotnych, zaangażowanie rodziców w naukę i obowiązki szkolne dziecka.
3. **Zasoby wynikające relacji z innymi znaczącymi osobami dorosłymi**: posiadanie dorosłego mentora (np. instruktora harcerskiego, trenera sportowego, księdza, kuzyna itd.), który okazuje wsparcie emocjonalne, instrumentalne i moralne w okresie dojrzewania.
4. **Zasoby środowiska lokalnego**, na które składają się: bezpieczne sąsiedztwo, dobry klimat społeczny szkoły i wsparcie nauczycieli, konstruktywne formy aktywności dostępne w społeczności lokalnej, takie jak: wolontariat, harcerstwo, wspólnoty religijne, organizacje młodzieżowe oraz dostęp do miejsc rekreacji, świetlic i klubów młodzieżowych, dostęp do opieki specjalistycznej nad młodzieżą i rodziną, np. poradni specjalistycznych i ośrodków interwencji kryzysowej.

Identyfikacja czynników chroniących, które mogą skutecznie równoważyć lub redukować destrukcyjne działanie czynników ryzyka, przyczyniła się do rozwoju **programów pozytywnego rozwoju dzieci i młodzieży** (Catalano i in., 2002). Są to działania ukierunkowane na rozwijanie mocnych stron i zasobów, dzięki którym młody człowiek staje się bardziej odporny na działanie czynników ryzyka, a co za tym idzie bardziej przygotowany do życia w świecie różnych zagrożeń. W pewnym uproszczeniu możemy powiedzieć, że programy pozytywnego rozwoju dotyczą czterech wymienionych grup czynników chroniących (zasobów odpornościowych) i:

– zmierzają do rozwijania lub/i wzmacniania potencjałów indywidualnych (np. umiejętności życiowych);

– wkraczają w świat relacji dzieci z rodzicami (np. poprzez wzmacnianie umiejętności wychowawczych rodziców);

– odwołują się do relacji z innymi znaczącymi osobami (np. programy mentorskie);

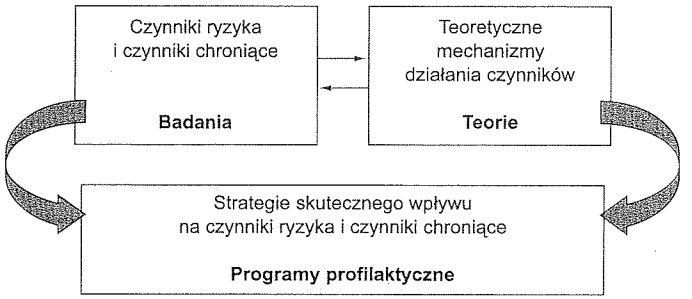
– tworzą przyjazne środowisko społeczne sprzyjające rozwojowi (np. pozytywny klimat społeczny szkoły, kluby młodzieżowe, wolontariat, itp.).

Idea „pozytywnego rozwoju" nie polega na usuwaniu samych zagrożeń, bo wyeliminowanie ich z naszego życia jest praktycznie niemożliwe, ale na wzmacnianiu tego, co czyni młodych ludzi bardziej odpornymi na zagrożenia. W tym sensie „pozytywna" profilaktyka nawiązuje do stosowania szczepionki przeciw chorobie zakaźnej, która nie usuwa z naszego otoczenia samego czynnika zakaźnego, ale wytwarza przeciwciała, które w razie niebezpieczeństwa są w stanie obronić nas przed infekcją

6.6. Strategie oparte na naukowych podstawach

Wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących przyczynia się do rozwoju efektywnych strategii i programów profilaktycznych. Aby strategia lub program mogły być skuteczne, potrzebne są modele teoretyczne wiążące ze sobą czynniki ryzyka, procesy pośredniczące i czynniki ochronne (ryc. 6.5).

W piśmiennictwie wymienia się kilkanaście modeli teoretycznych, które są wykorzystywane do interpretacji zjawiska eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi przez dzieci i młodzież (Petraitis, Flay, Miller, 1995). Rozwój skutecznych strategii oddziaływań profilaktycznych stał się możliwy przede wszystkim dzięki wykorzystaniu w praktyce różnych koncepcji wywodzących się z **teorii społecznego uczenia** (Akers i in., 1979; Bandura, 1986). W ramach tej ogólnej koncepcji uznaje



Ryc. 6.5. Profilaktyka oparta na naukowych podstawach

się, że picie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych przez młodzież jest społecznie wyuczonym zachowaniem, które utrwala się w wyniku psychologicznych, farmakologicznych i społecznych wzmocnień będących konsekwencją używania danej substancji. Istotny wkład w rozwój profilaktyki wniosły również **teorie społeczno-poznawcze** (Ajzen, Fishbein, 1980; Ajzen 1988), które wyjaśniają rolę norm społecznych w regulacji zachowań jednostki, w tym zachowań związanych ze zdrowiem. Wreszcie, nowe światło na używanie przez młodzież substancji psychoaktywnych rzuciły teorie wyjaśniające mechanizmy powstawania zachowań problemowych: **teoria zachowań problemowych** (Jessor, Jessor, 1977; Jessor, 1987), **teoria rozwoju zachowań antyspołecznych** (Patterson, DeBaryshe, Ramsey, 1989) oraz **teoria substancji torujących drogę**, która opisuje fazy przechodzenia od jednych do używania innych substancji psychoaktywnych (Kandel, Yamaguchi, Chen, 1992).

Strategie wiodące i uzupełniające

Przez **strategię profilaktyczną** rozumie się zgodny z teorią sposób postępowania, który ma na celu redukowanie wpływów czynników ryzyka i/lub wzmacnianie czynników chroniących dotyczących danego zachowania (w tym przypadku używania substancji psychoaktywnych). Strategie profilaktyczne, wykorzystywane w edukacji zdrowotnej, najczęściej oddziałują na indywidualne i rodzinne czynniki chroniące i ryzyka. Ze względu na ich skuteczność można je podzielić na strategie wiodące i uzupełniające (Borucka, Ostaszewski, 2004):

- **Strategie wiodące** to takie, których zastosowanie przynosi pozytywne rezultaty potwierdzone w badaniach ewaluacyjnych. Należą do nich: praca z rodzicami, praca z mentorami, rozwijanie umiejętności życiowych, edukacja normatywna, budowanie więzi ze szkołą (i innymi instytucjami społecznymi);
- **Strategie uzupełniające** to te, które przynoszą pozytywne efekty w połączeniu ze strategiami wiodącymi. Stosowane samodzielnie przynoszą mieszane rezultaty, a niekiedy mogą powodować negatywne skutki uboczne, dlatego zaleca się łączenie ich ze strategiami wiodącymi. Do strategii uzupełniających należą: przekazywanie informacji, organizacja czasu wolnego, uczenie odporności na wpływy społeczne (trening umiejętności odmawiania), udział liderów rówieśniczych.

6.6.1. Strategie wiodące

Praca z rodzicami

Praca z rodzicami jest jednym z istotnych elementów skutecznych programów profilaktycznych. Strategia ta odwołuje się do kilku teorii, m.in.: do modelu rozwoju społecznego D. Hawkinsa i J. Weisa (1985) oraz modelu zachowań antyspołecznych G. Pattersona i in. (1989). Wyniki wielu badań wskazują, że wsparcie emocjonalne ze strony rodziców, ich bliskie relacje z dzieckiem, okazywana akceptacja i troska oraz odpowiednie praktyki wychowawcze chronią dziecko przed rozwojem zachowań problemowych, w tym również przed sięganiem po substancje psychoaktywne (Resnick i in., 1997; Griffin i in., 2003). Wielu badaczy podziela opinię, że „największym czynnikiem ryzyka i jednocześnie największym czynnikiem chroniącym są rodzice".

Strategia oparta na udziale rodziców polega głównie na wzmacnianiu więzi z dzieckiem w okresie dojrzewania. Więź ta chroni dziecko przed kontaktami z negatywną grupa rówieśniczą i tym samym przed kontaktami ze środkami psychoaktywnymi. Główne sposoby postępowania to:

- **przekazanie informacji rodzicom** na temat: działania substancji psychoaktywnych, zagrożeń bezpośrednich i odroczonych dla zdrowia i życia dziecka oraz sygnałów ostrzegawczych wskazujących na ich używanie;
- **wzmacnianie umiejętności wychowawczych**, takich jak: porozumiewanie się dzieckiem, ustalanie domowych zasad, sposobów budowania więzi, wspierania dzieci w osiąganiu celów i radzenia sobie z trudnościami, rozwiązywania konfliktów;
- **aktywne włączanie rodziców** do realizacji programu, np. wykonywanie wspólnie z dzieckiem zadań domowych przewidzianych w programie, udział w spotkaniach towarzyszących jego realizacji.

Przeglądy wyników badań ewaluacyjnych wskazują, że udział rodziców łączy się z większą skutecznością programów profilaktycznych nastawionych na ograniczanie zachowań problemowych dzieci i młodzieży (Catalano i in., 2002). Udział rodziców w tych programach: sprzyja poprawie porozumiewania się z dziećmi na temat konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, zmniejsza częstość palenia papierosów i picia alkoholu przez dzieci, sprzyja częstszemu wybieraniu przez nastolatki kolegów, którzy nie używają tych substancji (Williams i in., 1995; Rohrbach i in., 1995; Ostaszewski i in., 2000).

Wśród znanych w Polsce programów, które są realizowane z aktywnym udziałem rodziców, na uwagę zasługują dwa szkolne programy opóźniania inicjacji alkoholowej wśród dzieci 10–12-letnich: **Domowi Detektywi** i **Fantastyczne Możliwości**, przygotowane przez Zespół Pracowni „Pro-M", Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (www.cmppp.edu.pl/programy/przeglad).

Praca z mentorami

Udział mentorów w programach profilaktycznych odwołuje się do tych samych podstaw teoretycznych, które wykorzystuje się w pracy z rodzicami, dodając elementy zaczerpnięte z koncepcji wsparcia społecznego. Wyniki badań wskazują, że posiadanie w wieku dojrzewania dorosłego przyjaciela-doradcy wiąże się z mniejszym nasileniem zachowań problemowych (używaniem substancji i dopuszczaniem się wykroczeń), a także z bardziej pozytywnym stosunkiem do szkoły (Zimmerman, Bingenheimer, Notaro, 2002). Dorośli przyjaciele-doradcy często w sposób naturalny towarzyszą młodzieży w okresie dojrzewania. Istotnymi „składnikami" relacji mentora z dorastającym, a więc tym, co sprzyja rozwojowi i pokonywaniu trudności, są różne rodzaje wsparcia. Relacja starszy–młodszy opiera się często na udzielaniu następujących rodzajów wsparcia:

- **wsparcie emocjonalne** (okazywanie przyjaźni, zaufania, troski itd.);
- **wsparcie instrumentalne** (doraźna pomoc w konkretnych sytuacjach życiowych, np. w nauce szkolnej);

– **informowanie** i **doradzanie** (dostarczanie ważnych informacji, rad, wskazówek, sugestii);
– **udostępnianie informacji zwrotnych** (czyli informacji, które służą do lepszego rozumienia siebie i swoich aspiracji, dążeń, planów, uczuć i problemów).

Dostrzeżenie pozytywnego wpływu naturalnych mentorów na rozwój młodzieży zainicjowało interesujący kierunek rozwoju programów profilaktycznych, w których do pracy z dziećmi lub młodzieżą z grup zwiększonego ryzyka zatrudnia się dorosłych doradców (mentorów). Najczęściej opiekunami są osoby w wieku około 18–24 lat, które indywidualnie pracują ze swoimi podopiecznymi, pomagając w nauce i rozwiązywaniu bieżących problemów życiowych.

Wśród programów mentorskich warto wymienić dwa programy nastawione na pracę z dziećmi lub młodzieżą ze środowisk zwiększonego ryzyka: program **Śnieżna Kula**, realizowany przez zespół W. Skrzypczyka[4], i program **Starszy Brat Starsza Siostra** realizowany przez Fundację o tej samej nazwie (www.brat-siostra.org).

Rozwijanie umiejętności życiowych

Strategia ukierunkowana na rozwijanie umiejętności życiowych (patrz także s. 444) odwołuje się do teorii społecznego uczenia się (Bandura, 1986) i teorii zachowań problemowych (Jessor, 1987). Teorie te zakładają, że używanie substancji psychoaktywnych jest zachowaniem, którego młodzież uczy się w sytuacjach społecznych po to, aby zaspokajać swoje potrzeby i osiągać ważne cele rozwojowe, np. niezależność od rodziców, poszukiwanie własnej tożsamości, nawiązywanie intymnych związków itp. Strategia ta polega na rozwijaniu określonych umiejętności życiowych, których opanowanie umożliwia młodzieży realizację osobistych celów i satysfakcjonujące zaspokojenie potrzeb okresu dojrzewania. Deficyty tych umiejętności sprzyjają używaniu substancji psychoaktywnych i podejmowaniu innych zachowań problemowych. Programy powstające w ramach tego podejścia uczą starannie dobranych umiejętności potrzebnych w codziennym życiu do pokonywania trudności i zaspokajania potrzeb psychicznych bez uciekania się do przemocy lub stosowania substancji zmieniających świadomość. Rozwijane umiejętności dotyczą m.in.: konstruktywnego rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, budowania pozytywnego obrazu samego siebie, samokontroli, radzenia sobie ze stresem i lękiem, stosowania technik relaksacyjnych, umiejętności interpersonalnych, asertywności.

Wyniki badań wykazały, że wzmacnianie umiejętności życiowych u młodzieży wpływa na ograniczenie palenia tytoniu, używania marihuany, picia alkoholu oraz upijania się (Botvin i in., 1995). Ze względu na swój ogólny charakter, programy kształtowania umiejętności życiowych znalazły również zastosowanie w edukacji zdrowotnej i rozwiązywaniu różnych problemów okresu dojrzewania, np. w zapobieganiu przedwczesnemu współżyciu seksualnemu.

W Polsce przykładami programów wykorzystujących elementy strategii rozwijania umiejętności życiowych są: **Spójrz inaczej** A. Kołodziejczyka, E. Czemierowskiej, T. Kołodziejczyka, (1997) oraz **Nasze spotkania** M. Król-Fijewskiej i P. Fijewskiego (1992). Celem ich jest wzmacnianie różnych umiejętności sprzyjających rozwojowi i pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży w okresie nauki w szkole.

[4] Profilaktyczno-Rozwojowy Ośrodek Młodzieży i Dzieci „PROM" (1998) *Śnieżna Kula. Podręcznik dla prowadzących*, tłum. Anna Pietrzak. Łódź, Fundacja Wspierania Rozwoju Pełnego Zdrowia.

Edukacja normatywna

Jest to strategia profilaktyczna, która ma swoje teoretyczne zaplecze w teorii społecznego uczenia się A. Bandury i w teorii uzasadnionego działania (Ajzen, Fishbein, 1980). Ta ostatnia zakłada, że człowiek postępuje w sposób racjonalny, to znaczy planuje swoje działania i przewiduje ich konsekwencje. Określone działanie poprzedza intencja (zamiar) jego podjęcia, która kształtuje się na podstawie spodziewanych konsekwencji danego postępowania i dotyczących go subiektywnych norm. Subiektywne normy jednostki zależą w dużym stopniu od spostrzeganej aprobaty lub dezaprobaty dla danego zachowania u znaczących osób: rówieśników, idoli, rodziców, przedstawicieli społeczności lokalnej.

W profilaktyce uzależnień edukacja normatywna oznacza kształtowanie i wzmacnianie norm przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież. Normy takie funkcjonują w życiu społecznym, ale są osłabione przez zachodzące przemiany obyczajowe, liberalizację postaw i brak konsekwencji ze strony rodziców oraz przez działalność mediów i reklamy. Młodzież ma na ogół tendencję do zawyżonego szacowania rozmiarów używania substancji psychoaktywnych wśród rówieśników. Jest to przyczyną odczuwania subiektywnej presji społecznej: „skoro prawie wszyscy tak postępują, to dlaczego ja mam być inny". Mechanizm działania tej strategii polega więc na osłabianiu subiektywnie odczuwanej presji poprzez korygowanie błędnych przekonań młodzieży na temat rozmiarów i akceptacji używania substancji psychoaktywnych wśród znaczących osób. W związku z tym, w realizację tego typu programów angażuje się aktywnie rodziców i liderów rówieśniczych. Ponadto często stosuje się technikę osobistego zaangażowania, np. w postaci publicznego zobowiązania do niepicia alkoholu aż do uzyskania pełnoletniości.

Badania ewaluacyjne programów profilaktycznych zawierających element edukacji normatywnej wskazują, że są one skuteczne w opóźnianiu inicjacji używania substancji psychoaktywnych przez młodzież (Hansen, Graham, 1991). Przykładami wykorzystania tej strategii w Polsce są programy **Debata i Korekta**, autorstwa K. Wojcieszka (www.cmppp.edu.pl/programy/przeglad/).

Budowanie więzi ze szkołą (i społecznością lokalną)

Zaangażowanie i czynne uczestniczenie w życiu szkoły, rodziny, kościoła i innych instytucji społecznych sprzyja prawidłowej socjalizacji i chroni młodych ludzi przed zachowaniami niezgodnymi z normami społecznymi (Hirschi, 1969). Z drugiej strony, słabe poczucie więzi z tradycyjnymi instytucjami społecznymi, poczucie wyalienowania i frustracji związanej z niepowodzeniami szkolnymi sprawia, że młodzież łatwiej ulega negatywnym wpływom grup rówieśniczych i angażuje się w różnorodne zachowania problemowe.

W wielu programach profilaktycznych próbuje się działać na rzecz budowania i wzmocnienia pozytywnych więzi ze szkołą. Typowymi elementami tych programów jest organizowanie na terenie szkoły pomocy rówieśniczej oraz doradztwa w zakresie nauki szkolnej i rozwiązywania różnych problemów młodzieży. Innym sposobem jest tworzenie w szkole miejsc, klubów i zajęć pozalekcyjnych, gdzie młodzież może zaangażować swój czas i energię, rozwijać umiejętności i zainteresowania, a także „spożytkować" swój bunt i krytyczny stosunek do świata ludzi dorosłych w akceptowany społecznie sposób.

Przykładem tej strategii są intencjonalne działania nastawione na tworzenie sprzyjającego klimatu szkoły. Zwykle koncentrują się one na poprawie relacji interpersonalnych i komunikacji między uczniami i nauczycielami oraz rodzicami i nauczycielami. W działaniach tych dąży się również do zwiększania uczestnictwa uczniów w podejmowaniu ważnych decyzji dotyczących szkoły, udziału rodziców, przeciwdziałaniu przemocy. Jest to stosunkowo nowy nurt profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego, który rozwija się pod wpływem coraz większej liczby doniesień naukowych sugerujących silny wpływ klimatu szkoły na funkcjonowanie psychospołeczne uczniów. Przegląd wyników badań wykazuje, że dobry społeczny klimat szkoły (Woynarowska-Sołdan, 2004):

- sprzyja lepszym osiągnięciom szkolnym uczniów;
- zmniejsza ryzyko zachowań problemowych;
- wpływa pozytywnie na zdrowie psychiczne oraz satysfakcję uczniów i nauczycieli;
- zwiększa efektywność kształcenia i wychowania.

Przykładem takiego podejścia jest w Polsce program **szkół promujących zdrowie** (s. 246), w ramach którego akcentuje się dbałość o tworzenie pozytywnego klimatu społecznego szkoły. Innymi interesujący przykładem jest projekt **Golden Five**, realizowany przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, we współpracy z Uniwersytetem w Sewilli. Program jest nastawiony na poprawę klimatu w klasie i budowanie więzi ze szkołą (www.emppp.edu.pl).

6.6.2. Strategie uzupełniające

Przekazywanie informacji

Jest to jedna z najstarszych strategii profilaktycznych, wywodząca się z tradycji oświaty zdrowotnej. Opiera się ona na założeniu, że posiadanie wiedzy na temat zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wpłynie na zmianę postaw i zachowań. W związku z tym w wielu programach profilaktycznych przekazuje się informacje na temat: rozmiarów picia alkoholu, używania narkotyków, palenia tytoniu oraz podkreśla negatywne konsekwencje związane z używaniem tych substancji. Badania ewaluacyjne szkolnych programów informacyjnych wskazują na ich słabą skuteczność. Oddziaływały na przyrost wiedzy i czasami miały wpływ na postawy, ale ich wpływ na zachowania młodych ludzi był znikomy (Goodstadt, 1978).

Z drugiej jednak strony, programy pozbawione elementu informacyjnego również nie przynoszą pożądanych skutków (Tobler, 1986). Przekaz informacji jest ważnym składnikiem uzupełniającym wielu nowoczesnych programów. Aby zwiększyć skuteczność, przekazywane informacje koncentrują się na **bezpośrednich psychospołecznych skutkach** używania substancji psychoaktywnych, takich jak: przypadkowe zatrucia lub przedawkowania substancji psychoaktywnych, konflikty z otoczeniem (np. z rodzicami lub rówieśnikami), zachowania agresywne (np. bójki), popełniane pod wpływem niektórych substancji, zachowania ryzykowne (np. skoki do wody), konsekwencje ekonomiczne. Przekazywanie starannie dobranych informacji, które młodzi uczestnicy programów profilaktycznych mogą doświadczać w swoim życiu, może się przyczynić do zwiększania ich skuteczności.

Organizacja czasu wolnego (alternatywy)

Strategia ta ma swoje korzenie w psychologii humanistycznej, kładącej nacisk na rozwój osobowości i realizowanie potencjalnych możliwości jednostki, czyli samorealizację. Opiera się ona na założeniu, że włączanie młodzieży w atrakcyjne formy spędzania czasu jest alternatywą dla poszukiwania doznań fizycznych i psychicznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Mechanizm jej działania polega na uczeniu konstruktywnych sposobów zaspokajania osobistych potrzeb psychicznych, w tym też zapotrzebowania na stymulację. W praktyce oznacza to tworzenie możliwości udziału młodzieży w konstruktywnych i zdrowych formach aktywności (turystyka, sporty ekstremalne itd.). Wyniki badań ewaluacyjnych nie przyniosły jednoznacznych danych potwierdzających skuteczność tej strategii. Najlepsze efekty uzyskano stosując tę strategię do pracy z młodzieżą z grup ryzyka (młodociani przestępcy, młodzież nadużywająca substancji psychoaktywnych, „wagarowicze"). Wymagało to jednak zwiększenia intensywności i długości zajęć w porównaniu z działaniami skierowanymi do ogólnej populacji dzieci i młodzieży (Tobler, 1986).

Kształtowanie odporności na wpływy społeczne (trening umiejętności odmawiania)

Strategia kształtowania odporności na wpływy społeczne odwołuje się do teorii społecznego uczenia (Bandura, 1986). Programy tworzone według tego podejścia w dużym stopniu zmierzają do kształtowania psychologicznej odporności na negatywne wpływy społeczne. Ich celem jest uświadamianie młodzieży różnych form nacisku społecznego skłaniającego do używania substancji psychoaktywnych oraz kształtowanie odpowiednich umiejętności radzenia sobie z tymi wpływami.

W ramach tej strategii zaczęto stosować technikę odgrywania ról jako metodę nauki umiejętności asertywnego odmawiania w sytuacjach nacisku np. grupy rówieśniczej, przy czym elementem treningu była nie tylko sama treść wypowiedzi, ale również inne elementy asertywnej odmowy: postawa ciała, ton głosu, kontakt wzrokowy itd. Uczestnicy tych programów uczą się również rozpoznawania technik wykorzystywanych w reklamie i marketingu alkoholu lub papierosów, tak aby

Tabela 6.2. Istotne (kluczowe) elementy programu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych lub innych zachowań problemowych dzieci i młodzieży oraz czynniki sprzyjające i niesprzyjające ich skuteczności

Istotne elementy	Co sprzyja skuteczności?	Co nie sprzyja skuteczności?
Naukowe podstawy	Wykorzystywanie do konstrukcji programów profilaktycznych: (1) teorii wyjaśniających przyczyny powstawania ryzykownych zachowań, (2) wiedzy o czynnikach ryzyka i sposobach ich modyfikowania, (3) wiedzy o czynnikach chroniących i sposobach ich wzmacniania, (4) wiedzy o potrzebach rozwojowych odbiorców	Brak teoretycznego zaplecza programu Opieranie programu na indywidualnych przekonaniach autorów/realizatorów
Sprawdzone strategie	Wykorzystywanie takich strategii jak: udział rodziców, udział mentorów, rozwijanie umiejętności życiowych, edukacja normatywna, budowanie więzi ze szkołą, udział liderów młodzieżowych. Dobre rezultaty przynosi łączenie tych strategii	Przekaz wiedzy skoncentrowany tylko na odroczonych skutkach zachowań ryzykownych, np. na uzależnieniu
Różne kanały oddziaływań	Wykorzystywanie różnych źródeł wpływu na zachowanie dzieci i młodzieży: nauczycieli (szkoły), liderów młodzieżowych (grup młodzieżowych), rodziców (rodziny), naturalnych mentorów (znaczących osób), specjalistów (lekarzy, psychologów, policji), mediów (lokalnej prasy, TV kablowej)	Nie uwzględnianie udziału rodziców w programach szkolnych Programy oparte np. tylko na samych specjalistach
Odpowiednia intensywność	Odpowiednia intensywność oddziaływań. Szkolny program, powinien składać się przynajmniej z ok. 10–15 godz. i kilku zajęć uzupełniających w kolejnych latach nauki	Krótkie i jednorazowe akcje
Metody interaktywne	Stosowanie metod interaktywnych, które uruchamiają proces aktywnego zdobywania przez uczestników nowej wiedzy, umiejętności i doświadczeń	Pogadanki, wykłady, filmy. Bierny udział uczniów /uczestników
Potrzeby specyficznych grup	Przewidywanie i stosowanie procedur nastawionych na zaspokajanie potrzeb uczestników z grup zwiększonego ryzyka, np. dzieci z rodzin z problemem alkoholowym	Potępianie osób uzależnionych, Brak procedur postępowania z osobami z grup ryzyka
Staranne przygotowanie programu	Stosowanie procedur pilotażowego testowania programu, dostosowania go do potrzeb odbiorców (diagnoza potrzeb), oraz specyficznych potrzeb rozwojowych	Brak pilotażu, brak diagnozy potrzeb Nieadekwatne rozwojowo metody pracy
Przygotowanie realizatorów	Pozytywne motywowanie realizatorów. Przeszkolenie i wyposażenie ich w materiały metodyczne do prowadzenia zajęć. Udzielanie wsparcia i pomocy technicznej w trakcie realizacji programu	Brak szkolenia realizatorów. Nakazowy/administracyjny system rekrutacji realizatorów
Ewaluacja	Zaplanowanie i realizowanie procedur ewaluacji programu oraz monitorowania jakości jego rutynowych realizacji	Brak ewaluacji

Opracowano na podstawie: Dusenbury, Falco (1995), Nation i in. (2003), Ostaszewski (2005c), Tobler (2000).

przygotować się do krytycznego odbioru tych przekazów. Do prowadzenia niektórych zajęć, np. do odgrywania ról, zatrudnia się przeszkolonych liderów młodzieżowych, którzy zgodnie z założeniami teorii społecznego uczenia modelują pożądane zachowania wśród swoich rówieśników.

Programy kształtowania odporności na negatywne wpływy społeczne przyjmują czasem w praktyce nazbyt uproszczoną postać: uczenia tylko jednej umiejętności – odmawiania. Wobec różnych przyczyn odpowiadających za używanie substancji psychoaktywnych jest to działanie zdecydowanie niewystarczające.

Edukacja rówieśnicza

Jest to strategia, która wykorzystuje wpływ znaczących rówieśników na zmianę zachowania (patrz też s. 116). Zgodnie z teorią społecznego uczenia się (Bandura, 1986) uczenie się nowych zachowań jest możliwe dzięki obserwacji zachowań innych ludzi, którzy pełnią rolę modelu do naśladowania. Im bardziej atrakcyjny jest model, tym skuteczniejszy proces samoistnego uczenia się. Może on dotyczyć, w takim samym stopniu zarówno zachowań pożądanych, jak i niepożądanych. W okresie dojrzewania znaczącą rolę modelującą pełnią wyróżniający się rówieśnicy czy liderzy grup młodzieżowych. Edukacja rówieśnicza polega na modelowaniu właściwych postaw i zachowań prozdrowotnych. Podstawowy sposób postępowania to udział naturalnych liderów młodzieżowych w prowadzeniu programów profilaktycznych. Są oni specjalnie przeszkoleni i przygotowani do wykonywania zadań przewidzianych dla nich w realizowanym programie (np. kierowanie pracą w małych grupach: prowadzenie dyskusji, przygotowywanie scenek do odgrywania, prowadzenie zabaw itd.).

Wyniki badań ewaluacyjnych, których przedmiotem były programy z udziałem liderów młodzieżowych, przyniosły niejednoznaczne rezultaty (Ferrer-Wreder i in., 2004). Na ich podstawie badacze określili warunki, które decydują o skuteczności edukacji rówieśniczej:

- jasno i precyzyjnie sformułowane cele programu;
- realizacja programu ściśle według ustalonego harmonogramu i określonych zasad;
- przeprowadzenie odpowiedniego (adekwatnego) szkolenia dla liderów młodzieżowych;
- cykliczne spotkania z liderami mające na celu wspieranie w rozwiązywaniu ich bieżących problemów;
- systematyczne monitorowanie pracy liderów.

6.7. Istotne elementy programów profilaktycznych

Stosowanie sprawdzonych, opartych na naukowej wiedzy, strategii profilaktycznych może zwiększać skuteczność działań profilaktycznych, ale zastosowanie dobrej strategii lub programu nie gwarantuje jednak sukcesu. Naukowcy i praktycy zastanawiają się od dawna, co jeszcze decyduje o skuteczności działań profilaktycznych. Dokonuje się przeglądów badań nad skutecznością profilaktyki zachowań

problemowych dzieci i młodzieży, w których analizuje się równocześnie skuteczność wielu programów profilaktycznych (Tobler, 2000). Analiza ta pozwala na stworzenie listy programów skutecznych, a następnie przyjrzenie się, czym się te programy charakteryzują, jakie mają składniki, a w szczególności, jakie elementy różnią je od programów nieskutecznych. Doprowadziło to do rozwoju wiedzy na temat **istotnych (kluczowych) elementów**, czyli takich składników programu, które w dużym stopniu decydują o jego skuteczności. W ostatnich dziesięciu latach na świecie ukazało się kilkanaście publikacji, które analizują istotne elementy programu profilaktycznego (np. Dusenbury, Falco, 1995; Nation i in., 2003; Ostaszewski, 2005c). W tabeli 6.2[5] (s. 506) zestawiono istotne elementy, wraz z informacją, co sprzyja, a co nie sprzyja skuteczności oddziaływań profilaktycznych. Zestawienie to może być pewnym przewodnikiem dla realizatorów szkolnych programów profilaktycznych.

Istotne elementy programu profilaktycznego to, według różnych autorów, kombinacja kilku lub kilkunastu elementów, które mają decydujące znaczenie dla skuteczności oddziaływań profilaktycznych. Dokonując znacznego uogólnienia można wiedzę na ten temat przedstawić w kilku punktach:

- **Naukowe podstawy**. Programy, w których osiągnięto sukces w ograniczaniu rozmiarów używania substancji psychoaktywnych, opierają się na naukowych podstawach. Do konstrukcji, a także wdrożenia tych programów wykorzystuje się m.in.: 1) twierdzenia uznanych psychospołecznych teorii wyjaśniających ludzkie zachowania, 2) wiedzę o czynnikach ryzyka używania substancji psychoaktywnych w okresie rozwojowym i sposobach ich modyfikowania, 3) wiedzę o czynnikach chroniących i sposobach ich wzmacniania, 4) wiedzę z psychologii rozwojowej o specyficznych potrzebach rozwojowych odbiorców;
- **Korzystanie ze sprawdzonych strategii**. Badania dowodzą, że najbardziej efektywne w szkolnej profilaktyce uzależnień są programy, w których wykorzystuje się udział rodziców, mentorów, strategię rozwijania umiejętności życiowych, edukację normatywną oraz budowanie więzi ze szkołą lub/i społecznością lokalną. Dobre efekty daje również łączenie tych trzech strategii i tworzenie bardziej wszechstronnych programów. Powtarzającymi się elementami treści tych programów są m.in.: rozwijanie umiejętności wychowawczych rodziców, wzmacnianie systemu wsparcia społecznego dla młodzieży, przekazywanie rzetelnych informacji o bezpośrednich psychospołecznych konsekwencjach używania substancji psychoaktywnych; uczenie umiejętności rozpoznawania i radzenia sobie z niepożądanymi wpływami środowiska (reklamy, mediów, rówieśników); wzmacnianie norm przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych, wzmacnianie umiejętności życiowych, w tym asertywności, umiejętności efektywnego porozumiewania się, radzenia sobie z lękiem, podejmowania decyzji, tworzenie pozytywnego klimatu społecznego szkoły;
- **Różne kanały oddziaływań**. Bardzo dobre efekty przynosi łączenie edukacji uczniów prowadzonej w szkole, z aktywnym zaangażowaniem rodziców, liderów młodzieżowych i działaniami prowadzonymi w całej społeczności lokalnej. Programy szkolno-środowiskowe mają większą szansę na skuteczność dzięki temu, że „aktywizują" indywidualne i społeczne mechanizmy pożądanych zmian;
- **Interaktywne metody**. Nowoczesne strategie stosowane w szkolnych programach profilaktycznych wymagają stosowania interaktywnych metod oddziaływań. Tradycyjne metody edukacji oparte na wymianie i utrwalaniu wiedzy w kontaktach nauczyciel–uczeń nie spełniają swojej roli, gdy w grę wchodzi wzmacnianie i uczenie nowych umiejętności, aktywne rozpoznawanie i przeciwstawianie się wpływom rówieśniczym, kształtowanie norm przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych;
- **Odpowiednia intensywność zajęć**. Istotną rolę odgrywa właściwa intensywność oddziaływań. Doświadczenia zebrane w czasie badań nad odroczonymi w czasie efektami sugerują, że program powinien zawierać przynajmniej około 10–15 standardowych zajęć w pierwszym roku i po około 5 zajęć uzupełniających, w kolejnych dwóch latach;
- **Przygotowanie i motywacja realizatorów**. Dobre przygotowanie realizatorów programów i zapewnienie im systemu wsparcia jest jednym z warunków sukcesu. W przypadku programów szkolnych realizatorami są najczęściej nauczyciele, którzy nie zawsze są przygotowani do prowadzenia zajęć profilaktycznych z zastosowaniem interaktywnych metod oddziaływań, udziałem rodziców, liderów młodzieżowych i wykorzystaniem zajęć pozalekcyjnych. Prowadzenie zajęć przez nauczycieli bez odpowiedniego przygotowania i motywacji wiąże się z niepowodzeniami w realizacji i utratą szansy na pożądane efekty;
- **Uwzględnienie potrzeb dzieci i młodzieży z grup zwiększonego ryzyka**. Programy szkolne ze swej natury mają charakter uniwersalny, tzn. są przygotowywane z myślą o ogólnej populacji dzieci i młodzieży uczącej się w szkołach. Występowanie różnic środowiskowych, kulturowych, religijnych, a także lokalnie zróżnicowanych zagrożeń i potrzeb w zakresie przedmiotu działań profilaktycznych stanowi poważne wyzwanie dla strategii profilaktycznych nastawionych na ogólną populację. Zatem szczególnie ważne jest przewidywanie rozwiązań (procedur) uwzględniających specyficzne potrzeby grup mniejszościowych lub np. dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Istotne jest również wprowadzenie tej problematyki do szkoleń realizatorów.
- **Ewaluacja i monitorowanie**. Poprawne przygotowanie programu profilaktycznego wymaga ewaluacji. W fazie konstruowania i testowania programu bardzo przydatna jest ewaluacja procesu, np. ocena stopnia jego wykonania, trudności, jakie wystąpiły w czasie jego realizacji, niezbędnych modyfikacji itd. W przypadku programów przeznaczonych do szerokiego stosowania potrzebna jest ocena skuteczności, która wymaga zastosowania schematu badawczego „pretest-posttest", grupy kontrolnej i behawioralnych wskaźników skuteczności.

6.8. Wskazówki dotyczące ewaluacji

Podstawowe informacje dotyczące ewaluacji programów, jej rodzajów i zasad podano w Części I, rozdz. 6.

[5] Tabelę tę wykorzystano w publikacji autora rozdziału pt. „Interaktywna profilaktyka", „Remedium" 11–12 (s. 153–154), s. 36–37 (Ostaszewski 2005c).

Pytania ewaluacyjne

W konstruowaniu projektów ewaluacyjnych bardzo pomocna jest definicja ewaluacji J.D. Hawkinsa i B. Nederhooda (1994, s. 14): ewaluacja to zbieranie i wykorzystywanie dostępnych informacji w celu odpowiedzi na pytania/e dotyczące interesującego nas programu. Taka definicja czyni z **pytań ewaluacyjnych** główną oś ewaluacji. Bardzo ważne jest zatem, kto formułuje pytania ewaluacyjne i jakich kwestii one dotyczą. W zależności od tego, jakich aspektów programu dotyczą, pytania ewaluacyjne można podzielić na kilka rodzajów. Warto wziąć pod uwagę co najmniej trzy rodzaje pytań:

1. **Pytania o podstawy i założenia programu** – np. czy są dane empiryczne świadczące o skuteczności takiego podejścia. Jeśli zdecydujemy się poszukać odpowiedzi na tę grupę pytań, to odpowiednim sposobem postępowania będzie **ekspertyza**, dla której właściwym źródłem informacji są zapisy dotyczące programu (cele, metodyka, założenia) oraz prace z tej dziedziny informujące o wartości i skuteczności podobnych działań.
2. **Pytania o przebieg realizacji programu** – np. ilu rodziców naprawdę wzięło udział w zajęciach edukacyjnych. Jeśli przedmiotem dociekań będą pytania o realizację programu, wówczas właściwym poziomem jest **ewaluacja procesu**, która polega na dokumentowaniu działań, frekwencji, trudności, sposobów ich pokonywania i innych wydarzeń istotnych dla programu.
3. **Pytania o skuteczność (efekty) programu** – np. czy zmniejszył się odsetek młodzieży, która pije alkohol. Gdy zdecydujemy się odpowiadać na pytania dotyczące skuteczności, wówczas czeka nas najtrudniejsze zadanie, czyli **ewaluacja wyników**. Ten poziom ewaluacji wymaga zaawansowanej metodologii badawczej, polegającej zwykle na stosowaniu eksperymentalnych lub quasi-eksperymentalnych schematów badań (pretest, posttest oraz grupa porównawcza) oraz odpowiednich narzędzi (skal) do badania interesujących nas zachowań, postaw lub przekonań (Boyd, 1995; Brzezińska, Brzeziński 2001).

Rodzaj pytań w dużym stopniu determinuje dalszy sposób postępowania ewaluacyjnego. Dlatego tak ważne i pożądane jest, aby planując ewaluację dobrze zastanowić się nad pytaniami, na które chcemy uzyskać odpowiedź. Najlepiej jest to zrobić zanim rozpocznie się realizacja programu. Wielu ludzi sądzi, że ewaluacja zaczyna się wtedy, gdy program się kończy. Jest to jedno z błędnych wyobrażeń, które utrudniają, a niekiedy w ogóle uniemożliwiają prowadzenie sensownej ewaluacji. Badanie skuteczności programu profilaktycznego (ewaluacja wyników) najczęściej wymaga wstępnej oceny (pretestu) interesującego nas zakresu wiedzy, postaw, zachowań uczestników. W przypadku ewaluacji procesu niezbędne jest zbieranie informacji (dokumentowanie) przebiegu realizacji programu profilaktycznego w trakcie jego trwania. Dlatego, niezależnie od tego, czy planujemy ewaluację wyników czy ewaluację procesu, tak ważne jest postępowanie według następującego schematu:

1. Wybór kluczowych pytań ewaluacyjnych.
2. Ustalenie sposobu zbierania informacji.

3. Wybór lub zaprojektowanie „narzędzi" do ewaluacji (np. ankiet, form dokumentowania).
4. Skoordynowanie ewaluacji z działaniami profilaktycznymi.
5. Zbieranie danych.
6. Analiza danych i opracowanie wyników.
7. Prezentacja osobom zainteresowanym wyników i wniosków ewaluacji (np. zespołowi, sponsorowi, realizatorom).

Wskaźniki ewaluacji

W ewaluacji programów profilaktyki używania substancji psychoaktywnych najczęściej stosuje się trzy rodzaje wskaźników skuteczności:
- zmiany w zachowaniach (wskaźniki behawioralne);
- zmiany w zmiennych pośredniczących (wskaźniki pośrednie);
- zmiany w wiedzy uczestników programu.

Wskaźniki behawioralne. Za najbardziej oczywiste i jednocześnie „najmocniejsze" wskaźniki skuteczności programów profilaktyki uzależnień są uważane oczekiwane zmiany dotyczące używania substancji psychoaktywnych (Grzelak, Wolniewicz-Grzelak, 1993; Hawkins, Nederhood, 1994; Tobler, 1986). Skuteczność oznacza tu bezpośredni wpływ na specyficzne dla celu działań profilaktycznych zachowania młodych ludzi, czyli: picie alkoholu, palenie papierosów lub używanie narkotyków. Stosowanie specyficznych wskaźników behawioralnych jest jednym z podstawowych wymagań badań ewaluacyjnych.

Wskaźniki pośrednie. O skuteczności programu profilaktycznego wnioskuje się również na podstawie pomiaru zmiennych, które są predyktorami (z dużym prawdopodobieństwem pozwalają przewidzieć używanie substancji) lub korelatami używania tych substancji (korelują z używaniem tych substancji na odpowiednio wysokim poziomie). Wówczas miarą skuteczności działań profilaktycznych są oczekiwane zmiany w intencjach, postawach, umiejętnościach, przekonaniach uczniów. Wskaźniki pośrednie powinny być uzasadnione wynikami badań doświadczalnych lub oparte na teorii wyjaśniającej używanie substancji psychoaktywnych.

Wiedza. Prawie we wszystkich badaniach ewaluacyjnych brany jest pod uwagę jeszcze jeden pośredni wskaźnik skuteczności programów profilaktycznych. Jest nim wzrost wiedzy uczestników tych programów. Prawie każdy program profilaktyczny zawiera większy lub mniejszy komponent, który polega na przekazywaniu informacji np. na temat skutków używania tych substancji, sposobów radzenia sobie z namowami, działania reklamy alkoholu lub papierosów itd. W związku z tym uwzględnia się pomiar wiedzy jako jeden z elementów oceny skuteczności programu. Wielu autorów (m.in. Goodstadt, 1978; Tobler, 1986) zwraca uwagę, że sam wzrost wiedzy nie przekłada się na pożądane zachowania. Dlatego wzrost wiedzy należy traktować jako jeden z czynników w łańcuchu ogniw pośrednich prowadzących do zmiany zachowania.

6.9. Propozycje zajęć

Oto propozycje dwóch zajęć, które można wykorzystać w pracy uczniami, np. na lekcjach wychowawczych, zajęciach pozalekcyjnych.

Temat zajęć: „**Marihuana**"

Uczestnicy: młodzież w wieku 15–19 lat.

Cele:

– poznanie poglądów młodzieży na temat marihuany;

– przeciwdziałanie tworzeniu się niesprawdzonych poglądów sprzyjających używaniu marihuany przez młodzież;

– przekazanie uczniom rzetelnych informacji na temat marihuany i konsekwencji jej używania.

