

Od redakcji...

*Szlachetne zdrowie, nikt się nie dowie,
jako smakujesz, aż się zepsujesz....*

Otóż nie chcemy się zgodzić z Janem z Czarnolasu, stąd podstawa programowa wychowania zdrowotnego, chcemy dbać o zdrowie nasze i naszych uczniów, żeby się nie popsuło, chcemy smakować zdrowie, życzymy sobie zdrowia i mówimy „zdrowie jest najważniejsze”, tworzymy całą infrastrukturę społeczną, kształcimy służbę zdrowia, aby... leczyć, a nie zapobiegać. Otóż edukacja zdrowotna ma za zadanie służyć zapobieganiu psucia zdrowia, traktowaniu słów Jana Kochanowskiego jako przestrogi.

Łatwiej zapobiegać niż leczyć, lepiej kształtować właściwe nawyki higieniczne i żywieniowe, lepiej mieć zdrowych uczniów, którzy stworzą zdrowe społeczeństwo niż społeczeństwo otyłe... A zdrowie nauczycieli? Wiadomo – *verba docent, exempla trahunt*¹. Przy okazji polecamy artykuł profesora Bogusława Śliwerskiego, który porusza trudny temat mobbingu wobec nauczycieli w szkole, poparty, co smutne, przykładami.

Edukacja zdrowotna kojarzy nam się głównie z wychowaniem fizycznym, tymczasem już starożytni mówili, że w zdrowym ciele zdrowy duch, więc człowiek zdrowy, to CAŁY człowiek, zdrowe ciało (soma) i zdrowa psycha, stąd zadanie szkoły polegające zarówno na dobrze prowadzonych lekcjach WF i zajęciach gimnastyki korekcyjnej, kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych, o co walczą Szkoły Promujące Zdrowie – zdrowa żywość w sklepikach szkolnych, nawyk jedzenia owoców i picia wody – jak również zapewnieniu wsparcia społecznego.

Zdrowe jest wartością, lecz inaczej postrzeganą przez różne kultury. Ucząc i wychowując, warto pamiętać o wielorakich nawykach żywieniowych czy postach religijnych.

Wreszcie warto korzystać z dobrodziejstw technologii w promocji zdrowia, o czym przypomina Ośrodek Edukacji Informatycznej i Zastosowań Komputerów, proponując wiele ciekawostek dotyczących wykorzystania przebogatych i kolorowych zasobów Internetu w edukacji zdrowotnej, zwłaszcza dzieci, i nie tylko – można zapisać we własnym tablecie oprogramowanie, dzięki któremu zadbamy o własną tężyzną fizyczną, jak również udzielić komuś pierwszej pomocy medycznej, bo wszem wiadomo, że *szlachetne zdrowie...*

Zapraszamy do lektury...

¹ Słowa uczą, przykłady skłaniają do naśladowania. Seneka.

Teorie i badania

<i>Dr hab. prof. Jan Tylka</i> Współczesny człowiek a zdrowie.....	2
<i>Prof. dr hab. med. Barbara Woynarowska</i> Dlaczego edukacja zdrowotna jest potrzebna uczniom, nauczycielom, szkole i społeczeństwu?	6
<i>Grażyna Gregorczyk</i> Zakład pracy miejscem promowania zdrowia i kształtowania kultury prozdrowotnej	12
<i>Prof. Bogusław Śliwerski</i> Istota, zakres i skutki wypalenia zawodowego nauczycieli.....	20

Nauczanie i uczenie się

<i>Małgorzata Pomianowska, Katarzyna Szczepkowska</i> Szkoła miejscem wsparcia społecznego? Ależ tak!.....	25
<i>Tomasz Garstka</i> Nauczyciele – skutecznymi mediatorami!.....	30
<i>Dr Renata Czarniecka</i> Czy umiesz zadbać odpowiednio o swoje zdrowie fizyczne?	35
Jeżeli nie, zrób to jak najszybciej!	35
<i>Robert Jaszczuk</i> Krytycznie o wpływie aktywności sportowej na różne sfery zdrowia dzieci i młodzieży	42
<i>Dr Stanisław Tuzinek</i> Wykorzystanie gimnastyki kompensacyjno-korekcyjnej w treningu zdrowotnym	48
<i>Małgorzata Gasik</i> Lekcja WF – zajęcia z pasją czy przykry obowiązek?.....	55
Wybór należy do ciebie	55

Dobra praktyka

<i>Katarzyna Sępniak</i> Ruch i zdrowe żywienie w szkole (projekt HEPS).....	60
<i>Katarzyna Żelichowska</i> Szkoły Promujące Zdrowie w województwie mazowieckim.....	67
<i>Urszula Kuna</i> Edukacja zdrowotna w MSCDN Wydział w Radomiu	71
<i>Elżbieta Marciniak, Mirosława Zgódko-Wiśniowska, Marzenna Dąbrowska</i> Dzięki udziałowi w programie Szkoła Promująca Zdrowie dostrzegliśmy swoje mocne strony	74
<i>Prof. dr hab. Jadwiga Charzewska, Dr Katarzyna Wolnicka</i> Szwajcarsko-Polski Program Współpracy „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej”	78

Samokształcenie

<i>Hanna Drzewiecka-Krawczyk</i> Czy można odbić się od dna? O pokonywaniu niepomyślności losu w świetle koncepcji resilience.....	82
<i>Małgorzata Górską</i> Kulturowe i religijne aspekty zdrowia.....	87

Technologie informacyjne i komunikacyjne

<i>Bożena Boryczka</i> Zdrowie w sieci.....	93
<i>Elżbieta Pryłowska-Nowak</i> Telefon, tablet – zdrowe uzależnienie?	98

Prawo oświatowe

Edukacja dla zdrowia.....	101
---------------------------	-----

Dr hab. prof. Jan Tylka

Współczesny człowiek a zdrowie

W 543 roku przed narodzeniem Chrystusa grecki filozof Perykles zdefiniował zdrowie jako *stan samopoczucia moralnego, umysłowego i fizycznego, który pozwala człowiekowi stawiać czoła trudnościom i żyć w najwyższym poczuciu zgodności i wdzięku*. Czy możliwe jest bardziej trafne ujęcie pełni zdrowia ludzkiej istoty?

W 1973 roku dr May pisze: *człowiek tworzy siebie przez własne decyzje oraz wybór stylu życia i systemu wartości*. Zdrowie zatem to konsekwencja wyboru. Czy rzeczywiście wybieramy zdrowie?

Na przestrzeni wieków podejście do zdrowia ulegało znaczącym zmianom.

W starożytnej Grecji bogowie ingerowali w zdrowie ludzi (Apollo, Artemida, Dionizos).

W VII wieku p.n.Ch. zaczyna się kult Asklepiosa, czczonego jako boga medycyny, a w IV wieku p.n.Ch. na wyspie Kos Hipokrates wprowadza w życie swe nauki: dobre samopoczucie, czyli zdrowie; złe samopoczucie, czyli choroba zależą od równowagi pomiędzy tym, co nas otacza (wiatr, woda, gleba), a indywidualnym sposobem życia (odżywianiem, zwyczajami seksualnymi, pracą, odpoczynkiem). Równowaga zewnętrzna (człowiek – otoczenie) ma wpływ na równowagę wewnętrzną wyrażaną w sekrecji soków (krew, flegma, żółć żółta i czarna).

Jeszcze wcześniej w Chinach panował pogląd, że ludzkie ciało stanowi system współzależnych składników, obdarzonych naturalną tendencją utrzymania dynamicznej równowagi. Brak równowagi (choroba) pojawia się w następstwie działania takich czynników, jak:

- niewłaściwa dieta,
- brak snu,

- brak ćwiczeń fizycznych,
- niezgoda rodzinna lub społeczna.

Wymieniony zespół czynników można w całości odnieść do współcześnie uznawanych za chorobotwórcze, tzw. czynników ryzyka.

Badania wykazały ponad wszelką wątpliwość, że niski poziom aktywności fizycznej, niewłaściwe odżywianie się, stres (sytuacje trudne) są prowokatorami takich chorób współczesnej cywilizacji, jak: choroby układu krążenia, cukrzyca, choroby nowotworowe.

W tradycji żydowskiej zdrowie łączono ze zbawieniem i nadawano mu znaczenie duchowe.

Rzymski lekarz Galen, który przekazał światu myśli Hipokratesa w dziele „Corpus Hippocraticum”, podkreślał znaczenie temperamentu i humoru (płyny w organizmie warunkujące jego równowagę) jako wartości odnoszących się zarówno do zdrowia, jak i jego braku – choroby.

Zachowanie zdrowia warunkowane było równowagą sześciu elementów:

1. powietrza i światła
2. jedzenia i picia
3. ruchu i odpoczynku
4. snu i czuwania
5. wydzielania i wydalania
6. emocji

Plutarch głosił, że warunkiem zdrowia są aktywność i praca oraz wolność.

Paracelsus (średniowiecze), uznawany za twórcę uniwersalnej doktryny makro- i mikrosmosu, uważał, że zdrowie nie jest dawane przez naturę, lecz musi być stale zdobywane. Jego po-

dejsicie do zachowania zdrowia jest całkowicie zgodne ze współczesnymi przekonaniem epidemiologów na ten temat.

Medycy (i nie tylko) wyrażają zdecydowane przekonanie, że starania o wzmacnianie potencjału zdrowotnego to podstawowe zadanie każdego człowieka i nie da się tego zastąpić działaniami zinstytucjonalizowanymi.

Dlatego w ostatnim dwudziestolecu XX wieku rozbudowana została przez Światową Organizację Zdrowia idea promocji zdrowia, co oznacza usytuowanie zdrowia na czołowej pozycji w piramidzie wartości indywidualnych oraz społecznych.

Konsekwencją działań WHO była Karta Ottawska (1986), w której zawarto postulat promocji zdrowia jako procesu umożliwiającego ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz stworzenie im możliwości jego poprawiania. Celem takich działań byłoby osiągnięcie przez jednostkę całkowitego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, przy czym jednostka lub grupa musi osiągnąć zdolność do identyfikacji i realizacji swoich aspiracji, do zaspokajania swoich potrzeb oraz musi mieć możliwości radzenia sobie w danym środowisku lub doprowadzenia do zmiany tego środowiska.

Ważne stało się nie tyle rozbudowywanie specjalistycznych instytucji, co rozwijanie umiejętności osobniczych, tworzenie środowisk wspierających zdrowie i wzmacnianie aktywności społeczeństwa lokalnego (szkoły, osiedla, zakłady pracy, miasta promujące zdrowie).

Działania WHO były i są odpowiedzią na zjawiska epidemiologiczne, takie jak lawinowo narastające w XX wieku zachorowania na choroby układu krążenia, cukrzycę, depresję.

Nasze społeczeństwo zalicza się do grupy społeczeństw, w których współczynniki zachorowań, a także śmiertelność z powodu chorób cywilizacyjnych należą do wysokich.

Przyczyną takiego stanu rzeczy jest przede wszystkim:

- wysoki odsetek osób dotkniętych wielorakimi czynnikami ryzyka zapadalności na choroby serca, cukrzycę, udary mózgu, nowotwory oraz zaburzenia psychiczne, a także
- problemy wynikające z sytuacji demograficznej Polski (pogłębianie się procesu starzenia się społeczeństwa, wysoka ogólna umieralność, w tym nadumieralność mężczyzn, wy-

soka umieralność z powodu chorób układu krążenia i chorób nowotworowych).

Szacunkowe dane wskazują, że ponad 40% społeczeństwa ma nadciśnienie, z czego niemal połowa nie zdaje sobie z tego sprawy, a te osoby, które mają zdiagnozowane nadciśnienie tętnicze, tylko w niewielkim odsetku podejmują systematyczne leczenie. Amerykanie nazywają nadciśnienie *silent killer* (cichym zabójcą), gdyż w sposób ukryty prowadzi ono do zawału bądź udaru mózgu, co w wielu przypadkach kończy się zgonem.

Jest rzeczą oczywistą, że postrzeganie groźnych zjawisk chorobowych jedynie przez pryzmat podatności biologicznej organizmu jest nieporozumieniem, a w świetle współczesnych badań i kierunków myślenia musi ulec istotnej weryfikacji.

Biopsychospołeczny model traktowany jest przez badaczy problematyki zdrowia i choroby jako podstawowy, pozwalający w sposób całościowy ujmować zarówno zdrowie, jak i chorobę.

Czynniki zdrowia psychicznego od bardzo dawna są związane z zachorowalnością na choroby somatyczne (Hipokrates uważał na przykład, że kobiety o usposobieniu melancholicznym częściej niż inne zapadają na raka piersi), ale w znaczących programach badawczych pojawiły się dopiero w XX wieku.

W ślad za rozwijającym się psychosomatycznym podejściem, w którym zmierza się do dwustronnego wyjaśniania relacji psychika – organizm (soma), zaczęły pojawiać się badania dokumentujące znaczenie czynników psychicznych zarówno w etiologii chorób somatycznych, jak i w procesie ich leczenia.

Uwzględnianie specyficznych właściwości psychicznych, a także środowiskowych osoby w odniesieniu do zdrowia i choroby spełnia postulat medycyny holistycznej i wiąże ją z intencją humanistyczną. Medycyna spotyka się w tym ujęciu nie z przypadkiem chorobowym, ale jest to spotkanie ludzi w ich człowieczeństwie, w ich relacjach osobowych, co jest podstawą kultury humanistycznej.

Intencja humanistyczna w medycynie jest dziełem wspólnym, łączy wszystko to, co dana epoka wie i czego nie wie o całym człowieku, o duszy i ciele, o wzajemnym stosunku duszy i ciała, o przeznaczeniu ludzkiej cielesności, o cierpieniu i śmierci. Jest dziełem wspólnym ludzi sztuki

i nauki – filozofów, socjologów, muzyków, aktorów, rzeźbiarzy, dziennikarzy, pisarzy, leśników – każdego współtwórcy psychoekologicznego środowiska człowieka.

Chora cywilizacja, wpędzająca ludzi do „elektronicznej jaskini” rodem z epoki kamiennej, osłabia więzi ludzkie, demoralizując lekarzy i pozostały personel medyczny.

M. Heidegger powie o współczesnych: *przenika nas jedna podstawowa troska – troska o zachowanie dystansu. Dystans jest już tak wielki, że nikt nie odważy się go przekroczyć.*

Aby skutecznie przeciwdziałać wyniszczającym społeczeństwo chorobom i wzmacniać zdrowotny potencjał poszczególnych jednostek, niezbędne jest wprowadzenie idei promocji zdrowia, a także zasad wypracowanych przez profilaktykę.

Skuteczna promocja i ochrona zdrowia oznacza w praktyce:

1. Propagowanie i popieranie zdrowego trybu życia poprzez działanie publiczne uznające zdrowie ludności za jeden z nadrzędnych celów państwa.

2. Propagowanie planów rozwojowych przemysłu, intensyfikacji rolnictwa, rozwoju komunikacji, zgodnych z nadrzędnymi zasadami ochrony zdrowia społeczeństwa.

3. Organizowanie spotkań poruszających szeroko rozumiane problemy współczesnej medycyny, humanistyki i kultury jako wspólnych działań kreujących zdrowe środowisko naturalne i bezpieczne warunki życia i pracy.

4. Walkę z narastającym alkoholizmem, uzależnieniami od nikotyny, narkomanią z jej społecznymi skutkami.

5. Organizowanie pomocy szpitalom i innym placówkom leczniczo-opiekuńczym.

6. Przyznawanie specjalnych wyróżnień szpitalom i innym placówkom leczniczym i profilaktycznym, wyróżniającym się nie tylko doskonałymi wynikami leczniczymi, ale także życzliwym, w pełni humanistycznym podejściem do człowieka.

7. Kształtowanie prawidłowych relacji lekarz – pacjent. Na tym obszarze jest nadal niezwykle dużo do zrobienia.

8. Organizowanie wystaw propagujących zdrową żywność i przedstawiających ekologiczne metody jej produkcji, jak również produkowanych w sposób naturalny kosmetyków i innych preparatów.

9. Wspieranie inicjatyw społecznych wyłaniających się na różnych szczeblach i w różnych dziedzinach życia. Pomoc w organizowaniu od-

powiednich imprez artystycznych, kulturalnych i sportowych. Prezentowanie prawidłowych wzorców i postaw, w którym ogromną rolę odgrywają środki przekazu (głównie TV), najczęściej prezentujące szkodliwe dla zdrowia wzorce i zachowania.

10. Rozpowszechnianie oświaty zdrowotnej, między innymi w różnego rodzaju konkursach, zaangażowanie na rzecz promocji zdrowia ma bowiem znacznie większe szanse powodzenia w społeczeństwach o wysokim stopniu znajomości zasad ochrony zdrowia.

11. Promowanie pewnej reorientacji służb medycznych, które nie mogą ograniczać się do leczenia chorób i działań profilaktycznych, ale mając w centrum uwagi zdrowie, zajmowałyby się człowiekiem również w pełni zdrowia i rozwijały działania na rzecz utrzymywania i wzmacniania tego stanu. Lekarz przyszłości to lekarz wskazujący zdrowemu człowiekowi, jak żyć i co czynić, żeby nie zachorować.

W tym miejscu konieczne jest odwołanie się do zasad profilaktyki jako sposobu działania mającego na celu uniknięcie bądź odroczenie choroby przez osoby narażone w jakimś stopniu na ryzyko jej wystąpienia.

Ogólnie rzecz ujmując, chodzi o uformowanie takiego stylu życia, w którym zminimalizowane zostaną tzw. czynniki ryzyka chorób, do których zalicza się przede wszystkim niewłaściwą dietę, otyłość, palenie tytoniu, niską aktywność fizyczną oraz takie przejawy zachowań, jak wrogość, pospiech, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem.

Dlaczego profilaktyka?

Odpowiedź wydaje się niezwykle prosta. Zapobieganie chorobie jest tańsze niż jej leczenie, jest możliwe do realizacji przez każdego z nas (leczenie tylko przez specjalistę), dostępne bez znaczących nakładów i urządzeń.

Działania profilaktyczne powinny być podejmowane na różnych poziomach i zmierzać do redukcji zjawisk stresowych oraz poprawy zdrowia społeczeństwa.

Niektóre z nich to:

- interwencja i pomoc społeczna – zwłaszcza w czasie krytycznych okresów, specjalnie dla grup z wysokim ryzykiem utraty zdrowia,
- obniżanie (a nie podwyższanie, jak to ma miejsce w naszym kraju) strukturalnych przeszkód, a stwarzanie sytuacji zadowalających zarówno dla poszczególnych osób, jak i ma-

- łych grup zmagających się ze swoimi problemami,
- promowanie wzorców zachowań dalekich od nadmiernej rywalizacji, agresji oraz braku zrozumienia dla słabych i bezradnych.
 - W krajach o wysokim rozwoju świadomości wartości zdrowia (Szwecja, USA, Finlandia) profilaktyką objęte są praktycznie wszystkie grupy społeczne w różnych okresach rozwojowych.

Przykładem długowzrocznej polityki zdrowotnej państwa wobec obywateli są wytyczne *American Heart Association*, dotyczące pierwotnej prewencji miażdżycowej choroby układu krążenia rozpoczynającej się w dzieciństwie¹. Liczne badania epidemiologiczne wykazują bowiem niepokojący wzrost występowania otyłości rozpoczynającej się w dzieciństwie, a przynajmniej (jak podają autorzy) u 22% dzieci w wieku 6-17 lat rozpoznaje się nadwagę.

Zjawisko to wymaga szczególnej troski z uwagi na silną zależność pomiędzy otyłością a nadciśnieniem, dyslipidemią i cukrzycą typu 2 rozpoczynającymi się w dzieciństwie.

Istnieją solidne naukowe dane dokumentujące nabywanie w dzieciństwie zachowań związanych z czynnikami ryzyka, do których (o czym już wspomniałem) należą: zwyczaje żywieniowe, niska aktywność fizyczna oraz palenie tytoniu. Wzrastająca liczba badań wskazuje obecnie na skuteczność interwencji mających na celu ograniczenie czynników ryzyka w dzieciństwie.

Niezwykle interesujące są wskazania *American Heart Association*² adresowane do społeczeństwa amerykańskiego, zwłaszcza rodziców, wychowawców, które zamieszczam poniżej.

Dziesięć dróg wspomaganie dzieci w rozwijaniu nawyków zdrowotnych

1. Bądź modelem spełniającym pozytywną rolę (sam praktykuj przyswajanie nawyków zdrowotnych).

2. Nakłaniaj wszystkich członków rodziny do aktywności (przejawy aktywności zaplanowanej i realizowanej są dobrodziejstwem dla każdego).

3. Ogranicz TV, gry wideo i korzystanie z komputera.

4. Uzwyczajnij formy aktywności fizycznej (pozostaną na długo, jeśli się je polubi).

5. Bądź wsparciem! (staraj się świętować sukcesy, rozwijać zaufanie).

6. Stawiaj wyraźne cele i rzeczywiste granice (zachęcaj do sukcesu, nie do niepowodzeń).

7. Staraj się znaleźć nowe sposoby uczczenia dobrego zachowania (nigdy nie używaj jedzenia jako nagrody!).

8. Uczyni czas obiadu czasem rodziny (włącz dzieci do pracy w kuchni).

9. Wykorzystaj etykiety żywnościowe jako elementy zabawy (aby lepiej poznać i rozumieć wartość zdrowego odżywiania się).

10. Bądź obrońcą zdrowia swoich dzieci! (niech Twój głos w tej sprawie będzie słyszalny również poza domem).

Z raportów medycznych dowiadujemy się, że mamy w Polsce ponad milion dzieci z otyłością. Jak wielki to problem i kto ma temu zaradzić?

Pytań podobnych, odnoszących się do kondycji zdrowotnej różnych grup naszego społeczeństwa, jest bardzo dużo.

Odpowiedzi na te pytania trzeba szukać nie tyle w ministerialnych gabinetach, co w indywidualnej mądrości i zbiorowej solidarności ludzi, dla których naczelnymi wartościami są zdrowie i życie, a nie odarte z humanistycznych wartości „ekonomiczne wskaźniki”.

Autor jest pracownikiem naukowym Instytutu Psychologii Katedry Psychologii Zdrowia na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

¹ American Heart Association, *Circulation*, 2003.

² American Heart Association, 2005.

Prof. dr hab. med. Barbara Woynarowska

Dlaczego edukacja zdrowotna jest potrzebna uczniom, nauczycielom, szkole i społeczeństwu?

„Zdrowie” należy do najczęściej wypowiedzianych słów w codziennym życiu i w odświętnych sytuacjach. Życzymy sobie zdrowia, mówimy: „zdrowie jest najważniejsze”, „obyśmy zdrowi byli”, pijemy za zdrowie. Prośby o zdrowie własne i innych są najczęstszą intencją w modlitwach¹. Wyniki Diagnozy Społecznej wskazują, że od 20 lat większość (około 65% Polaków) wymienia zdrowie jako warunek udanego, szczęśliwego życia². Zdrowie uznajemy zatem za wartość, dobro, stan pożądany. W praktyce jest to jednak częściej wartość deklarowana niż realizowana. Wyniki badań wskazują, że większość ludzi dorosłych przejawia bierną postawę wobec własnego zdrowia. Szacuje się, że zaledwie kilka procent społeczeństwa prowadzi względnie trwałe „zdrowe” życie, tzn. z uwzględnieniem różnego typu działań prozdrowotnych³.

*Zdrowie to nie dar niebios dany ludziom raz na zawsze. Nad zdrowiem trzeba pracować i praca ta ma charakter pedagogiczny*⁴. Dla utrzymania dobrego zdrowia i jego doskonalenia niezbędne są odpowiednie kompetencje, w tym umiejętności poznawcze i społeczne, które warunkują motywację i zdolności jednostek do zdobywania informacji o zdrowiu/chorobie i ich wykorzystania w codziennym życiu dla zwiększania potencjału

zdrowia, zapobiegania chorobom i ich leczenia⁵. Pomoc ludziom w uzyskiwaniu tych kompetencji jest celem formalnej i nieformalnej edukacji zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna potrzebna jest ludziom we wszystkich okresach życia. W każdym z nich pojawiają się nowe sytuacje, zadania i zagrożenia, które wymagają podejmowania decyzji i wyborów mogących mieć wpływ na zdrowie. Jest ona szczególnie potrzebna we współczesnym świecie gwałtownych, nieoczekiwanych zmian. Trudno zatem zrozumieć, dlaczego większość ludzi, a także osoby tworzące w Polsce politykę zdrowotną i edukacyjną, nie dostrzegają potrzeby edukacji zdrowotnej. Edukacja ta, podobnie jak zdrowie, pozostaje nadal w sferze deklaracji i zapisów w wielu dokumentach i aktach prawnych.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie aktualnego statusu szkolnej edukacji zdrowotnej, znaczenia edukacji zdrowotnej dla uczniów, nauczycieli, szkoły i społeczeństwa oraz barier w jej wdrażaniu. W opisie tym korzystam z 20-letnich doświadczeń i starań o nadanie edukacji zdrowotnej odpowiedniego miejsca w programie szkoły oraz rozwijania w Polsce ruchu szkół promujących zdrowie.

¹ Libiszowska-Żółtkowska M. *Zdrowie w religijnym systemie wartości i prozdrowotnej aktywności Kościoła katolickiego*, Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna nr 12-13/1997, s. 22-36.

² Czapiński J., Panek T. *Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011, s. 220.

³ Puchalski K., Korzeniowska E. *Dlaczego nie dbamy o zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu aktywności prozdrowotnej* [w:] Piątkowski W. [red.] *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2004, s. 107-126.

⁴ Demel M. *O wychowaniu zdrowotnym*, PZWS, Warszawa 1968, s. 8.

⁵ Umiejętności te określa się terminem „alfabetyzacji zdrowotnej” (*health literacy*).

Aktualny status edukacji zdrowotnej w szkole

Termin „edukacja zdrowotna” pojawił się po raz pierwszy w podstawie programowej kształcenia ogólnego w Polsce w 1997 roku⁶. Wcześniej nie był on używany w programach szkolnych, choć treści wchodzące w jego zakres znajdowały się w różnych przedmiotach. W 1999 roku, w wyniku reformy strukturalnej i programowej systemu edukacji, do podstawy programowej kształcenia ogólnego wprowadzono ścieżki edukacyjne, w tym edukację prozdrowotną⁷. W kolejnej zmianie podstawy programowej w 2008 roku⁸ zrezygnowano ze ścieżek edukacyjnych i wprowadzono nowe rozwiązania.

- W części wprowadzającej do podstawy programowej dla wszystkich etapów edukacyjnych zapisano, że *ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku (postaw) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu.*
- Ściśle powiązано edukację zdrowotną z wychowaniem fizycznym:
 - na I etapie edukacyjnym wyodrębniono obszar „wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”,
 - na II, III i IV etapie edukacyjnym zapisano, że wychowanie fizyczne *pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej,*
 - w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych wyodrębniono blok tematyczny „edukacja zdrowotna”.
- Wymagania dotyczące edukacji zdrowotnej uwzględniono w wielu przedmiotach (jest to nienazwana ścieżka międzyprzedmiotowa). Ilość tych wymagań i ich zakres jest większy niż w poprzedniej podstawie programowej.
- W wychowaniu fizycznym rozszerzono zakres edukacji zdrowotnej o aspekty zdrowia psychospołecznego, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności życiowych (osobistych i społecznych). Wśród tych umiejętności w bloku „edukacja zdrowotna” wymieniono: pozytywne myślenie, budowanie poczucia własnej wartości, wiary w siebie, podejmowanie decyzji, utrzymywanie dobrych relacji z innymi, dawanie i przyjmowanie wsparcia, rozwiązywanie problemów, gospodarowanie

czasem, radzenie sobie z presją, krytyką, negatywnymi emocjami, stresem. Wymagania dotyczące umiejętności życiowych znajdują się w wielu przedmiotach.

W komentarzu do podstawy programowej wychowania fizycznego zapisano, że:

- *Edukacja zdrowotna jest procesem dydaktyczno-wychowawczym, w którym uczniowie uczą się, jak żyć, aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki.*
- *Celem edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży jest udzielanie im pomocy w:*
 - *poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych,*
 - *rozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać,*
 - *rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi,*
 - *wzmacnianiu poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości,*
 - *rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia,*
 - *przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej (edukacja zdrowotna jest ważnym elementem edukacji obywatelskiej)*⁹.

Dlaczego edukacja zdrowotna potrzebna jest uczniom?

W dzieciństwie i w okresie dorastania człowiek zdobywa podstawowe kompetencje związane ze zdrowiem oraz kształtuje swój styl życia, który może sprzyjać lub zagrażać zdrowiu i decyduje o zdrowiu w dalszych latach życia. Zmiana niekorzystnych zachowań zdrowotnych w wieku dorosłym jest bardzo trudna.

W kształtowaniu odpowiednich kompetencji służących zdrowiu dzieci i młodzieży, obok rodzi-

⁶ Zarządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 maja 1997 r. w sprawie podstaw programowych obowiązkowych przedmiotów w szkole podstawowej i ponadpodstawowej (Dz. Urz. MEN z 1997 r. Nr 5, poz. 23).

⁷ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. z 1999 r. Nr 14, poz. 129).

⁸ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2009 r. Nr 4, poz. 17).

⁹ Podstawa programowa z komentarzami „Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa”, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2009, s. 56.

ny, główną rolę powinna odgrywać szkoła. Uzasadniają to następujące przesłanki:

- edukacja zdrowotna jest prawem każdego dziecka, tak jak nauka czytania, pisania i liczenia,
- tylko szkoła może zapewnić ponad 5 milionom dzieci i młodzieży systematyczną edukację zdrowotną i pośrednio oddziaływać na ich rodziców,
- u dzieci i młodzieży istnieje wiele niedostatków w zachowaniach prozdrowotnych oraz częste są zachowania ryzykowne dla zdrowia; wskazują na to przedstawione w tabeli 1 wyniki badań przeprowadzonych w Polsce w 2010 roku na reprezentatywnych próbach uczniów klas V szkół podstawowych (11-12 lat), klas I i III gimnazjów (13-14 lat, 15-16 lat) oraz klas II szkół ponadgimnazjalnych (17-18 lat)¹⁰. Niepokojące jest to, że częstość większości niekorzystnych dla zdrowia zachowań młodzieży zwiększa się z wiekiem,
- szczególnie potrzebna jest edukacja zdrowotna dzieciom pochodzących z rodzin, które nie przygotowują dzieci do troski o zdrowie, tym samym szkoła może włączyć się do działań zmniejszających nierówności społeczne dotyczące zdrowia,

- edukacja zdrowotna, a zwłaszcza rozwijanie umiejętności życiowych, może wspierać uczenie się, radzenie sobie uczniów z problemami zdrowotnymi, społecznymi i szkolnymi.

Korzyści z realizacji edukacji zdrowotnej dla nauczycieli

Zawód nauczyciela wiąże się ze specyficznymi obciążeniami, które mogą powodować wystąpienie:

- zaburzeń zdrowia fizycznego: choroby narządu głosu, zaburzenia słuchu, częste infekcje układu oddechowego, dolegliwości ze strony kręgosłupa, nadciśnienie tętnicze i inne choroby układu krążenia oraz zaburzenia psychosomatyczne¹¹ (skutek powtarzających się nadmiernych stresów i negatywnych stanów emocjonalnych),
- zaburzeń zdrowia psychospołecznego, w tym przede wszystkim zespół wypalenia zawodowego, depresja, nadużywanie alkoholu.

Ryzyko wystąpienia tych zaburzeń jest większe, gdy współlistnieją czynniki pozazawodowe,

Tab. 1. Odsetki uczniów, u których wstępują niedostatki zachowań prozdrowotnych oraz zachowania ryzykowne (2010).

Zachowanie	Uczniowie w wieku			
	11-12 lat	13-14 lat	15-16 lat	17-18 lat
NIEDOSTATKI ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH				
Nie zjadają śniadania codziennie w dni szkolne	36,6	41,0	43,4	47,8
Nie spożywają codziennie owoców	61,1	69,3	76,8	81,9
Nie spożywają codziennie warzyw	69,3	74,6	73,8	79,7
Spożywają codziennie słodycze	26,7	33,9	33,1	25,3
Piją codziennie coca-cola lub inne słodkie napoje	24,8	30,8	27,3	16,5
Poziom aktywności fizycznej jest niższy niż zalecany	72,7	82,2	83,8	89,7
Czyszczą zęby tylko 1 raz dziennie lub rzadziej	36,7	36,3	27,5	--
ZACHOWANIA RYZYKOWNE DLA ZDROWIA				
Pałą tytoń codziennie lub co najmniej 1 raz w tygodniu	1,2	8,6	14,9	25,6
Pili alkohol w ostatnich 30 dniach	12,2	26,6	51,0	76,6
Piją piwo codziennie lub w każdym tygodniu	0,9	4,7	5,7	--
Upili się w życiu 2-3 razy lub więcej	2,0	11,6	31,6	57,0
Używali marihuany lub haszyszu w ostatnich 12 miesiącach	--	--	15,1	23,1
Odbyli inicjację seksualną	--	--	16,8	41,5

Źródło: Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. [red.] *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

¹⁰ Dane z kolejnej serii badań międzynarodowych nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Collaborative Cross-national Study* [w:] Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. [red.] *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

¹¹ Zaburzenia psychosomatyczne powstają pod wpływem czynników psychogennych. U ich podstaw leży stres lub sytuacja konfliktowa. Należą do nich dolegliwości (objawy czynnościowe) ze strony różnych układów, w przypadku których nie stwierdza się uszkodzenia organicznego (określa się je terminem „nerwice narządowe”). Inną grupę stanowią zaburzenia (choroby), w których reakcją na stres towarzyszą potwierdzone w badaniach lekarskich zaburzenia organiczne. Należą do nich m.in.: astma oskrzelowa, choroba wrzodowa dwunastnicy, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, reumatoidalne zapalenie stawów.

w tym także niekorzystne czynniki w środowisku rodzinnym oraz styl życia zagrażający zdrowiu¹².

Zapisy w podstawie programowej kształcenia ogólnego dotyczą różnorodnych aspektów zdrowia. Realizacja tych treści stwarza nauczycielom możliwość:

- uaktualnienia/rozszerzenia przydatnej dla nich samej wiedzy o zdrowiu, jego ochronie, doskonaleniu,
- refleksji nad swoimi zachowaniami zdrowotnymi, zwłaszcza że wśród nauczycieli, podobnie jak u uczniów, stwierdza się wiele niedostatków zachowań prozdrowotnych (tabela 2)¹³,
- identyfikacji własnych problemów zdrowotnych,
- doskonalenia własnych umiejętności życiowych – osobistych i społecznych.

Kompetencje prozdrowotne nauczycieli są im niezbędne do prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów oraz tworzenia wzorców właściwych zachowań zdrowotnych. Warunki, w jakich powinna być realizowana edukacja zdrowotna i stosowane metody aktywizujące sprzyjają dobremu komunikowaniu się z uczniami i wspólnemu uczeniu się. Niezbędne jest jednak przyjęcie przez nauczycieli roli przewodników, doradców uczniów, a nie ekspertów. Obawy nauczycieli, że nie posiadają wystarczającej wiedzy, w tym zwłaszcza medycznej, są jedną z przyczyn niepodjęcia przez nich edukacji zdrowotnej uczniów.

Korzyści dla szkoły wynikające z edukacji zdrowotnej

- Skuteczna edukacja zdrowotna sprzyja dobremu samopoczuciu i zdrowiu uczniów, a to z kolei sprzyja:
 - ich dobrej dyspozycji do uczenia się: procesom koncentracji uwagi, myślenia, pamięci, przyswajaniu wiedzy, opanowywaniu różnych umiejętności,
 - dobremu przystosowaniu do szkoły, motywacji do uczenia się, osiągnięciom szkolnym i satysfakcji ze szkoły,
 - rozwijaniu uzdolnień, zainteresowań i kreatywności,
 - dobrym relacjom z rówieśnikami i dorosłymi.
- Edukacja zdrowotna jest bezpośrednio powiązana z programem wychowawczym, a szczególnie programem profilaktyki, do których opracowania zobowiązana jest każda szkoła. Celem szkolnego programu profilaktyki jest zapobieganie zachowaniom ryzykownym, problemom zdrowia psychicznego i problemom behawioralnym uczniów, takim jak:
 - używanie substancji psychoaktywnych,
 - agresja w relacjach rówieśniczych,
 - ryzykowne zachowania seksualne i związane z nimi ryzyko zakażenia HIV,
 - nowe zagrożenia behawioralne, w tym m.in. problemy związane ze stosowaniem przemocy w mediach elektronicznych, uzależnienie od Internetu,

Tab. 2. Odsetki nauczycieli, którzy podejmują zawsze lub prawie zawsze wybrane zachowania prozdrowotne, tzn. zachowują się zgodnie z zaleceniami.

Zachowanie	Podejmują dane zachowanie zawsze lub prawie zawsze (%)
Jedzą śniadanie w domu codziennie	57,0
Jedzą codziennie owoce co najmniej 1 raz	35,2
Jedzą codziennie warzywa co najmniej 1 raz	36,4
Ograniczają jedzenie słodczy	12,5
Czyszczą zęby co najmniej 2 razy dziennie	86,6
Chodzą do dentysty na badania kontrolne co 6 miesięcy	40,2
Śpią w nocy około 6-7 godzin	52,8
Przeznaczają codziennie co najmniej 30 minut na zajęcia związane z umiarkowanym lub dużym wysiłkiem fizycznym	19,4
Zwiększają ilość ruchu i wysiłków fizycznych w codziennym życiu	29,8
Pozytywnie myślą o sobie i świecie	26,3
Zwracają się do innych osób o pomoc w trudnych dla siebie sytuacjach (np. do rodziny, przyjaciół)	22,1

Źródło: Woynarowska-Soldan M., Węziak-Białowolska D. *Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie nauczycieli*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2012 (w druku).

¹² Woynarowska B. *Nauczyciel/wychowawca – ochrona i promocja jego zdrowia* [w:] Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., Komosińska K. *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, PWN, Warszawa 2010, s. 309-336.

¹³ Woynarowska-Soldan M., Węziak-Białowolska D. *Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie nauczycieli*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2012 (w druku) – dane wykorzystano za zgodą autorek.

- zachowania autodestrukcyjne i samobójcze dzieci i młodzieży,
- zaburzenia odżywiania, zaburzenia nastroju i inne problemy zdrowia psychicznego charakterystyczne dla okresu dojrzewania,
- otyłość i nadwaga.

Zagadnienia te znajdują się w wymaganiach szczegółowych podstawy programowej różnych przedmiotów. Wspólnym elementem edukacji zdrowotnej i szkolnego programu wychowawczego oraz programu profilaktyki jest rozwijanie umiejętności życiowych uczniów.

Należy jednak podkreślić, że skuteczność edukacji zdrowotnej zależy nie tylko od realizacji podstawy programowej. Zdaniem T. Williamsa, współtwórcy koncepcji szkoły promującej zdrowie, *jeśli to, czego dziecko uczy się w klasie, nie jest zbliżone do tego, co widzi i stosuje w szkole, domu i swym otoczeniu, to cała wiedza jest niewiarygodna i nie ma żadnego wpływu na młodego człowieka*¹⁴. Ważna jest zatem odpowiednia polityka szkoły dotycząca zdrowia. Powinna ona uwzględniać:

- włączenie zdrowia do programu szkoły – zdrowie jako wartość uniwersalna powinno być uznane za jeden z filarów ogólnej polityki oraz programu dydaktycznego, wychowawczego i profilaktyki, jej organizacji, procedur funkcjonowania, obowiązujących przepisów,
- powiązanie edukacji zdrowotnej z programami realizowanymi z inicjatywy organizacji istniejących w szkole (PCK, harcerstwo) oraz oferowanymi szkole przez różne organizacje i instytucje,
- inwestowanie w rozwój osobisty, społeczny i zawodowy nauczycieli,
- tworzenie w szkole środowiska wspierającego edukację zdrowotną – poprawa warunków sanitarnych i bezpieczeństwa, tworzenie klimatu społecznego sprzyjającego dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników, umożliwienie im praktykowania zachowań sprzyjających zdrowiu (np. posiłki szkolne, dostępność wody pitnej, odpowiedni asortyment produktów w sklepikach szkolnych, organizacja przerw międzylekcyjnych),
- współdziałanie z pielęgniarką szkolną – powinna ona uczestniczyć w programowaniu, realizacji i ewaluacji edukacji zdrowotnej, pełnić rolę konsultanta medycznego dla dyrektora szkoły i nauczycieli, a także być łącznikiem

- między szkołą i placówkami służby zdrowia oraz stacją sanitarno-epidemiologiczną,
- pozyskiwanie pracowników administracji, stołówki szkolnej i obsługi – tworzą oni własny system oddziaływania i wzorce zachowań dla uczniów; aby pozyskać ich do współdziałania, należy stworzyć atmosferę, w której poczują się „ważni”, informować ich o planowanych działaniach, zachęcać do uczestnictwa w nich, organizować szkolenia dostosowane do potrzeb tej grupy pracowników,
- współdziałanie z rodzicami – uzgadnianie treści edukacji (dotyczy zwłaszcza tematów drażliwych i kontrowersyjnych), stwarzanie im 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” do codziennego życia zdobytej w szkole przez ich dziecko wiedzy i umiejętności,
- współdziałanie ze społecznością lokalną – pozyskiwanie do współpracy znanych osób i różnych organizacji, wspólne organizowanie kampanii i akcji propagandowo-informacyjnych.

Dlaczego szkolna edukacja zdrowotna jest potrzebna społeczeństwu?

Edukacja zdrowotna w szkole jest na świecie uznana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa. Jej koszty są niewspółmiernie niższe niż leczenie chorób i dlatego szkolna edukacja zdrowotna powinna stanowić element polityki zdrowotnej państwa.

Stan zdrowia ludności Polski po 1991 roku stopniowo poprawia się, ale na tle ogółu krajów Unii Europejskiej sytuacja jest wciąż niezadowolająca. Różnice te dotyczą wszystkich grup ludności. Po 2000 roku poprawa uległa spowolnieniu, szczególnie u mężczyzn. Według danych WHO w 2009 roku przeciętna długość życia w Polsce, w stosunku do krajów UE, była krótsza u mężczyzn o 5,2 lat, u kobiet o 2,5 roku. Długość życia w zdrowiu¹⁵ w 2009 roku wynosiła w Polsce u mężczyzn 58,1 lat, u kobiet 62,1 lat (w krajach UE odpowiednio 60,8 lat i 61,5 lat)¹⁶. W Polsce, podobnie jak w innych krajach UE, utrzymują się znaczne nierówności społeczne dotyczące zdrowia.

¹⁴ Williams T. *Szkola promująca zdrowie – rzeczywistość czy mit*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 7/1988, s. 193-194.

¹⁵ Wskaźnik ten określa liczbę lat bez trwającej długotrwale (co najmniej 6 miesięcy) całkowicie i bardzo poważnie ograniczonej zdolności do wykonywania podstawowych czynności dla swojego wieku z powodu kalectwa lub przewlekłej choroby (z aktualnym orzeczeniem prawnym lub bez takiego orzeczenia).

Przyczyny niekorzystnej sytuacji zdrowotnej oraz nierówności w zdrowiu są bardzo złożone. Jedną z nich jest niedostateczne uwzględnianie w polityce zdrowotnej państwa profilaktyki chorób, promocji zdrowia, w tym nowoczesnej edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Pilna konieczność intensyfikacji tych działań jest związana z przesunięciem granicy wieku emerytalnego do 67 lat. Niezbędne są różnorodne, długofalowe programy, które sprzyjać będą poprawie zdrowia ludności, a zwłaszcza wydłużeniu okresu życia w zdrowiu. Uzyskanie tej poprawy wymaga udziału samych ludzi, zwiększenia ich motywacji i umiejętności dbania o zdrowie od najmłodszych lat, a nie tylko poprawy opieki zdrowotnej. Konieczne jest wczesne zapobieganie chorobom, które ujawniają się w wieku dorosłym, zachęcanie ludzi do doskonalenia swojej kondycji psychofizycznej, a także tworzenie przez państwo warunków ułatwiających ludziom działania sprzyjające zdrowiu. Jednym z pilnych zadań powinna być poprawa jakości i skuteczności edukacji zdrowotnej oraz profilaktyki w szkole.

Bariery w realizacji edukacji zdrowotnej w szkole

W dotychczasowej historii szkolnictwa w Polsce edukacja zdrowotna, podobnie jak profilaktyka, pozostawały na marginesie funkcjonowania szkoły. W rozkładzie zajęć nie było i nie ma wydzielonego czasu na jej realizację. Wdrażanie aktualnie obowiązujących zapisów podstawy programowej utrudnia wiele czynników, w tym:

- niedocenywanie znaczenia edukacji zdrowotnej przez dyrekcje szkół i nauczycieli, niechęć większości nauczycieli wychowania fizycznego do podjęcia nowego zadania,
- niedostateczne przygotowanie ogółu nauczycieli do realizacji edukacji zdrowotnej, brak w Polsce systemu kształcenia przeddyplomowego i doskonalenia nauczycieli,
- brak systemu wsparcia metodycznego dla nauczycieli,
- tradycyjne rozumienie edukacji zdrowotnej jako przekazywania informacji o zdrowiu,
- dominacja działań akcyjnych, imprez, festynów, konkursów,
- oferowanie szkołom ogromnej liczby programów edukacyjnych o tematyce zdrowotnej, opracowanych przez różne organizacje i instytucje (w tym firmy produkujące żywność, kosmetyki, środki czystości, które równocześnie promują własne produkty) – większość tych programów ma cha-

rakter jednorazowy, akcyjny i nie ma związku z treścią podstawy programowej, ich realizacja zajmuje czas uczniów, nie sprawdza się ich jakości i, poza nielicznymi, nie przeprowadza się ewaluacji ich efektów, a szkoły chętnie wykorzystują te programy i nie uruchamiają własnych działań,

- nieuwzględnienie oceny realizacji edukacji zdrowotnej w ramach nadzoru pedagogicznego,
- małe zainteresowanie szkół wyższych wspieraniem rozwoju szkolnej edukacji zdrowotnej – aktualnie szkolna edukacja zdrowotna jest „dziełem” praktyków, którzy powielają wzorce i doświadczenia ze swoich lat szkolnych.

Szansę na zmniejszenie tych trudności w dalszej perspektywie stanowi uwzględnienie, pierwszy raz w historii szkolnictwa w Polsce, edukacji zdrowotnej w standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela¹⁷. W ciągu ostatnich dwóch lat opracowano kilka poradników dotyczących edukacji zdrowotnej dla dyrektorów szkół i nauczycieli:

1. Woynarowska B. [red.] *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2011 – wersja elektroniczna (www.ore.edu.pl). Poradnik ten, podzielony na trzy części (szkoła podstawowa, gimnazjum i szkoły ponadgimnazjalne), ukazał się w wersji papierowej i otrzymały je w 2012 roku nieodpłatnie wszystkie szkoły w Polsce.

2. Pankowska-Koc K., Szczepkowska K. *Edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym. Scenariusze lekcji dla gimnazjów*, Agencja Reklamowo-Wydawnicza Althea DESIGN Sp. z o.o., Warszawa 2011.

3. Kierczak U. *Metoda projektów w pracy nauczyciela wychowania fizycznego. Praktyczny przewodnik*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012.

4. Woynarowska B. [red.] *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2012.

Należy mieć nadzieję, że materiały te pomogą nauczycielom, zwłaszcza wychowania fizycznego, w realizacji edukacji zdrowotnej, zgodnie z zapisami podstawy programowej kształcenia ogólnego.

Autorka jest kierownikiem Zakładu Biomedycznych i Psychologicznych Podstaw Edukacji Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego

¹⁶ Baza danych Eurostat.

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do zawodu nauczyciela (Dz. U. z 2012 r. Nr 25, poz. 131).

Grażyna Gregorczyk

Zakład pracy miejscem promowania zdrowia i kształtowania kultury prozdrowotnej

*Choć zdrowie nie jest na pewno wszystkim,
to bez zdrowia wszystko jest niczym.*

Arthur Schopenhauer

Promocja zdrowia, rozumiana jako zespół działań, które ułatwiają ludziom podejmowanie prozdrowotnych wyborów i ich trwałą realizację, a w konsekwencji poprawę i utrzymanie zdrowia, na dobre znalazła swe miejsce w polityce zdrowotnej wielu krajów.

Szczególnie dogodnym miejscem do realizacji programów tego typu są zakłady pracy. Na ich terenie, dzięki zapewnieniu odpowiedniego, zdrowego środowiska organizacyjnego i społecznego, można skutecznie kształtować kulturę prozdrowotną.

W Polsce proces upowszechniania koncepcji promocji zdrowia osób pracujących rozpoczął się w połowie lat dziewięćdziesiątych. Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi zainicjowało wtedy, i konsekwentnie realizuje do chwili obecnej, cały szereg działań związanych zarówno z popularyzacją samej idei promocji zdrowia, jak i tworzeniem warunków do wdrażania programów tego rodzaju w firmach.

Szczególne znaczenie w tym procesie odgrywa rozwijana przez ww. centrum Ogólnopolska Sieć Ośrodków Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, zrzeszająca przede wszystkim organizatorów programów prozdrowotnych (tzw. terenowych bądź zakładowych liderów promocji zdrowia), ośrodki medycyny pracy oraz przedsiębiorstwa dobrowolnie realizujące różne przedsięwzięcia na rzecz zdrowia swoich załóg.

Dlaczego zajmujemy się tą tematyką?

- Ponieważ edukacja zdrowotna jest procesem, który trwa całe życie i dotyczy wszystkich ludzi.
- Ludzie to najcenniejszy majątek każdej firmy, a zdrowie pracowników to kapitał, który opłaca się chronić i pomnażać. Wszystkim przynosi korzyści: sprzyja osiągnięciu sukcesów, ogranicza absencję i podnosi jakość świadczonej pracy. Placówka promująca zdrowie to sukces zarówno pracowników, jak i pracodawcy.
- Zdrowie i dobre samopoczucie pracowników zależy od środowiska pracy, a pracodawca może to środowisko odpowiednio kształtować.
- Potrzebne jest tworzenie wzorców ze strony osób dorosłych – rodziców, pracowników szkoły i innych osób ważnych dla dzieci i młodzieży.
- Modelowanie pożądanych postaw i zachowań zdrowotnych przez nauczyciela ma szczególne znaczenie. Wynika to z teorii społecznego uczenia się A. Bandury, zgodnie z którą ludzie uczą się także przez obserwowanie zachowań innych, zwłaszcza osób dla nich ważnych.

Niektóre problemy edukacji zdrowotnej w polskich szkołach

Te dwa ostatnie punkty są szczególnie ważne w zakładach pracy, jakimi są szkoły i inne placówki oświatowe.

W Polsce w ostatnich latach obserwuje się w zakresie edukacji zdrowotnej w oświacie istot-

ne i bardzo korzystne zmiany. Rozwija się ruch szkół promujących zdrowie, edukacja zdrowotna znalazła swoje miejsce w podstawach programowych.

Czy jednak działania podejmowane przez szkoły są wystarczające? Liczne badania dotyczące tego tematu wskazują, że edukacja zdrowotna w szkole jest ciągle niedoskonała. Wykazały to na przykład przeprowadzone na reprezentatywnej grupie ponad 800 uczniów II klas gimnazjów w Katowicach badania, których istotą było rozpoznanie, jaka jest wiedza uczniów dotycząca postaw i prawidłowych zachowań prozdrowotnych oraz jak ta wiedza przekłada się na faktyczne zachowania¹.