Przebieg zajęć:

- Przedstaw krótkie wprowadzenie do zajęć, np.: tematem zajęć będą poglądy dotyczące marihuany, skutków jej działania na organizm, psychikę i osobowość. Można się spotkać z wieloma opiniami na ten temat. Niektórzy twierdzą, że używanie marihuany prowadzi do wielu negatywnych skutków, podczas gdy inni utrzymują, że jest prawie nieszkodliwa. Chciałbym/abym, aby te zajęcia pozwoliły nam otwarcie porozmawiać na temat marihuany.

Arkusz nr 1

PYTANIA NA TEMAT MARIHUANY

1. Jest wiele opinii na temat marihuany. Jedna z nich głosi, że marihuana jest tzw. miękkim narkotykiem. Co to Waszym zdaniem oznacza? Jaki wpływ może mieć reputacja marihuany jako „miękkiego narkotyku" na postawy i zachowania młodzieży?
2. Jest wiele opinii na temat marihuany. Jedna z nich głosi, że używanie jej prowadzi do używania innych narkotyków oraz że wielu narkomanów stosujących dożylnie narkotyki zaczynało od palenia marihuany. Czy podzielacie tę opinię? Jakie mogą być, Waszym zdaniem, powody przechodzenia od marihuany do innych narkotyków?
3. Jest wiele opinii na temat marihuany. Jedna z nich głosi, że używanie marihuany nie uzależnia. Czy podzielacie tę opinię? Jakie rodzaje zależności powodują substancje psychoaktywne?
4. Jest wiele opinii na temat marihuany. Jedna z nich głosi, że jej używanie od czasu do czasu (okazjonalne) nie powoduje negatywnych skutków zdrowotnych. Czy podzielacie tę opinię? Czy używanie marihuany wpływa ujemnie na zdolność prowadzenia samochodów i innych pojazdów mechanicznych?
5. Jest wiele opinii na temat marihuany. Jedna z nich głosi, że poprawia ona nastrój i samopoczucie. Czy podzielacie tę opinię? Co sądzicie o chemicznych sposobach poprawiania sobie samopoczucia?
6. Jest wiele opinii na temat marihuany. Jedna z nich głosi, że jej używanie jest wyrazem buntu młodzieży wobec świata dorosłych. Czy zgadzacie się z tą opinią? Co sądzicie o takim rodzaju buntu?

Arkusz nr 2

INFORMACJE NA TEMAT MARIHUANY

1. Jakim narkotykiem jest marihuana?
Marihuana i jej przetwory zawierają tetrahydrokanabinol (THC), substancję, która działa na układ nerwowy powodując zmiany w odbiorze wrażeń zmysłowych, w nastroju i zachowaniu człowieka. Zmienione wrażenia wzrokowe mogą być zbliżone do halucynacji. Dlatego marihuana jest zaliczana do substancji halucynogennych. U niektórych osób, pod wpływem marihuany dochodzi do poważniejszych zaburzeń psychicznych, np. występuje paniczny lęk, dezorientacja, halucynacje, urojenia. Marihuana i haszysz (żywica tej rośliny) są substancjami psychoaktywnymi, których posiadanie, używanie, produkowanie i rozprowadzanie jest w Polsce nielegalne.

2. Czy używanie marihuany prowadzi do używania innych narkotyków?
Wyniki wielu badań dowodzą, że młodzież, która używa marihuany, znacznie częściej sięga po inne narkotyki niż ci, którzy jej nie używali. Do wyjątków należą osoby, które używają np. heroiny lub amfetaminy bez uprzednich doświadczeń z marihuaną. Dlatego specjaliści uważają, że używanie marihuany „toruje drogę" dla innych narkotyków i w tym sensie ułatwia używanie innych nielegalnych substancji psychoaktywnych.

3. Czy marihuana uzależnia?
Używanie marihuany może prowadzić przede wszystkim do zależności psychicznej. U niektórych osób używających często marihuany rozwija się również zależność fizyczna podobna do tej, jaką przeżywają nałogowi palacze papierosów. Warto wiedzieć, że z zależności psychicznej jest niekiedy znacznie trudniej się wydobyć niż z zależności fizycznej. To z powodu zależności psychicznej wielu ludzi uzależnionych od narkotyków lub alkoholu powraca do nałogu mimo długotrwałego leczenia i własnych prób uporania się z problemem.

4. Jakie konsekwencje zdrowotne i osobiste powoduje używanie marihuany?
Nawet jednorazowe użycie marihuany może u osób skłonnych do zaburzeń psychicznych wywołać krótkotrwałe zaburzenia psychotyczne, a u osób szczególnie podatnych może być czynnikiem wyzwalającym długotrwałą psychozę. Używanie marihuany może pośrednio prowadzić do ryzykownych zachowań i wypadków. Pod wpływem marihuany wydłuża się czas reakcji, osłabia koordynacja ruchowa i koncentracja uwagi. Z tych powodów marihuana obniża zdolność prowadzenia samochodów i innych pojazdów mechanicznych. Obniżona sprawność trwa kilka godzin po użyciu marihuany, zwykle dłużej niż czas subiektywnych doznań spowodowanych jej działaniem. Systematyczne używanie (palenie) marihuany uszkadza komórki oskrzeli, zwiększa ryzyko zapalenia oskrzeli oraz wystąpienia nowotworu płuc. Specjaliści zauważają, że u niektórych osób częste używanie tego narkotyku może prowadzić do zmian osobowości polegających na rezygnacji z własnych zainteresowań i dążeń, czyli do tzw. zespołu motywacyjnego. Używanie marihuany przez kobiety w ciąży może doprowadzić do uszkodzenia płodu.

5. Czy marihuana poprawia nastrój i samopoczucie?
Substancja czynna (THC) zawarta w marihuanie wpływa doraźnie na nastrój powodując najczęściej wesołość, ożywienie, uczucie odprężenia. Duże dawki mogą wywoływać lęk, dezorientację, urojenia i inne przykre doznania psychiczne i fizyczne. Niebezpieczne jest jednoczesne używanie marihuany i picie alkoholu. Mieszanie tych substancji może wywoływać zatrucia i poważne zaburzenia psychiczne.

6. Czy bunt młodzieży wobec świata dorosłych może być czymś wartościowym?
Oczywiście, że tak, gdy uderza w niekonstruktywne postawy ludzi dorosłych, ich niezdrowe nawyki lub przyzwyczajenia. Wówczas, gdy jest źródłem konstruktywnych propozycji. W młodych ludziach i ich świeżym spojrzeniu na świat kryje się często siła wyzwalająca pozytywne zmiany, inicjująca nowe prądy w kulturze i sztuce. Używanie narkotyków jest zachowaniem autodestrukcyjnym i w związku z tym trudno mu przypisać jakieś pozytywne wartości.

- Podziel uczestników na sześć zespołów 4–5-osobowych i daj każdemu zespołowi losowo jedno z pytań z arkusza nr 1 „Pytania na temat marihuany".
- Zachęć do dyskusji nad otrzymanym pytaniem i do ustalenia wspólnej odpowiedzi. Poproś, żeby jedna osoba zanotowała ustaloną odpowiedź.
- Zaproś przedstawicieli zespołów do zaprezentowania na forum całej grupy swojego pytania i odpowiedzi.
- Po każdej prezentacji i dyskusji przekaż adekwatne informacje na temat marihuany. Wykorzystaj arkusz nr 2 „Informacje na temat marihuany".
- Podsumuj dyskusję i zapisz na tablicy najważniejsze informacje, które chcesz przekazać uczestnikom.

Temat zajęć: „Prawdy i mity alkoholowe"[6]

Uczestnicy: młodzież w wieku 13–19 lat.

Cele:

– poddanie krytycznej ocenie popularnych w naszej kulturze mitów alkoholowych;

– przekazanie uczniom rzetelnej wiedzy na temat alkoholu i konsekwencji jego picia.

Przebieg zajęć:

- Przedstaw krótkie wprowadzenie do zajęć, np.: tematem zajęć będą tzw. mity alkoholowe. W naszym społeczeństwie funkcjonuje wiele obiegowych opinii na temat alkoholu. Wszyscy jesteśmy nimi w jakimś stopniu „zarażeni". Warto krytycznie im się przyjrzeć. Chciałbym/-abym, aby te zajęcia pozwoliły nam dowiedzieć się czegoś więcej na temat alkoholu.
- Podziel uczestników na pary i rozdaj im powielony arkusz nr 3 z testem „Prawdy i mity alkoholowe" i zachęć do rozwiązania testu.

Arkusz nr 3

TEST „PRAWDY I MITY ALKOHOLOWE"

Przeczytaj podane niżej zdania i zakreśl, czy jest ono prawdziwe, czy fałszywe

1. Piwo i wino to nie jest prawdziwy alkohol	Prawda	Fałsz
2. Problemy związane z alkoholem mają tylko prymitywni ludzie ze złych środowisk	Prawda	Fałsz
3. Po wypiciu alkoholu zwiększa się odporność człowieka na niską temperaturę otoczenia	Prawda	Fałsz
4. Po wypiciu 1–2 butelek piwa człowiek przecenia swoje możliwości	Prawda	Fałsz
5. Wypicie 1–2 butelek piwa pogarsza dokładność widzenia	Prawda	Fałsz
6. Wypicie przed jazdą samochodem 1–2 butelek piwa nie obniża sprawności kierowcy	Prawda	Fałsz
7. Posiadanie tzw. „mocnej głowy" (można dużo wypić bez widocznych oznak upicia) wskazuje na to, że taki człowiek jest odporny na uzależnienie się od alkoholu	Prawda	Fałsz
8. Alkohol działa przede wszystkim pobudzająco, dodaje energii	Prawda	Fałsz
9. Alkohol pomaga w radzeniu sobie z problemami	Prawda	Fałsz
10. Wypity alkohol bardzo szybko przedostaje się do krwioobiegu	Prawda	Fałsz
11. Alkoholicy to ludzie chorzy	Prawda	Fałsz
12. Rodzice powinni rozmawiać ze swoimi dziećmi o zagrożeniach związanych z piciem alkoholu	Prawda	Fałsz

[6] Scenariusz zajęć powstał we współpracy z Katarzyną Kocoń z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Arkusz nr 4

ODPOWIEDZI NA TEST „PRAWDY I MITY ALKOHOLOWE"[7]

1. **Fałsz**. Zarówno piwo, jak i wino zawiera alkohol etylowy. Ta substancja chemiczna jest zawarta we wszystkich napojach alkoholowych. W wódce i w innych mocnych napojach alkoholowych (np. whisky, gin, koniak) stężenie alkoholu jest najwyższe. Piwo i wino ma zwykle znacznie niższą zawartość alkoholu.
2. **Fałsz**. Problemy alkoholowe i uzależnienie dotykają w podobnym stopniu ludzi z różnych grup, zawodów i klas społecznych. Nie tylko osoby z tzw. „marginesu społecznego" cierpią z powodu uzależnienia od alkoholu. Na przykład wielu ludzi dobrze wykształconych, ze świata biznesu, polityki, świata artystycznego nadużywa alkoholu i ma problemy alkoholowe.
3. **Fałsz**. Wbrew obiegowej opinii alkohol zwiększa ryzyko wychłodzenia organizmu człowieka. Alkohol powoduje rozszerzenie naczyń skóry i przez to szybszą utratę ciepła, co w konsekwencji prowadzi do szybszego wychłodzenia organizmu w sytuacjach narażenia na niskie temperatury.
4. **Prawda**. Alkohol obniża sprawność intelektualną i zmniejsza krytycyzm myślenia. Obniżenie własnej sprawności intelektualnej nie jest zwykle zauważane przez osoby będące pod wpływem alkoholu, ponieważ jednocześnie występuje u nich nadmiernie optymistyczna, zawyżona ocena własnych możliwości.
5. **Prawda**. Nawet nieduże dawki alkoholu pogarszają odbiór wrażeń zmysłowych, różnicowanie bodźców wzrokowych i słuchowych, ocenę odległości od przedmiotów. Alkohol wydłuża też czas reakcji na bodźce.
6. **Fałsz**. Nawet niewielkie dawki alkoholu obniżają zdolność do prowadzenia pojazdów mechanicznych z powodu pogorszonego odbioru wrażeń zmysłowych i wydłużonego czasu reakcji na bodźce. Przy dużych dawkach alkoholu, takich jak np. dwie półlitrowe butelki piwa, funkcje zmysłów ulegają zakłóceniom i upośledzona zostaje zdolność do szybkich reakcji
7. **Fałsz**. Efekt tzw. „mocnej głowy" jest zwykle związany z rozwojem tolerancji organizmu na alkohol. Gdy człowiek pije alkohol często, organizm przyzwyczaja się do alkoholu i potrzebuje coraz większych dawek dla uzyskania takiego samego efektu (np. efektu rauszu alkoholowego). Wzrost tolerancji organizmu na alkohol nie oznacza odporności człowieka na uzależnienie. Wprost przeciwnie, jest jednym z sygnałów ostrzegawczych wysyłanych przez organizm człowieka nadużywającego alkoholu. Dalsze picie może powodować kolejne zmiany w reakcji organizmu na alkohol i w konsekwencji prowadzić do uzależnienia.

[7] Informacje na temat alkoholu zostały zaczerpnięte z: B. Wolniewicz-Grzelak, K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska (1996) *Pakiet prewencyjny Program Zapobiegania Narkomanii „Odlot"*, z. 7. *Substancje uzależniające. Czym są i jak działają*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

8. **Fałsz**. Wbrew obiegowej opinii alkohol nie jest substancją pobudzającą. Tylko przez krótki czas po spożyciu alkoholu ludzie doznają subiektywnego poczucia pobudzenia, np. stają się bardziej rozmowni w sytuacjach towarzyskich. Alkohol należy jednak do grupy substancji hamujących działanie układu nerwowego. Nawet małe dawki powodują, że widzenie i słyszenie jest mniej dokładne, ruchy mniej sprawne. Większe dawki pogłębiają te objawy i wywołują senność.
9. **Fałsz**. Alkohol często pogłębia problemy. Niektórzy ludzie reagują na alkohol utratą panowania nad sobą, wdają się w kłótnie i bójki, stają się bardziej agresywni, często robią i mówią rzeczy, których potem się wstydzą.
10. **Prawda**. Alkohol bardzo szybko (prawie natychmiast) przedostaje się z żołądka do krwiobiegu, tą drogą dociera do mózgu i zmienia jego działanie.
11. **Prawda**. Uzależnienie od alkoholu jest przewlekłą chorobą, która zakłóca funkcjonowanie człowieka w sferze poznawczej (myślenia), emocjonalnej (uczuć), somatycznej (cielesnej) oraz zmienia jego funkcjonowanie społeczne (np. przyczynia się do zaniedbywania dzieci przez pijących rodziców). Osoby uzależnione od alkoholu wymagają specjalistycznego leczenia w ośrodkach terapii uzależnień.
12. **Prawda**. Badania pokazują jednoznacznie, że rozmowy rodziców ze swoimi dziećmi na temat zagrożeń związanych z piciem alkoholu chronią dzieci w wieku szkoły podstawowej przed zbyt wczesną inicjacją alkoholową. Szczególnie ważne jest jasne formułowanie oczekiwań rodziców wobec własnych dzieci dotyczące takich ryzykownych zachowań jak picie alkoholu, palenie tytoniu czy używanie narkotyków.

- Zaczekaj, aż wszyscy rozwiążą test.
- Poproś o połączenie się par w czwórki (np. z sąsiednią parą) i porównanie swoich odpowiedzi. Każda czwórka notuje ewentualne rozbieżności w odpowiedziach dwóch par.
- Poproś każdą czwórkę o podanie do wiadomości całej grupy, które odpowiedzi były zbieżne, a które rozbieżne.
- Skomentuj najczęściej występujące rozbieżności i przekaż adekwatną wiedzę na temat alkoholu (wykorzystaj arkusz nr 4).
- Podsumuj dyskusję i zapisz na tablicy najważniejsze informacje, które chcesz przekazać uczniom.

Pytania

1. Na czym polega zmiana w podejściu do problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych? Jakie są konsekwencje tej zmiany dla profilaktyki?
2. Co przemawia za integralnym podejściem do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych oraz innych zachowań problemowych młodzieży?
3. Na czym polega zasadnicza różnica pomiędzy „starymi" i „nowymi" poziomami profilaktyki?
4. Jakie założenia leżą u podstaw działań profilaktycznych ukierunkowanych na jednostkę, a jakie u podstaw działań profilaktycznych zorientowanych na zmianę środowiska społecznego?
5. Jakie są istotne elementy sprzyjające skuteczności programu profilaktycznego?

Literatura zalecana

Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej (2005) M. Deptuła (red.), Bydgoszcz, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży (2001) J. Grzelak, M. Sochocki (red.), Warszawa, Pracownia Profilaktyki Problemowej.

Gaś Z.B. (1998) *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Ostaszewski K. (2003) *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe „Scholar".

Profilaktyka w środowisku lokalnym (2002) G. Świątkiewicz (red.), Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Szymańska J. (2002) *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.

ROZDZIAŁ 7

Przeciwdziałanie agresji i przemocy wśród uczniów

Andrzej Kołodziejczyk

Dla dużej części uczniów szkoła nie jest miejscem, w którym mogą się uczyć i czuć bezpiecznie. Wielu uczniów przynosi ze sobą do szkoły, z miejsc, w których żyją, agresję, przemoc, brak szacunku, wyobcowanie, napięcia. Stawia to nauczycieli przed poważnymi problemami, a praca wychowawcy nigdy nie była równie ważna. Kontakt nauczyciela z uczniami jest dość długi i stały. Nauczyciel jest często pierwszą osobą, która widzi agresję lub jest o niej informowana i jego decyzje mają znaczący wpływ na zachowanie uczniów. Niestety, wielu nauczycieli nie najlepiej radzi sobie z tymi zachowaniami, często ze swymi reakcjami i zamiast opanować, roznieca je.

Przeciwdziałanie agresji i przemocy wśród uczniów powinno być elementem szkolnego programu wychowawczego i programu profilaktyki. Tradycyjne szkolne programy profilaktyki skupiają się na zapobieganiu używaniu substancji psychoaktywnych. Tymczasem rozpowszechnienie zachowań agresywnych wśród uczniów jest znacznie większe niż używanie tych substancji i powoduje większe szkody społeczne.

Przeciwdziałanie agresji także powinno być elementem edukacji zdrowotnej w szkole. Zachowania agresywne zalicza się do zachowań ryzykownych dla zdrowia psychospołecznego, zarówno ofiar, jak i sprawców przemocy. Często współistnieją one z innymi zachowaniami ryzykownymi. W obowiązującej podstawie programowej ścieżki „edukacja prozdrowotna" nie wymieniono wprawdzie zagadnienia agresji i przemocy, ale uwzględniono wiele tematów, które wiążą się z przeciwdziałaniem jej i radzeniem sobie z nią. Dotyczą one m.in. kształtowania własnego stosunku do trudnych emocji, radzenia sobie z nimi, utrzymania dobrych relacji z innymi, obrony praw własnych i innych ludzi, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, z presją i negatywnymi wpływami otoczenia, rozwiązywania konfliktów, poszukiwania pomocy, reagowania na krzywdzenie innych.

Zjawisko agresji i przemocy jest niezwykle złożone i istnieje wiele publikacji omawiających ich istotę, rodzaje, przyczyny i skutki. W niniejszym rozdziale ograniczono się do podstawowych informacji o agresji i przemocy wśród uczniów (międzyrówieśniczej) w szkole i przeciwdziałaniu jej oraz podano propozycje zajęć, które można wykorzystać w realizacji edukacji prozdrowotnej.

7.1. Agresja i przemoc wśród dzieci i młodzieży – definicje, formy, częstość występowania

Aby skutecznie radzić sobie z agresją i przemocą w szkole, ważne jest, by zrozumieć, czym jest **agresja**, a czym **przemoc**, nazywana też przez niektórych autorów „bullingiem" (ang. *bullying*) lub „mobbingiem" (molestowaniem). Znajomość tych definicji, których przykłady podano niżej, ułatwia przeciwdziałanie ich przyczynom i zapobieganie ich skutkom:

- Z psychologicznego punktu widzenia agresja jest każdą formą zachowania, której celem jest zranienie innej istoty ludzkiej, posiadającej motywy, aby takiego traktowania unikać (Baron, 1977, za: Opotow, 2005, s. 400): „agresja 1) nie jest zwykłym myśleniem, lecz fizycznym bądź werbalnym działaniem lub biernością; 2) nie wynika z przypadku lub zamiaru pomocy, nad którym stracono kontrolę, lecz z celowego zamiaru wyrządzenia krzywdy; 3) nie jest zachowaniem agresora i jego ofiary, dokonanym za ich obopólną zgodą, lecz działaniem skierowanym ku żywemu organizmowi, który pragnie uniknąć krzywdy";
- Zachowania agresywne pojawiają się wówczas, gdy sytuacja, w jakiej znalazła się jednostka, oceniana jest przez nią jako zagrażająca jej dobrostanowi. Jednostka usiłuje wydostać się z tej sytuacji przy pomocy gwałtownych zachowań lub czynności powodujących cierpienie fizyczne lub psychiczne innej osoby bądź powodujących stratę lub uszczuplenie wartości cenionych przez tę osobę (Stach, 1989);
- Przez agresję należy rozumieć bezpośrednie lub pośrednie zachowanie dziecka, które wykracza poza normy społeczne i u podłoża którego leżą negatywne nastawienia lub emocje sprawcy. Można ją zdefiniować jako nadużycie albo wykorzystanie swej przewagi fizycznej, emocjonalnej lub sytuacyjnej nad inną osobą, aby uzyskać dla siebie ważny cel (Chylewska-Barakat, 2001, za: *Dzieci...*, 2004);
- D. Olweus (1998) wprowadził pojęcie „bullying", którego odpowiednikiem może być w języku polskim termin „prześladowanie" lub „dręczenie". Zwraca on uwagę na trzy cechy tego zjawiska:
  - świadome, celowe działania prowadzące do zrobienia drugiej osobie przykrości lub krzywdy;
  - działania są systematycznie powtarzane;
  - występuje brak równowagi sił, ofiara jest słabsza od osoby lub grupy napadającej ją;
- Przez pojęcie mobbingu, według O. Specka (2005), rozumie się celowe działanie zmierzające do obrażania i skrzywdzenia innych osób za pomocą sprośnych słów, nieprzyzwoitych dowcipów, przez wyszydzanie, wykonywanie plugawych gestów, popychanie, zadawanie ciosów, kopnięć, wymierzanie policzków albo zatrzymywanie ofiary wbrew jej woli. Zachowania te nie są prostą reakcją na równie agresywne zachowania innej osoby, sprawca dopuszcza się tego dla przyjemności, której dostarcza mu agresja, zamiar zranienia czy upokorzenia ofiary. Udział w takich atakach biorą zazwyczaj dwie osoby, które umówiły się na wspólną akcję; do ataków dochodzi częściej lub tylko przy okazji.

Z definicji tych wynika, że tym co różni agresję i przemoc (*bulling, mobbing*) jest nierównowaga sił psychicznych i fizycznych pomiędzy ich uczestnikami.

Zachowanie agresywne charakteryzuje się względną równowagą pomiędzy agresorem a drugą stroną (np. gdy dwóch uczniów atakuje się równocześnie). W przemocy mamy do czynienia z wyraźną przewagą jednej strony nad drugą, przy zastosowaniu tych samych zachowań jak w przypadku agresji, tj. agresji fizycznej i psychicznej.

Formy agresji

Istnieje wiele form agresji i kryteriów ich podziałów. Najczęściej wyróżnia się:

- **Agresję słowną** przejawiającą się w postaci straszenia (groźby), wyśmiewania (ośmieszanie, uszczypliwość i kpiny), przezywania, obrażania, oczerniania, powtarzającego się dokuczania;
- **Agresję fizyczną** wyrażaną w postaci otwartych napaści na inne osoby, odebrania (np. pieniędzy) lub zniszczenia czyjejś własności. Występuje w dwóch postaciach:
  - **agresja emocjonalna** jest sposobem na natychmiastowe rozładowanie napięcia emocjonalnego, np. uczeń bije innego ucznia, bo ten mu nie dał ściągnąć na klasówce. Podstawowe jej źródło stanowią irytacja, złość lub lęk, powstałe w wyniku zablokowania dążeń lub doznania jakichś strat. Kiedy uczniowie są „przepełnieni" trudnymi emocjami i nie sprawują nad nimi kontroli, kiedy czują się bezsilni, a możliwości ich wpływu na sytuację są niewielkie – wtedy, w ten wybuchowy sposób wyrażają swoją agresję. Mogą wtedy ranić psychicznie i fizycznie;
  - **agresja instrumentalna** pojawia się wtedy, gdy sprawca chce coś zdobyć lub osiągnąć jakiś cel. W przeciwieństwie do agresji emocjonalnej, która jest impulsywna, agresja instrumentalna jest wcześniej zaplanowana, jest celowa i wyrachowana, np. odebranie pieniędzy przed sklepikiem szkolnym przez starszego ucznia młodszemu lub zaplanowanie z kolegami wybicia szyb w pracowni nielubianego nauczyciela;
- **Odrzucenie** – przejawia się w formie izolacji społecznej, wykluczenia z grupy lub marginalizowania w życiu klasy.

Rozpowszechnienie przemocy wśród uczniów

Istnieje powszechne przekonanie, że zachowania agresywne i przemoc w szkole jest zjawiskiem bardzo rozpowszechnionym. Niemal codziennie media podają informacje o drastycznych wydarzeniach. Potwierdzają to także wyniki badań, choć są one zróżnicowane ze względu na różne metody badań (w tym zwłaszcza różne sformułowania pytań dotyczących agresji) oraz wieku badanych. Istnieje także powszechne przekonanie, że częstość występowania agresji i przemocy wśród uczniów zwiększa się, choć wyniki badań nie potwierdzają w pełni tego przekonania.

Do najczęściej zauważanych przejawów agresji fizycznej wśród uczniów szkół podstawowych zalicza się: pobicia i bójki (69,0%), przestraszanie (41,5%), odbieranie siłą (32,3%), niszczenie cudzych rzeczy (30,2%) (Danielewska, 2002).

Wyniki badań, przeprowadzonych w reprezentatywnej grupie uczniów klas piątych szkoły podstawowej (w wieku 11 lat) oraz klas I i III gimnazjów (13 i 15 lat) w Polsce w 2002 r., wykazały, że ofiarami dręczenia co najmniej 1 raz w ostatnich kilku miesiącach było 30% uczniów (33% chłopców i 27% dziewcząt). Co dziesiąty uczeń był dręczony dwa–trzy razy w miesiącu lub częściej. Częściej ofiarami przemocy są uczniowie młodsi niż starsi (Mazur i in., 2005). W porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej odsetek uczniów będących ofiarami przemocy w Polsce należy do „średnich" (Woynarowska i in., 2005). Najbardziej rozpowszechnioną formą przemocy w szkole jest agresja słowna (tab. 7.1).

Tabela 7.1. Formy przemocy wśród uczniów w wieku 11, 13 i 15 lat w Polsce w 2002 r. (% badanych)

Formy dręczenia	Ogółem	Płeć		Wiek (w latach)		
		chłopcy	dziewczęta	11	13	15
Przezywanie	31,9	32,9	30,9	34,2	34,2	27,3
Pozostawianie na uboczu	16,7	16,4	17,0	19,9	15.4	15,0
Popychanie, szturchanie, bicie	10,0	14,4	5,6	13,2	10,7	6,2
Oczernianie	19,4	19,0	19,8	21,1	19,7	17,5
Dowcipy i gesty seksualne	13,4	15,2	11,5	14,7	12,8	12,7

Na podstawie: J. Mazur i in., 2005.

Wyniki innych badań wskazują także na duże rozpowszechnienie przemocy wśród uczniów oraz poczucia, że szkoła nie jest dla nich bezpiecznym miejscem. Na przykład:

– wśród uczniów gimnazjów – z zastraszaniem i pogróżkami zetknęło się 50,4% uczniów, 62,2% czuło się sprowokowanych do bójek, a 29,9% badanych zetknęło się z atakami rozboju (pobicia) w szkole (Sasz, 2003),

– w przeciętnej, 30-osobowej klasie, można spotkać 4–5 sprawców agresji i 2–3 uczniów, którzy są jej ofiarami (*Powstrzymać...*, 2004).

Propozycja zajęć

Temat zajęć: „Co to jest agresja i przemoc"?

Uczestnicy: dzieci i młodzież w wieku 10–16 lat.

Cele:

– uświadomienie uczniom, co to jest agresja i przemoc i jakie są jej formy;

– identyfikacja najczęstszych form przemocy, z którymi spotkali się w ostatnich kilku miesiącach,

– zachęcenie uczniów do brania czynnego udziału w otwartym mówieniu o tym problemie.

Przebieg zajęć:

Komentarz wstępny: Powiedz uczniom, że chcesz porozmawiać z nimi o trudnym szkolnym problemie – agresji i przemocy. Podkreśl, że szkoła jest miejscem, w którym wszystkim należy się szacunek i że twoim celem i zadaniem jest jego zapewnienie, ale bez nich – uczniów – i ich świadomości tych zjawisk może być to trudne do spełnienia.

Ćwiczenie: *„Trudne wydarzenia"*

- Podziel uczniów na kilkuosobowe zespoły. Poproś, aby każdy zespół zrobił listę wszystkich rodzajów agresji, z którymi się zetknęli (zdarzenia, które pamiętają) w ostatnich kilku miesiącach w szkole. Zapiszcie je na dużym arkuszu papieru. Przedstawcie te arkusze na forum grupy.
- Poproś, aby każdy zespół wybrał jedno z takich zdarzeń, w którym uczestniczyli lub byli świadkami, a które wydarzyło się w ostatnim okresie, i opisali go w następujący sposób:
  - Kiedy i gdzie to się działo?
  - Co się wydarzyło przed, w trakcie i po zdarzeniu?
  - Jak często to się dzieje?
  - Jak uczestnicy tego zdarzenia (sprawcy, ofiary, świadkowie) je odczuli?
  - Jakie są konsekwencje takiego zdarzenia (natychmiastowe, pośrednie i dalsze)?
- Poproś, aby pracując dalej w tych zespołach zapisali, jakie przeżywali emocje i jakich słów używali, gdy opisywali te sytuacje (np. zły, odrzucony, samotny, zimny, skrzywdzony, smutny, zdenerwowany, niepewny, sfrustrowany).

Ćwiczenie: *„Definicje agresji i przemocy"*

- Wykorzystując wyniki prac uczniów z pierwszego ćwiczenia, ustalcie definicje agresji i przemocy. Zapytaj uczniów: Co im się kojarzy ze słowem „agresja", a co ze słowem „przemoc"? Czy jest coś co różni te zachowania?
- Użyjcie techniki „kuli śniegowej": najpierw uczniowie ustalą obie definicje w parach, następnie pary łączą się w czwórki, później w ósemki, aż do ustalenia wspólnych definicji.
- Ostrzeż uczniów, że w dyskusjach mogą się pojawić różnice i podobieństwa pomiędzy postrzeganiem przez nich tych sytuacji. Zaproponuj, aby wybierali te sytuacje, co do których nie mają wątpliwości, że dotyczyły agresji i te, które dotyczyły przemocy, i na ich podstawie stworzyli ich definicje.
- Poproś o przedstawienie obu definicji. Zwróć uwagę, że agresja jest to działanie celowe, skierowane przeciwko komuś lub czemuś i przynoszące straty. W przypadku przemocy mamy do czynienia z wyraźną przewagą jednej strony nad drugą, przy zastosowaniu tych samych zachowań jak w agresji fizycznej i psychicznej, oraz z systematycznością jej powtarzania.

Ćwiczenie: *„Co wspomaga istnienie agresji i przemocy w szkole?*

- Zadaj uczniom następujące pytanie: Co nasila występowanie agresji i przemocy w szkole? (np. nieobecność nauczycieli podczas przerw w pewnych częściach szkoły, ignorowanie zachowań uczniów agresywnych, z myślą, że i tak kiedyś z tego wyrosną, nielubienie przez nauczycieli uczniów, którzy skarżą, gdy mówią, że inni im dokuczają itp.).
- Zróbcie listę wszystkiego, co dzieje się w szkole, co może pomagać sprawcom przemocy zachowywać się w ten sposób. Zapytaj: Jak uczniowie, nauczyciele i inni pracownicy szkoły reagują na akty przemocy? Co o tym sądzą?
- Na zakończenie zachęć uczniów, aby spróbowali wymyślić, co mogliby zrobić nauczyciele, uczniowie i personel nie uczący, aby uniemożliwić agresję i przemoc w szkole.

7.2. Podejścia wyjaśniające agresję i przemoc u dzieci i młodzieży

Wyróżnia się kilka wzajemnie związanych podejść, pomagających zrozumieć agresję u dzieci i młodzieży: uczenie się, odczuwanie, sposób myślenia, czynniki biologiczne i rozwój moralny.

Podejście oparte na uczeniu się

Zwolennicy tego podejścia uważają, że sposób, w jaki dzieci zachowują się, jest uzależniony od kar i nagród, które otrzymują za dane zachowanie. Gdy wybuch złości przyniesie dziecku lub nastolatkowi zadowolenie (nagroda), powtórzy je ponownie, znajdując się w podobnej sytuacji. Kolejne nagrody utrwalą to zachowanie.

Przykład: Darek chce, żeby inni zwracali na niego uwagę, a nawet bali się go. Często uczestniczy w różnych miejscach w szkole w kłótniach i bójkach z kolegami. Zauważył ostatnio, że wielu kolegów unika jego wzroku, gdy patrzy na nich wyzywająco, niektórzy mówią mu, że wiele osób się go boi. Dostrzegł też, że nauczyciele unikają z nim kontaktu. Połączył swoje wybuchy złości i agresywne zachowania ze wzrostem prestiżu u kolegów i strachem nauczycieli. Chłopiec odczuwa z tego powodu dużą satysfakcję. W ten sposób koledzy i nauczyciele nagrodzili go. Gdyby zachowania poprzedzające wybuchy złości i skutki zachowań agresywnych w przypadku chłopca zostały zmienione, to znaczy gdyby rówieśnicy i nauczyciele nie wzmacniali tych zachowań, Darek miałby szansę zmiany swoich reakcji.

Podejście to przypomina również, że agresji uczymy się, podobnie jak każdego zachowania, poprzez obserwację zachowań ważnych osób i następnie ich naśladownictwo (Zimbardo, Ruch, 1998). Kiedy uczeń jest świadkiem, że ważna dla niego osoba (np. nauczyciel) używa presji psychicznej (czasami, niestety, fizycznej), aby osiągnąć jakiś cel i udaje mu się to, wówczas logicznie rozumując uświadamia sobie, że podobne zachowanie jest skutecznym sposobem osiągania celu. W kontekście tego niebezpieczne jest niereagowanie przez nauczycieli na zachowania agresywne lub przemoc uczniów, które dzieją się na ich oczach. Jak podaje H. Sowińska (2000, s. 178), „na wiele przejawów agresji nie reagują także nauczyciele, nie dopatrując się znamion przemocy i destrukcji w takich zachowaniach uczniowskich, jak: popychanie (79,3% badanych), plucie (75,7%), wyrywanie przedmiotów (70,3%), poszturchiwa-

nie (69,6%), czy przeklinanie (64,2%). Uczniowie uczą się wówczas, że takie zachowania są dopuszczalne, skoro nie budzą sprzeciwu nauczycieli.

Podejście oparte na pierwszeństwie uczuć i emocji w stosunku do zachowań

Autorzy tego podejścia kładą nacisk na pierwszeństwo uczuć i emocji, które wpływają na nasze zachowania (Freud, za: Fontana, 1995). Zachowania nasze są, ich zdaniem, odbiciem myśli, uczuć, snów i fantazji przeżywanych w postaci wewnętrznych konfliktów. Dziecko przejawiające zaburzone zachowanie często nie zdaje sobie sprawy ani z jego przyczyn, ani z motywów leżących u jego podłoża. Nie jest w stanie ich kontrolować.

Zastosowanie założeń psychodynamicznych (szukających przyczyn i znaczeń zachowań w rozwoju psychospołecznym i psychoseksualnym jednostki) w sytuacjach szkolnych interesująco przedstawił F. Redl (1969)[1]. Położył on nacisk na rozumienie motywacji leżących u podłoża zachowań agresywnych u dzieci w szkole. Zwrócił uwagę na trzy motywy:

- **agresja przeniesiona z domu lub rodzinnego otoczenia** – uczeń, który w domu przeżył jakąś traumatyczną sytuację (np. skarcony fizycznie przez ojca), jest wściekły na niego, ale odważy się wybuchnąć dopiero w szkole. Poszuka słabszego kolegi, aby skierować na niego swoją złość (może się nad nim np. znęcać, tak jak to robiono z nim w domu), może kłócić się z nauczycielem. Nauczyciel lub koledzy nie są powodem tej złości;
- **odreagowanie stanu wewnętrznego** – dziecku zatopionemu w marzeniach przychodzi do głowy coś, co go wyprowadza z równowagi i „bez powodu" uderza swego kolegę;
- **agresja zrodzona w sytuacjach szkolnych**. Jest odpowiedzią na wydarzenia, które spotykają ucznia.

Zdaniem F. Redla, dziecko pochłonięte przez wewnętrzne impulsy nie potrafi stłumić przeżywanych uczuć, ani zmienić kierunku ich ekspresji w taki sposób, aby była społecznie akceptowana. W konsekwencji zachowuje się tak, że napotyka na kolejne trudności. Reaguje jeszcze bardziej nieadekwatnym zachowaniem, ponieważ jego system kontroli nie jest w stanie poradzić sobie z lękiem wzbudzonym przez pogłębiający się konflikt. Redl proponuje dwa sposoby postępowania w przypadku agresywnie zachowujących się dzieci. Po pierwsze, trzeba im **pomóc w kontroli agresywnych impulsów**. Po drugie, **wesprzeć je w zrozumieniu motywów swoich zachowań**, aby w ten sposób pomóc im w poszukiwaniu własnych możliwości w adekwatnym wyrażaniu uczuć. Chcąc to realizować, nauczyciel powinien budować z dziećmi relacje oparte na wzajemnym wsparciu i zaufaniu, a także planować i pomagać im w poszukiwaniu sposobów wyładowania nadmiaru agresji i unikania napięć związanych z nowymi sytuacjami.

[1] Za: A.P. Golstein, S.J. Apter, B. Harootunian (1984) *School violence*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Podejście poznawcze

Autorzy tego podejścia uważają, że sposób myślenia silnie wpływa na emocje, które później kierują naszym zachowaniem. Są dwa sposoby dokonywania tego przez proces myślenia.

Sposób pierwszy – to, że nasze myślenie może ulegać zniekształceniu lub stać się irracjonalne i doprowadzić nas do negatywnych emocji. Wyobraźmy sobie wydarzenie w klasie, podczas którego z grupy uczniów zaangażowanych w jakąś trudną dla nich sytuację, tylko jeden uczeń wybuchnął złością. Przyczyną jego postawy była **interpretacja** tego, co się stało, uznanie przez niego, że został np. niesprawiedliwie potraktowany. Od czego zależały te ich odmienne reakcje? To, co zdaje się tłumaczyć tę różnicę, to sposób, w jaki wydarzenie zostało zinterpretowane, a nie, jakie ono było samo w sobie. Tak więc interpretacja czyjegoś zachowania, jako zachowania wrogiego wobec nas, powoduje wybuch złości i chęć do agresywnego rewanżu.

Zwolennicy tego podejścia uważają, że za takie jak przedstawione wyżej zachowanie ucznia są odpowiedzialne tzw. struktury poznawcze. Powstają one w wyniku złożonych procesów działania naszego organizmu i wpływów otoczenia, w którym żyjemy. Są zestawem informacji o świecie nas otaczającym i o nas samych. Pomagają one przewidywać, co się może zdarzyć, jeśli postępujemy w jakiś sposób, ułatwiają krok po kroku podejmowanie decyzji w danej sytuacji. Dzieje się tak, ponieważ struktury poznawcze zawierają w sobie przekonania, postawy i myśli oceniające rezultaty zdarzeń, w których uczestniczymy. Pozwala nam dokonać oceny naszych zachowań jako korzystnych, obojętnych lub szkodliwych (Gaberle, 2003). Powoduje to, iż ludzie uczestniczący w tym samym wydarzeniu mogą się zachowywać odmiennie. Jedni w tej samej sytuacji będą zadowoleni, inni obojętni, a jeszcze inni wściekli.

W świetle tych rozważań pojawia się refleksja dotycząca rodzinnych i społecznych wpływów, jakim są poddawani młodzi ludzie w czasie, gdy ich struktury poznawcze zaczynają się kształtować. Jeśli np. rodzice będą utwierdzali dzieci w błędnym przekonaniu, że ktoś, kto potraktował je niesprawiedliwie, natychmiast powinien być za to bezwzględnie ukarany, mogą w przyszłości „skazywać" kogoś na karę za to, że się na nich „gapił". Wielu uczniów, którzy są agresywni, przypisuje wrogie intencje zachowaniom innych, mimo że one takie nie są.

Sposób drugi – to jak nasze myślenie wpływa na nasze zachowanie K. Dodge (za: Faupel, Herrick, Sharp, 1998) uważa, że nasze zachowanie nie zależy od tego, co myślimy, lecz **jak myślimy**. Kiedy uczeń znajduje się w jakiejś społecznej sytuacji, musi ją najpierw „odczytać", a następnie podjąć jakieś decyzje. Może to być chęć poradzenia sobie z kimś, kto go chce uderzyć, może też chcieć znaleźć sojuszników, aby komuś dokuczyć, lub chcieć poradzić sobie w sytuacji, gdy ktoś obraża bliską mu osobę. Koniecznie musi dokonać selekcji napływających do niego informacji, takich jak wyraz oczu, ton głosu, mimika, gesty, zrozumieć kontekst sytuacyjny; odczytać własne uczucia i zdobyć jeszcze wiele innych informacji. Zebranie ich i analiza pozwolą mu skonstruować „program działania", za którym będzie się kryło konkretne zachowanie. Jak uważa K. Dodge, proces ten odbywa się bez naszej świadomości. Jego zdaniem, dwa aspekty tego procesu mogą stanowić problem. Możemy wpaść w nawyk wybierania ciągle tej samej alternatywy i dlatego też staje się ona pierwszą,

którą rozważamy. Z kolei niektórzy wybierają pierwsze rozwiązanie, bez wzięcia pod uwagę innych możliwości. Zezłoszczeni uczniowie są przeważnie bardzo impulsywni i istnieją potwierdzone dowody, że młodzi ludzie z problemami emocjonalnymi mają wiele trudności z poszukaniem alternatywnych zachowań. Są skłonni do trzymania się jednego – tego, które przeważnie się dla nich sprawdza.

Rodzi się więc pytanie: Co powoduje, że rozłoszczony uczeń ma problemy z oceną sytuacji, znalezieniem alternatywnych rozwiązań, lub jeśli nawet wybierze w miarę skuteczne rozwiązanie, to ma kłopoty z jego realizacją? Odpowiedź na to pytanie jest związana ze społecznymi wpływami, jakim są poddawani młodzi ludzie, w czasie gdy struktury poznawcze zaczynają się kształtować, co może mieć znaczenie dla przyszłego ich życia.

Podejście oparte na pierwszeństwie cech biologicznych

Wielu badaczy uważa, że agresja ma podłoże biologiczne, a więc jest wrodzona, wiąże się z typem temperamentu i jest jego odbiciem. Wyniki badań wskazują na stałość zachowań agresywnych i pośrednio na istnienie wrodzonych, a nawet dziedzicznych predyspozycji do agresji. Według tych autorów kontrola zachowań dzieli się na **zewnętrzną** i **wewnętrzną**. Obie współwystępują z kontrolą emocjonalną i są uwarunkowane genetycznie. Część dzieci rodzi się z kontrolą wewnętrzną, czyli z **nadmiarem kontroli**. Problemy, na które napotykają, są przez nich przeżywane „wewnętrznie". Do „wnętrza" są też kierowane emocje, np. uczucie smutku i wycofywanie się, co przyczynia się do budowy osobowości neurotycznej.

Po przeciwnej stronie znajdują się dzieci z **niedoborem kontroli**. Przeżywane problemy uzewnętrzniają. Do tego dochodzi podwyższony próg wrażliwości, który powoduje, że bodźce, które odbierają, charakteryzują się dużą siłą i intensywnością. Gdy oddziałujący bodziec z dużą siłą (przekraczając próg wrażliwości) wznieca negatywne uczucia (przykrość, trudność, problem), nie są one w psychice tych dzieci zatrzymywane i „przepracowywane", tak jak to się dzieje u ich rówieśników z nadmiarem kontroli. Nie pozostawiają śladów, lecz są wyrzucane „na zewnątrz", co obserwatorzy takich wydarzeń mogą doświadczyć na „własnej skórze", w postaci niekontrolowanych reakcji. Dzieci takie nie przeżywają lęku i smutku, co ogranicza ich możliwości w internalizacji norm społecznych, zwłaszcza moralnych. Kiedy chcą zaspokoić jakąś potrzebę, a napotkają przeszkodę, wybuchają złością i zachowują się agresywnie.

Opisane biologiczne tendencje mają niewątpliwie wpływ na to, czy dziecko stanie się agresywne, czy nie, jednakże relacje międzyludzkie mają na to wpływ jeszcze większy. Innymi słowy, tendencje biologiczne są korygowane przez najbliższe dla dziecka środowisko społeczne.

Podejście z punktu widzenia rozwoju moralnego

Analizując przyczyny powstawania zachowań agresywnych trzeba wziąć pod uwagę stosunek sprawców agresji do norm społecznych i wartości takich jak szacunek dla

innych, sprawiedliwość, życzliwość i altruizm. Zaburzenie w tym zakresie istotnie wpływa na agresję i przemoc (Mariański, 2006).

Złoszcząc się na kogoś, obrażając go lub zadając mu rany, agresor nie respektuje norm społecznych. To samo można powiedzieć o związkach motywacyjnych agresywnego zachowania i moralnością. Obarczanie kogoś winą może wywołać poczucie niesprawiedliwości, a to z kolei wpłynąć (silnie motywować) na jego agresywne, obronne zachowanie (Opotow, 2005). W obu przypadkach normy społeczne zostały złamane.

Najczęściej przedmiotem badań psychologicznych nad przejawami rozwoju moralnego są sądy i oceny moralne. Mówiąc o sądach moralnych mamy na myśli przekonania, jakie ludzie mają na temat różnych kwestii moralnych, co stanowi o moralnym charakterze zarówno myśli, jak i czynów. „Sądy socjomoralne na temat agresji biorą pod uwagę intencje sprawcy, stosowność, intensywność, uzasadnienie oraz charakter (proaktywny lub reaktywny) aktu agresji oraz wyrządzonej szkody" (Opotow, 2005, s. 412).

Badacze wykazali (Goldstein, Glick, Gibss, 2004), że młodzież łatwo wpadająca w złość i agresję charakteryzuje się sposobami myślenia, które nazwali **zniekształceniami poznawczymi**. Do najważniejszych i najwyraźniejszych zniekształceń należy zaliczyć:

- **tendencje egocentryczne**, które określają myślenie tego typu jako „dopasowywanie stanu rzeczy do swojego punktu widzenia, swoich oczekiwań, potrzeb; praw, uczuć i pragnień do tego stopnia, że punkt widzenia, oczekiwania itd. innych [...] są brane pod uwagę w niewielkiej mierze lub są zupełnie ignorowane", czy „Kiedy jestem wściekły, wszystko mi jedno kto oberwie" to jedno ze stwierdzeń, z jakim się identyfikują (s. 92);
- **zakładanie najgorszego**, gdzie główną wyzwalającą złość myślą jest przypisywanie innym wrogich tendencji. Spojrzenie któregoś z kolegów w szkolnej stołówce lub na boisku, chociaż najbardziej neutralne, zostanie zinterpretowane jako spojrzenie pełne pogardy czy lekceważenia i przyjęte jako wyzwanie do bójki. Tak samo może być zinterpretowane przypadkowe potrącenie na szkolnym korytarzu;
- **obwinianie innych**, w tym przypadku przyczyny swoich destrukcyjnych zachowań agresorzy przypisują innym osobom, obwiniając ich za swoje niepowodzenia lub krzywdy, jakie od nich według swego uznania doznali, albo przypisują je swoim nastrojom. Pozwala im to uspokoić własne sumienie, a obwinić swoje ofiary;
- **umniejszanie/zmiana znaczenia**, polegające na uznawaniu, że agresywne zachowanie nie powoduje rzeczywistych szkód, a nawet istnieją przesłanki, żeby je zaakceptować. Bliskie temu sposobowi myślenia jest zdanie: „Trzeba wyrównać rachunki z tymi, którzy nie okazują nam szacunku" (s. 94).

To, co jeszcze charakteryzuje agresorów, to przyjęcie pewnego rodzaju „fałszywej zgodności" – uważają, że inni myślą i działają tak samo jak oni. Wszystko to razem prowadzi do tego, że nawet w obliczu przekonujących dowodów ich destrukcyjnego zachowania bronią się przed przyznaniem się do winy i zmianą.

Te sposoby myślenia wzmacniają często nagromadzoną w młodych ludziach wściekłość, biorącą się z warunków, w których przebywają i uczą się, oraz „doświadczania braku sensu i ważności własnego życia" (Speck, 2005). Można zaryzykować

stwierdzenie, że stosowanie agresji i przemocy jest odrzuceniem norm i wartości jako zobowiązań społecznych, które są zasadniczym źródłem moralności, na rzecz egoistycznego zadowolenia z bezwzględnych i brutalnych zachowań. Staje się to poważnym wyzwaniem dla wychowawców.

Propozycja zajęć

Temat zajęć: **„Jak myśli i uczucia wpływają na zachowania?"**

Uczestnicy: młodzież w wieku 10–16 lat.

Cel: uświadomienie uczniom, jak ich myśli mogą, w sytuacjach konfliktowych, wpływać na ich uczucia i zachowania.

Przebieg zajęć:

Ćwiczenie pierwsze: *„Rozmowa"*

- Napisz na tablicy schemat:

SYTUACJA – NASZE PIERWSZE MYŚLI – UCZUCIA – ZACHOWANIE

- Poproś uczniów, aby przypomnieli sobie jakieś ostatnie sytuacje konfliktowe. Niech kilkoro z nich, poda: Jaka to była sytuacja? Jakie pojawiły im się w tej sytuacji pierwsze myśli interpretujące tę sytuację, a w dalszej kolejności niech opiszą powstałe w nich emocje i jak się zachowali. Na przykład:

Sytuacja	Nasze pierwsze myśli	Uczucia	Zachowanie
I. Kiedy podszedłem do grupy chłopaków wyraźnie dali mi do zrozumienia, że nie chcą, żebym był z nimi	„Nikt mnie nie lubi w naszej klasie" „Chcą mi pokazać, że mnie nie lubią"	Przygnębienie Smutek Złość	Odszedłem wściekły, myśląc, że odpłacę się im za to
II. Podczas koleżeńskiej rozmowy jedna z koleżanek, powiedziała do mnie „Jesteś głupia i nudna"	„Ta kretynka nienawidzi mnie"	Złość	Powiedziałam jej, że myślę o niej to samo. Krzyczałyśmy na siebie. Inni rozeszli się

- Kiedy zapiszą kilka przykładów podobnych sytuacji, powiedz, że chciałbyś/abyś zwrócić ich uwagę na związek pomiędzy ich myślami a przeżywanymi uczuciami i zachowaniem. Zapytaj, co o tym sądzą. Wskaż na to, że myśli mogą odgrywać rolę poleceń wydawanych samemu sobie i w ten sposób wpływać na przeżywane przez nas uczucia i nasze zachowania. Korzystając z przykładów podanych w tabeli, spróbujcie

w ogólnej dyskusji dokonać zmiany myśli wywołujących konflikty na myśli uspokajające i prowadzące do racjonalnych rozwiązań. Na przykład:

I. „Spokojnie, oni znają się lepiej ze sobą i trudno jest im ze mną o wszystkim porozmawiać".
II. „Zachowam spokój. Nie dam jej satysfakcji ze zdenerwowania mnie" lub „Tylko dlatego, że ona chce się ze mną pokłócić, nie dam się wciągnąć".

Ćwiczenie drugie: *„Zmiana wewnętrznych poleceń"*

- Podziel uczniów na kilka zespołów. Poproś, aby każdy opracował listę uspokajających zdań, które pomogą zapobiec lub złagodzić sytuacje konfliktowe. Zachęć do skorzystania z własnych doświadczeń, gdy poradzili sobie z „napędzającymi" ich do wybuchu myślami. Przykład listy:
  - „Zachowam spokój, nie dam się sprowokować"
  - „Policzę do dziesięciu i uspokoję się"
  - „Spróbuję ich zrozumieć"
  - „Nie dam się wytrącić z równowagi"
  - „Nie mogę oczekiwać, żeby zachowywali się tak, jak ja chcę"
  - „Poszukam innego rozwiązania"
  - „Ona może nie wie, że to mnie złości".
- Wywieście te listy. Zapytaj uczniów: Jak im się nad tymi uspokojającymi myślami pracowało? Czy było to łatwe, czy trudne? Co sądzą o możliwości stosowania tej metody?

Ćwiczenie trzecie: *„Scenki"*

- Poproś uczniów, aby dobrali się w nowe małe zespoły i każdy z nich przygotował scenkę konfliktową. Osoba prowokowana niech w czasie grania głośno, w odpowiednim momencie, wypowie uspokajające zdanie, które pomoże mu w poradzeniu sobie z ewentualnym wybuchem złości lub narastającym konfliktem. Porozmawiajcie o doświadczeniach z tego ćwiczenia.
- Na zakończenie zadaj im pytanie: Jaki może być efekt zamiany myśli fałszywych na racjonalne?

Uwagi dla nauczyciela:

Wielu psychologów społecznych uważa, że mamy istotny wpływ na interpretację tego, co nas spotyka. Kiedy więc czujemy złość, lub działamy, nasze myśli decydują o tym, jak się ostatecznie zachowamy. Na przykład, jeśli ktoś komuś dokucza, łatwiej ofierze będzie nie popaść w zły nastrój, jeśli pomyśli sobie, że dokuczanie jest bardziej motywowane chęcią zabawy niż złośliwością. Jeśli przyjmiemy niesłusznie, że dokuczanie było spowodowane złośliwością, to znacznie podsyci to jego złość i doprowadzi do eskalacji konfliktu.

Zachęć uczniów do postrzegania sytuacji konfliktowych jako wyzwania, z którym mają sobie poradzić, bardziej szukając rozwiązania, niż wybuchania złością i popadania w konflikty. Jeśli podczas kłótni zdadzą sobie sprawę z tego, jak bardzo są wściekli, mają szansę powstrzymać swoją złość lub wycofać się do momentu, kiedy się uspokoją.

7.3. Środowiskowe uwarunkowania agresji

Wiele czynników prowadzi do zachowań agresywnych i mimo że nie możemy pobłażać sprawcom przemocy, musimy ich rozumieć i współczuć im. Są ofiarami m.in. tego, co się dzieje w środowiskach, w których żyją.

Środowisko rodzinne

Sposób traktowania dziecka w rodzinie istotnie wpływa na to, jak radzi sobie ono w rozwiązywaniu problemów w codziennym życiu. Gdy traktowane jest z szacunkiem i zrozumieniem, okaże to również innym. Gdy doznaje w domu przemocy lub widzi rodziców lub rodzeństwo zdobywających przewagę nad innymi przy pomocy agresji, będzie skłonne do podobnych zachowań w codziennym życiu rodzinnym i w szkole. Rodzice, jeśli nawet nie stosują bezpośredniej agresji w stosunku do swoich dzieci, mogą uczyć je zachowań agresywnych opowiadając lub zachowując się w ich obecności w sposób agresywny. Korzystając z tych wzorców, dzieci mogą się później zachowywać podobnie w stosunku do rówieśników.

Relacje między dziećmi a rodzicami mają istotny wpływ na rozwój cech uwarunkowanych biologicznie. Niektóre z nich mogą prowadzić do trudnych zachowań (np. nadpobudliwość). Okazując ciepło, łagodząc napięcia przeżywane przez dziecko, ucząc i zachęcając je do radzenia sobie z nimi, wrażliwi rodzice pomogą swojemu dziecku kontrolować swoje emocjonalne pobudzenie i w konsekwencji stać się mniej agresywnym (*Powstrzymać...*, 2004).

Brak konsekwencji w postępowaniu rodziców (a także nauczycieli) ma istotny wpływ na dziecięce zachowania. Dzieci postrzegają konsekwencje jako nagrodę lub karę za swoje postępowanie. Kiedy zachowującemu się agresywnie dziecku uchodzi to „na sucho", brak konsekwencji staje się nagrodą i umacnia je w podobnym zachowaniu. Sprawcy przemocy potrafiąc przewidzieć, za jakie zachowanie nie spotka ich kara, uczą się sprytu i swoistej mądrości w stosowaniu agresji.

Wśród innych **czynników zwiększających ryzyko rozwoju u dziecka zachowań agresywnych** należy wymienić:

- **dorastanie w rodzinie niepełnej** – problem nie bez znaczenia dla równowagi psychicznej dziecka, polega na niedostępności jednego z rodziców. Dotyczy to zwłaszcza nieobecności ojców, co odgrywa istotną rolę, szczególnie w przypadku chłopców;
- **występowanie w rodzinie chorób psychicznych i somatycznych** – koncentracja rodziny na potrzebach osoby chorej może powodować, że dziecko otrzymuje mniej uwagi i wsparcia niż potrzebuje;
- **alkoholizm lub narkomania rodziców** – dzieci są zwykle traktowane przez nich zbyt surowo lub kapryśnie. Rodzice stosują przypadkowe kary, które powodują, że dzieci szukają okazji do rewanżu za niesprawiedliwe traktowanie. Ich ofiarami stają słabsi koledzy lub koleżanki i nauczyciele;
- **trudności materialne rodziny** – powodują brak satysfakcji z zajmowanej przez rodzinę pozycji społecznej. Prowadzi to do stosowania przemocy w szkole i poza nią, wobec tych kolegów i koleżanek, którzy „mają lepiej".

Środowisko lokalne i media

Czynniki społeczne w dużej mierze przyczyniają się do powstawania napięć, które w konsekwencji mogą wpłynąć na agresywne zachowania w szkole. Członkowie społeczności lokalnej umacniają zachowania agresywne w życiu rodzinnym i sąsiedzkim, może to znacząco wpłynąć na rozwój młodych ludzi. Jeżeli otoczenie będzie akceptowało lub tolerowało agresję i przemoc, jeśli będzie wysyłać komunikaty „nie daj się", „bądź mężczyzną", „od czego masz ręce", będzie im trudno nabyć umiejętności szukania innych rozwiązań niż stosowanie agresji.

Ważnym środowiskowym czynnikiem są **kontakty rówieśnicze**, w szkole i poza nią. Żyjąc w środowisku akceptującym agresję dziecko będzie kierowało również ją w stronę rówieśników, co wpłynie na obniżenie związków emocjonalnych z nimi, a w konsekwencji odbije się na trudnościach w nawiązywaniu kontaktów czy tworzeniu związków przyjacielskich tak potrzebnych do osobistego rozwoju.

Istotnym społecznym czynnikiem modelującym zachowania agresywne są środki masowego przekazu. Wiadomości i audycje telewizyjne, transmisje sportowe, prasa, muzyka popularna, filmy, gry komputerowe w atrakcyjny sposób pokazują przemoc. Liczne badania potwierdzają istnienie sprzężenia zwrotnego pomiędzy przemocą oglądaną w telewizji a późniejszymi aktami agresji (Clark, 2005).

Środowisko szkolne

Wiele czynników środowiska szkolnego może się przyczyniać do rozwoju i utrzymania się agresji. Do najważniejszych należy do nich **szkolna dyscyplina**, a zachowania agresywne mogą umacniać dwie jej formy (MacKenzie, 1996):

- **dyscyplina autokratyczna** – nauczyciele, którzy ją stosują, przyjmują rolę sędziów i strażników. Ich zdaniem każde zachowanie wykraczające poza zasady życia szkolnego musi być poddane śledztwu, osądzone i surowo ukarane. Uważają, że tylko oni są w stanie kierować i kontrolować zachowania uczniów. Ten rodzaj dyscypliny rozciąga się też na pozostałe relacje szkolne. Efektem tego jest stały i nadmierny krytycyzm. Prowadzi to do powstawania w szkole atmosfery napięcia i niepokoju. W takiej atmosferze sposoby wywierania wpływu są uważane przez uczniów jako niesprawiedliwe i tak wzrasta wzajemna wrogość i niechęć pomiędzy nauczycielami a uczniami;
- **dyscyplina liberalna**, zwana dyscypliną pobłażania. Stosujący ją nauczyciele próbują w trudnych sytuacjach, zamiast stanowczego postępowania, nakłaniać, przekupywać, tłumaczyć, dawać wykłady umoralniające oraz stosować inne formy słownej perswazji. Dyscyplina liberalna uczy ignorowania poleceń nauczyciela, a tym samym robienia tego, co uczeń uważa za stosowne. Uczniowie stają się bardzo sprawni w ignorowaniu, lawirowaniu, unikaniu, kłóceniu się, dyskutowaniu, negocjowaniu, stawianiu nauczycielowi wyzwań i przeciwstawianiu się.

Zachowaniom agresywnym sprzyjają różne formy **wzmacniania** tych zachowań i **niedostrzeganie** ich, co również jest wzmacniające. Liczne konflikty pomiędzy uczniami angażują nauczycieli, z których część sama zachowuje się agresywnie. Z kolei brak interwencji ze strony nauczycieli wynika z tego, iż uważają oni, że sytuacja sama się rozwiąże, albo, jak w przypadku młodszych dzieci, postrzegają agresję i przemoc

jako zabawę. Część nauczycieli nie interweniuje, bo nie wie, jak poradzić sobie w tej sytuacji. Dla niektórych uczniów będzie to komunikat, że na pomoc nauczycieli nie mają co liczyć. Z kolei agresorzy mogą uznać, że w ich zachowaniu nie ma nic złego i mogą je kontynuować (Nowakowska, 2004).

Szkolną agresję należy też rozpatrywać z punktu widzenia **szkolnego życia grupowego**. Obok wspierania się, współpracy lub poszukiwania pomocy, można zaobserwować w klasach zachowania wrogie, rozciągające się od dokuczania, przez agresję, po wykluczenie kogoś poza ich obręb. Podpatrując autorytarne zachowania ważnych dorosłych, w tym i nauczycieli, wzorując się na zachowaniach rówieśników, uczniowie potrafią wyśmiewać i poniżać swoje koleżanki i kolegów. Czasami zastraszają innych uczniów, a nawet bronią im angażowania się w zajęcia klasowe.

Niektórzy uczniowie, mając kłopoty w kontaktach z nauczycielami, schodzą do szkolnego podziemia, które rządzi się swoimi prawami. Mogą oni tworzyć w szkole kilkuosobowe grupy wywierające presję fizyczną i psychiczną, zarówno na słabszych i młodszych rówieśnikach, jak i na nauczycielach. Bycie w tych grupach zaspokaja ich potrzebę bycia blisko z innymi, pozwala wyrażać swoją złość do dorosłych i zaspokaja potrzebę dominacji.

Propozycja zajęć

Temat zajęć: „Jak możemy powstrzymać przemoc w naszej klasie (szkole)?"

Uczestnicy: dzieci i młodzież w wieku 10 – 16 lat.

Cel: poszukiwanie sposobów powstrzymania zachowań agresywnych w klasie i szkole.

Przebieg zajęć:

Ćwiczenie: *„Spotkanie z mitami"*

- Zapisz podane cztery poglądy na czterech kartkach papieru i rozwieś je w sali, każdą w innym miejscu. Poproś uczniów, aby chodząc po sali, przeczytali te poglądy. Powiedz, że dotyczą one agresji i przemocy. Gdy wrócą do kręgu, porozmawiajcie, co o nich sądzą. Poglądy:

1. Są uczniowie, którzy się sami proszą, aby im dokuczać. Powoduje to ich wygląd i zachowanie.
2. Agresorzy w zasadzie pomagają ofiarom w nauczeniu się samoobrony dokuczając im.
3. Wraz z wiekiem stajemy się mniej agresywni.
4. Każdy powinien umieć obronić się przed agresją i dokuczaniem.

- Przeprowadź następnie dyskusję. Wszystkie te poglądy są z gruntu fałszywe. Ważne jednak dla ciebie i szkoły jest to, co uczniowie o nich sądzą. Jest to dobra „wprawka" do pracy, do której przystąpią za chwilę.

Uwagi do poglądu 1: Czy spotkaliście kiedyś młodego człowieka, który prosił, aby go przezywać, maltretować lub bić. Każde dziecko stara się jak może i nie zasługuje na bycie ofiarą. Niektóre dzieci mogą zachowywać się lub wyglądać w sposób przyciągający agresora, jednak naszym zadaniem jest powstrzymywanie agresji i nauczenie ofiary stosownego zachowania.

Uwagi do poglądu 2: Strach nigdy nie prowadzi do nauczenia się obrony samego siebie. Musimy nauczyć dzieci umiejętności potrzebnych im do bycia asertywnymi w wyrozumiałym i wspierającym środowisku, nie poprzez wymuszenie i wzbudzanie lęku.

Uwagi do poglądu 3: Skutki agresji i przemocy są głębokie i mogą pozostawić ślad na całe życie. Bycie ofiarą jest tak traumatycznym przeżyciem, że jej skutkiem może być całkowita bezradność, depresja i w niektórych przypadkach samobójstwo. Wyrażanie wobec agresorów, bez względu na ich wiek, niezgody na takie zachowania i informowanie ich o skutkach tych zachowań jest działaniem zapobiegawczym.

Uwagi do poglądu 4: Tylko dlatego, że ktoś nie może wyjść ze stanu jakiejś swojej słabości, nie znaczy, że tak ma być. Długotrwałe efekty bycia ofiarą mogą być ponad ludzkie możliwości. Jakiekolwiek incydenty przemocy mogą powodować choroby, unikanie szkoły, nawet poważną krzywdę, jeśli dziecko zostanie mocno zranione.

Ćwiczenie: *„Dyskusja"*

- Zapisz na dwóch odrębnych arkuszach papieru podane dalej stanowisko A i B i rozwieś je w klasie, każdy w innym miejscu. Powiedz, że są to poglądy na temat: „Czy każdy może być ofiarą przemocy?"

A. Uważam, że każdy z nas może być ofiarą agresji lub przemocy. Nigdy nie można przewidzieć, kiedy z czyjejś strony może nas spotkać jakiś atak. Zawsze się znajdzie ktoś silniejszy, przed kim nie możemy się obronić.

B. Myślę, że można się w pewien sposób uchronić przed agresją. Oczywiście, nigdy nie można być do końca pewnym, uważam jednak, że możliwe są różne sposoby przeciwdziałania lub obrony.

- Poproś, aby zwolennicy jednego lub drugiego stanowiska zajęli miejsca w ich pobliżu. Po około 10-minutowej dyskusji niech spróbują obronić swoje racje. Zadbaj o przyjazną atmosferę. Dyskusja ta powinna posłużyć wymianie poglądów i prezentacji argumentów.

Ćwiczenie: *„Klasowy program przeciwdziałania agresji i przemocy"*

- Zachęć uczniów, aby porozmawiali o tym, jak mogliby przeciwstawić się w klasie i szkole zachowaniom agresywnym. Podziel uczniów na kilka zespołów (obu płci) i poproś, aby każdy zbudował plan takiego działania, zastanawiając się, w jaki sposób:
  - powstrzymać agresję i przemoc w klasie i w szkole;
  - mogliby uzyskać wsparcie od koleżanek i kolegów z klasy.
- Poproś, aby zespoły przedstawiły swoje pomysły, a następnie połączcie je w jedną całość. Wydaje się konieczne przeznaczenie jeszcze jednego spotkania (najlepiej nadaje się do tego lekcja wychowawcza) na przemyślenie tego planu. Podkreśl, że to oni mają ogromny wpływ na realizację tego planu. Kiedy plan, po dyskusjach, będzie gotów, zadaj uczniom następujące pytania:
  - Co jest im potrzebne, aby ten plan mógł być zrealizowany?
  - Jakie zmiany muszą nastąpić w szkole i w nich samych?
  - Jeżeli w jakiejś części planu napotkają na przeszkody, kto lub co może im pomóc?
  - Kto z dorosłych mógłby wesprzeć ich działania?

7.4. Przyczyny i skutki zachowań agresywnych

7.4.1. Potrzeby zaspokajane przez zachowania agresywne

Autorami modelu, według którego ludzie próbują różnorodnych zachowań, aby sprawdzić, jak dzięki nim można zdobyć uznanie i akceptację, jakich potrzebują, są A. Adler i R. Dreikurs (za: Mc Whirter i in., 2001). Kiedy zachowania akceptowane społecznie nie zaspokajają tych potrzeb, ludzie zachowują się niewłaściwie, tkwiąc w błędnym mniemaniu, że zachowania nieakceptowane społecznie przyniosą im uznanie i akceptację. Badacze ci uważają, że złe zachowanie młodzieży służy co najmniej jednemu z następujących celów:

– zwróceniu na siebie uwagi (dziecko chce, żeby ktoś się nim zajął i zwrócił na niego uwagę);

– zdobyciu władzy (dziecko chce mieć wpływ, panować nad otoczeniem);

– zemście (dziecko chce zrewanżować się za coś);

– potwierdzeniu własnej słabości, pozorowaniu nieporadności (dziecko chce żeby je pozostawiono w spokoju).

Przenosząc to podejście na grunt szkoły można przyjąć, że agresywne zachowania uczniów to właśnie specyficzny sposób zaspokajania tych potrzeb. Często agresywni uczniowie nie odnoszą sukcesów ani w szkole, ani w innych dziedzinach życia. Złość, spowodowana niemożnością osiągnięcia sukcesu, staje się tak ogromna, że uczniowie rozładowują ją w agresywny sposób. Swoim zachowaniem walczą o znaczenie w najbliższym otoczeniu, a agresja służy im do potwierdzania ich poczucia władzy, dodaje im odwagi i pewności siebie przez chęć dominacji nad nauczycielami i rówieśnikami. Kontrolując otoczenie zwiększają poczucie własnej wartości. Ponieważ te zachowania przynoszą im korzyści, uważają je z własnego punktu widzenia za logiczne. Zdając sobie sprawę z tego, że agresywnie zachowujący się uczniowie zaspokajają potrzeby związane z poczuciem swojej wartości, nauczyciel powinien spojrzeć na te zachowania z innej perspektywy niż z tej, że „już z nim/nią nie da się nic zrobić" lub że „to z natury złe dziecko".

Przyczyny trudnych zachowań

Przyjrzyjmy się potrzebom, których chęć zaspokojenia w szkole powoduje napięcie i prowadzi u części młodych ludzi do trudnych, w tym agresywnych zachowań:

- **niewłaściwe traktowanie dziecka** – jeśli w domu (a może i w szkole) dziecko jest niewłaściwie traktowane, krytykowane, wyśmiewane, odrzucane itp., może w klasie i szkole, bojąc się umniejszenia swojej wartości, złościć się, irytować i zachowywać agresywnie, w ten sposób broni się przed spodziewaną krytyką nauczycieli i rówieśników;
- **brak dobrych wyników w szkole** – złość spowodowana niemożnością osiągnięcia sukcesu staje się tak ogromna, że uczeń rozładowuje swoją agresję popadając w kłótnie i inne konflikty. Ponieważ takie zachowanie jedynie maskuje wątpliwości i obawy, uczeń próbuje rozładować swoje napięcie poprzez agresywne zachowania w stosunku do mniejszych, słabszych i bezbronnych rówieśników;
- **niska samoocena** – uczniowie ci zazwyczaj mają kłopoty z właściwym przyjmowaniem wypowiedzi innych. Są bardzo wrażliwi i biorą wszystko do siebie. Kiedy otrzymują konstruktywną krytykę, przyjmują ją bardzo źle, sądząc, że odnosi się ona do nich personalnie, a nie do specyficznych aspektów ich pracy, i mogą zachowywać się wtedy agresywnie;
- **brak umiejętności współpracy i poszukiwania kompromisu** – niektórzy uczniowie, kiedy przychodzi im współpracować lub szukać kompromisów, nie wiedzą, jak to zrobić. Wtedy złoszczą się i zachowują się wrogo – używają słownej agresji;
- **inne odbieranie rzeczywistości** – są uczniowie, którzy mają problemy z odbieraniem świata w taki sposób jak inni i rezultatem tego mogą być liczne frustracje. Mogą one prowadzić do obwiniania innych za wszystkie istniejące problemy, szczególnie wtedy, gdy czują, że nikt nie rozumie ich problemów, ani tego, co przeżywają;
- **brak zaufania do dorosłych i rówieśników** – są też uczniowie, którzy nie potrafią zaufać dorosłym i rówieśnikom, chcą więc, by pozostawić ich samych sobie, mimo że jedni i drudzy mogą mieć często w stosunku do nich dobre intencje. Trudne zachowania tych uczniów polegają najpierw na odrzuceniu, a następnie wycofaniu się. W ten sposób zapewniają sobie potrzebę kontroli nad innymi i otoczeniem. Mamy tu do czynienia z agresją pasywną. Uczeń może postępować wtedy celowo nie wykonując zadań, po to, aby zdenerwować rodziców i/lub nauczycieli. Jest to forma zachowania pasywno-agresywnego. Uczeń poszukuje w ten sposób negatywnej uwagi, przez niewykonywanie rzeczy, o których wie, że są ważne dla rodziców lub nauczycieli;
- **traktowanie zachowań agresywnych do „wyrównania rachunków" z twardym i nieuczciwym światem, w jakim żyją** – uczniowie ci traktują rodziców i nauczycieli zazwyczaj z dystansem. Z dużą pewnością siebie i zadowoleniem będą udowadniać nauczycielowi i/lub kolegom, że system oparty na szacunku i dostosowaniu się nie działa, że agresywne zachowania przynoszą więcej korzyści. Chcąc przekonać, że dobre zachowanie nie opłaca się, będą często zachowywać się w trudny sposób, ukazując jego natychmiastowe i ich zdaniem niesłychanie korzystne skutki.

7.4.2. Charakterystyka sprawców i ofiar przemocy

Agresja i przemoc potrzebuje jej autorów oraz ofiar i sprzyjających ku temu sytuacji. Kim są jedni i drudzy i co ich charakteryzuje?

Sprawcy przemocy

Cechy sprawców przemocy mogą się różnić w zależności od tego, czy są oni inicjatorami, czy współsprawcami, uczestniczącymi w dręczeniu innych w sposób bierny (Olweus, 1998) oraz czy stosują oni agresję bezpośrednią czy pośrednią.

Przykładem **agresji bezpośredniej** jest bójka wywołana przez jednego z uczniów na szkolnym korytarzu. Sprawcy tej formy przemocy:

– atakują otwarcie rówieśników;
– mają silne skłonności do agresji, towarzyszy im chęć dominowania nad innymi i wyrażanie niemal całkowitego braku empatii w stosunku do swoich ofiar;
– „zaczynają" z rówieśnikami;
– mają satysfakcję z posiadania kontroli i chęci panowania nad innymi;
– irracjonalnie interpretują zachowania swojej ofiary, jak również pospiesznie reagują na dwuznaczne sytuacje.

Przykładem **agresji pośredniej** może być następujące zdarzenie: grupa dziewcząt ustala na lekcji WF skład drużyny siatkówki na mecz o mistrzostwo szkoły. Jedna z dziewcząt zostaje poinformowana przez swoją koleżankę, kapitana drużyny, że w tej drużynie nie ma miejsca dla słabeuszy. Pozostałe dziewczęta wybuchają śmiechem. Osoby, które stosują tę formę agresji:
– zwykle są osobami zależnymi, niepewnymi;
– chętnie reagują na akty agresji innych, swoim zachowaniem wspierają ich poczynania;
– intencjonalnie dążą do odseparowania i wykluczenia ofiary z grupy;
– często nie posiadają określonej pozycji wśród rówieśników.

Ta forma agresji tylko pozornie nie rani. Wyśmiewanie, przezywanie, odrzucanie jest bardzo raniące. Na ten rodzaj agresji nauczyciele powinni być również bardzo wyczuleni.

Sprawcami agresji mogą być zarówno chłopcy, jak i dziewczęta. Są jednak w ich zachowaniach pewne różnice:

- **Agresorzy chłopcy:**
  – częściej niż dziewczynki uczestniczą w bezpośrednich formach agresji;
  – używają widocznych wyrazów agresji, np. bicia, kopania, popychania itp.;
  – zwykle są agresywni, zarówno w stosunku do kolegów, jak i koleżanek;
- **Agresorzy dziewczęta:**
  – najczęściej uczestniczą w pośrednich formach agresji, np. szerzeniu plotek, agresji werbalnej, zachowaniach manipulacyjnych;
  – rzadziej uczestniczą w agresji bezpośredniej;
  – na ogół zachowują się agresywnie wobec koleżanek.

Agresja dziewczęca, ze względu na dominującą agresję pośrednią, jest trudniejsza do zauważenia. Trzeba być na to czułym. Od pewnego czasu obserwuje się niestety wzrost bezpośredniej agresji wśród dziewcząt.

Ofiary przemocy

Uczniowie, którzy są ofiarami przemocy, stanowią zróżnicowaną grupę. Niektóre dzieci stają się ofiarami biernymi, inne stają się ofiarami po swoich prowokujących zachowaniach. Jest jeszcze szczególny typ ofiary, to świadkowie. Dzieci, które mogą się znaleźć w roli ofiary przemocy, może charakteryzować m.in. (Olweus, 1998; Krowatschek, 2006):
– brak umiejętności potrzebnych w kontaktach z rówieśnikami;
– poszukiwanie opieki u dorosłych;

– płaczliwość i częsty niepokój z byle jakiego powodu;
– mała popularność i zwykle brak przyjaciół;
– przesadna ostrożność, wrażliwość; są ciche, nieśmiałe i niepewne siebie;
– umiarkowane lub niewielkie trudności w nauce;
– nieregularne uczęszczanie do szkoły.

Ofiary przemocy ponadto: są często same; są przedmiotem dowcipów, mogą nosić poniżające przezwiska; dają się łatwo prowokować i nie radzą sobie w sytuacjach konfliktowych; podczas dobierania się w grupy najczęściej nikt ich nie chce. W każdej klasie może się znaleźć kilkoro dzieci „potencjalnych" ofiar przemocy ze strony rówieśników. Od spostrzegawczości nauczycieli i stylu pracy z klasą zależy, czy dzieci z tymi cechami staną się ofiarami agresywnych koleżanek i kolegów. A ponieważ dzieci różnią się między sobą wyglądem, możliwościami intelektualnymi, a także odmiennymi poglądami, nauczyciele, rozumiejąc to, muszą sami modelować tolerancję i akceptację tych różnic.

7.4.3. Skutki zachowań agresywnych

Dzieci pobite i z urazami fizycznymi odczuwają ból i cierpienie. Przeżywają też lęk, strach, niepewność i niepokój. Poważnymi oznakami tego, co się z nimi dzieje, są silne bóle brzucha i głowy, szczególnie wieczorem, gdy myślą o czekającym ich kolejnym dniu w szkole. Mogą z tego powodu miewać koszmary nocne i napady strachu. Rano, przed pójściem do szkoły, także odczuwają bóle głowy, mdłości i wymioty. Są to fizyczne oznaki przeżywania strachu. Dochodzą do nich problemy z koncentracją uwagi, czego następstwem bywa brak szkolnych osiągnięć. Mnożą się nieobecności i wagary, a w konsekwencji dochodzi do nieukończenia szkoły. Dla niewielkiej grupy uczniów bycie ofiarą może się stać zagrożeniem życia, prowadzącym do poważnych zranień lub nawet śmierci.

Ofiary zachowań agresywnych często są pozostawione same sobie, czują się osamotnione w sytuacjach, w których potrzebują wsparcia. Doświadczanie samotności i brak pomocy ze strony innych wzbudza strach i poczucie wyalienowania. To z kolei wpływa na brak pewności siebie i poczucia własnej wartości. Jest to bardzo niebezpieczne dla dzieci, a szczególnie dla nastolatków, ponieważ mają one w ten sposób ograniczone lub prawie niewielkie możliwości nabycia umiejętności decydujących o satysfakcjonujących dla nich kontaktach społecznych. Szczególnie niebezpieczny jest tu brak możliwości zdobycia doświadczeń w radzeniu sobie z konfliktami i budowaniu dobrych relacji z innymi. Uczniowie doznający przez dłuższy czas przemocy w szkole są bardziej skłonni do popadania w depresję jako dorośli (Newman, Horne, Bartolomucci, 2000).

Propozycja zajęć

Temat zajęć: **„Spojrzenie z drugiej strony"**

Uczestnicy: młodzież w wieku 10–16 lat.

Cele:
– pomóc zrozumieć uczniom, jak to jest być ofiarą agresji;
– zachęcić, aby postarali się lepiej poznać sytuację ofiary w celu lepszego zrozumienia jej potrzeb;
– rozwijanie umiejętności empatii.

Przebieg zajęć:
Ćwiczenie: *„Agresor i ofiara"*

• Powieś dwa duże arkusze papieru. Jeden zatytułuj: „Agresor", drugi „Ofiara". Poproś uczniów, aby, korzystając ze swoich osobistych doświadczeń, wypełnili arkusze następującymi informacjami:
– Jakie uczucia przeżywają agresorzy, a jakie ofiary?
– Jakich słów używają w stosunku do siebie agresorzy i ofiary?
– Jakie myśli towarzyszą jednym i drugim?
– Czego jedni i drudzy potrzebują?

Ćwiczenie: *„Pisanie opowiadań"*

• Podziel uczniów na cztery zespoły. Poproś, aby dwa zespoły napisały krótkie opowiadanie o konfliktowej sytuacji z pozycji agresora, drugie dwa – z pozycji ofiary (tak jakby napisać bajkę o Czerwonym Kapturku, z pozycji Czerwonego Kapturka i z pozycji wilka). Zachęć uczniów, aby przy pisaniu opowiadania wykorzystywali cechy charakterystyczne ofiar i sprawców przemocy (agresorów) zapisane na arkuszach. Przeznacz na napisanie opowiadań około 15 minut.

• Poproś, aby liderzy zespołów przedstawili opowiadania, najpierw z pozycji agresora, a następnie z pozycji ofiary. Po przeczytaniu opowiadań przeprowadź rozmowę z uczniami pytając:
– Jak się czuli i co myśleli, gdy w grupie pisali opowiadanie?
– Czy któraś z tych postaci była im szczególnie bliska? Z jakiego powodu tak, a z jakiego nie?
– Co myśleli o sytuacji agresorów, a co o sytuacji ofiar (w tych opowiadaniach i w życiu)?
– Czy zauważyli coś lub przeżyli jakieś uczucia, z którymi się nie zetknęli wcześniej?

Ćwiczenie: *„Scenki"*

• Wybierzcie jedno z opowiadań z pozycji agresora i wykorzystajcie je jako scenariusz do zagrania scenki. Zaproś dwóch uczniów do odegrania sytuacji, w której jeden z nich jest agresorem, a drugi ofiarą. Osoba grająca agresora powinna pochodzić z grupy piszącej opowiadanie z pozycji agresorów, ofiarę – z grupy piszącej z pozycji ofiar. Zachęć zespoły, aby na czas scenek identyfikowały się ze swoimi „przedstawicielami".

• Poproś następnie „aktorów", aby zamienili się rolami (agresor będzie ofiarą, a ofiara agresorem) i zagrali tę samą scenkę. Kiedy skończą, zapytaj ucznia, który w poprzedniej scence był agresorem, jak teraz czuł się w roli ofiary? Zapytaj też tych uczniów, którzy pisali opowiadanie z pozycji agresora, jak się czuli, gdy przyszło im identyfikować się z kolegą grającym ofiarę. Na czym polegają te różnice? Zachęć uczniów, by porozmawiali o tym, jak to jest być ofiarą?

• Skieruj następnie pytania do osoby grającej ofiarę w pierwszej części i identyfikującej się z nią części grupy: Jak to jest być agresorem i go wspierać? Na czym te różnice polegają? Jak sądzą, czy takie doświadczenia mogłyby pomagać agresorom i grupom go wspierającym w myśleniu i przeżywaniu tego, co się dzieje z ofiarami? Co w związku z tym mogą zrobić w przyszłości?

7.5. Zapobieganie zachowaniom agresywnym uczniów

Znajomość przyczyn oraz form agresji i przemocy wśród uczniów, a także umiejętność rozmawiania z nimi na ten temat nie wystarcza do zmniejszenia jej rozmiarów. Konieczne jest stworzenie w szkole klimatu współdziałania nauczycieli w rozwiązywaniu problemów. Pozwoli to na zwiększenie wychowawczej roli nauczycieli i w konsekwencji zmniejszenie liczby i skali występujących problemów, w tym również agresji i przemocy. Zapobieganie zachowaniom agresywnym uczniów wymaga wielokierunkowych działań, tworzących cały **szkolny system przeciwdziałania agresji i przemocy**. Edukacja zdrowotna powinna być jednym z elementów tego systemu.

Główne założenia szkolnego systemu przeciwdziałania agresji i przemocy

Stworzenie szkolnego systemu przeciwdziałania agresji i przemocy jest dowodem ze strony dyrekcji, że poważnie traktuje ten problem. W ten sposób dyrekcja zobowiązuje się tworzyć klimat wspierający uczniów, wspomagający rodziców i nauczycieli. Aby stworzyć taki system, niezbędne jest podjęcie następujących działań:
– przyjęcie zdecydowanego i precyzyjnego stanowiska przeciwko agresji i przemocy w szkole;
– stworzenie klimatu, w którym nauczyciele będą zachęcani do wzajemnego wspierania się przy rozwiązywaniu trudnych problemów;
– systematyczne odbywanie spotkań poświęconych problemom agresji umożliwiające wymianę doświadczeń nauczycieli, planowanie i omawianie strategii działań;
– dostępność dyrekcji dla uczniów i dla nauczycieli;
– stworzenie jasnego systemu zasad i procedur życia szkolnego;
– szybkie rozpoznawanie i reagowanie na pojawiające się problemy;
– utrzymywanie kontaktów i współpraca z rodzicami.

Cechy nauczycieli skutecznie przeciwdziałających przemocy wśród uczniów

Ważne jest, jak nauczyciele rozumieją swoją rolę we wpływaniu na agresywne zachowanie uczniów i jaki jest wpływ takiego zachowania na naukę i samopoczucie dzieci i młodzieży. Cechy nauczycieli skutecznych w zapobieganiu przemocy (Johns, Carr, 2002):

• Niski poziom agresji w klasie zapewniają nauczyciele, którzy panują nad swoimi negatywnymi emocjami, tak aby nie wpływały one na ich kontakty z uczniami.