Z rozmów i ankiet wypełnianych przez uczniów i nauczycieli badanych szkół wynikało, że największe problemy, które mogą negatywnie wpływać na realizację edukacji zdrowotnej, to przede wszystkim:

- brak wzorca osobowościowego zachowań prozdrowotnych wśród samych nauczycieli,
- brak wiary nauczycieli w pozytywne wartości edukacji zdrowotnej,
- brak odpowiedniej liczby nauczycieli przygotowanych do prowadzenia zajęć oraz koordynacji działań prozdrowotnych,
- brak współpracy pomiędzy samymi nauczycielami oraz pomiędzy nauczycielami i instytucjami wspomagającymi i służbą zdrowia,
- słaba diagnoza potrzeb i oczekiwań uczniów i ich rodziców wobec edukacji zdrowotnej,
- brak wsparcia ze strony dyrekcji szkół, organów prowadzących, instytucji wspomagających i służby zdrowia,
- brak współpracy między szkołami, zwłaszcza na obszarze dzielenia się pozytywnymi efektami działań,
- brak specjalistycznego zaplecza dydaktycznego,
- niska skuteczność podejmowanych działań.

Dlatego ważnym zadaniem służącym podniesieniu skuteczności szkolnej edukacji zdrowotnej jest uczynienie ze szkoły miejsca, w którym promuje się zdrowie i kształtuje kulturę prozdrowotną wszystkich pracowników.

Czym jest promocja zdrowia w miejscu pracy?²

Promocja zdrowia to nauka i sztuka pomagania ludziom, by zmieniali swój styl życia na sprzyjający ich zdrowiu.

M.P. O'Donnell

Promowanie zdrowia w miejscu pracy to wspólny wysiłek pracodawców, pracowników i całego społeczeństwa, mający na celu poprawę zdrowia i samopoczucia zatrudnionych osób.

Działania te mają na celu nie tylko ograniczenie zagrożeń związanych z pracą zawodową. Podejmowane są przede wszystkim po to, by pracownicy dobrze czuli się w swoim miejscu pracy, lepiej funkcjonowali w życiu zawodowym i codziennym, mniej chorowali, bardziej angażowali się w rozwój firmy, a w efekcie, by zakład pracy lepiej realizował swoje zadania.

Kluczową zasadą promocji zdrowia w miejscu pracy jest traktowanie pracowników jako podmiotu oddziaływań, aktywnych partnerów w trakcie planowania, dokonywania i oceny prozdrowotnych zmian w środowisku i stylu życia.

Promocja zdrowia i kształtowanie kultury prozdrowotnej w miejscu pracy jest działaniem dobrowolnym i wykracza poza obowiązki pracodawcy dotyczące ochrony zdrowia pracowników oraz bezpieczeństwa i higieny pracy.

Cel ten osiąga się przez poprawę organizacji pracy i ulepszenie środowiska pracy, promowanie uczestnictwa pracowników w działaniach prozdrowotnych, stwarzanie możliwości dokonywania prozdrowotnych wyborów, zachęcanie do rozwoju osobistego.

Zakład pracy (firma, szkoła, placówka oświatowa) jest dogodnym miejscem do realizacji programów zdrowotnych, ponieważ można:

- 1) łatwo kontaktować się ze wszystkimi pracownikami (adresatami działań),
- 2) liczyć na pomoc kadry, która zna problemy zdrowotne pracowników, a nawet sposoby ich rozwiązywania (inspektorzy BHP, dział personalny),
- 3) korzystać z zaplecza, jakim dysponuje instytucja,

¹ Grad T. *Edukacja zdrowotna a edukacja szkolna* (www.womkat.edu.pl/files/kwartalnik/20/Grad_Tomasz.doc).

² Rozdział opracowano na podstawie http://osha.europa.eu/pl/publications/factsheets/pl_93.pdf

- 4) podejmować rozwiązania dotyczące wszystkich aspektów działalności zakładu,
- 5) obejmować programem prozdrowotnym nie tylko pracowników, ale także ich rodziny.

Dlaczego warto inwestować w promocję zdrowia w miejscu pracy?³

Dzięki efektom promowania zdrowia w miejscu pracy instytucja osiąga korzyści, do których należą:

1. Poprawa sposobu funkcjonowania pracowników w placówce, która wynika m.in. z następujących przesłanek:
 - a. obniżenia poziomu stresu,
 - b. podwyższenia samooceny i poczucia własnej wartości,
 - c. podejmowania odpowiedzialności za wykonywane zadania,
 - d. osłabienia lęków przed zmianą,
 - e. otwarcia na innowacje,
 - f. rozwoju kompetencji (wiedzy, umiejętności).
2. Zyski ekonomiczne, które obejmują m.in.:
 - a. zmniejszenie kosztów absencji chorobowej związanej z chorobami zawodowymi,
 - b. zwiększenie bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - c. zmniejszenie kosztów wypadków i ryzyka zawodowego,

- d. oszczędności czasu pracy (zmniejszenie liczby zastępstw),
- e. racjonalizację wydatków na ochronę zdrowia,
- f. racjonalizację świadczeń socjalnych.
3. Poprawa wewnętrznych relacji pracowniczych, która polega na:
 - a. usprawnianiu systemu informacji i komunikacji wewnętrznej,
 - b. integracji personelu z zakładem pracy, tj. wiązaniu celów osobistych pracowników z interesem zakładu,
 - c. wzmacnianiu więzi i relacji międzyludzkich,
 - d. rozwoju zaangażowania.
4. Budowanie pozytywnego społecznego wizerunku przyjaznej organizacji w lokalnym środowisku, co powoduje wsparcie działań marketingowych.

Co dzieje się w zakładach pracy?

Proponowane programy promocji zdrowia dla zakładów pracy w Polsce nie spotykały się dotychczas z dużym zainteresowaniem. Obecnie, dzięki wiedzy dotyczącej organizacji i zarządzania promocją zdrowia wiadomo, że żaden zakład pracy nie będzie mógł efektywnie i trwale chronić zdrowia swoich pracowników, jeśli nie zaplanuje adekwatnych działań (programów). Wdrażanie takich programów to proces długo-

Tab. 1. Treści działań prozdrowotnych, realizowanych w średnich i dużych zakładach pracy w Polsce w latach 1998 (N=147), 2000 (N=723), 2001 (N=209), 2006 (N=611) i 2010 (N=1000) (dane w %).

Przedmiot działań/rok	1998	2000	2001	2006	2010
Dbłość o estetykę i wygodę pomieszczeń socjalnych znacząco wybiegająca ponad bieżące remonty	77	49	45	53	69
Szczepienia ochronne, głównie przeciw grypie i WZW	31	47	46	47	49
Rozwiązywanie problemu palenia tytoniu	78	45	33	-	-
Badania profilaktyczne nieujęte wśród wstępnych i okresowych	48	43	44	31	29
Organizowanie zajęć sportowych dla pracowników	36	42	41	41	43
Prozdrowotne modyfikacje stanowisk pracy wykraczające poza przepisy BHP	39	31	34	36	53
Edukacja zdrowotna niezwiązana z BHP	41	27	16	12	19
Usługi lecznicze lub rehabilitacyjne fundowane przez firmę	53	25	24	25	28
Szkolenia dotyczące radzenia sobie ze stresem	14	13	6	23	25
Pomoc osobom nadużywającym alkoholu	14	12	7	9	9
Zmiany w organizacji i zarządzaniu, by praca była mniej stresująca	-	-	-	27	32
Upowszechnianie zdrowego odżywiania (np. prezentacje kulinarne, edukacja, zmiany w menu stołówek i bufetów)	-	-	-	7	10
Inne działania	12	4	1	11	-
Żadne z powyższych działań	7	14	15	12	17

³ Rozdział ten opracowano na podstawie <http://promocjazdrowiawpracy.pl/dla-firm/dlaczego-warto-promowac-zdrowie-w-miejscu-pracy/> oraz <http://www.bhp-platforma.pl/aktualnoci/medycyna-pracy/item/226-promocja-zdrowia-w-miejscu-pracy>

trwały i bardzo trudny, wymagający współpracy wielu osób.

Od kilkunastu lat Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy systematycznie bada działalność średnich i dużych przedsiębiorstw dotyczącą nieobowiązkowej troski o zdrowie personelu. Wyniki prezentuje tabela powyżej⁴. Warto zapoznać się z nimi, ponieważ prezentują przykłady konkretnych działań w miejscu pracy.

Działania opisane wyżej realizowane były w zakładach pracy bądź to w formie odrębnych, czasami akcyjnych przedsięwzięć, bądź – co zdarza się rzadziej – w ramach spójnych programów promocji zdrowia (zarządzania zdrowiem).

Działania, które może podjąć firma promująca zdrowie

Zakład pracy promujący zdrowie opracowuje i wdraża prozdrowotną politykę zarządzania i określa kulturę organizacyjną, obejmującą⁵:

- metody i style zarządzania, w których załoga uznawana jest za główny parametr sukcesu firmy (podstawowy kapitał),
- tworzenie takich norm i zasad zarządzania, które umożliwiają załodze aktywne uczestniczenie w podejmowaniu decyzji,
- poprawę organizacji pracy, na przykład przez: wprowadzenie elastycznego czasu pracy, umożliwianie wyboru miejsca wykonywania pracy, np. w domu (telepraca), udział pracowników w procesie udoskonalania organizacji pracy,
- włączanie zagadnień promocji zdrowia w politykę personalną zakładu pracy,
- integrowanie różnorodnych działań firmy związanych ze zdrowiem i bezpieczeństwem w pracy w spójny system,
- zapewnienie pracownikom możliwości uczenia się przez całe życie dzięki zmianie wykonywanej pracy i rozszerzeniu zakresu obowiązków.

Przedsiębiorstwo promujące zdrowie tworzy i modyfikuje środowisko pracy tak, by nie tylko nie zagrażało zdrowiu, ale również oddziaływało pozytywnie na stan zdrowia, sprzyjało mu. Działania te dotyczą:

- ograniczania czynników szkodliwych i uciążliwych (m.in. hałasu, pracy w wymuszonej pozycji ciała, nieodpowiedniego oświetlenia,

- ciężkiej pracy fizycznej), nawet jeśli nie przekraczają one dopuszczalnych norm,
- likwidowania zagrożeń wypadkowych i związanych z ryzykiem pracy,
- przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu i zmniejszania stresu zawodowego, tj. fizjologicznych i psychologicznych efektów m.in. pośpiechu i monotonii, adaptacji do nowych technologii, przeciążenia lub niedociążenia pracą, niejasnych lub sprzecznych oczekiwań przełożonych wobec podwładnych, nadmiernej odpowiedzialności, złych stosunków międzyludzkich, trudności w rozwoju kariery zawodowej i awansu zawodowego, poczucia braku wpływu na funkcjonowanie firmy,
- poprawy warunków socjalnych,
- zachęcania do udzielania wsparcia kolegom z pracy,
- oferowania zdrowej żywności podczas spotkań integracyjnych pracowników (Wigilia, spotkanie wielkanocne, jubileusze itp.), w bufecie czy sklepiku, udostępnienia wody przez cały rok – popularyzacja picia wody,
- zakupu odpowiedniej literatury do biblioteki podręcznej.

Zakład pracy promujący zdrowie stymuluje i wspiera działania pracowników związane z wykonywaniem pracy w sposób higieniczny i bezpieczny.

Oznacza to, że pracownikom tworzy się warunki do zgłaszania propozycji usprawnień, współdecydowania o wyborze rozwiązań oraz oceny efektów wprowadzanych zmian. Rozwija się postawy odpowiedzialności za własne zdrowie w miejscu pracy, a nie jedynie wymaga przestrzegania przepisów. Nacisk kładzie się na nagradzanie pracowników za prozdrowotne działania, a nie karanie ich za łamanie zasad bhp, rozwija się modę na troskę o zdrowie w miejscu pracy.

Przedsiębiorstwo promujące zdrowie uczy i ułatwia pracownikom (i ich rodzinom) realizację zdrowych stylów życia. Prozdrowotne style życia obejmują m.in.:

- prawidłowe odżywianie się,
- aktywność fizyczną,
- unikanie palenia tytoniu i nadmiernego spożywania alkoholu,
- umiejętność radzenia sobie ze stresem,
- prawidłowe reagowanie na czynniki ryzyka i symptomy choroby.

⁴ Źródło: <http://promocjazdrowiawpracy.pl/promocja-zdrowia-w-miejscu-pracy/co-dzieje-sie-w-firmach/>

⁵ Źródło: http://www.imp.lodz.pl/home_pl/offert/tematyka_bad/heal_prom_in_workpl/

Badania naukowe dowodzą, że zdrowie człowieka aż w 50% zależy od jego własnych zachowań. Oznacza to, że przede wszystkim sam człowiek jest źródłem swego zdrowia lub choroby. Rzecz w tym, by chciał i mógł swoje możliwości w tej dziedzinie wykorzystać. Programy promocji zdrowia mają mu właśnie w tym pomóc. Zatem firma promująca zdrowie:

- dostarcza pracownikom wiedzę na temat prozdrowotnych sposobów postępowania (np. organizuje wykłady, udostępnia materiały multimedialne: audio i video, udostępnia poradniki i ulotki, wskazuje na wartościowe zasoby w Internecie),
- monitoruje stan zdrowia pracowników poprzez oferowanie wizyt kontrolnych, np. w celu zbadania ciśnienia krwi lub poziomu cholesterolu, dla mężczyzn badanie poziomu PSA,
- prowadzi profilaktykę chorób cywilizacyjnych,
- rozszerza ubezpieczenia zdrowotne o elementy profilaktyki zdrowotnej,
- w ramach prowadzonych obowiązkowo szkoleń BHP dobiera taką tematykę, która jest związana z charakterem prowadzonej działalności, np. w szkole może być przydatne omówienie następujących tematów:
 - krwotok z nosa,
 - zakrztuszenie się, zachłyśnięcie,
 - oparzenia,
 - utknięcie ciała obcego w gardle,
 - porażenie prądem,
 - skręcenie nogi,
 - nagły skok ciśnienia,
 - ciało obce w oku,
 - nagła reakcja alergiczna,
 - atak astmy,
 - połknięcie trującej substancji,
 - zaburzenia akcji serca,
 - rozwija motywację do dokonywania wyborów prozdrowotnych (np. nagradza indywidualne prozdrowotne zachowania, wspiera grupowe inicjatywy na rzecz zdrowia),
 - kształtuje umiejętności niezbędne do podejmowania tych zachowań w życiu codziennym (np. organizuje ćwiczenia, treningi uczące nowych sposobów postępowania),
 - stwarza warunki ułatwiające prozdrowotne wybory (np. dba o uwzględnienie zaleceń ergonomii w wyposażeniu stanowisk pracy, kupuje dodatkowe usługi medyczne, sponsoruje rekreację pracowników).

W praktyce działania w dziedzinie promocji zdrowia pracowników przybierają formę progra-

mów omawiających odpowiednie zagadnienia, sposoby ich realizacji, kadre osób odpowiedzialnych, źródła finansowania oraz harmonogram. Programy te mogą być realizowane w krótszym lub dłuższym czasie (od kilku tygodni do kilku lat) i obejmować równocześnie lub stopniowo wiele tematów zdrowotnych.

Opracowanie i realizacja zakładowego programu promocji zdrowia wiąże się z powierzeniem związanych z nim prac odpowiednim ludziom. Jak pokazała dotychczasowa praktyka realizacji tego rodzaju przedsięwzięć, celowe jest w szczególności powołanie grupy odpowiedzialnej za program, np. Zespołu Promocji Zdrowia.

Program promocji zdrowia w przedsiębiorstwie to zorganizowany proces społeczny, wpisany w strategię rozwoju firmy, jej kulturę, organizację i politykę zarządzania, obejmujący ponadstandardowe działania na rzecz umocnienia zdrowia załogi, wspierający osiągnięcie celów ekonomicznych organizacji.

Cztery kroki na drodze do „zdrowej” organizacji⁶

Zaangażowanie wszystkich zainteresowanych stron jest jednym z istotniejszych czynników skutecznego promowania zdrowia w miejscu pracy. Niezbędne jest również włączenie się do tych działań kadry kierowniczej, aby uniknąć konfliktów pomiędzy programem promowania zdrowia w miejscu pracy a czynnościami w ramach zarządzania.

Większość dobrze zaplanowanych programów promowania zdrowia w miejscu pracy łączy odpowiednio potrzeby firmy i potrzeby pracowników. Dlatego nie istnieje uniwersalny model promowania zdrowia, a każda organizacja musi dopasować wdrażanie najważniejszych elementów tej promocji do własnych warunków.

I. Przygotowanie

1. Utworzenie zespołu pracowników, który będzie odpowiedzialny za planowanie i wdrażanie promocji zdrowia w miejscu pracy. Najlepiej byłoby, gdyby zespół składał się z przedstawicieli różnych grup pracowniczych: kadry kierowniczej, rady pracowniczej, działu kadr, służb i komisji ds. bezpieczeństwa i higieny pracy.

⁶ Źródło: http://osha.europa.eu/pl/publications/factsheets/pl_93.pdf

2. Informowanie wszystkich zainteresowanych o programie promowania zdrowia w miejscu pracy z wykorzystaniem dostępnych sposobów komunikowania się, takich jak: tablice informacyjne, sieć intranet, zebrania i bezpośrednie spotkania.

Następnie pracownicy oceniali swoje zachowania w różnych grupach, podając odpowiedzi na szczegółowe pytania. Uzyskano następujące wyniki:

Zachowania	Liczba punktów możliwych do uzyskania	Średnia liczba uzyskanych punktów	Wynik w procentach
Żywienie (m.in. nawyki żywieniowe, spożywanie owoców i warzyw, ograniczanie spożycia soli, cukru, tłuszczu)	27	16,2	60%
Dbłość o ciało (m.in. higiena, dbałość o zdrowie, profilaktyka)	21	16	74%
Sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne	21	13,97	67%
Zachowanie bezpieczeństwa (w pracy, w domu, nad wodą itp.)	15	11,9	79%
Aktywność fizyczna	12	6	50%
Niepodjęcie zachowań ryzykownych dla zdrowia (alkohol, papierosy, leki – ich nadużywanie)	15	12,15	81%
PODSUMOWANIE	111	75,8	68%

3. Zapewnienie właściwego zarządzania w dziedzinie BHP, ograniczanie ryzyka wypadków w miejscu pracy, skuteczne zarządzanie ryzykiem zawodowym.

II. Planowanie

1. Ocena potrzeb: w celu zwiększenia skuteczności programu promowania zdrowia w miejscu pracy należy prawidłowo ocenić potrzeby i oczekiwania pracowników.

Można to zrobić przez:

- przeprowadzenie badania z wykorzystaniem tradycyjnych kwestionariuszy ankiet lub *online*,
- łączenie oceny potrzeb z funkcjonującymi podobnymi działaniami (np. włączanie pytań dotyczących zdrowia i samopoczucia do ankiety na temat oceny ryzyka zawodowego),
- analizę istniejących danych firmy, takich jak dane demograficzne pracowników, nieobecności, ruch kadrowy, danych na temat zdrowia, pochodzących z monitorowania stanu zdrowia pracowników.

Na przykład w 2012 roku wśród pracowników Ośrodka Edukacji Informatycznej i Zastosowań Komputerów w Warszawie została przeprowadzona autoocena stanu zdrowia – Sprawdź, jak dbasz o zdrowie!

Wstępnie pracownicy ocenili następująco swoje działania prozdrowotne:

Bardzo dbam	13%
Raczej dbam	67%
Ani dbam, ani nie dbam	10%
Raczej nie dbam	8%
Wcale nie dbam	0%

Badania te pozwoliły określić obszary, które należało uwzględnić w programie: zdrowe żywienie, aktywność fizyczna, profilaktyka zdrowia psychicznego.



Innym przykładem może być samoocena stanowiska pracy z komputerem, przeprowadzona za pomocą formularza *online*, dostępnego na stronie <http://www.ergotest.pl/>

Wyniki pozwoliły na zdefiniowanie priorytetów programu ochrony zdrowia w miejscu pracy.

2. Określenie priorytetów: należy wyznaczyć konkretne cele programu promowania zdrowia i odpowiednio określić priorytety.

Cele te mogą obejmować np.:

- poprawienie równowagi pomiędzy pracą a życiem pozazawodowym,
- zmniejszenie dolegliwości mięśniowo-szkieletowych,
- zmniejszenie dolegliwości powodowanych wykonywaniem pracy biurowej w niekorzystnych warunkach,

- zmniejszenie dolegliwości powodowanych pracą z komputerem,
- ogólne promowanie zdrowego trybu życia.

3. Powiązanie z działaniami profilaktycznymi: o ile to możliwe, należy łączyć planowanie i działania mające na celu promowanie zdrowia z działaniami dotyczącymi zapobiegania zagrożeniom.

4. Włączanie do programu promowania zdrowia istniejących i sprawdzonych działań prozdrowotnych, np. procedur związanych z BHP w pracy z komputerem czy aktywności grup pracowników tych wspólnie uprawiających różne sporty.

5. Zaangażowanie w działania, w miarę potrzeby, organizacji pośredniczących i wykorzystanie dostępnych ofert, materiałów i inicjatyw. Są to np.:

- przychodnie medycyny pracy, które mogą wykonać badania profilaktyczne dla pracowników, np. w ramach tzw. białej soboty lub innych bezpłatnych akcji,
- fundacje i stowarzyszenia zajmujące się promowaniem zdrowego żywienia, zdrowego stylu życia, agencje zajmujące się obowiązkowymi ubezpieczeniami wypadkowymi, które np. oferują obniżki składek dla organizacji wdrażających programy promowania zdrowia w miejscu pracy,
- Centra Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy,
- finansowane przez różne instytucje programy leczenia uzależnień od nikotyny czy alkoholu.

6. Objęcie działaniami wszystkich pracowników. Należy unikać tworzenia nierówności, wynikających na przykład z nieuwzględnienia harmonogramów pracy wszystkich pracowników.

7. Opracowanie sposobu oceny wyników przed rozpoczęciem przedsięwzięcia. Monitorowanie oznak sukcesu lub niepowodzenia pomoże ocenić prace i wprowadzić ewentualne poprawki.

III. Realizacja

1. Uzyskanie aktywnego, wyraźnego wsparcia ze strony kadry kierowniczej różnych szczebli. Jest to jeden z najważniejszych czynników przy budowaniu kultury bezpiecznego i zdrowego miejsca pracy.

2. Zaangażowanie pracowników w jak najszerszym zakresie. Im bardziej program promowania zdrowia w miejscu pracy odpowiada potrzebom pracowników, tym mniejsza jest potrzeba zachęcania do niego. Przy wprowadzaniu

kultury pracy opartej na zdrowiu warto zastanowić się nad środkami specjalnie dostosowanymi do danej organizacji. Mogą one obejmować:

- zachęty finansowe i dopłaty do kosztów aktywności społecznej lub sportowej podejmowanej poza miejscem pracy (np. w ramach Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych),
- konkursy i nagrody za udział w programach promowania zdrowia w miejscu pracy,
- powołanie „męża zaufania” w celu monitorowania relacji między pracownikami i zapobiegania konfliktom,
- przeciwdziałanie mobbingowi.

3. Dostosowanie materiałów informacyjnych do odbiorców. Stopień szczegółowości i trudności tekstu informacyjnego powinien być dostosowany do odbiorców. Należy także zwrócić się do nich z prośbą o informacje zwrotne.

IV. Ocena i stałe wdrażanie

1. Analiza wpływu programu promowania zdrowia w miejscu pracy na różne czynniki, np. atmosferę w pracy, zadowolenie pracowników, rotację kadry, efektywność i jakość pracy, absencję.

2. Ocena korzyści ekonomicznych programu promowania zdrowia w miejscu pracy.

3. Informowanie o wynikach przeprowadzonej oceny: należy przekazywać informacje o sukcesach i planowanych zmianach.

4. Stałe planowanie i ulepszanie: odpowiednie promowanie zdrowia w miejscu pracy to proces stały.

5. Uwzględnienie szczegółowych wyników oceny przy planowaniu działań na przyszłość.

Należy pamiętać, że:

- promowanie zdrowia w miejscu pracy wykracza poza wymogi prawne i opiera się na dobrowolnych działaniach podejmowanych przez obie strony: pracodawców i pracowników,
- nie opłaca się wdrażać programu promowania zdrowia bez zapewnienia bezpiecznego i zdrowego środowiska pracy; promowanie zdrowia w miejscu pracy opiera się na kulturze bezpieczeństwa pracy, wymagającej przede wszystkim odpowiedniego zarządzania ryzykiem zawodowym,
- styl życia jest sprawą osobistą, do zmiany zachowania można zachęcać, ale nie zmuszać, chyba że ktoś swoim działaniem wyrządza szkodę innym,

- uczestnictwo we wszelkich działaniach poprawiających zdrowie jest dobrowolne, jednak zdrowy tryb życia jest zawsze w interesie każdego pracownika,
- promowanie zdrowia w miejscu pracy może zakończyć się sukcesem jedynie wówczas, gdy zostanie włączone jako stały element do wszystkich procedur organizacyjnych i działań podejmowanych w ramach zarządzania.

Sprawdź, jak to jest w Twojej firmie, szkole, placówce:

- Czy został opracowany dokument (deklaracja, zarządzenie itp.) określający politykę i cele firmy dotyczące promocji zdrowia w miejscu pracy?
- Czy został powołany zespół odpowiedzialny za promocję zdrowia w miejscu pracy?
- Czy w skład zespołu ds. promocji zdrowia w miejscu pracy wchodzi przedstawiciele wszystkich grup pracowników (łącznie z przedstawicielami administracji i obsługi)?
- Czy problematyka promocji zdrowia w miejscu pracy jest uwzględniana jako element szkoleń kadry pedagogicznej i innych grup pracowniczych?
- Czy placówka posiada zatwierdzony szczegółowy program działań z zakresu promocji zdrowia w miejscu pracy (zawierający zakres zadań, harmonogram ich realizacji, koszty, osoby odpowiedzialne, grupy docelowe, sposoby oceny)?
- Czy w placówce są podejmowane przedsięwzięcia realizowane w ramach promocji zdrowia w miejscu pracy? Czy wszyscy pracownicy są systematycznie o tym informowani?
- Czy placówka zbiera opinie pracowników na temat działań odnoszących się do promocji zdrowia w miejscu pracy i w oparciu o ich wyniki koryguje swoje działania?
- Czy placówka podejmuje działania zmierzające do identyfikacji źródeł oraz systematycznego ograniczania stresu zawodowego i wypalenia zawodowego?
- Czy placówka systematycznie ocenia wpływ promocji zdrowia na wskaźniki stanu zdrowia załogi (np. absencję chorobową, autoocенę stanu zdrowia)?

Gdzie można znaleźć więcej informacji na ten temat?

Warto zajrzeć na strony Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. Można tam znaleźć bogate i aktualne informacje na temat promocji zdrowia w miejscu pracy, w tym m.in.:

- co to jest promocja zdrowia w pracy i dlaczego warto ją wdrażać w firmach,
- co ciekawego dzieje się na tym obszarze w zakładach pracy i w działalności naukowej,
- jakie są uwarunkowania promocji zdrowia wśród osób pracujących w naszym kraju,
- gdzie można uzyskać pomoc w działaniach praktycznych związanych z promocją zdrowia oraz gdzie zdobyć dodatkowe informacje na jej temat.

Więcej informacji na temat promowania zdrowia w miejscu pracy można znaleźć na następujących stronach:

1. <http://osha.europa.eu/en/topics/whp>
2. <http://www.ciop.pl>
3. <http://www.imp.lodz.pl>
4. <http://www.nfz-warszawa.pl>
5. http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/prevention_and_promotion/index_pl.htm
6. <http://www.bhp-platforma.pl/aktualnoci/medycyna-pracy/item/226-promocja-zdrowia-w-miejscu-pracy>
7. <http://www.zdrowebiuro.pl/>



Autorka jest dyrektorem Ośrodka Edukacji Informatycznej i Zastosowań Komputerów w Warszawie

Prof. Bogusław Śliwerski

Istota, zakres i skutki wypalenia zawodowego nauczycieli

Zjawisko wypalenia zawodowego nauczycieli, którego jednym z czynników staje się mobbing wobec nich w szkole, jest niezwykle aktualne, gdyż dotyczy w swoich negatywnych skutkach także ich wychowanków, uczniów. Nie jest zatem bez znaczenia to, w jakiej kondycji psychoduchowej znajduje się nauczyciel, kiedy wchodzi w relacje z innymi, tak w środowisku szkolnym, jak i pozaszkolnym, w tym w środowisku rodzinnym. Od poziomu jego sprawności radzenia sobie ze stresem, większymi lub mniejszymi problemami w relacjach międzyludzkich często zależy nie tylko możliwość, ale i sens realizowanych zadań zawodowych i autoedukacyjnych. Dotyczy to nauczycieli wszystkich typów szkół ogólnodostępnych, publicznych i niepublicznych. W tych ostatnich bywa najgorzej, ale ze względu na brak zainteresowania nadzoru pedagogicznego ruchem kadrowym w tych placówkach nikt nie jest w stanie ustalić, z jakiego powodu zjawisko wypalenia zawodowego przybiera w nich patologiczne wymiary (np. w ciągu roku wielokrotnie zmienia się w klasie nauczyciel jednego przedmiotu).

Coraz częściej otrzymuję od nauczycieli korespondencję, z której wynika, że są ofiarami mobbingu w szkole. Treść listów jest porażająca, gdyż wskazuje na to, że niektóre środowiska oświatowe zaprzeczają swoim fundamentalnym funkcjom, skoro osoby powołane do wychowywania i kształcenia innych przyczyniają się do utraty godności współpracowników. Ofiary wypalenia zawodowego, chociaż nie zawsze dają się do końca zniszczyć swoim opresorom, piszą o sobie:

1) *Pracuję w oświacie już 6 lat. Niestety ze względu na umowę, na jaką zostałem zatrudniony (4 godziny na zastępstwo) poznałem funkcjonowanie niejednej szkoły na każdym etapie nauczania. Obecnie pracuję*

w szkole ponadgimnazjalnej. Mobbing dotknął mnie w każdej placówce, ale w obecnej jest już nie do wytrzymania. Jestem osobą kreatywną i odnoszącą sukcesy w pracy z młodzieżą. Boli to moich „kolegów” z pracy. Im generalnie łatwo się przeciwstawiam i przechodzę tylko do obgadywania więc pomawiania mojej osoby za plecami. Widząc, że nie chcę się podporządkować chorym układom, zaczęli współpracować z dyrektorem szkoły, a ten ma już na mnie różne „haki” (nie zaliczy stażu, nie przedłuży umowy, napisze niewłaściwą opinię), toteż poddałem się presji przełożonego. Niestety z dnia na dzień jest coraz gorzej. Mimo sukcesów w pracy dostałem wypowiedzenie (nieprzedłużenie umowy). Sprawę chcę skierować na drogę prawną.

2) *Zjawisko mobbingu jest powszechne, a dana osoba jest zagubiona i tak naprawdę nie wie, do kogo się zwrócić. Jestem właśnie w takiej sytuacji. Mam konstruktywny charakter i nie boję się wypowiadać, kiedy widzę w pracy błędy oraz nie zgadzam się na posunięcia, które są błędne lub bzdurne. Z tego powodu ponoszę konsekwencje braku godzin, chociaż mam wykształcenie w 5 kierunkach (ściśle kierunek studiów). Robię ze mnie osobę konfliktową, a ostatnio w ciągu 5 dni po ponad 20-letniej pracy otrzymałam upomnienie i nagannę. Co z tego, że uczniowie uważają mnie za uczciwego człowieka oraz nauczyciela najlepiej tłumaczącego lekcje w szkole. Im mam większy autorytet, tym gorzej dla mnie. Co robić w takiej sytuacji? Nauczyciele w pracy się boją i nikt nie potwierdzi, że jestem krzywdzona lub że sam jest krzywdzony. To odbija się na pracy szkoły, mojej oraz uczniów. Gdzie szukać pomocy?*

3) *Na mobbing po prostu jest przyzwolenie władz administracji rządowej i samorządowej, od góry poczynając. Dyrektorzy, na polecenie zwierzchności (kiedyś to się nazywało prawo telefoniczno-powielaczowe!), mają często wymusić na nauczycielach na granicy prawa lub poza nim różne działania i zachowania. W tym celu*

mają przyzwolenie na przykładowe „gnojenie” tych, którzy choćby potencjalnie mogliby się temu sprzeciwić. Poza tym centralistyczno-nakazowe metody kierowania oświatą nasilające się w ostatnim 10-leciu wywołują zapotrzebowanie na dyrektorów, którzy chcą i, często z entuzjazmem, potrafią takimi metodami rządzić. Jestem świadkiem wielokrotnego umarzania spraw przez prokuraturę i niedopuszczania ich do rozpatrzenia przez sąd – lokalne układy koleśiowskie. Administracja samorządowa chroni chamskich dyrektorów – mają świetne wyniki w zamordyzmie.

Sytuacji tego typu jest na co dzień w naszych szkołach tysiące i nikt ich nie monitoruje ani nie analizuje. Najbardziej wrażliwi, sumienni, oddani pracy a zarazem bezbronni i wykończeni przez swoich zwierzchników i/lub współdziałające z nimi środowisko nauczyciele albo wpadają w chorobę (niestety, są to często uaktywniające się w stresie nowotwory), albo odchodzą z pracy w szkole, albo uciekają na tzw. emigrację wewnętrzną. Kurczący się rynek miejsc pracy w bezpiecznej jednak pod względem socjalnym oświacie publicznej sprawia, że do mobbingu i opresji wobec niektórych nauczycieli dochodzi częściej niż w innych instytucjach sfery publicznej, samorządowej czy państwowej. Kogo szkoła „nie zabije”, nie wypali, tego ponoć wzmocni, ale... w wielu przypadkach skutkuje to przenoszeniem przez niektórych nauczycieli agresji i zemsty na innych, kiedy tylko mają możliwość pełnienia w edukacji kierowniczej roli.

Czym jest wypalenie zawodowe?

Na przełomie lat 60. i 70. XX wieku zostały opublikowane w USA badania psychologów nad syndromem wypalenia zawodowego. Profesorka Alaya M. Pines z Ben-Gurion University School of Management w Izraelu opisała ów stan jako objawiający się najczęściej u osób pracujących z innymi ludźmi, a więc profesjonalnie zobowiązanych do świadczenia usług innym, zgodnie z określonymi normami i oczekiwaniami. O tym zjawisku świadczy szereg symptomów, a mianowicie to, że człowiek czuje się generalnie źle oraz jest zmęczony emocjonalnie, psychicznie i fizycznie. Ma też poczucie beznadziejności, niechęci do pracy oraz braku radości życia. Wypalenie nie jest w większości przypadków efektem odrębnych zdarzeń traumatycznych, ale objawia się jako stan wyczerpania psychicznego, depersonalizacji i utraty poczucia sensu działania. Jest ono następstwem długotrwałego procesu wypalania się osoby, która nie potrafi radzić sobie z sytuacjami stresowymi, z psychofizycznymi trudnościami

życia.

Fazy wypalenia zawodowego

Proces wypalenia zawodowego nauczycieli najczęściej przebiega w następujących fazach:

1. Zafascynowanie pracą – nauczyciel prezentuje w tej fazie pracy wysoki poziom idealizmu i niezwykle silnie angażuje się na rzecz szkoły (uczniów i ich rodziców, placówki, środowiska itp.).

2. Stagnacja zawodowa – pojawia się, gdy coraz trudniej jest nauczycielowi realizować własne ideały. Na skutek nasilania się stresu zostają podejmowane próby pokonania trudności, polegające na zwiększonej mobilizacji organizmu do przezwyciężenia powstałego napięcia nawet w przypadku niepowodzeń. Sprzyja to realizacji zadań przy umiarkowanym obciążeniu systemu regulacji. Kiedy jednak organizm ma mniejszą odporność na stres, pojawia się faza krytyczna, która przejawia się w nieadekwatnych do bodźców reakcjach emocjonalnych, zaburzeniu procesów orientacyjnych oraz zmniejszonej zdolności przewidywania celów i skutków działania. Następuje wówczas zmiana celów działania. Pojawiają się oczekiwania czy roszczenia uczniów, rodziców i/lub dyrekcji szkoły, które są sprzeczne z dotychczasowym kierunkiem własnej aktywności zawodowej, zaczynają z wolna denerwować nauczyciela.

3. Frustracja – jest fazą reakcji obrony organizmu przed stresem, która polega na wzmożonym pobudzeniu emocjonalnym, przeciążającym system regulacji osobowości. Najczęstszą reakcją jest tu irytacja, wybuchy złości, agresja lub reakcja obronna (ucieczka, regresja, fantazjowanie, tłumienie). Jeżeli nie doprowadzą one do rozładowania silnego napięcia emocjonalnego, to mogą przekształcić się w stan nerwicy. Wśród objawów i następstw długotrwałe przeżywanego stresu wyróżnia się: a) zmiany fizjologiczne w organizmie osoby, jak: powiększenie się nadnerczy, skurcze i tiki twarzy, zaburzenia rytmu i przyspieszenie akcji serca, parcie do częstszego oddawania moczu, wzrost napięcia mięśni szkieletowych, nadmierne pocenie się, zaburzenia apetytu, biegunki, trudności z trawieniem, suchość w ustach, bezsenność, spadek wagi ciała, bóle i klucia w klatce piersiowej; b) zmiany psychologiczne, np. trudność w koncentracji uwagi, zapominanie i pomyłki, tendencja do skrajnego oceniania i przesadnych wypowiedzi, niepokój ruchowy; c) zmiany emocjonalne typu: poirytowanie,

depresja, podekscytowanie, drażliwość, nagłe wybuchy płaczu czy śmiechu oraz d) problemy zdrowotne, np. utrata odporności organizmu na infekcje, spotęgowanie procesu odkładania się blaszek miażdżycowych, owrzodzenie żołądka, choroby serca i układu krążenia, bóle krzyża. Częste i długotrwałe przeżywanie stresu prowadzi do fizjologicznego wyczerpania ogólnej energii przystosowawczej osoby i do załamania kończącego się chorobą psychosomatyczną. Stres zmienia się w dystres, kiedy człowiek, nie mogąc rozładować własnego napięcia, staje się jego ofiarą.

4. Apatia – między nauczycielem a uczniami i/czy członkami rady pedagogicznej zanikają więzi przyjaźni, solidarności, współpracy. Doświadczający tych stanów nauczyciel coraz częściej postrzega negatywnie swoich uczniów, nauczycieli czy dyrekcję szkoły, a na pojawiające się problemy reaguje najczęściej środkami przemocy. Szkoła staje się dla niego miejscem rozczarowania. Nauczyciel wykonuje tylko to, co jest jego najpilniejszym obowiązkiem, unika rozmów na tematy zawodowe i wszelkiej dodatkowej aktywności. Część spośród dotkniętych dystresem nauczycieli odwołuje się do mechanizmów obronnych własnego organizmu, podejmując działania pozornie przystosowawcze, a przez to o wątpliwej efektywności kształcącej czy wychowawczej wobec swoich uczniów. Przy niskich osiągnięciach szkolnych wzmacnia to dodatkowo stan poczucia niskiej przydatności do zawodu lub nasila niezadowolone z takiego nauczyciela ze strony nadzoru pedagogicznego, uczniów czy ich rodziców.

5. Syndrom wypalenia – pojawia się w momencie całkowitego wyczerpania. W świetle wyników badań nad tym syndromem u nauczycieli Anne-Rose Barth i Matthias Burisch wyróżniają następujące jego symptomy:

- w sferze psychicznej: negatywny obraz własnych umiejętności, negatywny stosunek do uczniów i ich rodziców, negatywne ocenianie oddziaływania szkoły, zanik zainteresowań problematyką zawodową, ucieczka w fantazje, trudności ze skoncentrowaniem uwagi,
- w sferze emocjonalnej: poczucie bezsilności, przygnębienie, użalanie się nad sobą, pobudliwość, znerwicowanie, poczucie braku uznania,
- w sferze fizycznej: szybka męczliwość, podwyższona skłonność do zachorowań, trudności wegetatywne (serce, oddychanie, trawienie), bóle głowy, napięcia mięśni, zakłócenia snu, wysokie ciśnienie krwi,
- w sferze społecznej: zanik dotychczasowego zaangażowania, utrata chęci pomagania uczniom mającym trudności, problemy,

ograniczanie kontaktów z rodzicami uczniów, ograniczanie kontaktów z kolegami/koleżankami, narastanie konfliktów w życiu prywatnym, niedostateczne przygotowywanie się do zajęć dydaktycznych.

Zakres wypalenia zawodowego nauczycieli

Wielu badaczy tego zjawiska twierdzi, że wypalenie dotyka zarówno słabo angażujących się w profesjonalną aktywność nauczycieli, jeśli ci znaleźli się w środowisku szczególnie wysokich wymagań i oczekiwań, jak i tych najbardziej zaangażowanych w swoją rolę zawodową, najczęściej nowatorów, pasjonatów. Ci pierwsi „męczą się” w swojej roli jak w przyciasnym ubraniu czy pijących butach, mając pełną świadomość źle wybranego zawodu lub jego nieprzystawalności do własnej osobowości, obowiązków czy norm. Drugą zaś grupę „wypaleńców” stanowią pedagogicy najbardziej pochłonięci swoją profesją, pasjonaci bez reszty jej oddani, którzy nie mogą poradzić sobie z barierami i przeszkodami, jakie inni stawiają im na drodze do zawodowej samorealizacji. Zapewne obie grupy ponoszą osobiste koszty powyższej konfrontacji, płacąc za to często najwyższą cenę w postaci utraty własnego zdrowia czy nawet życia.

Badania psycholog Stanisławy Tucholskiej nie potwierdziły tezy, że zawód nauczyciela jest szczególnie „wypalający” w porównaniu z innymi zawodami, gdyż niewątpliwie wysoki poziom predyspozycji psychicznych, kompetencji interpersonalnych oraz prężnej osobowości stwierdzony u co drugiego z badanych nauczycieli, nie prowadzi do wypalenia zawodowego. Niepokojące jest jedynie to, że aż u 46% badanych nauczycieli stwierdzono przejawy niepełnoobjawowego zespołu wypalenia zawodowego, w tym aż 20,7% stanowili nauczyciele całkowicie wypaleni. Już po wdrożeniu reformy ustroju szkolnego w Polsce 1999 roku badani przez Henrykę Kwiatkowską nauczyciele wskazywali, że wprawdzie przeważają u nich wskazania pozytywne (57,9%) nad negatywnymi (42,1%), to jednak wśród tych ostatnich najczęściej wymieniali takie jak: arogancja – 28,8%, niesprawiedliwość w postępowaniu z uczniami – 18,5%, poczucie mniejszej wartości (kompleks intelektualny) – 10%, niskie kwalifikacje – 9% czy intelektualna przeciętność – 9%. Z punktu widzenia postrzegania własnej kondycji zawodowej okazało się, że oceny negatywne prawie dwukrotnie przewyższały pozytywne. Nauczyciele ujawnili przy tym, że są dość bezradni

wobec sytuacji lękowych w szkole. Brakuje im tak niezbędnych do pokonania stresu asertywności i poczucia własnej wartości oraz podmiotowości. Wielu z nich boi się samodzielności, niezależności w podejmowaniu decyzji i elastyczności w postępowaniu zarówno wobec uczniów, władz zwierzchnich, jak i rodziców.

Także badania Krzysztofa Rubachy potwierdziły, że jak głębokimi problemami będzie się borykać polska oświata, skoro w zawodzie nauczycielskim są osoby o przeciętnym i niskim poziomie samorealizacji oraz niezwykle wysokiej tendencji do unikania niepowodzenia. Ci bowiem, którzy z tytułu nauczycielskiej roli zawodowej powinni zachęcać swoich uczniów do osiągania sukcesów i do samorealizacji, sami są już wypaleni, nie mają tak silnej potrzeby osiągnięć, by przekazywać ją innym i sami nie chcą się dalej rozwijać. Najnowsze badania lubelskich pedagogów z drugiej dekady XXI wieku Janusza Kirenko i Teresy Zubrzyckiej-Maciąg wykazały, że w środowisku nauczycielskim przeważają trzy poziomy wypalenia zawodowego: osoby całkowicie wypalone, silnie zaangażowane i niewypalone. Na szczęście grupa nauczycieli z wysokim poziomem nasilenia wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji przy jednocześnie stosunkowo niskim zaangażowaniu osobistym nie była najbardziej liczna. Niepokojące jest jednak to, że zdecydowanie liczniejszą grupę stanowili nauczyciele z wysokim poziomem zaangażowania osobistego w swoją pracę, którzy równocześnie są już na przeciętnym poziomie wartości wypalenia zawodowego. Oznacza to, że wkrótce mogą oni powiększyć grono osób z syndromem *burn out*.

Co warunkuje wypalenie zawodowe nauczycieli?

Czynniki warunkujące wypalenie są złożone i żadne badanie nie jest w stanie uchwycić wszystkich zmiennych, gdyż wiele z nich jest ukrytych często poza świadomością samych nauczycieli. Moim zdaniem najważniejszym z nich jest makropolityka oświatowa. Nauczyciele należą do jednej z niewielu grup zawodowych, które są systemowo zniewalane i poddawane odgórnym naciskom, inwigilacji i manipulacjom jako organizacyjnym mechanizmom podważania zaufania, co jest zarazem potwierdzeniem neurotycznego lęku władzy wobec nich. Istniejący w III RP system władzy etatystycznej nie legitymizuje autonomii nauczycieli i szacunku do ich samodzielnej oraz kreatywnej pracy, ale traktuje ją jako środowisko, które ma być w nieustannej niepewności. Ciągłe

kontrolowanie, monitorowanie pracy nauczycielskiej wytwarza w społeczeństwie przekonanie, iż osoby wykonujące ten zawód nie są podmiotami godnymi zaufania.

Rola i miejsce wolności nauczyciela w systemie oświatowym jest pochodną ponoszenia odpowiedzialności za kształt i jakość edukacji przez państwo utożsamiane z władzą centralistycznie zarządzającą oświatą, a nie przez społeczeństwo z wolnymi obywatelami i wybieranymi samorządami. Ministerstwo Edukacji Narodowej nie jest zainteresowane odstąpieniem od władztwa pedagogicznego, gdyż musiałoby dopuścić wszystkie podmioty partycypujące w edukacji do współuczestniczenia we władzy, a co za tym idzie, stworzyłyby sobie dodatkowy czynnik oddolnej kontroli własnej działalności. Lepiej zaś i wygodniej jest zarządzać oświatą bez żadnej kontroli niż osiągać co najmniej takie same wyniki w środowisku szkolnym patrzącym na ręce władzy. Administracja oświatowa, chcąc osiągnąć nauczycieli, zobowiązuje ich do ogromnej ilości pracy iluzorycznej i zmusza tym samym do uznania iluzji za pracę autentyczną. Ocenianie nauczycieli według wymiernych wskaźników efektywności kształcenia i wychowania musi prowadzić do pozorantstwa lub selekcyjnego nastawienia do dzieci w toku edukacji. Generowany lęk o własną pracę wśród nauczycieli działa niszcząco na ich duchową substancję. Determinizm ekonomiczny państwa z pozostałościami socjalistycznych tęsknot do władania nauczycielami odsuwają na dalszy plan wartość i rolę nauczyciela jako podmiotu. W konfrontacji między wolnymi nauczycielami a coraz bardziej zdesperowanymi w utrzymaniu swej nadrzędnej pozycji przedstawicielami nadzoru pedagogicznego iskrzą konflikty demistyfikujące mit, że szkolnictwo może ewoluować tylko w kierunku zgodnym z życzeniem rządzących. Pedagodzy nie mogą liczyć na siebie, gdyż muszą nieustannie czuwać nad przestrzeganiem zewnętrznie wobec nich stanowionych norm edukacyjnych.

W dzisiejszych czasach, kiedy pojawia się zagrożenie utratą miejsca pracy, bezrobociem, otoczeniem społecznym, szczególnie w instytucjach „hiperkognitywnych”, do jakich zalicza się też szkoły, nie reaguje na zjawisko mobbingu. Powodów jest wiele, m.in.: niedostateczne kwalifikacje dyrektora szkoły, jego autorytarny styl kierowania, niska zdolność radzenia sobie z konfliktami, kultura biurokratyczna z niskim poziomem etyki, strach przed utratą miejsca pracy, zawiść i stosunki rywalizacyjne, brak tolerancji, destrukcyjne reagowanie na błędy czy pomyłki pracowników,

toksyczna struktura osobowości zwierzchnika itp. Jedną z głównych przyczyn powstawania i występowania mobbingu wobec nauczycieli jest zatem bezrobocie, rywalizujące społeczeństwo i zła struktura organizacyjna szkoły.

Każdy może stać się w szkole ofiarą mobbingu, i to bez względu na wiek, wykształcenie, pochodzenie itp. Dotyczy to często osób, które cechuje szczególna podatność na stanie się ofiarami kogoś, kto chce je wypalić, wykluczyć ze szkoły jako niewygodnych, reagujących na mające w niej miejsce nieprawidłowości. Psycholodzy wyróżniają tu specyficzną pozycję ofiary, którą może zostać osoba mająca szczególny szacunek w szkole, a tym samym obniżająca autorytet władzy. Do takich ofiar zalicza się też nauczycieli, którzy reagują na autorytaryzm swoich zwierzchników odmową podporządkowania się ich poleceniom. Dochodzi do tego w sytuacji, gdy nie uświadamiają sobie, że autorytarny dyrektor nie dopuści do jakiegokolwiek demistyfikowania jego ignorancji, nieetyczności czy podjętych błędnie decyzji. Ofiarami mobberów stają się też osoby dobrze wykształcone, zdolne, pracowite, kreatywne,

gdyż mogą być w radzie pedagogicznej, w której przeważa wygodnictwo i „tumiwizm”, postrzegane jako zagrożenie.

Także każda odmienność nauczyciela w środowisku pracy, wynikająca np. z innego od powszechnie przeważającego wyznania religijnego, innych preferencji politycznych, z innego kręgu kulturowego czy posiadającego własną hierarchię wartości, mającego odmienne przekonania, odmienną orientację seksualną itp. może sprzyjać różnego rodzaju atakom na jego pozycję w szkole. Do tego dochodzą: zazdrość o młody wiek, posiadanie męża, wygląd, majątek itp. Czy raczej mają pedeutolodzy twierdząc, że w ich zawód wpisana jest niejako konieczność powolnego wypalania się tych, którzy sami powinni edukować swoich wychowanków do właściwego radzenia sobie z przyczynami czy skutkami tego syndromu?

Autor jest pracownikiem naukowym Akademii Teologicznej w Warszawie i Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

*Tak jak nie czujemy zdrowia całego ciała, lecz tylko to malutkie miejsce,
w którym uciska nas but, tak też nie myślimy
o wszystkich naszych sprawach, które idą bez zarzutu,
a tylko o jakiejś tam błahostce, która nas gniewa.*

Arthur Schopenhauer

Małgorzata Pomianowska, Katarzyna Szczepkowska

Szkoła miejscem wsparcia społecznego? Ależ tak!

Wsparcie społeczne, które możemy otrzymać od innych w sytuacjach trudnych, ma niezwykle istotny wpływ na nasze zdrowie i funkcjonowanie psychospołeczne. Dzięki wsparciu człowiek łatwiej radzi sobie z trudnościami, szybciej wraca do równowagi, rozwiązuje problemy, jest ogólnie zdrowszy i zadowolony z życia.

Młody człowiek spędza dużo czasu w szkole, tam spotyka się z rówieśnikami i dorosłymi, nawiązuje relacje. Czy szkoła może być więc miejscem wsparcia społecznego? Czy oprócz pełnienia funkcji dydaktycznej, wychowawczej, profilaktycznej może dawać również wsparcie w sytuacji trudnej? Nie jest to taka prosta sprawa. Przeciwnie szkoła (a w niej nauczyciel) jest po to, aby uczyć i wymagać. Oceny pełnią funkcję nie tylko informacji zwrotnej, ale stają się również karą i nagrodą, dzięki którym nauczyciele chcą wpływać na zachowanie ucznia. Nie tylko uczeń, ale również nauczyciel, dyrektor podlegają ciągłej kontroli i ocenie. Rodzic często jest postrzegany jako „ciało obce”, zaburzające funkcjonowanie dobrze działającego mechanizmu. Czy w takich warunkach łatwo jest dawać wsparcie społeczne i – najważniejsze pytanie – czy szkoła w ogóle jest miejscem do tego przeznaczonym?