Pozwala to odnosić się do nich z szacunkiem i zrozumieniem. Nie przeszkadza im jednocześnie dostrzegać tego, co nie jest zgodne z zasadami życia szkolnego;

- Nauczyciele ci zdają sobie sprawę z tego, że trudni uczniowie mają niskie mniemanie o sobie i doświadczyli w swoim życiu więcej porażek niż sukcesów. Rozumieją, że stosowanie przez nich agresji i przemocy jest jedynie znanym im sposobem uchronienia się przed kolejnymi porażkami. Wiedzą więc, że dla tych uczniów w szkole ważniejsza jest jakość kontaktów z nauczycielami i kolegami niż zdobywanie wiedzy;
- Agresywne zachowania uczniów tacy nauczyciele traktują jako problem, a rozwiązywanie problemów wymaga stosowania odpowiednich działań, przede wszystkim nabrania do problemu dystansu, analizy sytuacji, wybrania skutecznego rozwiązania i wprowadzenia go w życie. Często potrzebne jest zdobycie informacji od innych uczestników życia szkolnego, dotyczących wydarzenia i zachowania się ucznia, zapytanie o ich pomysły i rozwiązania sytuacji;
- Po wprowadzeniu pomysłu do realizacji skuteczni nauczyciele śledzą jego przebieg, modyfikują, jeśli wymaga tego sytuacja. Kiedy wyniki takiego działania nie są zadowalające, nie upadają na duchu, ale mają poczucie zadowolenia, że podjęli się takiego wysiłku. Są gotowi poszukiwać innych rozwiązań;
- Szkoła jest dla uczniów miejscem złożonych doświadczeń społecznych, w ramach których interpretują i przewidują zachowania nauczyciela. Postawa skutecznego nauczyciela w stosunku do agresywnego ucznia jest ważnym elementem jego doświadczeń społecznych. Taka, w której wyraża on swoją dla niego akceptację, może zachęcić go do zmiany swoich zachowań, choć nie będzie to łatwe. Skuteczny nauczyciel musi wykazać dużo cierpliwości, zanim agresywny uczeń zmieni swoje zachowanie.

Budowanie wspólnoty

Związki między uczniami i nauczycielami powinny być ciepłe i pełne akceptacji, przy jednoczesnym zachowaniu ich profesjonalnego charakteru. Jednym z najważniejszych zadań nauczyciela w klasie jest obniżanie napięć, jakie mogą powstać w wyniku różnic w intelektualnych i społecznych możliwościach uczniów. Aby je obniżyć, pracując z klasą jako całością, nauczyciel powinien zachęcać uczniów bardziej do współpracy niż do współzawodnictwa. Często atmosfera wytworzona we współzawodnictwie wspiera zachowania agresywne. Atmosfera współpracy, przeciwnie, mobilizuje do wysiłku i osiągania sukcesów.

Tworzenie klasowych zasad

Cenną pomocą w zapobieganiu agresywnym zachowaniom uczniów jest budowanie klasowych reguł postępowania. Tworząc je pomagamy uczniom w zrozumieniu, dlaczego niektóre zachowania są niedopuszczalne i co należy zrobić, aby do nich nie dochodziło. Uczniowie powinni uczestniczyć w tworzeniu klasowych zasad, ponieważ tworząc je wpływają na klimat kontaktów w klasie. Tworząc te zasady należy pamiętać, żeby:

- opracować je wspólnie z uczniami;
- zapisać je w punktach;
- zobowiązać do ich przestrzegania;
- rozwiesić je w klasie;
- wysłać je rodzicom z prośbą o zapoznanie się z nimi i omówienie ich z dziećmi;
- odwoływać się do nich, gdy zostaną niedotrzymane;
- ustalić logiczne konsekwencje za nieprzestrzeganie zasad.

Należy też pamiętać o tym, aby zasady i konsekwencje były dla uczniów zrozumiałe. Wielu agresywnie zachowujących się uczniów pochodzi ze środowisk, w których nie ponoszą żadnych konsekwencji za swoje agresywne zachowania. Nie widzą więc powodów, aby na terenie szkoły przestrzegać jakichkolwiek zasad, a za ich łamanie ponosić konsekwencje. Wymaga to mozolnej pracy z uczniami z tych środowisk.

Wysokie, ale realistyczne oczekiwania

Na poziom agresji w klasach mają znaczny wpływ oczekiwania nauczycieli dotyczące uczniowskiej wiedzy. Uczniowie postępują zgodnie z tym, czego znacząca dla nich osoba (np. nauczyciel) od nich oczekuje.

Cenną nauczycielską cechą ograniczającą występowanie zachowań agresywnych jest umiejętność zainteresowania uczniów procesem uczenia się oraz przedmiotem, którego nauczają. W każdej klasie omawiany materiał może być związany ze światem uczniów. Wpływa to znacząco na zdolność do skupienia się całej klasy na zadaniach i ćwiczeniach. Zajmując się tylko wybraną grupą osób w klasie, nauczyciel daje pozostałym uczniom sygnał, że jest nimi mniej zainteresowany, co może ich upoważniać do zwolnienia się z uważania na lekcji.

Współpraca z rodzicami

Większość rodziców jest zainteresowana tym, jak ich dziecko postępuje i zachowuje się w szkole. Kontakt z rodzicami staje się więc jednym z najważniejszych elementów życia szkolnego. Bez tego kontaktu nie sposób jest zrozumieć i rozwiązywać problemy, jakie dzieci przeżywają w szkole, w tym także skutecznie kierować zachowaniem agresywnego ucznia. Szkoły w trudnych sytuacjach często proszą rodziców o współpracę. Niestety, często kontaktom tym towarzyszą reakcje nieżyczliwe i obronne zarówno ze strony nauczycieli, jak i rodziców. Wyniki badań wskazują, że akceptująca w stosunku do szkoły postawa rodzica znacząco wpływa na właściwe zachowanie jego dziecka w szkole.

Nie powinno dziwić stwierdzenie, że zachowania dzieci w szkole są odzwierciedleniem ich zachowań w domu. Większość rodziców jest świadoma tego, więc traktuje opinie o zachowaniu dziecka jako wystawienie im świadectwa z ich umiejętności wychowawczych. Niektórzy rodzice przeżywają z tego powodu poważne frustracje i przyjmują w kontaktach ze szkołą postawę obronną, a często wrogą. Są też rodzice, którzy nie zdają sobie w pełni sprawy z wymagań szkoły wobec ich dzieci, co często wynika z różnic w uznawanych wartościach w ich życiu rodzinnym i w szkole. Mając

niewielkie lub żadne oczekiwania wobec swoich dzieci, nie zdają sobie sprawy z wymagań, jakie przed ich dziećmi stawia szkoła i że ich dziecko może mieć w niej problemy. Spotyka się też rodziców, którzy akceptują agresywne zachowania swoich dzieci i są nawet z nich dumni.

Ważne jest, aby zarówno podczas pierwszego, jak i kolejnych kontaktów z rodzicami, w sposób jasny i na przykładach przedstawić im oczekiwania szkoły co do zachowań uczniów. Należy tu przestrzegać następujących zasad (Newman, Horne, Bartolomucci, 2000):

– Od początku roku szkolnego nauczyciele powinni zabiegać o dobre kontakty z rodzicami lub opiekunami, zanim pojawią się jakiekolwiek problemy;

– Rodzice powinni być informowani o postępowaniu i wynikach w nauce ich dziecka, pozytywnych i negatywnych telefonicznie, listownie lub osobiście. To samo powinno dotyczyć spraw związanych z zachowaniem;

– Rodzice powinni być zachęcani do rozmawiania i uczenia w domu zachowań oczekiwanych od dziecka w szkole;

– Rodzice powinni być zachęcani do wspierania swojego dziecka (sprawdzanie pracy domowej, wysłuchiwanie każdego dnia opowieści dziecka na temat tego, co dzieje się w szkole i poza nią);

– Rodzice powinni być zachęcani do systematycznego wzmacniania dziecka i bycia konsekwentnymi, gdy zasady współżycia zastaną naruszone;

– Należy zachęcać rodziców do brania udziału w różnego rodzaju seminariach, warsztatach, aby poszukiwali nowych informacji i rozwijali swoje umiejętności wychowawcze.

Stworzenie w szkole klimatu wzajemnego szacunku, akceptacji i współpracy, przy konsekwentnym stawianiu wymagań związanych z zachowaniem i osiągnięciami w nauce, pozwoli na realizację celów dydaktycznych i wychowawczych, w tym również na ograniczenie agresji i przemocy.

Propozycja zajęć

Temat zajęć: „Klasowe prawa i obowiązki"

Uczestnicy: dzieci i młodzież w wieku 10–16 lat.

Cele:

– współpraca przy ustaleniu zasad przeciwdziałania agresji i przemocy;

– ustalenie listy zasad przeciwdziałania agresji i przemocy.

Przebieg zajęć:

Ćwiczenie: „Rozmowa"

• Rozpocznij od porozmawiania z uczniami o ważnej potrzebie, jaką jest istnienie w klasie zasad zapewniających atmosferę wzajemnego szacunku i poszanowania: Co o tym sądzą? Dlaczego to jest takie ważne?

• Poproś, aby powiedzieli, w jaki sposób chcieliby być traktowani w klasie i szkole (pamiętaj, że wymienione sposoby mają być sprawiedliwe i bezpieczne). Zachęć, aby

podali kilka przykładów sytuacji, kiedy zostali w klasie lub w szkole potraktowani nie *fair*. Celem nie jest tu rozwiązanie problemów lub zasugerowanie możliwych rozwiązań, lecz rozpoznanie podstawowych praw, które zostały przekroczone.

Ćwiczenie: „Nasze prawa i obowiązki"

• Podziel uczniów na kilka obupłciowych zespołów. Poproś, aby każdy z nich przypomniał sobie takie zachowania innych, w których, ich zdaniem, zostały naruszone ich prawa. Jakie to były sytuacje? Jak się wtedy czuli? Co myśleli w związku z tą sytuacją?

• Poproś, aby zespoły zaprezentowały wyniki swojej pracy całej klasie. W dyskusji wybierzcie 5–6 praw, które najczęściej zostały naruszone. Zapiszcie je na arkuszu.

• Zachęć, aby w tych samych zespołach opracowali, w pozytywnej formie, zestaw praw dla nich sprawiedliwych i bezpiecznych. W klasowej dyskusji ustalcie wspólne klasowe prawa i zapiszcie je na dużym arkuszu papieru. Porozmawiajcie, na ile te prawa powinny też dotyczyć nauczycieli? Przykład:

Mam prawo być bezpieczny i nikt nie może mnie krzywdzić
Mam prawo prosić o to, czego potrzebuję
Mam prawo popełniać błędy
Mam prawo powiedzieć „nie", jeśli coś nie jest bezpieczne lub czuję, że jest złe
Mam prawo robić to, co sprawia mi przyjemność, gdy nie narusza to praw innych ludzi

Ćwiczenie: „Określanie obowiązków"

• Poproś, aby uczniowie powrócili do swoich zespołów. Zachęć ich, aby dla każdego „prawa" wymyślili jakiś „obowiązek" dla uczniów i nauczycieli, pasujący do tego „prawa". Zanim przystąpią do pracy porozmawiajcie o sposobie tworzenia obowiązków. Podkreśl, że powinny być one tak sformułowane, aby nie były zbyt długie, były konkretne i zapisane w pozytywny sposób (np. raczej „szanujemy czyjeś opinie i poglądy" niż „nie wyśmiewamy się z innych"); raczej, co powinni, niż to, czego im nie wolno. Ustalanie takich zasad wymaga czasu. Przeznacz na tę pracę 10–15 minut.

• Zachęć, aby liderzy zespołów przedstawili ich pomysły. Wybierzcie i zatwierdźcie najlepiej sformułowane zasady i wypiszcie je na dużym arkuszu. Pamiętaj też o swoim udziale w tworzeniu tych obowiązków. Przykład – Nasze obowiązki:

Powinienem traktować innych z szacunkiem
Nie powinienem robić niczego, co rani lub krzywdzi innych
Powinienem starać się szanować potrzeby i życzenia innych ludzi
Powinienem pozwalać innym na popełnianie błędów
Powinienem pozwalać innym mieć poglądy i wyrażać opinie różniące się od moich własnych

• Porozmawiajcie o konsekwencjach łamania tych zasad. Co się stanie, gdy będziecie świadkami ich łamania? Jak zareagujecie? Jak przeżywacie sytuacje, gdy coś z kimś ustalicie, a on tego nie przestrzega?

Uwaga dla nauczyciela:

Uczniowie powinni zdać sobie sprawę, że prawa wiążą się z równowagą pomiędzy ich zadowoleniem a zadowoleniem i potrzebami innych. Uczniowie, którzy są nieco

agresywni, mogą mieć różne problemy z tą równowagą. Mogą oni potrzebować pomocy w rozwinięciu empatii, możemy to uzyskać zadając im pytania o innych ludzi w danej sytuacji. Na przykład, uczeń może powiedzieć, że ma prawo słuchać głośno muzyki kiedykolwiek ma na to ochotę. Możesz użyć tej okazji, aby zapytać go o innych ludzi w domu i na ulicy. Zastosowanie odwróconych ról może tu pomóc. **Uczniowie ci muszą zdać sobie sprawę, że prawa nie są nieograniczone i mogą się zmieniać w zależności od czasu, miejsca i okoliczności.**

7.6. Umiejętności i strategie potrzebne do radzenia sobie w szkolnych sytuacjach agresji i przemocy

Chcąc skutecznie wpływać na zachowanie uczniów dobrze jest przestrzegać kilku reguł. Niektóre z nich używane są sytuacyjnie, inne wymagają czasu i cierpliwości, nawet pewnego dystansu.

Podejmowanie natychmiastowych działań

Kiedy nauczyciel widzi agresywne zachowania, ale nie interweniuje, uczniowie odbierają to jako zgodę takie zachowanie. Nie ma nic skuteczniejszego niż natychmiastowa reakcja. Dotyczy to nawet najmniej szkodliwych, pozornie niegroźnych zachowań. Interwencje mogą mieć różną formę. Może być zbliżenie się do ucznia, poświęcenie mu swojej uwagi, przekazanie mu spojrzeniem nieakceptowania takiego zachowania, także przez użycie gestu zakazującego lub wydanie polecenia natychmiastowej zmiany zachowania. Interwencja powinna się również sprowadzać do pokazania, jaka klasowa lub szkolna zasada została złamana (oczywiście, gdy takie zasady zostały opracowane i wywieszone). Decyzją ostateczną jest usunięcie ucznia z miejsca, które jest stresujące, po to, by zapobiec rozwojowi wybuchu.

Wpływanie na zachowanie uczniów

Zdarzają się sytuacje, kiedy konfrontacja z uczniami jest nieunikniona. Stawiając trudnym uczniom granice i wpływając na ich zachowania, nauczyciele napotykają opór z ich strony. Możliwe są trzy scenariusze takiej sytuacji (Johns, Carr, 2002):

- podporządkowanie się;
- kłótnia i walka z nauczycielem;
- kłótnia i próba wciągnięcia innych uczniów z klasy w konflikt.

Konfrontacyjne zachowania ucznia wywołują złość u nauczycieli. Naturalną tendencją jest wtedy chęć kontrolowania ucznia i spowodowania, aby zachował się właściwie. Jest to nie tylko niemożliwe, jako że nie jesteśmy w stanie kontrolować zachowania drugiej osoby, ale również dlatego, że próba kontroli, gdy nauczyciel jest sfrustrowany, może zniszczyć to, co uważamy za podstawę szkolnych kontaktów – pozytywną, pełną szacunku więź między uczniem a nauczycielem. W sytuacji konfrontacyjnej nauczyciel musi oddzielić osobę ucznia od jego zachowania i wspierać go w dokonywaniu zmiany w swoim zachowaniu.

Rozumienie przyczyn zachowania uczniów i niebranie ich do siebie

Zachowania prowokujące uczniów mają wyprowadzić z równowagi nauczycieli i w ten sposób skompromitować ich w oczach widzów. Biorąc uczniowskie komentarze do siebie, nauczyciel traci to, co jest w takich sytuacjach najważniejsze – spokój i szacunek. Pierwszym krokiem w takich sytuacjach jest użycie uspokajającego monologu wewnętrznego. Drugim jest skupienie się na zachowaniu ucznia, nie zaś na oceniających osobę ucznia komentarzach, i oznajmienie mu, że takie jego zachowanie nie będzie akceptowane. Konieczne jest też odwołanie się do zasad obowiązujących w klasie, a następnie poinformowanie o konsekwencjach.

Wyciąganie konsekwencji

Doświadczenia nauczycieli, którzy panują nad agresją w swoich klasach, dowodzą, że konsekwencja, połączona z jasno określonymi oczekiwaniami proceduralnymi, może być podstawowym czynnikiem w utrzymywaniu niskiego poziomu agresji w klasie. Agresorzy muszą mieć świadomość brania odpowiedzialności i ponoszenia odpowiedzialności za swoje zachowanie. Brak konsekwencji ze strony nauczycieli oddaje władzę nad sytuacją w ręce agresywnych uczniów. To daje im poczucie siły i wzmacnia fałszywe kompetencje. Niekonsekwentne zachowanie nauczycieli prowadzi również do obniżenia poczucia bezpieczeństwa pozostałych uczniów w klasie oraz braku wiary, że coś w tym zakresie może się zmienić.

Akceptacja i wzmocnienie

Wszyscy uczniowie chcą być akceptowani i mieć poczucie swoich możliwości. Ale uczniowie sprawiający nauczycielom kłopoty nauczyli się, że szkoła jest miejscem, w którym trudno jest osiągnąć jedno i drugie. Swoim zachowaniem starają się pokazać, że są dostrzegani tylko wtedy, gdy sprawiają kłopoty nauczycielom. Należy zatem zrobić wszystko, aby udaremnić im realizowanie tych fałszywych przekonań. Należy dbać o to, aby ich pozytywne zachowania były dostrzegane i wzmacniane. Skuteczne użycie wzmocnień może istotnie wpłynąć zarówno na obniżenie napięcia, jak i na zmianę zachowania uczniów, a w konsekwencji na wyższą ich samoocenę.

Uświadomienie sobie własnego zachowania w kontaktach z trudnymi uczniami

Obserwowanie siebie w kontaktach z uczniami, także trudnymi, słuchanie tego, co i jak mówimy, analizowanie, jak stoimy, gdy rozmawiamy z nimi, jak się do nich odzywamy, gdy sprawiają nam trudności i gdy ich nie sprawiają, jest ważną nauczycielską umiejętnością w drodze do odnoszenia sukcesów w pracy z trudnymi, agresywnymi uczniami.

Krytyczna ocena zachowań uczniów

Nauczyciel oceniając krytycznie zachowanie ucznia powinien dążyć do pokazania mu, że jest głównie zainteresowany przyczynami jego zachowania, sposobami, w jaki mógłby postąpić inaczej, oraz wskazaniem na konsekwencje, jakie to zachowanie ze sobą niesie. Nauczyciel musi zawsze pamiętać, że jego oddziaływanie na zmiany jest po prostu motywowaniem ucznia do dokonania tych zmian. Istotne jest więc rozróżnienie, kim jest uczeń, a czym jego zachowanie.

Unikanie karania

Z karą wiąże się strach. Kary powodują, że stosunki między nauczycielem i uczniem stają się napięte, nawet wrogie. Kara jest odbierana subiektywnie i może dawać uczniowi do zrozumienia, że jest złą osobą. Niewątpliwie część zachowań agresywnych ma charakter celowy, ale część to popełnione błędy związane z ich rozwojem. W tych przypadkach kara jest nieskuteczna, bo nie uczy i nie mówi uczniowi, jak poprawić błąd w zachowaniu. Stosowanie kar w przypadku niektórych uczniowskich zachowań jest jednak nie do uniknięcia. Odpowiedzialność za to musi wziąć na siebie nauczyciel. Wymierzając uczniom karę nauczyciele powinni pamiętać o następujących zasadach:

- kara powinna być dostosowana do przewinienia;
- należy jasno powiedzieć, z jakiego powodu uczeń zostaje ukarany;
- nie należy wymyślać kar lub gróźb, których nie można zrealizować.

Pomoc uczniom w nabywaniu kompetencji do radzenia sobie w trudnych sytuacjach

Chcąc pomóc uczniom w braniu odpowiedzialności za swoje zachowanie, nauczyciele powinni, wspólnie z uczniami, ustalać alternatywne plany postępowania w przypadkach ich niewłaściwego zachowania. Powinni omówić, czego wtedy od nich oczekują, jakie będą konsekwencje tych zachowań i jakich rodzajów interwencji mogą się spodziewać. Takie planowanie postępowania i świadomość konsekwencji stwarza uczniom możliwość wpływania na swoje postępowanie, zanim stracą nad nim kontrolę.

Kontrolowanie siebie

Kiedy uczniowie zachowują się agresywnie, nauczyciel może czuć się zagrożony, ale musi mieć świadomość tego, że jego reakcje mogą to zachowanie osłabić lub wzmocnić. Najważniejsze jest unikanie zachowań, które roznieciłyby wybuch agresji. Nawet, jeśli złość ucznia jest skierowana bezpośrednio przeciwko nauczycielowi, to jest ona odzwierciedleniem wewnętrznego konfliktu i problemów dziecka lub młodego człowieka i jest częścią strategii, których nauczył się w przeszłości, braku zaufania i chęci zaspokojenia swoich potrzeb. Musimy starać się zachować pełną opanowania postawę, niezależnie od naszych osobistych uczuć. Spokój nauczyciela nie tylko zmniejsza napięcie u uczniów, którzy niewłaściwie się zachowują, ale wpływa

też na pozostałych. Kiedy wszyscy w klasie lub na korytarzu widzą, że nauczyciel skutecznie radzi sobie i nie dopuszcza do eskalacji agresywnych zachowań, czują się bardziej bezpieczni i wierzą, że gdy ich spotka podobna sytuacja, nauczyciel skutecznie ją rozwiąże. Spokojna reakcja nauczyciela na niewłaściwe zachowanie ucznia jest za każdym razem pokazem zachowania przeciwnego do agresywnego.

Uświadomienie, że zmiany w zachowaniu wymagają czasu

Zmiany w zachowaniu wymagają czasu. Agresywni uczniowie „ćwiczyli" swoje zachowania przez wiele lat i w wielu miejscach. Dlatego też nie jest im łatwo dokonać zmian w sposobie zachowania, tym bardziej że zachowania te przynosiły i przynoszą pewne korzyści. Pomagając agresywnym uczniom w zmianie zachowania nauczyciele muszą pamiętać, że będą napotykali na wiele trudności. Opanowanie i konsekwencja oraz wytrwałość okażą się tu największymi sprzymierzeńcami.

Zachowanie poczucia humoru

Nie sposób nie dostrzec znaczenia poczucia humoru we wpływaniu na zachowania uczniów. Dobry kontakt z uczniami nie może się bez niego obejść. Należy zachować jednak pewną ostrożność w stosowaniu humoru, gdyż czasem uczeń może go źle zinterpretować, jako umniejszanie znaczenia jego osoby. Na pewno należy unikać sarkazmu i ironii.

Pytania

1. Jak czynniki rodzinne, szkolne i środowiskowe wpływają na rozwój agresji?
2. Z jakimi formami agresji spotykasz się najczęściej i w jakich sytuacjach?
3. W jaki sposób możesz się przekonać, że agresja i przemoc ma miejsce, nawet wtedy, gdy jest rzadko zgłaszana?
4. W jaki sposób mógłbyś/abyś powstrzymać agresję i kto mógłby być twoim sprzymierzeńcem?
5. W jaki sposób możesz pomóc różnym rodzajom ofiar (pasywnym, prowokującym i świadkom)?
6. W jaki sposób możesz pomóc sprawcom agresji ?
7. Jakie elementy powinien zawierać plan ograniczania agresji i przemocy w szkole?

Literatura zalecana

Agresja w szkole. Spojrzenie wieloaspektowe (2004) A. Rejzner (red.), Warszawa Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.

Clark D. (2005) *Zachowania prospołeczne i antyspołeczne*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Dzieci i młodzież wobec agresji i przemocy (2004) A. Brzezińska, E. Hornowska (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
Kołodziejczyk J. (2004) *Agresja i przemoc w szkole. Konstruowanie programu przeciwdziałania agresji i przemocy w szkole*, Kraków, Sophia.
Mc Whirter J.J., Mc Whirter B.T., Mc Whirter A.M., Mc Whirter E.H. (2001) *Zagrożona młodzież*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, A. Basaj, Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
Powstrzymać agresję na progu szkoły (2004) J. Danielewska (red.), Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

ANEKS

Propozycje ćwiczeń i zabaw

Lesław Kulmatycki

W Aneksie podano ćwiczenia i zabawy, które mogą być wykorzystane w czasie zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej. Podzielono je na cztery grupy: rozgrzewająco-integrujące, energetyzujące, koncentrujące i relaksacyjne.

Większość proponowanych ćwiczeń wymaga wolnej przestrzeni. Niektóre mogą być wykonywane w klasie szkolnej lub małym pomieszczeniu. Rekomendowana liczba uczestników, w większości proponowanych zabaw, to 16–35 osób. Starano się uprościć zabawy i ćwiczenia, tak aby wymagane rekwizyty lub wcześniejsze przygotowania ograniczyć do minimum. Atrakcyjność spotkań grupowych polega jednak na użyciu jakiegoś prostego rekwizytu, np. kartka papieru, sznurek, balon lub piłka.

Ćwiczenia opracowano na podstawie własnych doświadczeń. Wiele z nich, w podobnych wersjach i nazwach, opisano w różnych podręcznikach, wymienionych na końcu Aneksu. Mogą być one modyfikowane w zależności od potrzeb uczestników, warunków i inwencji prowadzących zajęcia.

A.1. Ćwiczenia rozgrzewająco-integrujące

Ćwiczenia te są ukierunkowane przede wszystkim na kształtowanie relacji interpersonalnych. Celem ich jest pomoc uczestnikom zajęć w nawiązywaniu kontaktów i w pozbyciu się „sztywności" w sferze werbalnej, przy rozmowie, pytaniu oraz w sferze pozawerbalnej, przy ekspresji twarzy, pozycji ciała, dotyku itp. Niektóre ćwiczenia można zastosować w pracy z grupą, która dopiero się poznaje, a inne przeznaczone są dla grup, których uczestnicy pracują ze sobą dłużej.

A.1.1. „Zawęźlenie"

Uczestnicy stają w kole i trzymają się za ręce. Prowadzący przerywa w jednym miejscu koło i wyznacza dwie osoby jako „liderów węzła". Osoby te prowadzą „wężem" innych uczestników, aż do momentu, kiedy nie spotkają się ponownie i nie chwycą się za

ręce. Po zawęźleniu uczestnicy powracają do koła bez puszczania swoich rąk. W kolejnych wersjach zawiązanie węzła może się odbywać bez przerywania koła. Prowadzący proponuje, aby każdy był liderem prowadzącym do „zawęźlenia" i żeby uczestnicy zaczęli się przemieszczać bez przerywania rąk, tak aby powstał jeden wielki węzeł, który będzie się zaciskał coraz bardziej. *Inny wariant zabawy*: w grupach 8–12-osobowych uczestnicy stoją blisko obok siebie, zamykają oczy, wyciągają obie ręce przed siebie i próbują wzajemnie spotkać dłonie innych osób, tak aby każda dłoń trzymała inną. Kiedy wszyscy trzymają się za ręce, otwierają oczy, a następnie próbują rozplątać się, cały czas trzymając się ręce.

A.1.2. „Wahadło"

Jest to zabawa powszechnie stosowana i ma wiele wersji. W jednej z najprostszych proponujemy, aby uczestnicy, w grupach 8–10-osobowych, stanęli bardzo blisko siebie, „ramię w ramię" z rękami wyciągniętymi przed sobie. Jedna osoba, ochotnik, wchodzi do środka jako „wahadło". Staje w pozycji „na baczność", usztywniając się szczególnie w stawach biodrowych i zamyka oczy. Zabawa polega na delikatnym przemieszczaniu osoby w środku w dowolnych kierunkach, uczestnicy łapią osobę „wahadło" i podają dalej, szczególnie bacząc na jej bezpieczeństwo. Po 1–2 minutach następuje zmiana. Każdy uczestnik powinien mieć możliwość bycia „wahadłem", ale ma też prawo do odmówienia. Po zakończeniu zabawy należy zachęcić uczestników do podzielenia się wrażeniami.

A.1.3. „Wysyłam ci wiadomość"

Uczestnicy siedzą na podłodze i prowadzący trzyma w ręku kłębek sznurka lub włóczki (można wykorzystać także papierową kulę, która jest rzucana do wybranych osób) i objaśnia, na czym polega zabawa. Każdy ma prawo wyboru osoby, do której wyśle wiadomość i rzucając kłębek wypowiada słowa „Wysyłam ci wiadomość, że (i tu dodaje to, co chciałby przekazać tej osobie)". Adresat owija sobie sznurek na palec i kłębek przesyła dalej, aż wszyscy otrzymają wiadomość. Potem kłębek jest przekazywany z powrotem, następują odpowiedzi na wysłane wiadomość, ale tylko w formie podziękowań, mogą być gesty. Osoba rzucając kłębek uwalnia swój kawałek sznurka, a ta, która otrzymuje kłębek, zwija sznurek tak, aby wrócił zwinięty do osoby rozpoczynającej zabawę. W zależność od stopnia znajomości grupy lub tematu zajęć, treść przesyłanych wiadomości może być mniej lub bardziej ukierunkowana, np. „Najbardziej lubię jeść", „Chciałbym, abyś zmieniła".

A.1.4. „Wizytówki na opak"

Każdy z uczestników otrzymuje małą kartkę samoprzylepną, na której flamastrem wpisuje swoje imię napisane wspak. Przykleja kartkę do ubrania i wędruje od jednej

do drugiej osoby i obie osoby próbują odczytać swoje imiona, po czym kłaniają się sobie i przechodzą do następnych osób. W wersji trudniejszej, jeśli osoby znają się i bez trudu potrafią wymienić swoje imiona, mogą wpisać swoje drugie imiona lub jakieś zmyślone ulubione imię, w taki sposób, aby litery były rozrzucone bez kolejności. Prowadzący może też zaproponować np. ulubiony owoc, zwierzę, miasto pisane w „zaszyfrowany" jak poprzednio sposób.

A.1.5. „Powiedz bez słów"

Celem ćwiczenia jest doświadczanie niewerbalnego przekazywania uczuć innej osobie oraz nauka skupienia i koncentracji na tym, co dzieje się w chwili ćwiczenia. Prowadzący wyjaśnia, na czym ma polegać ćwiczenie. Zwraca uwagę na konieczność bycia uważnym i skupionym w czasie jego wykonywania, prosi o zachowanie ciszy i nie komentowanie tego, co robi inna osoba. Wcześniej prowadzący zapisuje na małych kartkach hasła określające różne odczucia i stany psychiczne, np. radość, złość, zdenerwowanie, prośba o pomoc, pewność siebie itp. Uczestnicy stają w kręgu blisko siebie, twarzą do środka. Jedna osoba staje na zewnątrz grupy i otrzymuje jedną z kartek od prowadzącego z hasłem do przekazania. Po krótkim zastanowieniu podchodzi do wybranej przez siebie osoby i dotykając jej pleców, ramion, głowy stara się przekazać informację zawartą na kartce. Czyni to dwukrotnie, a następnie przechodzi do innej osoby i próbuje ponownie przekazać tę samą „informację". Czyni to dopóty, dopóki „informacja" nie zostanie przez którąś z osób stojących w kręgu odczytana prawidłowo.

A.1.6. „Aktywni i pasywni"

Uczestnicy dzielą się na dwie grupy. Pierwsza grupa tzw. „aktywnych" zaciska jedną dłoń w piąstkę, druga grupa tzw. „pasywnych" to osoby, które będą przekonywać, że warto otworzyć dłoń i ją rozluźnić. Obie grupy stają naprzeciwko siebie, tak aby partnerzy zabawy stali naprzeciwko siebie, witają się skinieniem głowy, a następnie wszyscy rozchodzą się po całej sali. Na sygnał prowadzącego „pasywni" podchodzą do wcześniej spotkanych partnerów „aktywnych" i starają się ich przekonać, aby otworzyli zaciśnięte dłonie. Po czasie następuje zmiana ról oraz zmiana partnerów zabawy.

A.1.7. „Chciałbym ci powiedzieć"

Uczestnicy zajęć chodzą po sali. Na sygnał prowadzącego, zatrzymują się i zwracają się do najbliższej osoby, która nie jest zajęta, i przez chwilę zaczynają konwersację zaczynając od jednej z proponowanych formuł: Chciałbym ci powiedzieć, że; Kojarzysz mi się z.... ; Lubię cię, ponieważ.... Osoba, która pierwsza zwróci się do

kolegi, koleżanki, ma prawo wyboru formuły, co oznacza, że druga osoba powinna wykorzystać tę samą formułę. Konwersacja trwa krótko, 20–30 sekund, po czym prowadzący daje kolejny znak do ponownego chodzenia po sali i kolejnego sygnału do spotkania i konwersacji.

A.2. Ćwiczenia energetyzujące

Celem tych ćwiczeń jest zwiększenie energii osób biorących udział w zajęciach. Przedstawione dalej ćwiczenia można podzielić na dwie grupy. Grupa pierwsza, to ćwiczenia wykonywane razem w grupie i wówczas energia wynika z relacji i dynamicznej współpracy. Grupa druga, to ćwiczenia wykonywane w grupie, ale indywidualnie, i ich energia bardziej pochodzi z indywidualnych zasobów każdego uczestnika zajęć.

A.2.1. „Sia-da-my, sie-dzi-my"

Uczestnicy stają w kole, jeden za drugim i kładą dłonie na barkach poprzednika. Na sygnał prowadzącego wszyscy równocześnie próbują wolno usiąść na kolanach partnera, który znajduje się z tyłu. Aby zsynchronizować ruchy, uczestnicy zabawy głośno sylabizują słowo „sia-da-my", a następnie w podobny sposób słowo „sie-dzi-my" powtarzane tak długo, aż uda się utrzymać równowagę. Zabawa powtarzana jest dwu-, trzykrotnie. Przy kolejnej próbie następuje zmiana miejsc przez obrót grupy o 180 stopni.

A.2.2. „Kałuża"

Uczestnicy stają w kręgu dość blisko siebie i trzymają się za ręce. Przez odliczenie dzielą się na dwa zespoły „A" i „B", które będą ze sobą rywalizować. Wszyscy wyobrażają sobie, że stoją nad wielką, błotnistą kałużą, i zadanie polega na wyprowadzeniu z równowagi „sąsiadów" zabawy, tak aby wpadli do kałuży. „Wpadnięciem" do kałuży może być samo oderwanie jednej ze stóp lub przekroczenie umownej linii narysowanej na podłodze. Ten, kto pierwszy wypadnie, odpada z zabawy i opuszcza krąg. Wygrywa zespół, który ma mniej strat. W zależności od liczby uczestników zabawa może się toczyć do wyłonienia zwycięzcy grupowego (grup może być więcej) lub tylko dla wspólnej zabawy i podniesienia energii w grupie.

A.2.3. „Człowiek do człowieka"

Uczestnicy dobierają się pary i ustawiają się w dowolnym miejscu sali. Prowadzący wymyśla różne części ciała i wypowiada głośno „prawa dłoń do prawej dłoni", wówczas w parach wszyscy przykładają swoje prawe dłonie. Instrukcje są mniej skomplikowane – „łokieć do łokcia" lub bardziej skomplikowane, np. „lewa podeszwa do lewej podeszwy" lub „ucho do ucha". Od czasu do czasu wypowiada „człowiek do człowieka" i wówczas wszyscy muszą zmienić partnera zabawy.

A.2.4. Ćwiczenie pobierania energii

Prowadzący podaje następującą instrukcję: Usiądź wygodnie na podłodze lub na krześle... dłonie ułóż na kolanach... zamknij oczy i rozluźnij mięśnie... zwróć uwagę na oddech... przepływa spokojnie i naturalnie... przepływa przez nozdrza... wciągasz i wypuszczasz powietrze... podczas wdechu odczuwasz chłód wciąganego powietrza... podczas wydechu powietrze jest cieplejsze... wdech lekko unosi klatkę piersiową... wydech ją opuszcza... wdech sprawia nieznaczne napięcie mięśni oddechowych... wydech pomaga w ich rozluźnieniu... wdech powoduje dotarcie energii do organizmu... wydech pozwala na oddalenie zmęczenia... właśnie ta ostatnia funkcja procesu oddechowego jest istotna w tym ćwiczeniu... wyobraź sobie, że przy każdym wdechu przez nos wciągasz energię, która daje ci siłę i zdrowie... podczas każdego wydechu oddalasz od siebie odczucie zmęczenia i odczucie bezsilności... wciągana energia przenika nie tylko przez nozdrza... przenika poprzez całą skórę... włosy... opuszki palców... stopy... po kilku wstępnych głębokich wdechach pozwól sobie na krótkie zatrzymanie oddechu... wówczas staraj się odczuć ciepło w okolicy brzucha... przy ponownym zatrzymaniu odczuj przyjemne pulsowanie w tej części ciała... w czasie kolejnego zatrzymania odczuwaj, jak fale ciepłej energii rozchodzą się we wszystkich kierunkach... w stronę nóg... w stronę piersi... w stronę rąk... pozostań jeszcze przez kilka następnych oddechów z wyobrażeniami pobierania energii... ... następnie pozostań przez kolejnych kilka oddechów zupełnie pasywny... jesteś cały wypełniony energią, która ułatwi ci działanie... jesteś w pełni sił i entuzjastycznie nastawiony do tego, co cię spotka... otwórz oczy.

A.3. Ćwiczenia relaksacyjne

Ćwiczenia relaksacyjne są rodzajem gimnastyki psychicznej, opartej na sugestiach odczuwania ciężaru ciała, doświadczania ciepła, rozluźniania narządów jamy brzucha, zwalniania pracy serca, spowolnienia oddechu i odczuwania chłodu w obrębie czoła. Celem ćwiczeń relaksacyjnych jest uzyskanie stanu spokoju wewnętrznego w związku z doświadczaniem stanu fizycznego i fizjologicznego odprężenia. Dlatego też, praca w czasie relaksacji skierowana jest na uzyskiwanie przez uczniów wrażeń sugerowanych przez prowadzącego sesję relaksacyjną. Aby ułatwić prowadzenie sesji relaksacyjnej, poszczególne instrukcje lub grupy instrukcji zostały ponumerowane.

A.3.1. Relaksacja autogenna

Po przyjęciu przez uczestników odpowiedniej pozycji relaksacyjnej (najlepiej, gdy jest to pozycja leżąca na plecach), prowadzący powtarza następujące instrukcje relaksacyjne:

1. Przyjmijcie wygodną pozycję, zamknijcie oczy, wykonajcie trzy głębokie oddechy.
2. Starajcie się wczuwać w instrukcje, które będę wypowiadał, zaczynamy.
3. Leżę wygodnie... oddycham spokojnie.
4. Rozluźniam wszystkie mięśnie.
5. Całe ciało staje się przyjemnie ciężkie.
6. Prawa ręka staje się ciężka... prawa ręka staje się ciężka... prawa ręka staje się coraz cięższa... prawa ręka staje się bardzo ciężka.
7. Lewa ręka... lewa ręka staje się ciężka... lewa ręka staje się ciężka... lewa ręka staje się coraz cięższa... lewa ręka staje się bardzo ciężka.
8. Oddycham spokojnie... odczuwam nogi... odczuwam moją prawą nogę... prawa noga staje się ciężka... prawa noga staje się coraz cięższa... prawa noga staje się bardzo ciężka...
9. Odczuwam lewą nogę... lewa noga staje się ciężka... lewa noga staje się ciężka... lewa noga staje się coraz cięższa... lewa noga staje się bardzo ciężka.
10. Oddycham spokojnie i bez wysiłku... czuję serce, odczuwam, jak pracuje równomiernie.
11. Rozluźniam mięśnie szyi i twarzy... głowa staje się ciężka... cała głowa staje się coraz cięższa... cała głowa staje się bardzo ciężka.
12. Rozluźniam plecy i cały tułów... staje się ciężki... całe ciało staje się przyjemnie ciężkie.
13. Oddycham spokojnie i bez wysiłku... czuję serce, które pracuje równomiernie.
14. Odczuwam spokój... odczuwam rozluźnienie.
15. Ponownie kieruję uwagę na ręce... odczuwam przepływające w nich ciepło...
16. Czuję ciepło w prawej ręce... prawa ręka jest ciepła... prawa ręka jest coraz cieplejsza... prawa ręka jest bardzo ciepła.
17. Czuję ciepło w lewej ręce... lewa ręka jest ciepła... lewa ręka jest coraz cieplejsza... lewa ręka jest bardzo ciepła.
18. Oddycham spokojnie i bez wysiłku... odczuwam rytm serca... serce pracuje równomiernie.
19. Odczuwam nogi... odczuwam przepływające w nich ciepło.
20. Czuję ciepło w prawej nodze... prawa noga jest ciepła... prawa noga jest coraz cieplejsza... prawa noga jest bardzo ciepła...
21. Czuję ciepło w lewej nodze... lewa noga jest ciepła... lewa noga jest coraz cieplejsza... lewa noga jest bardzo ciepła.
22. Fala ciepła ogarnia cały tułów... odczuwam brzuch... jest on rozluźniony i ciepły... brzuch jest coraz cieplejszy... brzuch jest bardzo ciepły.
23. Oddycham spokojnie i bez wysiłku... odczuwam rytm serca... serce bije spokojnie... serce bije spokojnie i równomiernie.
24. Całe ciało jest rozluźnione... całe ciało jest ciężkie i ciepłe.

25. Odczuwam czoło, które jest przyjemnie chłodne... odczuwam czoło, które jest przyjemnie chłodne.
26. Czuję spokój... ...czuję wewnętrzny spokój.
27. Odczuwam go... chciałbym, aby pozostał we mnie jak najdłużej po zakończeniu relaksacji.
28. Powoli ustępuje bezwład... ciężar i bezwład ciała powoli ustępuje... ciężar powoli oddala się.
29. Powraca energia... czuję jak powraca energia i chęć do działania... odczuwasz lekkość i rześkość.
30. Otwierasz oczy... rozglądasz się i wolno wracasz do pozycji siedzącej... jesteś gotowy do podjęcia kolejnych działań i pracy.

A.3.2. Relaksacja progresywna

Po przyjęciu odpowiedniej pozycji relaksacyjnej (zakładając, że jest to pozycja leżąca na plecach), prowadzący powtarza następujące instrukcje relaksacyjne:

1. Zamknij oczy, zwróć uwagę na spokojny i naturalny oddech.
2. Za chwilę zaczniemy napinać poszczególne mięśnie, każde z napięć staraj się utrzymać przez około 5 sekund, zaczynamy.
3. Odczuj prawą rękę, zacznij ją powoli zginać w łokciu i napinaj mięśnie, utrzymaj to napięcie i odczuj wrażenia napięcia mięśni... 1, 2, 3, 4, 5..., a następnie rozluźnij.
4. Odczuj lewą rękę, napnij jak prawą i rozluźnij.
5. Odczuj prawą dłoń leżącą z boku przy biodrze, zwiń ją w piąstkę i naciskaj nią o podłogę, starając się napiąć tylną część prawego ramienia, utrzymaj napięcie licząc 1, 2, 3, 4, 5..., rozluźnij.
6. Odczuj lewą dłoń, zwiń ją w piąstkę i naciskaj nią tak jak prawą, utrzymaj i rozluźnij.
7. Odczuj prawą stopę, staraj się ją zginać w kierunku twarzy, czyli grzbietowo, napnij mięśnie podudzia, utrzymuj licząc do 5... i rozluźnij.
8. Wykonaj to samo ćwiczenie lewą stopą.
9. Wróć do stopy prawej i zginaj ją w kierunku podłogi, czyli podeszwowo, utrzymaj napięcie licząc do 5... i rozluźnij.
10. Wykonaj to samo ćwiczenie lewą stopą.
11. Odczuj prawą nogę, napinaj mięśnie uda starając się prostować nogę w kolanie...utrzymuj napięcie licząc do 5... i rozluźnij ją.
12. Wykonaj to samo ćwiczenie z lewą nogą, udem.
13. Odczuj prawy pośladek, napnij go tak, aby w odczuwalny sposób prawe biodro uniosło się do góry, utrzymaj licząc do 5... i rozluźnij.
14. Powtórz to ćwiczenie z lewym pośladkiem.
15. Odczuj mięśnie brzucha, wykonując wdech napnij je, utrzymaj licząc do 5... i rozluźnij wraz z fazą wydechu, powtórz to ćwiczenie raz jeszcze.
16. Odczuj plecy, napnij je, wspierając się na barkach i wyginając tułów w lekki łuk, utrzymaj licząc do 5... i rozluźnij, powtórz to samo ćwiczenie raz jeszcze.