Wsparcie społeczne jest to przede wszystkim pomoc dostępna dla jednostki lub grupy w sytuacjach trudnych, stresowych lub przełomowych, których bez wsparcia innych nie można, lub jest to niezwykle trudne, przewyciężyć¹. Określenie

to kojarzyć się może z pomocą udzielaną drugiemu człowiekowi w sytuacji wymagającej takiej interwencji. Dotyczy samej relacji między ludźmi, jej jakości – włączając altruizm, współczucie, danie poczucia bezpieczeństwa, akceptację, odczuwanie empatii. Są to wszystkie zachowania pomocne w zaspokajaniu potrzeb w trudnych sytuacjach, oferowane przez osoby mające znaczenie i grupy odniesienia. Trudno nie zgodzić się ze zdaniem, że nauczyciel to osoba mająca znaczenie, a klasa szkolna to grupa odniesienia dla ucznia. Dlatego też może on u nich poszukiwać pomocy w sytuacjach, którym sam nie może sprostać. Istnienie, oddziaływanie i dostępność wsparcia w sytuacjach trudnych wpływa na funkcjonowanie jednostki, na jej stosunek do problemów, a także na zdrowie i szybkość radzenia sobie z trudnościami życiowymi².

W ujęciu strukturalnym wsparcie społeczne jest określane jako obiektywnie istniejąca i dostępna sieć społeczna, która wyróżnia się od innych tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełni funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnych sytuacjach życiowych. W ujęciu funkcjonalnym wsparciem społecznym nazywamy taki rodzaj interakcji społecznych, które zostają podjęte przez jednego lub obu (udzielającego wsparcia i odbierającego je) uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej czy krytycznej³.

Wsparcie społeczne może przyjmować różne formy. Wsparcie werbalne zawiera pochwałę,

¹ Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2010.

² Pankowska-Koc K., Szczepkowska K. *Edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym*, Wydawnictwo Althea DESIGNE, Warszawa 2011.

³ Modrzewski J. *Wsparcie społeczne jako czynnik wzorujący współczesne scenariusze biograficzne* [w:] Piorunek M. [red.] *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2010.

aprobatę, akceptację, zezwolenie, zachętę, sympatię. Uśmiechy, potakiwanie głową, dotyk i ton głosu są wsparciem niewerbalnym. Nagradzanie może również przyjąć formę pomocy, prezentu, posiłku, rady albo informacji⁴. Podczas udzielania wsparcia społecznego przedmiotem wymiany są więc różne treści. W zależności od ich rodzaju, możemy mówić, że⁵:

Wsparcie emocjonalne polega na przekazywaniu w toku interakcji pozytywnych emocji uspokajających, pozwalających uwolnić się od własnych napięć i negatywnych uczuć. Ten rodzaj wsparcia występuje najpowszechniej i nawet jeżeli nie jest ono konieczne do rozwiązania trudności, jest oczekiwane.

Wsparcie informacyjne (niekiedy nazywa się je też poznawczym) to wymiana w toku interakcji informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji i problemu. Duże znaczenie ma tu przekazywanie informacji zwrotnych, świadczących o skuteczności podejmowanych działań.

Wsparcie instrumentalne to rodzaj instruktażu polegającego na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach bądź procedurach postępowania.

Wsparcie rzeczowe (materialne) to świadczona pomoc materialna, rzeczowa i finansowa, ale także bezpośrednie fizyczne działanie na rzecz osób potrzebujących: przekazywanie środków do życia, dożywianie, udostępnianie schronienia, mieszkania, zaopatrzenie w lekarstwa itp. Pomoc ta wiąże się z działalnością charytatywną i dobrze przebiega w społecznościach altruistycznych, dbających w szczególności o godność odbiorców. Ten typ wsparcia, podobnie jak wsparcie informacyjne, jest najbardziej oczekiwany i potrzebny w sytuacjach katastrof.

Funkcjonalne ujęcie wsparcia stało się podstawą jego podziału na wsparcie spostrzeganie i wsparcie otrzymywane⁶.

Wsparcie spostrzeganie wynika z wiedzy i przekonań człowieka o tym, gdzie i od kogo

może uzyskać pomoc, na kogo może liczyć w trudnej, stresowej sytuacji. Istotne jest tu przekonanie o dostępności sieci wsparcia. Opiera się na subiektywnej ocenie pewności sieci i źródła wsparcia, które zakłada, że pomoc od bliskich urzeczywistni się w chwili potrzeby⁷.

Wsparcie otrzymywane jest oceniane obiektywnie lub relacjonowane subiektywnie przez odbiorcę jako faktycznie otrzymywany rodzaj i ilość wsparcia. Przy pomiarze wsparcia otrzymywanego można też oceniać poziom adekwatności i trafności wsparcia.

Ludzie mają różnie nasilone potrzeby wsparcia, w związku z tym nie tylko poszukują, mobilizują, ale także unikają wsparcia społecznego. Dlatego udzielane wsparcie musi być dostosowane nie tylko do wymogów sytuacji, ale również do potrzeb i cech indywidualnych zainteresowanego⁸.

Wsparcie społeczne ma duży wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne, a także na samopoczucie człowieka. Sam fakt odczuwania wsparcia jako możliwości pomocy buduje poczucie bezpieczeństwa. Jak wynika z badań, wsparcie społeczne jest elementem niezbędnym dla osób znajdujących się w stanach kryzysowych⁹. Bez względu na przeżywane trudności życiowe, stany kryzysowe i innego rodzaju sytuacje problemowe, samo istnienie wsparcia społecznego, sieci mogącej nas wspomóc w sytuacji trudnej wpływa na nasz rozwój, historię, scenariusz naszego życia (scenariusz biograficzny)¹⁰.

Związek między wsparciem społecznym a szkołą może być różnorodny. Można wymienić między innymi:

- 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 materialną,

⁴ Moskovići S. *Psychologia społeczna w relacji ja – inni*, WSiP, Warszawa 1998.

⁵ Sęk H., Cieślak R. *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne* [w:] Sęk H., Cieślak R. [red.] *Wsparcie społeczne, stres, zdrowie*, PWN, Warszawa 2004.

⁶ Ibidem.

⁷ Lipczyński A. *Psychologiczne interwencje w sytuacjach kryzysowych*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2007.

⁸ Pankowska-Koc K., Szczepkowska K. *Edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym*, ibidem.

⁹ Cieślak R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* [w:] Sęk H., Cieślak R. [red.] *Wsparcie społeczne, stres, zdrowie*, ibidem.

¹⁰ Modrzewski J. *Wsparcie społeczne jako czynnik wzorujący współczesne scenariusze biograficzne* [w:] Piorunek M. [red.] *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, ibidem.

- wsparcie emocjonalne,
- poczucie dostępności wsparcia¹¹.

Taki sposób myślenia o wsparciu społecznym jednoznacznie wskazuje, że szkoła może stać się najlepszym, najbliższym młodemu człowiekowi miejscem, gdzie może ono być udzielane.

Co jest niezbędne, aby szkoła się stała takim miejscem? Może to zbyt proste, ale... podstawą jest dobra, prawidłowa komunikacja interpersonalna.

Skuteczne komunikowanie się nie jest łatwe. Składa się na to wiele czynników takich jak: złożoność przekazu, język, którym się posługujemy, nasze gesty, postawa. Na przebieg procesu komunikacji ma też ogromny wpływ osoba, z którą się komunikujemy – jej wiedza, doświadczenie, nasz stosunek do niej oraz jej stosunek do nas.

Nasza skuteczność w komunikowaniu zależy od naszej wiedzy na temat procesu komunikacji, barier, które możemy napotkać oraz umiejętności ich pokonywania.

Praktycy zwracają uwagę na następujące umiejętności interpersonalne:

- aktywne słuchanie, w tym wykorzystywanie takich technik, jak: parafrazowanie, (powtarzanie własnymi słowami najważniejszych usłyszanych wypowiedzi), klaryfikacja (doprecyzowanie tego, co niejasne i niezrozumiałe), podążanie za treściami nadawcy,
- porozumiewanie się pozawerbalne (kontakt wzrokowy, mimika, postawa ciała, ton głosu, tempo i głośność mówienia, sposób gestykulacji, odległość między rozmówcami),
- umiejętność udzielania i przyjmowania informacji zwrotnych (konstruktywne informacje zwrotne zwiększają efektywność działania, powodują lepsze rozumienie sytuacji, wpływają na osiągnięcie lepszych wyników),
- asertywność – uważana przez niektórych za wyższą szkołę komunikowania się i sprawdzian dojrzałości społecznej¹², czyli umiejętność wyrażania własnych opinii, mówienia o swoich uczuciach bez urażenia i obrażania innych, świadomość własnych praw, ale także przyznawanie ich innym,
- umiejętność kierowania konfliktami (rozwiązywania, przyjmowania właściwej postawy wobec konfliktu, np. kontrolowanie konfliktu, unikanie – np. unikanie sytuacji wywołu-

jących spory, rozdzielanie zwaśnionych stron, alternacja – zmiana form przejawiania się konfliktu, np. nie krytykujemy się przy innych, udzielanie informacji zwrotnej – wyjaśnienie stronom, jak konflikt wpływa na innych, np. czują się urażeni, stają się mniej efektywni w pracy, udzielanie wsparcia psychologicznego stronom konfliktu, konfrontacja, czyli podjęcie działań zmierzających do rozwiązania konfliktu przez strony).

Mentoring, tutoring, coaching i consulting w szkole

W praktyce szkolnej możliwe są do zastosowania w zasadzie wszystkie metody wsparcia i to zarówno w relacjach z uczniami, jak i z dorosłymi uczestnikami życia szkolnego (nauczyciele, rodzice). Najbardziej popularny jest *mentoring* i *tutoring*. Definitywnie są to słowa bliskie znaczeniowo, nie powinniśmy jednak zapominać o ich zupełnie różnych „korzeniach”, również kulturowych. Słowo *mentoring* pochodzi z mitu opisanego w „Iliadzie”. Odyseusz, wyruszając pod Troję, poprosił starszego mędrca, imieniem Mentor, o opiekę nad żoną Penelopą i synem Telemachem podczas nieobecności króla. Słowo *tutoring* pochodzi z kultury anglosaskiej, w swoim znaczeniu skupia się głównie na nauczaniu, douczaniu czy korepetycjach. Przyglądając się pierwotnym znaczeniom tych słów możemy zauważyć istotne różnice w zakresie działań mentora i tutora.

Obydwa sposoby działania to sprawdzone metody pracy indywidualnej. Ich siłą jest relacja mistrz – uczeń. Mentor i tutor budują na mocnych stronach własnych i podopiecznych, pomagają wyznaczyć cele, planować ich osiągnięcie i wspierają proces dochodzenia do sukcesu (mądrości i dojrzałości). Aby zrealizować te cele, potrzeba czasu, uwagi i regularności.

Pierwotnie *tutoring* (*mentoring*) był praktykowaną w znanych uczelniach brytyjskich (Oxford, Cambridge) metodą pracy akademickiej profesora ze studentem, gdzie ten pierwszy pomaga temu drugiemu zaplanować rozwój, a następnie wspiera i czuwa nad realizacją planów. Metoda *tutoringu* z powodzeniem wykorzystywana jest jednak w środowiskach nieakademickich, w organizacjach pozarządowych czy właśnie w szkołach na różnych etapach edukacji.

¹¹ Za: Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2010.

¹² Hamer H. *Rozwój przez wprowadzenie zmian*, Centrum Edukacji Medycznej 1998.

Jak pisze E. Parsloe: *Mentor to ktoś, kto pełni rolę przyjaciela i zaufanego doradcy. Mentorzy mają protegowanych raczej niż uczniów i dlatego łączy ich z podopiecznymi specjalny rodzaj stosunków*¹³.

Przebieg procesu wsparcia w relacji z *mentorem (tutorem)*

Zawarcie kontraktu dotyczącego współpracy – określenie celów współpracy, sposobów i metod realizacji współpracy, spodziewanych efektów współpracy
Stały proces wspierania – cykliczne spotkania, spotkania w miarę potrzeb
Ewaluacja procesu współpracy – w tym dokonywanie samooceny
Finalny efekt – rozwój zarówno osobisty, jak i zawodowy

Consulting jest formą bardzo często stosowaną w szkole zarówno przez specjalistów pracujących w placówkach oświatowych (psychologowie, pedagodzy, doradcy metodyczni), jak i nauczycieli, dyrektorów, pracowników nadzoru pedagogicznego. Służą oni swoją wiedzą i doświadczeniem ale nie w trybie ciągłym, jak to jest w przypadku mentora, ale raczej epizodycznie i to głównie z inicjatywy osoby, która stwierdza, że potrzebne jest jej wsparcie.

Przykład przebiegu spotkania *consultingowego*

Diagnoza potrzeb – jakiej pomocy potrzebujesz, w czym mógłbym Ci pomóc?
Propozycje rozwiązań problemu – propozycje postępowania w różnych sytuacjach – przykłady dobrej praktyki i/lub koncepcji naukowych, które stoją za poszczególnymi propozycjami.

Coaching jest najmniej popularną metodą stosowaną w placówkach oświatowych. Niewiele jest też osób przygotowanych do tej formy pracy. *Coaching* bazuje na założeniu, że osoba, wobec której stosuje się tę metodę wsparcia, jest w stanie określić swoje potrzeby oraz cel, do którego dąży (własnego rozwoju) i prowadzącą do niego drogę, a *coach* jest po to, aby mu pomóc dotrzeć do swoich zasobów, wesprzeć w ich uaktywnieniu i optymalnym wykorzystaniu lub poszukaniu odpowiedniego wsparcia na zewnątrz. W procesie

coachingu uczeń, nauczyciel, rodzic ma sam dochodzić do rozwiązań problemów, przy pomocy i wsparciu *coacha*, sam ma wyznaczać sobie cele rozwojowe oraz określać sposoby i terminy ich realizacji. W podejściu *coachingowym* chodzi przede wszystkim o to, że największe rezultaty możemy osiągnąć wówczas, gdy osoba podlegająca procesowi *coachingu* sama wyznaczy sobie cele oraz wybierze drogę i sposób ich realizacji. *Coach* ma za zadanie jej w tym pomóc.

Przykład pytań z rozmowy *coachingowej*

Pytania dotyczące celów	
Jakie cele chciałbyś osiągnąć w ciągu najbliższego miesiąca, roku, 5 lat?	
W jaki sposób zmierzysz, czy osiągnąłeś te cele?	
Co do tej chwili zrobiłeś, aby osiągnąć te cele i jakie efekty przyniosły twoje działania?	
Pytania dotyczące działań	
Jakie działania z twojej strony pozwolą Ci cele te osiągnąć?	
Jakie są koszty i korzyści płynące z każdego rozwiązania?	
Czy chcesz rozważyć jeszcze inne możliwe działania?	
Czy chcesz wziąć pod uwagę moje sugestie?	
Pytania dotyczące woli działania	
Co zamierzasz w związku z tym zrobić i kiedy?	
Czy te działania doprowadzą Cię do tego, co chcesz osiągnąć?	
Jakich przeszkód, trudności możesz się spodziewać i co zrobisz, by je przezwyciężyć?	
Kto może Cię wesprzeć w tych działaniach i jakiego wsparcia będziesz potrzebował?	

RELACJA

<i>Coaching</i>	Relacje między <i>coachem</i> a osobą podlegającą <i>coachingowi</i> powinny być oparte na zaufaniu i wzajemnym poszanowaniu.
<i>Mentoring i tutoring</i>	<i>Mentor</i> i <i>tutor</i> powinni być osobście zainteresowani sukcesem podopiecznego – największą nagrodą jest radość z tego, że podopieczny osiągnął sukces.
<i>Consulting</i>	Osobiste relacje i ich jakość nie mają tak dużego znaczenia, jak w <i>coachingu</i> czy <i>mentoringu</i> .

¹³ Parsloe E. *Coaching i mentoring*, Petit, Warszawa 1998, s. 47.

Coaching	Coaching polega na przeprowadzeniu szeregu spotkań i rozmów z osobą, której <i>coach</i> pomaga w rozwoju jednej czy kilku umiejętności. Podczas takich rozmów <i>coach</i> , najczęściej zadając odpowiednie pytania, pomaga tej osobie ustalić cele, które chce ona osiągnąć, oraz znaleźć najlepszą drogę ich realizacji. Podstawowym założeniem <i>coachingu</i> jest to, że cele i zmierzające do ich realizacji działania wypracowywane są wspólnie, przy wykorzystaniu w jak największym stopniu wiedzy i doświadczenia osoby podlegającej <i>coachingowi</i> . <i>Coach</i> jedynie w wyjątkowych przypadkach powinien podsuwać gotowe rozwiązania.
Mentoring i tutoring	W <i>mentoringu</i> i <i>tutoringu</i> wspierający, wykorzystując swoją dużą wiedzę i doświadczenie, doradza podopiecznemu, pomaga mu spojrzeć z szerszej perspektywy na to, co robi, i efekty, które osiąga, a dalej pomaga mu znaleźć właściwą drogę do sukcesu. <i>Mentoring</i> i <i>tutoring</i> nie musi mieć charakteru regularnych spotkań i ściśle określonych celów. <i>Mentor</i> i <i>tutor</i> to przewodnicy, którzy wskazują, umiejętnie podpowiadają drogę do osiągnięcia sukcesu. <i>Mentoring</i> to także „bycie żywym modelem” postępowania i zachowania, a najlepszym weryfikatorem skuteczności <i>mentora</i> (<i>tutora</i>) jest jego sukces zawodowy.
Consulting	W <i>consultingu</i> realizacja celu może przebiegać w dowolny sposób. Zadaniem konsultanta jest doradzenie, jak należy rozwiązać dany problem, i może on do tego wykorzystywać najróżniejsze dostępne narzędzia i techniki. Jeżeli wymaga tego sytuacja, a konsultant ma odpowiednie umiejętności, może wykorzystywać również techniki <i>coachingu</i> , aby rozwiązać problem.

Źródło: Pomianowski D. *Coaching, Mentoring czy Consulting?*, Emocje nr 3/2011 nr 3, Wydawnictwo Edupress.

Niestety wszystko, co związane z komunikacją, wsparciem, *coachingiem* czy *tutoringiem* pozostanie tylko teorią, jeśli w szkole jako instytucji nie panuje odpowiednia kultura organizacyjna. Bez niej możemy prowadzić szkolenia dotyczące budowania wsparcia, ale i tak wszystko pozostanie w sferze idei.

Kultura organizacyjna ma duże znaczenie dla funkcjonowania i zarządzania szkołą. Wpływając na zachowanie dyrektora, nauczycieli i innych pracowników szkoły, wpływa na sposób osiągania celów, buduje normy społeczne i systemy wartości określające zachowanie pracowników, właściwy klimat, sposób funkcjonowania¹⁴. Polega ona na niepisanych, często podświadomych zasadach, które wypełniają przestrzeń między pisanymi regułami a rzeczywistością¹⁵.

E. Schein wyróżnił, według kryterium świadomości, trzy poziomy kultury organizacyjnej¹⁶:

- widoczny, uświadomiony – artefakty i twory kulturowe, widoczne wzory zachowania, symbole, ceremonie,
- częściowo widoczny i uświadomiony – normy i wartości, zakazy i ideologie, wytyczne zachowań,
- niewidoczny, zwykle nieuświadomiony – stosunek do otoczenia i rzeczywistości, natura ludzka i stosunki międzyludzkie, aktywność.

Paradoksalnie, nasze zachowanie najbardziej tłumaczy niewidoczny poziom kultury organizacyjnej. Od niego zależą prezentowane normy i wartości oraz nasze zachowania. Niestety, również ten poziom kultury organizacji najtrudniej zmienić. Jak to zrobić, to już temat na inny artykuł.

Małgorzata Pomianowska jest trenerem umiejętności psychospołecznych i treningu interpersonalnego, coachem, socjoterapeutą, superwizorem zajęć edukacyjnych

Katarzyna Szczepkowska jest pedagogiem, trenerem i coachem

¹⁴ Nogalski B. *Kultura organizacyjna. Duch organizacji*, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz 1998.

¹⁵ Zbiegień-Maciąg L. *Kultura w organizacji*, PWN, Warszawa 1999.

¹⁶ Kostera M. *Zarządzanie personelem*, PWE, Warszawa 1996.

Tomasz Garstka

Nauczyciele – skutecznymi mediatorami¹

Podczas pracy w szkole nauczyciele są częstymi świadkami sporów czy kłótni między uczniami, między uczennicami, a również – może rzadziej – między chłopcami a dziewczętami. „Za naszych czasów tak nie było” – stwierdzają niektórzy pracownicy szkoły. Cóż, badania pokazują, że wbrew naszym przekonaniom wcale nie pamiętamy wiernie naszego dzieciństwa i młodości. Wspomnienia ulegają zatarciu oraz zniekształceniom pod wpływem późniejszych doświadczeń i sugestii². To fakt psychologiczny. A ponadto „za naszych czasów” formy ekspresji emocji były bardziej ograniczone przez egzekwowane zasady kulturowe. Dlatego być może nie dochodziło tak często do eskalacji konfliktów w szkole. Obecnie zapewne jest inaczej. Nauczyciele częściej są świadkami lub odbiorcami relacji o uczniowskich konfliktach („dostępność” zdarzeń), choć i tak występuje tendencja do przeceniania częstości „wojen” między uczniami. Dlaczego? Po prostu ostre bezpardonowe spory mocno nam zapadają w pamięć i łatwo je nam przywołać („dostępność” pamięciowa) na myśl o słowie „konflikt”.

Nieuchronność konfliktów

Konflikty w szkole miały, mają i będą mieć miejsce w relacjach rówieśniczych. Mylą się ci, którzy obwiniają rodziców uczniów o konfliktowość – „gdyby rodzice nie byli skonfliktowani, to i dzieci by nie były skore do konfliktów”. Podobnie mylą się ci, którzy wierzą, że istnieją metody wychowawcze, które wyeliminują konflikty z życia uczniów. Równie naiwne okazało

się przekonanie, że niewinne telewizyjne filmiki dla dzieci (w zamyśle edukacyjne) typu „Clifford – duży czerwony pies” oduczają agresji w konfliktach w przeciwieństwie do promujących agresję kreskówek typu „Power Rangers”. Są to jednak psychologiczne mity, o czym świadczą naukowe badania³.

Pierwszy mit to przekonanie, że dzieci, których rodzice starają się przy nich nie kłócić (odsyłają je na czas kłótni do drugiego pokoju), są mniej kłótniwe i mniej agresywne. Jest odwrotnie. Okazuje się, że mimo wszystko dzieci te są świadkami 45% kłótni rodziców, a ich izolowane pozostawia wspomnienie niezgody między rodzicami. To, czego się uczą, to inicjowanie konfliktów. Natomiast dzieci, które są świadkami, jak rodzice kłócą się (nawet burzliwie, ale bez przemocy), a następnie dochodzą do porozumienia, godzą się i okazują sobie czułość – po pierwsze przeżywają mniejsze napięcie niż dzieci „chronione” przed konfliktami rodziców, po drugie – uczą się drogą modelownia procesu dochodzenia do zgody.

Drugi mit to wiara, że konflikty można wyeliminować. To pobożne życzenie. Wszyscy ludzie różnią się między sobą (dziś nauka mówi nam, że nawet te same geny u bliźniąt jednojajowych różnie aktywizują się u każdego z nich, a do tego dochodzi interakcja z nieidentycznymi czynnikami środowiskowymi już od życia płodowego). Różnice zaś tworzą potencjalny konflikt. Wybuchu konfliktu można unikać, gdy trzyma się określonych zasad i unika jego wyzwalaczy. Gdy

¹ Jestem wdzięczny uczestnikom szkoleń dla nauczycieli „Skuteczni mediatorzy”, które przygotowałem dla Instytutu Raabe.

² Por. Lilienfeld S.O. i in., *50 wielkich mitów psychologii popularnej*, Warszawa 2011, s. 117.

³ Patrz: Bronson P., Merryman A. *Revolucja w wychowaniu*, Świat Książki, Warszawa 2011, s. 187-203.

różnice są eksponowane – konflikt się ujawnia. Nie zawsze przybiera to postać agresywnej walki czy podstępnej manipulacji. Czasem uruchamia ożywione spory, zakończone spontanicznym znalezieniem rozwiązania. Jednak gdy dochodzi do eskalacji, konieczne jest wdrożenie procedur służących rozwiązaniu konfliktu. Młodzi ludzie nie zawsze potrafią wyobrazić sobie pokojowe rozwiązywanie, wtedy trudną do przecenienia rolę może odegrać nauczyciel.

Warto wspomnieć też o trzecim micie, dotyczącym – rzekomo – pozytywnej roli programów edukacyjnych. Badania wykazały, że 96% ogółu programów dla dzieci zawiera zniewagi, obelgi, afronty. Programy w zamyśle edukacyjne i prospołeczne zawierają ich... blisko 67%. Do tego w 84% przypadków zachowania takie kwitowane są w tych programach jedynie śmiechem lub nie spotykają się z żadną reakcją. To, co dla dorosłych brzmi jak żart w tekście „bohatera” w telewizji, jest niedopuszczalne w interakcjach między dziećmi. Jednak dorośli często nie łączą jednego z drugim.

Drogi działań w konflikcie uczniowskim

Gdy uczniowie są w konflikcie, nauczyciel może wejść w różne role w tej sytuacji. Po pierwsze, może widzieć problem konfliktowej interakcji dzieci głównie jako swój problem, może nie odpowiadać nauczycielowi zakłócenie ustalonego porządku, podważenie wyobrażeń o „grzecznym dziecku” oraz poczucia kontroli nad uczniami, może więc próbować „pacyfikacji” konfliktu, stłumienia go, zaprzeczenia konfliktowi i doprowadzenia do wycofania swoich pretensji przez strony.

Po drugie, może chcieć pomóc uczniom w konflikcie. Może wtedy wybrać drogę administracji. Podejmuje próby pośredniego nacisku na zwaśnionych rówieśników, by jak najszybciej rozwiązali spór. Może też zaproponować koncyliację – czyli przedstawić konkretne propozycje rozwiązania konfliktu. Propozycje te nie mają charakteru wiążącego. Może też polecić stronom eksperta. Ten również przedstawia swoje zdanie, które może (ale nie musi) być wzięte pod uwagę w rozwiązaniu konfliktu przez zaangażowane strony. Obie strony muszą oczywiście uznać eksperta za odpowiednią osobę do udzielenia pomocy. Nauczyciel może podjąć się arbitrażu. W takiej sytuacji znajduje najlepsze rozwiązanie konfliktu,

a obie strony – zgodnie z wcześniejszym zobowiązaniem – uznają je za rozstrzygające.

Po trzecie wreszcie nauczyciel może przyjąć na siebie rolę mediatora. Generalnie rola ta polega na wspieraniu uczniów w procesie rozwiązywania konfliktu, bez oceniania racji stron i wchodzenia w sojusz z którąś z nich. Nauczyciel nie bierze żadnej ze stron, pomaga w procedurze dochodzenia do wypracowania rozwiązania konfliktu.

Rola mediatora

Można wyróżnić dziewięć głównych ról pełnionych przez mediatora. Amerykańskie Stowarzyszenie Arbitrażu (*American Arbitration Association*) definiuje je następująco⁴:

1. **„Hydraulik komunikacji”** – osoba usprawniająca procesy komunikacji między stronami konfliktu, zwracająca uwagę na bariery komunikacyjne (krytyka, niesłuchanie się wzajemne itp.) i zwracająca uwagę na potrzebę ich likwidacji w dochodzeniu do porozumienia.

2. **„Szafarz praw”** – osoba legitymizująca, czyli wskazująca prawo, obu (wszystkich) stron konfliktu do udziału w procesie rozwiązywania konfliktu, wypowiedzania swoich poglądów, tym samym powodująca uznanie wzajemne tego prawa między stronami konfliktu.

3. **„Facylitator procesu”** – osoba formalnie dbająca o procedurę (opisaną dalej), przez to ułatwiająca przebieg procesu rozwiązywania konfliktu między stronami.

4. **„Trener”** – osoba, która w trakcie rozwiązywania konfliktu edukuje zaangażowane weń osoby o roli zasad, komunikacji, trzymania się procedury. Funkcja szczególnie ważna w warunkach szkolnych, gdy mediuje się w sporze między uczniami, którzy nie mieli w programie zajęć lekcyjnych (godzin wychowawczych) warsztatów z radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych.

5. **„Dostarczyciel zasobów”** – osoba oferująca wsparcie proceduralne i umożliwiająca kontakty z zewnętrznymi ekspertami, którzy proponują więcej możliwości rozwiązania konfliktu.

6. **„Poszukiwacz”** – osoba, która pomaga uczestnikom sporu zobaczyć ich problem z wielu

⁴ Moore Ch.W. *Mediacje. Praktyczne strategie rozwiązywania konfliktów*, Oficyna Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009, s. 33-34.

punktów widzenia, wspiera w określeniu podstawowych kwestii i interesów (potrzeb) kryjących się za stanowiskami stron oraz poszukuje wspólnie z nimi sposobu rozwiązania konfliktu, który satysfakcjonowałyby obie strony.

7. **„Strażnik rzeczywistości”** – osoba ta „urealnia” radykalne cele bądź nierealistyczne rozwiązania konfliktu. Nie robi tego poprzez krytykę czy odrzucenie, ale poprzez pytania pobudzające do refleksji strony konfliktu.

8. **„Kozioł ofiarny”** – osoba gotowa przyjąć na siebie część odpowiedzialności za rozwiązanie konfliktu, które jest niepopularne lub kontrowersyjne. Staje się w ten sposób gwarantem, że wypracowane rozwiązanie jest mądre i doprowadzi do zażegnania konfliktu. Wypracowane przez nie rozwiązania konfliktu mogą być niestandardowe. Wsparcie mediatora umożliwia wprowadzenie w życie tych rozwiązań. Rola ta jest szczególnie ważna w mediacjach konfliktów między młodzieżą sprawiającą trudności wychowawcze dorosłym.

9. **„Lider”** – osoba w tej roli przejmuje inicjatywę w procesie rozwiązywania konfliktu. W bardzo aktywny sposób porządkuje procedurę dochodzenia do rozwiązania. Czasem podsuwa też pomysły rozwiązań, których strony nie wzięły pod uwagę.

Mediator może elastycznie wybierać, jaką przyjmie rolę, stosownie do danej sytuacji konfliktowej i/lub danego etapu mediacji.

Procedura mediacyjna

Istnieją różne opisy tego, jak krok po kroku mediator ma prowadzić mediację. Przedstawię w dziewięciu etapach zintegrowany model mediacji w konflikcie między uczniami. Cele i opis każdego etapu uzupełnię propozycją pytań pomocniczych, które mediator może zadawać stronom konfliktu, by ułatwiać im jego rozwiązanie.

1. Stworzenie atmosfery sprzyjającej poszukiwaniu rozwiązania konfliktu

Mediator ma wzbudzić zaufanie uczniów i wytłumaczyć im, że będzie „życzliwą pomocą w rozwiązaniu konfliktu”. Nie będzie sojusznikiem jednej ze stron, nie będzie „pacyfikować”, a jedynie ułatwi znalezienie rozwiązania. Na tym etapie po-

winna zostać przedstawiona procedura mediacji oraz ustalone zasady prowadzenia rozmów (Co wam może pomóc w rozwiązaniu tego sporu? Co ustalimy, żebyście w jak najlepszych warunkach mogli poszukiwać rozwiązania waszego konfliktu?). Warto też ustalić, czy osoby w sporze są rzeczywistymi stronami konfliktu, czy też występują „w czyimś imieniu” (Czy na pewno reprezentujecie tu siebie i nie kłóciecie się za kogoś/w czyimś imieniu/w czyjejś obronie?) Na koniec powinny zostać wyjaśnione wszelkie wątpliwości młodych ludzi zaangażowanych w konflikt.

2. Pomoc w ustaleniu przedmiotu i źródeł konfliktu

Na tym etapie mediator bada, co wywołało konflikt między uczniami (O co poszło? Od czego się zaczęło?), co jest przedmiotem konfliktu (O co się kłóciecie/spieracie?) i jakie są źródła konfliktu. Możemy mieć do czynienia z pięcioma podstawowymi typami konfliktu⁵:

I. dotyczący relacji, złej komunikacji, uprzedzeń i stereotypów, odwetu (Co jest tu istotą/źródłem sporu: czy sposób, w jaki odnosicie się do siebie?)

II. dotyczący wartości, zasad, kryteriów oceny zachowań, światopoglądu, upodobań (Co jest tu istotą/źródłem sporu: czy różnica w tym, co uznajecie za ważne, odmienne zasady, jakich się trzymacie, różne upodobania?)

III. dotyczący posiadanych informacji, sprzecznych danych, odmiennej ich interpretacji (Co jest tu istotą/źródłem sporu: czy to, że czerpicie informacje z różnych źródeł i/lub stosujecie inne sposoby ich oceny?)

IV. dotyczący struktury sytuacji, wynikający z opozycyjnego określenia ról, nierównego rozkładu sił/władzy/kontroli określonych zasobów oraz innych czynników utrudniających współpracę, np. presji czasowej (Co jest tu istotą/źródłem sporu: czy sytuacyjne postawienie was w opozycji, niesprawiedliwy w waszym poczuciu podział zasobów potrzebnych do wykonania zadania, trudności organizacyjne itp.?)

V. dotyczący sprzecznych interesów (potrzeb) materialnych, proceduralnych i psychologicznych (Co jest tu istotą/źródłem sporu: czy o coś konkurujecie, czy wyklucza się zaspokojenie waszych potrzeb itp.?)

⁵ Op. cit., s. 76.

3. Umożliwienie stronom przedstawienia swoich stanowisk w konflikcie

Kontrakt zawarty z uczniami czy uczennicami na początku procesu mediacyjnego, mówiący o zasadach obowiązujących obie strony, ma dać im możliwość swobodnej wypowiedzi na temat swojego stanowiska w konflikcie, czyli własnego wyobrażenia na temat dobrego rozwiązania (Jak ty, X, chcesz rozwiązać wasz spór? A jak ty – Y? Co w tej chwili jest dla ciebie, X, a co dla ciebie, Y, oczekiwanym rozwiązaniem waszego sporu?). Na tym etapie strony powinny zostać uważnie wysłuchane przez mediatora i drugą stronę w konflikcie, by czuły się poważnie traktowane. Mediator jest tu „szafarzem praw” i tworzy stronom bezpieczne warunki dla ujawnienia ekspresji zaangażowania w konflikt w formie zgodnej z wcześniej przyjętymi zasadami.

4. Wpływ na niwelowanie niepotrzebnych aspektów konfliktu

Mediator, poprzez swoje interwencje, ma nadzorować proces komunikowania się stron (Czy nie powstają między wami bariery komunikacyjne, które trzeba wyeliminować? Jak możecie zadbać o dobre porozumienie?) i zwracać uwagę na blokujące ten proces uprzedzenia czy urazy (Czy nie ulegacie jakimś fałszywym wyobrażeniom/stereotypom na swój temat? Jakim? Czy nie ma między wami zaszłości, od których warto się wyrazić i głośno zdystansować?), ułatwić wzniesienie się ponad konflikt wokół wartości (Czy swoim postępowaniem nie naruszacie wzajemnie tego, co dla każdego z was jest ważne? Jeśli tak – jak to zmienić? Co macie do zrobienia mimo dzielących was różnic?), pomóc w przyjęciu za obowiązujące obie strony danych z określonych źródeł lub powołaniu osoby zaufania, wspólnego eksperta (Czy wiarygodność źródeł informacji jest uznawana przez was obydwie/obydwoje/obydwoh? Czy godzicie się, by wspólnie uznać za eksperta...?).

Uwaga! Wiele kłótni i „uczniowskich wojen” w szkole nie ma charakteru niezgodności między interesami (potrzebami) uczniów, ale jest przejawem wyłącznie trzech rodzajów konfliktu (I-III). Zastosowanie przez mediatora odpowiednich procedur pozwala na ich złagodzenie lub eliminację.

5. Mobilizowanie do poszukiwania istotnych potrzeb (prawdziwych interesów) skrywających się za przyjętymi stanowiskami

Mediator ma pomóc uczniom w konflikcie, dotrzeć do ich prawdziwych potrzeb, które mogą być wspólne, odmienne lub sprzeczne. Przyjęte stano-

wiska (pozycje w konflikcie) są sztywne. Tymczasem potrzeby za nimi stojące można zaspokajać na różne niekonfliktowe sposoby (Ty, X, mówisz, że chcesz rozwiązać ten konflikt w taki sposób..., a ty, Y, że w ten sposób. A czego tak naprawdę chce/potrzebuje każda/każdy/każde z was? Do czego dążycie?).

6. Facylitacja poszukiwania propozycji rozwiązań konfliktu. Polega ona na pierwszym etapie burzy mózgow. Zebrane powinny być wszystkie propozycje, jak można rozwiązać konflikt. Mediator ma czuwać nad niepoddawaniem ich krytyce. Jeśli przyjmuje rolę „poszukiwacza”, może podsuwać również własne pomysły. Musi też pomóc uczniom w uświadomieniu sobie, że dany konflikt może wynikać z sytuacji lub określenia ról (IV konflikt – strukturalny). Wtedy samo przededefiniowanie sytuacji powoduje, że konflikt znika (np. współzawodnictwo w nauce vs. relacje koleżeńskie).

7. Pomoc w analizie opcji rozwiązania konfliktu

Na tym etapie mediator jako „strażnik rzeczywistości” ma nadzorować prawidłową analizę każdej z propozycji rozwiązania konfliktu, czuwając nad realizmem i poziomem zadowolenia stron z każdej opcji (Które z rozwiązań w największym stopniu będzie zaspokajać wasze wspólne potrzeby? Które z rozwiązań oceniacie jako najbardziej realistyczne? Które ze sposobów zaspokajania waszych sprzecznych potrzeb w najmniejszym stopniu będą wam wzajemnie przeszkadzać?).

8. Zachęta do racjonalnego wyboru sposobu rozwiązania konfliktu

Rozwiązanie może mieć postać kompromisu (częściowej rezygnacji z własnych oczekiwań przez obie strony – W czym ty, X, decydujesz się ustąpić i jakiego ustępstwa oczekujesz od Y? A ty, Y?) lub konsensusu (rozwiązania w pełni satysfakcjonującego obie strony – Co zadowoliłoby i ciebie, X, i ciebie, Y?). Na tym etapie strony konfliktu muszą wybrać rozwiązanie konfliktu, które wspólnie uznają za najlepsze (Jakie rozwiązanie decydujecie się wcielić w życie? Po czym poznacie, że udało się wam rozwiązać konflikt?).

9. Czuwanie nad ewaluacją wprowadzenia rozwiązania w życie

Konflikt między uczniami jest ostatecznie rozwiązany, a praca mediatora zakończona sukcesem, jeśli ocena efektywności pozwala uznać wcielone w życie rozwiązania za spełniające swoją funkcję. Dlatego ważne jest, by sprawdzić realizację i efektywność

przyjętego w mediacji rozwiązania (Jak wprowadzone przez was w życie rozwiązania mają się do ustalonych wcześniej kryteriów sukcesu? Co świadczy o tym, że udało się wam zażegnać konflikt?).

Skuteczność mediatora

Aby być efektywnym mediatorem, warto⁶:

- czuć nad komunikacją interpersonalną między zaangażowanymi w konflikt uczniami,
- dbać, by nie były łamane przyjęte zasady (koncentracja na przedmiocie konfliktu, a nie na atakach personalnych),
- czuć, by strony konfliktu nie dokonywały ataków personalnych, ale zmagaly się z przedmiotem konfliktu, poszukując rozwiązania,
- umieć zachować postawę neutralną wobec stanowisk stron konfliktu,
- umiejętnie operować pytaniami uruchamiającymi refleksję,
- nie poprzestawać na przyjęciu oświadczeń co do stanowisk stron, ale wspierać je w dążeniu do odkrycia stojących za nimi istotnych potrzeb i rzeczywistych interesów,
- facylitować poszukiwania wielu różnych rozwiązań konfliktu,
- zachęcać do oceny propozycji rozwiązań z zastosowaniem jasnych kryteriów (stopnia zadowolenia stron, realności),
- zachęcać do poszukiwania rozwiązań, które dają korzyści i satysfakcję obu stronom (konsensus),
- czuć nad eliminacją niepotrzebnych konfliktów (wokół wartości, relacji, informacji),
- podkreślać osiągnięcia stron w dochodzeniu do zgody,
- być osobą empatyczną wobec uczniów, którzy są stronami konfliktu,
- być osobą cierpliwą i wytrwałą w nadawaniu ram procesowi dochodzenia do rozwiązania konfliktu przez uczniów.

Korzyści z mediacji

Bezpośrednim celem mediacji jest pomoc uczniom będącym w konflikcie w jego rozwiązaniu, ale prowadzenie mediacji w szkole przynosi jeszcze cztery inne ważne, niebezpośrednie korzyści:

- po pierwsze, buduje w społeczności uczniowskiej przekonanie, że konflikt nie musi być destrukcyjny („Można się dogadać bez toczenia wojny”),
- po drugie, modeluje wśród uczniów zaangażowanych w konflikt umiejętności postępo-

wania w podobnych sytuacjach w przyszłości („Już wiemy, jak możemy się porozumieć i próbować znaleźć rozwiązanie”),

- po trzecie, buduje wśród uczniów i uczennic atmosferę bezpieczeństwa i otwartości („Możemy się spierać i nie zostaniemy za to potępieni”, „Konflikty same w sobie nie są złe. To tylko sposób ich rozwiązywania może być destrukcyjny”, „Mamy prawo dobrze traktować się nawzajem mimo naszych zażartych sporów”),
- po czwarte, wspiera kształtowanie się tożsamości indywidualnej uczniów i uczennic („Mamy prawo się różnić między sobą”).

Bibliografia

1. Balawajder K. *Konflikty interpersonalne: analiza psychologiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1992.
2. Chełpa S., Witkowski T. *Psychologia konfliktów*, Biblioteka Moderatora, Taszów 2004.
3. Czwartosz E., Czwartosz Z. *Typologia źródeł i procedury rozwiązywania konfliktów* [w:] Kozakiewicz A. [red.] *Nowa Szkoła. Skuteczne zarządzanie w praktyce*, Wydawnictwo Raabe, Warszawa 1999.
4. Czwartosz E., Czwartosz Z. *Zrozumieć konflikt* [w:] Kozakiewicz A. [red.] *Nowa Szkoła. Skuteczne zarządzanie w praktyce*, Wydawnictwo Raabe, Warszawa 1998.
5. Deutsch M., Coleman P.T. *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
6. Fisher R., Ury W., Patton B. *Dochodząc do TAK. Negocjacje bez poddawania się*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004.
7. Gordon T. *Wychowanie bez porażek w praktyce*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1998.
8. Gordon T. *Wychowanie bez porażek*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1995.
9. Haman W., Gut J. *Docenić konflikt. Od walki i manipulacji do współpracy*, Ośrodek Negocjacji Kontrakt, Warszawa 2001.
10. Król-Fijewska M. *Stanowczo, łagodnie, bez lęku*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2000.
11. Moore Ch.W. *Mediacje. Praktyczne strategie rozwiązywania konfliktów*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa 2009.
12. Ury W.L. *Dochodząc do zgody*, Biblioteka Moderatora, Taszów 2006.
13. Ury W.L. *Odchodząc od NIE. Negocjowanie od konfrontacji do kooperacji*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004.

Autor jest psychologiem klinicznym, socjoterapeutą dzieci i młodzieży oraz psychoterapeutą psychoanalitycznym

⁶ Fisher R., Ury W. *Dochodząc do TAK. Negocjacje bez poddawania się*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004.

Dr Renata Czarniecka

Czy umiesz zadbać odpowiednio o swoje zdrowie fizyczne? Jeżeli nie, zrób to jak najszybciej!

Holistyczne, całościowe podejście do zdrowia zakłada, że zdrowie człowieka stanowi całość złożoną z kilku powiązanych elementów, wymiarów czy aspektów. Chodzi mianowicie o zdrowie fizyczne oraz zdrowie psychiczne i społeczne, które często określa się mianem zdrowia psychospołecznego. Elementy te są od siebie wzajemnie zależne i jeżeli chcemy mówić o prawidłowym funkcjonowaniu człowieka, to musimy dbać zarówno o jego psychikę, ciało, jak i prawidłowe relacje społeczne.

Często w języku potocznym używamy sformułowania „w zdrowym ciele zdrowy duch”¹. Oznacza to, że dbając o zdrowie fizyczne, będziemy jednocześnie wpływać pozytywnie na zdrowie psychiczne, a co za tym idzie – zdrowie społeczne. **Zdrowie fizyczne** odnosi się do ciała i jest związane z odpowiednim poziomem sprawności i wydolności fizycznej. Już Arystoteles twierdził, że *zdrowie cielesne jest rezultatem poświęcenia się gimnastyce, człowiek zapada na zdrowiu, gdy zaniedbuje ćwiczenia*². Najważniejsze czynniki wpływające pozytywnie na **zdrowie fizyczne**³, to m.in.:

- picie odpowiednio dużej ilości wody – jest ona potrzebna do prawidłowych reakcji i procesów biochemicznych, reguluje funkcje komórek i regeneruje je,
- higiena osobista,
- brak nałogów,
- regularne badania kontrolne,
- regularny wysiłek fizyczny,
- duża dawka ruchu i rekreacji na świeżym powietrzu,

- właściwe odżywianie,
- nienadużywanie leków, ziół.

B. Woynarowska⁴ wśród zachowań związanych głównie ze zdrowiem fizycznym wyróżnia:

- dbałość o ciało i najbliższe otoczenie,
- aktywność fizyczną,
- racjonalne żywienie,
- hartowanie się,
- sen – jego długość i jakość.

Wdrażanie do higieny osobistej jest istotnym elementem zapobiegania wielu chorobom zakaźnym. Higiena osobista to czynności najczęściej kojarzone z regularnym myciem ciała, zmianą i praniem odzieży oraz bezpośrednim unikaniem zabrudzenia. Badania przeprowadzone w 2000 roku przez Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny na reprezentatywnej grupie 1041 dorosłych Polaków wykazały dość niepokojące wyniki zachowań związanych z higieną osobistą i ubraniem, np.

- mycie ciała codzienne – 50%, kilka razy w miesiącu – 10%,
- mycie zębów 2 razy dziennie – 60%, raz dziennie – 30%,
- częstość mycia rąk – zawsze przed jedzeniem – 86%,
- użytkowanie przyborów toaletowych, np. 50% codziennie używa dezodorantu, 30% od czasu do czasu, 20% wcale nie używa,
- częstotliwość zmiany bielizny osobistej (majtki, slipy) – 65% codziennie, 27% kilka razy w tygodniu, 7% raz w tygodniu.

¹ Autorem tej złotej myśli jest satyryk rzymski Decimus Junius Juvenalis (60–127) [red.].

² Drabik J. *Aktywność fizyczna, a zdrowie*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 1/1994.

³ Pankowska-Koc K., Szczepkowska K. *Edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym. Scenariusze lekcji dla gimnazjów*, Wydawnictwo Althea DESIGN, Warszawa 2011.

⁴ Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2008.

Oznacza to, że nie utrzymujemy właściwego poziomu higieny. Podobnie jest z higieną snu. Coraz więcej osób cierpi na bezsenność, coraz mniej osób śpi wystarczająco długo. Często zapominamy o kilku ważnych drobiazgach: pomieszczenie przed snem powinno zostać przewietrzone, wyciszone i zaciemnione; należy utrzymać ustalony rytm snu i aktywności (ustalony cykl spania i budzenia się); unikać obfitych posiłków przed snem i drzemek w ciągu dnia, które mogą utrudniać zasypianie; dbać o relaks i odprężenie przed snem; zażyć przed snem gorącej kąpieli (ciepła woda wzmacnia senność i pomaga się zrelaksować); w zasypianiu może pomóc aktywność fizyczna w ciągu dnia albo krótki spacer przed zaśnięciem.

Analizując zachowania zdrowotne związane ze zdrowiem fizycznym, można wyciągnąć wniosek, że ogromne znaczenie dla zdrowia ma systematyczna, regularna i adekwatna do możliwości człowieka aktywność fizyczna. Odgrywa ona bardzo ważną rolę w zapobieganiu i leczeniu wielu chorób, głównie wciąż narastającego problemu otyłości. Niski poziom aktywności fizycznej uznawany jest za istotny czynnik zwiększający umieralność z powodu chorób układu krążenia i nowotworów. Nasz organizm nie został zaprogramowany do spędzania większej części dnia w bezruchu. Sedynteryjny (pozbawiony ruchu) tryb życia prowadzi nie tylko do drobnych dolegliwości, ale i do groźnych schorzeń. Brak ruchu zaburza przebieg wielu procesów w organizmie, takich jak m.in. przemiany węglowodanowe, spalanie tłuszczów, przyswajanie wapnia.

Inne skutki siedzącego trybu życia to⁵:

- **Zaparcia**

Brak ruchu osłabia mięśnie jamy brzusznej. Sprzyja to spowolnieniu ruchów jelit i rozwojowi syndromu leniwego jelita – stopniowo przestają funkcjonować mechanizmy warunkujące perystaltykę jelit. Przewlekłe zaparcia mają negatywny wpływ na organizm – długotrwałe zaleganie resztek pokarmowych w jelitach sprzyja tworzeniu się substancji toksycznych, które wpływają niekorzystnie na stan samych jelit, powodując podrażnienia i stany zapalne oraz pogorszenie ogólnego samopoczucia (osłabienie, bóle głowy).

- **Hemoroidy**

Są to nadmierne rozszerzenia żył w kanale odbytu. W następstwie siedzącego trybu życia rośnie ucisk w jamie brzusznej, a podczas silnego parcia, powodowanego trudnościami z wypróżnieniem, zwiększa się nacisk na naczynia krwionośne, które z czasem rozszerzają się i coraz bardziej uwypuklają, aż wystają na zewnątrz odbytu. Pieką, bołą i krwawią, a ponieważ są stale drażnione, w końcu rozwija się w nich stan zapalny.

- **Żylaki**

Długie godziny spędzane w bezruchu sprzyjają także pojawianiu się żylaków. Gdy nie pracują bowiem mięśnie nóg, unieruchomiona jest tzw. pompa mięśniowo-zaworowa, tłocząca krew ku górze do serca. Dlatego krew zalega w żyłach i przyczynia się do ich osłabienia i rozszerzenia.

- **Bóle pleców**

Siedzący tryb życia to największa męka dla kręgosłupa – siedząc, obciążamy go prawie dwukrotnie bardziej niż stojąc. Przeciężenia i brak ruchu osłabiają mięśnie i więzadła (tzw. stabilizatory czynne) utrzymujące kręgosłup w prawidłowej pozycji. Przyczynia się do tego także nadwaga – dodatkowe obciążenie dla kręgosłupa. W wyniku przecięcia stabilizatorów biernych pojawiają się deformacje, wady postawy – skolioza, plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, które przysparzają coraz więcej bólu. Bezruch nasila proces odwapnienia i utraty masy kostnej, pogarsza odżywienie stawów, dlatego w konsekwencji dochodzi do ich zeszywnienia i zwyrodnienia.

- **Nadciśnienie**

Siedzący tryb życia zazwyczaj idzie w parze z niewłaściwym sposobem odżywiania się i w efekcie prowadzi do nadwagi. Te trzy elementy jednocześnie to niemal gwarancja wysokiego poziomu cholesterolu, mało wydajnej pracy serca i nadciśnienia tętniczego – czyli zapowiedź katastrofy dla układu krążenia.

Traktując aktywność fizyczną jako element profilaktyki, możemy nie dopuścić do ww. skutków, a jeżeli już to nastąpi, możemy je ograniczyć, a nawet wyeliminować.

⁵ <http://www.poradnikzdrowie.pl> [za:] Pankowska-Koc K., Szczepkowska K. *Edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym. Scenariusze lekcji dla gimnazjów*, ibidem.

Zdania dotyczące poziomu aktywności ruchowej niezbędnej do prawidłowego rozwoju organizmu są podzielone. K. Hardman sugeruje, że wykonywanie ćwiczeń fizycznych o małej intensywności, dla celów profilaktycznych i leczniczych, jest tak samo korzystne, jak zalecanie ćwiczeń o większej intensywności. Pogląd ten podzielają B. Trzeciak i M. Zawadzki⁶, pisząc, że ćwiczenia te przyczyniają się do poprawy parametrów respiracyjnych, hemodynamicznych i sprawnościowych.

Najczęściej w podejmowaniu aktywności ruchowej proponuje się uwzględnić optymalne wzorce dotyczące częstotliwości, objętości i intensywności treningu i jako uniwersalny wzorec aktywności fizycznej dla dorosłych zaleca się zasadę: $3 \times 30 \times 130$. Oznacza to, że świadomą regularną aktywność ruchową należy podejmować co najmniej 3 razy w tygodniu, przynajmniej przez 30 minut, przy tętnie 130 uderzeń na minutę. Dla dzieci i młodzieży rekomendowana jest zasada: $5 \times 20 \times 140$ ⁷, co oznacza wysiłek podejmowany 5 razy w tygodniu, przez co najmniej 20 minut, przy tętnie 140 uderzeń na minutę. W ostatnich latach akceptowane jest również stanowisko, że zarówno u dorosłych, jak i u ludzi młodych szczególnie korzystne są kumulujące się wysiłki fizyczne o umiarkowanej i dużej intensywności, w formie dostosowanej do etapu rozwoju, urozmaicone i będące źródłem radości. Zgodnie z zaleceniem WHO każdy dorosły mężczyzna dla utrzymania zdrowia i minimum kondycji fizycznej powinien codziennie rześkim krokiem spacerować przez 1,5 godziny, zaś kobieta przez 1 godzinę⁸.

W Kanadzie⁹ zespół ekspertów reprezentujących 53 towarzystwa naukowe i organizacje społeczne uznał, że w celu utrzymania i poprawy zdrowia zalecany czas kumulujących się w ciągu dnia wysiłków fizycznych powinien wynosić:

- 60 minut przy wysiłkach lekkich (np. spacer, lekka praca w ogrodzie, stretching), przy których zaczyna odczuwać się ciepło, nieznacznie przyspiesza się oddech,
- 30-60 minut przy wysiłkach umiarkowanych (marsz, jazda na rowerze, pływanie, taniec), przy których odczuwa się ciepło, wyraźnie przyspiesza się oddech i tętno,
- 20-30 minut przy wysiłkach intensywnych (aerobik, jogging, szybkie pływanie, szybki ta-

niec), przy których odczuwa się zgrzanie i za-dyszkę, tętno szybkie.

Wspomniałam o tym, że aktywność fizyczna powinna być adekwatna do możliwości człowieka. Mam tu na myśli zarówno odpowiednie dozowanie wysiłku, jak również nieprzekraczanie indywidualnych możliwości organizmu. Z pierwszym czynnikiem związane jest zjawisko uzależnienia od wysiłku. Wiele teorii łączy to zjawisko z działaniem endorfin, substancji wytwarzanych przez mózg w czasie ćwiczeń, wywołujących poczucie zadowolenia i odporności na ból. Osoba uzależniona, aplikując sobie duże dawki wysiłku, uruchamia mechanizm produkcji endorfin i osiąga przez to uczucie szczęścia w sposób prostszy niż rozwiązywanie życiowych problemów.

O drugi czynnik, w odniesieniu do dzieci i młodzieży, zadbało już Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, konstruując rozporządzenie z dnia 31 grudnia 2002 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach. Jeden z jego paragrafów brzmi:

§31.1. Stopień trudności i intensywności ćwiczeń dostosowuje się do aktualnej sprawności fizycznej i wydolności ćwiczących.

Stosowanie się do tego zalecenia ograniczy nadużycia, a tym samym przyczyni się do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa dzieci i młodzieży. Pamiętajmy jednak, że dostosowanie wysiłku nie oznacza wykluczenia go, a tak bywa, o czym może świadczyć ilość pojawiających się w szkole zwolnień lekarskich.

Podsumowując: funkcje aktywności fizycznej to:

- stymulacja – to pobudzenie procesów rozwojowych, układ napędowy ontogenezy; pobudzenie, które prowadzi do rozwoju,
- adaptacja – przystosowanie do zmieniających się warunków, odporność na bodźce mechaniczne, termiczne, ruchowe itp.; dobrze przystosowany organizm jest odporny na zachorowania, zahartowany,
- kompensacja – wyrównanie niedoborów bodźców rozwojowych; trzeba cały czas wyrównywać niedobory ruchu (hipokinezji) spowodowane ciągłym siedzeniem w pracy, w domu, oglądaniem telewizji, pracą przy komputerze,

⁶ Trzeciak B., Zawadzki M. *Kinezyterapia, a wydolność fizyczna osób starszych*, Kultura Fizyczna nr 7-8/1997.

⁷ Osiński W. *Zarys teorii wychowania fizycznego*, AWF, Poznań 2002.

⁸ Ibidem.

⁹ Woynarowska B. *Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży*, Forum Profilaktyki nr 3(12)/2008 [za:] Pankowska-Koc K., Szczepkowska K. *Edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym. Scenariusze lekcji dla gimnazjów*, ibidem.

- korekcja – naprawianie nieprawidłowości rozwojowych, w tym wad postaw, otyłości; jest to układ zapewniający prawidłowość przebiegu rozwoju osobniczego.

Warto również zwrócić uwagę na to, że dzięki aktywności fizycznej zarówno człowiek dorosły, jak i uczeń uczy się pokonywać trudności, radzić sobie ze zmęczeniem, przeżywać sukcesy i porażki, kontrolować emocje, budować pozytywne relacje z innymi, uczy się współpracy i współdziałania.

Ćwiczenia fizyczne są również sposobem radzenia sobie ze stresem. W dzisiejszych czasach nie da się uniknąć sytuacji, w których psychika człowieka jest obciążona – ilość tzw. stresorów (czynników będących źródłem napięcia psychicznego), na którą jesteśmy narażeni, jest bardzo wysoka. Powodem tego jest nowoczesny styl życia, codzienna rywalizacja w szkole, zjawisko tzw. wyścigu szczurów i inne. Długotrwałe narażenie człowieka na stres z czasem odbija się bardzo niekorzystnie na stanie jego zdrowia – pojawiają się dolegliwości trawienne, np. wrzody żołądka, związane z nadkwaśnością, choroby układu nerwowego czy wreszcie choroby psychiczne (depresje i nerwice). Dlatego ważny jest odpowiedni sposób wyładowania negatywnych uczuć, który jednocześnie będzie pozytywny dla naszego zdrowia. Aktywność fizyczna wpływa dobrze na ogólny nastrój: napięcie, depresję, gniew i zmęczenie. W. Pańczyk¹⁰ mówi, że *wyzwolenie motoryczne*, a więc dobrowolne poddanie się pracy fizycznej lub ruchowi, w formie przez siebie wybranej, uwalnia człowieka od napięć psychicznych, reakcji nerwowych, apatii i znużenia psychicznego. Autor przywołuje słowa S. Kozłowskiego, który zauważa, że *dla człowieka siedzącego, przekarmionego i nadmiernie pobudzonego, ruch jest koniecznością biologiczną – zarówno w postaci profilaktycznej, jak i terapeutycznej*. To najprostszy i najłatwiejszy sposób na pozbycie się silnego napięcia. Ruch sprawia, że krew krąży szybciej, usuwając z organizmu nadmiar adrenaliny i innych hormonów, które wytwarzamy w chwilach zdenerwowania. Bieg, siłownia, gra w koszykówkę, siatkówkę (czy inną grę) to bardzo proste sposoby rozładowania silnego napięcia, ale również może to być sprzątanie, szorowanie, koszenie trawy i inne prace fizyczne.

W rozładowaniu napięcia duże znaczenie mają również techniki relaksacyjne. Są to sposoby na wyładowanie stresu lub nadmiaru emocji na drodze odpowiednich ćwiczeń fizycznych i psychicznych. Relaksacja¹¹ jest rozluźnieniem wewnętrznego napięcia, w wyniku którego zmniejszają się nasze negatywne emocje, takie jak lęk, złość, gniew. Relaksacja to wszelkie metody i sposoby uzyskiwania stanu fizycznego i psychicznego odprężenia, czyli tzw. stanu relaksu. Na efekt relaksu składają się: zmniejszenie napięcia mięśniowego, zwolnienie tempa przemiany materii, rozszerzanie się naczyń krwionośnych, wzrost temperatury niektórych partii ciała. Warto zapamiętać, że w czasie relaksacji zawsze uwalniamy się od napięć w mięśniach i jednocześnie następuje wyciszenie emocji oraz uspokojenie umysłu. Podobne efekty możemy uzyskać stosując ćwiczenia energetyzujące, jak np. jogę czy różnego rodzaju masaż.

Badania GUS donoszą, że większość dorosłych Polaków cechuje mała aktywność fizyczna i bierny sposób spędzania czasu wolnego. Wysiłki o umiarkowanej intensywności są udziałem tylko co trzeciego Polaka, który przeznaczą na nie średnio 8 godzin w tygodniu; 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 godzin w tygodniu¹².

Literatura przedmiotu dotycząca wyżej poruszanych tematów staje się coraz bogatsza. W ciągu ostatnich lat ukazało się wiele doniesień, w których autorzy ukazują efektywność systematycznych ćwiczeń fizycznych uprawianych przez osoby dorosłe i starsze. Szczególnie podkreśla się wartość tzw. treningu zdrowotnego, opartego przede wszystkim na kształtowaniu wytrzymałości. Ten rodzaj treningu pozwala na osiągnięcie poprawy wydolności organizmu, a więc i zdolności przystosowawczych do wysiłku fizycznego i psychicznego. Pod wpływem treningu wytrzymałościowego zmniejsza się ryzyko powstania choroby niedokrwiennej serca, przeciwdziała się chorobom przemiany materii, poprawia czynności układu ruchu, wzmacnia się odporność psychiczną.

¹⁰ Pańczyk W. *Wychowanie fizyczne według rozwojowo-zdrowotnych potrzeb dzieci i młodzieży*, Roczniki Naukowe AWF, Zeszyt 54, Poznań 2005.

¹¹ www.relaksacja.pl

¹² Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna*, ibidem.

Ciekawą diagnozę przeprowadziła B. Pędraszewska¹³ na podstawie badań 150 kobiet spędzających swój wolny czas w sposób aktywny. Celem badań było określenie stopnia aktywności ruchowej i jego wpływu na życie zawodowe respondentek. Na pytanie, czy aktywność fizyczna ma wpływ na życie zawodowe?, twierdząco odpowiedziało aż 86% kobiet z wykształceniem wyższym, 79% ze średnim. Pozytywny wpływ aktywności ruchowej na sferę życia zawodowego respondentki tłumaczyły poprawą samopoczucia oraz większą odpornością psychiczno-nerwową. Zajęcia ruchowe powodują ich zdaniem pewnego rodzaju wyciszenie psychiczne, wytwarzają odporność na wszelkiego rodzaju stresy, a przy tym sprzyjają lepszej koncentracji i zmniejszają znużenie obowiązkami zawodowymi.

Uprawiając ćwiczenia fizyczne, trzeba pamiętać o dostarczaniu organizmowi wody i odpowiednio kalorycznych produktów żywnościowych. Określenie liczby kalorii w produktach żywnościowych wyraża ilość energii, którą przeciętnie przyswaja ludzki organizm przy spożyciu takiego produktu. Energia pozyskiwana z żywności jest później wykorzystywana do podtrzymania funkcji życiowych i aktywności.

Zastanawiając się nad problemem prawidłowego odżywiania, warto zapoznać się z ogólnymi zaleceniami dotyczącymi tego, ile kalorii należy spożywać w zależności od wieku i płci. Wiedza o niezbędnej liczbie kalorii pozwala nam na lepsze komponowanie posiłków pod względem ich wartości energetycznej dla organizmu. Konsumpcja posiłków zbyt kalorycznych w stosunku do wydatku energetycznego organizmu prowadzi do nadwagi. Zbytne ograniczanie liczby kalorii w diecie prowadzi do niedowagi.

Człowiek czerpie energię z procesów chemicznych zachodzących we wnętrzu organizmu w wyniku spalania dostarczanych doń produktów żywnościowych i tlenu. Każda aktywność fizyczna zużywa energię, ale jej ilość zależy od kilku czynników¹⁵:

- wagi: cięższa osoba zużyje więcej kalorii wykonując tę samą czynność niż szczuplejsza,
- rodzaju aktywności: różne ćwiczenia zużywają różne ilości energii (intensywność wysiłku).

Niezależnie od tego, czy sprzątasz, porządkujesz ogródek, grasz w tenisa, czy myjesz samochód

Skutki nadwagi ¹⁴	Skutki niedowagi
Choroby serca	Anemia
Choroby układu ruchu, stawów (zwyrodnienia)	Rzeszotowanie kości, próchnica zębów
Problemy z oddychaniem (w tym bezdech nocny)	Oslabienie wzroku
Męczliwość	Wypadanie włosów i łysienie
Zaburzenia gospodarki tłuszczowej organizmu i ich następstwa: kamica żółciowa, miażdżyca	Częste infekcje
Nadciśnienie tętnicze	Nadpobudliwość, płaczliwość, kołatanie serca, zaburzenia pamięci
Cukrzyca typu 2 (insulinoniezależna)	Kłopoty z dziąsłami, np. paradontoza
	Nocne kurcze łydek

(ręcznie!) – zużywasz energię. Wykorzystanie tlenu przez organizm jest głównym czynnikiem określającym zużycie energii i wydolność. Im bardziej intensywny wysiłek fizyczny, tym więcej oddychamy, by zwiększyć przyjmowanie tlenu. Pozwala to na produkowanie coraz większych ilości energii. Na poziom zużycia energii ma także wpływ czas trwania wysiłku. Wraz z jego trwaniem spada poziom zapasów glikogenu w mięśniach wykonujących pracę.

Kontrola masy ciała i umiejętność oceny jej prawidłowości sprzyja utrzymaniu masy ciała na odpowiednim poziomie, co z kolei sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu.

Odpowiednia masa ciała jest jednym z czynników wpływających na sprawność fizyczną.

Człowiek spożywa różne produkty roślinne i zwierzęce, naturalne (surowe) lub w różnym stopniu przetworzone (gotowane, smażone, mrożone, konserwowane). Produkty mają różną ilość i rodzaj składników odżywczych niezbędnych dla organizmu (białko, tłuszcze, węglowodany, witaminy i składniki mineralne), zależnie od rodzaju produktu i sposobu przygotowania. Ilość niezbędnych składników żywieniowych określają normy żywieniowe, opracowywane w Polsce przez Instytut Żywności i Żywienia¹⁶. Ważne jest, aby stosowana dieta była zbilanso-

¹³ Pędraszewska B. *Wpływ aktywności fizycznej na życie zawodowe kobiet*, Kultura Fizyczna nr 9-10/1998.

¹⁴ <http://www.izz.waw.pl> [za:] Pankowska-Koc K., Szczepkowska K., *Edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym. Scenariusze lekcji dla gimnazjów*, ibidem.

¹⁵ Wykowska M. *Ergonomia*, AGH (wydanie internetowe, skrypt dla studentów), Kraków 1994.

¹⁶ www.izz.waw.pl

wana, tzn. dostarczała organizmowi wszystkich niezbędnych składników odżywczych. Obecnie opracowywane są piramidy żywienia, przedstawiające graficznie, jak często i w jakich ilościach powinniśmy spożywać produkty z danej grupy. W piramidach produkty ułożone są na kolejnych poziomach trójkąta – im niższy poziom, tym więcej i częściej należy spożywać produkty z danej grupy.

Piramida zalecana przez Instytut Żywności i Żywienia uwzględnia następujące grupy produktów¹⁷:

- produkty zbożowe (pieczywo, kasze, ryż, makaron) – źródło energii, pozostawiają uczucie sytości (dzięki skrobi – węglowodanowi złożonemu), dostarczają błonnika (reguluje pracę jelit, zapobiega zaparciom), witamin z grupy B, żelaza, magnezu, cynku – szczególnie ciemne pieczywo, z pełnych ziaren zbóż,
- warzywa – źródło składników mineralnych, witamin, mała zawartość kalorii,
- owoce – składniki podobne jak warzywa, większa zawartość cukrów niż w warzywach,
- mleko i produkty mleczne – źródło białka, witamin, łatwo przyswajalnego wapnia,



Piramida Zdrowego Żywienia



Nie zapomnij o ruchu!



Instytut Żywności i Żywienia 2009

¹⁷ www.izz.waw.pl

- mięso (czerwone – umiar w spożywaniu; drób, wędliny), ryby, jaja, rośliny strączkowe (fasola, groch, soczewica) – źródło białka, żelaza, witamin,
- oleje roślinne – chronią przed miażdżycą i nowotworami, zawierają witaminy rozpuszczalne w tłuszczach,
- woda – niezbędna do transportu składników odżywczych, reakcji biochemicznych i regulacji temperatury ciała; należy wypijać około 1,5 l dziennie.

Podstawowe zalecenia żywieniowe dotyczą:

- urozmaicenie – w każdym posiłku, w miarę możliwości, powinna się znaleźć każda grupa produktów (białko zwierzęce lub roślinne, owoce lub warzywa, produkty zbożowe),
- umiarkowanie – jedzenie według potrzeb, dbanie o utrzymanie optymalnej masy ciała, nieprzejadanie się ani niegłodzenie,
- regularność – stała częstotliwość (kilka razy dziennie), wielkość i jakość posiłków.

ZASADY ZDROWEGO ŻYWIENIA wg Instytutu Zdrowia i Żywienia

- Dbaj o różnorodność spożywanych produktów.
- Strzeż się nadwagi i otyłości oraz niedowagi, nie zapominaj o codziennej aktywności fizycznej.
- Produkty zbożowe powinny być dla Ciebie głównym źródłem energii (kalorii).
- Spożywaj codziennie co najmniej dwie duże szklanki mleka. Mleko można zastąpić jogurtem, kefirem, a częściowo także serem.
- Mięso spożywaj z umiarem.
- Spożywaj codziennie dużo warzyw i owoców.
- Ograniczaj spożycie tłuszczów, w szczególności zwierzęcych, a także produktów zawierających dużo cholesterolu i nienasyconych kwasów tłuszczowych.
- Zachowaj umiar w spożyciu cukru i słodczy.
- Ograniczaj spożycie soli.
- Pij wystarczającą ilość wody.
- Nie pij alkoholu.

Właściwy sposób odżywiania przyczynia się więc do prawidłowego funkcjonowania naszego organizmu. Mimo że w różnych kulturach spotkamy się z różnymi nawykami żywieniowymi, to wiemy, że chodzi o jedno, o to, żeby dostarczyć organizmowi odpowiednią ilość substancji odżywczych, witamin i składników mineralnych.

Próbując podsumować rozważania dotyczące czynników wpływających na zdrowie fizyczne, warto zacytować zalecenia S. Bergera, dotyczące 6 + 1 „U”

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.
7. **+ Uśmiech** – z uśmiechem łatwiej żyć, bądź optymistą!

Mam nadzieję, że podane wyżej informacje sprowokowały choć część Czytelników do krótkiej refleksji nad życiem, zdrowiem i jego wartością.

Autorka jest adiunktem w Zakładzie Metodyki Wychowania Fizycznego w Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

Robert Jaszczuk

Krytycznie o wpływie aktywności sportowej na różne sfery zdrowia dzieci i młodzieży

Sport dzieci i młodzieży jest od lat przedmiotem wielu analiz i dyskusji przedstawicieli środowisk związanych z kulturą fizyczną. Wielowątkowa problematyka tego zagadnienia znajduje odzwierciedlenie w bardzo obszernej literaturze przedmiotu. Lektura różnych opracowań dotyczących tego rodzaju aktywności młodych ludzi prowadzi do refleksji, że nie ma zgodności stanowisk dotyczących zadań i roli, jakie się sportowi dzieci i młodzieży przypisuje. Ta długoletnia dyskusja dotyczy dwóch jego głównych koncepcji. Jedna z nich traktuje sport dzieci i młodzieży jako podsystem sportu wyczynowego, ukierunkowany na pracę z młodymi ludźmi predystynowanymi do osiągania bardzo dobrych wyników sportowych¹. Druga – jako proces wspomagający w pewnych okresach ontogenezy realizację zmian adaptacyjnych w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej, które nazywane są zmianami rozwojowymi². Mimo rozbieżności założeń tych dwóch sposobów postrzegania są one powiązane wspólnymi elementami. Głównymi obszarami łączącymi krańcowe różnice stanowisk są założenia realizacji celów ogólnowychowawczych i zadań zdrowotnych. Mając na uwadze to, że aktywność sportowa dzieci i młodzieży przypada na okres rozwoju osobniczego charakteryzującego się dynamicznymi procesami wzrastania, różnicowania i dojrzewania, uzasadnione jest, że powinno się uwzględniać jej wpływ na zdrowie młodych ludzi.

Realizacja zagadnień programowych związanych z tematyką zdrowotną należy do głów-

nych zadań różnych instytucji edukacyjnych, a także stowarzyszeń i organizacji odwołujących się do wychowawczych walorów kultury fizycznej. W nowej podstawie programowej kształcenia ogólnego, jak z satysfakcją podkreśla jedna z jej autorek B. Woynarowska, wychowaniu fizycznemu przypisano wiodącą rolę w realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej³. Biorąc pod uwagę to, że sport szkolny powiązany jest z wychowaniem fizycznym wspólnymi celami, powinien on pełnić funkcję wspomagającą przekaz wiedzy, umiejętności i kształtowania postaw prozdrowotnych, czyli przygotowania do racjonalnych wyborów zachowań warunkujących utrzymanie dobrego stanu zdrowia. Czy nowatorskie rozwiązanie organizacyjno-metodyczne, zaproponowane przez zespół autorów nowej podstawy programowej wychowania fizycznego, polegające na stworzeniu uczniom możliwości wyboru lubianej formy aktywności fizycznej, jest kolejną próbą określenia roli i miejsca sportu w szkole, a szczególnie wykorzystania go do uzyskania właściwych efektów wychowawczych? Innowacja ta wpisuje się chyba w zauważalne nie tylko w Polsce próby znalezienia wspólnej płaszczyzny dla różnorodnych przedsięwzięć na obszarze profilaktyki i promocji zdrowia. Nie powinno to budzić zdziwienia, jeśli zapoznamy się z treścią raportów podsumowujących wyniki badań przeprowadzonych w Polsce i innych państwach europejskich, które dotyczyły szeroko rozumianej problematyki zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży. Te mające diagnostyczny charakter opracowania wskazują wiele niedo-

¹ Sozański H. *Cele strategiczne i uwarunkowania sportu dzieci i młodzieży*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 2-3/2000.

² Sulisz S. *Wielowymiarowość sportu dzieci i młodzieży*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 5/2002.

³ Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna w nowej podstawie programowej kształcenia ogólnego w szkole – szansa i wyzwanie*, Lider nr 11/2008.

skonałości w zakresie zachowań prozdrowotnych młodych ludzi⁴.

W tym miejscu chyba uzasadnione będzie pytanie: jakie zagadnienia tematyczne powinna zawierać edukacja zdrowotna realizowana na tym obszarze aktywności, jakim jest sport dzieci i młodzieży? Czy punktem wyjścia w tego rodzaju pracy pedagogicznej ma być akceptacja poglądu rozpowszechnianego również przez środki masowego przekazu, mówiącego, że głównym czynnikiem pozytywnie wpływającym na stan naszego zdrowia jest dostosowana do indywidualnych potrzeb organizmu, optymalnie dozowana aktywność ruchowa? Czy może podejść do tego krytycznie, uznając, że traktowanie ruchu jako *panaceum* na wynikające ze stylu życia współczesnego człowieka choroby cywilizacyjne jest dużym uproszczeniem?

Jeśli celem wszelkich oddziaływań pedagogicznych powinno być dążenie do wszechstronnego rozwoju naszych wychowanków, to musimy wziąć pod uwagę przede wszystkim to, że zdrowie ma szeroki zakres pojęciowy. Zakładając, że w pracy z dziećmi i młodzieżą uzdolnioną sportowo równocześnie ze szkoleniem powinno się pozytywnie wpływać na różne sfery zdrowia podopiecznych, to odpowiedni zakres znaczeniowy tego pojęcia będzie zawierać definicja przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia, według której *zdrowie to nie tylko nieobecność choroby i niedołęstwa, ale stan dobrego fizycznego, psychicznego i społecznego samopoczucia*. Przytoczona definicja potwierdza wielowymiarowość zdrowia jako komplementarnego związku sfer: fizycznej, psychicznej i społecznej.

Analiza treści publikacji traktujących o sporcie dzieci i młodzieży skłania do zadania następujących pytań:

- Jaka jest efektywność wpływu nauczycieli wychowania fizycznego, instruktorów i trenerów na rozwijanie różnych sfer zdrowia młodych sportowców?
- Czy w polskim systemie pracy z dziećmi uzdolnionymi sportowo istnieją optymalne rozwiązania organizacyjno-metodyczne, umożliwiające łączenie zadań efektywności szkolenia i pozytywnego wpływu na ich zdrowie?

Jeśli podejmujemy próby udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania, powinniśmy zacząć od wyboru narzędzia badawczego, które umożliwi nam ocenę skuteczności wpływu aktywności sportowej na sfery zdrowia. Biorąc pod uwagę zakres pojęciowy przytoczonej definicji zdrowia, a także wynikający z niej obszar naszych oddziaływań mających na celu wywołanie u młodych ludzi zmian fizycznej, psychicznej i społecznej natury, wybrałem zaproponowany w Zakładzie Metodyki Wychowania Fizycznego AWF w Warszawie zbiór przykładowych wyznaczników odnoszący się do trzech wymienionych sfer zdrowia⁵.

Jeśli chcemy w ogólny sposób scharakteryzować przedstawione wyznaczniki, to pierwszą rzeczą, na którą należy zwrócić uwagę, jest to, że chociaż w założeniu dotyczą one dzieci i młodzieży, to większość z nich, szczególnie tych ze sfery psychicznej i społecznej, z powodzeniem może być stosowana jako kryterium oceny szeroko rozumianego zdrowia ludzi bez względu na wiek. Ich uniwersalizm polega na tym, że mogą one służyć zarówno jako kryterium oceny odporności psychicznej i postaw prospołecznych młodocianych sportowców, jak i poziomu kompetencji wynikających z charakteru wykonywanej pracy zawodowej ludzi dorosłych. Z kolei optymalny rozwój elementów składających się na somatyczną stronę zdrowia w wieku szkolnym gwarantuje

Tab.1. Przykładowe wyznaczniki różnych sfer zdrowia

Zdrowie fizyczne	Zdrowie psychiczne	Zdrowie społeczne
<ul style="list-style-type: none"> • poprawna postawa ciała • zgodny z wiekiem biologicznym rozwój układu mięśniowego i funkcji zapotrzebowania tlenowego • właściwy rytm wzrastania, różnicowania i dorastania organizmu • spontaniczna aktywność ruchowa • zgodny z wiekiem rozwojowym poziom zdolności (cech) motorycznych 	<ul style="list-style-type: none"> • umiejętność pokonywania przez dziecko różnorodnych trudności • radzenie sobie ze zmęczeniem • radzenie sobie ze stresem • kontrolowanie emocji • właściwy sposób przeżywania sukcesów i porażek 	<ul style="list-style-type: none"> • umiejętność nawiązywania kontaktów • umiejętność współdziałania zespołowego • poczucie obowiązku • stosowanie samokontroli • przestrzeganie zasad obowiązujących w danej zbiorowości

⁴ Woynarowska B., Mazur J. *Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990-1998*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2000.

⁵ Sulisz S. *Niekonwencjonalne podstawy metodyczne realizacji procesu edukacji fizycznej*, Wydawnictwo Korepetytor, Płock 2008.

wysoki poziom sprawności fizycznej organizmu w późniejszych okresach ontogenezy. Zaznaczyć trzeba, że w tym przypadku sprawność fizyczną należy rozumieć nie jako stopień wykorzystania własnego potencjału motorycznego, ale umiejętność efektywnego rozwiązywania wszechstronnych zadań ruchowych stojących przed człowiekiem w różnych sytuacjach życiowych. Oczywiście warunkiem realizacji tego założenia jest wykształcenie u młodych ludzi nawyku permanentnej dbałości o kondycję, szczególnie po zakończeniu procesu fizycznej edukacji.

Biorąc powyższe pod uwagę, możemy chyba stwierdzić, że intencją S. Sulisza – autora powyższego zbioru wyznaczników odnoszących się do trzech sfer zdrowia – było to, aby realizacja zadań zdrowotnych spełniała założenie osiągania zarówno celów doraźnych, jak i wszechstronnie wyposażała młodego człowieka na przyszłość. Wpisuje się to w jeden z głównych nurtów teoretycznych podstaw efektywności realizacji procesu edukacji fizycznej, który M. Demel określił jako *zachowanie równowagi między aktualizmem a prospekcją*⁶.

Efektywność procesu edukacji fizycznej

Ogólnie rzecz ujmując, wskaźnikiem efektywności pracy będzie tu optymalna realizacja celów nakreślonych przez współczesną teorię kultury fizycznej⁷. W przypadku dzieci i młodzieży z założeniami tymi koresponduje definicja przyjęta przez Radę Europy, która mówi, że *sport to wszelkie formy aktywności fizycznej, które poprzez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane stawiają sobie za cel wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiąganie wyników sportowych na wszelkich poziomach*.

Kiedy organizujemy aktywność sportową młodych ludzi, nasze starania powinny zmierzać w kierunku powiązania kompetencji instrumentalnych z aksjologicznymi, czyli łączenia kształcenia z wychowaniem. Ocenianie efektywności realizacji procesu edukacji zdrowotnej może nastrożać pewnych trudności, które wynikają z odmienności sposobów i metod oddziaływania na sferę: somatyczno-funkcjonalną i aksjologiczno-

-socjologiczną. Jak zauważa H. Grabowski, dotychczas nie opracowano teoretycznego podłoża dla zintegrowania nauk przyrodniczych i społecznych, co skutkowałoby powstaniem autonomicznej dyscypliny naukowej. Jednym z jej zadań byłoby na pewno opracowanie kryteriów umożliwiających obiektywizację oceny wpływu fizycznej edukacji na zdrowie i osobowość młodych ludzi⁸.

Mając świadomość tego, jak wiele czynników ma wpływ na realizację założonych celów, i uznając, że przyjęty podział na różne sfery zdrowia ma podłoże teoretyczne, bo w praktyce są to procesy komplementarne, można zadać kilka pytań. Czy zawsze można wpływać dostępnymi środkami na wszystkie obszary zdrowia jednocześnie? Czy możemy dla wszystkich młodych ludzi stosować jedną miarę zdrowia, mając świadomość indywidualnych różnic w sferze morfologicznej i psychicznej, które przecież rzutują na relacje jednostki ze środowiskiem społecznym? Kolejnym problemem w naszej pracy jest zagadnienie stopniowania parametrów zdrowia. Następnym jest niewątpliwie dylemat, czy mamy skoncentrować się na „pomnażaniu” dobrego stanu zdrowia młodych ludzi, czy nasze wysiłki skierować na niwelowanie jego niedostatków? Nie bez znaczenia jest także to, że efekty naszych działań mogą uwidocznić się dopiero po zakończeniu procesu edukacyjnego.

Jeśli poruszamy zagadnienie efektywności w edukacji fizycznej, w tym przypadku dotyczącej aspektu zdrowotnego, to musimy określić kryteria, za pomocą których będziemy mogli oceniać skuteczność działań na tym specyficznym obszarze dydaktyczno-wychowawczym. Myślę, że na pytanie o efektywność wpływu aktywności sportowej na różne sfery zdrowia młodych ludzi celną odpowiedzią jest pogląd K. Sas-Nowosielskiego, który mówi, że zawiera ona jedynie potencjał, który nie jest realizowany automatycznie. Droga od możliwości do realizacji jest skomplikowana. Jego skuteczność uzależniona jest od kontekstu sytuacyjnego, który powinien wynikać z racjonalnego planowania⁹.

Współczesne teoretyczne koncepcje wychowania fizycznego zakładają, że warunkiem skuteczności działań nauczyciela jest stosowanie w praktyce zasad prakseologii¹⁰. Edukacja zdro-

⁶ Demel M. *O trzech wersjach wychowania fizycznego. Próba ujęcia komplementarnego*, Wychowanie Fizyczne i Sport nr 2/1989.

⁷ Bielski J. *Uwarunkowania efektywności pracy nauczyciela wychowania fizycznego*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Kielce 1996.

⁸ Grabowski H. *Teoria fizycznej edukacji*, WSiP, Warszawa 1997.

⁹ Sas-Nowosielski K. *Wychowanie do aktywności fizycznej*, AWF, Katowice 2003.

¹⁰ Strzyżewski S. *Proces wychowania w kulturze fizycznej*, WSiP, Warszawa 1986.

wotna jako proces oddziaływań pedagogicznych na kolejnych etapach ontogenezy powinna zatem przebiegać zgodnie z zasadami sprawnego działania.

Po analizie literatury przedmiotu doszedłem do wniosku, że bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na efektywność rozwoju różnych sfer zdrowia jest poziom kompetencji nauczycieli, instruktorów i trenerów.

Liczne publikacje dotyczące problematyki pedeutologicznej pozwalają zapoznać się z szerokim zakresem kompetencji, jakie powinni posiadać specjaliści prowadzący edukację fizyczną w polskim systemie pracy z dziećmi uzdolnionymi sportowo. Można wyróżnić tu sfery kompetencji posiadające wymiar uniwersalny i takie, które zmieniają się wraz z sytuacją społeczno-ekonomiczną państwa, wynikającą chociażby z przynależności do Unii Europejskiej¹¹.

Bez względu na to, w jaki sposób realizowany jest proces kształcenia osobników uzdolnionych sportowo, prowadzące go osoby muszą znać prawa determinujące rozwój młodego organizmu. Wszyscy wiemy, że podejmowana przez młodych ludzi aktywność sportowa nie powinna być traktowana tylko w kategoriach podnoszenia różnego rodzaju sprawności i umiejętności ruchowych. Proces nabywania kompetencji motorycznych powodowany jest różnorodnymi motywacjami, wiąże się z pobudzeniem emocjonalnym i często zachodzi w złożonych interakcjach społecznych. Uczestniczący w niej młodzi ludzie znajdują się pod ciągłym wpływem szeroko rozumianego środowiska społecznego. Wymaga to zatem od pedagoga, oprócz biegłości warsztatowej dotyczącej procesu szkoleniowego, posiadania zasobu wiedzy z dziedziny psychologii społecznej i umiejętności przełożenia jej na grunt aktywności sportowej¹².

Dla całego grona specjalistów zajmujących się edukacją fizyczną zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i działaniu praktycznym bardzo ważnym problemem jest znalezienie odpowiedzi na następujące pytanie: jak przekształcić spontaniczną aktywność ruchową dziecka w racjonalne działanie, które zgodnie z zasadą prospekcji będzie kontynuowane po zakończeniu edukacji jako aktywność fizyczna¹³. Pytanie to nie powinno

budzić zdziwienia, ponieważ wszyscy dostrzegamy swoistego rodzaju „prawidłowość” obniżania się poziomu aktywności fizycznej wraz z wiekiem. Jeśli chcemy, żeby ta motywacja poznawcza przetrwała się w pełni świadomą, to który rodzaj różnorodnie definiowanej aktywności przyniesie najlepsze efekty? Czy ten związany z koncepcją podsystemu sportu wyczynowego, czy wywodzący się z procesu realizacji zadań rozwojowych?

Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania, kompetentnym nazwiemy pedagoga, który potrafi w poprawny sposób oddziaływać środkami fizycznymi na organizm, a społecznymi na osobowość w celu wspomagania rozwoju somatyczno-motorycznego swoich podopiecznych oraz ich świadomej dbałości o różne sfery zdrowia. Wynikiem nabytej w czasie studiów wiedzy i doskonalenia warsztatu pedagogicznego w działaniu praktycznym powinna być znajomość metod, szeroko pojętej diagnozy i prognozy rozwoju psychofizycznego i społecznego, umiejętność programowania różnych środków pozwalających za realizację rzeczywistych celów edukacji fizycznej. Ponadto powinien on prezentować wysoki poziom kultury osobistej i wrażliwości pedagogicznej, które gwarantują efektywne prowadzenie różnorodnych zajęć w ramach szkolnego wychowania fizycznego¹⁴.

Jedną z grup kompetencji zawodowych nauczycieli, opracowanych przez Komitet Nauk Pedagogicznych PAN, stanowią te o wymiarze etycznym. Wiąże się z nimi dylematy, które mogą rodzić pytanie: czy jako nauczycielom i trenerom często towarzyszy nam konflikt zachodzący między własnym sumieniem, wiedzą a oczekiwaniami nadzoru pedagogicznego i sportowymi grupami interesów?

Myślę, że rozważania dotyczące wpływu aktywności sportowej na zdrowie mogą być dla krytycznie myślących nauczycieli okazją do analizy rzeczywistości pedagogicznej w celu jej modyfikacji i poszukiwania optymalnych rozwiązań. Ponadto mogą one posłużyć do kształtowania umiejętności znajdowania kompromisów między teoretycznymi założeniami, które nie przechodzą weryfikacji w praktycznej działalności, a autorskimi rozwiązaniami innowacyjnymi.

Kolejnym czynnikiem mającym niebagatelny wpływ na skuteczność oddziaływania edukacji

¹¹ Maszczak T. *O kształceniu nauczycieli wf – w kontekście edukacji jutra*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 11/2010.

¹² Gracz J., Sankowski T. *Psychologia aktywności sportowej*, AWF, Poznań 2007.

¹³ Drabik J. *Profilaktyka zdrowia – aktywność fizyczna czy aktywność ruchowa*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 5/2010.

¹⁴ Sulisz S. *Niekonwencjonalne podstawy metodyczne realizacji procesu edukacji fizycznej*, ibidem.

zdrowotnej na młodych sportowców jest sposób realizacji założonych celów sportu dzieci i młodzieży, który warunkowany jest systemowymi rozwiązaniami organizacyjno-metodycznymi.

Aktywność sportowa a edukacja

Aby umożliwić rozwijanie predyspozycji sportowych w połączeniu z pobieraniem nauki w polskim szkolnictwie, wprowadzono system kształcenia dzieci i młodzieży uzdolnionej sportowo. Za optymalne rozwiązanie uznano utworzenie klas z rozszerzonym programem wychowania fizycznego, klas sportowych, szkół sportowych i szkół mistrzostwa sportowego¹⁵. W założeniu sport szkolny jest pierwszym etapem wieloletniego procesu szkoleniowego, który rozpoczyna drogę do osiągnięcia najwyższego poziomu sportowego. Proces ten należy prowadzić z uwzględnieniem praw rozwojowych młodego organizmu. W związku z tym w działaniach szkoleniowych powinno się stosować zasadę stopniowania trudności nie tylko w sferze fizycznej, ale, jak uważa B. Czabański, również w rozwoju emocjonalnym dziecka¹⁶. Ich efektywność ocenia się na podstawie osiągnięć etapowych, a nie doraźnych. Optymalnym okresem do uzyskiwania maksymalnych wyników jest osiągnięcie dojrzałości biologicznej i psychicznej.

Koncepcja systemu pracy z uczniami uzdolnionymi sportowo niesie ze sobą konsekwencje nie zawsze zgodne z założeniami teoretycznymi. Zarówno podejmowanie, uczestnictwo, a także skutki płynące z uprawiania sportowo zorientowanej aktywności sprzyjają powstawaniu specyficznych uwarunkowań, które określane są jako „sytuacje trudne”¹⁷. Wymagają one umiejętności radzenia sobie ze stresem w pokonywaniu różnorodnych trudności wynikających z realizacji celów i spełniania oczekiwań stawianych przed młodymi sportowcami.

Za jeden z najbardziej stresogennych obszarów aktywności sportowej uznaje się systemy niewłaściwie pojmowanej rywalizacji. Uważa się je za zminiaturyzowany obraz wypaczeń współczesnego sportu, gdzie liczy się tylko zwycięstwo bez względu na środki użyte do jego osiągnięcia.

Współzawodnictwo, które w zamierzeniach miało być czynnikiem wzbogacającym proces szkolenia, jest traktowane jako cel sam w sobie. Determinuje ono rodzaj oddziaływań treningowych, hierarchię celów i sposób rozumienia sensu sportu dzieci i młodzieży¹⁸.

Kontrowersje wzbudza też sam sposób rekrutacji uczniów, którzy te uzdolnienia powinni posiadać. Dużą trudnością jest na pewno określenie poziomu predyspozycji za pomocą przeprowadzonych jednorazowo standardowych testów czy oceny uzyskiwanych wyników sportowych. Podczas selekcji zwraca się głównie uwagę na sprawnościowe i biomedyczne zalety kandydatów, a pomija np. cechy wolicjonalne. Trzeba wziąć pod uwagę fakt, że w różnych fazach rozwoju osobniczego poszczególne cechy fizyczne i psychiczne rozwijają się w różnym tempie. Dlatego trudne jest dokładne określenie poziomu uzdolnień umożliwiających w perspektywie osiągnięcie wysokich wyników sportowych. Z jednej strony selekcja może zaoszczędzić uczniom rozczarowań spowodowanych niespełnieniem nadziei związanych z uprawianiem sportu, ale może także wyeliminować jednostki, które mają predyspozycje do uzyskiwania dobrych wyników w przyszłości. Potwierdzają to wyniki porównawczych badań dotyczących efektywności szkolenia w grupach sportowych i kontrolnych¹⁹. Selekcja jest zatem stresującym doświadczeniem, a przez osoby ją prowadzące powinna być traktowana jak problem pedagogicznej, psychologicznej i społecznej natury²⁰.

Drugim argumentem, który w niekorzystnym świetle stawia system sportu dzieci, są oddziaływania treningowe ukierunkowane na wczesną specjalizację. Podstawą takiej strategii dochodzenia do osiągnięć sportowych jest osadzone na podstawie wiedzy fizjologicznej przekonanie, że we wczesnych stadiach rozwoju osobniczego występują sprzyjające warunki adaptacyjne do intensywnych wysiłków i doskonalenia sportowego²¹. Zwolennicy tego rodzaju oddziaływań treningowych argumentują, że jest to jedyny warunek osiągnięcia wysokiego poziomu sportowego np. w pływaniu, gimnastyce czy łyżwiarstwie figurowym²². W wielu dyscyplinach celowo wybiera się osobniki o szybszym tempie dojrzewania,

¹⁵ Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r.

¹⁶ Czabański B. *Kształcenie psychomotoryczne*, AWF, Wrocław 2000.

¹⁷ Tyszkowa M. *Zachowanie się dzieci szkolnych w sytuacjach trudnych*, PWN, Warszawa 1986.

¹⁸ Sozański H. *Sport w szkole – stan i perspektywy*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 2/2010.

¹⁹ Sulisz S. *Szkolne wychowanie fizyczne a przygotowanie młodzieży do uczestnictwa w sporcie*, AWF, Z Warsztatów Badawczych, Warszawa 1992.

²⁰ Sankowski T. *Psychologiczne aspekty selekcji i naboru w sporcie*, Kultura Fizyczna nr 7-8/2002.

²¹ Gabryś T., Szmatlan-Gabryś U., Ficek K. *Biomedyczne uwarunkowania treningu młodych sportowców*, COS, Warszawa 2004.

²² Blecharz J., Fiedor M. *O trafności kryteriów doboru do tak zwanych sportów wczesnych*, Trening nr 4/1995.

licząc na dobre rezultaty na początku szkolenia²³. Intensywny trening powoduje szybsze tempo rozwoju poszczególnych cech motorycznych. Wielkość obciążeń treningowych zapewne jest dostosowana do wieku kalendarzowego, a nie rozwojowego. Czy decydując się na ten model treningu, którego celem jest maksymalizacja osiągnięć już w pierwszych latach sportowej edukacji, nie zapominamy o tym, że mamy do czynienia z osobnikiem fizycznie i psychicznie nieukształtowanym? Nieodłącznym zagadnieniem w tym przypadku jest dobór, rodzaj i wielkość aplikowanych obciążeń treningowych. Biorąc pod uwagę klasowo-lekcyjny system prowadzenia zajęć i trudności ze stosowaniem w tym układzie indywidualizacji diagnostycznej, ustalenie granicy między tym, czego potrzebuje młody rozwijający się organizm a co może niekorzystnie wpływać na jego funkcjonowanie, jest w tym przypadku szczególnie ważne i trudne zarazem. Szybka intensyfikacja treningu może prowadzić do nadmiernej eksploatacji organizmu i destrukcyjnie wpłynąć na właściwy rytm jego wzrastania, różnicowania i dorastania. W przypadku osobników wczesnie dojrzewających akceleracja pozwala na osiągnięcie przewagi nad innymi i odnoszenie zwycięstw. Dalsze okresy w „karierze” mogą być jednak frustrujące, jeśli progresja wyników ulegnie zahamowaniu. W rezultacie niekorzystnie odbija się to na psychice młodych ludzi, co często prowadzi do rezygnacji z uprawiania sportu. Dla specjalisty ocena czynników decydujących o progresji rezultatów sportowych nie jest dużym problemem. Ale czy swoimi spostrzeżeniami dzieli się on np. z rodzicami „wybitnie uzdolnionych” dzieci? Na pewno ułatwiłoby to zaplanowanie przyszłości młodych ludzi i nienarażałoby trenera na opinię marnotrawcy talentów²⁴.

Bardzo ważnym problemem dotyczącym funkcjonowania szkolnictwa sportowego jest zawstydzający fakt, że połowa uczniów ma problemy zdrowotne, a jednym z głównych są schorzenia kręgosłupa. To chyba retoryczne pytanie: czy w procesie szkoleniowym planuje się stosowanie ćwiczeń profilaktycznych i korekcyjnych, szczególnie w przypadku dyscyplin asymetrycznych, których uprawianie często prowadzi do problemów z zachowaniem prawidłowej postawy ciała?²⁵

Wymienione powyżej przykłady potwierdzają bagatelizowanie generalnej zasady szkoleniowej dotyczącej dzieci, osadzonej w uwarunkowaniach rozwoju psychofizycznego, mówiącej, że „dziecko nie jest miniaturą dorosłego człowieka”.

Pedagogika sportu przeznaczona dla systemu szkolnictwa dzieci i młodzieży uzdolnionej sportowo musi rozwiązać problem, jak pogodzić realizację szeroko rozumianych założeń wychowawczych z oczekiwaniami nauczycieli i trenerów, które związane są z potrzebą optymalizacji wyników. Przy maksymalizacji jednej z obu tendencji dochodzi bowiem do osłabienia drugiej²⁶.

Czy satysfakcjonuje nas odpowiedź, że rozwiązanie tego dylematu z korzyścią dla obu stron nie wydaje się możliwe?²⁷ A może usprawiedliwiamy się argumentem M. Demela, że *sytuacje, które występują we współzawodnictwie (...), przeżycia zawodnika w roli zwycięzcy i pokonanego – to sytuacje niespotykane w innych działach wychowania. System wychowawczy, który próbuje okiełznać sport, a zwłaszcza limitować wysiłek i pęd do rekordu, okazuje się mało realny i mija z psychiką młodzieży*²⁸. Co prawda często podkreślamy naukowy aspekt rywalizacji sportowej jako rozległego obszaru badań, który może być pomocny w ocenie wartości systemu psychicznej regulacji stosunków z otoczeniem na określonym etapie rozwoju osobniczego²⁹. Kolejnym przykładem może być opinia, że elementy współzawodnictwa stanowią formę przygotowania do życia we współczesnym świecie, gdzie zachodzi konieczność konkurowania niemal we wszystkich dziedzinach egzystencji. Celem tego rodzaju przygotowania jest dostarczenie dawki stresu i napięcia w celach adaptacyjnych. Ponadto w przypadku współzawodnictwa zespołowego występują sprzyjające warunki do wyrabiania umiejętności współpracy, podporządkowania interesów osobistych grupie społecznej³⁰. Na usta ciśnie się jednak pytanie, czy miarą skuteczności w sferze zdrowia społecznego mogą być poprawne stosunki interpersonalne, jeśli osiągnięte zostały za cenę konformistycznych zachowań członków zespołu?

Autor jest nauczycielem wychowania fizycznego w Szkole Podstawowej Nr 2 w Sokołowie Podlaskim

²³ Chromiński Z. *Współzawodnictwo a wiek biologiczny*, Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna nr 5/1985.

²⁴ Czajkowski Z. *Sława, medale i co potem?*, Sport Wyczynowy nr 3-4/1999.

²⁵ Ulatowski T. *Z badań nad stanem kultury fizycznej w Polsce*, AWF, Z Warsztatów Badawczych, Warszawa 1987.

²⁶ Kosiewicz J. *Pedagogika sportu – rzeczywistość i oczekiwania*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 12/2001.

²⁷ Grabowski H. *Zagadnienia pedeutologiczne w traktacie Jędrzeja Śniadeckiego „O fizycznym wychowaniu dzieci”*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 6-7/2006.

²⁸ Demel M., Skład A. *Teoria wychowania fizycznego dla pedagogów*, PWN, Warszawa 1986.

²⁹ Tyszkowa M. *Zachowanie się dzieci szkolnych w sytuacjach trudnych*, ibidem.

³⁰ Sas-Nowosielski K. *Mity i fakty resocjalizacji poprzez kulturę fizyczną*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 11/2001.

Dr Stanisław Tuzinek

Wykorzystanie gimnastyki kompensacyjno-korekcyjnej w treningu zdrowotnym

*Nie wystarczy biec w stronę celu!
Trzeba biec stale, bo tylko w ten sposób
osiąga się sukces.*

M.R. Kopmeyer

Wstęp

Wadom postawy, których przyczyny są wielorakie, zazwyczaj towarzyszą odchylenia w budowie i funkcjach układu ruchu. Powodują one również zaburzenia w układach wegetatywnych organizmu człowieka. Nabyte we wczesnych okresach rozwojowych, decydują o zdrowiu w wieku dorosłym.

Celem niniejszej pracy jest propozycja innego, alternatywnego podejścia do problemu wad postawy, polegająca na zmianie dominującego obecnie korygowania wad na rzecz skutecznego im zapobiegania.

W ostatnich latach zaszły duże zmiany w organizacji naszego życia. Poważnie obniżona została aktywność fizyczna, co negatywnie wpływa na rozwój fizyczny i motoryczny człowieka. W jego stylu życia daje się zauważyć specyficzny „trójkąt bermudzki” (telewizor, kanapa, lodówka), szczególnie niebezpieczny dla zdrowia i życia współczesnych. Wiadomo, że optymalne zdrowie bierze się z zapobiegania chorobom, a nie z ich leczenia. Dlatego najskuteczniejszym sposobem na niedobór ruchu będzie aktywność ruchowa. Poprzez ćwiczenia fizyczne można wpływać na stymulację rozwoju, kierując go w pożądanym kierunku. Zadanie to może zostać spełnione, jeżeli obok stymulacji i adaptacji w treningu zdrowotnym wykorzystamy funkcje kompensacji i korektyw.

Zmniejszenie aktywności ruchowej człowieka powoduje zmiany czynników wpływających na jego życie, którego długość i jakość zależą w dużym stopniu od zachowania równowagi między organizmem a środowiskiem. Niedobór ruchu (hipokinezja) burzy tę równowagę, prowadzi do osłabienia mięśni i pogorszenia zdrowia. Hipokinezja w swym destrukcyjnym działaniu nie ogranicza się tylko do układu ruchowego człowieka, w mięśniach bowiem znajdują się również narządy czucia. Odruchy, które powstają w mięśniach (wrzecionko mięśniowe), w ścięgnach (wrzecionko ścięgnowe Golgiego) oraz w okostnej (ciałko Paciniego), podczas ruchu mają stymulujący oraz odnawiający wpływ na organizm. I odwrotnie: w warunkach hipokinezji, kiedy następuje rozregulowanie procesów troficznych, dochodzi do zaburzeń metabolicznych związanych z pracą mięśniową¹. Duże możliwości wyrównania tego stanu stwarza racjonalnie ćwiczona gimnastyka kompensacyjno-korekcyjna. To dzięki niej można uzupełnić wiele braków spowodowanych niedoborem ruchu w życiu współczesnego człowieka. To ona jest znakomitym stymulatorem pracy mięśni posturalnych. Ćwiczenia w niej stosowane są w stanie kierunkowo wpływać na stan organizmu, podnosząc jego sprawność ustrojową². Wpływ ten jest szczególnie ważny w okresie rozwojowym, kiedy to organizmowi potrzebne są bodźce stymulujące rozwój. Jak więc wynika z powyższych informacji, podstawowymi celami gim-

¹ Bulicz E., Murawow I. *Zdrowie człowieka i jego diagnostyka. Efekty zdrowotne aktywności ruchowej*, Politechnika Radomska, Radom 2002.