17. Odczuj mięśnie klatki piersiowej, wykonaj głęboki wdech, napnij mięśnie klatki piersiowej licząc do 5... i wraz z wydechem rozluźnij, powtórz to samo ćwiczenie raz jeszcze.
18. Odczuj głowę, stopniowo naciskaj głową o podłogę, napnij mięśnie szyi, utrzymuj napięcie licząc do 5... rozluźnij.
19. Odczuj mięśnie twarzy, staraj się zmarszczyć czoło, utrzymaj napięcie licząc do 5... rozluźnij... zaciśnij powieki, utrzymaj napięcie.. i rozluźnij, zaciśnij szczęki, utrzymaj napięcie mięśni żwaczy... rozluźnij, zaciśnij usta zaciskając wargi... rozluźnij.
20. Pozostań w rozluźnieniu, przypominając sobie kolejność napinania i rozluźniania poszczególnych mięśni... tym razem nie napinaj ich... staraj się tylko odczuwać w nich całkowity brak napięcia... prawa ręka... lewa ręka... prawa noga... lewa noga... pośladki... brzuch... plecy... klatka piersiowa... głowa... twarz.
21. Następnie pozostań przez 30 sekund w całkowitym bezwładzie.
22. Będąc świadomym każdego ruchu, stopniowo powoli, przy minimum napięcia, przejdź do pozycji siedzącej, otwórz oczy i rozglądnij się, przejdź do pozycji stojącej i wolno się przeciągnij, unosząc wysoko ręce nad głowę.

A.3.3. Relaksacja z pozytywnym zdarzeniem

1. Usiądź w fotelu lub na podłodze opierając się o ścianę, staraj się rozluźnić wszystkie mięśnie, zwróć uwagę na czoło, pozwól wygładzić się skórze, tak aby nie miała zmarszczek, pozwól odprężyć się wszystkim mięśniom.
2. Wyobraź sobie zdarzenie lub sytuację, która była dla ciebie przyjemna i z chęcią ją wspominasz. Być może wiązało się to ze spotkaniem szczególnej osoby lub grupy kolegów lub koleżanek. Być może była to jakaś rodzinna uroczystość, albo jakaś wyprawa, wycieczka, może sytuacja wakacyjna, wśród przyrody. Teraz masz czas na przypomnienie sobie tego wydarzenia, kiedy czułeś się swobodny, odprężony i szczęśliwy. Staraj się odtworzyć możliwie dokładnie i plastycznie każdy szczegół tego zdarzenia czy sytuacji, staraj się odbierać ponownie to, co się wydarzyło możliwie wszystkimi zmysłami, staraj się widzieć barwy, słyszeć słowa czy dźwięki, odczuwaj powierzchnię przedmiotów, które dotykałeś, zapachy, smaki. Pozostań z odtwarzaniem zdarzeń jeszcze przez kilka minut.
3. Wróć do sytuacji, w której jesteś tu i teraz. Ponownie zwróć uwagę na swoje samopoczucie, jesteś świadomy tego, co czujesz w tym momencie. Otwórz oczy.

A.3.4. Relaksacja z „drzazgą"

1. Usiądź wygodnie, jesteś wraz z grupą rówieśników lub przyjaciół, zamknij oczy i staraj się rozluźnić zwracając uwagę na najbardziej wrażliwe punkty ciała. Zwróć uwagę na czoło, skronie, usta, szyję, brzuch, stopy, dłonie.
2. Nazwij uczucie, które jest w tobie w tej chwili, nie to, co chciałbyś czuć, ale to, co czujesz tu i teraz. Być może jest to trudne do określenia, albo nieuchwytne, niemniej próbuj. Przypomnij sobie te uczucia, które jakoś ci zalegają, które w sobie ukryłeś, ukryte bolesne uczucia, uczucia, które być może przez długi okres pozostają gdzieś tam głęboko w tobie, lub też uczucie, które jest nadal, pojawiło się całkiem niedawno.
3. Zdajesz sobie sprawę z tego, że istnieją i są częścią ciebie, możesz je porównać do „drzazgi", która tkwi i uwiera. Stan relaksacji jest dobrą okazją do tego, aby przyjrzeć się tym odczuciom, które są powodem twojego napięcia, niepokoju czy zmartwienia, przyjrzeć się temu, co cię trapi, co jest ukryte. Może uda ci się to nazwać lub opisać.
4. Spróbuj teraz opisać twoje największe odczucie, z którym jest ci ciężko, porównaj go z jakimś przedmiotem lub kształtem, nadaj mu jakiś kolor, smak, spróbuj go nazwać, to, jak go nazwiesz, zależy tylko od ciebie, możesz wymyślić dowolną nazwę.
5. Ponownie wyobraź sobie to kłopotliwe dla ciebie uczucie i spróbuj je polubić, czy jest to możliwe? Albo spróbuj je oddalić od siebie, czy jest to możliwe?. Przypomnij sobie, czy próbowałeś kiedykolwiek rozstać się z negatywnymi odczuciami. Jeśli tak, to przypomnij sobie, kiedy to się działo, czy wtedy, gdy czułeś się samotny, kiedy próbowałeś wypłakać ten ból w poduszkę lub gdy oglądając jakiś film porównywałeś się do bohatera, który przypominał ci o twoim losie.
6. Przypomnij sobie również osobę lub osoby, które pomagały ci w oddalaniu twego bólu. Być może przypomina ci się ktoś, kto uważnie cię wysłuchał, kto próbował wejść w twoje położenie, kto nie oceniał ciebie, nie dawał rad, ale był w tej ważnej dla ciebie chwili z tobą.
7. Pozostań z tą sytuacją. Nie potrzeba do tego żadnych specjalnych warunków, wystarczy cisza i twój wewnętrzny świat, kiedy nikt nie podgląda, nikt nie wypytuje, nikt nie przeszkadza. Wystarczy pozostać z tym, co dla ciebie jest bolesne i trudne. Wiedz, że nie jesteś z tym sam, wiedz, że wzajemnie pomagamy sobie nie przeszkadzając i nie zakłócając tej ciszy, która jest tu i teraz. Być może uda ci się zobaczyć siebie samego od innej strony.
8. Pozostań jeszcze przez chwilę w ciszy, a następnie otwórz oczy.

A.4. Ćwiczenia koncentracji

Koncentracja jest procesem utrzymywania umysłu na przedmiocie koncentracji i proces ten jest związany ze świadomym wysiłkiem. W literaturze przedmiotu sam proces porównywany jest do oświetlania w ciemnym pomieszczeniu tylko niektórych jego fragmentów. Światło reflektora zakreśla granice oświetlonych miejsc i tym samym wyraźniej dostrzegamy to, co znajduje się w jego oświetleniu. Podobnie przy pracy umysłu, próbujemy go ukierunkować na określony przedmiot koncentracji i utrzymywać kontakt tylko z nim. Jest to na początku trudne i zniechęcające, toteż pracując z dziećmi i młodzieżą szkolną, należy stosować ćwiczenia trwające nie dłużej niż 5 minut.

A.4.1. Ćwiczenie z liczeniem oddechów

Usiądź w bezruchu i rozluźnij ciało, zamknij oczy, bądź świadomy wdechów i wydechów, skupiając uwagę na przepływie powietrza przez nos. Oddychaj naturalnie i łagodnie, unikając nagłych zmian rytmu oddychania. Postępuj za oddechami licząc je w myśli od 1 do 12... wdech – 1... wydech – 2... wdech – 3... wydech – 4... wdech – 5... wydech – 6... wdech – 7... wydech – 8... wdech – 9... wydech – 10... wdech – 11... wydech – 12... Gdy doliczysz do 12, zacznij od początku i kontynuuj liczenie, pozostając tylko z tą czynnością. Pomocne w czasie ćwiczenia może być równoczesne wykonywanie kciukiem ruchów przesuwania wzdłuż pozostałych palców dłoni – ruch kciuka, w którym dotykamy kolejno wewnętrznych stron każdego paliczka, tzn. każdej z trzech części palca (4 palce × 3 paliczki = 12), zsynchronizowany jest z kolejną następną liczbą. Jeżeli stracisz koncentrację na liczeniu, to ruch palca podpowie ci, przy której jesteś liczbie i wówczas wróć do liczenia i kontynuuj ćwiczenie. Pozostań z tą aktywnością przez minimum 5 minut.

A.4.2. Ćwiczenia koncentracji wzrokowej

Ćwiczenie składa się z czterech części:

1. Kierowanie wzroku w prawo i w lewo. W pozycji siedzącej wyprostuj ręce na boki, kierując kciuki ku górze. Nie poruszając głową skieruj wzrok na lewy kciuk, a następnie na prawy. Powtórz to ćwiczenie 10–15 razy, utrzymując koncentrację przez 2–3 sekundy. Po zakończeniu zamknij oczy i rozluźnij mięśnie całej górnej części twarzy.
2. Kierowanie wzroku w górę i w dół. W pozycji siedzącej wyprostuj ręce przed sobą, kierując kciuki ku górze. Następnie unoś jedną rękę powolnym, jednostajnym ruchem. Jednocześnie obserwuj kciuk, ale bez unoszenia głowy. Podnieś rękę tak wysoko, jak to możliwe, cały czas utrzymując kontakt wzrokowy z kciukiem, a następnie opuść ją w dół. Wykonaj ćwiczenie na przemian raz jedną, raz drugą ręką po 5 razy. Po zakończeniu zamknij oczy i rozluźnij mięśnie wokół oczu.
3. Ruchy rotacyjne oczu. Usiądź z rękami wyprostowanymi przed sobą i kciukami skierowanymi ku górze. Wykonuj jedną ręką ruchy okrężne, równocześnie obserwując kciuk. Głowę utrzymuj nieruchomo. Powtórz ćwiczenie po 5 razy z każdą ręką, a następnie rozluźnij mięśnie wokół oczu.
4. Koncentrowanie wzroku na odległych i na bliskich przedmiotach. W pozycji siedzącej skoncentruj wzrok na odległym przedmiocie (minimum kilka metrów) przez 5–6 sekund, a następnie postaraj się zobaczyć koniec swojego nosa i utrzymuj na nim wzrok przez taki sam czas. Powtórz ćwiczenie 8–10 razy. Po zakończeniu ćwiczenia zamknij oraz rozluźnij mięśnie wokół oczu.

A.4.3. Ćwiczenie z wyobrażaniem liczb

Usiądź na podłodze w pozycji skrzyżnej lub opierając się o ścianę. Możesz również usiąść na krześle, pamiętając, aby stopy pozostawały płasko na podłodze. Ważne jest jednak, aby plecy pozostały proste. Ręce ułóż na kolanach, rozluźnij mięśnie i zamknij oczy, oddychasz spokojnie i bez wysiłku.

Wyobraź sobie czarną szkolną tablicę i że piszesz kredą cyfrę 10, obserwujesz to, jak spod kredy, którą trzymasz w dłoni, pojawia się cyfra 10... przypatrujesz się jej... i przed cyfrą 10 wpisujesz cyfrę 4, również śledzisz ruch ręki. Teraz wyobrażasz sobie liczbę 410, następnie dopiszesz jeszcze kilka cyfr, ale w pełnej koncentracji i bardzo uważnie obserwując ruch ręki wpisującej cyfry na tablicy, to umożliwi ci zapamiętanie ich wszystkich, najpierw wpisałeś 10, później z lewej strony 10 wpisałeś 4, a teraz z prawej strony 10 wpisujesz cyfrę 6... przed 4 z lewej strony wpisujesz cyfrę 7... za 6 z prawej umieszczasz 1... przypominasz sobie kolejno cały ciąg cyfr począwszy na 10, a skończywszy na 1... i dodajesz jeszcze po jednej... z lewej strony umieszczasz 5... a z prawej strony 2... teraz zapamiętaj całość i zachowaj w pamięci...

Wykonaj dwa głębokie oddechy i otwórz oczy... czujesz się odprężony i spokojny... dobrze pamiętasz całą liczbę... zapisz ją na kartce... jeśli wpisałeś 57410612, to byłeś/aś odpowiednio skoncentrowany/a i odpowiedź jest prawidłowa. Oznacza to, że potrafisz być skoncentrowany. Jeśli wszyscy wykonali to ćwiczenie prawidłowo, to prowadzący może zachęcić uczestników do jeszcze jednego trudniejszego ćwiczenia, gdzie dodane zostaną jeszcze dodatkowo dwie cyfry.

Literatura zalecana

Jachimska M., (1994) *Grupa bawi i pracuje. Zbiór grupowych gier i ćwiczeń psychologicznych*, Wrocław, Oficyna Wydawnicza UNUS.

Johnson D. (1992) *Podaj dłoń*, tłum. B. Czarnecka, Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP.

Kulmatycki L. (2000) *Lekcja relaksacji*, Wrocław, Wydawnictwo AWF Wrocław.

Scenariusze lekcji wychowawczych według programu autorskiego „Żyć skutecznie" (1997), M. Jachimska (red.), Wrocław, Oficyna Wydawnicza UNUS.

Bibliografia

Agresja w szkole. Spojrzenie wieloaspektowe (2004) A. Rejzner (red.), Warszawa, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.

Ajzen I. (1988) *Attitudes, personality and behavior*, Open University Press, Milton Keynes.

Ajzen I., Fishbein M. (1980) *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewood-Cliffs, N.J. Prentice-Hall.

Akers R., Krohn M., Lanza-Kaduce L., Radosevich M. (1979) *Social learning and deviant behaviour. A specific test of a general theory*, „American Sociological Review", nr 44, s. 636–655.

Aleksandrowicz J. (1988) *Sumienie ekologiczne*, Warszawa, Wiedza Powszechna.

Allensworth D., Kolbe L. (1987) *The comprehensive school health program: exploring and expanded concept*, „Journal of School Health", nr 10, s. 409–412.

Andersson R. (1999) *Injury causation, injury prevention and safety promotion – definitions and related analytical frameworks*, w: *Safety promotion research*, L. Laflamme, L. Svanström, L. Schelp (red.), Stockholm, Karolinska Institutet, s. 15–38.

Annett H., Rifkin S.B. (1995) *Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health*, Geneva, World Health Organization.

Antonovsky A. (1997) *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, tłum. J. Łuczyński, w: *Psychologia zdrowia*, I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 206–231.

Antonovsky A. (2005) *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, Warszawa, Fundacja IPN.

Arborelius E. (1992) *To jest Twoja decyzja. Metoda edukacji do zdrowia (poradnictwa zdrowotnego) dla młodzieży*, tłum. M.M. Szymańska, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.

Arcimowicz K. (2003) *Obraz mężczyzny w polskich mediach*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Argyle M. (2004) *Psychologia szczęścia*, tłum. N. Oparska, Wrocław, Astrum.

Aronson E., Wilson T.D., Akiert R.M. (1987) *Człowiek – istota społeczna*, tłum. J. Radzicki, Warszawa, PWN.

Aronson E. (1997) *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, tłum. J. Gilewicz, Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Ballard R (1995, 1997) *Jak żyć z ludźmi (umiejętności interpersonalne)*. Program profilaktyczny dla młodzieży, Warszawa, Agencja Informacji Użytkowej MEN.

Bandura A. (1977) *Social learning theory*, Englewood Clifts, Prentice Hall Inc.

Bandura A. (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Engelwood Cliffs, Prentice Hall Inc., s. 47–105.

Barański J. (2005) *Ciało i zdrowie w ujęciu socjoestetycznym*, w: *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.), Tyczyn, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, s. 323–336.

Barič L. (1994) *Promoting health. New approaches and development*, Salford, University of Salford.

Barič. L. (1997) *Accountability and the settings approaches*, „Euro News", nr 4, s. 5–8.

Barlak M. (2000) *Wychowanie zdrowotne w perspektywie choroby, cierpienia, sensu życia*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne", nr 1, s. 28–32.

Barnekow V., Buijs G., Clift S., Jensen B.B., Paulus P., Rivett D., Young I. (2006) *Health-promoting schools: a resource for developing indicators*, Copenhagen, International Planning Committee (www.euro.who.int/ENHPS).

Barnes D. (1988) *Nauczyciel i uczniowie. Od porozumiewania się do kształcenia*, tłum. J. Radzicki, Warszawa, WSiP.

Batorski D. (2005) *Korzystanie z nowych technologii: uwarunkowania, sposoby i konsekwencje*, w: *Diagnoza społeczna 2005 warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Warszawa, VIZJA PRESS&IT Sp. z o.o., s. 267–297.

Bauman Z. (1995) *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*, Toruń, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Beier W. (1997) *Pozytywne myślenie*, tłum. M. Skalska, Warszawa, Wydawnictwo Bellona.

Beisert M. (1991) *Seks twojego dziecka*, Poznań, Dom Wydawniczy K. Domke.

Beisert M. (2004) *Eksperymenty seksualne okresu dzieciństwa*, w: *Seksualność w cyklu życia człowieka*, M. Beisert (red.), Poznań, Zakład Wydawniczy K. Domke, s. 115–144.

Bem S. (2000) *Męskość, kobiecość – o różnicach wynikających z płci*, tłum. S. Pikiel, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Benson H. (1984) *The relaxation response*, Glasgow, Collins Found Paperbacks.

von Bertalanffy L. (1984) *Ogólna teoria systemów*, tłum. E. Woydyłło-Woźniak, Warszawa, PWN.

Bibliografia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w Polsce w latach 1990–2000 (2001) B. Woynarowska (red.), Warszawa, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW.

Biglan A., Mrazek P., Carnine D., Flay B. (2003) *The integration of research and practice in the prevention of youth problem behaviors*, „American Psychologist", nr 58, s. 433–440.

Bik B., Henzel-Korzeniowska A., Przewoźniak L., Szczerbińska K. (1996) *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*, Kraków, Szkoła Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum UJ.

Bik B., Przewoźniak L. (2005) *Historia profesji promotora (edukatora) zdrowia*, w: *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.), Tyczyn, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, s. 145–164.

Bishop G.D. (2000) *Psychologia zdrowia*, tłum. A.L. Śliwa, Wrocław, Wydawnictwo Astrum.

Black P. (2006) *Jak oceniać aby uczyć*, tłum. J. Dutkiewicz, Warszawa, Centrum Edukacji Obywatelskiej.

Bogdanko A. (1999) *Wspomaganie procesu wychowawczego programami profilaktyczno-edukacyjnymi*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls".

Bono E. de (1994) *Naucz swoje dziecko myśleć*, tłum. M. Madaliński, Warszawa, Wydawnictwo Prima.

Borucka A., Ostaszewski K. (2004) *Wiodące szkolne strategie profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, „Wychowanie na co dzień", nr 10–11, s. 3–7.

Borysewicz K. (2003) *Między tolerancją a dyskryminacją – stereotyp schizofrenii w polskich czasopismach opiniotwórczych*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii", nr 12, s. 403–411.

Botvin G., Baker E., Dusenbury L., Botvin E., Diaz T. (1995) *Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population*, „Journal of the American Medical Association", nr 273, s. 1106–1112.

Bourdieu P. (1980) *Question de sociologie*, Paris, Les Editions des Minuit, za: *Health promotion; Planning and strategies* (2004) K. Tones, J. Green (red.), London, SAGE Publications, s. 65.

Boyd G. (1995), *Badania ewaluacyjne w USA. Problemy metodologiczne*, „Alkoholizm i Narkomania", nr 2, s. 9–35.

Brodniak W. (2000a) *Przegląd badań nad postawami społeczeństwa wobec chorób psychicznych, osób psychicznie chorych i instytucji psychiatrycznych w Polsce* (1963–1999), „Postępy Psychiatrii i Neurologii", nr 9, s. 339–351.

Brodniak W. (2000b) *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Warszawa, Oficyna Naukowa.

Brodniak W. (2005) *Ocena rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w perspektywie przemian społeczno-ekonomicznych w Polsce w latach 1990–2002*, w: *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, W. Piątkowski i W. Brodniak (red.), Tyczyn, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, s. 185–201.

Brudnik E. (2002) *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących 2*, Kielce, Zakład Wydawniczy SFS.

Brudnik E., Muszyńska A., Owczarska B. (2003) *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie Przewodnik po metodach aktywizujących*, wyd. 2, Kielce, Zakład Wydawniczy SFS.

Brzezińska A., Brzeziński J. (2001) *Metodologiczne problemy ewaluacji programów profilaktycznych stosowanych wobec młodzieży*, w: *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*, J. Grzelak i M. Sochocki (red.), Warszawa, Pracownia Profilaktyki Problemowej, s. 117–145.

Buczkowski A. (2005) *Społeczne tworzenie ciała; płeć kulturowa i płeć biologiczna*, Kraków, UNIVERSITAS.

Bulicz E., Murawow I. (1997) *Wychowanie zdrowotne. Cz. 1 Teoretyczne podstawy waleologii*, tłum. B. Jaworska-Wójcik, Radom, Politechnika Radomska.

Callan A. (red.) (1999) *Zdrowa skóra*, tłum. A. Macura, C. Macura, Kraków, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.

Canada's Physical Activity Guide for Healthy Active Learning (1998) Ontario, Health Canada.

Capra F. (1987) *Punkt zwrotny; nauka społeczeństwo nowa kultura*, tłum. E. Woydyłło, Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy.

Catalano R., Berglund L., Ryan J., Lonczak H., Hawkins D. (2002) *Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of Positive Youth Development Programs*, „Prevention & Treatment", nr 5, http://journals.apa.org/prevention/volume5.

Catford J., Nutbeam D. (1990) *Towards definition of health education and health promotion*, w: *Health promotion: A resource book*, R. Anderson, I. Kickbusch (red.), Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, s. 127–128.

Cattell R.B., Shrader R.R., Barton K. (1974) *The definition and measurement of anxiety as a trait and a state in the 12- to 17-year range*, „British Journal of Social and Clinical Psychology", nr 13, s. 173–182.

Celejowa I. (2005) *O edukację zdrowotną w szkołach*, „Lider", nr 10, s. 10–12.

Centers for Disease Control and Prevention (2001) *School health guidelines to prevent unintentional injures and violence*, MMWR („Morbidity and Mortality Weekly Report"), nr RR–22, s. 25–39.

Centrum Badania Opinii Społecznej (2005) *Aborcja, edukacja seksualna, zapłodnienie pozaustrojowe* – Raport z badań.

Chapman E. (1995) *Postawa życiowa twoją najcenniejszą wartością*, tłum. H. Rudowicz, Warszawa, Wydawnictwo Studio Emka.

Charońska E. (1997) *Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej*, Warszawa, Centrum Edukacji Medycznej.

Charzyńska-Gula M. (2001) *Szkolna edukacja zdrowotna jako element strategii działań na rzecz zdrowia publicznego*, Lublin, Akademia Medyczna w Lublinie.

Charzyńska-Gula M. (2002) *Edukacja zdrowotna rodziny. Poradnik dla pielęgniarki rodzinnej*, Lublin, Stowarzyszenie na Rzecz Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.

Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji (1996) Z. Melosik (red.), Toruń, Wydawnictwo Edytor.

Chomczyńska-Miliszkiewicz M. (2002) *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne*, Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Chopra D. (1994) *Twórzmy zdrowie, przez profilaktykę ku doskonałości*, tłum. E.M. Skweres, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Clark D. (2005) *Zachowania prospołeczne i antyspołeczne*, tłum. M. Bianga, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Code of ethics for the health education profession (2000), „Journal of School Health", nr 8, s. 320–321.

Coleman J.S. (1988) *Social capital in the creation of human capital*, „American Journal of Sociology", 94 supplement, s. S25–S120.

Coulthard M., Walker A., Morgan A. (2002) *People perception of their neigbourhood and community involvement: results from the social capital module of General Household Survey 2000*, London, The Stationary Office (www.statistics.gov.uk/products/p9233.asp).

Crawford R. (1980) *Healthism and the medicalization of everyday life*, „International Journal of Health Services", nr 10, s. 365–368.

Crook R. (1988) *Relaxation for children*, Sydney, Health Handbook.

Csikszentmihalyi M. (1996) *Psychologia optymalnego doświadczenia. Przepływ*, tłum.M. Wajda-Kacmajor, Warszawa, Studio Emka.

Csikszentmihalyi M. (1998) *Urok codzienności. Psychologia emocjonalnego przepływu*, tłum. B. Odymała, Warszawa, Wydawnictwo W.A.B.

Cylkowska-Nowak M. (1999a) *Kontrowersyjne aspekty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej*, w: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.), Toruń–Poznań, Wydawnictwo EDYTOR, s. 35–51.

Cylkowska-Nowak M. (1999b) *Problem podmiotowości w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej*, w: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.), Toruń–Poznań, Wydawnictwo EDYTOR s. 52–61.

Czapiński J. (2004) *Psychologiczne teorie szczęścia*, w: *Psychologia pozytywna*, J. Czapiński (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 51–102.

Czapiński J. (2005a). *Cechy osobowości i styl życia*, w: *Diagnoza społeczna* 2005. *Warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Warszawa, VIZJA PRESS&IT, s. 205–232.

Czapiński J. (2005b) *Ogólny dobrostan psychiczny*, w: *Diagnoza społeczna* 2005. *Warunki i jakość życia Polaków* J. Czapiński, T. Panek (red.), Warszawa, VIZJA PRESS&IT, s. 150–163.

Dahlgren G., Whitehead M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*, Stockholm, Institute of Future Studies, za: *Health promotion; Planning and strategies* (2004) K. Tones, J. Green, London, SAGE Publications, s. 62.

Dam G. (2002) *Keynote: Effectiveness*, w: *Conference Report*: *Education&Health in Partnerships: a European conference on linking education with the promotion of health in schools*, Copenhagen, Technical Secretariat European Network for Health Promoting Schools International Planning Committee, s. 17–22.

Damasio A. (2005) *W poszukiwaniu Spinozy. Radość, smutek i czujący mózg*, tłum. J. Szczepańska, Warszawa, Rebis.

Danielewska J. (2002) *Agresja u dzieci – Szkoła porozumienia*, Warszawa, WSiP.

Davis N. (2002) *The promotion of mental health and the prevention of mental and behavioral disorders: Surely the time is right*, „International Journal of Emergency Mental Health", nr 4, s. 3–29.

Dąbrowski K. (1985) *Zdrowie psychiczne*, Warszawa, PWN.

Dąbrowski K. (1996) *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Dembo M.H. (1997) *Stosowana psychologia wychowawcza*, tłum. E. Czerniawska, Warszawa, WSiP.

Demel M. (1965) *Wychowanie zdrowotne jako dyscyplina pedagogiczna*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna", nr 3, s. 18–27.

Demel M. (1968) *O wychowaniu zdrowotnym*, Warszawa, PZWS.

Demel M. (1972) *Nauczyciel zdrowia. Życie i dzieło doktora Stanisława Kopczyńskiego*, Warszawa, Nasza Księgarnia.

Demel M. (1980a) *Pedagogika zdrowia*, Warszawa, WSiP.

Demel M. (1980b) *Etapy rozwoju oświaty zdrowotnej w Polsce*, w: *Oświata zdrowotna*, H. Wentlandtowa (red.), Warszawa, PZWL.

Demel M. (1982) *Aleksander Landy. Życie i dzieło. Lekcja pedagogiki i medycyny przyszłości*, Warszawa, PWN.

Demel M. (1992) *Wychowanie zdrowotne, geneza, rozwój, stan posiadania, perspektywy*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne", nr 1, s. 4–8.
Demel M. (1996) *Bez historii teoria jest ślepa*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna", nr 5, s. 185–187.
Demel M. (1999) *Pedagogika zdrowia*, w: *Pedagogika ogólna i subdyscypliny*, L. Turos (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak", s. 155–168.
Demel M. (2000a) *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*, t. 1–3, Kraków, Akademia Wychowania Fizycznego, Studia i Monografie Nr 13.
Demel M. (2000b) *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*, t. 3, Kraków, Akademia Wychowania Fizycznego, Studia i Monografie Nr 13.
Demel M. (2002) *Pedagogika zdrowia*, „Chowanna", t. 1, s. 13–26.
Demel M., Mazurkiewicz E., Wentlandtowa H. (1976) *Pedagogika zdrowia (oświata zdrowotna)*, w: *Stan i perspektywy rozwoju nauk pedagogicznych*, W. Okoń (red.), Warszawa, PWN, s. 253–261.
Demel M., Zuchora K. (1975) *Cele kształcenia i wychowania fizycznego oraz zdrowotnego*, „Kultura Fizyczna", nr 4, s. 146–149.
Depta M., Żejmo-Kudelska A. (2005) *Projekt „Na krawędzi"*, „Remedium", nr 11–12, s. 40–41.
Deptuła M. (2005) *Indywidualne ścieżki ryzyka i związana z nimi interwencja profilaktyczna*, w: *Diagnostyka – profilaktyka – socjoterapia w teorii i praktyce pedagogiczne*, M. Deptuła (red.), Bydgoszcz, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 158–184.
Diagnostyk – profilaktyka – socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej (2005) M. Deptuła (red.), Bydgoszcz, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków (2006) J. Czapiński T. Panek (red.), Warszawa, VIZJA PRESS&IT Sp. z o.o.
Diener E., Lucas R., Oishi S. (2004) *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia*, tłum. M. Szuster, w: *Psychologia pozytywna*, J. Czapiński (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 35–50.
Dijkstra A. (2005) *Working mechanisms of computer-tailored health education: evidence from smoking cessation*, „Health Education Research", nr 5, s. 527–539.
Dixey R., Heindl I., Loureiro I., Perez-Rodrigo C., Snel J., Warnking P. (1999) *Healthy eating for young people in Europe. A school-based nutrition education guide*, Copenhagen, International Planning Committee (www.euro.who.int/document/e69846.pdf).
Długołęcka A. (2005) *Pokochałaś kobietę*, Warszawa, Elmabooks.
Długołęcka A., Bieniaś G. (1998) *Jak rozmawiać o życiu seksualnym człowieka?*, Warszawa, UNFPA ONZ.
Długołęcka-Lach A., Tworkiewicz-Bieniaś G. (2000) *Ja i Ty. Podręcznik dla gimnazjalistek i gimnazjalistów*, Warszawa, Oficyna Edukacyjna*Krzysztof Pazdro.
Długołęcka A., Lew-Starowicz Z. (2006) *Edukacja seksualna*, Warszawa, Świat Książki.
Dobek-Ostrowska B. (2004) *Podstawy komunikowania społecznego*, wyd. 2, Wrocław, Wydawnictwo ASTRUM.
Dodziuk A. (1993) *Pokochać siebie*, Warszawa, Wydawnictwo Intra.
Dolińska-Zygmunt G. (red.) (1996) *Elementy psychologii zdrowia*, Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
Dolto F. (1995) *Nastolatki*, tłum. B. Matusiak, Warszawa, Wydawnictwo W.A.B.
Domańska U. (2005) *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa* w: *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.), Tyczyn, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, s. 311–322.
Dryden G., Vos J. (2000) *Rewolucja w uczeniu*, tłum. B. Jóźwiak, Poznań, Moderski i S-ka.
Dubos R. (1962) *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*, tłum. T. Kielanowski, Warszawa, PZWL.
Dusenbury L., Falco M. (1995) *Eleven components of effective drug abuse prevention curricula*, „Journal of School Health", nr 65, s. 420–425.

Dzieci i młodzież wobec agresji i przemocy (2004), A. Brzezińska, E. Hornowska (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe „Scholar".
Eichelberger W. (1999) *O co pytają dzieci?*, Warszawa, Wydawnictwo Iskry.
Ekiert J. (1958) *Organizacja higieny szkolnej*, w: *Higiena szkolna*, M. Kacprzak (red.), Warszawa, PZWL, s. 88–111.
Everly G.S., Rosenfeld R. (1992) *Stres, przyczyny, terapia i autoterapia*, tłum. J. Radzicki, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży (2001) J. Grzelak, M. Sochocki (red.), Warszawa, Pracownia Profilaktyki Problemowej.
Ewles L., Simnett I. (2003) *Promoting health. A practical guide*, Edinburgh, Bailliere Tindall.
Fatyga B., Sierosławski J. (1999) *Uczniowie i nauczyciele o stylach życia młodzieży i narkotykach*, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych.
Faupel A., Herrick E., Sharp P. (1998) *Anger management: a practical guide*, London, David Fulton Publishers.
Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (2005) *List do Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu* – analiza sytuacji edukacji seksualnej w Polsce.
Fedyn B. (2005) *Samoocena kompetencji metodycznych nauczycieli do realizacji edukacji zdrowotnej*, w: *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, s. 89–94.
Fehr B., Russell J.A. (1984) *Concept of emotion viewed from a prototype perspective*, „Journal of Experimental Psychology: General", nr 113, s. 464–486.
Ferrer-Wreder L., Stattin H., Lorente C. C., Tubman J. G., Adamson L. (2004) *Successful prevention and youth developoment programs acroos borders*, New York–Boston–Dordrech–London–Moscow, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
Fishbein M., Ajzen I. (1975) *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*, Reading, Addison–Wesley.
Fontana D. (1995) *Psychologia dla nauczycieli*, tłum. M. Żywicki, Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka.
Frączek A., Stępień E. (1997), *Zachowania związane ze zdrowiem wśród dorastających a promocja zdrowia*, w: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.), Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 70–77.
Frątczak-Rudnicka B. (2002) *Marketing społeczny w promocji zdrowia*, w: *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej*, Z. Słońska, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii, s. 224–243.
Friedman H.S. (2003) *Uzdrawiająca osobowość*, tłum. S. Pikiel, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Gaberle A. (2003) *Nierozłączna triada. Przestępczość. Przestępca. Społeczeństwo*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Gajewska G., Doliński A. (1998) *Warsztat pracy pedagoga. Zbiór scenariuszy i konspektów*, Zielona Góra, Stowarzyszenie Edukacyjne Pedagogów Praktyków „Cogito".
Gardner H. (1993) *Multiple inteligences*, New York, Basic Books.
Garmezy N. (1985) *Stress-resistant children: the search for protective factors*, w: *Recent research in developmental psychopathology*, J. Stevenson (red.), Oxford, Pergamon Press, s. 213–234.
Gaś Z.B. (1995) *Młodzieżowe programy wsparcia rówieśniczego*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe „Scholar".
Gaś Z.B. (1998) *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
Gilmore G.D., Campbell M.D. (1996) *Needs assessment strategies for health education and health promotion*, wyd. 2, Madison, Brown&Benchmark.
Głodowski W. (2005) *Komunikowanie interpersonalne*, Warszawa, Wydawnictwo Hansa Communication.

Gniazdowski A. (1995) *Rola wybranych czynników psychospołecznych w procesie wdrażania promocji zdrowia w Polsce*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 7, s. 22–28.
Gold R.S., Greenberg J.S. (1992) *The health education ethics book*, Dubuque, Wm.C. Brown Publishers.
Goldstein A.P, Glick B., Gibss J.C. (2004) *ART. Program Zastępowania Agresji*, wyd. poprawione, Warszawa, Instytut „Amity".
Goleman D. (1997) *Inteligencja emocjonalna*, tłum. A. Jankowski, Poznań, Media Rodzina of Poznań.
Goleman D. (2003) *Emocje destruktywne, Jak możemy je przezwyciężyć?*, tłum. A. Jankowski, Poznań, Rebis.
Goodstadt M. (1978) *Alcohol and drug education: models and outcomes*, „Health Education Monographs", nr 6, s. 263–279.
Gordon T. (1991) *Wychowanie bez porażek*, tłum. A. Małkowska, E. Sujak, Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX.
Grabowski H. (1997) *Teoria fizycznej edukacji*, Warszawa, WSiP.
Green J. (2002) *Assessing the health needs of young people*, „IUHPE – Promotion & Education", nr 2, s. 49–51.
Green L.W., Kreuter M.W. (1991) *Health promotion planning: An educational and environmental approach*, Mountain View, Mayfield Publishing Company.
Griffin K., Botvin G., Scheier L., Doyle M., Williams C. (2003) *Common predictors of cigarette smoking, alcohol use, aggression, and delinquency among inner-city minority youth*, „Addictive Behaviors", nr 28, s. 1141–1148.
Gromadecka-Sutkiewicz M. (1999) *Elementy stylu życia wpływające na zdrowie młodzieży szkół ponadpodstawowych*, Poznań, Akademia Medyczna w Poznaniu.
Grossmann R., Scala K. (1997) *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*, tłum. B. Woynarowska, M. Misiuna, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.
Grzelak J., Wolniewicz-Grzelak B. (1993) *Ocena efektywności programów profilaktycznych. Perspektywa metodologiczna*, „Alkoholizm i Narkomania", nr 13, s. 70–112.
Grzesiak E., Janicka-Szyszko R., Steblecka M. (2005) *Komunikacja w szkole. Scenariusze godzin wychowawczych*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
GUS (2006) *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, Warszawa, Główny Urząd Statystyczny.
Habrat B. (1996) *Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem*, Warszawa, Springer PWN.
Habrat B. (2000) *Osoby z problemami alkoholowymi – rozpoznawanie i postępowanie*, „Przewodnik Lekarza", nr 3, s. 86–91.
Haffner D. (2002) *Jak rozmawiać z dziećmi o sprawach intymnych?*, tłum. E. Wieteska, Warszawa, Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media Diogenes.
Hancock T. (1990) *The mandala of health: a model of the human ecosystem*, w: *Health promotion: A resource book*, R. Anderson, I. Kickbusch (red.), Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, s. 129–138.
Hankała A. (2004) *Psychologiczne i społeczne zagrożenia związane z zastosowaniem mediów i technologii informatycznej w edukacji*, w: *Pedagogika a środki informatycze i media*, M. Tanaś (red.), Warszawa–Kraków, Wyższa Szkoła Pedagogiczna ZNP, Oficyna Wydawnicza „Impuls", s. 73–83.
Hansen W., Graham J. (1991) *Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: peer pressure resistance training versus establishing conservative norms*, „Preventive Medicine", nr 20, s. 414–430.
Hart A. (1995) *Twoje dziecko i stres. Jak rozpoznawać oznaki stresu i mu przeciwdziałać*, tłum. Z. Kościuk, Warszawa, Wydawnictwo Rodzinny Krąg.
Hart R. (2002) *Keynote: Participation*, w: *Conference Report: Education&Health in Partnerships: a European conference on linking education with the promotion of health in schools*, Copenhagen, Technical Secretariat European Network for Health Promoting Schools International Planning Committee, s. 37–39.

Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y. (1992) *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implication for substance abuse prevention*, „Psychological Bulletin", nr 112, s. 64–105.
Hawkins J.D., Nederhood B. (1994) *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych*, tłum. K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski, A. Pisarska, Warszawa–Olsztyn, Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Pracownia Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
Hawkins J.D., Weis J. (1985) *The social development model: an integrated approach to delinquency prevention*, „Journal of Primary Prevention", nr 6, s. 73–97.
Herzlich C. (1973) *Health and illness. A social psychological analysis*, London, Academia Press.
Heszen-Niejodek I. (1999) *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, J. Strelau (red.), Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 465–492.
Higiena szkolna (1958) M. Kacprzak (red.), Warszawa, PZWL.
Hill F. (1995) *Mental health, holistic wellbeing and the spiritual dimension*, „Promotion of Mental Health", t. 4, s. 105–113.
Hirschi T. (1969) *Causes of delinquency*, Berkeley, University of California Press.
Historia medycyny (1988) T. Brzeziński (red.), Warszawa, PZWL.
Hobfoll S.E. (2006) *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, tłum. M. Kacmajor, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Hofman Z. (2005) *Humor, śmiech i zabawa w edukacji zdrowotnej*, w: *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, s. 100–104.
Hubley J. (2004) *Communicating health. An action guide to health education*, wyd. 2, Oxford, Macmillan.
Idziakowski Z. (2002) *Zasady współpracy z mediami*, w: *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej*, Z. Słońska, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii, s. 211–223.
Instytut Psychiatrii i Neurologii (2006) *Oczami dziecka. Zbiór rysunków i opowiadań z Konkursu Szkolnego Światowej Organizacji Zdrowia na temat zdrowia psychicznego*, tłum. K. Andrzejewska, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Instytut Psychiatrii i Neurologii (2004) *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2005*, Warszawa, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Izdebski Z. (2004) *Raport z badań – Edukacja prozdrowotna i seksualna w polskiej szkole*, tns OBOP.
Izdebski Z. (2005) *Pedagogika seksualna*, w: *Encyklopedia Pedagogiczna*, J. Pilch (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak", s. 251–257.
Izdebski Z. (2006) *Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001–2005*, Zielona Góra, Uniwersytet Zielonogórski.
Izdebski Z., Ostrowska A. (2003) *Seks po polsku. Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków*, Warszawa, MUZA SA.
Jacennik B. (2000) *Koncepcje i metody marketingu społecznego a promocja zdrowia*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 19, s. 88–100.
Jachimska M. (1994) *Grupa bawi i pracuje, zbiór grupowych gier i ćwiczeń psychologicznych*, Wrocław, UNUS.
Jaczewski A., Korczak Z., Popielarska A. (1985) *Rozwój i zdrowie ucznia*, Warszawa, WSiP.
Jahoda M. (1958) *Current concepts of mental health*, New York, Basic Books.
Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia z realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie" w latach 1992–1995 (1995) B. Woynarowska (red.), Warszawa, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie.