² Bator A., Kasperczyk T. *Trening zdrowotny z elementami fizjoterapii*, AWF, Kraków 2000.

nastyki kompensacyjno-korekcyjnej są: zapewnienie harmonijnego rozwoju organizmu oraz korygowanie nabytych we wcześniejszym okresie błędów i wad postawy.

Postawa ciała a psychofizyczna jedność człowieka

Organizm człowieka jest najdoskonalszym tworem rozwoju ewolucyjnego. Posiada najbardziej złożony system nerwowy, składający się z układu obwodowego, ośrodkowego i autonomicznego. Podstawową funkcją ośrodkowego układu nerwowego człowieka jest odbieranie informacji nerwowej, przetwarzanie jej i zapamiętywanie oraz wysyłanie informacji nerwowej do narządów wykonawczych – efektorów. Funkcje te pełnią trzy układy. Pierwszy z nich zajmuje się odbieraniem informacji przez receptory i doprowadzeniem ich do analizatorów. Układ drugi zapewnia analizę różnorodnych bodźców poprzez wyspecjalizowane neurony (analizatory) i następnie, dzięki ośrodkom scalania, dokonuje ich integracji i programowania podjętych decyzji. Trzeci układ poprzez drogi odprowadzające przekazuje decyzje do efektorów³. Do opisanego powyżej schematu G.E. Coghill i H.J. Ralston wprowadzili tzw. układ odprowadzający gamma, którego rolą jest regulowanie progu pobudliwości proprioceptorów mięśniowych i współdziałanie z układem sprzężeń zwrotnych⁴. Sprzężenia zwrotne są efektem ciągłego dopływu informacji z obwodu do ośrodkowego układu nerwowego, który powoduje stałe dopasowywanie się układu do zaistniałej sytuacji, tak aby efekt końcowy umożliwił wykonanie zadania ruchowego. Zadaniem sprzężeń zwrotnych jest informowanie ośrodków centralnych o przebiegu czynności ruchowych na obwodzie⁵. Tak zorganizowana kontrola umożliwia korygowanie odchyłeń między ruchem wykonywanym a zamierzonym. Ten prawidłowo funkcjonujący układ jest warunkiem utrzymania poprawnej postawy ciała.

Rozpowszechnienie zaburzeń postawy ciała jest w pewnym stopniu związane z wiekiem (im starsze dziecko, tym większe możliwości rozwoju tych naruszeń), ponadto we wczesnym okresie szkolnym i w wieku dorastania występują okresy krytyczne dla postawy ciała⁶. Istnieje również związek postawy ciała z jego masą i wysokością

(odchylenie tych wskaźników od średnich wartości zwiększa możliwość pojawienia się zaburzeń postawy ciała) oraz z zachorowaniami w pierwszym roku życia. Formowaniu się wad postawy towarzyszą zmiany kompensacyjne kręgosłupa, komplikujące sytuację formowania się skrzywienia pierwotnego prowadzą do rozwoju skrzywień wtórnych w kształcie litery S; są one zmianami adaptacyjnymi. To one przystosowują organizację morfofunkcjonalną aparatu ruchowego do optymalnych warunków funkcjonowania. Oczywiście zmiany adaptacyjne tego rodzaju są względne, idealne byłyby zmiany likwidujące pierwotne skrzywienie kręgosłupa. Jednak takie kompensacyjne, przeciwne sobie skrzywienia zapewniają organizmowi lepsze warunki funkcjonowania.

Jak wynika z przytoczonych wyżej informacji, we wczesnych etapach skolioza śladowa, choć nie jest jeszcze traktowana jako skolioza, jest zaburzeniem kompleksowym, ogólnym. Nie ma wątpliwości, że kompleks takich objawów przy dostatecznej ich wyrazistości, przejawiających się zarówno subiektywnie, jak i obiektywnie, jest patologią.

Bez wyjaśnienia całokształtu procesów towarzyszących rozwojowi skoliozy nie można spodziewać się zrozumienia patogenezy jego zaburzeń. W tym miejscu pojawiają się dwa pytania. Co jest głównym lub pierwotnym ogniwem w całokształcie procesów odbywających się przy formowaniu zaburzeń postawy? Czy naturalne mechanizmy ochrony biologicznej odgrywają jakąś rolę w zapobieganiu tym zaburzeniom?

Odpowiedzi na pierwsze z tych pytań trzeba szukać we współczesnych doniesieniach o etiologii i patogenezie zaburzeń postawy ciała. Odnośnie do drugiego pytania, to, uwzględniając fakt, że problem zaburzeń postawy ciała i skoliozy do chwili obecnej jest rozpatrywany wyłącznie w aspekcie klinicznym z częściowym udziałem specjalistów higieny, odpowiedzi na nie w literaturze nie ma. Jednak na podstawie znanych faktów – głównie pośrednich w stosunku do mechanizmów fizjologicznych kształtujących normalną postawę – można wysnuć kilka przypuszczeń, które w pewnym stopniu pozwalają na wyjaśnienie wyjątkowo ważnego pytania o naturalną obronę organizmu przed zaburzeniami postawy.

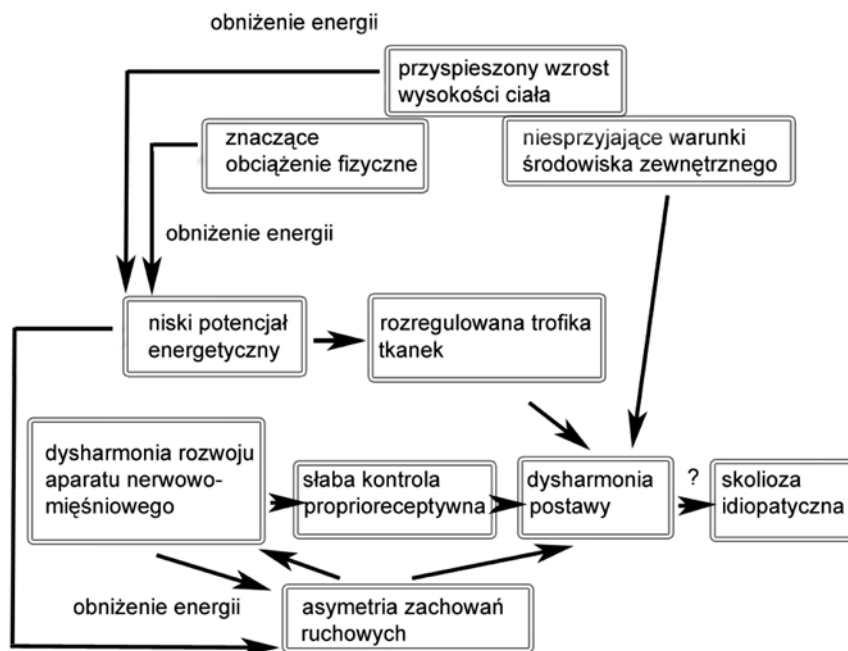
³ Grochmal S. *Fizjologiczne podstawy usprawnienia ruchowego*, SiT, Warszawa 1966.

⁴ Górniak K. *Rozwój biologiczny dzieci wiejskich z wadami postawy ciała*, AWF, Warszawa 2006.

⁵ Kasperczyk T. *Wady postawy ciała. Diagnostyka i leczenie*, Kasper, Kraków 2000.

⁶ Górniak K. *Rozwój biologiczny dzieci wiejskich z wadami postawy ciała*, ibidem.

Rys. 1. Schemat powiązania czynników sprzyjających rozwojowi zaburzeń postawy ciała



Rysunek 1 przedstawia czynniki ryzyka dla postawy ciała. Rozumienie ich wpływu na postawę ciała pozwoli skutecznie zapobiegać wadom postawy. Teoria o czynnikach ryzyka i jej najważniejsza część – wiadomości o czynnikach antyryzyka – wynikły z dążenia do wyjaśnienia, co sprzyja rozwojowi zachorowań i co broni organizm przed nimi. Niestety, w stosunku do zaburzeń postawy takie podejście do tej pory nie było realizowane. Wysiłki specjalistów w tej dziedzinie są skierowane głównie na poszukiwanie skutecznych metod leczenia. W niniejszym opracowaniu, wychodząc z założenia, że lepiej zapobiegać niż leczyć, zawarłem pewne przemyślenia i propozycje działań zmierzających w tym kierunku⁷.

Teoretyczne podstawy treningu zdrowotnego

Współczesna nauka wykazała, że trening fizyczny jest jednym z najważniejszych sposobów wykorzystania aktywności ruchowej w celach zdrowotnych. By jego działanie było skuteczne, należy uwzględnić i wykorzystać niezaprzeczalne wpływy środowiska na organizm, bowiem środowisko zewnętrzne warunkuje istnienie życia. Tre-

ning zdrowotny jest świadomie kierowanym procesem polegającym na celowym wykorzystaniu ściśle określonych ćwiczeń fizycznych dla uzyskania efektów psychicznych i fizycznych, przeciwdziałających obniżeniu się możliwości przystosowawczych organizmu⁸. Z definicji tej wynika, że głównym celem treningu zdrowotnego jest kreowanie zdrowia, co można osiągnąć poprzez następujące działania:

- tworzenie odpowiednich warunków prozdrowotnych, uwzględniających poprawę wydolności fizycznej, utrzymanie właściwej masy ciała, wzbudzenie potrzeby ćwiczeń fizycznych,
- zapobieganie powstawaniu chorób cywilizacyjnych – poprzez poprawę funkcji organizmu, higieniczny styl życia, zdrowe odżywianie, unikanie stresów,
- lecznicze postępowanie rehabilitacyjne w zakresie schorzeń narządu krążenia, ruchu i przemiany materii⁹.

Organizm człowieka został genetycznie zaprogramowany na aktywność ruchową, ruch bowiem jest życiem – jak ujął znaczenie ruchu dla człowieka znakomity ortopeda A. Senger¹⁰. Aktywność ruchowa towarzyszy człowiekowi od momentu

⁷ Tuzinek S., Biniaszewski T., Ratyńska A. *Podstawy teorii i metodyki gimnastyki kompensacyjno-korekcyjnej*, Politechnika Radomska, Radom 2010; Tuzinek S. *Postawa ciała. Fizjologia, patologia i korekcja*, Politechnika Radomska 2004.

⁸ Bator A., Kasperczyk T. *Trening zdrowotny z elementami fizjoterapii*, ibidem.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Starosta W. *Znaczenie aktywności ruchowej w zachowaniu i polepszaniu zdrowia człowieka*, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna nr 5/1995.

poczęcia aż do śmierci. Wiadomo że najczęstszą formą reakcji człowieka na bodźce środowiskowe jest ruch. Dlatego, wykorzystując w postępowaniu kompensacyjno-korekcyjnym ćwiczenia ruchowe, musimy uwzględnić znajomość zagadnień z tym związanych.

W świetle najnowszych poglądów całokształt zachowań, możliwości i potrzeb ruchowych człowieka nazywamy motorycznością¹¹. W motoryczności człowieka można wyodrębnić dwie strony: potencjalną, czyli wewnętrzne uwarunkowania, i efektywną, czyli zewnętrzne przejawy¹².

Oczywiste jest, iż każdy ruch człowieka jest efektem współdziałania podłoża biologicznego (aparatu ruchu, źródeł energii i procesów sterowania) oraz uwarunkowań psychospołecznych (celu, motywacji, emocji itd.). Dlatego uzasadnione jest wyróżnienie w ruchu jego strony potencjalnej (móc, chcieć, umieć) i efektywnej (przebieg ruchu i jego skutki).

Propozycje treningu zdrowotnego w zapobieganiu i leczeniu wad postawy

Jeżeli w treningu prawidłowej postawy ciała zastosujemy bodźce wywołujące odruchy warunkowe działające w określonej kolejności, wytworzy się łańcuch czynności odruchowo-warunkowych. Jest to tzw. stereotyp dynamiczny, który jest swoistym nawykiem ruchowym. Dlatego w procesie korekcji postawy ciała istotną rolę odgrywa kształtowanie nawyku prawidłowej postawy.

Niestety, w procesie naprawczym mamy najczęściej do czynienia z już ukształtowanym złym nawykiem. Wobec powyższego stajemy przed problemem przekształcenia tego złego nawyku w prawidłowy. Zmiana nawyku wymaga przerwania dotychczasowego łańcucha odruchów warunkowych i rozpoczęcie wytwarzania od podstaw nowych związków czasowych.

W tym celu w procesie korekcyjnym proponujemy działania, których istotą będzie wytworzenie i wzmocnienie długotrwałego efektu adaptacyjnego. Wytworzeniu będą sprzyjały ćwiczenia specjalne stymulujące czucie ruchowe i integrację morfofunkcjonalną, a wzmocnieniu – obok ćwiczeń specjalnych – ćwiczenia ogólnorozwojowe stymulujące potencjał energetyczny organizmu.

Uzyskanie sukcesu w treningu zdrowotnym w dużym stopniu zależy od rodzaju zastosowanych form aktywności ruchowej. Poniżej przedstawię jedynie wybrane, ale skuteczne formy ruchu mające zastosowanie w treningu zdrowotnym. Są to ćwiczenia, których zadaniem jest ułatwienie rozluźnienia zarówno somatycznego, jak i psychicznego. Stan ten możemy osiągnąć poprzez odpowiedni trening psychofizyczny, stosując odpowiednio dobrane metody i środki.

Metoda pilates w gimnastyce kompensacyjno-korekcyjnej

Metoda pilates – czyli system ćwiczeń, który podnosi świadomość prawidłowej postawy i czucia ciała w przestrzeni – wzbudziła nasze zainteresowanie jako nowość w stosunku do tradycyjnej lekcji gimnastyki kompensacyjno-korekcyjnej. Metoda ta adresowana jest do wszystkich, niezależnie od wieku i kondycji fizycznej.

Ćwiczenia takie jak: przewrót, tocząca się piłka, piła, nożyce, rowerek, foka czy pompka wzmacniają mięśnie brzucha, mięśni grzbietu i pośladków. Ponadto ćwiczenia pilates mobilizują mięśnie głębokie, które w typowych formach aktywności ruchowej pracują w ograniczonym zakresie. Regularne ćwiczenia powodują, że mięśnie rozciągają i wzmacniają się, a następnie umiarkowanie rozbudowują. Ćwiczenia są użyteczne w korekcji wad postawy oraz pomagają utrzymać prawidłową postawę ciała.

Rys. 2a, 2b. Tocząca się piłka



Pozycja wyjściowa: siad skulny, dłonie trzymają podudzia. Ruch: będąc w pozycji wyjściowej, wykonaj wdech, następnie przetaczając się na plecy, wykonaj wydech. Wróć do pozycji wyjściowej. Powtórz ćwiczenie 4-8 razy.

¹¹ Raczek J. *Motoryczność dzieci i młodzieży*, AWF, Katowice 1986.

¹² Ibidem; Szopa J., Mleczko E., Żak S. *Podstawy antropomotoryki*, PWN, Warszawa-Kraków 1996.

Pozycje rozluźniające i odprężające jogi

Istotą tych ćwiczeń jest pełne rozluźnienie mięśni i całkowity spokój psychiczny osiągany drogą koncentracji myślowej. Układ ćwiczeń umożliwia regulowanie napięcia wysiłku i synchronizację układu oddechowego i krążeniowego. We współczesnym świecie daje się zaobserwować coraz większe zainteresowanie wschodnimi metodami zdrowotnymi, przede wszystkim indyjską jogą. Składa się ona z ośmiu rodzajów ćwiczeń ujętych w trzy grupy: pierwszą stanowią zakazy i nakazy dotyczące wewnętrznej postawy etycznej, druga grupa obejmuje ćwiczenia gimnastyczne, pozycje jogi zwane asanami i ćwiczenia oddechowe (pranajama), trzecią grupę stanowią ćwiczenia wpływające na psychikę (medytacja, koncentracja)¹³.

Ważnym czynnikiem, niezbędnym do ćwiczenia – praktykowania jogi, jest motywacja i nastawienie ćwiczących. Ćwiczenia jogi przyniosą oczekiwane efekty tylko wtedy, gdy będą dobrowolne, a decyzja o ich podjęciu – świadoma. Praktykowanie jogi wymaga zaangażowania nie tylko ciała, ale i umysłu. Odpowiednio silna motywacja i pozytywne nastawienie warunkują prawidłowe wykonywanie asan i pozwalają osiągnąć efekty odczuwalne zarówno w zakresie poprawy zdrowia, jak i sprawności¹⁴.

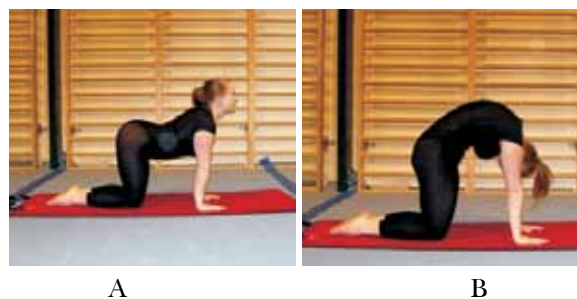
Wynika z tego, że joga stanowi otwartą ofertę, którą można pogłębiać. Dlatego też atrakcyjną formą ćwiczeń profilaktyczno-korekcyjnych mogą być właśnie asany (pozycje) hatha-jogi.

Wiele pozycji jogi naśladuje naturę, np.: góra, drzewo, orzeł, muszla, kobra, wielbłąd, ryba czy pies, dzięki czemu są łatwe w przekazie.

Ćwiczenia fizyczne hatha-jogi łączą w sobie rozciąganie mięśni z ich nieznacznym napięciem, a ponadto wydłużają kręgosłup przez czynną pracę mięśni, zwiększają ruchomość w stawach, likwidują przykurcze mięśniowe i kształtują nawyk poprawnego „trzymania się”.

Asany doskonałą także równowagę, stabilizację ciała, optymalne oddychanie, koncentrację, czyli te komponenty, które siedzący tryb życia hamuje, wywołując np. zaburzenia równowagi nerwowo-mięśniowej, a w jej konsekwencji niekorzystne zmiany w aparacie ruchu.

Rys. 3a, 3b. Kot (Bidalasana)



Pozycja wyjściowa: klęk podparty. Ruch: wykonaj wdech, wyciągnij szyję ku górze, wygnij w łuk kręgosłup, wypychając jednocześnie kość guziczną do góry. Następnie, robiąc wydech, opuść głowę w dół, przyciągając mięśnie brzucha do kręgosłupa, zaokrąglij plecy od kości guzicznej i rozciągnij mocno kręgosłup. Powtórz to ćwiczenie 4-8 razy, zgodnie z własnym oddechem.

Metoda Alexandra Lowena

Alexander Lowen jest doświadczonym terapeutą, który w leczeniu wykorzystał energię biologiczną wytwarzaną w żywym organizmie. Jego ćwiczenia pozwalają ciału odzyskać witalność. Pokazuje również, jak traumatyczne doświadczenia wpływają na stan zdrowia. Uczy dostrzegać i odpowiadać na sygnały płynące z organizmu. Jego terapia oparta jest na związku umysłu i ciała¹⁵.

Chroniczne napięcia mięśniowe w różnych częściach ciała bardzo często mają swoją przyczynę w lękach, jakie przeżywa człowiek. U dzieci są to lęki przed karą, zarówno słowną, jak i cielesną, groźbą odrzucenia oraz utratą miłości rodzicielskiej. Dziecko, które żyje w lęku, jest napięte i bojaźliwe. Pod wpływem stresu zaburzeniu ulega czucie ciała. Lowen proponuje terapię przywracającą to czucie. Uważa, że oddychanie jest najważniejszą funkcją ciała, wszelkie stany emocjonalne mają wpływ na rytm oddychania, dlatego leczenie należy rozpocząć od ćwiczeń oddechowych. W ćwiczeniach tych wymagane jest skoordynowanie oddechu z ruchem. Z powodu istotnego znaczenia, jakie oddychanie ma dla naszego życia i zdrowia, połączenie regularnego oddychania z delikatnymi ruchami ciała znacznie zwiększa lecznicze działanie wykonywanych ćwiczeń¹⁶.

¹³ Szopa J. *Joga dla zdrowia*, Politechnika Częstochowska, Częstochowa 2004.

¹⁴ Szopa J., Górna J. *Ruch-Oddech-Relaks*, KOS, Katowice 2005.

¹⁵ Lowen A. *Radość. Naucz się wyzwalać energię stłumionych uczuć*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2010.

¹⁶ Ibidem.

Refleksje końcowe

Cele treningu zdrowotnego ukierunkowanego na korektywę można osiągnąć drogą realizacji programu, na który składają się określone zadania mające wpływ zarówno na sferę fizyczną, jak i psychiczną człowieka. Dlatego tak istotne jest, żebyśmy zatroszczyli się o własne zdrowie poprzez kultywowanie zdrowego stylu życia i przestrzeganie naturalnych zasad ochrony zdrowia. Do realizacji tych zadań należy stosować różne środki oddziaływania, najczęściej będą to ćwiczenia ruchowe. Dzięki nim zwiększamy siłę mięśni, wpływamy na wyrobienie nawyku prawidłowej postawy ciała, zwiększamy ruchomość w stawach, poprawiamy sprawność fizyczną. Wykorzystując różne rodzaje i formy ruchu, oddziałujemy nie tylko na aparat ruchu, ale także na narządy wewnętrzne, zwiększając ich wydolność, zwłaszcza układu oddechowego i sercowo-naczyniowego, kształtujemy również osobiste wartości związane z uczestnictwem w kulturze fizycznej. Ważnym elementem postępowania korekcyjnego jest właściwa organizacja warunków życia, przestrzeganie higieny pracy i wypoczynku, racjonalne odżywianie oraz dostateczna ilość ruchu.

Stosując ćwiczenia korekcyjne, należy zwracać uwagę na zrozumienie ich sensu i celu. Wykonywane ćwiczenia powinny zaspokajać z jednej strony potrzeby ruchowe ćwiczących, a z drugiej stanowić źródło umiejętności do ich samodzielnego wykonywania. Niestety, kształtowanie umiejętności samodoskonalenia nie jest mocną stroną edukacji fizycznej.

Inną istotną propozycją usprawnienia postępowania korekcyjnego jest przestrzeganie w większym stopniu niż podczas innych zajęć ruchowych zasady indywidualizacji. Każdy przypadek człowieka z wadą postawy jest inny, co wyklucza postępowanie według tych samych sztywnych reguł. Koniecznie należy dostosować stopień trudności ćwiczenia do indywidualnych potrzeb i możliwości ćwiczącego. Należy pamiętać, że chociaż ludzi z postawą prawidłową i wadliwą różnicuje siła mięśni, to podstawą zapobiegania i leczenia wad postawy są ćwiczenia kształtujące nawyk prawidłowej postawy. Istnieje ogromna potrzeba racjonalnego działania w tym kierunku, a działaniem to należy oprzeć w głównej mierze o metodę *biofeedbacku* z wykorzystaniem zdobytych współczesnej techniki (specjalne urządzenia elektroniczne)¹⁷.

Kolejną ważną a niestety zaniechaną kwestią w postępowaniu korekcyjnym jest praca nad usprawnieniem głębokich mięśni grzbietu, albowiem to one obok prostownika grzbietu i mięśni powierzchniowych pełnią rolę stabilizatorów kręgosłupa. Dlatego trening tych mięśni powinien uwzględniać ćwiczenia z oporem. Bardzo dobre efekty można osiągnąć, wykonując ćwiczenia antygravitacyjne. Ćwiczenia te można wykonywać z różnych pozycji wyjściowych, jak również tradycyjnie w połączeniu z ćwiczeniami równoważnymi. By efekty były widoczne, proponuję wpisać je na stałe w tok każdej lekcji treningu zdrowotnego.

Wiele problemów w metodyce postępowania korekcyjnego przysparza ustawienie miednicy. Miednica jest łącznikiem kręgosłupa z kończynami dolnymi i choć jest elementem składających się ze sztywno zrosniętych kości, uczestniczy w zmianach kinetycznych poprzez ruchomość w stawie biodrowym i odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Każda zmiana położenia miednicy powoduje zmiany krzywizny lędźwiowej kręgosłupa, tym samym ma wpływ na jej kształt. By kształt ten zachował swoje fizjologiczne walory, należy odpowiednio przygotować zespoły mięśni, które wpływają na położenie i stabilizację miednicy. Na stabilizację czynną miednicy wpływają mięśnie powodujące jej przemieszczanie do przodu, będą to głównie zginacze stawu biodrowego oraz mięśnie, które swym działaniem zmniejszają przodopochylenie. Są to mięśnie pośladkowe, kulszowo-goleniowe oraz mięśnie brzucha. Liczne badania i obserwacje wykazują, że podczas wzmacniania mięśni brzucha, na skutek błędów metodycznych, dochodzi do wzmacniania mięśnia biodrowo-lędźwiowego, który jest przeciw zginaczem stawu biodrowego, co prowadzi do zwiększenia przodopochylenia miednicy i w rezultacie do powstania pleców wklęsłych. Wydaje się, że dobrą radą w tej sytuacji będzie stosowanie w ćwiczeniach o charakterze izotonicznym pozycji wyjściowych i ćwiczebnych o indywidualnie dobranym bezpiecznym kącie ustawienia kończyn dolnych.

Ponadto postuluję wzmacnianie mięśni brzucha ćwiczeniami o charakterze izometrycznym. By działania te były skuteczne, trzeba pamiętać o wzmacnianiu mięśni antagonistycznych w stosunku do zginaczy stawu biodrowego, w tym przypadku będą to mięśnie pośladkowe oraz kulszowo-goleniowe¹⁸. Nie mniej istotną potrzebą w postępowaniu korekcyjnym jest przestrzeganie

¹⁷ Kasperczyk T. *Wady postawy ciała. Diagnostyka i leczenie*, ibidem.

¹⁸ Ibidem.

zasady wczesności. Im wcześniej rozpoczniemy proces korekcyjny, tym lepsze rezultaty uzyskamy. Stosowanie zasady wczesności jest ściśle związane z problemem badania i oceny postawy ciała. Aktualnie coraz częściej w ocenie stanu postawy wykorzystywane są metody komputerowe, które pozwalają szybko i bezinwazyjnie pozyskać wiele danych antropometrycznych, ale brak do końca wiarygodnych norm uniemożliwia rzetelną ocenę. Dlatego należy stosować, obok metody fotogrametrycznej, metody somatoskopowej – sprawdzanej w nauce i praktyce – metody punktowania według Kasperczyka¹⁹.

Do realizacji programu korekcyjno-kompensacyjnego muszą się włączyć – oprócz lekarzy – nauczyciele wychowania fizycznego, a także inni nauczyciele, rodzice i przede wszystkim samo dziecko. Aby dziecko chciało uczestniczyć w długotrwałym procesie korekcyjnym, musimy ciągle podtrzymywać motywację do jego udziału w zajęciach. Najlepszą motywacją do ćwiczeń będą dobrze przygotowane, ciekawe, poprawnie zorganizowane i przeprowadzone zajęcia korekcyjne.

Bibliografia

1. Bator A., Kasperczyk T. *Trening zdrowotny z elementami fizjoterapii*, AWF, Kraków 2000.
2. Bulicz E., Murawow I. *Zdrowie człowieka i jego diagnostyka. Efekty zdrowotne aktywności ruchowej*, Radom, Politechnika Radomska 2002.
3. Górniak K. *Rozwój biologiczny dzieci wiejskich z wadami postawy ciała*, AWF, Warszawa 2006.
4. Grochmal S. *Fizjologiczne podstawy usprawnienia ruchowego*, SiT, Warszawa 1966.
5. Kasperczyk T. *Wady postawy ciała. Diagnostyka i leczenie*, Kasper, Kraków 2000.
6. Kuński H., Janiszewski M. *Poradnik lekarski aktywności ruchowej osób w wieku średnim*, PZWL, Warszawa 1985.
7. Lowen A. *Radość. Naucz się wyzwalać energię stłumionych uczuć*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2010.
8. Raczek J. *Motoryczność dzieci i młodzieży*, AWF, Katowice 1986.
9. Romanowski W., Grochmal S. *Teoria i metodyka ćwiczeń relaksowo-koncentrujących*, PZWL, Warszawa 1986.
10. Starosta W. *Znaczenie aktywności ruchowej w zachowaniu i polepszaniu zdrowia człowieka*, Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna nr 5/1995.
11. Szopa J., Górna J. *Ruch-Oddech-Relaks*, KOS, Katowice 2005.
12. Szopa J. *Joga dla zdrowia*, Politechnika Częstochowska, Częstochowa 2004.
13. Szopa J., Mleczo E., Żak S. *Podstawy antropomotoryki*, PWN, Warszawa-Kraków 1996.
14. Tuzinek S., Biniaszewski T., Ratyńska A. *Podstawy teorii i metodyki gimnastyki kompensacyjno-korekcyjnej*, Politechnika Radomska, Radom 2010.
15. Tuzinek S. *Postawa ciała. Fizjologia, patologia i korekcja*, Politechnika Radomska 2004.

Autor jest pracownikiem naukowym Wydziału Nauki o Zdrowiu i Kultury Fizycznej Politechniki Radomskiej

*Doktorzy, którzy zajmują się chorymi, powinni koniecznie zrozumieć,
czym jest człowiek, czym jest życie i czym jest zdrowie,
i w jaki sposób równowaga i harmonia tych elementów je podtrzymuje.*

Leonardo da Vinci

¹⁹ Ibidem.

Małgorzata Gasik

Lekcja WF – zajęcia z pasją czy przykry obowiązek? Wybór należy do ciebie

Nauczyciel wuefu: dla jednych uosobienie wszelkich cnót sportowych, doskonały przykład do naśladowania, dla innych bohater koszmarów sennych, „przyczyna” sportowych niepowodzeń, ba, czasami wręcz „powód” unikania wszelkiej aktywności fizycznej w dorosłym życiu. Z założenia powinien kształtować właściwe postawy, pracować z dziećmi, opierając się na nieustannie wzbogacanej wiedzy na temat biologii i fizjologii organizmu człowieka, doskonalić swoje umiejętności, być liderem zdrowego stylu życia, wzmacniać swoją wiarygodność dobrym przykładem. A jaka jest rzeczywistość? Opinie są podzielone. Na podstawie relacji obecnych i byłych uczniów, samych wuefistów oraz doświadczenia własnego, zaryzykuję stwierdzenie, że nikt i nic tak skutecznie nie potrafi zachęcić lub zniechęcić do sportu, jak nauczyciele i szkoła. Niektórzy bez oporów i wyrzutów sumienia potrafią stosować cały arsenał „zniechęaczy”: japońską technikę nauczania, „matapiłkęgrajta”, zadziwiająco szeroką ofertę dyscyplin sportowych: koszykówka lub nożna (o aerobiku zapomnijcie), w dodatku wszystko okraszone wszechogarniającą nudą z rutyną. W efekcie mamy zatrzęsienie wiecznie „niedysponowanych” uczniów z usprawiedliwieniem od rodziców lub zwolnieniem lekarskim w rękę, często całorocznym. A potem dziwimy się, że nasze społeczeństwo ma nadwagę, że dzieci wolą spędzać czas przed komputerem zamiast biegać za piłką po boisku. Na szczęście takie sytuacje nie są regułą. Jest wielu nauczycieli, którzy razem z uczniami wykonują wszystkie ćwiczenia i, co najważniejsze, potrafią odpowiednio zmotywować do uprawiania sportu, nie tylko podczas obowiązkowych zajęć w szkole.

Pięć przykazań nauczyciela – „demotywatora”

Po pierwsze: zniechęć do sportu jak najwcześniej

– *Niestety spotkałam się z sytuacją, że w edukacji wczesnoszkolnej lekcja wychowania fizycznego traktowana jest czasem jak zło konieczne – mówi Agnieszka, nauczyciel wuefu ze szkoły podstawowej w Płocku. – Nauczyciele unikają tych zajęć, często zastępując je „ważniejszymi” przedmiotami. W ten sposób najlepszy pod względem możliwości okres rozwoju dziecka zostaje pominięty, a z pełnych radosnej werwy i entuzjazmu dzieci wyrastają pozbawione gibkości, często otyłe i nieposiadające nawyków ruchowych nastolatki.*

Po drugie: mocno ogranicz ofertę zajęć

– *Wuefu nie cierpiałam szczerze, ani w podstawówce, ani w liceum – nie ukrywa Małgorzata, obecnie urzędnik samorządowy. – Bo grało się głównie w gry zespołowe. W podstawówce dwa ognie albo siatkówka, w liceum siatkówka i koszykówka. Alternatywą było bieganie. A ja nie znoszę ani piłki ani biegania. Pierwsze do tej pory kojarzy mi się z bieganiem po boisku „huzia na Józia”, przepychankami itp. Drugie – z nudnym bieganiem wokół boiska i strasznym zmęczeniem. Po lekcji, w ciągu 10 minut przerwy, trzeba było się przebrać w ciasnej szatni, biec na lekcję i tam – padać ze zmęczenia. Były oczywiście wyjątki. Zdarzało się, że uczyliśmy się tańca towarzyskiego albo ćwiczyliśmy aerobik. Ale to były sporadyczne przypadki. WF polubiłam dopiero na studiach, ponieważ można było sobie wybrać dyscyplinę, którą chciało się trenować. Zdecydowałam się na pływanie, a konkretnie na naukę pływania. Bo wcześniej*

nie umiałam kompletnie. A podczas cotygodniowych zajęć, pod okiem superinstruktora (starszego pana, który przez całe zajęcia był z nami w wodzie, a nie tylko rzucał sprzęt i spoglądał z brzegu), nauczyłam się pływać kilkoma stylami. A byłam pewna, że już nigdy nie dam rady!

Po trzecie: skup uwagę tylko na najlepszych

– Nauczyciele wychowania fizycznego są oceniani na podstawie sukcesów, jakie osiągają z uczniami, i dlatego koncentrują się często przede wszystkim na osobach zdolnych w danej dziedzinie, kosztem tych mniej zdolnych – tłumaczy przyczynę unikania lekcji WF przez coraz większą liczbę dzieci i nastolatków Izabela Zarychta, doradca metodyczny MSCDN Wydział w Płocku, nauczyciel WF ze Szkoły Podstawowej nr 17. – A jeśli postaralby się tak zorganizować zajęcia, aby były bardziej zróżnicowane, wykorzystal gimnastykę, taniec czy gry zespołowe, to każdy uczeń odnalazłby w nich coś dla siebie.

– Dyrektorzy rozliczają nas z wyników jak w każdej innej firmie, co przejawia się na przykład w dodatku motywacyjnym – potwierdza Tomasz, wuefista z ośmioletnim stażem z płockiej podstawówki. – Dlatego niektórzy nauczyciele wolą poświęcić większą uwagę uzdolnionym uczniom. Lekcja jest tak zorganizowana, aby przygotować najlepszych do zawodów, chociaż nauczyciel powinien zorganizować urozmaicone zajęcia dla wszystkich. Niestety, słabsi uczniowie nie nadążają za swoimi kolegami. W ten sposób wielu z nich zniechęca się do sportu. Problemem jest także wprowadzanie niezdrowej rywalizacji między uczniami. Słabszy nigdy nie dorówna najlepszemu, przez co będzie czuł się gorszy.

Po czwarte: wykorzystaj niekorzystny układ lekcji

– W trzeciej klasie technikum lekcje WF rozpoczęły się o godzinie 7:10 – mówi Piotr, tegoroczny maturzysta. – Według mnie to najgorsze rozwiązanie z możliwych, ponieważ po zajęciach musieliśmy siedzieć kolejnych siedem godzin w szkole bez możliwości odświeżenia się. Oczywiście prysznic w szkole były, ale sprawne drzwi do toalet już niekoniecznie. W dodatku nauczyciel nadmiernym optymizmem nie zarządził. Miałem wrażenie, że wszyscy myślimy tylko o jednym: byle do dzwonnka.

Po piąte: spraw, aby efekty ćwiczeń były wiedzą tajemną

– W naszej szkole jest siłownia, korzystamy z niej dosyć często – opowiada Małgorzata, licealistka. – Niestety zajęcia wyglądają tak, że nasz nauczyciel

wyznacza 5 minut dla każdej z nas na jednym przyrządzie i zmiana, sam zasiada przy biurku i czyta gazetę. O tym, żeby opowiedział, które partie mięśni możemy wyćwiczyć dzięki konkretnemu przyrządowi, jak to wpływa na naszą sylwetkę, ile tak naprawdę powinniśmy poświęcić czasu na ćwiczenia, nie ma mowy. Oczywiście zdaję sobie sprawę, że nie jestem na profesjonalnej sesji z osobistym trenerem, ale jakaś elementarna wiedza od specjalisty (przecież ukończył AWF) przydałaby się.

Rodzic współwinny

Coraz częściej zdarza się, że rodzice, którzy również powinni świecić przykładem, wolą obejrzeć kolejny serial niż wyjść z dzieckiem na spacer. Nie tylko tolerują brak aktywności swoich pociech, ale wręcz cieszą się, gdy syn lub córka siedzą w domu, spędzając całe godziny przed monitorem. Dzięki temu nie muszą się martwić, co robi dziecko na podwórku albo kiedy wróci. – A spędzanie dużej ilości czasu przed komputerem powoduje splotenie oddechu, głębsze warstwy płuc są słabo utlenowane. W efekcie dziecko ma obniżoną odporność, wystarczy lekki podmuch wiatru, by nabawiło się infekcji – ostrzega dr n. med. Ryszard Kurzyński, specjalista medycyny sportowej z Poradni Medycyny Sportowej w Płocku.

W dodatku, ze względu na nieustający brak czasu, tempo, nadmierną troskę albo po prostu z lenistwa, podwożą samochodem swoje dzieci pod same drzwi szkoły. Oczywiście jeśli placówka znajduje się daleko od domu, sytuacja jest uzasadniona, niestety czasem niewielką odległość koniecznie trzeba pokonać w sposób zmotoryzowany „żeby dziecko się nie przeformowało”. – Załamuję ręce, kiedy widzę, jak dzieci mojej siostry – uczennica VI klasy i gimnazjalista – codziennie są transportowani samochodem do szkoły i z powrotem – całe 500 metrów! – opowiada Emilia, mama przedszkolaka. – Nie zmieniają zdania nawet wiosną czy latem, gdy pogoda wymarzona do spaceru. Mieszkają na wsi, okolica spokojna, ruch samochodów niewielki, do obu szkół prowadzą osiedlowe uliczki. Sama pamiętam, jak niezależnie od pogody wędrowałam tą samą trasą do podstawówki, spotykając po drodze kolegów, którzy musieli pokonać znacznie dłuższy dystans. Nawet do głowy nam nie przyszło, żeby ktokolwiek mógł nas podwieźć. Zresztą taki spacer też był jakąś atrakcją – mogliśmy porozmawiać, pożartować, wstąpić po szkole do koleżanek. A teraz – rano samochodem, po południu samochodem, a po obiedzie komputer. I rosną nam potem dorosłe z problemami krążenia, nadwagą czy brakiem odporności.

Plaga zwolnień bez powodu

Rodzicielska miłość i troska przybiera czasem jeszcze gorszą formę – wypisywane bez zastanowienia bezpodstawne zwolnienia z lekcji WF. Rodzice ograniczają w ten sposób czasem jedyną okazję do aktywności ruchowej swojego dziecka. – *Ze noga boli, że złe samopoczucie* – opowiadała dziennikarzowi „Gazety Wyborczej” Krystyna Lachowicz, nauczyciel WF w Gimnazjum nr 5 w Płocku, pomysłodawczyni majowej konferencji dla wuefistów pt. „Alternatywne formy aktywności ruchowej w oparciu o nową podstawę programową wychowania fizycznego”. – *A przecież ruch to samopoczucie poprawia! Rodzicom powinno zależeć, żeby dziecko się ruszało, tymczasem pozwalają im siedzieć na ławce. Najczęściej pod wpływem dzieci...*¹

Kwestię nieuzasadnionych zwolnień dostrzega również dr Ryszard Kurzyński, specjalista medycyny sportowej. – *Problem dotyczy przede wszystkim dzieci z nadwagą. Wstydzą się swojego wyglądu, a rodzice, widząc ich rozpacz, szukają lekarza, który wystawi zwolnienie lekarskie z zajęć. Niestety, nauczyciele również nie są bez winy. Założmy, że w V klasie uczeń musi wykonać skok w dal na określonej odległość – dziecko z 15-kilogramową nadwagą tego nie robi. W efekcie nauczyciel postawi ocenę niedostateczną, nie starając się nawet docenić zaangażowania, nie motywując do działania. A musimy podkreślić, że najczęściej jest to uczeń, który ma bardzo dobre oceny z pozostałych przedmiotów. Właśnie dlatego rodzice sami wystawiają zwolnienia lub proszą o nie lekarza, żeby słabe oceny z WF nie obniżyły średniej.*

– *W naszej szkole nie mamy problemu z bezpodstawnymi zwolnieniami – zapewnia z kolei Tomasz, wuefista z płockiej szkoły podstawowej. – Wszystkie zwolnienia lekarskie na okres dłuższy niż miesiąc (30-31 dni) są zgłaszane do sekretariatu i decyzją dyrektora szkoły dziecko jest zwalniane z przedmiotu na okres zawarty w zwolnieniu. Ponadto staram się rozmawiać z rodzicami, tłumaczyć, że nawet jeśli dziecko skarży się na ból nogi, a nie ma obrzęku, niech zgłosi taki problem, dostanie wtedy inne ćwiczenie, takie, które nie obciąża nogi. Niestety, zdarzają się sytuacje, że uczennica przynosi kolejne zwolnienie z zajęć na basenie, a kiedy na zebraniu pytam mamę dlaczego – odpowiada: ja nie umiem pływać, to moja córka również nie musi. W takiej sytuacji ręce opadają.*

Wuefista dodaje, że wielu uczniów nie chce uczestniczyć w zajęciach, ponieważ boi się wysiłania. – *W jednej klasie, jeśli komuś coś nie wy-*

dzie – czuje wsparcie kolegów, w innej będzie to powodem do złośliwych żartów. W tej sytuacji ważna jest rola nauczyciela, który będzie potrafił uświadomić uczniom, że nie wszyscy potrafią wykonać każde zadanie bezbłędnie.

Uczeń im starszy... tym bardziej kombinuje

Jak się okazuje, sami uczniowie również nie są bez winy. Kombinują jak mogą, by uniknąć ćwiczeń. Zdarza się, że charakterystyczny dla małych zapał przeobraża się z czasem w permanentną niechęć do aktywności fizycznej.

– *Czwartoklasiści to żywioł, bez wahania angażują się we wszystkie ćwiczenia – przekonuje Tomasz, nauczyciel WF. – Gorzej z szóstoklasistami. Czasami mogliby nie robić nic. Kalkulują, na ile mogą sobie pozwolić, wolą spędzić czas przed komputerem, rozmawiać z kolegami niż ćwiczyć. WF staje się dla nich przykrym obowiązkiem, którego trzeba unikać, a nie przyjemnością. Wystarczy spojrzeć na pierwsze z brzegu zawody – biorą w nich udział głównie czwarto- i piątkoklasiści. Szóstoklasistów jest jak na lekarstwo. Chociaż zdarzają się osoby, które dopiero w ostatniej klasie zaczynają osiągać sukcesy, nawet biją rekordy. Najważniejsze, że nikt nie zniechęcił ich wcześniej do aktywności i mieli zapał, by ćwiczyć.*

Wuefista podkreśla również, że niektórzy uczniowie oszukują, mówiąc na przykład, że mama pozwoliła im nie ćwiczyć. – *W takiej sytuacji zawsze proszę o zwolnienie od rodzica lub lekarza. Jeśli uczeń go nie ma – otrzymuje minus. Jeśli chce tego uniknąć i ma strój, po przebraniu może wziąć udział w lekcji razem z innymi.*

Piotr, maturzysta z Płocka, nie ukrywa, że często łamał sobie głowę, jak uniknąć nie ulubianej lekcji. Przez pierwsze dwa lata korzystał ze zwolnienia lekarskiego, w ostatniej – „nauczony doświadczeniem” – po prostu unikał wysiłku fizycznego. – *W ostatniej klasie technikum „nie załatwiłem” sobie zwolnienia, tak jak dotychczas, tylko po prostu kombinowałem, żeby się nie przemęczać – przyznaje. – Nauczycielowi mówiłem na przykład, że idę z kolegami na korty i pograć w tenisa stołowego, a w rzeczywistości cały czas siedzieliśmy na ławce i rozmawialiśmy. Zresztą dużego wyboru na zajęciach nie było, mogliśmy pograć tylko w piłkę nożną – a tę dyscyplinę uprawiam codziennie z moimi braćmi i kolegami po lekcjach. W szkole chciałbym potrenować coś innego.*

¹ Orłowska M. *Jak iść na WF i przeżyć* [w:] Gazeta Wyborcza Płock (m.plock.gazeta.pl) z 17 maja 2012 r.

Plusy za Małysza

Nie byłabym obiektywna, gdybym zakończyła artykuł bez pozytywnych sygnałów ze szkół. Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że wśród nauczycieli, podobnie jak w każdej innej grupie zawodowej, znajdziemy zarówno partaczy, którzy uprawiają „tumiwizizm”, jak również osoby, które wykonują swój zawód z pasją i dostrzegają potrzeby ucznia. Potrafią nie tylko odpowiednio zmotywować do aktywności fizycznej, ale mają swoje sposoby, żeby również dla mniej wysportowanych podopiecznych lekcja WF kojarzyła się z czymś przy-

jemnym i nie wpływała destrukcyjnie na wygląd świadectwa.

Pięć przykazań „supernauczyciela” WF

Po pierwsze: oceniał dobre chęci i zapał

– *Zdaję sobie sprawę, że tak jak na matematyce czy języku polskim obowiązuje nas sześciostopniowy system oceniania, ale według mnie oceny niedostateczne z WF to nieporozumienie – zaznacza Tomasz, wuefista. – Dla mnie ważny jest postęp, jaki dziecko osiągnie w cią-*



Uczennice klasy VI Szkoły Podstawowej nr 17 w Płocku podczas lekcji WF



Izabela Zarychta, nauczyciel WF (druga od prawej) ze swoimi uczniami

gu roku szkolnego. To nic, że nie rzuci piłką palantową 40 metrów jak jego kolega, ważne, że w czerwcu jest w stanie rzucić 15 metrów, podczas gdy we wrześniu potrafił tylko 10. I właśnie ten wynik uwzględniam przy ocenianiu.

Po drugie: teoretyczne ćwiczenia sprawdzają się w praktyce

Skutecznym sposobem na poprawę oceny jest na przykład praca pisemna na wybrany temat ze sportu lub, jeśli wystarczy tylko plus, wyszukanie w Internecie konkretnych informacji – na przykład – ile złotych medali zdobył Adam Małysz. – *Od dawna stosuję takie metody i widzę, że mają wpływ nie tylko na wynik na świadectwie, ale przede wszystkim na lepsze samopoczucie ucznia i chęć do dalszej pracy. Po prostu zdaję sobie sprawę, że nie każdy może być mistrzem sportu – podkreśla Tomasz, nauczyciel wuefu.*

Po trzecie: przekonaj, że sport rzeczywiście oznacza zdrowie

– *Kiedy na wuefie demonstruję kolejne zadania, zawsze staram się wytłumaczyć, jak dane ćwiczenie modeluje sylwetkę – zgrabne uda i tydki, prosty kręgosłup, płaski brzuch – to działa na wyobraźnię i doskonale motywuje dorastające dziewczyny – przekonuje Agnieszka, wuefistka z plockiego gimnazjum.*

Po czwarte: zorganizuj WF na bogato, czyli dla każdego coś interesującego

– *Bardzo lubimy naszą panią, a dzięki niej sport – deklarują uczennice VI klasy ze Szkoły Podstawowej nr 17 w Płocku. Dziewczyny mogą grać w hokeja, ćwiczyć gimnastykę i fitness, ale jest też siatkówka i koszykówka. Po lekcjach chodzą jeszcze na zajęcia z tańca nowoczesnego, lekkoatletykę czy badminton. Odnoszą sukcesy, ale Izabela Zarychta, ich wuefistka, podkreśla, że dla niej, jako nauczyciela, najważniejszy jest wszechstronny rozwój, a nie medale. Dlatego serwuje swoim uczennicom tyle dyscyplin. Efekt? Wysłowione, zgrabne nastolatki, które nie mogą się doczekać kolejnych zajęć.*

Po piąte (na podstawie opinii uczniów)

Bądź wyrozumiały, cierpliwy, sprawiedliwy, konsekwentny, kreatywny, świeć przykładem i pamiętaj – nie zawsze ktoś musi być pierwszy na mecie, czasem wystarczy, że do niej dobiegnie.

Autorka jest pracownikiem Mazowieckiego Samorządowego Centrum Doskonalenia Nauczycieli Wydział w Płocku

Katarzyna Stępnia



Ruch i zdrowe żywienie w szkole (projekt HEPS)

1. Żywnienie i aktywność fizyczna dzieci i młodzieży

Prawidłowe żywienie i aktywność fizyczna należą do podstawowych potrzeb biologicznych człowieka w każdym okresie jego życia. Ponadto wymienia się je jako jedno z głównych składowych prozdrowotnego stylu życia. Dzieciom i młodzieży są niezbędne do prawidłowego rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego oraz realizacji potencjału rozwojowego, natomiast u ludzi dorosłych sprzyjają dobremu samopoczuciu, dobrej jakości życia, opóźniają procesy starzenia oraz obniżają ryzyko występowania wielu chorób.

Ostatnio tematyka nieprawidłowości w żywieniu dzieci i młodzieży oraz skutków niewystarczającej aktywności fizycznej w tej grupie społecznej jest coraz częściej poruszana jako ważny problem zdrowia publicznego w Polsce.

Nasilenie tego problemu może mieć związek z występowaniem licznych zjawisk na świecie, wpływających niekorzystnie na sposób żywienia ludzi i znaczne ograniczenie wysiłku fizycznego. Nadmiar żywności, niezbilansowana, zbyt kaloryczna dieta przy zbyt małym wydatku energetycznym doprowadziły do występowania w krajach rozwiniętych wielu problemów zdrowotnych. Wśród nich jednym z najpoważniejszych jest otyłość, której występowanie gwałtownie zwiększa się we wszystkich grupach wiekowych. W Unii Europejskiej i innych krajach rozwiniętych uznaje się ją za największy problem zdrowotny gro-

zący poważnymi skutkami społecznymi i ekonomicznymi, a równocześnie bardzo trudny do rozwiązania. Wyniki prowadzonych w Polsce od wielu lat badań¹ nad sposobem żywienia dzieci i młodzieży wskazują na istnienie wielu nieprawidłowości, które mogą prowadzić do nadwagi lub otyłości. Należą do nich²:

- nadmierne spożycie żywności – kaloryczność diety przekracza wydatek energetyczny,
- zbyt duże spożycie tłuszczu zwierzęcego,
- nadmierne spożycie słodczy i słodzonych napojów gazowanych,
- zbyt mała zawartość błonnika w diecie,
- zbyt małe spożycie mleka i jego przetworów (niedobór w diecie wapnia),
- zbyt małe spożycie owoców i warzyw (niedobory witaminy C, kwasu foliowego, potasu),
- nadmierne spożycie słonych przekąsek, potraw typu *fast food* zawierających dużo sodu,
- nieregularne spożywanie posiłków, zwłaszcza śniadań, oraz częste pojadanie między posiłkami.

Nieprawidłowe odżywianie i niski poziom aktywności fizycznej uznaje się za główne przyczyny występowania u dzieci oraz dorosłych nadwagi i otyłości uznanej za chorobę cywilizacyjną. Stwierdzono, że istnieje duże prawdopodobieństwo, że dzieci z nadwagą będą otyłe w życiu dorosłym i będą bardziej narażone na choroby.

Nadwaga i otyłość może być podłożem problemów psychospołecznych. Dzieci otyłe mogą mieć obniżone poczucie własnej wartości, trud-

¹ Mazur J., Małkowska-Szcutnik A. [red.] *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011, s. 101-107 i 109-121.

² Rychlik E., Jarosz M. *Najczęstsze wady w żywieniu dzieci i młodzieży* [w:] Jarosz M. [red.] *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008, s. 19-25.

niej nawiązują znajomości, miewają złe samopoczucie, obniżony nastrój, depresję. Mogą cierpieć z powodu stygmatyzowania przez rówieśników.

W związku z zagrożeniami dla zdrowia fizycznego, społecznego i psychicznego, jakie powoduje nadwaga i otyłość wśród dzieci, oraz jej groźnymi następstwami w Polsce w ostatnich latach podejmuje się coraz więcej inicjatyw i programów, których celem jest poprawa żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

Większość tych programów adresowana jest do szkół, gdzie prowadzone są różnorodne formy zajęć. Najczęściej beneficjentami są uczniowie biorący udział w akcjach, zajęciach, konkursach na temat profilaktyki nadwagi i otyłości.

2. Rola szkoły w zapobieganiu nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży

Istnieje wiele dowodów na to, że zdrowie i edukacja są ze sobą ściśle związane. Prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz dobre samopoczucie dziecka – psychiczne i społeczne – sprzyja m.in. dobrej dyspozycji do nauki. Szkoła jest miejscem³, w którym dzieci uczą się, korzystają z różnych świadczeń, spotykają z rówieśnikami, bawią, wchodzą w różne role, przeżywają sukcesy i porażki. Tutaj także spożywają posiłki i uczestniczą w różnych formach aktywności fizycznej oferowanych przez szkołę. Na każdym z tych obszarów szkoła ma możliwość kształtowania postaw i zdrowych nawyków. Jest to drugie, po domu rodzinnym, niezmiernie ważne dla rozwoju dziecka środowisko, którego wpływ w dużym stopniu je kształtuje. Dlatego, jak wspomniano, większość programów i inicjatyw edukacyjnych dotyczących zdrowego żywienia adresowanych jest do szkół. Większość szkół, w tym szczególnie Szkoły Promujące Zdrowie, podejmuje ciągle działania na rzecz tworzenia zdrowego środowiska dla życia, nauki i pracy uczniów oraz pracowników. Realizowanie takich działań systemowo jest istotne ze względu na to, że:

- dzieci spędzają w szkole wiele czasu, który powinien być przeznaczony również na kształtowanie pozytywnych zachowań zdrowotnych,
- prozdrowotne zachowania wpojone w dzieciństwie i młodości utrzymują się w dorosłym życiu,

- szkoły powinny przyczyniać się do kształtowania kompetencji społecznych uczniów, w tym także akceptowania różnorodności dzieci; szkoła powinna być miejscem, gdzie każdy ma szansę osiągnąć sukces na miarę swoich możliwości,
- sposób odżywiania się i podejmowanie aktywności fizycznej mają znaczący wpływ na funkcjonowanie dzieci i ich dyspozycję do uczenia się; dbałość o sposób żywienia uczniów może przyczynić się do lepszych wyników w nauce, a więc wspierać realizację podstawowych zadań szkoły.

Całościowe podejście do żywienia oraz aktywności fizycznej w szkole obejmuje wiele aspektów. Są to m.in.: infrastruktura (stołówka, sklepik, automaty, obiekty sportowe), szkolne posiłki i ich organizacja – drugie śniadania i obiady, realizacja odnośnych programów edukacyjnych, sposób organizowania szkolnych uroczystości i poczęstunków, prozdrowotne zachowania wszystkich członków społeczności szkolnej jako wiarygodny wzorzec do naśladowania. Szkoła poprzez współpracę z rodzicami również ich może angażować i zachęcać do zmiany zachowań zdrowotnych swoich i swoich dzieci.

3. Międzynarodowy projekt HEPS

Zwiększające się gwałtownie występowanie nadwagi u dzieci w krajach europejskich było bezpośrednim powodem zainicjowania międzynarodowego projektu HEPS (*Healthy Eating and Physical Activity in Schools*) – „Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna w szkołach”. Podstawą zapobiegania temu poważnemu problemowi zdrowotnemu i społecznemu oraz leczenia osób z nadwagą jest zmiana sposobu żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej. Uznano, iż w zapobieganiu nadwadze i otyłości oraz wspieraniu dzieci i młodzieży z nadwagą w jej redukowaniu bardzo ważną rolę mają do spełnienia szkoły.

Projekt HEPS był koordynowany przez Holenderski Instytut Promocji Zdrowia, a jego twórcą jest zespół specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia w szkole z uniwersytetów, instytutów naukowych, agencji rządowych z 12 krajów. Projekt został zrealizowany w latach 2009-2011 i zainicjował działania w wielu krajach Europy. Jest on ściśle powiązany z siecią „Szkoły dla Zdrowia w Europie” (*SHE – Schools for Health in Europe*).

³ Woynarowska B., Sokołowska M. *Szkoła Promująca Zdrowie – doświadczenia dziecięciu lat*, KOWEZ, Warszawa 2000, s. 23-24.

Do sieci SHE należą 43 kraje. Podstawą projektu HEPS jest koncepcja i strategia tworzenia szkoły promującej zdrowie oraz kilkunastoletnie doświadczenia wielu krajów. Istotą projektu stanowi całościowe podejście do zdrowia w szkole, budowanie polityki szkoły w zakresie promocji zdrowia z naciskiem na zdrowe żywienie i aktywność fizyczną. Jest on skierowany do wszystkich szkół, nie tylko zrzeszonych w Sieci Szkół Promujących Zdrowie.

Głównymi celami projektu HEPS są:

1. Tworzenie, realizacja i ewaluacja skutecznej polityki krajowej oraz praktyki zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej.
2. Wspieranie tworzenia i wdrażania w krajach członkowskich programów zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, opracowanych na podstawie potwierdzonych dowodów z wykorzystaniem koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie.

Podstawy koncepcji projektu HEPS wynikają z:

- przyjęcia podstawowych założeń Szkoły Promującej Zdrowie, w tym, w szczególności, koncepcji całościowego podejścia do zdrowia w szkole,
- uznania, że spójna polityka szkoły dotycząca zdrowego żywienia i aktywności fizycznej może sprzyjać lepszym wynikom w nauce podobnie jak działania z zakresu promocji zdrowia. Polityka taka wspiera realizację podstawowej funkcji szkoły, tj. edukacji uczniów, i sprzyja podnoszeniu jakości edukacji przez wpływ na zdrowie uczniów.

Wyrażenie „polityka szkoły” jest jednym z najważniejszych w projekcie HEPS. Na użytek projektu przyjęto, że *polityka to ustalony plan działania i decyzji podejmowanych w celu osiągnięcia pozytywnych i racjonalnych efektów działań ukierunkowanych na poprawę żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej uczniów*⁴. Polityka powinna być tworzona na wielu poziomach, polityka krajowa jest punktem wyjścia do tworzenia polityki na poziomie regionalnym, lokalnym i szkolnym.

Inicjatorzy projektu zaproponowali wszystkim krajom członkowskim SHE podjęcie działań w ramach projektu HEPS z dostosowaniem go

do możliwości i potrzeb każdego kraju na trzech poziomach: krajowym, wojewódzkim, w sieciach szkół promujących zdrowie.

4. Ruch i zdrowie żywienie w szkole

4.1. Uzasadnienie podjęcia międzynarodowej inicjatywy w Polsce

Wyniki badań przeprowadzonych w 2009 roku przez Centrum Zdrowia Dziecka⁵ wykazały, że w Polsce wśród dzieci w wieku 7-18 lat 18% ma nadwagę lub jest otyłych. W ostatniej dekadzie odsetek dzieci w wieku szkolnym z nadwagą zwiększył się około 2%. Dotychczas szkoły w Polsce stosowały niewystarczającą profilaktykę nadwagi i otyłości, dlatego w Ośrodku Rozwoju Edukacji rozpoczęto pilotażowe wdrażanie opracowanego w oparciu o projekt HEPS projektu „Ruch i zdrowe żywienie w szkole”.

4.2. Założenia projektu

Przyjęto, że celem projektu jest przygotowanie oraz wspieranie szkół w tworzeniu własnej polityki zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

Polityka szkoły powinna uwzględniać:

- potrzeby szkoły i społeczności odnoszące się do zdrowego żywienia i regularnego praktykowania aktywności fizycznej,
- cele i zadania dotyczące zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, które są związane z wartościami uznawanymi w szkole,
- priorytety, zadania i działania mające na celu promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkole,
- plan działań oraz konkretnych kroków koniecznych przy wprowadzaniu zmian,
- dostępne dla szkoły zasoby możliwe do wykorzystania podczas rozwijania szkolnej polityki,
- plan wdrożenia, monitoringu i ewaluacji wprowadzanych zmian.

Polityka prozdrowotna powinna opierać się na holistycznej koncepcji zdrowia, która obejmuje styl życia i warunki życia. Cała szkoła powinna włączać się w działania na rzecz promocji zdrowia, a zdrowie powinno być wkomponowane we wszystkie aspekty życia tych, którzy uczą

⁴ Simovska V., Dadaczyński K., Viig N., Tjomslund H., Bowker S., Woynarowska B., De Ruiter S., Buijs G. *Narzędzie dla szkół HEPS*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010, s. 8.

⁵ Badania Centrum Zdrowia Dziecka przeprowadzone w latach 2007-2009 w ramach projektu OLAF na liczącej ponad 17 tys. osób reprezentatywnej próbie dzieci i młodzieży w wieku 7-18 lat.

się w szkole i w niej pracują. Dotyczy to dbałości o zdrowie fizyczne, społeczne, psychiczne i duchowe uczniów oraz pracowników szkoły. Ważne jest, aby:

- polityka określała umiejscowienie zasobów potrzebnych do zdrowego żywienia i aktywności fizycznej,
- opisywała wizję, do której szkoła dąży w swoim rozwoju, i określała priorytety służące osiągnięciu tej wizji,
- działania w jej ramach były adresowane również do dzieci z otyłością i nadwagą poprzez wpływanie na ich styl życia, ale także na zmiany w środowisku fizycznym, psychicznym i społecznym szkoły,
- polityka miała wpływ na spójność proponowanych szkole usług i programów.

Szkolna polityka powinna wynikać z potrzeb i problemów konkretnej szkoły. Dlatego zachęca się szkoły do podjęcia kolejnych kroków służących kształtowaniu jej całościowego nastawienia wobec zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

4.3. Etapy wdrażania

Wdrażanie polityki w codzienne życie szkoły jest długotrwałym procesem polegającym na wprowadzaniu zmian w myśleniu i działaniu całej społeczności szkolnej. Etapy wdrażania polityki są spójne z metodami pracy Szkół Promujących Zdrowie. Zachęca się szkoły do wprowadzania

systemowych zmian na różnych obszarach życia szkoły według zaprezentowanego poniżej cyklu działań. Powinny być one powtarzane regularnie w celu rozwiązywania ważnych, uznanych za priorytetowe, problemów i podejmowania istotnych zadań.

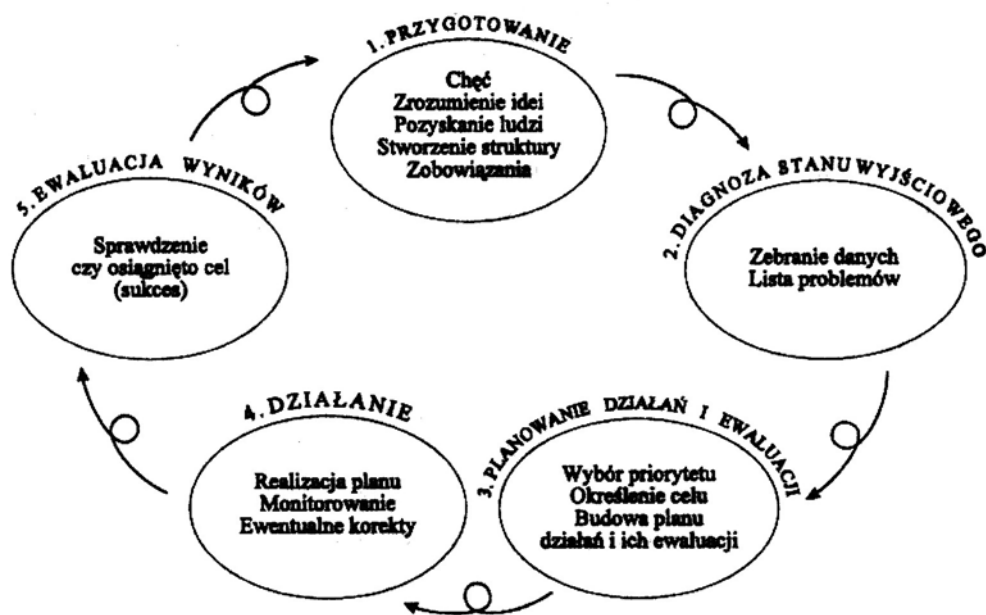
a) Przygotowanie

Celem tego etapu jest przygotowanie społeczności szkolnej do wspólnego podjęcia działań, w ramach których będzie ona zmierzać do rozwiązania swoich problemów. W tym okresie może ujawnić się wiele zjawisk, potrzeb, oczekiwań, których wcześniej nie można było przewidzieć. Często przebieg tego etapu decyduje o dalszym powodzeniu we wprowadzaniu zmian.

Działania na etapie przygotowawczym:

- pozyskanie zgody, wsparcia i zaangażowanie się dyrekcji szkoły,
- wyjaśnienie całej społeczności szkolnej założeń projektu,
- pozyskanie sojuszników wśród społeczności szkolnej (propagowanie idei w szkole, w gronie rodziców i pośród społeczności lokalnej),
- powołanie grupy roboczej (z udziałem nauczycieli, innych pracowników, uczniów i rodziców) oraz wybór koordynatora,
- podjęcie wzajemnych zobowiązań, ustalenie zasad współpracy oraz podział obowiązków i odpowiedzialności.

Rys. 1. Model działań w tworzeniu szkoły promującej zdrowie – modyfikacja modelu L.W. Greena i M. Kreutera⁶



⁶ Woynarowska B., Sokołowska M. *Szkoła Promująca Zdrowie – doświadczenia dziecięciu lat*, op. cit., s. 48.

b) Diagnostyka stanu wyjściowego

Celem tego etapu jest stworzenie, na bazie przeprowadzonej diagnozy, listy problemów wymagających rozwiązania. Lista ta będzie stanowić punkt wyjścia do wyboru problemu priorytetowego, tzn. takiego, który społeczność szkolna uzna za najważniejszy, najpilniejszy do rozwiązania oraz jest gotowa podjąć działania służące jego rozwiązaniu.

Społeczność szkolna sama przeprowadza diagnozę, planuje swoje działania i sprawdza ich efekty. Ważne jest, aby w procesie diagnozowania uczestniczyli przedstawiciele wszystkich grup społeczność szkolnej, a wyniki zostały im udostępnione.

Diagnoza jest punktem wyjścia do zaplanowania działań w projekcie. Wykonane w ramach diagnozy badania powinny być powtarzane cyklicznie, np. co roku. W ramach diagnozowania należy przeanalizować aktualną sytuację w szkole oraz wcześniejsze działania podejmowane w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. W procesie diagnozowania warto uwzględnić także badanie nawyków żywieniowych oraz stosunku uczniów do aktywności fizycznej. Ponadto istotną wydaje się analiza ilości i przyczyn zwolnień z zajęć wychowania fizycznego oraz informacja od pielęgniarki szkolnej na temat wyników pomiaru wysokości i masy ciała uczniów.

Proponuje się zastosowanie narzędzi do diagnozy stanu wyjściowego zamieszczonych w publikacji „Narzędzie dla szkół HEPS” lub ich adaptacji – oba dostępne na stronie www.ore.edu.pl.

c) Planowanie działań szkoły

Jednym z warunków skutecznego działania jest właściwe zaplanowanie pracy. Celem tego etapu jest wybór problemu priorytetowego na podstawie wyników diagnozy, ustalenie przyczyn oraz zaplanowanie rozwiązań, które pomogą usunąć te przyczyny. Propozycje rozwiązania są podstawą do ustalenia zadań. Liczba potrzeb/problemów szkoły jest zwykle długa. Dlatego podczas wybierania priorytetów i opisywania kolejnych etapów działań należy planować realnie – w zależności od możliwości, rangi problemu, uciążliwości, łatwości osiągnięcia celu, dostępności środków i innych okoliczności umożliwiających osiągnięcie celu.

Warto w danym roku szkolnym wybrać jeden problem z obszaru żywienia lub aktywności fizycznej, którego rozwiązaniem chcemy się zająć. W ten sposób mamy realną szansę osiągnięcia sukcesu, a dzięki temu wzmocnienia motywacji społeczności szkolnej do dalszych działań.

Właściwe planowanie działań powinno posłużyć efektywnej realizacji zadań. Dlatego należy pamiętać o istotnych, pomocnych zasadach tworzenia planu:

- plan powinien być realny (z uwzględnieniem dostępnych zasobów – osób, środków, czasu), – zawierać mierzalne i osiągalne cele,
- planujemy etapy prac i konkretne „małe kroki”, określamy szczegółowe cele naszych działań,
- plan powinien dotyczyć określonego czasu, np. jednego roku szkolnego,
- należy zaplanować elementy działań, które będą podlegały ewaluacji oraz które będzie można monitorować: ich przebieg i efektywność.

Przed rozpoczęciem planowania warto przeprowadzić analizę listy otrzymanych w wyniku diagnozy problemów priorytetowych, wybrać na dany rok jeden, podjąć próbę ustalenia przyczyn problemu i zaproponować rozwiązania zmierzające do ich usunięcia. Takie działania pozwolą nam na bardziej wnikliwą analizę stanu wyjściowego, a zatem na lepsze planowanie pracy.

Niezbędne elementy planu pracy⁷

I. CEL

1. Kryterium sukcesu*.
2. Sposób sprawdzenia, czy osiągnięto cel (sukces)*:
 - a. Co wskaże, że osiągnięto cel (wskaźniki)?
 - b. Jak sprawdzimy, czy osiągnięto cel (narzędzia)?
 - c. Kto i kiedy sprawdzi, czy osiągnięto cel (wykonawcy)?

II. ZADANIA

1. Kryterium sukcesu*.
2. Metody realizacji.
3. Wykonawcy.
4. Środki.
5. Sposób sprawdzenia*:
 - a. Przebiegu realizacji zadania (monitorowanie).
 - b. Czy wykonano zadanie?
 - Co wskaże, czy wykonano zadanie (wskaźniki)?

⁷ Ibidem.

- Jak sprawdzimy, czy wykonano zadanie (narzędzia)?
- Kto i kiedy sprawdzi, czy wykonano zadanie (wykonawcy)?

Elementy oznaczone gwiazdką są niezbędne do ewaluacji.

Podczas planowania pracy warto przeanalizować wykazy dostępnych programów edukacyjnych i innych ofert dotyczących zdrowego żywienia i promowania aktywności fizycznej uczniów, aby wykorzystać je i realizować adekwatnie do aktualnych potrzeb szkoły.

d) Upowszechnienie i wdrożenie

Następnym krokiem jest upowszechnienie, wdrożenie i integracja polityki z codzienną praktyką szkoły. Wymaga to dobrej organizacji, podziału odpowiedzialności za realizację konkretnych zadań oraz odpowiedniego przepływu informacji i wsparcia ze strony różnych grup społeczności szkolnej, także rodziców i przedstawicieli społeczności i władz lokalnych.

Szkolna polityka ma wartość tylko wówczas, jeśli zostanie włączona w całość działań szkoły.

Wdrożenie jej wymaga dobrej organizacji i podejmowania konkretnej odpowiedzialności za realizację konkretnych zadań oraz właściwej alokacji zasobów. W tym punkcie planu może być przydatne wsparcie ze strony partnerów ze społeczności lokalnej oraz rodziców. Zaleca się, aby najważniejsze etapy procesu wdrażania polityki były poddane analizie i weryfikacji.

W tej fazie kluczowa jest efektywna koordynacja i dobry przepływ informacji. Ważne jest zapewnienie czasu na wymianę doświadczeń oraz przekazywanie przykładów dobrej praktyki we wdrażaniu polityki prozdrowotnej.

e) Monitorowanie, ewaluacja i modyfikacja polityki prozdrowotnej

Monitorowanie i ewaluowanie są integralną częścią planowania i podejmowania działań.

Na tym etapie należy sprawdzać, czy założone cele (częstkowe i końcowe) zostały osiągnięte. Monitorowanie procesu zapewni stałe otrzymywanie informacji na temat etapu działań, sukcesów, trudności, konieczności ewentualnej modyfikacji planów.

Przyjmuje się, że podstawową formą ewaluacji podczas tworzenia szkolnej polityki zdrowego żywienia i aktywności fizycznej jest autoewaluacja. Społeczność szkolna podejmuje się ewaluacji swojej pracy zgodnie z wcześniej przyjętym, zaplanowanym sposobem ewaluowania wyników.

Efektom dobrze przeprowadzonej autoewaluacji jest uzyskanie informacji, na ile zaplanowane działania okazały się skuteczne, na co warto zwrócić uwagę podczas następnego planowania, co się nie sprawdziło, co należy zmodyfikować.

Istotną cechą autoewaluacji jest to, że wykonuje się ją na użytek placówki. Są to badania mające na celu poprawę jakości i efektywności wewnętrznych działań szkoły, nie zaś „chwalenie się tym, co nam wychodzi” przed zewnętrznymi partnerami, organizacjami.

Z wynikami autoewaluacji warto zapoznać członków społeczności szkolnej po to, aby czuli się pełnoprawnymi współtwórcami i uczestnikami podejmowanych działań. Być może przy tej okazji uda się zainicjować dyskusję na temat sformułowanych wniosków i ustalić plan dalszych działań szkoły, czyli odpowiedzieć na pytania: co dalej, czym teraz się zajmiemy, co jest aktualnie ważne dla naszej społeczności. W ten sposób autoewaluacja rozpoczyna nowy cykl działań, w którym zostaną wykorzystane poprzednie doświadczenia, umiejętności, nawiązane współprace.

Przykłady wskaźników do monitorowania i ewaluowania działań szkoły podczas tworzenia szkolnej polityki zostały zawarte w publikacji „Narzędzia dla szkół HEPS”.

f) Zakładane efekty

Szkoły mogą doświadczyć wielorakich korzyści wynikających ze stworzenia szkolnej polityki zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Są to m.in.:

- spójne, zaplanowane i systematyczne podejście do zdrowego żywienia i aktywności fizycznej,
- promocja zdrowego stylu życia wśród uczniów i pracowników szkoły,
- poprawa wyników nauczania i osiągnięć szkolnych uczniów,
- bardziej przejrzyste i demokratyczne podejmowanie decyzji w szkole,
- lepsza współpraca z rodzicami uczniów,
- poprawa atmosfery w szkole,
- zwiększenie satysfakcji z pracy personelu szkoły,

- lepsza współpraca szkoły ze środowiskiem lokalnym, z organizacjami i instytucjami wspierającymi szkołę.

Każda szkoła, która podejmie się zdiagnozowania aktualnego stanu działań w zakresie zdrowego żywienia i popularyzowania aktywności fizycznej swoich uczniów oraz rozpocznie wdrażanie polityki prozdrowotnej, ma szansę na wprowadzenie zmian, które obejmą:

a) stan odżywienia i zachowania zdrowotne społeczności szkolnej, np. częstość występowania nadwagi i otyłości wśród uczniów (i pracowników) będzie miała tendencję zniżkową lub zmniejszy się odsetek uczniów zwolnionych długotrwale i często z lekcji wychowania fizycznego,

b) infrastrukturę i dostępność produktów żywnościowych korzystnych dla zdrowia oraz organizację posiłków szkolnych, np. nastąpi wyraźna poprawa warunków do spożywania w szkole posiłków, w asortymencie sklepików szkolnych oraz jakości obiadów szkolnych, w szkole będą realizowane programy edukacyjne żywieniowe o sprawdzonej jakości,

c) Infrastruktura i organizacja zajęć ruchowych w czasie pobytu uczniów w szkole, np. zwiększy się możliwości aktywnego spędzania przerw międzylekcyjnych, prowadzone będą systematycznie ćwiczenia śródlekcyjne, nastąpi wyraźna poprawa wyposażenia pomieszczeń i urządzeń do zajęć ruchowych.

5. Podsumowanie

Obecnie zapisy podstawy programowej kształcenia ogólnego⁸ sprzyjają intensyfikacji edukacji żywieniowej uczniów oraz zwiększeniu ich aktywności fizycznej w ramach zajęć wychowania

fizycznego. Można uznać, że podstawa ta stwarza duże możliwości i obliguje szkoły do podejmowania działań na tych obszarach. Wymaga to od szkoły spójności i koordynacji prac oraz tworzenia warunków, w których uczniowie będą mogli praktykować, doświadczać, uwiarygodniać to, czego nauczyli się na lekcjach.

W obecnej sytuacji, gdy zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży budzą niepokój coraz szerszych kręgów, należy stale podkreślać rolę rodziny i szkoły jako dwóch najważniejszych środowisk kształtujących nawyki i postawy młodych ludzi. Niezaprzeczalnie spójny przekaz z tych dwóch środowisk i współpraca między nimi są tu kluczem do skutecznego działania i systemowego wprowadzania zmian.

Bibliografia

1. Boonen A., De Vries N., De Ruiter S., Buijs G. *Przewodnik HEPS*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.
2. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole, Zeszyt 10-11, CMPPP, Warszawa 2006.
3. Jarosz M. [red.] *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008.
4. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. [red.] *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
5. Simovska V., Dadaczyński K., Viig N., Tjomsland H., Bowker S., Woynarowska B., De Ruiter S., Buijs G. *Narzędzie dla szkół HEPS*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.
6. Woynarowska B., Sokołowska M. *Szkoła Promująca Zdrowie – doświadczenia dziecięciu lat*, KOWEZ, Warszawa 2000.
7. www.ore.edu.pl

Autorka jest kierownikiem Zespołu ds. Promocji Zdrowia w Szkole w Ośrodku Rozwoju Edukacji

*Przez zdrowie rozumiem możliwość istnienia pełnym, dojrzałym, żywym,
radosnym życiem, w ścisłym związku z tym,
co kocham – ziemią i wszystkimi jej cudownościami.*

Katherine Mansfield

⁸ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2009 r. Nr 4, poz. 17).

Katarzyna Żelichowska

Szkoły Promujące Zdrowie w województwie mazowieckim

Początek drogi w tworzeniu Sieci Szkół Promujących Zdrowie na Mazowszu miał miejsce 15 października 2001 roku podczas spotkania w Mazowieckim Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie z udziałem Krajowego Koordynatora Sieci Szkół Promujących Zdrowie Marią Sokołowską oraz dyrektorem Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie Janiną Fetlińską. Poświęcone ono było reaktywowaniu Sieci Szkół Promujących Zdrowie w województwie mazowieckim. Wskazano wówczas na konieczność powołania Wojewódzkiego Zespołu Wspierającego Sieć Szkół Promujących Zdrowie. Przez kolejne lata zespół podejmował działania prowadzące do rozwoju idei Szkół Promujących Zdrowie i wreszcie na mocy porozumienia z 28 lutego 2004 roku utworzono Wojewódzki Zespół Wspierający Szkoły Promujące Zdrowie. W jego skład weszły instytucje, które uznały potrzebę tworzenia Sieci Szkół Promujących Zdrowie i zadeklarowały czynny udział w tym projekcie. Porozumienie zostało zawarte na czas nieokreślony. Zasady pracy zespołu określa regulamin opracowany i zaakceptowany przez wszystkich jego członków. Porozumienie, o którym mowa, zawiera również szczegółowe deklaracje wsparcia ze strony poszczególnych instytucji. Do zadań Wojewódzkiego Zespołu Wspierającego Szkoły Promujące Zdrowie należy:

- opracowanie założeń i strategii projektu Szkoła Promująca Zdrowie na poziomie wojewódzkim,
- organizacja kształcenia szkolnych koordynatorów oraz innych członków społeczności szkolnej w zakresie koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie,
- współpraca ze szkołami dotycząca planowania i ewaluacji projektu Szkoła Promująca Zdrowie,
- pozyskiwanie i dystrybucja materiałów dla szkół,
- popularyzacja koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie,
- współpraca z Krajowym Zespołem ds. Projektu Szkoły Promującej Zdrowie oraz instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz szeroko rozumianej promocji zdrowia.

W ramach tego samego porozumienia Kuratorium Oświaty w Warszawie zobowiązane zostało do: koordynowania pracy Wojewódzkiego Zespołu Wspierającego Mazowiecką Sieć Szkół Promujących Zdrowie (we współpracy z Krajowym Koordynatorem Sieci Szkół Promujących Zdrowie), upowszechniania koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie na naradach z dyrektorami szkół i placówek, wspierania Szkolnych Zespołów ds. Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej, udziału w działaniach dotyczących tworzenia Szkoły Promującej Zdrowie. Do zadań kuratorium należy także rekrutacja szkół do Wojewódzkiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie oraz powołanie i organizacja pracy kapituły przyznającej Certyfikat Szkoły Promującej Zdrowie.

W związku z powyższym funkcję wojewódzkiego koordynatora powierzono przedstawicielowi Kuratorium Oświaty w Warszawie, który kieruje pracą zespołu.

Ostatnie zmiany struktury organizacyjnej Wojewódzkiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie spowodowały poszerzenie składu zespołu. Zarządzeniem nr 123 Mazowieckiego Kuratora Oświaty z dnia 29 listopada 2010 roku powołano rejonowych koordynatorów Mazowieckiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie, którzy są jednocześnie członkami zespołu.

Podpisanie porozumienia w 2004 roku dało formalny początek procesowi tworzenia Sieci

Szkół Promujących zdrowie w województwie. Do Kuratorium Oświaty w Warszawie zaczęły wpływać wnioski kandydatów. W związku z powyższym zorganizowano cykle szkoleń dla szkolnych koordynatorów. Zadaniem tym zajęło się wówczas Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie. Dzisiaj rolę tę pełni Ośrodek Rozwoju Edukacji, który jest jednocześnie siedzibą Zespołu ds. Promocji Zdrowia.

W roku 2006 do Sieci Szkół Promujących Zdrowie przyjęto pierwszych kandydatów. Sieć obejmowała wówczas 38 szkół w województwie mazowieckim. Po ponad dwóch latach, 8 grudnia 2008 roku w Kuratorium Oświaty w Warszawie odbyło się pierwsze posiedzenie kapituły przyznającej Certyfikat Szkoły Promującej Zdrowie, której przewodniczył Karol Semik, Mazowiecki Kurator Oświaty. Wówczas certyfikaty przyznano pięciu szkołom w województwie mazowieckim. Jednocześnie dokonano aktualizacji danych.

Dzisiaj Mazowiecka Sieć Szkół Promujących Zdrowie liczy 51 szkół, w tym 23 z nich mogą pochwalić się Certyfikatem Szkoły Promującej Zdrowie.

Istnieje ponadto sieć kandydacka, w której znajdują się 84 szkoły. Sukcesywnie napływające wnioski wskazują na duże zainteresowanie tym projektem. Dużym osiągnięciem Wojewódzkiego Zespołu Wspierającego Sieć Szkół Promujących Zdrowie było zorganizowanie I Wojewódzkiej Konferencji Sieci Szkół Promujących Zdrowie, która przy współpracy Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego odbyła się w 2009 roku.

Ważnym wydarzeniem dla tych szkół było także porozumienie o współpracy między ministrami: edukacji narodowej, zdrowia oraz sportu i turystyki w sprawie promocji zdrowia i profi-

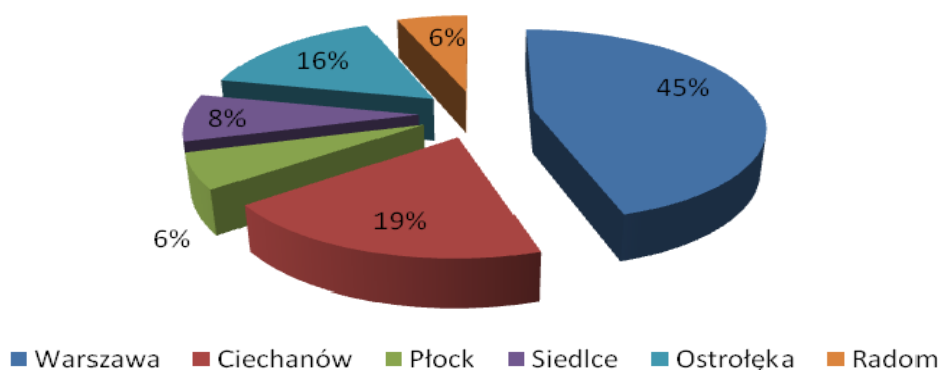
laktyki problemów dzieci i młodzieży, podpisane 23 listopada 2009 roku na konferencji w Ministerstwie Edukacji Narodowej.

Konsekwencją tego porozumienia są zmiany w procedurach na szczeblu krajowym i wojewódzkim. W październiku 2010 roku Kuratorium Oświaty w Warszawie włączyło się również w organizację wizyty studyjnej w Polsce, której głównym inicjatorem i organizatorem tej wizyty w Polsce był Ośrodek Rozwoju Edukacji w Warszawie. W wyniku współpracy z Siecią Szkół dla Zdrowia w Europie (*Schools for Health in Europe*) uczestnikami wizyty byli przedstawiciele Europy Wschodniej i Azji, którzy będą tworzyć i koordynować w swoich krajach Sieć Szkół Promujących Zdrowie.

W związku z powyższym wybrano z mazowieckiej sieci szkoły chętne do podzielenia się swoimi doświadczeniami dotyczącymi tworzenia tego typu szkół. Były to: Szkoła Podstawowa nr 139 im. Ludwiki Wawrzyńskiej w Warszawie przy ul. Syreny 5/7 oraz Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 68 przy ul. Or-Ota 5 w Warszawie. Uczestnicy wizyty studyjnej mieli okazję odwiedzić polskie szkoły, wzbogacić własne doświadczenia, przyglądając się metodom pracy oraz osiągnięciom poszczególnych placówek. Zapoznali się także z działaniami Mazowieckiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Osiągnięcia polskich szkół zostały entuzjastycznie odebrane zwłaszcza przez gruzińskich uczestników konferencji, którzy nawiązali z nami współpracę.

Ponadto w listopadzie 2011 roku zorganizowana została II Wojewódzka Konferencja Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Tym razem jej współorganizatorem była Szkoła Podstawowa nr 103 im. Bohaterów Warszawy 1939-1945 w Warszawie.

Mazowiecka Sieć Szkół Promujących Zdrowie w Delegaturach



Warto podkreślić, że od 2006 roku aktywność szkół znajdujących się w mazowieckiej sieci lub starających się o przystąpienie do niej zdecydowanie odróżnia je od pozostałych szkół w województwie mazowieckim. Od dawna podejmują one różnorodne działania dotyczące promocji zdrowia, która stanowi nieodłączny element programów nauczania i wychowania. Zespoły opracowują szkolne programy, a w różne obszary edukacyjne włączają zagadnienia prozdrowotne dotyczące np. żywności i zasad żywienia, bezpieczeństwa i udzielania pierwszej pomocy, higieny osobistej i otoczenia, sportu jako recepty na zdrowie, zasad i reguł w relacjach z innymi, profilaktyki uzależnień. Biorą także udział w wielu programach, projektach i kampaniach promujących zdrowy styl życia. Organizują imprezy artystyczne, sportowe, festyny zdrowia, podczas których ma miejsce wiele zabaw i konkursów, rozgrywek sportowych, pokazów. Uczestniczą w nich uczniowie, nauczyciele, rodzice oraz przedstawiciele społeczności lokalnych. Szkolni koordynatorzy to nauczyciele o bardzo różnych specjalizacjach. Najczęściej są to nauczyciele nauczania zintegrowanego, biologii, wychowania fizycznego. Pojawiają się również matematycy, chemicy, poloniści, angliści, pedagodzy szkolni, logopedzi, nauczyciele religii. Szkoły Promujące Zdrowie korzystają również z różnych programów zewnętrznych dotyczących promocji zdrowia. Są to programy wojewódzkie, ogólnopolskie, a nawet europejskie, na przykład w ramach Comeniusa. Współpracują z Turcją, Bułgarią i Włochami. W ramach takich projektów uczniowie uczestniczą w wyjazdach zagranicznych i wymieniają doświadczenia.

Ponadto członkowie szkolnych zespołów promocji zdrowia nawiązują współpracę ze specjalistami, między innymi ze Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, Agencji Rynku Rolnego, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie, Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie, Ośrodka Rozwoju Edukacji w Warszawie oraz innych instytucji zajmujących się problematyką prozdrowotną. Szko-

ły znajdujące się w sieci chętnie dzielą się także swoimi doświadczeniami. Organizują spotkania, uczestniczą w konferencjach, od dwóch lat zamieszczają także publikacje na temat swoich doświadczeń w „Oświacie Mazowieckiej”¹.

Wszystkie te działania sprzyjają tworzeniu systemowej pracy szkół i dążeniu do realizacji idei szkoły promującej zdrowie, która angażuje całą społeczność, tworzy dobry klimat, relacje i angażuje wszystkich jej członków. Kształtuje także w uczniach kompetencje i rozwija umiejętności psychospołeczne, pozwalające podejmować odpowiedzialne działania oraz dokonywać zdrowych wyborów. Wdraża zasady respektowania praw i brania odpowiedzialności za swoje decyzje. Współdziała z wybranymi ważnymi partnerami w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, projektowaniu i realizacji wspólnych działań.

Należy podkreślić również ścisłą współpracę szkół z członkami Wojewódzkiego Zespołu Wspierającego Wojewódzką Sieć Szkół Promujących Zdrowie, którzy wielokrotnie uczestniczyli w publicznych prezentacjach, konferencjach i innych spotkaniach organizowanych przez szkoły i samorządy lokalne, oraz instytucjami zainteresowanymi promocją zdrowia w szkole.

Biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenia Szkół Promujących Zdrowie oraz Deklarację I Europejskiej Konferencji Szkół Promujących Zdrowie, która mówi, że *każde dziecko ma prawo i powinno mieć możliwość uczyć się w szkole promującej zdrowie*, zachęcam do podejmowania działań prozdrowotnych w ramach projektu Szkoła Promująca Zdrowie. Pozwoli to na realizację tej wciąż aktualnej deklaracji. Wszelkie informacje dotyczące wojewódzkiej sieci zamieszczone są na stronie www.kuratorium.waw.pl w zakładce promocja zdrowia, a informacje dotyczące dobrych praktyk każda z tych szkół zamieszcza na swoich stronach internetowych.

Autorka jest koordynatorem wojewódzkim Sieci Szkół Promujących Zdrowie na Mazowszu

¹ Biuletyn Informacyjny Kuratorium Oświaty w Warszawie.

Certyfikaty Wojewódzkiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie

L.p.	Nazwa /adres szkoły	WWW
1.	Gimnazjum nr 2 im. Bohaterów Powstania Warszawskiego al. Tysiąclecia 5, 05-820 Piastów	http://gimnazjum2piastow.com.pl
2.	Szkoła Podstawowa nr 139 im. Ludwika Wawrzyńskiej ul. Syreny 5/7 01-132 Warszawa	http://sp139warszawa.edupage.org
3.	Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 7 im. Jana Pawła II ul. Czarnieckiego 40, 06-400 Ciechanów	http://www.sp7.pq.pl
4.	Szkoła Podstawowa Nr 3 im. Orła Białego ul. Powstańców Wielkopolskich 1, 06-413 Ciechanów	http://www.sp3ciechanow.website.pl
5.	Publiczna Szkoła Podstawowa nr 18 im. Komisji Edukacji Narodowej ul. Ofiar Firleja 14, 26-600 Radom	http://szkolapodstawowa18radom.republika.pl
6.	Szkoła Podstawowa im. Żołnierzy AK Cichociemnych, Brzozów Stary 67, 96-521 Brzozów	http://www.spbrzozow.szkolnastrona.pl
7.	Zespół Szkół w Łęgu Probostwie, 09-209 Łęg Probostwo	http://www.zsleg.pl
8.	Publiczne Gimnazjum im. Jana Pawła II w Karniewie, ul. Szkolna 9 B, 06-425 Karniewo	http://www.pgkarniewo.pl
9.	Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 68 im. Artura Oppmana ul. Or-Ota 5, 01-505 Warszawa	http://oppman.edu.pl
10.	Szkoła Podstawowa nr 7 w Siedlcach im. Czesława Kamińskiego ul. Starowiejska 23, 08-110 Siedlce	http://sp7siedlce.neostrada.pl
11.	Publiczne Gimnazjum im. ks. bp. Jana Chrapka w Wierzbicy ul. Wiatraczna 8, 26-680 Wierzbica	http://pgwierzbica.republika.pl
12.	Szkoła Podstawowa nr 1 im. Armii Krajowej w Gostyninie ul. Ozdowskiego 2, 09-500 Gostynin	http://www.sp1gostynin.edu.pl
13.	Szkoła Podstawowa nr 3 im. Stanisława Wyspiańskiego w Płońsku ul. Płocka 60, 09-100 Płońsk	http://www.sp3plonsk.pl
14.	Publiczne Gimnazjum im. Papieża Jana Pawła II w Chorzelach ul. Szkolna 4 b, 06-330 Chorzele	http://www.pgchorzele.pl/
15.	Zespół Szkół Publicznych w Jelonkach, Jelonki 16, 07-302 Ostrów Mazowiecka	http://donrafasz.republika.pl
16.	Szkoła Podstawowa nr 273 im. dr. A. Landy w Warszawie ul. Balcerzaka 1	www.sp273.edu.pl
17.	Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 82 im. Franka Zubrzyckiego ul. Górczewska 201, 01-459 Warszawa	www.sp82.edupage.org
18.	Gimnazjum nr 1 im. Zbigniewa Gęsickiego „Juno” w Piastowie ul. Pułaskiego 6/8, 05-820 Piastów	www.g1piastow.neostrada.pl
19.	Szkoła Podstawowa im. Mikołaja Kopernika w Serocku ul. Pułtуска 68, 05-140 Serock	http://www.sp.serock.pl
20.	Publiczna Szkoła Podstawowa w Błędostowie Błędostowo 23, 06-120 Winnica	http://pspbledostowo.gminawinnica.pl
21.	Szkoła Podstawowa nr 103 im. Bohaterów Warszawy 1939-1945 ul. Jeziorna 5/9, 02-911 Warszawa	http://www.sp103.sadyba.waw.pl
22.	Publiczna Szkoła Podstawowa im. Heleny Mniszek w Sabniach ul. Słoneczna 1, 08-391 Sabnie	http://zssabnie.pl
23.	Publiczne Gimnazjum im. Heleny Mniszek w Sabniach ul. Słoneczna 1, 08-391 Sabnie	http://zssabnie.pl

Urszula Kuna

Edukacja zdrowotna w MSCDN Wydział w Radomiu

*Systematycznie prowadzona edukacja zdrowotna
w szkole jest najbardziej opłacalną
i długofalową inwestycją w zdrowie społeczeństwa.*

Barbara Woynarowska

Moja przygoda z edukacją zdrowotną zaczęła się na kursie kwalifikacyjnym dla edukatorów ds. Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia w Szkole, który został zorganizowany przez Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej na podstawie zgody wydanej przez Ministra Edukacji Narodowej 8 czerwca 2001 roku. Tu spotkałam wielu inspirujących do działania szkoleniowców: prof. B. Woynarowską (niezwykle mądrą, posiadającą całe archiwum wiedzy o zdrowiu, a przy tym bardzo ciepłą i skromną osobę, której składam szczególne podziękowania za wiedzę, wsparcie, zrozumienie istoty ewaluacji procesu i ewaluacji wynikowej), prof. Henryka Mizerka (z którym projektowałam pierwsze ewaluacje programów edukacji zdrowotnej), Juliana Ochendusko (któremu zawdzięczam umiejętność operacjonalizacji celów nauczania). Czuję się zaszczycona, że mogłam uczyć się od najlepszych.

Lata doświadczeń spowodowały, że promowanie zdrowia realizuję w Mazowieckim Samorządowym Centrum Doskonalenia Nauczycieli od 2001 roku właśnie poprzez edukację zdrowotną nauczycieli. Ponadto z wykształcenia jestem biologiem i zoologiem, a że u podstaw ekologii leży również troska o zdrowie, toteż obok edukacji zdrowotnej prowadzę edukację ekologiczną.

Promocja zdrowia jest procesem podejmowania słuszných decyzji w sprawach ludzkiego zdrowia. Swoją działalność opieram na aktywności i współpracy ze środowiskiem lokalnym oraz współpracy międzysektorowej. Początkowo działania oparte były na seminariach i warsztatach. W tej chwili oferta doskonalenia nauczycieli jest bogatsza o takie formy, jak: konferencje, szkole-

nia rad pedagogicznych, konkursy dla uczniów, kursy doskonalenia zawodowego, kursy nadające uprawnienia do prowadzenia zajęć z zakresu pierwszej pomocy. Niewątpliwie Mazowieckie Samorządowe Centrum Doskonalenia Nauczycieli Wydział w Radomiu ma bardzo bogatą i zróżnicowaną tematycznie ofertę dla nauczycieli różnych etapów edukacyjnych. Na szeroką skalę podejmujemy działania dotyczące promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i profilaktyki, zapraszając ciekawych, kompetentnych prelegentów, edukatorów, ludzi z pasją. Wspólnym celem jest wzrost świadomości prozdrowotnej, kształtowanie odpowiednich postaw oraz organizowanie działań dotyczących stylu życia, problematyki środowiskowej, społecznej i fizycznej.

Poniżej proponuję krótki przegląd form doskonalenia związanych z omawianą problematyką, które zostały zrealizowane przez radomski wydział MSCD, czasem przy współudziale innych wydziałów naszej placówki doskonalenia, w latach 2005-2012. Niektóre z nich znalazły się w ofercie tylko raz, inne – proponowaliśmy nauczycielom wiele razy; zawsze znajdowały chętnych uczestników.

Każdego roku przeprowadzane są konferencje. Oto ich tematy (w nawiasach podany został rok realizacji oraz współorganizatorzy lub nazwiska niektórych prelegentów):

(2010) Edukacja zdrowotna w szkole (Główny Inspektorat Sanitarny, Wojewódzka i Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna)

(2009) Aktywność fizyczna a rozwój i zdrowie człowieka

(2007) Promocja zdrowia poprzez kulturę fizyczną

(2008) Rola nauczyciela wychowania fizycznego w promocji zdrowia (dr S. Tuzinek, Politechnika Radomska)

(2011) Współczesne problemy wychowania fizycznego w Polsce

(2010) Wychowanie fizyczne w nowej podstawie programowej (prof. Czesława Tukiendorf, Wyższa Szkoła – Edukacja w Sporcie)

(2011, 2012) Transplantacja – dar życia. Jestem na TAK. Program edukacyjny dla szkół (Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej, Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji POLTRANSPALNT, MKO)

(2012) Edukacja żywieniowa elementem edukacji zdrowotnej w szkole (WSSE, TVN Style, Unilever)

(2012) Gimnastyka kompensacyjno-korekcyjna w treningu zdrowotnym (dr S. Tuzinek, Politechnika Radomska)

Wśród kursów doskonalących znalazły się następujące propozycje:

(2011) Edukacja zdrowotna inwestycją na całe życie – dwukrotny grant MKO (WSSE)

(2008) Bezpieczna i Przyjazna Szkoła (MEN i CMPP-P; 3 edycje)

(2006, 2007, 2008, 2009, 2011) Pierwsza pomoc przedmedyczna; łącznie 10 edycji

(2012) Wybrane ćwiczenia metody Pilates na lekcji wychowania fizycznego

(2009, 2010, 2011, 2012) Tańce w szkole (Szkolenie prowadzone przez trenerów tańca z Fabryki Tańca IDOL w Radomiu; łącznie 7 edycji)

(2008, 2009) Aerobik na lekcjach wychowania fizycznego; (2011) Aerobik i step na lekcji wychowania fizycznego (łącznie 4 edycje) (10 – 2 edycje, 11, 09 – 2 edycje) (2 edycje;

(11)

W latach 2010 i 2011 organizowaliśmy także 30-godzinny kurs nadający nauczycielom uprawnień do prowadzenia zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy wg programu Ministerstwa Zdrowia, prowadzony przez ratowników medycznych.

Jak wspomniano, w latach wcześniejszych popularna była forma seminariów (i warsztatów), która później przekształcała się w szkolenia rad pedagogicznych:

Liczne seminaria w roku 2005 i 2006 poświęcone były przede wszystkim konstruowaniu i ewaluacji programów z edukacji ekologicznej i zdrowotnej w przedszkolu i szkole podstawowej, konstruowaniu narzędzi badawczych oraz kształtowaniu umiejętności życiowych uczniów. Dodatkowo jedno z seminariów roku 2006, współ-

organizowane przez Medyczną Szkołę Policealną w Radomiu, dotyczyło profilaktyki i wczesnej diagnostyki raka piersi, raka szyjki macicy i raka prostaty.

Inne seminaria:

(2010) Edukacja zdrowotna w szkole (4 edycje);

(2010) Konkurs „Współ w zespół - czyli zrobimy to razem” (firma AGRAF, Metro Group Asset Management. Patronat MKO)

W roku 2005 zrealizowano też 2 edycje warsztatów pn. Metody uczestniczące w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

I na koniec tego przeglądu – szkolenia rad pedagogicznych:

(2005) Konstruowanie programu z edukacji zdrowotnej

(2005, 2006, 2007, 2009) Kształtowanie umiejętności życiowych uczniów; łącznie 10 edycji.

(2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011) Pierwsza pomoc przedmedyczna; łącznie 58 edycji

(2007, 2008) Szkoła Promująca Zdrowie – model, etapy tworzenia, kryteria przynależności do sieci szkół promujących zdrowie, łącznie 4 edycje

(2011, 2012) Ruch i zdrowe żywienie w szkole (ORE, Katarzyna Stępnik - Krajowy Koordynator ds. Promocji Zdrowia w Szkole)

(2012) Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia nieustająco ważne zadania edukacyjne szkoły

Odbiorcy – nauczyciele – byli i są zainteresowani edukacją zdrowotną. Nowe poglądy, spotkania z ciekawymi ludźmi otwierają inną perspektywę na pracę w szkole. Ważnym zadaniem szkoły jest edukacja zdrowotna, której celem jest rozwijanie u uczniów postawy dbałości o zdrowie własne i innych oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu. Powinnością szkoły lub innych placówek oświatowych jest prowadzenie edukacji zdrowotnej z zachowaniem spirality. Najistotniejsza dla nauczycieli oraz ich uczniów jest realizacja treści z zakresu edukacji zdrowotnej ujętych w podstawie programowej poszczególnych przedmiotów nauczania.

W nowym podejściu do nauczania i uczenia się nauczyciele, stosując nowoczesne metody, mogą liczyć na wiele pozytywnych zmian postaw prozdrowotnych swoich wychowanków. Tu istotnym instrumentem jest proces modelowania. Najważniejszy jest model prezentowany przez dom rodzinny. Pamiętajmy, że przykład daje również sam nauczyciel, który jest źródłem wielu wzorów zachowań. Sukces bądź porażka pedagogów w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej zależy od współdziałania złożonych systemów



Urszula Kuna – wykład na temat: „Zdrowe życie warunkiem prawidłowego rozwoju i pełnej dyspozycji uczniów do uczenia się”



Prelegenci: Katarzyna Bosacka, Monika Krynicka-Gać, Agata Wolska-Adamczyk, zaproszeni goście WSSE, PSSE oraz nauczyciele



Urszula Kuna prezentuje stanowisko NIK w sprawie żywienia w szkole

biologicznych i społecznych. Organizm dziecka, ucznia jest układem otwartym, asymiluje wszystko, co dzieje się w jego środowisku.