Jakubowska-Branicka I. (2003) *Stosunek do prawa w rozwoju myślenia moralnego i prawnego dzieci i młodzieży a stosunek do prawa dorosłych*, w: *O prawie i obyczajach w społeczeństwie*, Warszawa, UW, Prace Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych nr 5, s. 41–68.
James W. (2002) *Psychologia. Kurs skrócony* (skrócona wersja *The principles of psychology*), tłum. M. Zagrodzki, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
Jarosz M. (2000) *Społeczne koszty polskiej transformacji*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 18, s. 7–26.
Jarymowicz M. (1985) *Spostrzeganie samego siebie: porównanie „Ja–inni"*, w: *Psychologia spostrzegania społecznego*, M. Lewicka, J. Trzebiński (red.), Warszawa, Książka i Wiedza, s. 217–256.
Jaworski Z. (2005) *Koncepcje krzewienia kultury zdrowotnej w szkole polskiej (1965–2004)*, Warszawa, Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam".
Jegier A. (2005) *Aktywność ruchowa w promocji zdrowia oraz zapobieganiu i leczeniu chorób przewlekłych*, w: *Medycyna sportowa*, A. Jegier, K. Nazar, A. Dziak (red.), Warszawa, Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej, s. 402–456.
Jensen B.B. (1994a) *Środowiskowa edukacja zdrowotna – wprowadzenie i podstawowe założenia*, „Lider", nr 4, s. 3–4.
Jensen B.B. (1994b) *Edukacja zdrowotna i demokracja*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne", nr 4, s. 22–25.
Jensen B.B. (1997) *A case of two paradigms within health education*, „Health Education Research", nr 4, s. 419–428.
Jensen B.B., Jensen B. (2005) *Inequality, health and action for health – do children and young people have an opinion?*, w: *The health promoting school: International advances in theory, evaluation and practice*, S. Clift, B.B. Jensen (red.), Copenhagen, Danish University of Education Press, s. 192–214.
Jensen B.B., Simovska V. (2005) *Involving students in learning and health promotion process – clarifying why? what? and how?*, „IUHPE – Health Promotion and Education", nr 3–4, s. 150–156.
Jessor R. (1987) *Problem-behavior theory, Psychosocial development, and adolescent problem drinking*, „British Journal of Addiction", nr 82, s. 331–342.
Jessor R., Jessor S. (1977) *Problem behavior and psychological development: a longitudinal study of youth*, New York, Academic Press.
John-Borys M. (2002) *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*, Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
Johns B.H, Carr V.G (2002) *Techniques for managing verbally physically aggressive students*, Denver–London–Sydney, Love Publishing Company.
Johnson D. (1992) *Podaj dłoń*, tłum. B. Czarnecka, Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP.
Juczyński Z. (2001) *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
Juszczyk S. (2000) *Człowiek w świecie elektronicznych mediów – szanse i zagrożenia*, Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
Jutras S., Normandeau S., Kalnins I. (1997) *Mutual help in relation to health: The experience of children*, „The Journal of Primary Prevention", nr 2, s. 173–192.
Kacprzak M. (1957) *Istota medycyny zapobiegawczej*, Warszawa, PZWL.
Kalnins I., Jutras S., Normandeau S., Morin P. (1998) *Children's health action within the context of daily living*, „American Journal Health Behavior", nr 6, s. 460–472.
Kalnins I., Love R. (1982) *Children's concepts of health and illness – and implications for health education: An overview*, „Health Education Quartely", nr 2–3, s. 104–115.
Kandel D., Yamaguchi K., Chen K. (1992) *Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the Gateway Theory*, „Journal of Studies on Alcohol", nr 53. s. 447–457.

Kannas L. (2005) *„Zdrowie" – nowy przedmiot szkolny w Finlandii: budowanie programu i metodologii jego nauczania i kształcenia nauczycieli*, w: *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, s. 28–33.
Kapica M. (2001) *Czy edukacji zdrowotnej potrzebna jest teoria*? w: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, B. Woynarowska, M. Kapica (red.), Warszawa, KOWEZ, s. 77–83.
Karski J.B. (1999) *Promocja zdrowia a wypadki, urazy i zatrucia*, w: *Promocja zdrowia*, J.B. Karski (red.), wyd. nowe, Warszawa, Wydawnictwo Ignis, s. 120–147.
Karski J.B. (1999a) *Szpital promujący zdrowie* w: *Promocja zdrowia*, J.B. Karski (red.), wyd. nowe, Warszawa, Wydawnictwo Ignis, s. 389–397.
Karski J.B. (2003) *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Warszawa, CeDeWu Sp. z o.o.
Karta Ottawska (1986) tłum. J.B. Karski, w: *Promocja zdrowia* (1994) J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), Warszawa, Sanmedia, s. 423–429.
Kawczyńska-Butrym Z. (1997) *Pojęcia: zdrowie – choroba w poglądach mieszkańców wsi*, „Promocja Zdrowja. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 10, s. 65–74.
Kawczyńska-Butrym Z. (1994) *Rola pielęgniarki w promocji zdrowia. Przygotowanie i zakres roli*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 1, s. 88–96.
Kawczyńska-Butrym Z. (2001) *Zdrowie i edukacja zdrowotna z perspektywy socjologii zdrowia*, w: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, B. Woynarowska, M. Kapica (red.), Warszawa, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, s. 54–59.
Kawula S. (2004) *Człowiek w relacjach socjopedagogicznych*, wyd. 2 rozszerzone, Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit".
Kennedy A., Gask L., Rogers A. (2005) *Training professionals to engage with and promote self-management*, „Health Education Research", nr 5, s. 567–578.
Kędzia W., Spaczyński M. (2005) *Zasady profilaktyki raka szyjki macicy*, w: *Profilaktyka w położnictwie, ginekologii i neonatologii*, Z. Słomko, K. Drews, T. Niemiec (red.), Poznań, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, s. 849–874.
Kędzior-Niczyporuk E. (2003) *Wprowadzenie do pedagogiki zabawy*, Lublin, Wydawnictwo KLANZA.
Kępiński A. (1978) *Rytm życia*, Kraków, Wydawnictwo Literackie.
Kickbusch I. (1986) *Life style and health*, „Social Science and Medicine", t. 22, nr 2, częściowy przedruk *Styl życia a zdrowie* (1994) tłum. M. Misiuna, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 1–2, s. 99–111.
Kickbusch I. (1997) *Think health: what makes the difference*, „Health Promotion International", nr 4, s. 265–272.
Kickbusch I., Nutbeam D. (1998) *Health promotion glossary*, Geneva, World Health Organization, www.who.int/hpr/docs/glossary.html.
Kirschner H. (1997) *Lekarz rodzinny a promocja zdrowia*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 12–13, s. 7–21.
Klimowicz A. (2005) *Metody nauczania w pracy z dorosłymi*, w: *Poradnik edukatora*, M. Owczarz (red.), Warszawa, CODN, s. 183–209.
Klus-Stańska D. (2005) *Edukacja elementarna a rozwój kompetencji poznawczych dzieci*, w: *Edukacja elementarna*, z. 1, K. Lubomirska (red.), Warszawa, Centralny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, s. 21–35.
Klus-Stańska D., Nowicka M. (1999) *Bezpieczeństwo dzieci. Scenariusze zajęć dla rodziców i nauczycieli*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls".
Kofta M., Doliński D. (2000) *Poznawcze podejście do osobowości*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, J. Strelau (red.), Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 561–600.
Kolb D.A. (1981) *Learning styles and disciplinary differences*, San Francisco, Jossey-Bass Inc. Publishers.

Kolb D.A. (1984) *Experiental learning, Experiences as the source of learning and development*, Englewood Cliffs, Prentice Hall Inc.

Kołodziejczyk A., Czemierowska E., Kołodziejczyk T. (1997) *Spójrz inaczej. Program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas 1–3 szkół podstawowych*, Skarżysko-Kamienna, Wydawnictwo ATE s. c.

Kołodziejczyk J. (2004) *Agresja i przemoc w szkole. Konstruowanie programu przeciwdziałania agresji i przemocy w szkole*, Kraków, Sophia.

Kołoło H., Woynarowska B. (2004) *Nieuzasadnione odchudzanie się dziewcząt w okresie dojrzewania a sytuacja ekonomiczno-społeczna ich rodzin*, „Medycyna Wieku Rozwojowego", nr 3, część I, s. 611–622.

Komosińska K., Woynarowska B. (2004) *Zachowania związane ze zdrowiem jamy ustnej młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce i innych krajach oraz tendencje zmian w latach 1990–2002*, „Nowa Stomatologia", nr 2, s. 62–72.

Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu (2006) J. Gawęcki, T. Mossor-Pietraszewska (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Konopczyński M. (1996) *Twórcza resocjalizacja*, Warszawa, MEN Biblioteka Wychowawcy nr 11.

Korp P. (2006) *Health on the Internet: implication for health promotion*, „Health Education Research", nr 1, s. 78–96.

Kozielecki J. (1966) *Zagadnienia psychologii myślenia*, Warszawa, PWN.

Kozielecki J. (1977) *Psychologiczna teoria podejmowania decyzji*, Warszawa, PWN.

Kozielecki J. (1981) *Psychologiczna teoria samowiedzy*, Warszawa, PWN.

Kozłowska-Wojciechowska M. (2004) *Żyjmy w zdrowiu czyli nowa piramida żywienia*, Warszawa, Prószyński i Ska.

Kozłowska-Wojciechowska M., Uramowska-Żyto B., Jarosz A., Makarewicz-Wujec M. (2002) *Wpływ edukacji żywieniowej dzieci w wieku szkolnym na wiedzę i zachowania ich rodziców*, „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny", nr 3, s. 253–258.

Krawański A. (2003) *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*, Poznań, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu.

Krawański A. (2006) *Interaktywne uczenie się i nauczanie w wychowaniu fizycznym i fizjoterapii*, Poznań, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu.

Krowatschek D. (2006) *Jak sobie radzić z agresją u dzieci. Poradnik dla rodziców*, tłum. M. Sochacka, Kraków, Wydawnictwo WAM.

Król-Fijewska M., Fijewski P. (1992) *Nasze spotkania. Przewodnik do realizacji zajęć psychologicznych „Nasze Spotkania"*, Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.

Kubiczek B. (2005) *Metody aktywizujące. Jak nauczyć uczniów uczenia się*, Opole, Wydawnictwo NOWIK Sp.j.

Kulmatycki L. (2000) *Lekcja relaksacji*, Wrocław, Wydawnictwo AWF Wrocław.

Kulmatycki L. (2003) *Promocja zdrowia w kulturze fizycznej*, Wrocław, Wydawnictwo AWF we Wrocławiu.

Kumpfer K., Olds D., Alexander J., Zucker R., Gary L. (1998) *Family etiology of youth problems*, w: *Drug abuse prevention through family interventions*, R. Ashery, E. Robertson, K. Kumpfer (red.), NIDA Research Monograph 177, U.S. Department of Health and Human Services.

Kuński H. (2000) *Promowanie zdrowia. Podręcznik dla studentów wychowania fizycznego i zdrowotnego*, wyd. 2 uzupełnione, Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Kuński H. (2002) *Trening zdrowotny osób dorosłych. Poradnik lekarza i trenera*, Warszawa, Medsportpress.

Kupisiewicz C. (2005) *Podstawy dydaktyki*, Warszawa, WSiP.

Kwaśniewski J. (1979) *Profilaktyka społeczna: związki ze stylami polityki społecznej oraz implikacje dla nauki*, „Prace IPSiR UW T. 3, Zachowania dewiacyjne i kierunki oddziaływania", Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, s. 163–176.

Kwiatkowska H. (2005) *Tożsamość nauczycieli. Między anomią a autonomią*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Lalonde M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians: a working document*, Ottawa, Canada Information.

Lamczak U. (2001) *Co to jest inteligencja emocjonalna?*, „Edukacja i Dialog", nr 5. s. 41–47.

Langlois J. P. (1998) *Edukacja zdrowotna pacjenta*, tłum. S. Chlabicz, w: *Medycyna rodzinna*, P.D. Sloane, L.M. Slatt, P. Curtis (red.), wyd. 1 polskie, A. Steciwko (red.), Wrocław, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, s. 163–171.

Laumann E. (1994) *The social organization of sexuality*, Chicago, University of Chicago Press.

Lawlor D., Marsden C., Sanderson J., Simmonds D. (1999) *Rapid participatory appraisal of young people's sexual health needs: an evaluation of metaplanning*, „Health Education Journal", nr 58, s. 228–238.

Lazarus R. (1986) *Paradygmat stresu i radzenia sobie*, „Nowiny Psychologiczne", nr 3, s. 2–39.

LeBow M.D (1995) *Jak schudnąć*, tłum. J. Matuszkiewicz-Rowińska, Warszawa, PZWL.

Lehtinen V., Riikonen E., Lahtinen E. (1998), *Promotion of mental health on the European agenda*. STAKES, Helsinki.

Leksykon psychiatrii (1993) S. Pużyński (red.), Warszawa, PZWL.

Levin L.S., Ziglio E. (2001) *Promocja zdrowia jako strategia inwestycyjna: Rozważania o teorii i praktyce*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 21, s. 143–155.

Levin-Zamir D, Peterburg Y. (2001) *Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel*, „Health Promotion International", nr 1, s. 87–94.

Lewicki Cz. (2002) *Kompetencje rodziców w zakresie wychowania zdrowotnego i aktywizacji ruchowej dzieci*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne", nr 2, s. 8–14.

Lewicki Cz. (2005) *Kompetencje nauczycieli i realizacja edukacji zdrowotnej w przedszkolach i szkołach podstawowych*, w: *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, s. 85–89.

Lewicki Cz. (2006) *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*, Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Lew-Starowicz Z. (1992) *Kryteria zdrowia w różnych kulturach*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne", nr 1, s. 20–24.

Lew-Starowicz Z. (1999) *Styl życia seksualnego a zdrowie*, w: *Promocja zdrowia*, J.B. Karski (red.), wyd. nowe, Warszawa, Wydawnictwo Ignis, s. 338–348.

Lew-Starowicz Z. (2002) *Encyklopedia erotyzmu*, Warszawa, Muza.

Libiszowska-Żółtkowska M. (1997) *Zdrowie w religijnym systemie wartości i prozdrowotnej aktywności Kościoła katolickiego*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 12–13, s. 22–36.

Lopez R.I. (2004) *Twój nastolatek. Zdrowie i dobre samopoczucie*, tłum. J. Józefowicz-Pacuła, J. Wiśniewski, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Luthar S.S., Cicchetti D. (2000) *The construct of resilience: Implications for interventions and social policies*, „Development and Psychopatology", nr 12, s. 857–885.

Łuczak J. (2004) *Znaczenie wartościowania zdrowia i jego oceny w kształtowaniu się zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży*, „Medycyna Wieku Rozwojowego", nr 3, część I, s. 485–497.

Łuszczyńska A. (2004) *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

MacKenzie RJ. (1996) *Setting limits in the classroom. How to move beyond the classroom dance of discipline*, Lava Ridge Court, Roseville, Prima Publishing.

Madaras L., Madaras A. (1996a) *Moje ciało i ja*, wersja dla chłopców, tłum. A. Lenobel, Warszawa, Wydawnictwo W.A.B.

Madaras L., Madaras A. (1996b) *Moje ciało i ja*, wersja dla dziewcząt, tłum. P. Amsterdamski, Warszawa, Wydawnictwo W.A.B.

Malinowska-Cieślik M. (2001) *Kontrola i prewencja urazów*, w: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), Kraków, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", s. 397–407.

Malinowska-Cieślik M. (2005) *Wpływ czynników psychospołecznych na przejawianie przez nastolatków zachowań związanych z unikaniem urazów z powodu wypadków drogowych*, w: *Środowiskowe, społeczne i behawioralne uwarunkowania urazów i przemocy wśród młodzieży szkolnej w Polsce i wybranych krajach*, J. Mazur (red.), Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, s. 147–163.

Małkowska-Szkutnik A. (2006) *Spostrzegane wsparcie społeczne*, w: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i środowiskowych*, A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, s. 91–110.

Marghoob A.A. (2000) *Ryzyko związane z zespołem znamion atypowych. Nauczanie zagrożonych pacjentów jak strzec się przed czerniakiem*, „Medycyna po Dyplomie", nr 4, s. 96–106.

Mariański J. (2006) *Socjologia moralności*, Lublin, Wydawnictwo KUL.

Marody M. (1987) *Antynomie zbiorowej podświadomości*, „Studia Socjologiczne, nr 2, s. 89–99.

Marszałek A. (2004) *Metody aktywizujące w kształceniu*, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 3, T. Pilch (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak", s. 210–215.

Maslow A.D. (1990) *Motywacja i osobowość*, tłum. P. Sawicka, Warszawa, Instytut Wydawniczy „Pax".

Masten A., Powell J.L. (2003) *A resilience framework for research, policy and practice*, w: *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*, S. Luthar (red.), Cambridge University Press, Cambridge, s. 1–25.

Matematyka a zdrowie: wybór zadań wspomagających realizację prozdrowotnej ścieżki międzyprzedmiotowej (2001) T. Knysz (red.), Opole, Wydawnictwo „Nowik".

Matlakiewicz A., Stolarczyk-Szewc H. (2005) *Dorośli uczą się inaczej. Andragogiczne podstawy kształcenia ustawicznego*, Toruń, Wydawnictwo Centrum Kształcenia Ustawicznego w Toruniu.

Maule P. (1992) *Skąd się wziąłem?*, Wrocław, Krajowa Agencja Wydawnicza.

Mazur J. (2000) *Promocja zdrowia a promocja bezpieczeństwa. Nowe tendencje w zapobieganiu urazom*, „Medycyna Wieku Rozwojowego", nr 4, supl. 1, s. 189–197.

Mazur J. (2004a) *Częstość i uwarunkowania urazów wymagających pomocy medycznej*, „Remedium" nr 7–8, s. 29–30.

Mazur J. (2004b) *Środowisko szkolne i jego bezpieczeństwo*, „Edukacja dla Bezpieczeństwa", nr 4, s. 44–49.

Mazur J. (2005) *Pomiar jakości życia*, w: *Horyzonty metodyczne w epidemiologii*, Z.J. Brzeziński (red.), Warszawa, Komisja Epidemiologii i Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk Medycznych PAN, s. 39–51.

Mazur J., Kowalewska A., Woynarowska B. (2003) *Picie alkoholu a inne zachowania ryzykowne dla zdrowia u młodzieży w wieku 11–15 lat*, „Medycyna Wieku Rozwojowego", t. 7, nr 1, cz. 2, s. 75–89.

Mazur J., Szymborski J. (2001) *Zdrowie naszych dzieci. Wypadki, urazy i zatrucia u dzieci i młodzieży w Polsce*, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.

Mazur J., Woynarowska B. (1999) *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Wypadki i urazy*, Warszawa, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego.

Mazur J., Woynarowska B., Kołoło H. (2007) *Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży w Polsce*, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.

Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A. (2000) *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Palenie tytoniu*, Warszawa, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego.

Mazur J., Woynarowska B., Oblacińska A., Kołoło H., Biernacka B. (2005) *Rozpowszechnienie urazów i przemocy wśród młodzieży szkolnej w Polsce i w innych krajach*, w: *Środowiskowe, społeczne i behawioralne uwarunkowania urazów i przemocy wśród młodzieży szkolnej w Polsce i w wybranych krajach*, J. Mazur (red.), Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, s. 25–43.

Mazurkiewicz E. (1978) *Podstawy wychowania zdrowotnego*, w: *Higiena i ochrona zdrowia*, Z.J. Brzeziński, C.W. Korczak (red.), Warszawa, PZWL, s. 377–400.

Mazurkiewicz E. (2001) *Pożytki z osiągnięć pedagogiki społecznej dla edukacji zdrowotnej*, w: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, B. Woynarowska, M. Kapica (red.), Warszawa, KOWEZ, s. 83–88.

Mądrzycki T. (1970) *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*, Warszawa, PZWS.

McWhirter J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H. (2001) *Zagrożona młodzież*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, A. Basaj, Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Media wobec wielorakich potrzeb dziecka (2005) S. Juszczyk, I. Polewczyk (red.), Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Meeks L., Heit P., Page R. (1996) *Comprehensive school health education*, wyd. 2, Blacklich, MeeksHeit Publishing Company.

Mellibruda J. (1980) *Poszukiwanie samego siebie*, Warszawa, Nasza Księgarnia.

Mellibruda J. (1997) *Profilaktyka problemowa*, „Remedium", nr 10, s. 17–20.

Melosik Z. (1999a) *Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym. Konteksty teoretyczne*, w: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.), Toruń–Poznań, Wydawnictwo EDYTOR, s. 7–23.

Melosik Z. (1999b) *Tyrania ciała szczupłego i jego konsekwencje*, w: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.), Toruń–Poznań, Wydawnictwo EDYTOR, s. 139–158.

Mental Health Declaration for Europe and Mental Health Action Plan for Europe, WHO, 2005, *(„Podjąć wyzwania szukać rozwiązań", Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy oraz Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy* (2005), Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (2000) *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Kraków–Warszawa, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius".

Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia (1996) *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*, Warszawa, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

Mika S. (1982) *Psychologia społeczna*, Warszawa, PWN.

Mika S. (1992) *O różnych drogach samodoskonalenia*, Warszawa, WSiP.

Mika S, (1998) *Psychologia społeczna dla nauczycieli*, Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak".

Mikina A., Zając B. (2004) *Jak wdrażać metodę projektów*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls".

Mikołajczyk M. (1995) *O nieskuteczności biernego informowania czyli grochem o ścianę*, „Psychologia Wychowawcza", nr 5, s. 402–417.

Miles A., Waller J., Hiom S., Swanston D. (2005) *SunSmart? Skin cancer knowledge and preventive behaviour in a British population representative sample*, „Health Education Research", nr 5, s. 579–585.

Milewska E. (2004) *Środowisko szkolne a zaburzenia zachowania*, w: *Zanim w szkole będzie źle*, K. Ostrowska (red.), Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, s. 64–77.

Ministerstwo Edukacji Narodowej (1982) *Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna", nr 7, s. 243–259.

Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu (2004) *Narodowy Plan na Rzecz Dzieci 2004–2012 „Polska dla Dzieci"*, Warszawa, Towarzystwo Produkcyjno-Handlowe „Edytor".

Mittelmark M.B. (1999) *Social ties and health promotion: suggestion for population-based research (editorial)*, „Health Education Research", nr 4, s. 447–451.

Mitkiewicz K. (1933) *Propaganda i nauczanie higieny w szkole*, w: *Higjena szkolna*, S. Kopczyński (red.), Warszawa, Wydawnictwo M. Arcta, s. 888–918.

Models of health promoting schools in Europe (2002) B.B. Jensen, V. Simovska (red.), Copenhagen, World Health Organization.
Mrazek P., Haggerty R. (red.) (1994) *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Washington, National Academy Press.
Muszyński H. (1965) *Działanie profilaktyczne w wychowaniu*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze", nr 3, s. 1–4.
Nakajima H. (1993) *Wprowadzenie w szkołach wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Lider", nr 5, s. 3.
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1997) *Ninth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*, Washington, U.S. Department of Health and Human Services.
Nation M., Crusto C., Wandersman A., Kumpfer K., Seybolt D., Morrissey-Kane E., Davino K. (2003) *What works in prevention*, „American Psychologist", nr 58, s. 449–456.
Newman D.A., Horne B., Bartolomucci C.L. (2000) *Bully buster. A teacher's manual for helping bullies, victims and bystanders*, Champaing, Illinois Research Press.
Nęcka E. (2000) *Twórczość*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, J. Strelau (red.), Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 783–807.
Niebrój L. (2003) *Zasada autonomii: etyka edukacji zdrowotnej*, „Auxllium Sociale", nr 1, s. 89–98.
Noar S. M., Zimmerman R. S. (2005) *Health behaviour theory and cumulative knowledge regarding health behaviours: are we moving in the right direction*?, „Health Education Research", nr 3, s. 275–290.
Normandeau S., Kalnins I., Jutras S., Hanigan D. (1998) *A description of 5- to 12-year old children's conception of health within the context of their daily life*, „Psychology and Health", s. 889–896.
Nowak S. (1985) *Metodologia badań społecznych*, Warszawa, PWN.
Nowakowska A.K. (2004) *Zachowania nauczycieli wobec agresji w szkole*, w: *Agresja w szkole. Spojrzenie wieloaspektowe*, A. Rejzner (red.), Warszawa, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.
Nowicka W., Solik A. (2003) *Międzynarodowe standardy zdrowia i praw reprodukcyjnych oraz seksualnych a ich realizacja w Polsce*, Warszawa, Sekretariat Pełnomocnika Rządu ds. Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn.
Nutbeam D. (2000) *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, „Health Promotion International", nr 3, s. 259–267.
Oatley K., Jenkins J.M. (2003) *Zrozumieć emocje*, tłum. J. Radzicki, J. Suchecki, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
Obuchowska I., Jaczewski A. (2002) *Rozwój erotyczny*, Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak".
Ogińska-Bulik N. (2004) *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*, Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
Okoń W. (1965) *O koncepcji wychowania zdrowotnego*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna", nr 10, s. 1–3.
Okoń W. (2001) *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak".
Osmańska-Furmanek W., Furmanek M. (2006) *Pedagogika mediów*, w: *Pedagogika*, t. 3, *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*, B. Śliwerski (red.), Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, s. 295–312.
Okulicz-Kozaryn K. (2005) *Używanie narkotyków przez młodzież – pojęcia definicyjne*, „Remedium", nr 6, s. 18–19.
Olechnicki K., Załęcki P. (1997) *Słownik socjologiczny*, Toruń, Wydawnictwo Graffiti BC.
Olweus D. (1998) *Mobbing – fala przemocy w szkołach. Jak ją powstrzymać?*, tłum. D. Jastrun, Warszawa, Jacek Santorski & CO.
Opotow S. (2005) *Agresja i przemoc*, w: *Rozwiązywanie konfliktów*, M. Teutsch, P.T. Coleman (red.), tłum. M. Cierpisz, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Ostaszewski K. (1995) *Zastosowanie techniki „drawn & write" do oceny skuteczności szkolnego programu profilaktyki uzależnień „Spójrz inaczej"*, „Alkoholizm i Narkomania", nr 2, s. 79–86.
Ostaszewski K. (2001) *Szkolno-środowiskowe programy profilaktyczne. Sukcesy i dylematy naukowego podejścia*, w: *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*, J. Grzelak i M. Sochocki (red.), Warszawa, Pracownia Profilaktyki Problemowej, s. 11–57.
Ostaszewski K. (2003) *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe „Scholar".
Ostaszewski K. (2005a) *Druga strona ryzyka*, „Remedium", nr 2, s. 1–3.
Ostaszewski K. (2005b) *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium", nr 7–8, s. 40–41.
Ostaszewski K. (2005c) *Interaktywna profilaktyka*, „Remedium", nr 11–12, s. 36–37.
Ostaszewski K. (2006) *W poszukiwaniu sposobu na profilaktykę*, „Remedium", nr 2, s. 28–29.
Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. (2000) *Ocena skuteczności programu wczesnej profilaktyki alkoholowej „Program Domowych Detektywów"*, „Alkoholizm i Narkomania", nr 1, s. 83–103.
Ostrowska A. (1999a) *Styl życia a zdrowie*, Warszawa, Wydawnictwo IFiS PAN.
Ostrowska A. (1999b) *Promocja zdrowia ludzi chorych i niepełnosprawnych*, w: J.B. Karski (red.), *Promocja zdrowia*, wyd. nowe, Warszawa, Wydawnictwo Ignis, s. 349–366.
Oświata zdrowotna (1980) H. Wentlandtowa (red.), wyd. 2, Warszawa, PZWL.
Ottawa Charter for Health Promotion (1986), „Health Promotion", nr 4, s. iii–v.
Pajączkowska E., Ponińska, K. (1990) *Nie wierzcie w bociany*, Katowice, Krajowa Agencja Wydawnicza.
Pańkowska D. (2005) *Wychowanie a role płciowe*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2003), *Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w 2003 roku – projekt.* www.parpa.pl/?sub=0&check=1
Paris S.G,. Ayres L.R. (1997) *Stawanie się refleksyjnym uczniem i nauczycielem*, tłum. M. Jankowski, M. Micińska, Warszawa, WSiP.
Parsons C., Stears D., Thomas C. (1996) *The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change*, „Health Education Journal", nr 55, s. 311–321.
Parsons T. (1969) *Struktura społeczna a osobowość*, tłum. M. Tabin, Warszawa, PWN.
Patterson G., DeBaryshe B.D., Ramsey E., (1989) *A developmental perspective on antisocial behavior*, „American Psychologist", nr 44, s. 329–335.
Pawłucki A. (1997) *Nauczyciel wobec wartości zdrowia – studium krytyczne*, Gdańsk, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego.
Pedagogika a środki informatyczne i media (2004) M. Tanaś (red.), Warszawa–Kraków, Wyższa Szkoła Pedagogiczna ZNP, Oficyna Wydawnicza „Impuls", s. 73–83.
Pelletier K. (1981) *Mind as healer mind as slayer, a holistic approach to preventing stress disorders*, New York, A Delta Book.
Petraitis J., Flay B., Miller T. (1995) *Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle*, „Psychological Bulletin", nr 1, s. 67–86.
Pflanz M. (1976) *Struktura społeczna a zdrowie. Problemy nie rozwiązane*, w: *Socjologia a zdrowie*, M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.), Warszawa, PWN, s. 353–370.
Piaget J. (1962) *Studia z psychologii dziecka*, tłum. T. Kołakowska, Warszawa, PWN.
Piątkowski W. (1994) *Promocja zdrowia w społeczności lokalnej. Przykład Liskowa* (1900–1939), „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 1–2, s. 115–121.
Piątkowski W. (1999) *Lisków – społeczność lokalna promująca zdrowie*, w: *Zdrowie i choroba. Promocja zdrowia dla gmin i instytucji edukacyjnych*, M. Latoszek (red.), Gdańsk, Gdańskie Towarzystwo Naukowe, s. 75–81.
Pierścieniak K. (2005) *Specyfika uczenia się dorosłych*, w: *Poradnik edukatora*, M. Owczarz (red.), Warszawa, CODN, s. 17–28.

Piramowicz G. (1988) *Powinności nauczyciela*, Wstęp i opracowanie T. Mizia, Warszawa WSiP.
Podgórecki A. (1969) *Patologia życia społecznego*, Warszawa, PWN.
Pomianowska M., Tołwińska-Królikowska E. (2005) *Etyka w pracy edukatora*, w: *Poradnik edukatora*, M. Owczarz (red.), Warszawa, CODN, s. 43–58.
Poradnik edukatora (2005) M. Owczarz (red.), Warszawa, CODN.
Pomianowska M., Walkiewicz B. (2005) *Kompetencje niezbędne w pracy edukatora*, w: *Poradnik edukatora*, M. Owczarz (red.), Warszawa, CODN, s. 59–90.
Powstawanie problemów alkoholowych. Biologiczne, psychospołeczne i socjologiczne czynniki ryzyka uzależnienia od alkoholu (1997) R. Zucker, G. Boyd, J. Howard (red.), Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
Powstrzymać agresję na progu szkoły (2004) J. Danielewska (red.), Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Prajsner M. (2000) *Perspektywy polskiej profilaktyki problemowej*, Warszawa, Fundacja ETOH.
Prochaska J.O., DiClemente C. (1982) *Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change*, „Psychotherapy: Theory, Research and Practice", nr 3, s. 276–288.
Profilaktyka w pediatrii (1999) B. Woynarowska (red.), Warszawa, PZWL.
Profilaktyka w środowisku lokalnym (2002) G. Świątkiewicz (red.), Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej (2002) Z. Słońska, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii.
Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie. Edukacja zdrowotna w szkole (1995) B. Woynarowska (red. wersji polskiej), Warszawa, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie.
Propozycja programu nauczania przedmiotu „edukacja zdrowotna" w kształceniu nauczycieli (2003) w: *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, s. 111–126.
Przewoźniak L. (1996) *Promocja zdrowia – zagadnienia ogólne*, w: *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*, B. Bik. A. Henzel-Korzeniowska, L. Przewoźniak, K. Szczerbińska, Kraków, Szkoła Zdrowia Publicznego Collegium Medium UJ, s. 23–86.
Przewoźniak L. (2000) *Udział nauk o zachowaniu w zdrowiu publicznym*, w: *Zdrowie publiczne*, t. 1, A. Czupryna, S. Pożdzioch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), Kraków Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius", s. 359–403.
Przewoźniak L., Bik B. (2001) *Model PRECEDE-PROCEED autorstwa L.W. Greena i M.W. Kreutera jako podstawa planowania interwencji edukacyjnej*, w: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, B. Woynarowska, M. Kapica (red.), Warszawa, KOWEZ, s. 114–120.
Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży (1975), M. Żebrowska (red.), Warszawa, PWN.
Puchalski K. (1994) *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 1–2, s. 53–69.
Puchalski K. (1997) *Zdrowie w świadomości społecznej*, Łódź, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytut Medycyny Pracy.
Puchalski K. (2004) *Działania prozdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników średnich i dużych przedsiębiorstw*, „Medycyna Pracy", nr 3, s. 233–242.
Puchalski K., Korzeniowska E. (2004) *Dlaczego nie dbamy o zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu aktywności prozdrowotnej*, w: *Zdrowie, choroba społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, W. Piątkowski (red.), Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 107–126.
Putnam R.D. (1993) *The prosperous community: Social capital and public life*, „The American Prospect", nr 13 (www.epn.org/prospect/13/13putn.html).
Pużyński S. (1997) *Samobójstwa i depresje*, „Lęk i Depresja", nr 3, s. 139–156.
Ranschburg J. (1993) *Lęk, gniew, agresja*, tłum. M. Schweinitz-Kulisiewicz, Warszawa, WSiP.

Ratajczak Z. (1997) *Model zachowania się człowieka wobec własnego zdrowia. Wnioski dla praktyki promocyjnej*, w: Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.), *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 57–69.
Rau K., Ziętkiewicz E. (2000) *Jak aktywizować uczniów. „Burza mózgów" i inne techniki w edukacji*, Poznań, Oficyna Wydawnicza G&P.
Ray V. (1994) *Jak się wzmocnić?*, tłum. R. Zawadzki, Warszawa, Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & Co.
Reichel G., Rabenstein R., Thanhoffer M. (1994) *Grupa i ruch*, tłum. E. Ludwicka, Warszawa, Centrum Animacji Kultury.
Redl F. (1969) *Aggresion in the classroom*, New York, Today's Education.
Resnick M.D., Bearman P.S., Blum R.W., Bauman K.E., Harris K.M., Jones J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving R.E., Shew M., Ireland M., Bearinger L.H., Udry J.R. (1997) *Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health*, „Journal of the American Medical Association", nr 278, s. 823–832.
Reykowski J. (1966) *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*, Warszawa, PWN.
Reykowski J. (1979) *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*, Warszawa, PWN.
Rębała L. (1997) *Edukacyjne zadania współczesnego lekarza*, „Problemy Medycyny Społecznej", s. 546–549.
Ribner N. (2005) *Terapia nastolatków*, tłum. O. Wośkiewicz, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Rogers C.R. (2002) *O stawaniu się osobą*, tłum. M. Karpiński, Poznań, Dom Wydawniczy Rebis.
Rohrbach L., Hodgson C., Broder B., Montgomery S., Flay B., Hansen W., Pentz M. (1995) *Parental participation in drug abuse prevention: Results from the Midwestern Prevention Project*, w: *Alcohol problems among adolescents: Current directions in prevention research*, G. Boyd, J. Howard, R. Zucker (red.), Hillsdale, Lawrence Elbaum Associates Publishers, s. 173–195.
Rosenstock I.M. (1966) *Why people use health services*, „Milbank Memorial Fund Quarterly", nr 44, s. 94–124.
Rotter J.B. (1966) *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*, „Psychological Monographs", nr 1, s. 1–28.
Rozman D. (1976) *Meditation for children*, Millbrae, Celestial Arts.
Rugkäsa J., Kennedy O., Barton M., Abunza P.S., Treacy M.P., Knox B. (2001) *Smoking and symbolism: children communication and cigarettes*, „Health Education Research", nr 2, s. 131–142.
Runyan D.K., Hunter W.M, Socolar R.R.S, Amaya-Jackson L., English D., Landsverk J., Dubowitz H., Browne, Bangdiwala S., Mathew R.M. (1998) *Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital*, „Pediatrics", nr 1, s. 12–18.
Rutter M. (1987) *Psychosocial resilience and protective mechanisms*, „American Journal of Orthopsychiatry", nr 57, s. 316–331.
Ryff C.D., Keyes C.L.M. (1995) *The structure of psychological well-being revisited*, „Journal of Personal and Social Psychology", nr 69, s. 719–727.
Sadowski B. (2005) *Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
Sanologia. Nauka o zdrowiu społeczeństwa (1998) L. Jabłoński (red.), Warszawa, Wyższa Szkoła Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie.
Santorski J. (1993) *ABC psychologicznej pomocy*, Warszawa, Wydawnictwo Santorski &Co.
Sasz B. (2003) *Agresja i przemoc w publicznych szkołach gimnazjalnych*, Szczecin, Instytut Pedagogiki Uniwersytetu w Szczecinie.
Satir V. (1976) *The five freedoms*, Berkeley California, Celestial Art.

Scenariusze lekcji wychowawczych według programu autorskiego „Żyć skuteczniej" (1997) M. Jachimska (red.), Wrocław, Oficyna Wydawnicza UNSU.
Scheich G. (2001) *Pozytywne myślenie: Czy może szkodzić*, tłum. E. Pankiewicz, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Schwarzer R. (1997) *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*, tłum. J. Łuczyński, w: *Psychologia zdrowia*, I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 175–205.
Seaward B. (1991) *Spiritual wellbeing: A health education model*, „Journal of Health Education", nr 3, 160–166.
Seedhouse D. (1995) *Well-being': health promotion's red herring*, „Health Promotion International", nr 1, s. 61–67.
Seligman M. (1993) *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*, tłum. A. Jankowski, Poznań, Media Rodzina of Poznań.
Seligman M. (1997) *Optymistyczne dziecko*, tłum. A. Jankowski, Poznań, Media Rodzina of Poznań.
Seligman M. (2004) *Psychologia pozytywna*, tłum. J. Radzicki, w: *Psychologia pozytywna*, J. Czapiński (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 18–32.
Selye H. (1960) *Stres życia*, tłum. J.W. Guzek, R. Rembiesa, Warszawa, PZWL.
Selye H. (1977) *Stres okiełznany*, tłum. T. Zalewski, Warszawa, PIW.
Sęk H. (1991) *Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki*, w: *Społeczna psychologia kliniczna*, H. Sęk (red.), Warszawa, PWN, s. 472–503.
Sęk H. (2001) *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Warszawa. Wydawnictwo Naukowe „Scholar".
Sęk H. (2006) *Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej*, w: *Psychologia kliniczna*, H. Sęk (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 39–54.
Sęk H., Cieślak R. (2004) *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, w: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, H. Sęk, R., Cieślak (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 11–28.
Sher K. (1997) *Czynniki ryzyka na poziomie indywidualnym*, w: *Powstawanie problemów alkoholowych. Biologiczne, psychospołeczne i socjologiczne czynniki ryzyka uzależnienia od alkoholu*, R. Zucker, G. Boyd, J. Howard (red.), Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
Sheridan Ch.L., Radmacher S.A. (1998) *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, tłum. A. Dodziuk, Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
Siciński A. (1988) *Wprowadzenie*, w: *Style życia w miastach polskich (u progu kryzysu)*, A. Siciński (red.), Wrocław, Polska Akademia Nauk, s. 11–34.
Siek S. (1985) *Autopsychoterapia*, Warszawa, Akademia Teologii Katolickiej.
Siek S. (1986) *Formowanie osobowości*, Warszawa, Akademia Teologii Katolickiej.
Sielatycki M. (2005) *Edukatorzy w polskim systemie oświaty*, w: *Poradnik edukatora*, M. Owczarz (red.), Warszawa, CODN, s. 125–142.
Sierosławski J. (2005) *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 roku*, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Silberman M. (2003) *Uczymy się uczyć*, tłum. J. Rybski, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Simonds S.K. (1974) *Health education as social policy*, „Health Education Monograph", nr 2, s. 1–25.
Simovska V., Jensen B.B. (2003) *young-minds.net/lessons learnt. Students participation, action and cross-cultural collaboration in virtual classroom*, Copenhagen, Danish University of Education Press.
Simovska V., Jensen B.B., Carlsson M., Albeck Ch. (2006) *Shape up Europe. Towards a healthy and balanced growing up*, Barcelona, P.A.U. Publisher (www.shapeupeurope.net).
Siuda T., Zaczek-Zaczyński K.M. (2000) *Edukacja dla bezpieczeństwa młodzieży szkolnej i akademickiej*, „Edukacja dla Bezpieczeństwa", nr 1, s. 58–61.

Skoczek G. (2005) *Kształcenie edukatorów ds. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, w: *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, s. 74–78.
Słońska Z. (1994) *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 1, s. 37–52.
Słońska Z. (1998) *Choroba*, w: *Encyklopedia socjologii*, t. 1, Warszawa, Oficyna Naukowa, s. 90–94.
Słońska Z. (1999) *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*, w: *Promocja zdrowia*, J.B. Karski (red.), wyd. nowe, Warszawa, Wydawnictwo Ignis, s. 304–319.
Słońska, Z. (2004) *Zdrowie*, w: *Encyklopedia socjologii*, t. 4, Warszawa, Oficyna Naukowa, s. 354–359.
Słońska Z., Misiuna M. (1994) *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa, Agencja Promo-Lider.
Smith T.K., Brener N.D., Kann L., Kinchen S.A, McManus T., Thorne J. (2001) *Methodology for the school health policies and programs study 2000*, „Journal of School Health", nr 7, s. 260–265.
Sochocki M. (2006) *Dwa autorytety*, „Remedium", nr 1, s. 1–3.
Sokoluk W. (2003) *Wychowanie do życia w rodzinie. Poradnik metodyczny dla nauczycieli*, Warszawa, WSiP.
Sokołowska M. (1980) *Granice medycyny*, Warszawa, WP.
Sokołowska M. (2003) *Konkursy (rywalizacja) w promocji zdrowia i profilaktyce*, „Remedium", nr 7–8, s. 14–15.
Sokołowska M. (2005) *Dobra edukacja zdrowotna w szkole – kilka kolejnych refleksji*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole", z. 9, s. 11–34.
Sokołowska M. (2006) *Co będzie z edukacją zdrowotną?*, „Remedium", nr 4, s. 6–7.
Sokołowska M., Kokosza I., Skoczek G., Szczepaniak M. (2002a) *Żywność i żywienie a profilaktyka nowotworowa*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole", z. 4, s. 6–46.
Sokołowska M., Lutze I. (2006) *Standard trzeci: Szkoła promująca zdrowie prowadzi edukację zdrowotną uczniów i pracowników oraz dąży do zwiększenia jej jakości i skuteczności*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole", z. 11, wyd. specjalne, s. 54–82.
Sokołowska M., Stępniak K., Garstka K., Skoczek G., Lutze I. (2002b) *Realizacja pilotażowego projektu pt. „Kształtowanie umiejętności życiowych uczniów w praktyce szkolnej w latach 2001–2002 we współpracy z WHO i UNICEF"*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole", z. 5, s. 5–9.
Somer E. (1998) *Wpływ jedzenia na nastrój*, tłum. G. Lutosławska, b.m.w., Wydawnictwo Amber.
Sosnowski K. (1917) *Szkoła narodowa jako krzewicielka kultury zdrowotnej i energii twórczej*, Kraków, Wydawnictwo Akademii Handlowej.
Sowińska H. (2000) *Nauczyciel wobec zjawiska agresji w szkole*, „Studia Edukacyjne", Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, nr 5, s. 175–186.
Speck O. (2005) *Być nauczycielem*, tłum. E. Cieślik, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Spielberger C. D. (1972) *Conceptual and methodological issues in anxiety research*, w: *Anxiety current trends in theory and research*, vol. 2, C.D. Spielberger (red.), New York, Academic Press.
Stach R. (1989) *Zachowania agresywne*, Wrocław, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
Stanowisko w sprawie edukacji zdrowotnej w projekcie kształcenia ogólnego (2005), „Lider", nr 9, s. 3–4.
Stępień E. (1999) *Intensywność picia alkoholu a niektóre aspekty stylu życia młodzieży polskiej i włoskiej*, „Alkoholizm i Narkomania", nr 4, s. 535–545.
Stępień E., Frączek A. (1992) *Palenie i picie a inne zachowania związane ze zdrowiem i antynormatywne wśród dorastających*, „Nowiny Psychologiczne", nr 1, s. 29–36.
Stępień R. (2000) *Edukacja szkolna a bezpieczeństwo państwa*, „Edukacja dla Bezpieczeństwa", nr 1, s. 5–13.
Stępniak K. (2006) *„Przyjaciele Zippiego". Program promocji zdrowia psychicznego dla małych dzieci*, „Wychowanie w Przedszkolu", nr 3, s. 15–17.
Stowarzyszenie „Polska Federacja Producentów Żywności" (2007) *Podstawy teoretyczne projektu „Trzymaj formę" poradnik dla nauczycieli*, „Lider", nr 2, s. 4–17.