Uczenie się zdrowia jest podstawą naszego całego życia. Edukacja zdrowotna wspiera realizację programu wychowawczego oraz programu z zakresu profilaktyki, szczególnie przez włączenie wymagań dotyczących umiejętności psychospołecznych. Systematycznie prowadzona w szkole jest najbardziej opłacalną i długofalową inwestycją w zdrowie społeczeństwa. Z przyjemnością obserwuję znaczącą frekwencję nauczycie-

li na proponowanych przeze mnie spotkaniach i w rezultacie coraz większą świadomość tego, że stan naszego zdrowia w bardzo dużej mierze zależy od nas samych.

Na stronie www.mscdn.edu.pl w zakładce „Konferencje i fotoreportaże” zostały zamieszczone informacje o niektórych ciekawych formach edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki. Szczególnie polecam:

- Aktywność fizyczna a zdrowie i rozwój człowieka
- Edukacja zdrowotna w szkole
- Współ w zespół – czyli zrobmy to razem
- Transplantacja – jestem na TAK – konferencja w Radomiu
- Transplantacja – jestem na TAK – konferencja w Koźienicach

Informacje zawierają bogaty materiał dydaktyczny, prezentacje multimedialne i galerie zdjęć. Serdecznie Państwa zachęcam nie tylko do obejrzenia, ale także do korzystania z załączonych materiałów. Publikacje te mogą być przydatne przy realizacji edukacji zdrowotnej.

Autorka jest nauczycielem konsultantem ds. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole w Mazowieckim Samorządowym Centrum Doskonalenia Nauczycieli Wydział w Radomiu

Elżbieta Marciniak, Mirosława Zgódka-Wiśniewska, Marzenna Dąbrowska

Dzięki udziałowi w programie Szkoła Promująca Zdrowie dostrzegliśmy swoje mocne strony

Kilkuletnim doświadczeniem w realizacji programu Szkoła Promująca Zdrowie może się pochwalić Szkoła Podstawowa nr 1 im. Armii Krajowej w Gostyninie oraz Zespół Szkół w Łęgu Probstwie. Zgodnie z przyjętymi założeniami, szkoły podejmują liczne działania promujące zdrowy tryb życia. Cieszą się, że ich akcje przynoszą oczekiwany skutek: dzieci i młodzież przywiązują większą wagę do tego, co jedzą, są aktywne, a ich rodzice pękają z dumy, gdy zamiast słodkiej bułki ich pociechy wolą zabrać do szkoły jabłko. O realizacji programu i jego wymiernych efektach opowiadają Elżbieta Marciniak, koordynator Szkoły Promującej Zdrowie w Szkole Podstawowej nr 1 w Gostyninie oraz Mirosława Zgódka-Wiśniewska, dyrektor, i Marzenna Dąbrowska, wicedyrektor Zespołu Szkół w Łęgu Probstwie.

Szkoła Podstawowa nr 1 w Gostyninie

Koncepcja Szkoły Promującej Zdrowie wyrosła z ogólnych założeń promocji zdrowia, rozwijanej przez Światową Organizację Zdrowia, oraz z dorobku kilku międzynarodowych konferencji poświęconych szkolnej edukacji zdrowotnej. Nie ma jednej, ogólnie przyjętej definicji takiej szkoły. Każdy kraj wypracowuje swój model Szkoły Promującej Zdrowie, w zależności od uznawanych wartości oraz własnych doświadczeń. W Polsce koncepcja Szkoły Promującej Zdrowie stale się rozwija i ulega modyfikacjom. Przyjęto, że Szkoła Promująca Zdrowie jest środowiskiem, którego społeczność nie tylko uczy się i pracuje, ale także nawiązuje kontakty z innymi, wspólnie przeżywa porażki i sukcesy, odpoczywa, bawi się itp. W związku z tym jest miejscem, w którym społeczność ma nie tylko wywiązywać się z obowiązków, ale gdzie także powinna dobrze się czuć.

Jest elementem środowiska lokalnego, miejscem, które przygotowuje młodych ludzi nie tylko do następnego etapu edukacji, ale również do życia, w tym do dokonywania „zdrowych” wyborów. Szkoła Promująca Zdrowie to szkoła tworząca warunki (fizyczne i społeczne), sprzyjające ochronie i pomnażaniu zdrowia, szkoła umożliwiająca aktywne uczestnictwo społeczności szkolnej w działaniach na rzecz zdrowia. Jest to miejsce, w którym członkowie społeczności szkolnej: pracownicy i uczniowie podejmują starania, aby poprawić swoje samopoczucie i zdrowie, uczą się, jak zdrowiej żyć i jak tworzyć zdrowe środowisko, zachęcają ludzi ze swojego otoczenia, zwłaszcza rodziców, do podjęcia podobnych starań.

Szkoła Podstawowa nr 1 im Armii Krajowej w Gostyninie realizuje program Szkoły Promującej Zdrowie od roku szkolnego 2007/2008. W ramach tego programu szkolny zespół opracował i zrealizował wraz ze społecznością szkolną następujące projekty:

Problem hałasu na przerwach

Zorganizowaliśmy kącik ciszy dla uczniów klas I-III oraz kącik relaksacyjny dla uczniów klas IV-VI, przeprowadziliśmy „Ćwiczenia ciszy”, zorganizowaliśmy konkurs na Króla i Królową Ciszy, opracowaliśmy scenariusze zajęć dotyczące hałasu. Odbyło się szkolenie dla społeczności szkolnej „Wpływ hałasu na zdrowie i układ nerwowy człowieka”.

Projekt „Zdrowe Odżywianie”

Zorganizowaliśmy Szkolny Tydzień Promocji Zdrowego Odżywiania: poniedziałek – produk-

ty zbożowe, wtorek – warzywa, środa – owoce, czwartek – nabiał, piątek – happening, w którym uczestniczyła również społeczność lokalna (szkoły, przedszkola, władze miasta i powiatu, media). Zorganizowaliśmy konkurs „Jem kolorowe warzywa i owoce”. W każdy piątek uczniowie przynosili owoce lub warzywa. Klasy, które najliczniej brały udział w tej akcji, otrzymywały na zakończenie każdego miesiąca dyplomy. Zorganizowaliśmy kąciak śniadaniowy dla uczniów klas I-III. Uczniowie biorą udział w programie „Pijmy mleko” oraz „Owoce i warzywa w szkole”. Przeprowadziliśmy również dla całej społeczności szkolnej szkolenie „Zdrowe odżywianie”. Jesteśmy współorganizatorami Festiwalu Piosenki o Zdrowiu. Nasi uczniowie mogą na lekcjach pić wodę niegazowaną, muszą to jednak czynić w sposób niezakłócający toku zajęć. Zauważyliśmy, że od tego czasu systematycznie wzrasta liczba dzieci, które piją wodę. Wiele z nich zamieniło słodkie napoje na zdrową wodę. Popularyzacja picia wody jest dla nas priorytetem.

Kształtowanie zdrowego trybu życia

Organizowaliśmy zawody sportowe, wyjścia na basen, rajdy piesze i rowerowe, opracowaliśmy zestaw zabaw i ćwiczeń śródlekcyjnych. Co roku organizujemy wywiadówkę dla rodziców dzieci z oddziałów przedszkolnych, dotyczącą gimnastyki korekcyjnej. Realizujemy wiele programów prozdrowotnych. Od roku szkolnego 2008/2009 organizujemy Festyn Szkolny. W jego przygotowanie włącza się cała społeczność szkolna. Chcemy w ten sposób przyczynić się do integracji środowiska szkolnego. Podczas festynu wspólnie bawią się i miło spędzają czas uczniowie, rodzice, pracownicy szkoły i mieszkańcy naszego miasta. Propagujemy zdrowy tryb życia: zdrową żywność i aktywność fizyczną.

W pracy nad realizacją projektów pomagały nam instytucje i organizacje zajmujące się edukacją zdrowotną, szczególnie pracownicy Szkolno-Medycznej i Powiatowej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Gostyninie. W lutym 2010 roku zostaliśmy przyjęci do Mazowieckiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. 14 lipca 2011 roku, decyzją kapituły działającej przy Kuratorium Oświaty w Warszawie, został nam przyznany Wojewódzki Certyfikat Szkoły Promującej Zdrowie. 23 listopada 2011 roku, podczas II Wojewódzkiej Konferencji Szkół Promujących Zdrowie, która odbyła się w Szkole Podstawowej nr 103 im. Bohaterów Warszawy 1939-1945, nastąpiło uroczyste wręczenie certyfikatów 15 placówkom. Certy-

fikaty wręczyła Katarzyna Góralska, Mazowiecki Wicekurator Oświaty. W imieniu naszej szkoły certyfikat odebrała dyrektor Edyta Mikulska. Jesteśmy jedyną szkołą w powiecie gostynińskim posiadającą ten certyfikat. Obecnie rozpoczęliśmy działania zmierzające do uzyskania Certyfikatu Krajowego. W roku szkolnym 2011/2012 zajęliśmy I miejsce w powiatowym konkursie na projekt promujący ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!” w środowisku szkolnym.

Realizacja programu Szkoła Promująca Zdrowie sprawiła, że uczniowie zaczęli przywiązywać większą uwagę do tego, co jadają na co dzień. Częściej zabierają drugie śniadanie z domu, jak i spożywają więcej owoców i warzyw. Poznali najważniejsze zasady żywienia. Potrafią odróżnić zdrową żywność od niewartościowego „śmieciowego” jedzenia. Również nauczyciele uznali, że realizacja programu przyczyniła się do większego zainteresowania grona pedagogicznego zdrowym odżywianiem. Zebraliśmy pozytywne opinie ze strony rodziców. Widzą oni potrzebę realizacji takiego projektu, ponieważ coraz więcej dzieci ma problem z nadwagą, a to z kolei wiąże się z chorobami w przyszłości. Rodzice zwracali uwagę, że ich dzieci zaczęły same prosić o owoce i warzywa do szkoły, nie tylko w piątki, podczas prowadzonej przez nas akcji „Piątki owocowo-warzywne”. Wytworzyła się zdrowa rywalizacja wśród klas. Uczniowie z zainteresowaniem śledzili wyniki konkursu w poszczególnych miesiącach i mobilizowali swoich kolegów i koleżanki do przynoszenia owoców i warzyw (największa rywalizacja jest wśród uczniów klas I-III). Akcję zamierzamy kontynuować w następnym roku szkolnym. Będziemy też dbać o aktywność fizyczną naszych uczniów, organizację rajdów, wycieczek, zabaw na świeżym powietrzu.

Realizacja programu przyczyniła się do kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych, wzrostu aktywności fizycznej, popularyzacji rajdów, zabaw na świeżym powietrzu, integracji społeczności szkolnej. Szkolny Zespół Szkoły Promującej Zdrowie, który realizował program, stanowi dobrze zgraną grupę, wciąż otwartą na nowe pomysły. Warto podkreślić, że do pracy nad programem Szkoły Promującej Zdrowie należy zaangażować całą społeczność szkolną (szczególnie rodziców) i wyjść ze swoimi działaniami do społeczności lokalnej.

Zespół Szkół w Łęgu Probostwie

Jak twierdził Hipokrates, mądry człowiek powinien wiedzieć, że zdrowie jest najcenniejszą

własnością i powinien uczyć się, jak sam leczyć swoje choroby. W Łęgu postanowiono zrobić więcej: uczyć, jak ich unikać.

W mazowieckiej wsi Łęg Probstwo (powiat płocki, gmina Drobin) znajduje się zespół szkół, w skład którego wchodzi szkoła podstawowa i gimnazjum. Szkoła od wielu lat podejmowała różnorodne działania w kierunku promocji szeroko rozumianego zdrowia, realizowała własne programy, aktywnie włączała się w realizację projektów innych organizacji, tworzyła klimat sprzyjający osiąganiu sukcesów, wzmacnianiu poczucia własnej wartości, dbała o bezpieczeństwo wszystkich członków społeczności szkolnej i ich rozwój fizyczny. W maju 2006 roku postanowiono zatem podsumować dotychczasowe działania i ubiegać się o Certyfikat Szkoły Promującej Zdrowie. Rozpoczęliśmy starania o przyjęcie do Mazowieckiej Sieci Szkół. Przekonaaliśmy się o słuszności stwierdzenia, że początki są trudne – Mazowiecka Sieć Szkół dopiero się tworzyła i nie było jeszcze szkoły, która posiadała ten tytuł. Stąd dobre praktyki musieliśmy tworzyć sami. W czerwcu, po wcześniejszym dokładnym zapoznaniu się z koncepcją Szkoły Promującej Zdrowie, opracowano program „Odżywiaj się zdrowo, żyj sportowo – sukces rodzinny”. Jego punkty: „My o swoje zdrowie dbamy i się zdrowo odżywiamy”, „Bezpiecznie i zdrowo – to nasza dewiza”, „Rusz się po zdrowie”, „Pracujemy razem jako partnerzy – zachowujemy się wobec siebie jak przyjaciele”, uwzględniały cztery aspekty zdrowia. W oparciu o powyższe wytyczne realizowano szereg przedsięwzięć dla całej społeczności szkolnej. Z każdym rokiem mieliśmy coraz lepsze i ciekawsze pomysły na realizację założeń Szkoły Promującej Zdrowie. Nasz koordynator ukończył szkolenie w czerwcu 2008 roku, a swoje osiągnięcia zaprezentowaliśmy licznie przybyłym gościom już 5 lutego 2009 roku. Nasze działania objęły znacznie szersze spektrum niż wymagały tego procedury. Przeprowadzono badanie czterech z pięciu standardów (w tym jednego dwukrotnie). Mimo iż nie było to konieczne, okazało się jednak przydatne do zdiagnozowania placówki i do monitorowania naszej efektywności. Certyfikat otrzymaliśmy 7 października 2009 roku.

Bardzo istotną zmianą, która nastąpiła dzięki realizacji programu, było zwiększenie świadomości dotyczącej zdrowia. Zdrowe odżywianie stało się bardziej popularne dzięki warsztatom i podejmowanym akcjom (mleko i jabłko cieszyły się dużym powodzeniem, mimo iż mieszkamy na wsi). Znalazło to swoje odzwierciedlenie w sklepiku szkolnym. Może nie jest jeszcze tak, jak by-

śmy sobie życzyli, ale pojawienie się soków naturalnych, zdrowej żywności i następnie zakup ich przez uczniów jest wymiernym efektem naszych oddziaływań. Odbyło się więcej apeli, zajęć na temat zagrożeń uzależnień, agresji. Uczniowie, po wejściu do klasy, sami zwracają uwagę na – bardzo prozaiczne wbrew pozorom – usadzenie w ławkach.

Realizacja zadań nie byłaby możliwa bez współpracy całej społeczności szkolnej. Pojawiły się nowe metody pracy w naszej szkole – nie tylko udział w uroczystościach, ale i wspólne diagnozowanie, rozmowy, dyskusje na temat sytuacji, modyfikacja profilu szkoły. Nauczyciele również rozwinęli swoje umiejętności. Zdrowie to temat, którym zawsze się zajmowano, ale dzięki skumulowaniu zadań niezbędna była współpraca. Na początku konieczny był przydział zadań, ale przy realizacji kolejnych projektów nauczyciele przejmowali inicjatywę i sami wychodzili z pomysłami.

Poszerzono ofertę szkoły. Oprócz zajęć dodatkowych, z uczniami o specyficznych potrzebach (powstały programy indywidualne), wzięliśmy udział w kilku nowych programach zewnętrznych („Ale akcja”, „Uwierz w siebie”, „Ratujmy i uczmy ratować”, „Uczniowie z klasą”, „Trzymaj formę”). Wypracowano również własną, atrakcyjną formę realizacji zadań o charakterze prozdrowotnym – skumulowanie działań w jednym dniu lub tygodniu („BEZA – tydzień bez agresji”, Szkolny Dzień Promocji Zdrowia, Festyn Pokoleń, Dzień Dziecka).

Poszerzono współpracę z innymi podmiotami, organizacjami. Efektami tego były m.in. rozpoznawalność placówki, nagradzanie naszych szkolnych organizacji, odznaczenia dyrekcji (np. przez ZHP). Widzimy również większy udział innych placówek w naszych działaniach, jak też wspólne podejmowanie nowych zadań (Sieć Szkół).

Mocną stroną placówki jest z pewnością współpraca z rodzicami. Pozyskanie tej grupy społeczności szkolnej jest konieczne, żeby mówić o wymiernych efektach realizacji każdego programu, a tym bardziej Szkoły Promującej Zdrowie. Rodzice są zapraszani i uczestniczą w uroczystościach szkolnych. Sprawują opiekę podczas dyskotek, biwaków, wycieczek. Czytają książki w Dniu Głośnego Czytania, Dniu Pluszowego Misia. Są proszeni o wzięcie udziału w diagnozowaniu placówki. Przygotowują również wiele smaczných, zdrowych dań na imprezy szkolne. Staramy się doceniać ich za działalność na rzecz szkoły, toteż z przyjemnością wręczamy listy, po-

dziękowania, honorujemy tytułami Przyjaciół Szkoły, tabliczkami w ramach akcji Święto Drzewa, podczas której sadzą pamiątkowe drzewa.

Inną, również mocną stroną jest wypracowanie własnych, innowacyjnych rozwiązań, uwzględniających nowe trendy w oświacie. Przykładami są projekty, podczas których zostały skumulowane działania o charakterze prozdrowotnym (ww. „BEZA – tydzień bez agresji”, Szkolny Dzień Promocji Zdrowia, Festyn Pokoleń, „Jesienny bieg po zdrowie”). Ciekawe, naszym zdaniem, są także zajęcia czy warsztaty dla rodziców, podczas których mogą współpracować ze swoimi dziećmi lub obserwować je.

Nasze działania dotyczące promowania koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie są ustawiczne, tak jak powinno się dbać o zdrowie. Widzimy też efektywność pracy – pierwsze miejsce w województwie w konkursie na projekt edukacyjny promujący aktywne uczestnictwo rodziców w re-

alizacji programu edukacyjnego „Trzymaj formę!” w roku szkolnym 2010/2011, dzielenie się przykładami dobrych praktyk na konferencjach o zasięgu ogólnopolskim, wyniki ewaluacji zewnętrznej. Motywuje to nas do doskonalenia jakości pracy, naszym zamiarem jest bowiem staranie się o krajowy certyfikat.

Najcenniejszą jednak wartością pozostaje zdrowie, a realizując taki program, dbamy o wszystkie jego aspekty – fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy – wśród całej społeczności szkolnej.

Elżbieta Marciniak jest koordynatorem Szkoły Promującej Zdrowie w Szkole Podstawowej nr 1 w Gostyninie

Mirosława Zgódka-Wiśniewska jest dyrektorem Zespołu Szkół w Łęgu Probostwie

Marzena Dąbrowska jest wicedyrektorem Zespołu Szkół w Łęgu Probostwie

*Według lekarzy jedynym sposobem utrzymania zdrowia jest jedzenie tego,
na co się nie ma chęci, picie tego, czego się nie lubi i robienie tego,
czego by się wolało nie robić.*

Mark Twain

Prof. dr hab. Jadwiga Charzewska
Dr Katarzyna Wolnicka

Szwajcarsko-Polski Program Współpracy „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej”

Projekt KIK/34

1. Wprowadzenie

W roku 2011, w wyniku umowy podpisanej w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy (SPPW), rozpoczęto przygotowania do realizacji Projektu KIK/34 pt. „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej”.

Środki udostępniane w ramach SPPW umożliwiają ogólnopolską promocję zdrowego stylu życia, edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób niezakaźnych i zakaźnych. Środki z programu wspierają również opiekę społeczną w regionach zmarginalizowanych, aby zniwelować istniejące nierówności.

Głównym wykonawcą projektu KIK/34 jest Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr. med. Aleksandra Szczygła w Warszawie, który we współpracy z partnerami: Akademią Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Instytutem Pomnikiem Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie i Polskim Towarzystwem Dietetyki realizują w latach 2011-2017 ten ogólnopolski projekt edukacyjny.

Potrzeba realizacji projektu wynikała z wcześniej opracowanej diagnozy sposobu żywienia i stanu odżywienia oraz poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa polskiego w latach 1960-2005¹. Diagnoza ta dobitnie wykazała, że również w naszym kraju, podobnie jak w innych, najważniejszymi czynnikami ryzyka rozwoju złego stanu zdrowia społeczeństwa są: niewłaściwe żywienie i brak odpowiedniej aktywności fizycznej. Wyniki diagnozy okazały się dramatyczne. Od co najmniej 30 lat obserwujemy w Polsce wzrost nasilenia otyłości i nadwagi. Obecnie co druga osoba dorosła i co piąte dziecko ma nadmierną masę ciała (nadwagę lub otyłość).

Otyłość nie jest obojętna dla zdrowia, gdyż nie jest to, jak dawniej sądzono, defekt kosmetyczny, lecz groźna przewlekła choroba spowodowana nadmiernym zwiększeniem tkanki tłuszczowej. Otyłość sama w sobie jest trudną do leczenia chorobą, która dodatkowo przyczynia się do rozwoju wielu innych przewlekłych chorób niezakaźnych, głównych przyczyn zgonów Polaków. Otyłość zwiększa ryzyko rozwoju wielu chorób: sercowo-naczyniowych, zespołu metabolicznego, cukrzycy typu 2, większości nowotworów złośliwych (piersi, jelita grubego, macicy), kamicy pęcherzyka żółciowego, bezdechu nocnego, zwyrodnienia stawów, stłuszczenia wątroby i wielu innych.

¹ Jarosz M. [red.] *Otyłość, żywienie, aktywność fizyczna, zdrowie Polaków. Diagnoza stanu odżywienia, aktywności fizycznej i żywieniowych czynników ryzyka otyłości oraz przewlekłych chorób niezakaźnych w Polsce (1960-2005)*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2006.

Jak oszacowano, otyłość nie tylko generuje indywidualne wydatki związane z jej leczeniem i z komplikacjami zdrowotnymi z nią związanymi, lecz zwiększa o co najmniej 10% wydatki na ochronę zdrowia.

Sytuacja związana z epidemią otyłości w Polsce nie odbiega od problemów zdrowia publicznego w skali międzynarodowej. Globalizm tego typu zagrożeń był podstawą ogłoszenia przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w roku 2004 „Globalnej Strategii dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia”, w której uznano, że jedyną drogą do zmniejszenia zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne we współczesnych społeczeństwach jest poprawa żywienia oraz zwiększenie poziomu aktywności fizycznej. Priorytetem stała się profilaktyka nadwagi i otyłości jako groźnej choroby, sprzyjającej rozwojowi wielu innych schorzeń skracających życie współczesnemu człowiekowi. Zatem zwalczanie otyłości przyniesie wymierne efekty w postaci zmniejszenia nasilenia chorób jej towarzyszących.

Omawiany projekt KIK/34, podjęty w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, jako główny cel postawił przed sobą promocję zdrowego stylu życia, w tym zapobieganie rozwojowi nadwagi i otyłości oraz innym chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa mającą na celu prozdrowotne zmiany żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej.

Realizacja celu zaplanowana została w sposób kompleksowy w pięciu zadaniach. Działalność edukacyjna programu będzie rozpoczynała się od zadania 1, ukierunkowanego na najwcześniejsze fazy życia człowieka, poczynając od okresu płodowego. Przeprowadzone w kraju badania kobiet ciężarnych wykazały bowiem wielką potrzebę ich edukowania w zakresie prawidłowego żywienia, aktywności ruchowej i uświadomienia im szkodliwości częstych zachowań ryzykownych. Tę wczesną profilaktykę program będzie realizował w zadaniu nr 1, zatytułowanym: „Żywnościowa promocja zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki nadwagi i otyłości wśród kobiet w ciąży i matek karmiących oraz zbadanie jej wpływu na wybrane parametry stanu odżywienia”.

Kolejne grupy wiekowe, które będą objęte promocją zdrowego stylu życia, to dzieci i młodzież na wszystkich poziomach edukacji, od przedszkola do 18 roku życia. Na tej grupie demograficznej koncentruje się zadanie nr 2, pod nazwą: „Edukacja i wdrażanie zasad prawidłowe-

go żywienia i aktywności fizycznej w przedszkolach, szkołach: podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych oraz ocena wpływu tej edukacji na sposób żywienia, stan odżywienia, aktywność fizyczną i poziom wiedzy dzieci i młodzieży”.

Zadanie nr 3 to nie tylko promocja zdrowia i prewencja pierwotna nadwagi i otyłości, lecz włączenie prewencji wtórnej, skierowanej do osób otyłych i z nadwagą oraz do osób w wieku podeszłym i niepełnosprawnych. Osoby odchodzące z pracy zmieniają często swój styl życia na antyzdrowotny. W Polsce jest to duża liczba osób. Właściwa edukacja może zapobiec ich stopniowej degradacji fizycznej i umysłowej. Zadanie to zatytułowano: „Wdrażanie zasad racjonalnego stylu życia wśród osób z nadwagą i otyłością w systemie ochrony zdrowia w Polsce”.

W naszym społeczeństwie poziom wiedzy o składzie i wartości odżywczej produktów żywnościowych i o tym, jak korzystać z opisów znakowania żywności, nie jest zadowalający. Informacje podawane przez producentów na opakowaniach produktów są niezrozumiałe i nie spełniają roli, jaką powinny pełnić w planowaniu prozdrowotnego wyboru żywności. Zadanie 4 ma na celu upowszechnianie tej wiedzy: „Upowszechnianie wiedzy o składzie i wartości odżywczej żywności, oświadczeniach żywieniowych i zdrowotnych oraz znakowaniu żywności celem wpływu na kształtowanie racjonalnych wyborów produktów spożywczych”.

Wszystkie zadania projektu będą wspomagane zadaniem 5, realizującym kampanię medialną w całym kraju: „Kampania medialna na rzecz zmniejszania nadwagi i otyłości w Polsce w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy”.

Projekt KIK/34, realizując kompleksowo pięć wytyczonych zadań, pozwala na dotarcie z programami edukacji do grup demograficznych uznanych za najpilniej potrzebujące zintensyfikowanej edukacji. Wśród nich jest grupa szczególna, najważniejsza, to dzieci i młodzież w przedszkolach i szkołach. Instytucje te są uznane za najlepsze miejsca dla promocji i edukacji zdrowego stylu życia, co udokumentowano w wielu programach edukacyjnych w innych krajach. Udowodniono także, że wdrożenie poprawnych nawyków żywienia i aktywności ruchowej procentuje lepszą sprawnością fizyczną i umysłową dzieci, dobrym stanem rozwoju i obecnym zdrowiem, a także zdrowiem odroczonym, w życiu

dorosłym. Toteż we wszystkich programach edukacyjnych wielką wagę przywiązuje się do działań promocyjnych, skierowanych do dzieci i młodzieży. Takim działaniom poświęcono zadanie 2 Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

2. Cel i założenia zadania 2

„Edukacja i wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej w przedszkolach, szkołach: podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych oraz ocena wpływu tej edukacji na sposób żywienia, stan odżywienia, aktywność fizyczną i poziom wiedzy dzieci i młodzieży”.

Podjęcie się przez Instytut Żywności i Żywienia wspólnie z partnerem, Akademią Wychowania Fizycznego w Warszawie, realizacji zadania 2 w projekcie KIK/34 jest w pełni uzasadnione. Częstość występowania otyłości u dzieci i młodzieży w Polsce, według międzynarodowej klasyfikacji (porównywalnej z danymi z innych krajów), do niedawna nie przekraczała 5% i jest to odsetek niższy niż w Wielkiej Brytanii, USA czy w Niemczech. Jest to zatem najlepszy moment w naszym kraju, aby zapobiegać rozwojowi otyłości, by zahamować trendy wzrastające i uniknąć błędów, jakie popełniono w krajach, gdzie otyłości w wieku rozwojowym jest znacznie więcej. W Polsce wykazano bowiem, że w ostatnich trzydziestu latach otyłość u chłopców wzrosła trzykrotnie, a u dziewcząt nawet dziesięciokrotnie². Wzrost średniej względnej masy ciała (wskaźnik BMI) u młodzieży w ostatnim dziesięcioleciu wykazała również w swoich badaniach M. Kaczmarek i współpracownicy³. Rozwojowi otyłości sprzyja duży odsetek dzieci wykazujących stany przedotyłościowe w postaci nadwagi. Międzynarodowa organizacja IOTF również zwróciła uwagę na tempo wzrostu nasilenia otyłości, które w Polsce jest obecnie wyższe niż w wielu innych krajach. Wzrastającemu trendowi otyłości i nadwagi sprzyja bierny fizycznie styl życia młodzieży. Jak wykazano w międzynarodowym badaniu HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National Study*), w Polsce blisko 80% młodzieży szkolnej wykazuje niedobór aktywności fizycznej⁴. Dodatkowo spadek uczestnictwa w różnych formach aktywności ruchowej jest wśród polskiej młodzieży większy niż w innych krajach europejskich. Oprócz braku optymalnej

aktywności ruchowej, w dietach młodzieży występuje wiele nieprawidłowości żywieniowych, co stwarza, w odroczonej czasie, zwiększone ryzyko rozwoju wielu chorób przewlekłych. Spośród najważniejszych wad żywienia wymienić można: nieregularność w spożywaniu posiłków, brak posiłku podczas pobytu w szkole, za małe spożycie warzyw i owoców oraz mleka i produktów mlecznych, zakupy w sklepikach szkolnych żywności „śmieciowej”, co w sumie przekłada się na zbyt dużą zawartość w całodziennych dietach: tłuszczu, cukru, sodu, fosforu, a zbyt małą wapnia, żelaza, witamin D, B₁ i B₂.

Sytuacja dzieci i młodzieży dotycząca żywienia i poziomu aktywności fizycznej jest alarmująca, dlatego za główny cel zadania 2 przyjęto: „Wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży poprzez kształtowanie prozdrowotnych postaw, i w konsekwencji, zapobieganie rozwojowi nadwagi i otyłości oraz innym chorobom przewlekłym”.

Program zadania 2 został objęty patronatem Ministra Edukacji Narodowej Krystyny Szumilas.

Program będzie realizowany we wszystkich szesnastu województwach. Pracę na terenie każdego z województw organizować będą wyłonieni w ogólnopolskim konkursie koordynatorzy wojewódzcy. W pierwszych latach działalności program obejmie po 100 placówek edukacyjnych w każdym województwie (25 przedszkoli, 25 szkół podstawowych, 25 gimnazjów i 25 szkół ponadgimnazjalnych). W następnych latach będzie realizowany w kolejnych, chętnych do uczestniczenia w nim placówkach.

Udział w programie zadania 2 jest dobrowolną inicjatywą, dającą możliwość spontanicznego przyłączenia szkoły lub przedszkola do programu, co jest nobilitacją dla szkoły i realną korzyścią dla niej. Szkoła otrzymuje jako pierwsza materiały edukacyjne, przeznaczone tylko dla niej i niedostępne dla ogółu szkół i przedszkoli, m.in. z zakresu żywienia i aktywności fizycznej, skierowane do szkoły i pomagające docierać do uczniów i rodziców w celu poprawy żywienia i aktywności fizycznej, plakaty edukacyjne, materiały edukacyjne dla rodziców, informacje na stronach WWW w postaci zakodowanej tylko dla uczest-

² Charzewska J., Chabros E. *Dlaczego młodzieży zagraża otyłość?* Roczniki Warszawskiej Szkoły Zdrowia, R. X, Warszawa 2010, s. 25-36.

³ Kaczmarek M., Cieślik J., Hanć T., Durda M., Skrzypczak M. *Characteristics of adolescent physical growth-results of the ADOPOL-NOR project* [w:] Kaczmarek M. [ed.] *Health and Well-Being in Adolescence*, Poznań 2011, s. 89-110.

⁴ Mazur J. [red] *Wyniki badań HBSC 2010, Społeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*, IMiD, Warszawa 2011.

ników, i inne, dostępne dla wszystkich zainteresowanych. Program realizuje wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące poprawy żywienia i aktywności fizycznej uczniów i Komisji Europejskiej zawarte w Białej Księdze.

Każda szkoła/przedszkole, która chce przystąpić do programu i osiągnąć status Szkoły (Przedszkola) Przyjaznej Żywieniu i Aktywności Fizycznej, musi spełniać pewne, dostosowane do sytuacji placówki, kryteria.

Zostały one opracowane osobno dla przedszkoli i szkół podstawowych, gimnazjów oraz szkół ponadgimnazjalnych i mają za zadanie ułatwić placówkom podjęcie konkretnych działań na swoim terenie.

Podejście do realizacji niniejszego zadania uznane jest za nowatorskie, jest w nim bowiem zawarta propozycja rozwiązań systemowych, polegających między innymi na:

- umotywowaniu szkół i przedszkoli poprzez proponowaną w trakcie realizacji programu pomoc oraz Certyfikację Szkoły (Przedszkola) Przyjaznej Żywieniu i Aktywności Fizycznej,
- całościowym wdrażaniu programu, którego uczestnikami będą: środowisko szkolne, rodzice, władze samorządowe i społeczność lokalna,
- stałym przygotowywaniem przez Instytut Żywności i Żywienia i Akademię Wychowania Fizycznego w Warszawie materiałów pomocniczych dla nauczycieli, dyrektorów szkół, organizatorów żywienia i rodziców,
- monitorowaniu wdrażania programu w celu ewentualnej korekty w trakcie realizacji.

Zadanie 2 zakłada między innymi uzyskanie takich rezultatów, jak: poprawę wiedzy dzieci i młodzieży na temat prawidłowego żywienia i roli aktywności fizycznej, zmianę nawyków żywieniowych z niepożądanych na pożądane, zwiększenie udziału uczniów w obowiązkowych zajęciach wychowania fizycznego lub/i pozaszkolnych formach aktywności fizycznej, zorganizowanie w szkołach miejsc do spożywania posiłków itp.

Szkoła, która pomyślnie wdroży program zgodnie z opracowanymi kryteriami, otrzyma

Certyfikat Szkoły (Przedszkola) Przyjaznego Żywieniu i Aktywności Fizycznej pod patronatem Ministra Edukacji Narodowej i Programu Szwajcarsko-Polskiej Współpracy oraz realizatorów zadania, Instytutu Żywności i Żywienia i Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie.

Motywacją do udziału w programie polskich przedszkoli i szkół są doświadczenia innych krajów, które odniosły sukces w postaci poprawy stanu zdrowia swoich społeczeństw i wykazały, że edukacja zdrowotna w szkole to udowodniona i najbardziej opłacalna inwestycja w zdrowie społeczeństwa, a koszty edukacji są niewspółmiernie niższe od kosztów leczenia chorób i inwalidztwa. W Finlandii program edukacyjny, realizowany od lat 80., polegał głównie na racjonalizacji żywienia i zwiększeniu aktywności fizycznej, co spowodowało wydłużenie przeciętnego życia Finów o 10 lat i zmniejszenie umieralności spowodowanej chorobami sercowo-krążeniowymi o 79%, a udarami mózgu o 73%. Międzynarodowe badania INTERHEART, prowadzone w 52 krajach, i INTERSTROKE, w 22 krajach, wykazały, że ryzyko występowania zawałów i udarów zmniejszały dwa najważniejsze czynniki: racjonalne żywienie (codzienne spożywanie owoców i warzyw) oraz regularna aktywność fizyczna.

Tę współczesną wiedzę o czynnikach, które mogą zapewnić młodemu pokoleniu dłuższe i zdrowsze życie, jesteśmy wszyscy zobowiązani przekazać dzieciom, młodzieży i ich rodzicom. Edukacja zdrowotna bowiem jest niezbywalnym prawem każdego dziecka, gdyż to w dzieciństwie kształtują się i utrwalają nawyki żywieniowe i związane z aktywnością fizyczną.

Jadwiga Charzewska jest kierownikiem Samodzielnej Pracowni Epidemiologii i Norm Żywienia w Instytucie Żywności i Żywienia

Katarzyna Wolnicka jest pracownikiem Zakładu Dietyki i Żywienia Szpitalnego z Kliniką Chorób Metabolicznych w Instytucie Żywności i Żywienia w Warszawie, pełni funkcję Kierownika Pracowni Żywienia Dzieci i Młodzieży w Szkole

Hanna Drzewiecka-Krawczyk

Czy można odbić się od dna? O pokonywaniu niepomyślności losu w świetle koncepcji *resilience*

Koncepcja *resilience*, choć jest jeszcze stosunkowo mało popularna i rzadko gości w rzeczywistości polskich szkół i placówek oświatowych, stanowi interesujący pomysł ochrony dzieci i młodzieży przed zagrożeniami oraz wspierania ich właściwego rozwoju.

W języku polskim, w odniesieniu do człowieka, termin *resilience* oznacza odporność, regenerację sił, dobre przystosowanie, pozytywną adaptację. W literaturze przedmiotu możemy również spotkać się z definiowaniem *resilience* jako umiejętności „odbijania się od dna”¹.

Resilience jako wieloczynnikowy proces i splot czynników chroniących

Koncepcja uwzględnia wzajemny wpływ czynników ryzyka i mechanizmów chroniących (mających interakcyjny charakter) na rozwój i zachowanie człowieka, jego kompetencje i umiejętności życiowe oraz zdrowie psychiczne. Teoria *resilience* wyjaśnia jedyne w swoim rodzaju zjawisko pozytywnej adaptacji życiowej i psychospołecznej dzieci i nastolatków wychowujących się w niekorzystnych warunkach środowiskowych, narażonych na traumatyczne przeżycia i zdarzenia, chroniczny stres czy niedolę losu. Ma ona swoje zastosowanie w określonych rodzajach sytuacji: utrzymywania się pozytywnej adaptacji

człowieka mimo silnie stresujących doświadczeń i czynników ryzyka obciążających jednostkę oraz w takich stanach rzeczy, w których dochodzi do powrotu człowieka do równowagi i odbicia się od dna po traumatycznych przeżyciach². Fenomen ten znalazł odzwierciedlenie w rezultatach badań prowadzonych przez E. Wernera nad dziećmi wychowującymi się w niekorzystnych warunkach, np. w rodzinach z problemem alkoholowym, w chronicznej biedzie, w środowisku zagrożonym marginalizacją. Wyniki badań ujawniły, że spora grupa tychże dzieci cieszyła się w swym dalszym życiu stosunkowo dobrym zdrowiem, posiadała adekwatne do wieku umiejętności życiowe, a w okresie pełnej dojrzałości podejmowała trafne decyzje i odnosiła sukcesy³. To dowód na to, że czynniki i mechanizmy chroniące mogą budować odporność, wzmacniać człowieka w obliczu przeciwności losu, dodawać sił i otuchy, zwiększać poczucie dobrostanu, stanowić solidny filar sprzyjający zdrowemu, korzystnemu rozwojowi młodych ludzi.

Należy jednak podkreślić, że *resilience* nie jest ani stałą cechą jednostek, ani gwarantem nadzwyczajnej, magicznej odporności chroniącej osobę przed wszystkim i w każdej sytuacji.

Ann Masten przekonuje, że procesy *resilience* dotyczą zwykłego rozwoju dzieci i młodzieży, a nie tylko grup dzieci narażonych na ekstremal-

¹ Borucka A., Pisarska A. *Pozytywna adaptacja dzieci i młodzieży z grup ryzyka. Koncepcja „resilience”* (www.metis.pl/remository/Ite-mid,30/func,fileinfo/id,364/).

² Ostaszewski K. *Czynniki chroniące i wspierające rozwój dzieci i młodzieży*, IV Forum Profilaktyki, METIS, Chorzów, 11 lutego 2009 (www.zks.nq.pl/pedagog/czynniki.pdf).

³ Ibidem.

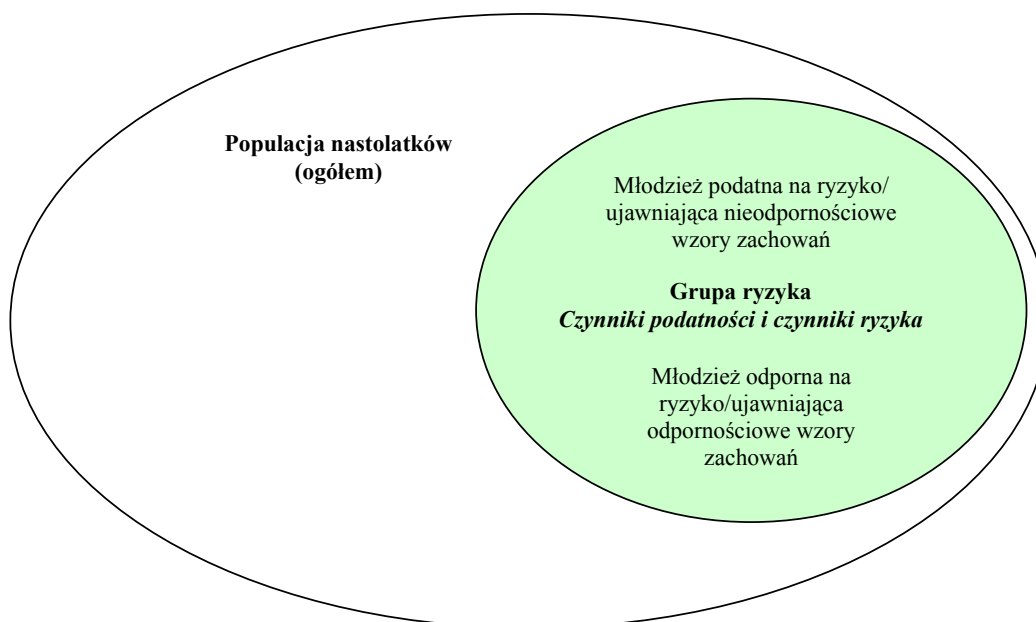
⁴ Borucka A., Ostaszewski K. *Rodzinne czynniki ryzyka a zachowania ryzykowne i zdrowie psychiczne gimnazjalistów z Warszawy* [w:] Deptuła M. [red.] *Profilaktyka w grupach ryzyka. Diagnoza*, Cz. I, PARPA, Warszawa 2010, s. 7-9.

nie trudne warunki życia lub wyjątkowo niekorzystne koleje losu⁴.

Aktualnie badacze zajmujący się procesem *resilience* uważają, że splot trzech i więcej niesprzyjających okoliczności i niepomyślnych uwarunkowań zwiększa ryzyko niekorzystnego rozwoju: może znacząco zagrozić właściwemu przystosowaniu się jednostki do życia, obniżyć jej odporność psychiczną, nasilić problemy emocjonalne, zaburzyć zachowanie, pociągnąć za sobą nieprzystosowanie społeczne. Stąd też niektóre dzieci i młodzież mogą być bardziej podatni na działanie czynników ryzyka, inni zaś w mniejszym stopniu będą narażeni na ich negatywne efekty.

Na przykład dzieci i młodzież z niskim ilorazem inteligencji, doświadczające długookresowych przeciwności losu czy dezorganizacji życia społecznego, są bardziej podatni na wystąpienie zakłóceń w pozytywnym przystosowaniu się (wystąpienie zaburzeń emocjonalnych i/lub zaburzeń zachowania) w stosunku do dzieci wywodzących się z tego samego, zaburzonego albo zagrożonego marginalizacją środowiska, ale dysponujących wyższym poziomem inteligencji. Takie przykłady można by mnożyć.

Rys. 1. Kluczowe pojęcia w odniesieniu do ogólnej populacji młodzieży i grupy ryzyka⁵



Resilience – nurtujące pytania

W tym kontekście niezwykle frapujące jest poszukiwanie odpowiedzi na następujące pytania:

- Jak wyjaśnić dobre funkcjonowanie jednostki mimo niepomyślności losu? W jaki sposób dochodzi do skompensowania i/lub neutralizacji czynników ryzyka?
- Jak wytłumaczyć fakt, że niektórzy ludzie dobrze radzą sobie z niekorzystną sytuacją życiową i traumą, które u innych powodują zwątpienie, rozpacz, załamanie i bywają przyczyną całkowitej utraty nadziei?
- Co niektórym ludziom daje siłę do walki w niesprzyjającym biegu życiowych wydarzeń? Co wzmacnia ich odporność na ryzyko, co jest zasobem?

Modele *resilience*, oś koncepcji *resilience*

Próba odpowiedzi na powyższe kwestie są założenia przyjęte w trzech modelach *resilience*.

Pierwszy model, uodparniania na ryzyko, zakłada, że umiarkowany poziom ryzyka może

⁵ Schemat inspirowany artykułem A. Boruckiej i K. Ostaszewskiego *Pokonać przeciwności losu – koncepcja „resilience”*, *Remedium* nr 7-8(185). Patrz także: www.edukacja.warszawa.pl/plik.php?id=3505

uodparniać i przygotowywać jednostkę do nowych i trudniejszych wyzwań. W drugim, skoncentrowanym na redukowaniu ryzyka, szczególne znaczenie przypisuje się czynnikom chroniącym, które wchodząc w interakcję z czynnikami ryzyka, redukują ich wpływ na zachowanie, stają się tarczą ochronną, buforem, zapasem. Ostatni

model, równoważenia ryzyka, eksponuje bezpośrednio oddziaływanie czynników chroniących na zachowanie jednostki, równoważąc bądź kompensując wpływ czynników ryzyka⁶. Dzięki temu jednostka ma szansę na dobre przystosowanie mimo występujących zagrożeń.

Katalog przykładowych znaczących czynników chroniących, wzmacniających procesy *resilience*, prezentuję w poniższej tabeli⁷.

Czynniki chroniące	
Cechy indywidualne	<ul style="list-style-type: none"> • poczucie własnej wartości, adekwatna samoocena • optymizm, pogodne usposobienie, towarzyskość • poczucie sprawstwa, własnej skuteczności • wysoki poziom inteligencji, duże możliwości poznawcze • zdolności uczenia się, właściwe zasoby werbalne • potrzeba osiągnięć, wysokie aspiracje edukacyjne • posiadanie marzeń, planów i celów życiowych • umiejętności społeczne i komunikacyjne, asertywność, umiejętność rozwiązywania problemów, radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych, umiejętności planowania • kontrola impulsów, właściwa identyfikacja emocji i uczuć, radzenie sobie z emocjami • normatywne przekonania • uzdolnienia i talenty
Czynniki rodzinne	<ul style="list-style-type: none"> • spójność i pełna struktura rodziny • wysoki status socjoekonomiczny rodziny, dobra sytuacja materialna, wysoki poziom wykształcenia rodziców • więzi pomiędzy członkami rodziny, harmonijne relacje z osobami mającymi dla dziecka znaczenie • wsparcie emocjonalne w rodzinie, czułość, troska, przyjazny klimat w rodzinie • przywiązanie i utrzymywanie bliskich relacji w rodzinie • bezpieczna więź z rodzicami, rodzeństwem • właściwa komunikacja interpersonalna, dobre porozumiewanie się rodziców z dzieckiem • wprowadzenie i konsekwentne przestrzeganie zasad rodzinnych • system jasnych oczekiwań rodziców, stawianie granic • monitorowanie przez rodziców czasu wolnego dziecka • wspólne spędzanie czasu wolnego • wzmacnianie i nagradzanie • zaangażowanie w sprawy szkolne dziecka
Czynniki zewnętrzne (środowiskowe)	<ul style="list-style-type: none"> • posiadanie mentora, wsparcie tzw. „dobrego, kompetentnego dorosłego” – oparcie w zaufanej osobie • przynależność do organizacji o charakterze prospołecznym, charytatywnym • zaangażowanie w konstruktywną działalność • bezpieczne i przyjazne sąsiedztwo, środowisko niezagrożone marginalizacją • udział w praktykach religijnych • brak ekspozycji na negatywny przekaz medialny • dostęp do infrastruktury sportowej, opieki medycznej, ośrodków rekreacji
Czynniki szkolne	<ul style="list-style-type: none"> • dobry klimat społeczny szkoły, niska anonimowość • wsparcie ze strony nauczycieli, pozytywny stosunek do nauczycieli • doświadczanie pozytywnych wzmocnień • poczucie więzi ze szkołą • jasno określone zasady i granice życia szkolnego • autorytet szkoły, dobra reputacja placówki • bogata oferta konstruktywnych zajęć pozalekcyjnych
Czynniki rówieśnicze	<ul style="list-style-type: none"> • relacje z rówieśnikami akceptującymi normy społeczne, z aspiracjami edukacyjnymi, z przyjętym systemem zachowań prospołecznych • przynależność do konstruktywnych grup młodzieżowych • dobre funkcjonowanie w grupie odniesienia, akceptacja grupy rówieśniczej • brak modelowania przez rówieśników ryzykownych zachowań, normy przeciwnie picia alkoholu i sięganiu po narkotyki • trwale przyjaźnie, wsparcie emocjonalne kolegów

⁶ Borucka A., Ostaszewski K. *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*, Medycyna Wieku Rozwojowego 2/XII, Cz. 1.

⁷ Opracowanie własne inspirowane zagadnieniami zawartymi w raporcie autorstwa K. Ostaszewskiego, A. Rusteckiej-Krawczyk i M. Wójcik *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów*. Patrz: www.ipin.edu.pl/0211.htm

Uzupełnieniem powyższych modeli jest propozycja M. Ruttera, który opisuje cztery mechanizmy modyfikowania wpływu ryzyka na ludzkie zachowanie: redukcję wpływu ryzyka, zmianę ekspozycji na działanie czynników ryzyka, przetrwanie łańcucha negatywnych zdarzeń, wzmacnianie samooceny i poczucia skuteczności. W tej perspektywie *resilience* jest tym, co przerywa drogę do powstania i narastania zachowań problemowych oraz zapobiega pojawieniu się psychopatologii i dysfunkcji rozwojowych.

Wzmacnianie zasobów chroniących dzieci i młodzież

W świetle powyższych rozważań krzepiącą myślą jest możliwość praktycznego wykorzystania czynników chroniących i różnych ścieżek modyfikowania ryzyka w działaniach profilaktyczno-wychowawczych i korekcyjno-kompensacyjnych prowadzonych przez wychowawców, nauczycieli, specjalistów, terapeutów względem dzieci i młodzieży narażonej na działanie silnych czynników ryzyka, w celu zapewnienia im prawidłowego rozwoju i stworzenia warunków do zachowania zdrowia psychofizycznego.

Ukierunkowanie oddziaływań na rozwijanie mocnych stron i zasobów może uodpornić młodego człowieka na działanie różnorodnych czynników ryzyka i przygotować go do życia w świecie współczesnych zagrożeń. Stanowi również wsparcie psychospołecznego rozwoju młodego pokolenia. Uzmysławia środowisku oświatowemu, że przy odpowiednim podejściu

jest ono mocnym zasobem chroniącym dzieci i nastolatków.

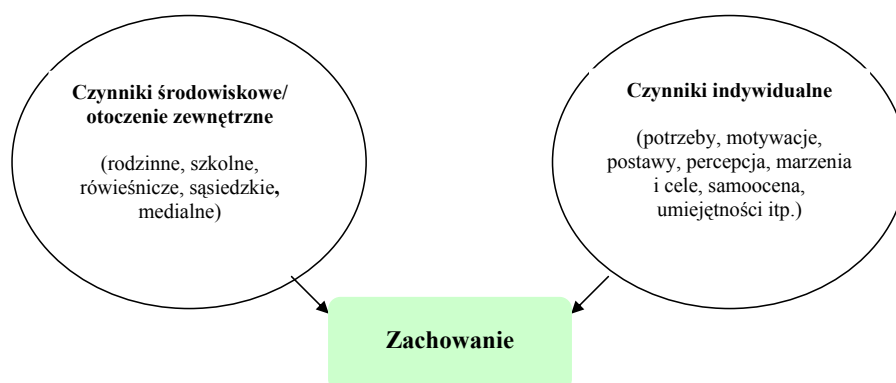
Badania nad ludzkim zachowaniem dowodzą, że zależy ono zarówno od czynników indywidualnych, jak i od wpływu środowiska zewnętrznego. Zależność tę można przedstawić w schematyczny sposób (rysunek 2).

Odkrycie *resilience*, wysuwającej na pierwszy plan czynniki i mechanizmy chroniące, które dają podnieść się jednostce po ciężkich, stresujących doznaniach, stanowi doskonale zaplecze do konstruowania programów promocji zdrowia i korygowania zaburzeń opartych na wykorzystaniu zasobów i czynników chroniących. K. Ostaszewski widzi możliwość obszernego zastosowania *resilience* na gruncie profilaktyki pozytywnej⁹.