Strelau J. (red.) (2000) *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1–3, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Stypułkowski C. (2002a) *Wychowanie zdrowotne w nauczaniu przedmiotowym. Propozycje metodyczne dla nauczycieli*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls".
Stypułkowski C. (2002b) *Motywy kultury zdrowotnej w literaturze polskiej*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls".
Stypułkowski C., Chytry I., Chruściel-Bryda K. (2003) *Wychowanie zdrowotne w edukacji matematycznej dla klas 4–6 szkoły podstawowej*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls".
Stypułkowski C., Flis R. (2003) *Wychowanie zdrowotne w edukacji matematycznej dla klas 1–3 szkoły podstawowej*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls".
Surzykiewicz J. (2003) *Holizm*, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 2, T. Pilch (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak", s. 236–243.
Svedbom J. (2005) *Health education and environmental education: The case of integration*, w: *The health promoting school: International advances in theory, evaluation and practice*, S. Clift, B.B. Jensen (red.), Copenhagen, Danish University of Education Press, s. 137–149.
Syrek E. (2005) *Pedagogika zdrowia*, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 4, T. Pilch (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak", s. 292–295.
Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. (2006) *Postawy gerontologii społecznej*, Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
Szczęch R., Grodzicki T., Narkiewicz K. (2001) *Edukacja chorych z nadciśnieniem tętniczym*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 20, s. 7–25.
Szewczuk W. (1985) *Słownik psychologiczny*, Warszawa, Wiedza Powszechna.
Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat (2000) B. Woynarowska, M. Sokołowska (red.), Warszawa, KOWEZ.
Szmurło J. (1921) *Propaganda i nauczanie higjeny w szkole*, w: *Higjena szkolna*, S. Kopczyński (red.), Warszawa, Wydawnictwo M. Arcta, s. 723–732.
Szostak W.B. (1995) *Zasady racjonalnego żywienia*, Narodowy Program Profilaktyki Cholesterolowej, List Informacyjny nr 15.
Szostak W.B., Cichocka A., Cybulska B. (2001) *Zdrowa dieta śródziemnomorska*, Warszawa, Agencja Wydawnicza Comes.
Szymańska J. (2002) *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
Szymańska J., Zamecka J. (2002) *Przegląd koncepcji i poglądów na profilaktykę*, w: *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, G. Świątkiewicz (red.), Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
Szymańska M.M., Sokołowska M., Kręcisz A., Woynarowska B. (1994) *Zdrowie dla życia. Program edukacji zdrowotnej w szkole promującej zdrowie. Materiały dla nauczycieli klas 0–III*, Warszawa, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie (maszynopis).
Szymański M.S. (2000) *O metodzie projektów. Z historii, teorii i praktyki pewnej metody kształcenia*, Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak".
Szymborski J., Zatoński W., Juczyński Z., Kowalczyk T., Dobrowolska A., Ogińska-Bulik N. (1997) *Program edukacji antynikotynowej dla dzieci przedszkolnych „Czyste powietrze wokół nas"*, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.
Szyszko-Bohusz A. (1979) *Funkcja ćwiczeń odprężających w nowoczesnym procesie kształcenia*, Kraków, Ossolineum.
Szyszko-Bohusz A. (1998) *Nowoczesny relaks*, Wojewódzki Ośrodek Metodyczny, Gorzów Wielkopolski.
Śliwerski B. (1996) *Klinika szkolnej demokracji*, Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
Śniadecki J. (2002) *O fizycznym wychowaniu dzieci*, ze wstępem M. Demela, Kraków, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie (dodruk do wyd. 8 z 1990 r.).

Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. Założenia, cele, treści, sposób realizacji (1997) M. Charzyńska-Gula (red.), Lublin, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Akademii Medycznej w Lublinie.
Tannahill A. (1990) *Health education and health promotion: Planning for the 1990s*, „Health Education Journal", nr 4, s. 194–198.
Tappe M.K., Galer-Unti R.A. (2001) *Health educators' role in promoting health literacy and advocacy for the 21st century*, „Journal of School Health", nr 10, s. 477–482.
Taranowicz I. (2005) *Prozdrowotny styl życia. Styl życia dla każdego?* w: *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.), Tyczyn, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, s. 103–117.
Taraszkiewicz M. (1996) *Jak uczyć lepiej? Czyli refleksyjny praktyk w działaniu*, Warszawa, Wydawnictwa CODN.
Taraszkiewicz M. (2001) *Jak uczyć jeszcze lepiej! Szkoła pełna ludzi*, Poznań, Wydawnictwo Romy Koper ARKA.
Taraszkiewicz M., Colin R. (2006) *Atlas efektywnego uczenia (się)* Część 1, Warszawa, Transfer Learning Sp. z o.o.
Tatoń J. (1996) *Naukowe przesłanki samoopieki przewlekle chorych: edukacja medyczna jako nowa forma opieki – w świetle własnych obserwacji*, „Polski Tygodnik Lekarski", nr 1–5, s. 50–54.
Tatoń J., Bernas M. (2002) *Pedagogika zdrowotna w cukrzycy*, „Medycyna Metaboliczna", nr 3, s. 25–35.
Teml H. (1997) *Relaks w nauczaniu*, tłum. B. Szymańska, Warszawa, WSiP.
The health promoting schools: International advance in theory, evaluation and practice (2005) S. Clift, B.B. Jensen (red.), Copenhagen, Danish University of Education Press.
The WHOQOL Group (1993) *Study protocol of the World Health Organization project to develop quality of life instrument (WHOQOL)*, „Quality of Life Research", nr 2, s. 153–159.
Tiller T. (1999) *O uczeniu się przez doświadczenie w pracy nauczycieli*, tłum. i uzupełnienia D. Elsner, Chorzów, MENTOR.
Tischner J. (1998) *Zdrowie młodzieży w aspekcie psychicznym*, w: *Zdrowie dzieci i młodzieży w aspekcie fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym*, A. Jopkiewicz, J. Schejbal (red.), Kielce, Kieleckie Towarzystwo Naukowe, s. 127–130.
Tobiasz-Adamczyk B. (2000) *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Tobler N. (1986) *Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to control or comparison group*, „The Journal of Drug Issues", nr 16, s. 537–567.
Tobler N. (2000) *Lessons learned*, „The Journal of Primary Prevention", nr 20, s. 261–274.
Tomaszewski T. (1975) *Człowiek i otoczenie*, w: *Psychologia*, T. Tomaszewski (red.), Warszawa, PWN, s. 13–36.
Tones K. (2005) *Health promoting schools: The radical imperative*, w: *The health promoting schools: International advance in theory, evaluation and practice* (2005) S. Clift, B.B. Jensen (red.), Copenhagen, Danish University of Education Press, s. 23–40.
Tones K., Green J. (2004) *Health promotion. Planning and strategies*, London, SAGE Publications.
Trzebiński J. (1992) *Narracyjne formy wiedzy potocznej*, Poznań, Nacom.
Uramowska-Żyto B. (2001) *Teorie wykorzystywane w edukacji zdrowotnej*, w: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, B. Woynarowska, M. Kapica (red.), Warszawa, KOWEZ, s. 94–100.
Waldowski K. (2005) *Zadania rozwojowe młodzieży wg koncepcji R.J. Havighursta cz. I*, „Remedium", nr 7–8, s. 20–21.
Ward J., Hunter G., Power R. (1997) *Peer education as a means of drug prevention and education among young people*, „Health Education Journal", nr 56, s. 251–263.

Warzywoda-Kruszyńska W. (2000) *Bieda a zdrowie i szanse rozwoju dzieci*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", nr 18, s. 55–68.
Wciórka B., Wciórka J. (2000) *Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999)*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii", nr 3, s. 353–382.
Wciórka B., Wciórka J. (2005) *Sondaż opinii publicznej – czy Polacy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne?*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii", nr 4, s. 305–317.
Weare K. (2000) *Promoting mental, emotional and social health. A whole school approach.* London, Routledge.
Weare K., Gray G. (1996) *Promocja zdrowia psychicznego w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie*, tłum. B. Woynarowska, M. Sokołowska, A. Dobrowolska, M.M. Szymańska, Warszawa, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Instytut Matki i Dziecka.
Weare K., Markham W. (2005) *What do we know about promoting mental health through schools?*, „IUHPE – Promotion & Education", nr 3–4, s. 118–122.
Weiss O. (1996) *Świadomość na temat własnego ciała i zdrowia w nowoczesnym społeczeństwie*, „Lider", nr 6, s. 5–7.
Wentlandtowa H. (1960) *Metodyka oświaty sanitarnej*, Warszawa, PZWL.
WHO (1985) *Targets for health for all 2000*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
WHO (1993) Life skills education in schools (WHO/MNH/PSF/93. A.Rev.1), Geneva, World Health Organization.
WHO Health Education Unit (1993a) *Lifestyles and health*, w: *Health and wellbeing: A Reader*, A. Beatie, M. Gott, L. Jones, M. Sidell (red.), London, Macmillan.
WHO (2001) *Mental Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*, Geneva, World Health Organization.
WHO (2002) *WHO European Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
WHO (2003) *Skills for health. Skills based health education including life skills: An important component of child-friendly/health promoting school*, Information Series on School Health Document 9, Geneva, World Health Organization.
WHO (2004) *How can injuries in children and older people be prevented?*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe (www.euro.who.int).
WHO (2005) *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations* (WHO, 2005), Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.
Widstrand T. (2005) *Porozumienie bez przemocy czyli język żyrafy w szkole*, tłum. K. Głodowska, Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
Williams C., Perry C., Dudovitz B., Veblen-Mortenson S., Anstine P., Komro K.A., Toomey T.L. (1995), *A home-based prevention program for sixth-grade alcohol use: Results from Project Northland*, „The Journal of Primary Prevention", nr 16, s. 125–147.
Williams T. (1988) *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne", nr 7–8, s. 195–197.
Williams T., Wetton N., Moon A. (1989) *Health for life 1. A teacher's planning guide to health education in the primary school*, London, Health Education Authority.
Wilson P. (1997) *Mental health in your school: A Guide for teachers and others working in schools. Young Minds*, London, Published by Jessica Kingsley.
Włodarczyk, C. Poździoch, S. (2000) *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*, w: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), Kraków, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", s. 13–26.
Włodarski Z., Matczak A. (1998) *Wprowadzenie do psychologii*, Warszawa, WSiP.
Wojciechowska J. (2004) *Stygmat i dyskryminacja jako trzecia faza epidemii HIV/AIDS*, Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Wojciszke B. (2002) *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Wolska H. (1999) *Schorzenia skóry związane z działaniem światła*, w: *Dermatologia pediatryczna*, M. Miklaszewska, F. Wąsik (red.), Wrocław, Volumed, s. 341–350.
Woynarowska B. (1999) *Siedliskowe podejście w promocji zdrowia i jego realizacja w praktyce*, w: *Promocja zdrowia*, J.B. Karski (red.), wyd. nowe, Warszawa, Wydawnictwo Ignis, s. 367–370.
Woynarowska B. (2002a) *Kształtowanie umiejętności życiowych u dzieci i młodzieży – wyzwanie dla szkoły*, „Chowanna", t. 1, s. 57–69.
Woynarowska B. (2002b) *Umiejętności życiowe i ich kształtowanie u dzieci i młodzieży w szkole*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole" z. 5, s. 12–23.
Woynarowska B. (2004) *Zachowania żywieniowe u młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce i ich niektóre skutki zdrowotne i społeczne*, „Standardy Medyczne", nr 1, s. 87–94.
Woynarowska B. (2005) *Szkolna edukacja zdrowotna w Polsce: historia, sukces, zagrożenie i szansa*, w: B. Woynarowska (red.), *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, Warszawa, Katedra Biomedycze Podstawy Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, s. 33–40.
Woynarowska B., Kowalewska A., Komosińska K. i in. (2002) *Bibliografia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (2001)*, „Zdrowie Publiczne", nr 4, s. 551–559.
Woynarowska B., Małkowska A. (2003) *Środowisko fizyczne i społeczne szkoły oraz działania w zakresie edukacji zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia w ocenie dyrektorów szkół*, w: B. Woynarowska (red.), *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce*, Warszawa, Katedra Biomedyczne Podstawy Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, s. 133–162.
Woynarowska B., Małkowska A., Kowalewska A., Kołoło H., Charońska E., Komosińska K., Wrona-Wolny W., Wdowik M., Pułtorak M., Skrzyńska B. (2004) *Bibliografia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (2002)*, „Zdrowie Publiczne", nr 4, s. 634–641.
Woynarowska B., Małkowska M., Tabak I. (2006) *Zachowania seksualne młodzieży w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005 roku*, „Ginekologia Polska", 77, 9, s. 667–677.
Woynarowska B., Mazur J., Kołoło H., Małkowska A. (2005) *Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej*, Warszawa, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny UW.
Woynarowska B., Sokołowska M. (2001) *Ścieżka edukacyjna – edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, Warszawa, KOWEZ.
Woynarowska-Sołdan M. (2004) *Klimat społeczny w szkołach promujących zdrowie*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole", z. 8, s. 46–53.
Woynarowska B., Sokołowska M., Szymańska M.M., Pułtorak M. (1993) *Edukacja prozdrowotna w szkole*, „Lider", nr 6, s. 3–11.
Woynarowska B., Stępniak K. (2000a) *Cele i modele szkoły promującej zdrowie w różnych krajach Europy*, „Edukacja", nr 4, s. 76–83.
Woynarowska B., Stępniak K. (2002b) *Ewolucja koncepcji i modelu szkoły promującej zdrowie w Europie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne", nr 12, s. 3–6.
Woynarowska B., Tabak I., Mazur J. (2004) *Subiektywna ocena zdrowia i zadowolenie z życia młodzieży szkolnej w Polsce*, „Medycyna Wieku Rozwojowego", nr 3, cz. 1, s. 535–550.
Wrześniewski K. (1993) *Styl życia a zdrowie: Wzór zachowania A*, Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Wsparcie społeczne, stres i zdrowie (2004), H. Sęk, R., Cieślak (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
Wszeborowska-Lipińska B. (1997) *Dysleksja a zdolności i style uczenia się*, „Psychologia Wychowawcza", nr 4, s. 314–330.
Wszechstronna szkolna edukacja zdrowotna. Przewodnik do działania (1993), „Lider", nr 5, s. 4–8.

Zaborowski Z. (1994) *Współczesne problemy psychologii społecznej i psychologii osobowości*, Warszawa, Oficyna Wydawnicza Profit.
Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego (1990) A. Gniazdowski (red.), Łódź, Instytut Medycyny Pracy.
Zaleśkiewicz T. (2005) *Przyjemność czy konieczność. Psychologia postrzegania i podejmowania ryzyka*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Załucki W., Wronkowski Z. (1997) *Piersi–uroda–problemy*, Warszawa, Agencja Poligraficzno-Wydawnicza GIMPO.
Zaorska Z. (1997) *Dodać życia do lat. Materiały metodyczne ułatwiające organizację różnych form aktywności wśród ludzi starszych i w rodzinach wielopokoleniowych*, Lublin, Wydawnictwo KLANZA.
Ziółkowski M. (2002) *Wartości*, w: *Encyklopedia socjologii* t. 4, Warszawa, Oficyna Naukowa, s. 289–297.
Zatoński W. (1992) *Historia badań nad zdrowotnymi następstwami palenia tytoniu*, w: W. Zatoński, K. Przewoźniak (red.), *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*, Warszawa, Wydawnictwo „Ariel", s. 25–28.
Zdann M. (1984) *My. Skąd się biorą dzieci?*, Warszawa, PZWL.
Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku (2001) Światowa Organizacja Zdrowia, wersja w jęz. polskim, tłum. J.B. Karski, Warszawa, Kraków, Centrum Systemów informacyjnych Ochrony Zdrowia, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius".
Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych (2006) A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.
Zieliński A. (2006) *Problem występowania i zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową u młodzieży*, w: *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży*, Warszawa, Kancelaria Senatu.
Zielona-Jenek M. (2006) *Edukacja seksualna małego dziecka i wczesnoszkolna*, w: M. Beisert (red.), *Edukacja i poradnictwo seksuologiczne*, maszynopis.
Zimbardo Ph.G, Ruch F.L. (1998) *Psychologia i życie*, tłum. J. Radzicki, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
Zimmerman M.A., Arunkumar R. (1994) *Resilience research: Implications for schools and policy*, „Social Policy Report. Society for Research and Child Development", nr 4, s. 1–19.
Zimmerman M.A., Bingenheimer J., Notaro P. (2002) *Natural mentors and adolescent resiliency: A study with urban youth*, „American Journal of Community Psychology", nr 30, s. 221–243.
Ziółkowski M. (2002) *Wartości*, w: *Encyklopedia socjologii*, t. 4, Warszawa, Oficyna Naukowa, s. 289–297.
Zucker R., Fitzgerald H., Moses H.D. (1994) *Emergence of alcohol problems and the several alcoholisms: a developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory*, w: D. Cicchetti, D. Cohen (red.), *Developmental psychopathology. Volume 2: Risk, disorder, and adaptation*, New York, A Wiley-Interscience Publication, s. 677–711.
Zwoliński M. (2001) *Kwestionariusz Orientacji Życiowej dla młodzieży (SOC-13): porównawcza analiza właściwości psychometrycznych*, w: *Zdrowie – stres – zasoby*, H. Sęk, I. Pasikowski (red.), Poznań, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, s. 87–98.
Zych A.A. (1995) *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Warszawa, Interart.
Żuchelkowska K., Wojciechowska K. (2000) *Promocja zdrowia w edukacji dzieci przedszkolnych*, Bydgoszcz, Wydawnictwo Margrafsen.
Żywienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu (2006) J. Gawęcki, L. Hryniewiecki (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Indeks nazwisk

Opracowała *Anna Szymańska*

Abel 51
Acheson D. 32
Adler Alfred 534
Ajzen Icek 116, 500, 503
Akers Ronald L. 499
Akert Robin M. 424
Albińska E. 130
Aleksandrowicz Julian 27/28
Allensworth Diane 239
Allport M. G. 394, 395
Amsterdamski Piotr 388
Andersson Ragnar 329, 336
Andrzejewska Katarzyna 481, 482
Annett Hugh 144
Antonovsky Aaron 25, 32–35, 43
Apter Steven J. 524
Arborelius Elisabeth 171
Arcimowicz Krzysztof 449
Argyle Michael 402
Aronson Eliot 424, 436
Arunkumar Revathy 48, 497
Arystoteles 129
Asklepios, postać legendarna 17
Ayres Linda R. 194, 465

Ballard R. 470
Banach Agnieszka 69
Bandura Albert 116, 499, 502, 503, 505, 507
Barański Jarosław 74, 256, 263, 274
Barič Leo 134
Barlak Marianna 263
Barnekow Vivian 249
Barnes Douglas 176
Baron 519
Bar-Or Oded 314
Bartnik E. 231
Bartolomucci Christi L. 537, 542
Barton K. 411
Basaj Agnieszka 548
Batorski Dominik 202
Bauman Zygmunt 274
Beisert Maria 353, 388
Bem Sandra Lipsitz 348, 366
Benson Herbert 409, 417
Berger Stanisław 295, 300, 301, 312, 321
Bernas Małgorzata 264
Berne Eric 163
Bertalanffy Ludwig von 27
Bieniaś (Tworkiewicz-Bieniaś) Grażyna 358, 363, 375
Biesaga Tadeusz 121
Biglan Anthony 489
Bik Barbara 110, 139, 161
Bilikiewicz Adam 473
Bingenheimer Jeffrey B. 501
Bishop George D. 27
Black Paul 439, 443
Bliziński Wacław, ks. 91, 92
Bliźniewski R. 92
Błajet Piotr 273
Błaź Agata 173
Błędowski Piotr 222, 223
Bobrowski Krzysztof 392
Bogdanko Anatol 413
Bogdanowicz Jan 83
Bomba Jacek 391, 392
Bono Edward de 457, 463–465, 470
Bordieau Pierre 65
Borucka Anna 500
Borysewicz Katarzyna 477
Botvin Gilbert J. 502
Boyd Gayle M. 510
Bradshaw J. 143
Bralczyk Jerzy 24
Brecht Bertolt 379
Breckman I. 101
Bremberg Sven 329
Brodniak Włodzimierz Adam 471, 474, 476, 478, 482
Bronfenbrenner Urie 217

Brückner Aleksander 17
Brudnik Edyta 194, 199
Brykczyńska Cecylia 392
Brzezińska Anna Izabela 510, 548
Brzeziński Jerzy Marian 510
Brzeziński Zbigniew J. 36, 128
Buczkowski Adam 274
Bulicz Ełła 19, 101

Callan Annette 293
Campbell M. Donald 142, 144
Cannon W. 33
Capra Fritjof 26, 27
Car Justyna 36
Carr Valerie G. 539, 544
Catalano Richard F. 496, 498, 501
Catford John 131
Cattell Raymond Bernard 411
Cavelius Andera-Anna 28
Celejowa Irena 93, 231
Chapman Elwood N. 424, 430, 433
Charońska Elżbieta 76, 101, 102, 108, 125
Charzyńska-Gula Marianna Liliana 110, 153, 238, 254, 258, 259, 266
Chen Kevin 488, 500
Chlabicz Sławomir 266
Chopra Deepak 396
Chruściel-Bryda Krystyna 237
Chytry Izabela 237
Chylewska-Barakat 519
Cicchetti Dante 47, 48
Cichocka Aleksandra 303
Cieślak Roman 63, 75
Cieślik Elżbieta 443
Clark David 531, 547
Claudel Paul 379
Clift Stephen 247
Cline Rebecca J. Weilch 202
Cockerham 51
Coleman James S. 65
Colin Rose 187
Comte August 424
Cooper Pamela J. 199
Cotton J. 174
Coulthard Melissa 66
Crawford Robert 74
Crook Rae 417
Csikszentmihalyi Mihaly 397, 398, 402
Curtis P. 266
Cybulska Barbara 303
Cylkowska-Nowak Mirosława Anna 74, 136

Czabała Jan Czesław 392
Czapiński Janusz 17, 39, 64, 392, 393, 397, 398, 402
Czarnecka Agnieszka 559
Czarnecki Adam 234
Czemierowska Ewa 502
Czerwony Kapturek, postać literacka 538
Czupryna Antoni 75, 342

Dahlgren Goran 46, 47
Dam G. 448, 449
Damasio Antonio R. 406
Danielewska Joanna 521, 548
Davis Martha 173
Davis N. 491
Dąbrowski Kazimierz 393, 402
DeBaryshe Barbara D. 500
Dembo Myron H. 434, 436, 437, 455, 461
Demel Maciej 13, 17, 24, 76, 77, 79–82, 85–87, 90, 91, 93, 97–100, 125, 129, 217, 229, 237, 273, 274, 330
Depta Maria 479
Deptuła Maria 497, 517
Descartes René (Kartezjusz) 26, 424
Dewey John 190
DiClemente Carlo 118
Diener Ed 24, 401
Dixey Rachael 298
Długołęcka (Długołęcka-Lach) Alicja 345, 353, 358, 363, 366, 375, 388
Dobek-Ostrowska Bogusława 154, 157, 173
Dobosz Janusz 316
Dodge K. 525
Dodziuk Anna 406
Doliński Dariusz 434
Dolto Françoise 361, 388
Domańska Urszula 74
Dreikurs R. 534
Dryden Gordon 437, 464
Dubos René 17, 19
Dudkiewicz Joanna 443
Dunn Halbert 391
Dusenbury Linda 506, 508
Dux-Prabucka Ewa 287
Dybiżbańska E. 278
Dykowska Grażyna 69
Dzięgielewska Małgorzata 222, 223
Dziubiński Z. 129

Eichelberger Wojciech 353, 354
Ekiert J. 98

Elias Norbert 274
Elsner Danuta 135, 187
Everly George S. 415
Ewles Laura 30, 108, 109, 118, 142, 145, 160, 168, 170, 171, 203, 208, 458

Falco Mathea 506, 508
Fanning Patrick 173
Fatyga Barbara 270
Faupel Adrian 525
Fedyn Beata 162
Fehr Beverley 403
Feire P. 137
Ferrer-Wreder Laura 507
Fijewski P. 503
Fishbein Martin 116, 500, 503
Fitzgerald Hiram E. 497
Flay Brian R. 499
Flis Renata 237
Foerster W. 379
Fontana David 524
Ford Michael 256
Foster Josephine C. 353
Frączek Adam 487, 488
Frątczak-Rudnicka Barbara 211
Freed Alvyn 163
Freed Margaret 163
Frenet Celestyn 225
Freud Sigmund 393, 524
Friedman Howard S. 396, 402, 416, 417, 422
Fromm Erich 379, 393
Furmanek Marek 200, 204

Gaberle Andrzej 525
Gajewska Małgorzata 300
Galer-Unti Regina A. 107
Gamazy N. 48
Gardner Howard 119, 120
Garmezy Norman 497
Garstka Tomasz 172
Gask Linda 263
Gaś Zbigniew B. 411, 517
Gawęcki Janusz 295, 324
Gertig H. 295
Gibss John C. 527
Gielecki Jerzy 183
Gielen A. C. 328
Gilmore Gary D. 142, 144
Glick Barry 527
Glinka M. 285
Głodowski Włodzimierz 154, 155, 173

Głowacka Barbara 193
Gniazdowski Andrzej 53, 70, 73
Goffman E. 476
Gold Robert S. 122
Goldstein Arnold P. 524, 527
Goleman Daniel 396, 408, 409, 444
Goodstadt Michael S. 504, 511
Gordon Thomas 470
Grabowski Henryk 276
Graham John W. 503
Gralak Anna 293
Gray Gay 94, 148, 164, 185, 190
Green Jackie 18, 19, 30, 31, 74, 102, 115, 116, 129, 131, 135, 137, 140, 143, 155, 156, 158–60, 168, 182, 183, 338
Green Lawrence W. 50, 51, 54, 102, 131, 135, 144
Greenberg Jerrold S. 122
Griffin Kenneth W. 501
Grodzicki Tomasz 264
Gromadecka-Sutkiewicz Małgorzata 39
Grossmann R. 131, 132
Grzegołowska-Klarkowska Helena 43, 548
Grzelak Janusz 511, 517
Grzesiak Ewa 470
Guldbrandsson Karin 329

Habrat Bogusław 485
Haddon W. 336
Haffner Debra 353, 356, 388
Haggerty Robert J. 489–491
Haith Marshall M. 119, 120
Hall Edward T. 172
Hałas Elżbieta 150
Hancock T. 29
Hankała Andrzej 203
Hansen William B. 503
Harootunian Berj 524
Hart Archibald 411, 416, 422
Hart R. 450, 451
Hart Roger A. 242
Havighurst R. J. 49
Havlínová Miluše 226
Havlová Jana 226
Hawkins D. 496, 500
Hawkins J. David 510, 511
Haynes K. M. 202
Hebanowski Marek 256
Heit Philip 238
Henzel-Korzeniowska Alina 139
Herrick Elizabeth 525
Herzlich Claudine 73

Heszen (Heszen-Niejodek) Irena 125
Hill F. 31
Hipokrates z Kos 18, 301
Hirschi Travis 503
Hirszfeld Ludwik 84
Hobfoll Stevan E. 409, 414, 415, 422
Hofman Z. 169
Hofman-Wiśniewska Justyna 391
Hołowczyc Krzysztof 213
Hołówka Teresa 172
Hopkins K. 328
Horne Arthur M. 537, 542
Hornowska Elżbieta 548
Hubley John 146, 159
Hunter Gillian 198
Hygeia, bogini grecka 17

Idziakowski Zbigniew 210
Ignar-Golinowska Barbara 300
Iwanow K. 309
Izdebski Paweł 163
Izdebski Zbigniew 62, 75, 343, 349, 365–367, 370, 388

Jacennik Barbara 211, 214
Jachimska Małgorzata 559
Jaczewski Andrzej 347, 407, 388
Jahoda Marie 394, 395
Jakubowska-Branicka Iwona Maria 450
James Muriel 163
James William 403, 425
Janasiewicz-Kruszyńska B. 26
Janicka-Szyszko Renata 470
Jankowski Andrzej 424, 433
Jankowski Kazimierz 394
Jarosińska Dorota 30
Jarosz Maria 67
Jarymowicz Maria 436
Jaworski Zygmunt 100, 228, 231, 253
Jegier Anna 55, 57
Jenkins Jennifer M. 403, 406, 422
Jensen Bente 322
Jensen Bjaren Bruun 108, 109, 201, 239–242, 247, 322, 461
Jerusalem Michael 117
Jessor Richard 117, 487, 488, 500, 502
Jessor Shirley 117, 488, 500
Jędrychowski Wiesław 37
Jodkowska Maria 281, 392
John-Borys Maria 22
Johns Beverly H. 539, 544
Johnson David W. 559
Jongeward Dorothy 163
Jordan Henryk 81, 82, 89, 90
Józefowicz-Pacuła Joanna 223, 293
Juczyński Zygfryd 117, 416
Jung Carl Gustav 393
Jurczyński Zygfryd 113, 117, 416
Juszczyk Stanisław 204
Jutras Sylvie 216

Kacmajor Magdalena 422
Kacprzak Marcin 24, 86–88, 90, 95, 129
Kalnins Ilze 23, 216
Kandel Denise B. 488, 500
Kannas L. 228, 245
Kapica Marian 100
Karol II, król Hiszpanii 20
Karski Jerzy B. 43, 70, 110, 125, 139, 264, 266
Kawczyńska-Butrym Zofia 68, 183, 258
Kawula Stanisław 63, 339, 340
Kayah (właśc. Katarzyna Rooijens) 213
Kegan 436
Kennedy Anne 263
Keyes Corey Lee M. 394
Kędzia Witold 61
Kędzior-Niczyporuk Elżbieta 169, 199
Kępiński Antoni 407
Kickbusch Ilona 51, 110, 132
Kierbedziwa E. 91
Kilpatric W. 190
Kirschner H. 256
Klim-Klimaszewska Anna 225
Klimowicz 175, 177
Kliszcz Joanna 256
Klus-Stańska Dorota 331, 342, 462
Kochanowski Jan 24
Kocoń Katarzyna 514
Kofta Mirosław 434
Kohlberg L. 450
Kokosza I. 324
Kolb David A. 178, 185, 187
Kolbe Lloyd 239
Kołakowski Leszek 350, 351
Kołodziejczyk Andrzej 502
Kolodziejczyk J. 548
Kołodziejczyk Tomasz 503
Kołoło Hanna 281, 328, 483
Komosińska Krystyna 278
Konfucjusz 155
Kopczyński Stanisław 78, 82, 83, 91
Korczak Janusz 80, 374

Korczak Zofia 407
Korp Peter 202
Korporowicz Leszek 150
Korzeniowska Elżbieta 71, 72
Koszewska Katarzyna 184
Kowalewska Anna 219, 484, 487
Kozielecki Józef 434, 440, 456, 457, 464
Kozłowska-Wojciechowska Małgorzata 299
Krawański Andrzej 13, 100, 102, 273, 276
Krawczyńska-Butrym Z. 21
Kreuter Marshall W. 50, 51, 54, 102, 131, 135, 144
Krowatschek Dieter 536
Król-Fijewska Maria 503
Krzyżaniak A. 284
Kubiczek Bożena 175, 199
Kulmatycki Lesław 25, 27, 418, 422, 559
Kumpfer Karol L. 497
Kunachowicz H. 309
Kuński Henryk 55
Kupisiewicz Czesław 140, 199
Kutzner Janina 93
Kuzańska Maria 85
Kwaśniewska Jolanta 287
Kwaśniewski Jerzy 494
Kwiatkowska Henryka 434

Lahiff John 243
Lalonde Marc 44, 45, 51, 130
Lamczak Urszula 408
Landy Aleksander 85, 86
Langlois J. P. 257, 266
Laumann Edward O. 366
Lavoisier 80
Lawlor Deborah A. 144
Lazarus R. 412, 413
Le Grande Daniel 293
LeBow Michael D. 293
Lehtinen Eero 471
Lehtinen Ville 471
Lenobel Aleksandra 388
Lenval Leon de 90
Lenval Maria de z Kronenbergów 90
Levin Lowell S. 135
Levin-Zamir Diane 262
Lewicki Czesław 162, 216, 220
Lewin L. M. 18
Lew-Starowicz Zbigniew 20, 32, 344, 345, 353, 359, 364, 366, 388
Libiszowska-Żółtkowska Maria 17, 19
Likert 104
Linda Bogusław 213
Lock James 293
Long B. 315
Lopez Ralph I. 219, 223, 293
Love Rhonda 23
Lubomirska Krystyna 180
Lucas Richard E. 24, 396
Luter 17
Luthar Suniya S. 47, 48
Lutosławska G. 324
Lutze Izabella 153, 252

Łojek Jadwiga 234
Łuczak Joanna 39
Łuczyński Jan 125
Łuszczyńska Aleksandra 112, 125

McGrath J. E. 409
McKay Mathew 173
MacKenzie Robert J. 531
Macura Anna 293
Macura Cezary 293
Mc Whirter Anna M. 548
Mc Whirter Benedict T. 548
Mc Whirter Ewen Hawley H. 548
Mc Whirter J. Jeffries 534, 548
Madaliński M. 470
Madaras Area 358, 362, 363, 388
Madaras Lynda 358, 362, 363, 388
Magowska Anita 17
Makiełło-Jarża Grażyna 143
Makowska Alicja 470
Malinowska-Cieślik Marta 326, 328, 332, 342
Małkowska Agnieszka 162, 367
Małkowska-Szkutnik Agnieszka 64
Marczułajtis Jagna 213
Marghoob Ashfag A. 291
Maria Anna, żona Karola II, króla Hiszpanii 20
Mariański Janusz 527
Marody Mirosława 73
Marszałek Aleksander 174
Marszałek Jacek 172
Martin G. Neil 183
Maruszewski Tomasz 404
Maslow Abraham D. 250, 325, 393, 449
Masten Ann S. 49, 498
Matczak Anna 435, 443
Matlakiewicz Alina 182
Mattson Marion L. 353
Matuszkiewicz-Rowińska Joanna 293

Mauer, de, książę 20
Maule Peter 353
Mayerscough Philip R. 256
Mazur Joanna 42, 107, 219, 325, 328–330, 332, 333, 338, 483, 484, 487, 521
Mazurkiewicz Edward A. 76, 84, 99, 100, 254
Mądrzycki Taeusz 424
Meeks Linda 238
Mellibruda Jerzy 402, 489
Melosik Zbyszko 12, 20, 43, 281
Michalak Renata 180
Mickiewicz Adam 24
Mika Stanisław 104, 418, 424, 428, 429, 435
Mikina Agnieszka 174, 191, 199
Mikołajczyk M. 173
Miles A. 291
Milewska Ewa 439
Miller Janet Y. 496
Miller M. 129
Miller Scott A. 119, 120
Miller Todd Q. 499
Misiuna Małgorzata 24, 67
Mitkiewicz Karol 83, 98
Mittelmark Maurice B. 65
Modrzejewska Renata 392
Montessori Maria 225
Moon Alysoun 188
Morgan Anthony 66
Moses H. D. 497
Moskalewicz J. 61
Mossor-Pietraszewska Teresa 324
Mościcki Ignacy 92
Możdżonek Monika 69
Mrazek Patricia J. 489–491
Mrozowski Maciej 214
Murawow Igor 19, 101
Muszala Andrzej 121
Muszyńska Anna 199
Muszyński Heliodor 491, 492

Nadolna I. 309
Nakajima Hiroshi 228
Narkiewicz Krzysztof 264
Nation Maury 506, 508
Nederhood Britt 510, 511
Newman Dawn A. 537, 542
Nęcka Edward 461
Niebrój Lesław 121
Noar Seth M. 112
Normandeau Sylvie 23, 216
Noszczyk Bartłomiej 274
Noszczyk Maria 274
Notaro Paul C. 501
Nowak Stefan 111
Nowakowska Aleksandra Kinga 532
Nowicka Marzenna 110, 331, 342
Nowicka Wanda 346
Nutbeam Don 110, 131

Oatley Keith 403, 406, 422
Oblacińska Anna 266, 281, 330, 392
Obuchowska Irena 347, 388
Oczko Wojciech 294
Odymała Barbara 402
Ogińska-Bulik Nina 306, 324, 416
Oishi Shigehiro 24, 396
Okoń Wincenty 80, 142, 143, 230
Okulicz-Kozaryn Katarzyna 486, 515
Olechnicki Krzysztof 38
Olejko Jolanta 330
Olweus Dan 519, 535, 536
Oparska Natasza 402
Opolski Krzysztof 69
Opotow Susan 519, 527
Osborn A. 464
Osińska Halina 94
Osmańska-Furmanek Wielisława 200, 204
Ossowski Stanisław 21, 38
Ostaszewski Krzysztof 48–50, 106, 152, 153, 178, 190, 392, 489, 490, 492, 493, 495, 498, 500, 501, 506, 508, 517
Ostręga Wisława 266, 330
Ostrowska Antonina 51, 52, 62, 64, 67, 71, 75, 262, 266
Owczarska Beata 199
Owczarz Marzenna 124, 125, 173, 184

Page Randy M. 238
Pajączkowska Elżbieta 353
Pałkiewicz Jacek 339
Panfil Violetta 234
Pankiewicz Ewa 433
Paris Scott G. 194, 465
Parsons Talcott 19
Patterson Gerald 500
Pavot W. 401
Paweł, św. 379
Pawłucki Andrzej 100
Payne A. 185
Pelletier Kenneth R. 409
Peterburg Yitzhak 262
Petraitis John 499

Pflanz M. 19
Piaget Jean 22, 112, 180, 181, 438, 450
Piątkowski Włodzimierz 92, 263
Pierścieniak Krzysztof 182
Pietrzak Anna 502
Pikiel Sylwia 256, 402, 422
Pilch J. 388
Pilch Tadeusz 101, 110, 130
Piramowicz Grzegorz 78, 79, 83, 100, 228
Pisarska Agnieszka 515
Plezia Marian 154
Podgórecki Adam 435
Polak Józef 90, 95
Pomianowska Małgorzata 124, 161, 167
Ponińska Krystyna 353
Popielarska Aniela 407
Potocki Józef 78
Powell Jenifer L. 49, 498
Power Robert 198
Poździoch Stefan 20, 32, 75, 342
Prajsner Mira 454
Prągowski Andrzej 287
Prochaska J. J. 315
Prochaska James O. 118
Przetacznik-Gierowska Maria 143
Przewęda Ryszard 316
Przewoźniak Lucyna 75, 110, 112, 139, 144, 161, 196
Przygoda B. 309
Puchalski Krzysztof 21, 38, 53, 71, 72
Putnam Robert D. 65
Pużyński Stanisław 474
Pytlak I. 220

Radlińska Helena 84, 100
Radmacher S. A. 28, 263
Radzicki Józef 422
Rajchman Ludwik 84, 92
Ramsey Elizabeth 500
Ranschburg Jeno 407, 408
Ratajczak Zofia 73
Rau Krystyna 199
Rau W. E. 89, 90
Ray Veronica 428
Reber Arthur S. 26
Redl Fritz 524
Rejzner Andrzej 547
Resnick M. D. 500
Reykowski Janusz 425
Rębała Leszek 254
Ribner Neil G. 364
Rifkin Susan B. 144
Riikonen Eero 471
Rogers Anne 263
Rogers Carl R. 162, 393, 449
Rogers E. 196
Rogoll Rüdiger 163
Rohrbach Louise Ann 501
Rosenberg Marshall B. 469
Rosenfeld Robert 415
Rosenstock Irwin M. 113
Rostworowski Emanuel 84
Roter Adam 215
Rotter Julian B. 112
Ruch Floyd L. 523
Rudowicz Hanna 433
Rugkäsa Jorun 270
Ruka W. 291
Runyan Desmond K. 66
Russell James A. 403
Rutter Michael 48, 497
Rybski J. 199
Ryff Carol D. 394
Ryś Andrzej 75, 342

Sadowski Bogdan 57
Saint-Exupery Antoine de 379
Sakowska Izabela 36
Salinger Małgorzata 229
Salis J. F. 315
Sasz B. 521
Satir Virginia 339
Scala K. 131, 132
Scheich Günter 427, 433
Schmeck R. 184
Schopenhauer Artur 438
Schwartz D. J. 428
Schwarzer Ralf 112, 117, 125
Seaward Brian Luke 31
Seedhouse David 396
Seligman Martin E. P. 24, 396, 424–428, 433
Selye Hans 409
Seneka 379
Sęk Helena 32, 34, 63, 75, 125, 471, 493
Sharp Peter 525
Sher K. 497
Sheridan Charles L. 28, 263
Shilling 274
Shrader R. R. 411
Siciński Andrzej 50
Siek Stanisław 418
Sielatycki Mirosław 124

Sierosławski Janusz 62, 270, 283, 483, 484
Sigerist G. 18, 19
Sigerist H. 129
Silberman Mel 199
Simnett Ina 30, 108, 109, 118, 142, 145, 160, 168, 170, 171, 203, 208, 458
Simonds Scott K. 110
Simovska Venka 29, 201, 242, 297, 461
Sindall C. 125
Siuda Tadeusz 332
Składkowski Sławoj 92
Skoczek Grażyna 95, 124, 324
Skrzypczyk W. 502
Slatt L. M. 266
Sleet D. A. 328
Sloane P. D. 266
Słońska Zofia 24–27, 43, 67, 102, 132, 138, 139
Smarzyński Henryk 81
Smith Timothy K. 239
Sochocki Marcin 436, 517
Sokala Klemens 83
Sokoluk Wiesław 364, 368, 382, 386, 388
Sokołowska Maria 19, 95, 153, 181, 188, 194, 228, 229, 235, 237, 250, 252–254, 324, 454
Solik Aleksandra 346
Somer Elżbieta 319, 320, 324
Sosnowski Kazimierz 100
Sowińska Halina 523
Spaczyński Marek 61
Speck Otto 436, 438, 443, 519, 529
Spielberger Charles D. 413
Stach Ryszard 519
Stampfer Meir J. 313
Steblecka Magdalena 470
Steciwko Andrzej 256, 266
Stefan Batory, król Polski 294
Steiner Rudolf 225
Stępień Ewa 487, 488
Stępień Ryszard 325
Stępniak Katarzyna 225, 227, 247, 446
Stolarczyk-Szewc Hanna 182
Stromma Stanisław 20
Stypułkowski Cezary 237
Suchańska Anna 163
Suchańska Małgorzata 234
Suchecki Jacek 422
Sujak Elżbieta 470
Surzykiewicz Janusz 27
Svedbom Jörgen 201
Syrek Ewa 84
Szamotulska Katarzyna 36
Szarota Piotr 321
Szczepaniak M. 324
Szczepański Jan 215, 221
Szczerbińska Katarzyna 139
Szczęch Radosław 264
Szewczuk Włodzimierz 408
Szmurło Jan 83, 195, 273
Szostak Wiktor B. 303
Sztembis Barbara 258
Szatur-Jaworska Barbara 222, 223
Szpringer-Nodzak M. 293
Szuman Stefan 83
Szwarc Halina 222
Szymańska Joanna 489, 491, 517
Szymańska Maria Monika 23, 188, 189
Szymański Mirosław S. 190
Szymborska Wisława 13
Szymborski Janusz 225, 338, 342
Szyszko-Bohusz Andrzej 418

Ścigała E. 404
Śliwerski Bogusław 101, 204
Śniadecki Jędrzej 80, 81
Środa Magdalena 124
Świątkiewicz Grażyna 517

Tabak I. 367
Tanaś Maciej 204
Tannahill Andrew 108
Tanner James M. 287
Tappe Mariene K. 107
Taranowicz Iwona 263
Taraszkiewicz Małgorzata 120, 173, 187
Tarzan, postać literacka 282
Tatoń Jan 262, 264
Teml Hubert 418
Terris M. 129
Theiss Wiesław 84
Tiller Tom 176
Tischner Józef 31, 273
Tobiasz-Adamczyk Beata Maria 25, 26, 41, 43, 256, 263
Tobler Nancy 505, 506, 508, 511
Tołwińska-Królikowska Elżbieta 124, 153
Tomasz z Akwinu, św. 129
Tomaszewska A. 199
Tomaszewski Tadeusz 410
Tomkiewicz Antoni 163
Tones Keith 18, 19, 30, 31, 74, 102, 114–116, 129, 131, 135, 137, 140, 143, 155, 156, 158–160, 168, 182, 183, 445

Trifiletti Lara B. 328
Troczyńska Ewa 163
Troczyński Józef 163
Trzebiński Jerzy 435
Trzeciak Barbara 256
Turos Lucjan 99, 125
Tworkiewicz-Bieniaś Grażyna, zob. Bieniaś Grażyna
Tyszka Zbigniew 216

Uhma S. 92
Uramowska-Żyto Barbara 112, 196

Vasta Ross 119, 120
Vencálková Eliška 226
Vinci Leonardo da 379
Vos Jeannette 437, 464

Waldowski Konrad 49
Walker Alison 66
Walkiewicz Beata 161, 167
Wallston Kenneth A. 113
Ward Jenni 198
Warzywoda-Kruszyńska Wielisława Kazimiera 67, 220
Waszyński Edmund 256
Wciórka Bogna 472, 474–476, 478, 482
Wciórka Jacek 472, 474–476, 478, 482
Weare Katherine 94, 148, 164, 190, 403
Weis Joseph G. 500
Weiss Otmar 273
Wenera, bogini rzymska 368
Wentlandtowa Hanna (ps. Zofka) 84, 88, 90, 93, 98, 99, 231
Wenzel Michał 39
Werner E. E. 48
Wetton Noreen 188
Whitehead Margaret 46, 47
Widstrand Towe 469, 470
Wieczorek-Wojeńska W. 229
Willett Walter C. 313
Williams Carolyn L. 501
Williams Trefor 102, 188
Wilson Timothy D. 424
Wiśniewski Jerzy 223, 293
Włodarczyk W[łodzimierz] Cezary 20, 32, 75, 342
Włodarski Ziemowit 435, 443
Wochna-Sobańska M. 293
Wojciechowska Jolanta 476, 477
Wojciechowska Katarzyna 225, 227
Wojciechowski Stanisław 92
Wojcieszek K. 503
Wojciszke Bogdan 348, 361
Wojtasik Łukasz 204
Wolniewicz-Grzelak Barbara 511, 515
Wolska Hanna 290
Woynarowska Barbara 42, 94, 95, 109, 128, 139, 148, 153, 162, 185, 219, 223, 228, 229, 235, 246, 247, 250, 253, 254, 278, 281, 282, 293, 299, 300, 304, 311, 328, 367, 392, 445, 470, 483, 484, 487, 521
Woynarowska-Sołdan Magdalena 504
Wronkowski Zbigniew 285
Wrześniewski Kazimierz 50
Wszeborowska-Lipińska Bożena 184
Wuillmet Sascha 28
Wysocki Mirosław J. 36

Yamaguchi Kazuo 488, 500
Young I. 322
Youngs B. 437

Zaczek-Zaczyński Krzysztof M. 332
Zając Bożena 174, 191, 199
Zaleśkiewicz Tomasz 339, 342
Zalewska-Meler Agnieszka 207
Załęcki Paweł 38
Załucki Wojciech 285
Zamecka Joanna 489, 491
Zaorska Zofia 184, 222, 223
Zatoński Witold 486
Zdann Marek 353
Zdunkiewicz Lech 229
Zieliński Andrzej 368
Zielona-Jenek Monika 353, 355, 356
Ziemska Maria 216
Zietkiewicz E. 199
Ziglio Erio 135
Zimbardo Philip G. 523
Zimmerman Marcy A 48, 497, 501
Zimmerman Rick S. 112
Ziółkowska H. 142, 145
Ziółkowski Marek 38
Zuchora Krzysztof 81, 100
Zucker Robert A. 497
Zwoliński Marek 35
Zygmunt III Waza, król Polski 294

Żebrowska Maria 434
Żejmo-Kudecka Aldona 479
Żmichowska Narcyza 379
Żuchelkowska Krystyna 225, 227

Indeks rzeczowy

Opracowała *Joanna Marek*

Adaptacja 48, 49, 498, 503
– do choroby 263
Afekt 404
Afirmacja 428
Agresja 53, 57, 117, 127, 233, 244, 270, 364, 390, 406–408, 412, 414, 416, 428, 438, 448, 469, 484, 488, 489, 491, 497, 505, 516, zob. też Zachowania ryzykowne
– definicja 408
– formy 408, 520
– podejścia wyjaśniające 523–528
– przeciwdziałanie 517–547
– przyczyny 534–539
– rozpowszechnienie 520, 521
– skutki 534–539
– uwarunkowania środowiskowe 530–534
AIDS 145, 195, 205, 212, 237, 349, 368, 370–372, 457, 475, 494, zob. też Choroby przenoszone drogą płciową
Aktywne starzenie się 221, 222
Aktywność 113, 136, 143, 153, 176, 178, 180, 185, 187, 217, 219, 220, 221, 227, 270
– edukacyjna 222, 223
– fizyczna (ruchowa) 52, 53, 55–58, 71, 105, 114, 116, 117, 128, 202, 204, 206, 219, 222, 226, 227, 232, 239, 241, 244, 245, 256, 262, 270, 275, 286, 297–323, 328, 332, 333, 360, 405
– seksualna 381
– – formy 365–367
– życiowa 46, 51, 473
Alfabetyzacja zdrowotna 110, 111
– poziomy 111
Analiza transakcyjna 163
Anoreksja 300, 360, 364, 392, 472
Antykoncepcja 147, 160, 212, 344, 345, 350, 351, 367–382, 384, 385
Apatia 404, 426, 428
Asertywność 437, 440, 445, 469
Atrybucja 425
Autentyczność 163, 164, 167, 172, 378, 494
Autonomia 30, 31, 436–438, 442, 448

Badania profilaktyczne 53, 56, 58–61, 69, 128, 171, 219, 286, 287
Bezpieczeństwo 325–341, 378, 437
– edukacja 330–333
– promocja 328–330
Bezrobocie 46, 66, 109, 183
Bioetyka 121
Bulimia 300, 307, 360, 392
Bullying 519, zob. też Agresja, Przemoc

Choroby 11, 18–27, 30, 32, 33, 37, 40, 42, 43, 52–54, 57, 58, 69, 73, 76, 79, 92, 102, 103, 111, 113, 114, 130, 131, 133, 138, 139, 142, 157, 159–161, 173, 180, 202, 204–206, 217, 221, 222, 232, 245, 254–265, 273, 295, 329, 336, 345, 355, 371, 396, 409, 427
– definiowanie 18, 22, 25, 26
– diagnozowanie 44, 127, 202
– leczenie (terapia) 17, 22, 33, 44, 63, 69, 84, 99, 103, 110, 126–129, 136, 202, 211, 245, 269, 490
– objawy 36, 128
– profilaktyka (zapobieganie) 17, 32, 47, 51, 53, 54, 55, 99, 108, 109, 126–129, 238, 240, 269, 294, 344, 490
– przenoszone drogą płciową 368, 369, 380–383, 475
– przyczyny 33, 46, 47, 55
– przyzębia 276, 277, 279
– psychiczne 471–481, 490, zob. też Zaburzenia psychiczne
Ciało 20, 22, 26, 27, 29, 30, 74, 80, 107, 207, 217, 218, 228, 244, 270, 326, 345, 353, 355, 356, 359, 361, 366, 418, 445
– dbałość (troska) o 273–293
– indywidualizacja 274
– świadomość 274

Ciąża 32, 62, 230, 348, 349, 351, 354, 359, 365–368, 383
Czynniki
– chroniące (ochronne) 47–49, 496–499, 501, 506, 508
– podatności/wrażliwości (markery podatności) 47
– społeczno-ekonomiczne 67, 68, 216, 220
– ryzyka 34, 37, 47–50, 54, 108, 490, 491, 496–499, 501, 506, 508

Ćwiczenia
– energetyzujące 12, 552, 553
– koncentracji 12, 557–559
– relaksacyjne 12, 553–557
– rozgrzewająco-integrujące 12, 549–552

Depersonalizacja 437
Depresja 30, 46, 55, 57, 257, 263, 359, 361, 364, 366, 392, 393, 407, 423, 426, 428, 472–474, 476, 486, 489–491, 537, zob. też Choroby psychiczne, Zaburzenia psychiczne
Dieta
– wegetariańska 305
– zrównoważona (zbilansowana) 295, zob. też Żywienie racjonalne
Dobrostan 19, 21, 24, 25, 32, 41, 211, 345, 418
– fizyczny 32, 131, 403
– psychiczny 20, 24, 32, 131, 270, 391–403
– – perspektywy 397–399
– – wymiary 396
– – znaczenia 396
– społeczny 32, 131
Dojrzewanie płciowe (pokwitanie) 359–367, 372, 375, 381, 382, 387
Dusza 26, 27, 29
Dydaktyka 140, 161
Dyscyplina 89, 531
Dyskrazja 18
Dyskryminacja 476–479
Dystres, zob. Stres negatywny

Edukacja
– normatywna 503, 506
– rówieśnicza 92, 195–198, 503, 507
– – skuteczność 198
Edukacja seksualna 347–388
– cele 348–350, 382, 383
– dzieci w wieku przedszkolnym 352–355
– dzieci w wieku wczesnoszkolnym 355–358
– – podstawy biomedyczne 359–363
– – podstawy psychoseksualne 364–367
– młodzieży 359–367
– programy 348, 353, 380–388
– – zasady konstruowania 381–385
– standardy 349
Edukacja zdrowotna 11–13, 17, 18, 20, 22, 31, 36, 37, 40, 41, 43, 47, 50, 54, 55, 62, 66, 68–70, 126–139, 201, 269, 270, 273, 275, 281, 296, 343, 389, 390, 423, 439, 444, 447, 448, 455, 518
– a mass media, zob. Mass media
– aspekty etyczne 121–125
– cele 11, 107, 108, 241, 270, 449–451
– definicje 102, 103
– koncepcje (podejścia) 108–111
– metodyka 140–204, 271
– – ewaluacja 141–153, 163, 188, 190, 238, 239, 384, 385, 509–511
– – – definicje 150
– – – rodzaje 150–153
– – planowanie 141–148, 152, 153, 190
– – programy 18, 37, 106, 108, 112, 141–148, 150, 152, 160, 162, 163, 197, 207, 219, 231–234, 261, 270, 298, 299, 343, 344, 507–511
– – – skoncentrowane na jednostce 171
– – scenariusze zajęć 13, 149, 150, 271, 278–280, 283–285, 291–293, 305, 306, 309–312, 316–318, 320–323, 334–337, 350, 351, 354, 355, 357, 358, 361–363, 369–380, 399–402, 418–422, 429–433, 440–443, 446, 447, 451, 452, 459, 460, 512–516, 521–523, 528, 529, 532, 533, 537–539, 542–544
– oczekiwane efekty 107, 108
– podstawowe pojęcia 103–107
– środki dydaktyczne 11, 199–204
– teorie 111–121
– ukierunkowana na upodmiotowienie 111
– wcześniej używane nazwy 98–102
– w Danii 239–242
– w Finlandii 244–246
– w Irlandii 242–244
– w przedszkolu 12, 224–227
– w rodzinie 12, 215–223, zob. też Rodzina
– w szkole 12, 227–254
– w ujęciu historycznym 76–96
– w zakładach opieki zdrowotnej 12, 254–265
Edukator
– rówieśniczny 195–198, zob. też Edukacja rówieśnicza
– zdrowia 161–163
Emocje 22, 24, 30, 38, 42, 49, 51, 53, 105, 120, 157, 159, 163, 168, 170, 182, 185, 224, 225,

263, 270, 307, 315, 321, 344, 348, 353–355, 364, 372, 373, 381, 392–394, 396, 403–422, 424, 425, 445, 472, 473, 479, 518–520, 524, 525
– definicje 403
– funkcje 404
– intensywność 404, 405
– przyczyny 405, 406
– relacjonowane 406
– skutki 405, 406
– treść 404
– znak 404
Empatia 163, 164, 168, 172, 177, 227, 257, 259, 373, 378, 409, 445, 459, 494, 538, 544
Epizod emocjonalny 406
Eustres, zob. Stres pozytywny

Fiksacja 412
Fobie 473, 476, zob. też Choroby psychiczne, Zaburzenia psychiczne

Gender 448, 449

Healthism 74, 202
Heurystyki 464, 465
Higiena 17, 82–87, 90–96, 98, 232–234, 381
– jamy ustnej 276–280
HIV 62, 145, 195, 196, 205, 349, 370–372, 383, 387, 453, 486, 494, zob. też AIDS
Holizm 27
Homeostaza 33

Inteligencja 119–121, 160, 180, 187, 434, 498, zob. też Teoria wielorakich inteligencji
– emocjonalna 408, 409, 444
– – definicja 409
– rodzaje 119, 120
Intencja 116, 270
Internet 200–204, 218, zob. też Mass media
Interwencja kryzysowa 49, 493
Intymność 354, 355

Jakość życia 21, 24, 37, 40–43, 55, 62, 130, 133, 135, 136, 221, 322, 391, 486
– definicje 41
– związana ze zdrowiem 42, 43, 103, 127, 471
– – pomiar 42

Kaloryczność spożywanych produktów 308–310
Kampanie społeczne 211–213
Kapitał społeczny 65–67, 110, zob. też Wsparcie społeczne
Klaryfikacja wartości 40
Kodeks etyczny edukatorów zdrowia 121–124
Kompetencje 102, 107, 134, 137, 155, 156, 182, 198, 201, 219, 220, 240, 241, 248, 251, 383, 434, 445, 462, 492
– prowadzącego zajęcia 154, 160–165, 249, 493, 494, 496, 509
– społeczne 48, 106, 408, 409
– uczniów 245
Komunikat prasowy 209–211
Komunikacja interpersonalna 437, 445, 456, 467–470
Komunikowanie się 154–160, 176, 177, 183, 184, 197, 200, 202, 205, 206, 212, 225–227, 243, 244, 256, 260, 331, 344, 355, 372, 373, 376, 382, 383, 459
– atmosfera 165–172
– bariery 160, 172
– definicje 154
– efektywność 157
– typy 157
Koncepcja
– polimorfizmu natury ludzkiej 21
– „Porozumienie bez przemocy"
– pozytywnego zdrowia psychicznego 394
– pól zdrowia (koło Lalondea) 44–47, 51
– resilience 48–50
– roli chorego 26
– spiralnego programu nauczania 181, 182
Kondycja psychiczna
– definicja 391
– dorosłych 393
– dzieci i młodzieży 391–393
Konstruktywistyczna teoria uczenia się 112, 180
Konsumpcjonizm 130
Konwencja o Prawach Dziecka 438, 439, 448, 449, 451, 452
Krazja 18
Kultura 28, 29, 34, 39, 41, 44, 46, 47, 50, 51, 62, 63, 67, 112, 121, 123, 156, 160, 212, 215, 216, 222, 241, 273, 299, 349, 350, 380, 386
– popularna 205, 274
– zdrowotna 100
Kwestionariusz HBSC 107
Kwestionariusz Orientacji Życiowej 35

Labilność emocjonalna 404
Leczenie zorientowane na profilaktykę 491
Lekomania (leki) 484, 487, 489
Lęk 30, 45, 55, 66, 69, 105, 159, 163, 182, 202, 207, 208, 307, 325, 329, 347, 348, 359, 364, 366, 378, 383, 392, 406, 407, 410, 411, 422, 426, 428, 445, 472–476, 478, 486, 502, 508, 513, 520, 537, zob. też Emocje
Lokalizacja miejsca kontroli 112, 113, 160

Mandala zdrowia 28, 29, 47
Marketing społeczny 211–213, 259
Mass media 12, 200, 205–213, 218
– jako źródła informacji o zdrowiu 205–207
Mechanistyczna teoria przyrody (życia) Kartezjusza 26
Mechanizmy obronne 114, 159, 208, 412–418
– definicja 413
– rodzaje 414
Medykalizacja życia społecznego 74, 202
Metoda „szybkiej oceny z uczestnictwem" 144
Metody (techniki) 11, 12, 236, 237, 381, 383
– aktywizujące 11, 174–177, 188–200, 237, 260, 385, 388
– – edukacja rówieśnicza 195–198
– – metoda projektów 190–193, 237, 260, 383
– – portfolio 193–195, 260, 383
– – technika „Narysuj i napisz" 188–190, 293
– interaktywne 11, 176–178, 237, 260, 448
– rozwijające twórcze myślenie 463–467
Mobbing 519, zob. też Agresja, Przemoc
Model
– działań zdrowotnych 114–116
– etapów zdań 118, 119
– IVAC 242, 467
– PROCEDE-PROCEDED 135, 144
– przekonań zdrowotnych 113, 114
Modelowanie 116, 117, 162, 172, 507
Motywacja 49, 69, 110, 111, 114–116, 119, 134, 143, 156, 158, 163, 167, 170, 182, 190, 192, 270, 278, 409, 428, 438, 444, 450, 455, 479, 492, 509, 546
Mowa eksploracyjna 176
Myślenie
– giętkość 463–467
– krytyczne 456–460
– logiczne 456, 461
– oryginalność 463–467
– twórcze 456, 460–467

Nadmierne nasłonecznienie 289–293
Nadwaga 281, 282, 284, 298, 307
Narkotyki 62, 117, 198, 221, 230, 244, 270, 361, 366, 369, 371, 392, 414, 453, 454, 471, 475, 476, 483–489, 493–495, 502, 504, 512–516, zob. też Substancje psychoaktywne, Uzależnienia
Nastawienia behawioralne 73
Nastrój 406, 407, 425
Nauczanie 140, 154–172
– metody wspomagające 173–179
– – zasady doboru 179–187
Nawyki 103, 104, 140, 232, 493
Niepełnosprawność 30, 37, 40, 42, 43, 47, 67, 103, 127, 128, 133, 160, 222, 232, 258, 261–264, 325, 339, 346, 471, 473, 477
Nierówności społeczne 67, 474
Normy 361, 378, 436, 442, 443, 445, 493, 498, 503
– seksualne 346, 350, 351
– żywienia 301

Obraz samego siebie (obraz „ja") 434–436, 455, zob. też Tożsamość
Ocenianie kształtujące 439, 440
Ochrona zdrowia 34, 42, 69, 73, 133, 206, 230, 490
Ogólna teoria systemów 27
Opieka zdrowotna (medyczna) 28, 32, 34, 42, 44, 45, 54, 68–70, 72, 127, 130, 133, 134, 202, 245
Optymizm 270, 423–433, 458
Orientacja
– poprawnościowa 463
– seksualna 349–351, 365, 366, 382–384
Osobowość 32, 48, 50, 54, 99, 104, 114, 115, 117, 156, 215, 226, 344, 381, 383, 391, 394, 397, 399, 406, 415–417, 423, 425, 442, 448, 458,
– samouzdrawiająca się 416, 417
– – typy 416, 417
– – wymiary 416
– typy 416
– zaburzenia 472, 473, 476
– zdrowa 395
Otyłość 260, 281, 282, 284, 294, 298, 300, 307, 311, 315, 319, 322

Palenie tytoniu 47, 52, 53, 56, 61, 67, 71, 72, 108, 114, 117–119, 159, 195, 205, 206, 211, 212, 219, 225, 230, 233, 237, 244, 245, 256, 270, 278, 328, 361, 392, 454–456, 462, 463, 483, 484, 486–494, 501, 502, 504, 516, zob. też Substancje psychoaktywne, Zachowania ryzykowne
Patogeneza 32
Pedagogika zdrowia 76, 84, 99, 100, 121
Pedofilia 349, 350

Picie alkoholu 52, 56, 61, 67, 71, 117, 195, 200, 201, 219, 221, 233, 244, 245, 256, 319, 320, 328, 329, 361, 366, 369, 371, 376, 392, 414, 453, 454, 471, 475, 476, 483–485, 487–495, 500–502, 504, 514–516, zob. też Substancje psychoaktywne, Zachowania ryzykowne
– rozsądne 485
– ryzykowne 485
– szkodliwe 485
Pielęgnacja piersi 275, 285–287
Piętnowanie 476, 477, 479
– przeciwdziałanie 478–480
Piramida
– diety śródziemnomorskiej 303, 304
– zapamiętywania 174
– zdrowego żywienia 302–306, 309, 313, 322, 463
Poczucie
– autonomii 434
– koherencji 34–36, 48, 193
– – komponenty 34–36
– – pomiar 35
– – rozwój 35, 36
– kompetencji 437
– przynależności 437
– skuteczności 49, 119, 498
– tożsamości 270, 468–470, 488, zob. też Tożsamość
– własnej wartości 119, 160, 193, 196, 211, 222, 237, 243, 245, 270, 271, 281, 360, 387, 424, 434–443, 455, 468–470
– – a ocena szkolna 439, 440
– – a wychowanie 437–439
– – składniki 437
Płeć kulturowa 274
Podejmowanie decyzji 66, 238, 243, 257, 356, 445, 450, 453, 454, 456–460, 502, 508
Podejście siedliskowe 495
Podstawa programowa
– kształcenia ogólnego 234, 251, 299, 331, 343, 453
– ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna" 234, 235, 270, 299, 332, 236, 237
– wychowania przedszkolnego 224–226
Pokolenie transformacji 392
Polityka
– społeczna 494, 495
– zdrowotna 37, 44, 45, 54, 93, 114, 122, 130, 131, 138, 228, 239, 294, 298, 485
Pornografia 203, 348–351, 360, 380, 382
Postawa(y) 11, 69, 71, 72, 84, 99, 104, 105, 107, 109, 110, 117, 122, 145, 152, 153, 177, 200–202, 206, 211, 216, 226, 235, 240, 269, 273, 297, 331, 349, 352, 357, 372, 377, 382, 383, 389, 398, 401, 402, 417, 424, 425, 429–431, 445, 447–450, 471, 504, 510
– autokreacyjna 70, 73
– cechy 424
– komponenty 424
– roszczeniowa 73
– sposoby badania 105
– wobec chorych psychicznie 476–481
Potrzeby 28, 142, 153, 162, 165, 166, 175, 176, 179, 182, 183, 207, 217, 220, 221, 224, 237, 259, 269, 270, 274, 275, 349, 373, 387, 394, 395, 410, 414, 439, 450, 454, 459, 470, 488, 502, 506, 508
– definicje 142
– deprywacja 410
– diagnoza 143–145
– niezależności 436, 437
– przynależności 436, 437
– rodzaje 143
– wsparcia społecznego 64, zob. też Wsparcie społeczne
Poziom zdrowia 33
Praca
– z grupą 165–171
– z pojedynczymi osobami 171, 172
Prawa seksualne 346–349
Preferencje sensoryczne 184
Problemy
– osobiste 372–379
– psychiczne 472
Profilaktyka 12, 20, 37, 49, 50, 51, 53, 68, 70, 84, 95, 114, 127, 128, 136, 138, 139, 188, 196, 206, 207, 219, 226, 231, 235, 264, 269, 288, 356, 369, 370, 483–517
– naukowe podstawy 496–507
– programy 68, 69, 111, 152, 163, 190, 230, 233, 234, 326, 453, 454, 493, 494, 499, 502, 505, 507–509
– stopnie (poziomy) 489–492
– strategie 499–507
– ukierunkowana na jednostkę 492–494
– ukierunkowana na środowisko 492–496
Program
– „Debata i Korekta" 503
– „Domowi Dektektywi" 501
– „Fantastyczne Możliwości" 501
– „Na krawędzi" 479

Program „Nasze spotkania" 503
– „Przyjaciele Zippiego" 225
– „Radosny Uśmiech – Radosna Przyszłość" 278
– „Różowa wstążeczka" 287
– „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi" 479, 480
– SPHE 243, 244
– „Spójrz inaczej" 502
– „Starszy Brat – Starsza Siostra" 502
– „Ścieżkami zdrowia" 233
– „Śnieżna Kula" 502
Projekt
– „Golden Five" 504
– „Młode umysły" 200, 201, 463
– „Od naszych początków do naszej przyszłości" 201
Prokreacja 32, 285, 343–347, 349, 353, 356
Promiskuityzm 366
Promocja zdrowia 12, 13, 19, 20, 28, 31, 32, 37, 43, 45, 50, 65, 66, 69, 70, 76, 77, 91, 92, 95, 96, 102, 111, 112, 122, 124–126, 129–139, 141, 143, 163, 168, 197, 201, 202, 206–208, 211, 215, 216, 221–223, 225, 226, 230, 232, 238, 239, 241, 246–253, 258–265, 270, 287, 329, 345, 346, 348, 380, 389, 391, 394, 444, 455, 461, 488
– definicje 131, 132
– geneza 130
– modele 135–137
– podejścia 133–135
– strategie działania 132, 133
Prostytucja 349, 350, 368, 369, 486
Prozdrowotna edukacja żywieniowa 295–323
Próchnica zębów 276–279, 294, 298, 319
Przedszkola promujące zdrowie 225, 226, zob. też Edukacja zdrowotna w przedszkolu
Przekaz społeczny
– transakcyjny 462, 463
– transmisyjny 462
Przekonania 104, 113, 145, 153, 156, 173, 198, 206, 207, 215, 336, 382, 493, 510
Przemoc 124, 326, 333, 346, 366, 380, 390, 427, 469, 488, 489, 495, zob. też Agresja
– ofiary 536, 537
– przeciwdziałanie 512–547
– seksualna 31, 345
– sprawcy 535, 536
Psychoedukacja 493–495

Radzenie sobie 13, 30, 34, 35, 42, 46, 49, 50, 52, 53, 71, 99, 103, 106, 128, 133, 170, 171, 182, 202, 216, 221, 224, 233, 245, 269, 307, 315, 331, 338, 372, 390, 391, 394, 395, 410, 419, 435, 440, 444, 454, 472, 495, 537
– z przemocą 544–547
– z chorobą 42, 260, 262
– z emocjami 405–409, 444, 445, 502, 508, 518
– ze stresem 53, 412–418, 445, 453, 454, 502
Relaks 417, 418
Regresja 412, 413
Relacje
– interpersonalne 356, 372–379, 382, 395, 407, 428, 436, 437, 453
– lekarz – pacjent 254, 255
– pielęgniarka – pacjent 256–261
– rodzice – dzieci 49, 227, 530
Rodzina 28, 29, 38, 39, 42, 49, 51, 54, 65, 107, 114, 122, 131, 146, 160, 238, 245, 256–259, 278, 297, 344, 347, 357, 364, 397, 398, 401, 412, 415, 476, 497, 524, 530
Role społeczne 19, 20, 51, 54, 180, 182, 215, 347, 357, 364, 449, 478
Rozwiązywanie problemów 460–467, 492, 502
Rozwój
– specyfika 269
Ryzyko 338–341
Rzecznictwo zdrowotne 107

Samobadanie
– jąder 287–289
– piersi 285–287
Samokontrola masy ciała 275, 280–285
Samoocena 434–436, 439, 440, 445, 454, 455, 535, 545
Samopoczucie 399–402, 404
Sanologia 101
Schematy autonarracyjne 434, 435
Schizofrenia 473, 474, 476, 477, 479, zob. też Choroby psychiczne, Zaburzenia psychiczne
Seksualność 31, 32, 42, 52, 106, 144, 164, 196, 197, 217, 218, 232, 235, 243–245, 270, 285, 343–388, 472, 473, 488
Sen 42, 52, 56–58, 217, 222, 245, 275,
– zaburzenia 472, 473
Skala zadowolenia z życia 401, 402
Socjalizacja 34, 50, 51, 54, 215, 226, 472, 473
– zdrowotna 216, 217, 219, 223
Socjopatia 437
Stereotypy 439, 445, 449, 452, 477–481
– związane z płcią 436
Strategia profilaktyczna ABC 372

Stres 30, 34, 35, 52, 53, 55, 63, 65, 69, 71, 160, 163, 185, 186, 188, 202, 227, 245, 270, 307, 326, 331, 364, 390, 392, 403–422, 458, 472, 473, 476, 498
– a cechy osobowości 415–417
– definicje 409, 410
– negatywny 409
– objawy u dzieci i młodzieży 411, 412
– pozytywny 396, 409
Stresory 33, 34, 70, 410–412
Stygmatyzacja, zob. Piętnowanie
Styl
– wyjaśniania 425–427
– życia 28, 29, 44–47, 50–60, 102, 110, 130, 134, 137, 153, 198, 205, 215, 217, 221, 226, 240–242, 249, 258, 262, 366, 369, 371, 486
– – definicje 50
– – grupy społecznej 50
– – jednostki 50, 51, 493
– – prozdrowotny 51, 52, 58, 66, 74, 94, 107, 109, 123, 138, 202, 211, 224, 235, 294, 462, 489, zob. też Zachowania zdrowotne
Substancje psychoaktywne 233, 234, 243, 448, 462, 471, 472, 488, 490, 493, 495, 518
– zapobieganie używaniu 483–516
– – obszary 492–496
– – podejście integralne 487–489
Swoboda psychologiczna 163–165, 381
Szkolny Program Profilaktyki (SPP) 495
Szkolny system przeciwdziałania agresji i przemocy 539
Szkoły promujące zdrowie (SzPZ) 135, 148, 163, 171, 193, 200, 225, 226, 239, 240, 246–253, 298, 299, 389, 495, 504
– definicja 250
– ewaluacja 251–253
– historia 246, 247
– model 250, 251
– standardy 251
Szpital promujący zdrowie 264, 265

Ścieżka edukacyjna „Edukacja prozdrowotna" 207, 229–231, 234–239, 253, 479, 518,
– cele 235
– strategia działań szkoły 235–237
– treści 235
Środowisko 29, 30, 34, 37, 38, 45–47, 54, 67, 72, 74, 99, 111, 115, 117, 121, 132–134, 136–138, 142, 152, 163, 201, 202, 215, 224, 227, 235, 236, 240, 241, 243, 248–253, 162, 269, 329, 331, 333, 338, 339, 341, 347, 396, 399, 434, 492–496, 531, 532
Świadomość zdrowotna 183

Technika straszenia 159–161, 172, 208
Teoria
– dyfuzji innowacji 196
– optymalnego doświadczenia 397
– rozwoju moralnego 450
– rozwoju poznawczego 22, 112, 180, 181
– rozwoju zachowań antyspołecznych 500
– społecznego uczenia się 116, 117, 499, 502, 503, 505, 507
– społeczno-poznawcze 500
– substancji torujących drogę 500
– uczenia się przez doświadczanie 178, 179, 181
– uzasadnionego działania 116, 503
– wielorakich inteligencji 119–121
– zachowań problemowych 117, 118, 488, 500, 502
Tęcza czynników (polityki) zdrowia 47
Tożsamość 434–443, 477, 502
– płciowa 352, 366
Trema 407
Trening zdrowotny 55, zob. też Aktywność fizyczna
Tryb (reżim) życia 51, 202

Uczenie się 140, 153, 158–160, 215, 217
– metody wspomagania 173–179
– – zasady doboru 179–187
– przez dzieci i młodzież 180–182, 188
– przez ludzi dorosłych 182–184, 188, 222
– skuteczność 179
– style 184–187
– warunki 154–172
Umiejętności 11, 105–107, 110, 111, 115, 116, 119, 140, 147, 152, 153, 163, 174, 175, 179, 181, 182, 187, 190, 193, 196, 198, 206, 216, 217, 220, 224, 226, 230, 231, 269, 270, 331, 383, 398, 408, 412, 437, 438, 448, 506
– życiowe 106, 233, 440–470
– – a edukacja 447–456
– – definicja 444
– – rodzaje 445
– – rozwijanie 456–470, 493, 502, 503
Umiarkowanie 40, 66, 67
Uniwersytety Trzeciego Wieku 183, 184, 222
Uogólnione zasoby odpornościowe 34–36

Upodmiotowienie jednostek i społeczności 136–138
Uprzedzenia 436, 480, 481
Urazy 326–328, 334
– charakterystyka 326–328
– częstość występowania 326–328
– profilaktyka 328–330, 337, 338
– przyczyny 336, 337
Uzależnienie 172, 484–491, 495, 497, 506, 516, zob. też Narkotyki, Palenie tytoniu, Picie alkoholu

Waleologia 101
Wartości 107, 240, 438, 442, 443, 445, 453, 493
Wellness 24, 25
Wiedza 11, 13, 68, 74, 103, 108, 163, 165, 179, 206, 217, 235, 236, 241, 448, 493, 506, 511
Wieloosiowy model radzenia sobie 414, 415
Więzi społeczne 42, 54, 503, 504
Wpływ społeczny 22, 113, 500, 505–507
Wskaźnik masy ciała BMI 283, 284
Wsparcie społeczne 34, 45–47, 49, 52, 63–67, 72, 137, 197, 202, 217, 222, 245, 378, 389, 454, 471, 501, 502, 508, 537, 545
– definicje 63
– rodzaje 63, 64
Wszechstronna edukacja zdrowotna 228
Wychowanie seksualne 347–352
Wykluczenie społeczne 220, 221, 224, 436, 471, 478, 520
Wypadki 326–328, zob. też Urazy
Wyuczona bezradność 73, 426–428
– definicja 427
– skutki 428

Zaburzenia 269
– emocjonalne 49, 364, 406, 475
– psychiczne 391, 392, 471–481, 484–486, 489–491, 513
– – a stosunek społeczeństwa 475, 476
– – częstość występowania 474, 475
– – definicje 471, 472
– – kategorie 472
– – nerwicowe 473, 475
– rozwoju 47, 67
– seksualne 32, 348
Zachowania 29, 106, 107, 140, 163, 164, 170, 171, 177, 197, 205, 206, 211, 212, 217–219, 225, 240, 273, 274, 299, 331, 334, 335, 417, 445, 447, 450, 473, 475, 489, 510
– zdrowotne 35, 37, 46, 50–60, 67, 71, 72, 74, 92, 106, 107, 112, 136, 153, 163, 171, 172, 181, 188, 196, 202, 216–218, 224, 228, 235, 238, 240, 269, 270, 278, 296, 328, 461, 493, 498
– – czynniki wpływające na kształtowanie 54
– – dorosłych Polaków 55–63, 71
– – rodzaje 53, 54
– seksualne 61–63, 127, 196, 343, 349, 350, 356, 361, 365–371, 487–489, zob. też Seksualność
– ryzykowne (problemowe) 35, 37, 45, 50, 53, 54, 67, 107, 117, 127, 196, 211, 219, 238, 269–271, 278, 280, 282, 287, 328, 361, 368, 370, 371, 389, 454, 483, 486, 489, 505, 506, 518, zob. też Czynniki ryzyka
– w chorobie 26
Zadania rozwojowe 49, 245, 269
Zagrożenia 325, 341
Zalecenia żywieniowe Bergera 300–323
Zasoby 34, 65, 132, 141, 142, 147, 163, 245, 269
– ekonomiczne 66
– identyfikacja 383, 384
– kulturowe 66
– odpornościowe 48, 47, zob. też Czynniki chroniące
– społeczne 65, 66
– zbiorowe sąsiedztwa lub społeczności 66
Zdrowie 11, 17, 33–43, 63, 70–74, 76, 79–81, 84, 85, 87, 92–94, 99–116, 121, 122, 126, 130–140, 142, 143, 157, 159, 161, 163, 171, 173, 180, 183, 188, 194, 195, 201, 202, 204–207, 211, 212, 216–235, 241–246, 270, 273, 274, 280, 287, 298, 310, 322, 323, 325, 328, 329, 331, 338, 341, 345, 349, 367, 381, 389, 391–447, 449, 258, 259, 462, 483
– definicje 32, 36
– czynniki warunkujące 44–75, 107, 163, 228
– – potoczne 18, 21–24
– – – według dzieci i młodzieży 22–24
– – – według dorosłych 21, 22
– – profesjonalne 18–21
– duchowe 31
– jako kategoria pozytywna 24, 25
– jako wartość 37–41, 71, 160, 163, 171, 235
– jako zasób 37, 40, 41
– mierniki (wskaźniki) 36, 37
– modele 26–36
– – biomedyczny (medyczny) 26, 27, 32, 44, 108
– – – krytyka 27
– – holistyczny 27–32, 43, 108, 109, 130, 228, 239–242, 271, 463

– – – jako „całość" 30–32
– – – społeczno-ekologiczny 28–30, 45
– – salutogenezy Antonovskyego 32–37, 48, 49, 70
– prokreakcyjne (reprodukcyjne) 32, 343–347, 349, 368, 381
– psychiczne 30, 391–402, 423, 427, 434, 475, 476
– – kryteria 394, 395
– seksualne 31, 32343–348, 368, 381
– społeczne 30, 31
Zdrowie publiczne 12, 19, 20, 32, 33, 43, 50, 65, 87, 93, 99, 102, 112, 114, 122, 124, 129, 232, 235, 245
Zespół pourazowych zaburzeń emocjonalnych 406
Żywienie 56, 58, 71, 105, 118, 145, 160, 201, 202, 206, 217, 219, 222, 226, 227
– racjonalne (zdrowe) 53, 58, 128, 145, 233, 244, 256, 270, 275, 277, 297–323
– uregulowane 310–312
Żywność nowej generacji 295

O Autorach

Alicja Długołęcka, doktor nauk humanistycznych, pedagog. Adiunkt na Wydziale Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie oraz wykładowca na Podyplomowym Studium Wychowania Seksualnego na Wydziale Pedagogicznym UW, prowadzi zajęcia z podstaw psychoterapii i rehabilitacji seksualnej. Autorka książek i artykułów naukowych oraz popularno-naukowych z zakresu edukacji seksualnej, promocji zdrowia seksualnego i profilaktyki zaburzeń psychoseksualnych. Współautorka programu nauczania i podręcznika do przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie" dla gimnazjów oraz monografii „edukacja seksualna".

Andrzej Kołodziejczyk, socjolog, trener-superwizor Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz Członek Rady Trenerów tegoż Towarzystwa. Współautor programów wychowawczo-profilaktycznych „Spójrz inaczej", „Spójrz inaczej na agresję" oraz programów dla nauczycieli przedszkoli „Przedszkolaki Krok Pierwszy" i „Przedszkolaki Krok Drugi" realizowanych w ramach Polskiej Fundacji Dzieci i Młodzieży. Członek zespołu ekspertów MEN przygotowujących materiały dydaktyczne dla edukatorów Programu „Nowa Szkoła" i edukator w tym programie. Autor warsztatów i treningów dla nauczycieli, wychowawców i pracowników socjalnych, poświęconych m.in. problematyce agresji i przemocy.

Lesław Kulmatycki, dr nauk o kulturze fizycznej, odbył studia w zakresie kultury fizycznej, psychologii, psychoterapii, etyki. Adiunkt w Zakładzie Psychologii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, kierownik Podyplomowych Studiów Promocji Zdrowia i Podyplomowych Studiów Technik Relaksacyjnych. Redaktor kwartalnika „Promotor Zdrowia" (1995–2005), współtwórca wrocławskiej koncepcji promocji zdrowia, w tym Wrocławskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Autor książek i naukowych opracowań z zakresu technik antystresowych i relaksacyjnych, jogi i promocji zdrowia.

Krzysztof Ostaszewski, doktor nauk humanistycznych, pedagog. Adiunkt, kierownik Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M" w Zakładzie Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Zajmuje się profilaktyką zachowań problemowych dzieci i młodzieży. Prowadzi w tym zakresie zajęcia dla pedagogów. Redaktor naukowy miesięcznika „Remedium" poświęconego zagadnieniom profilaktyki zachowań ryzykownych i promocji zdrowia. Współautor polskiej adaptacji programu edukacyjnego „Program Domowych Detektywów" i programu „Fantastyczne możliwości". Ekspert Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Stypendysta Fogarty International Substance Abuse Research Training Program (Uniwersytet Michigan USA, 2004).

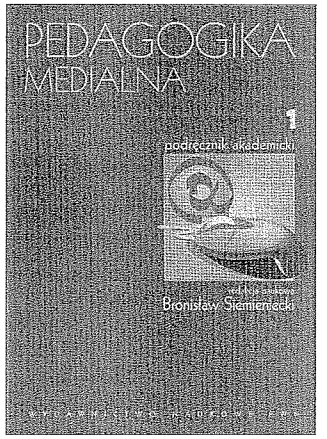
Maria Sokołowska, psycholog, wicedyrektor Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, koordynator Sieci Szkół Promujących Zdrowie w Polsce (od 2000 r.). Współtwórczyni polskiej koncepcji szkoły promującej zdrowie. Uczestniczka prac nad podstawą programową ścieżki edukacyjnej

„edukacja prozdrowotna" oraz nad adaptacją dwóch podręczników do doskonalenia nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Współautorka i autorka publikacji dotyczących okresu dojrzewania, szkoły promującej zdrowie oraz promocji zdrowia, w tym zwłaszcza zdrowia psychicznego. Współautorka szkolnego programu edukacji zdrowotnej „Zdrowie dla życia". Członek zespołu redakcyjnego „Remedium".

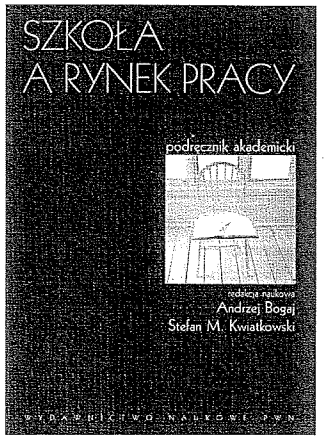
Barbara Woynarowska, lekarz pediatra, specjalista medycyny szkolnej. Kierownik Katedry Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego. Twórczyni koncepcji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Współtwórczyni polskiej koncepcji szkoły promującej zdrowie, Krajowy Koordynator w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (1992–1997). Kierownik międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC) w Polsce (1989–2004). Członek grupy redakcyjnej Narodowego Programu Zdrowia (1990, 1996), Komitetu Epidemiologii i Zdrowia Publicznego PAN. Autorka licznych publikacji z zakresu medycyny szkolnej, auksologii, medycyny sportowej, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

GMINNA BIBLIOTEKA PUBLICZNA
w Bolimowie

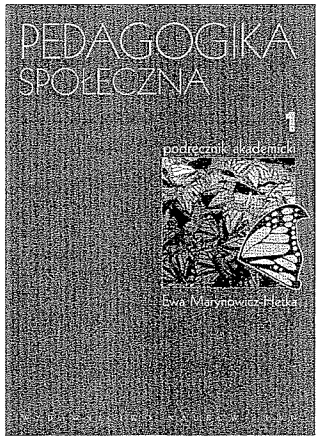
WYDAWNICTWO NAUKOWE PWN



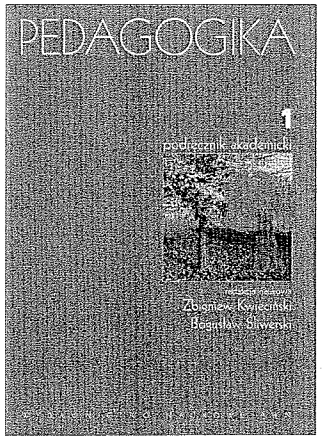
B. Siemieniecki (red.)
Pedagogika medialna, t. 1–2



A. Bogaj, S.M. Kwiatkowski (red.)
Szkoła a rynek pracy



E. Marynowicz-Hetka
Pedagogika społeczna, t. 1–2



Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.)
Pedagogika, t. 1–2

Więcej informacji **www.pwn.pl**