Jednocześnie *resilience* jest nurtem dobrze rokującym na przyszłość, dającym nadzieję na skuteczne redukcowanie czynników ryzyka poprzez: zaspokajanie potrzeb, korygowanie urazów, modelowanie postaw społecznie pożądanych, wzmacnianie kompetencji i umiejętności życiowych uczniów, budowanie wspierającej relacji z mentorami i osobami mającymi znaczenie oraz umacnianie pozytywnych cech ich najbliższego środowiska¹⁰.

W takim ujęciu *resilience* będzie zatem również zespołem umiejętności służących poradzeniu sobie z problemami, z silnym stresem, tworzeniu i podtrzymywaniu więzi społecznych czy powrotu do dobrego funkcjonowania po poważnej stracie czy traumie.

Rys. 2. Czynniki wpływające na zmianę zachowań⁸



⁸ Opracowanie własne na podstawie rozważań A. Angelini *Dynamiczny proces zmiany* [w:] *Kompendium wiedzy o profilaktyce*, Biuro ds. Narkomanii, Warszawa 1996.

⁹ Ostaszewski K. *Pozytywna profilaktyka*, Świat Problemów nr 3(158)/2006, s. 6-10.

¹⁰ Borucka A., Ostaszewski K. *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*, op. cit. s. 587-597.

Długofalowe efekty pozytywnego działania *resilience* można zaobserwować w pewnym odroczeniu czasowym, np. w dorosłym codziennym życiu dzieci i młodzieży, które niegdyś borykały się z losem, doświadczały sekwencji skrajnie negatywnych wydarzeń. Przykładem takich efektów może być otwartość pojawiająca się w miejsce doświadczanej niegdyś izolacji. Analogicznie, destrukcję może zastąpić rozwój, a bezradność – inicjatywa i poczucie sprawstwa¹¹.

Sądzę, że dzięki właściwemu rozumieniu koncepcji *resilience*, u której podłoża leżą czynniki chroniące (i ich interakcje z czynnikami ryzyka), mechanizmy adaptacyjne lub procesy właściwe (typowe) dla zwykłego rozwoju dzieci i młodzieży w ogóle, magia dnia codziennego płynącego z *resilience* staje się faktem.

Bibliografia i webgrafia

1. Borucka A., Ostaszewski K. *Rodzinne czynniki ryzyka a zachowania ryzykowne i zdrowie psychiczne gimnazjalistów z Warszawy* [w:] Deptuła M. [red.] *Profilaktyka w grupach ryzyka. Diagnoza*, Cz. 1, PARPA, Warszawa 2010.
2. Borucka A., Ostaszewski K. *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*, *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2/XII, Cz. 1.
3. Borucka A., Ostaszewski K. *Pokonać przeciwności losu – koncepcja „resilience”*, *Remedium* nr 7-8(185).
4. Krasowska A., Szulirz A. *Rozwijanie potencjału i korygowanie zaburzonych zachowań – metoda projektu w praktyce* [w:] Deptuła M. [red.] *Profilaktyka w grupach ryzyka. Działania*, Cz. 2, PARPA, Warszawa 2010.
5. Marczak-Krupa A. [red.] *Kompendium wiedzy o profilaktyce*, Biuro ds. Narkomanii, Warszawa 1996.
6. Ostaszewski K. *Pozytywna profilaktyka*, *Świat Problemów* nr 3(158)/2006.
7. www.metis.pl/remository/Itemid,30/func,fileinfo/id,364/
8. www.zks.nq.pl/pedagog/czynniki.pdf
9. www.edukacja.warszawa.pl/plik.php?id=3505
10. www.ipin.edu.pl/0211.htm

Autorka jest socjoterapeutką, nauczycielem konsultantem w Mazowieckim Samorządowym Centrum Doskonalenia Nauczycieli Wydział w Płocku

*Szczęście to wielkie, że zdrowia nie można kupić za pieniądze,
boby wszystko wykupili bogacze,
a dla biednych nic by nie zostało.*

Karol Juliusz Weber

¹¹ Krasowska A., Szulirz A. *Rozwijanie potencjału i korygowanie zaburzonych zachowań – metoda projektu w praktyce* [w:] Deptuła M. [red.] *Profilaktyka w grupach ryzyka, Działania*, Cz. II, PARPA, Warszawa 2010, s. 228-230.

Małgorzata Górską

Kulturowe i religijne aspekty zdrowia

Stan naszego zdrowia zależy od bardzo wielu czynników. Według Lalonde'a występują cztery główne grupy czynników wpływających na stan zdrowia człowieka: biologia, środowisko, styl życia oraz opieka zdrowotna¹. Przyjmuje się, że styl życia w około 50% rzutuje na zdrowie człowieka. Zdrowie można więc zachować i polepszyć przez wybór prawidłowego stylu życia, który w bezpośredni sposób jest związany z kulturą i przez nią kształtowany. Składające się na kulturę wierzenia, system wartości, tradycje żywieniowe, normy moralne, zwyczaje, wzory postępowania przekazywane są dzieciom w procesie wychowania.

Kultury i religie różnią się postrzeganiem rozmaitych aspektów zdrowia. Różnice kulturowe dotyczą m.in. definiowania zdrowia i choroby, postrzegania ludzkiego ciała, sposobu postrzegania problemów zdrowotnych, stosowania profilaktyki, postawy wobec opieki medycznej i leczenia oraz preferowanych strategii radzenia sobie ze stresem i problemami zdrowotnymi.

W nauczaniu i wychowaniu, ale także w terapii, w sprawowaniu opieki socjalnej, opieki medycznej, przygotowaniu uczniów do pracy zawodowej dobrze jest znać wartości kulturowe cenione przez podopiecznych i ich rodziców. W związku z tym nauczyciele, wychowawcy, pedagodzy szkolni i inni pracownicy szkoły, a także pracownicy socjalni, pracownicy służby zdrowia powinni poznać czynniki kulturowe, które mogą mieć wpływ na styl życia dzieci, wychowanków, pacjentów, podopiecznych.

Z ogromnego bogactwa kulturowego współczesnych społeczeństw wybrałam specyficzne poglądy na temat zdrowia i choroby, postrzegania ludzkiego ciała i psychiki, reguł odżywiania, przestrzegania higieny osobistej. Przedstawione przykłady mogą wzbogacić zajęcia edukacji zdrowotnej dla dzieci i młodzieży.

I. Filozofia zdrowia w różnych kulturach

Zdrowie stanowi dla większości ludzi wartość, ale dla ludzi wychowanych w różnych kulturach znaczy nie zawsze to samo. Przez dwa tysiące lat w **kulturach zachodnich** silny wpływ na poglądy dotyczące zdrowia wywierała teoria Hipokratesa, według której zdrowie ujmowane było głównie jako niewystępowanie choroby. Takie określenie zdrowia nadal dominuje w potocznym rozumieniu, mimo że oficjalnie obowiązująca definicja Światowej Organizacji Zdrowia opisuje zdrowie jako *stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub innej niemocy* (WHO, 1948).

Filozofia zdrowia za czasów imperium Inków w **starożytnym Peru** widziała porządek kosmiczny z perspektywy czteroczęściowej. Aby zagwarantować swoje własne zdrowie i relacje ze światem zewnętrznym, każda osoba musiała zachować harmonię z takim właśnie porządkiem. Zgodnie z tą filozofią życie zależy od czynników z Nieba i z Ziemi, aspektów męskich i żeńskich,

¹ Zimbardo Ph., *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 1999.

czynników powietrza i ziemi oraz czynników ciepła i zimna. Ta koncepcja była znana jako „cztery wiatry życia”. Termin „wiatr” określał krążące siły lub energie, które tkają życie i manifestują się jako harmonia. Dlatego też w dzisiejszych czasach szamani i znachorzy w Peru mówią o czterech wiatrach, które spowodowały chorobę (nieład) i przywołują odpowiednie wiatry, aby wprowadzić ponownie ład lub zdrowie.

Według rozumienia **Indian z Amazonii** zdrowie jest to balans między jednostką oraz jej otoczeniem ekologicznym i socjokulturowym, w którym zawarty jest świat przyrody i ducha. Człowiek, zanim zaczął niszczyć przyrodę w stopniu, który obserwujemy dzisiaj, najpierw „zardzewiał” duchowo. Lekarze tradycyjni, znani jako szamani lub znachorzy, potrafią pomóc osobie powrócić do harmonii wewnętrznej i wewnętrzo-zewnętrznej, aby zreperować zniszczenia osobiste i socjalne w otaczającym ją środowisku naturalnym i we własnym ciele. Przywrócenie całkowitej harmonii jest jedyną metodą, aby przywrócić pełną radość życia oraz zagwarantować jak najlepszą przyszłość osobistą sobie, rodzinie i dzieciom.

W **kulturze Majów** człowiek zdrowy to również ten, który żyje w harmonii ze sobą i z całym swoim otoczeniem. Osiem elementów jego życia, które powinny harmonijnie współistnieć, to: dobrobyt, rodzina, duchowość, praca, przyjaciele, kreatywność, relacje z innymi, sukces.

Każdy, kto nie odczuwał satysfakcji w kontekście chociaż jednego z tych elementów, był uważany za człowieka, który powinien pracować nad sobą aż do momentu osiągnięcia harmonii.

Ze **starożytnych Indii** wywodzi się ajurweda, „wiedza o życiu” – najstarszy na świecie system medyczny i filozoficzny, który i dziś nie traci nic ze swojej aktualności. Według jej nauk życie to nierozzerwalny związek umysłu, ciała i duszy. Dlatego medycyna ajurwedyjska nie ogranicza się do leczenia fizycznych (cielesnych) objawów chorób, ale dostarcza wszechstronnej wiedzy o zdrowiu duchowym, mentalnym i emocjonalnym. Ajurweda naucza, iż wszystko składa się z pięciu podstawowych elementów natury: przestrzeni, powietrza, ognia, wody, ziemi. Nasze ciało jest zdrowe, kiedy tych pięć elementów pozostaje w równowadze, zaś jej zakłócenie prowadzi do chorób. Według tej filozofii osiągnięcie równowagi i harmonii jest możliwe bez użycia leków chemicznych i inwazyjnych zabiegów dzięki stosowaniu zrównoważonej diety, leków ziołowych, delikatnych ćwiczeń i terapii fizycznych (masaży, kąpeli, inhalacji). Wykorzystuje

ona mantry, rytuały i amulety, kamienie szlachetne, minerały i oczyszczone metale. Z ajurwedy czerpie naturalna medycyna tybetańska, która pomaga ludziom w Tybecie, Chinach, Indiach, Nepalu, Mongolii i znacznej części Rosji oraz Azji Centralnej. Od 1979 roku ajurweda jest koncepcją zdrowotną i terapeutyczną uznawaną przez Światową Organizację Zdrowia.

II. Poglądy dotyczące ludzkiego ciała

Kultury posługują się różnymi metaforami ilustrującymi ich wyobrażenia o ciele człowieka. Wiele z nich wiąże się z pojęciami równowagi i jej braku w organizmie.

Według **teorii Hipokratesa** ciało człowieka składa się z czterech pierwiastków: krwi, flegmy, żółci i czarnej żółci. Nadmiar lub niedomiar którejkolwiek z tych substancji zakłóca równowagę wewnętrzną, wywołując chorobę.

Chińczycy wierzą, że ludzkie ciało jest zbudowane z pierwiastków yin i yang. Podstawową regułą medycyny chińskiej jest prawo jedności przeciwieństw, czyli wzajemnej zależności, wzajemnego niszczenia się i wzajemnego przekształcania. Yin i yang są uważane za dwa korzenie życia. Korzeń yin ma funkcje chłodzące, hamujące i jest odpowiedzialny za magazynowanie energii. Korzeń yang natomiast to ciepło, aktywność, produktywność. Oba te korzenie są od siebie zależne, gdyż wytwarzają i podtrzymują się nawzajem. Zdrowie jest w tym układzie stanem dynamicznej równowagi między korzeniami yin i yang.

Czynniki społeczno-kulturowe wywierają silny wpływ na to, jak postrzegany jest kształt własnego ciała oraz sylwetki innych ludzi, a sposób postrzegania oddziałuje na związek między kulturą a zdrowiem, czego skutkiem mogą być np. otyłość i anoreksja. W wielu **krajach afrykańskich** za bardziej atrakcyjne uważa się otyłe kobiety i wychudzonych mężczyzn; w naszej kulturze ideał kobiety prezentują bardzo szczupłe i wysokie modelki. W przeciwieństwie do kobiet Zachodu, pigmejska kobieta powinna być mała, przysadzista i wytrzymała na trudy. Z analizy kanonu piękna można wyprowadzić regułę mówiącą, że w ubogich społeczeństwach, gdzie większość ludzi jest szczupła, krągłe kształty widziane są jako te pożądane, zaś w kulturach bogatych jako ciejszące oko są postrzegane raczej szczupłe sylwetki.

W różnych kulturach różne elementy ciała podlegają ocenie – stopy w Chinach i Japonii,

szyje w Birmie, w Indiach biust, pośladki u Hottentotów.

W **kulturze romskiej** dobry stan zdrowia utożsamiany jest ze szczęściem. Romowie wierzą, że im ktoś więcej waży, tym więcej ma szczęścia i jest zdrowszy.

III. Psychika w różnych kulturach

Starożytni Chińczycy nie wierzyli w dualizm psychiki i ciała. Uważali, że nie ma żadnej psychiki, tylko ciało składające się z różnych narządów. Choroby psychiczne i fizyczne uważano za skutek braku równowagi w narządach wewnętrznych. Leczenie wszystkich chorób polegało na stosowaniu leków ziołowych i akupunktury, aby zmodyfikować funkcjonowanie specyficznych narządów wewnętrznych i przywrócić u danej osoby holistyczną równowagę. To podejście jest głęboko zakorzenione w myśli chińskiej, a także w sposobie myślenia charakterystycznym dla wielu innych kultur Azji Wschodniej³.

Poglądy **Hindusów** są diametralnie różne. Według buddyzmu wszechświat widzialny jest złudzeniem zmysłów; świat jest tylko psychiką, a psychika jednostki jest częścią psychiki zbiorowej. Nadmierna aktywność psychiczna odwraca uwagę od skupienia się na doświadczeniu wewnętrznym – a skupienie takie pozwala wznieść się umysłowi ponad doświadczenie zmysłowe. Medytacja jest uprawianym przez całe życie ćwiczeniem się w odkrywaniu, jak uwolnić psychikę od złudzeń, co pozwala jej wędrować swobodnie i odkrywać mądrość. Aby stać się istotą oświeconą, trzeba panować nad pragnieniami cielesnymi, powstrzymując się od zwykłych doznań zmysłowych i psychicznych, odkrywając, jak widzieć rzeczy w prawdziwym świetle⁴.

IV. Specyficzne reguły dotyczące odżywiania w różnych kulturach

Głód jest podstawową potrzebą biologiczną odczuwaną jednakowo przez wszystkich ludzi. Sposób jego zaspokajania jest zdeterminowany przez wiele czynników, wśród których uwarunkowania kulturowe, a co za tym idzie religia, od-

grywiają olbrzymią rolę. Zakazy i nakazy religijne często przesądzają o wykorzystaniu do celów żywieniowych określonych roślin i zwierząt. Niektóre kultury i religie akceptują lub odrzucają spożywanie wybranych gatunków zwierząt. Religia może mieć również wpływ na sposób przygotowania posiłków. W wielu religiach nakłania się wiernych do przestrzegania postów, które uważane są za jeden z elementów duchowego doskonalenia się.

Przyjrzyjmy się bliżej niektórym religiom i ich wpływowi na sposób odżywiania się:

KATOLICYZM – traktuje pokarm jako dar od Boga i zaleca umiar w jego spożywaniu, ale nie nakłada specjalnych nakazów co do rodzaju spożywanych potraw, oprócz nakazu niespożywania mięsa w piątek. Zachęca do postu i wyrzeczeń szczególnie w okresie Adwentu i Wielkiego Postu. W Środę Popielcową i w Wielki Piątek obowiązują katolików post ścisły – jakościowy i ilościowy.

PRAWOSŁAWIE – dużą wagę przywiązuje do przestrzegania postu; przez cały rok w każdą środę i piątek wierni wstrzymują się od spożywania produktów mięsnych i rybnych. Dodatkowo w czasie ważnych świąt należy przestrzegać ścisłego postu. Największy post prawosławny to Post Wielkanocny. W dwa tygodnie przed pierwszą niedzielą Wielkiego Postu nie wolno jeść mięsa i ryb, od następnej niedzieli także serów, jaj i masła.

HINDUIZM – religia Dalekiego Wschodu, wiara w wielu bogów. Otacza się w niej kultem niektóre zwierzęta i rośliny. Zabrania się spożywania mięsa krów i ich mleka. Spożycie mięsa jest wyraźnie zakazane w świętych pismach hinduizmu i traktowane jako niemoralne, ponieważ jego produkcja powoduje cierpienie zwierząt. Spora część hinduistów, szczególnie bramini, nie jedzą niczego, co zostało uzyskane w wyniku cierpienia zwierząt, czyli mięsa, jaj i ich pochodnych. Mleko krów, bawołów i kóz oraz inne produkty z nich uzyskane są akceptowane (z wyjątkiem sera zawierającego podpuszczkę), ponieważ mleko jest dawane ludziom bez oporów. Wszyscy praktykujący hinduiści powstrzymują się od spożycia wołowiny. Święte krowy poruszają się bez przeszkód po drogach Indii i Pakistanu mimo ogromnego niedostatku żywności w tych krajach.

³ Ibidem.

⁴ Ibidem.

BUDDYZM – zakłada, że człowiek religijny powinien dążyć do harmonii świata wewnętrznego z zewnętrznym. Jest to możliwe między innymi poprzez redukcję swoich potrzeb żywieniowych, wyeliminowanie z jadłospisu pokarmów pochodzenia zwierzęcego na rzecz pokarmów roślinnych. Białko zwierzęce zastępowane jest przez soję. Znana na świecie kuchnia wegetariańska właśnie w tej religii znalazła swoje podwaliny. Wyróżnia ona pokarmy satwiczne, tamasowe i radžasowe. Pokarmy satwiczne to pokarmy korzystne, uważane za odżywcze i lekkostrawne, dostarczają organizmowi świeżej energii i nie obciążają umysłu. Należą do nich: zboża, surowe owoce i warzywa, świeżo wyciskane soki, lekkie przetwory mleczne, fasola, miód i czysta woda. Pokarmy radžasowe mają charakter pobudzający: czosnek, cebula, kawa, jajka, herbata, chili, czekolada, biały cukier i biała mąka. Pobudzają one ciało i wprowadzają umysł w stan niepokoju, dlatego zaleca się wykluczenie ich z diety. Pokarmy tamasowe uznawane są za skażone. Pokarmów z tej kategorii należy unikać: produkty nieświeże, niedojrzałe, pozbawione smaku. Zatrują one ciało i odbierają mu energię. Należą do nich: ryby, grzyby, produkty mrożone, odgrzewane i puszkowane. Wykluczyć należy również alkohol i wszystko, co przeszło proces fermentacji⁵.

TAOIZM, KONFUCJONIZM – znalazły swych wyznawców na terenie Chin i Japonii. Te religie doskonałość duchową i cielesną człowieka upatrują w równowadze sił ying i yan. Źródłem siły yan jest mięso, a siły ying – warzywa. Bardzo ważne jest według kanonów tej religii zachowanie równowagi tych składników w posiłkach, ponieważ ona jest gwarantem zdrowia psychicznego i fizycznego. Na całym świecie znana jest kuchnia tych obszarów, która przyciąga coraz to nową liczbę smakoszy.

JUDAIZM – oparty na Starym Testamencie, kładzie ogromny nacisk na sposób odżywiania się wyznawców tej religii. Ponadto nakazuje zachowanie postów oraz wymaga przestrzegania specyficznych przepisów. Odpowiednio przygotowane potrawy noszą nazwę koszernych. Tym mianem określa się konkretne gatunki zwierząt (parzystokopytne, przeżuwacze – bydło, owce, kozy; ryby, posiadające łuski i płetwy, niektóre gatunki ptactwa). Judaizm kategorycznie zabrania spożywania pokarmów takich jak np. mięso padłych czy uduszonych zwierząt, mięso wieprzowe, ptactwo

łowne czy kwaszony chleb. Koszerne zwierzęta muszą być zabite w sposób rytualny, bardzo dokładnie bada się zabite zwierzę, czy nie chorowało na jakąś chorobę; czyści się je dokładnie z krwi. Potrawy przygotowuje się poprzez długie gotowanie, duszenie, pieczenie, co powoduje straty witaminowe. Mleko i jaja można jeść, jeśli pochodzą od zwierząt koszernych. Istnieje zakaz łączenia w jednym posiłku mleka i mięsa. Podobnie z używaniem naczyń – przeznaczają się różne komplety naczyń do przechowywania, mycia i przygotowania oddzielnie potraw mlecznych i mięsnych. Warzywa i owoce należy starannie oczyścić i upewnić się, czy usunięto wszystkie „robaki”, ponieważ ich spożywanie jest zabronione. Ze względu na specyficzne wymagania związane z odżywianiem żydzi posiadają koszerne rzeźnie, sklepy, restauracje.

ISLAM – zasady żywienia w tej religii regulowane są przez świętą księgę Koranu. Zakazuje ona mahomańskim w sposób kategoryczny spożywania wieprzowiny i napojów alkoholowych i nakazuje jednodniowy post – ramadan. Nieprzestrzeganie tych norm religijnych jest w wielu krajach arabskich źródłem nie tylko gniewu Boga, ale obwarowane jest karami prawa państwowego. Codzienne życie muzułmanina reguluje szariat. Muzułmanom nie wolno pić alkoholu, używać narkotyków i wszelkich środków odurzających. Zakazane jest też jedzenie wieprzowiny i jakichkolwiek produktów, które mają z nią związek, na przykład smalcu, świńskiej krwi czy padliny. Zakaz ten, podobnie jak w judaizmie, pojawił się prawdopodobnie ze względów zdrowotnych – w tamtejszych warunkach klimatycznych wieprzowina szybko ulega zepsuciu i łatwo zagnieżdżają się w niej pasożyty. Jednakże wiele innych gatunków mięs (np. jagnięcina, drób) jest dozwolonych, o ile zwierzę zostanie zabite w specyficzny sposób. Niedopuszczalne jest m.in. jakiegokolwiek ograniczenie cierpienia – ubój jest dokonywany przy pełnej świadomości zwierzęcia. Jednym z obowiązków dorosłego muzułmanina jest post. Stanowi symbol oczyszczenia religijnego, ale nie służy pokucie czy umartwianiu się, jak w chrześcijaństwie, lecz ćwiczeniu samokontroli. W ramadanie, miesiącu postu, od wschodu do zachodu słońca dorosłym, zdrowym muzułmanom nie wolno jeść, pić, stosować używek. Wspólne biesiady odbywają się po zachodzie słońca. Z postu zwolnieni są starcy, dzieci, kobiety w ciąży i karmiące, chorzy oraz osoby w podróży⁶.

⁵ www.era-zdrowia.pl

⁶ Marek A. *Islam*, Vox Humana, Warszawa 2006.

Wpływ kultury widać również w sposobie siadania do stołu, spożywania posiłków czy ich kolejności. Polacy jedzą nożem i widelcem, podczas gdy w Chinach jada się wyłącznie pałeczkami, a w Etiopii rękami odrywa i zjada się kawałki placków. My zasiadamy do stołu na krzesłach, Chińczycy i Japończycy z kolei spożywają posiłki na poduszkach w pozycji klęczącej.

V. Normy dotyczące przestrzegania higieny osobistej

Czystość jest ważnym aspektem tradycyjnej **kultury romskiej**, której zasady zawiera Kodeks Romanipen. Przekroczenie ustalonych zasad powoduje „skalanie” i stan rytualnej nieczystości, a najgorszą karą jest wydalenie z własnej społeczności. Nieczyste są pewne części ciała, jego wydzieliny i to, co z ciała się oddziela: włosy, paznokcie, ślina, krew. Dla Romów ciało i umysł są ze sobą ściśle powiązane i traktowane jako nierozdzielna całość. Charakterystycznym przykładem jedności ciała i ducha jest sposób, w jaki postrzegają oni kobiece ciało. Mianowicie: wszystko, co poniżej pasa, jest nieczyste (płyny, wydzieliny), natomiast to, co powyżej – czyste. W związku z tym kobiety powinny używać oddzielnych mydeł i ręczników do tych części ciała. Kalające własności mają części kobiecej odzieży (bielizna, obuwie), jeśli stykają się z ciałem. Nie można ich dotykać i prać razem z ubraniami mężczyzn. Mężczyzna nie może myć się w misce, w której pierze się bieliznę kobiet. Rom może się myć tylko w bieżącej wodzie, kąpiele w wannie są traktowane jako przesiadywanie w brudnej, zastoinowej wodzie. Romowie wierzą, że nieprzestrzeganie tych zasad jest przyczyną poważnych chorób. Kultura romska zabrania bycia lekarzem, pielęgniarką, grabarzem, hydraulikiem, ponieważ zawody te wymagają kontaktu z dolnymi partiami ciała, z umarłymi i nieczystościami.

Pożywienie jest sferą, w której zasada czystości obowiązuje w stopniu szczególnym. Wszystko, co przechodzi przez usta, także sztuczce i naczynia, które służą do przygotowywania jedzenia, muszą być rytualnie czyste. Jedzenie lub naczynie nie może być skalane żadną ludzką wydzieliną ani wszelkim brudem. Również nie do pomyslenia jest pranie bielizny w misce czy wannie, a następnie płukanie w niej produktów żywnościowych. U Romów używa się kilku naczyń, które przeznaczone są jedynie do określonych celów. Takie traktowanie naczyń

jest nakazem zachowania czystości również w sensie fizycznym. Kolejną zasadą jest oddzielanie produktów mięsnych od mlecznych. Romowie używają nawet osobnych naczyń i sztuczków do jedzenia mięsa i produktów mlecznych⁷.

W islamie modlitwa powinna być odmawiana w stanie rytualnej czystości, w związku z tym po śnie, utracie przytomności, dotknięciu osoby odmiennej płci, załatwianiu potrzeb fizjologicznych lub dotykaniu intymnych części ciała należy dokonać ablucji. W krajach muzułmańskich w wielu miejscach stoją służące do tego celu fontanny, studnie, łazienki. Kiedy nie ma dostępu do wody, można myć się piaskiem lub drobnymi kamykami⁸.

W Indiach podczas jedzenia używa się wyłącznie prawej ręki; lewa jest nieczysta i służy do czynności nieczystych, np. zabiegów higienicznych. Szczególne znaczenie dla higieny ciała ma jama ustna, postrzegana jako wrota do całego ciała; zaleca się utrzymywać ją w należytej czystości. Odnosi się to zarówno do zębów, jak i języka, które poddaje się zabiegom pielęgnacyjnym wcześniej rano, jeszcze przed spożyciem śniadania.

Dla Arabów wskazówki higieniczne zawarte były w Koranie. Zęby zalecano oczyszczać gałzkami z drzewa araku (*salvadora persica*), a jamę ustną płukać od 3 do 15 razy na dzień wywarem z różnych ziół.

Starożytni Grecy do celów higienicznych używali sproszkowanych koralu, alabastru, skorupki jaj, kości, które wcierano w powierzchnię zębów przy pomocy palca. Hipokrates zalecał w swych dziełach liczne płukania jamy ustnej w celu uzyskania przyjemnego zapachu.

Kultura zdrowotna **Indian amerykańskich – Azteków** stała na bardzo wysokim poziomie. Osoby, którym z ust wydobywał się nieprzyjemny zapach oraz „brudasów” karano, zmuszając ich do publicznego mycia i wypijania wody, w której się myli⁸.

VI. Wpływ czynników kulturowych na zdrowie somatyczne i psychiczne

W opublikowanym w 1990 roku przeglądzie ponad 100 międzykulturowych badań amerykańscy psychologowie zwrócili uwagę na podsta-

⁷ Bartosz A. *Nie bój się cygana*, Pogranicze, Sejny 1994.

⁸ Marek A. *Islam*, ibidem.

wową różnicę między społeczeństwami na całym świecie – mianowicie jest to różnica między społeczeństwami indywidualistycznymi i kolektywistycznymi. **Społeczeństwa indywidualistyczne** za najważniejszą wartość uważają jednostkę; cenią one współzawodnictwo, indywidualne osiągnięcia i osobiste spełnienie, natomiast **społeczeństwo kolektywistyczne** przypisuje największe znaczenie grupie społecznej, rodzinie, społeczności miejscowej czy plemieniu. Współpraca, wspólna własność, altruizm i dobro społeczne to główne wartości, którymi kierują się społeczeństwa kolektywistyczne⁹. Na świecie jest więcej społeczności kolektywistycznych (70%), należą do nich kraje wielu kultur Afryki, Azji, Ameryki Południowej, Bliskiego Wschodu i Ameryki Środkowej. Natomiast do społeczności indywidualistycznych (30%) należą kultury Europy, Ameryki Północnej czy społeczności myśliwych – Eskimosi. W tej grupie ceni się poleganie na własnych siłach, niezależność i samodzielność. Więź człowieka z grupą jest w nich słabsza, a podstawą tożsamości jest „ja”.

Gdy grupę, z którą identyfikują się ludzie z kultur kolektywistycznych, dotyka niepowodzenie, czują się oni bardziej nieszczęśliwi i doświadczają silniejszych negatywnych emocji niż osoby z kultur indywidualistycznych. Badania w ośmiu grupach kulturowych wykazały związek „indywidualizmu i kolektywizmu” z chorobami serca. Wśród Amerykanów pochodzenia europejskiego – w najbardziej indywidualistycznej grupie – zawały zdarzały się najczęściej. Wśród mnichów z zakonu trapistów, którzy odznaczali się najniższym poziomem indywidualizmu, występowały one najrzadziej. Bardzo ważne dla zapobiegania chorobom układu krążenia okazało się wsparcie społeczne, wytwarzane w kulturach kolektywistycznych. Silniejsze i głębsze więzi społeczne stają się buforem chroniącym jednostki przed stresem i napięciami, a co za tym idzie – obniżają ryzyko zapadania na choroby serca¹⁰. Choroba każdego członka plemienia Nawahów nie jest uważana za jego indywidualną sprawę (i winę), lecz raczej za oznakę ogólnej dysharmonii, którą trzeba usunąć za pomocą wspólnotowych obrzędów uzdrowicielskich. Ta orientacja kulturowa zapewnia potężną sieć wsparcia społecznego, która automatycznie przechodzi z pomocą osobie cierpiącej¹¹.

Wyniki innych badań wskazują, że społeczeństwa kolektywistyczne mają niższy procent zabójstw, samobójstw, przestępczości nieletnich, wykorzystywania seksualnego dzieci i alkoholizmu. Podczas gdy indywidualiści poszukują natychmiastowych nagród osobistych, wolności, równości, przyjemności indywidualnych i zmiennego, podniecającego życia, kolektywiści przywiązują większą wagę do samodyscypliny, akceptacji pozycji życiowej jednostki, szacunku do rodziców i osób starszych, podtrzymywania własnego obrazu i pracy na rzecz korzyści długoterminowych grupy jako całości.

Matsumoto i Fletcher (1996) zapoczątkowali nowy kierunek badań międzykulturowych, dotyczących związków między różnymi wymiarami kultury a wieloma procesami chorobowymi. Wykorzystali dane epidemiologiczne z 28 krajów całego świata położonych na pięciu kontynentach. Otrzymane wyniki świadczą o istotnej roli kultury w rozwoju takich procesów chorobowych, jak: infekcje, choroby pasożytnicze, choroby układu krążenia, choroby serca, choroby układu mózgowo-naczyniowego oraz układu oddechowego¹².

Współczesna nauka o zdrowiu uznaje, że bardzo ważnym wskaźnikiem zdrowia są subiektywne odczucia i samoocena zdrowia. Umożliwia ona zainteresowanym osobom identyfikację własnego potencjału fizycznego, psychicznego i społecznego oraz diagnozę problemów związanych ze zdrowiem, które wymagają rozwiązania.

Ponieważ żyjemy i przygotowujemy uczniów do życia w wielokulturowym świecie, uważam, że refleksja dotycząca własnego zdrowia powinna uwzględniać wiedzę i doświadczenia różnych kultur. Możemy z nich czerpać, możemy je odrzucać, mogą nas inspirować.

Od naszych decyzji zależy, które składniki kulturowe uznamy za wartościowe, które staną się częścią naszego stylu życia – specyficzne nawyki higieniczne Romów lub muzułmanów, dieta wegetariańska Hindusów, akupunktura z medycyny chińskiej, medytacja i joga buddystów, a może sieci społecznego wsparcia Indian amerykańskich?

Autorka jest nauczycielem konsultantem ds. edukacji międzykulturowej i globalnej w Mazowieckim Samorządowym Centrum Doskonalenia Nauczycieli Wydział w Warszawie

⁹ Zimbardo Ph. *Psychologia i życie*, ibidem.

¹⁰ Matsumoto D., Juang L. *Psychologia międzykulturowa*, GWP, Gdańsk 2007.

¹¹ Ibidem.

¹² Ibidem.

Bożena Boryczka

Zdrowie w sieci

Jak wynika z badań serwisów o zdrowiu przeprowadzonych w lutym 2011 roku przez firmę Polskie Badania Internetu, ponad 8 milionów Polaków poszukiwało w sieci informacji na temat zdrowego stylu życia, odżywiania się, chorób i sposobów ich leczenia. Internetowe serwisy o zdrowiu są bardzo popularne i korzysta z nich co drugi internauta, 88% użytkowników sieci najpierw zagląda właśnie do nich, gdy chce się dowiedzieć więcej na temat zdrowia, chorób czy sposobów leczenia. Kiedy zauważą u siebie niepokojące problemy zdrowotne, aż połowa z nich kieruje się najpierw do Internetu, aby znaleźć informacje na temat przyczyn swego złego samopoczucia, a jedynie co trzeci internauta od razu zgłasza się do lekarza.

Wiele serwisów internetowych na temat zdrowia stanowi zbiór wiedzy na temat zdrowego stylu życia, często uzupełniony informacjami o chorobach, badaniach i profilaktyce. Znajdują się w nich także działy dotyczące nie tylko zdrowia fizycznego, ale także psychicznego czy społecznego. Jako najpopularniejsze internauci wskazali następujące serwisy: zdrowie.onet.pl, medonet.pl, fitness.wp.pl/zdrowie, biomedical.pl, zdrowie.gazeta.pl, poradnikzdrowie.pl, przychodnia.pl i inne¹.

Do tego warto dołączyć inne serwisy, np. [Narkotyki.pl](http://narkotyki.pl) (www.narkotyki.pl), gdzie zamieszczone są informacje nie tylko o narkotykach i narkomanii, ale także o innych uzależnieniach. W bazie wiedzy dostępne są obszerne materiały związane między innymi z takimi zagadnieniami, jak: dieta, otyłość i zaburzenia odżywiania; skutki, leczenie i profilaktyka uzależnień, w tym uzależnień

nietypowych (np. uzależnienie od telewizji, od telefonu komórkowego); alkohol, narkotyki, nikotyna itp. W serwisie pomocowo-edukacyjnym Poradnia.narkomania.org.pl (www.narkomania.org.pl) oprócz informatora o narkotykach, objawach i skutkach ich zażywania, znajdziemy między innymi słowniczek slangu narkotykowego oraz możliwość uzyskania porady specjalisty *online*. Myślę, że nauczycielom może być także przydatny serwis Psychologia.net.pl (www.psychologia.net.pl), gdzie oprócz interesujących artykułów znajdziemy testy *online*, np. kwestionariusz zaburzeń odżywiania, test depresji, kwestionariusz przekonań bulimicznych itp., które można wykorzystać na zajęciach z uczniami.

Do promocji zdrowia i zdrowego stylu życia wykorzystywane są także blogi, np. „Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia” (damianjarczewski.blogspot.com), „Zdrowy styl życia” (zdrowystylzycia.com), „Na zdrowie” (nazdrowie-tess.blogspot.com), „Wybieram zdrowie” (wybieram-zdrowie.blogspot.com) czy też „Zdrowy sukces” (zdrowy-sukces.blogspot.com). Szczególniej uważam polecam blog „Wybieram zdrowie”, którego zasoby tekstowe wzbogacone są między innymi o archiwalne audycje z cyklu „Odnowa zdrowia z Plusem”, emitowane w Radiu PLUS Gniezno, czy też nagrania wykładów wygłaszanych w ramach działalności Stowarzyszenia Promocji Zdrowego Stylu Życia w Poznaniu.

Oczywiście wymienione powyżej miejsca w sieci to zaledwie część dość bogatych zasobów, z których można czerpać różne informacje. W niniejszym artykule skupię się jednak na przykła-

¹ Raport o zdrowiu (<http://www.pbi.org.pl/index.php/ida/42/>).

dowych zasobach Internetu, które w mojej opinii będą przydatne dla nauczycieli do poszerzenia wiedzy własnej na temat edukacji zdrowotnej, a także podczas zajęć z uczniami.

Znany zapewne większości nauczycieli portal **Scholaris** (www.scholaris.pl) zawiera wiele przydatnych materiałów dotyczących edukacji zdrowotnej, mających postać kart pracy, scenariuszy, ćwiczeń interaktywnych, ponadto zamieszczone tu są prezentacje, symulacje, e-lekcje, zdjęcia i ilustracje, tablice, schematy itp. Scenariusze zajęć przeznaczone są dla różnych poziomów edukacyjnych, np. „Lalki i misie idą do lekarza” – dla dzieci 3, 4, 5-letnich. W czasie zajęć dzieci poznają i nazywają zawody związane z leczeniem, dostrzegają związek między chorobą a leczeniem; „Relaksacja na lekcjach wychowania fizycznego” – scenariusz zajęć, podczas których uczniowie mogą nauczyć się relaksować, co z pewnością może zaprocentować dobrym zdrowiem psychicznym i fizycznym w dorosłym życiu, i inne.

Interesującym zasobem są ćwiczenia interaktywne, które można uruchomić bezpośrednio z Internetu lub pobrać w postaci spakowanej na dysk komputera i odtworzyć później w trybie *offline*. Dostępne są między innymi ćwiczenia tematycznie związane z paleniem papierosów. Naszym uczniom możemy np. zaproponować „Palenie a zdrowie”, prezentującą mechanizm niszczenia nabłonka migawkowego przez dym z papierosów, ilustrującą zawartość szkodliwych substancji w dymie, a także sprawdzającą wiedzę ucznia na temat palenia papierosów za pomocą krótkiego quizu. Uczniów klas IV-VI możemy zapoznać z zasobem „Inne problemy zdrowotne”, przedstawiającym za pomocą animacji problemy zdrowotne spowodowane paleniem oraz zawierającym ćwiczenie sprawdzające wiedzę ucznia na temat szkodliwych skutków palenia, czy też ekran „Nikotyna”, prezentujący w animacji właściwości nikotyny jako uzależniającej substancji chemicznej i sprawdzający wiedzę ucznia na ten temat za pomocą ćwiczenia.

Rys. 1. Symulacja przedstawiająca etykiety, które mogą pojawić się na paczkach papierosów, ostrzegające przed chorobami spowodowanymi paleniem



Rys. 2. Ekran ćwiczenia interaktywnego „Dieta zrównoważona”



Dostępne są także interaktywne materiały wzbogacające wiedzę ucznia na temat składników odżywczych i ich roli w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu, np. zasób „Dieta zrównoważona” przybliży znaczenie zrównoważonej diety dla zachowania zdrowia i sprawdza w ćwiczeniu wiedzę ucznia na temat zawartości składników odżywczych w różnych rodzajach pokarmu; ćwiczenie „Węglowodany” omawia węglowodany jako paliwo dla procesów zachodzących w organizmie i zależność między aktywnością fizyczną a zapotrzebowaniem na ten składnik odżywczy. Sprawdza on także wiedzę ucznia na temat pokarmów będących dobrym źródłem węglowodanów.

Inne ćwiczenia omawiają np. węglowodany jako paliwo dla procesów zachodzących w organizmie i zależność między aktywnością fizyczną a zapotrzebowaniem na ten składnik odżywczy, czy też białka jako źródło aminokwasów niezbędnych do budowy i naprawy organizmu, prezentują pokarmy będące dobrym źródłem błonnika. Ćwiczenia tego typu nie tylko dostarczają wiedzy uczniom, ale dają także możliwość sprawdzenia jej za pomocą krótkich testów, często wzbogacone są animacjami.

Bardzo bogaty zasób różnorodnych materiałów zgromadzono na stronie **Ośrodka Rozwoju Edukacji** (www.ore.edu.pl) w dziale „Promocja Zdrowia w Szkole”. W menu „Materiały do pobrania” możemy znaleźć między innymi: materiały dotyczące organizacji i realizacji edukacji zdrowotnej w szkole ponadgimnazjalnej, gimnazjum i szkole podstawowej – prace zbiorowe pod redakcją Barbary Woynarowskiej, „Jestem aktywny i jem zdrowo – żyję kolorowo” – poradnik dla rodziców i nauczycieli dzieci w wieku wczesnoszkolnym, scenariusze zajęć z kształtowania umiejętności psychospołecznych uczniów w praktyce szkolnej.

Szczególne uwagi warto zwrócić na dwie publikacje. Pierwsza z nich to pakiet edukacyjny „Jak wspierać rozwój i zdrowie młodzieży”, zgodny z koncepcją i metodami pracy szkoły promującej zdrowie, przygotowany na podstawie przetłumaczonego i zaadaptowanego programu *Growing Through Adolescence*. Oryginalna wersja pakietu została opracowana w ramach współpracy *NHS Health Scotland* z Europejskimi Biurami Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze i Wenecji. Zawiera materiały dotyczące zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, które przeznaczone są między innymi dla nauczycieli, zwłaszcza wychowania fizycznego, wychowawców i pedagogów. Materiał

obszerny, zawiera 265 stron. Druga publikacja to „Narzędzie dla szkół HEPS. Przewodnik dla szkół dotyczący tworzenia szkolnej polityki zdrowego żywienia i aktywności fizycznej”, przeznaczona dla szkół, które podejmą się tworzenia polityki dotyczącej zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Przewodnik składa się z czterech części, w których przedstawiono koncepcję Szkoły Promującej Zdrowie oraz podstawowe wartości i filary sieci „Szkoły dla Zdrowia w Europie”, jak również szczegółowy opis kolejnych faz tworzenia polityki prozdrowotnej w warunkach szkolnych. Dodatkowo przytoczono w nim przykłady dobrej praktyki w tworzeniu takiej polityki np. w Danii czy Portugalii, które mogą być inspiracją dla polskich szkół.

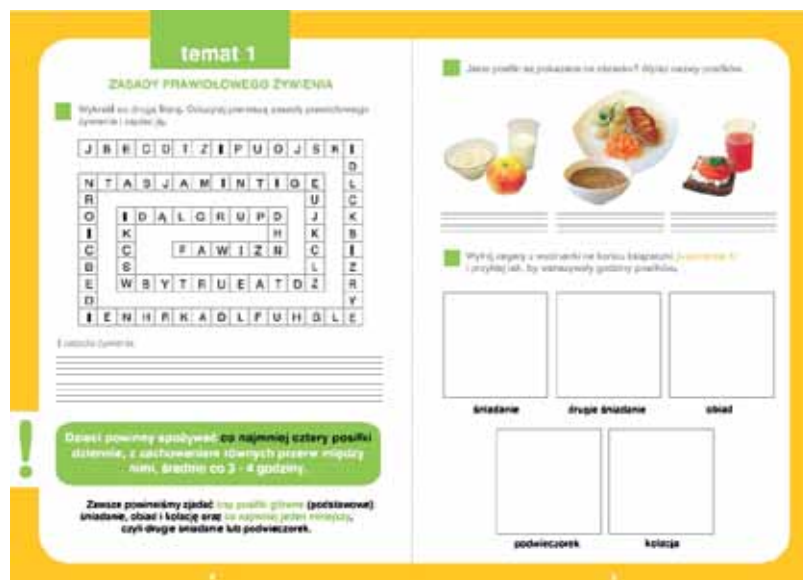
W marcu 2012 roku Zespół ds. Promocji Zdrowia w Szkole Ośrodka Rozwoju Edukacji zaprosił nauczycieli do współtworzenia **Banku Dobrych Praktyk**. Jest to miejsce, w którym mogą zamieszczać materiały opisujące doświadczenia szkół, promować sprawdzone rozwiązania oraz upowszechniać strategie dotyczące zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach.

Bardzo ciekawe i przydatne materiały znaleźć można na stronie kampanii społecznej miasta stołecznego Warszawy „**Wiem, co jem**”, dostępnej pod adresem wiemcojem.um.warszawa.pl. W pierwszym dziale tematycznym „Edukacja” zamieszczona została publikacja pt. „Wiem, co jem, zasady prawidłowego żywienia dla dzieci”, adresowana do uczniów I etapu edukacyjnego w wieku 6-9 lat, popularyzująca zasady prawidłowego żywienia wśród dzieci i ułatwiająca ich wdrożenie przez nauczycieli.

Książeczka ukazała się drukiem, ale ze strony można ją pobrać w wersji PDF i samodzielnie wydrukować. Dostarczy uczniom nie tylko wiedzy na temat zdrowego stylu życia, ale także zabawy i radości, zawiera bowiem bardzo dużo zadań do wykonania, między innymi: labirynty, krzyżówki, wykreślanki, rebusy, wycinanki, a także końcowy quiz sprawdzający wiedzę.

W drugim dziale „Organizacja żywienia” znajdziemy listę produktów spożywczych polecanych do sklepiku szkolnego oraz tych, które warto wycofać z asortymentu. Ponadto na stronie jest udostępniona publikacja „Propozycje posiłków dla dzieci w przedszkolach i szkołach”, która może być inspiracją i pomocą w planowaniu racjonalnych posiłków dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Znajdziemy także kompendium „Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży

Rys. 3. Fragment książeczki „Wiem, co jem, zasady prawidłowego żywienia dla dzieci”

Rys. 4. Strona tytułowa bajki *Przygoda w laboratorium* (PDF) oraz fragment filmu w serwisie YouTube

Rys. 5. Materiał edukacyjny dla dzieci w wieku 6-12 lat



oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia” oraz „Obiady szkolne” – obie pod redakcją prof. dr. hab. n. med. Mirosława Jarosza. Są to opracowania wydane przez Instytut Żywności i Żywności w Warszawie w 2008 roku i mogą dostarczyć obszernej wiedzy przydatnej w realizacji zajęć z edukacji zdrowotnej.

Podczas zajęć z edukacji zdrowotnej z dziećmi młodszymi będzie przydatna bajka „**Przygoda w laboratorium**”, którą można pobrać w formie PDF i wydrukować ze strony serwisu o badaniach laboratoryjnych dla dzieci diag.pl z działu „Materiały dla dzieci”. Jest ona przygotowana dla rodziców, ale z powodzeniem mogą z niej skorzystać także nauczyciele. Wersję filmową tej bajki znajdziemy w serwisie YouTube.

Świetnym pomysłem na promocję zdrowia, a jednocześnie miejscem wartościowych materiałów jest program „**6-10-14 dla Zdrowia**” oraz jego serwis, dostępny pod adresem www.dlazdrowia.uck.gda.pl. W dziale dla dzieci zamieszczono tam materiał edukacyjny „Moja droga do zdrowia”, przygotowany w formie multimedialnego plakatu, który można zaproponować uczniom.

W dziale dla rodziców zamieszczono materiały edukacyjne z diety (np. „Jadłospis wzorcowy oparty na zasadach zdrowego odżywiania” lub „Żywnie młodego sportowca”) i psychologii (np. „Techniki motywacyjne dla dzieci i rodziców”). Ponadto w serwisie dostępne jest wartościowe opracowanie „Jak pomóc otyłemu nastolatki? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach” – praca zbiorowa pod redakcją Anny Oblacińskiej i Izabeli Tabak wydana przez Instytut Matki i Dziecka w 2006 roku – czy też piramida zdrowia z informacjami dla rodziców i nauczycieli lub bogaty zestaw propozycji zajęć promujących zdrowy styl życia.

Ważnym materiałem wspomagającym może być **Wirtualny Podręcznik Pierwszej Pomocy**

(w wersji PDF), przygotowany przez D&S Rescue System, dostępny w Internecie pod adresem www.e-ratownictwo.com.pl/wirtualny-kurs-pierwszej-pomocy.php. Podręcznik krok po kroku prezentuje podstawy udzielania pierwszej pomocy, czyli zabezpieczania poszkodowanego do czasu przyjazdu Zespołu Ratownictwa Medycznego.

Ciekawym miejscem jest też witryna **Dni Edukacji Zdrowotnej** Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych w Łodzi (dez2011.wsez.pl), gdzie w dziale „Kursy i poradniki” dostępny jest kurs wideo „Pierwsza pomoc”, składający się z kilku filmów przygotowanych przez Grupę Ratownictwa PCK w Zgorzelcu.

Na stronie **Kodeks Walki z Rakim** (www.kodekswalkizrakiem.pl) oprócz materiałów edukacyjnych i informacyjnych, broszur, ulotek itp. w dziale „Galeria” zamieszczono dwa krótkie klipy multimedialne, które można wykorzystać w czasie zajęć. Ponadto można wykorzystać komiks dla dzieci „Kodeks zdrowego życia” oraz komiks dla młodzieży i dorosłych pod takim samym tytułem, plakat „Profilaktyka antytytoniowa”, ciekawe rysunki Andrzeja Mleczy i Rafała Bąkowicza, a nawet teledysk Nocnej Zmiany Bluesa „Papieros na śniadanie”.

Nauczyciele mogą znaleźć w Internecie także wiele ciekawych scenariuszy zajęć, spotkań, apeli, projektów o tematyce prozdrowotnej. Nie sposób wymieniać wszystkie, ale wystarczy wpisać w popularne Google np. hasło „edukacja prozdrowotna” lub podobne i otrzymamy dostęp do wielu materiałów tego typu. Zaprezentowane w artykule zasoby Internetu mogą być wsparciem w prozdrowotnych działaniach nauczycieli, ale zachęcam nauczycieli do samodzielnych poszukiwań innych wartościowych materiałów edukacyjnych i ich efektywnego wykorzystania w pracy z uczniami.

Autorka jest pracownikiem Ośrodka Edukacji Informatycznej i Zastosowań Komputerów w Warszawie

Elżbieta Pryłowska-Nowak

Telefon, tablet – zdrowe uzależnienie?

Jesteśmy coraz bardziej przywiązani do naszych telefonów, a ostatnio także do tabletów. Są z nami niemal wszędzie i mogą być pomocą w wielu sytuacjach. Jak urządzenia mobilne mogą wspierać nasze dążenia do zachowania zdrowego trybu życia, a więc racjonalnego odżywiania, ruchu, pogodnego usposobienia? W tym artykule chciałabym zaprezentować czytelnikom własne doświadczenia w korzystaniu z takich możliwości i zaprezentować zasoby mojego telefonu i tabletu.

Kilka miesięcy temu, przeszukując zasoby Internetu, znalazłam wiele interesujących aplikacji, dlatego założyłam na pulpicie mojego iPada specjalny folder, który zatytułowałam „Zdrowie”. Zajrzyjmy do niego.

Rys. 1. Pulpit tabletu z otwartym folderem „Zdrowie”



Folder zawiera różnorodne aplikacje, które mogą wspierać nasze działania prozdrowotne. Znajdziemy w nim:

- dwa różne liczniki kalorii, jeden w języku polskim, drugi w języku angielskim,
- aplikację zawierającą instrukcję udzielania pierwszej pomocy – *Touch n`help* – nazwa aplikacji jest angielska, natomiast treść z instrukcjami w języku polskim,
- elektroniczną wersję czasopisma międzynarodowego „Spine” na temat kręgosłupa,

- aplikację do monitorowania i zarządzania oddechem podczas ćwiczeń fizycznych *COPD Tracker*,
- aplikacje z ćwiczeniami rozciągającymi kręgosłup oraz wzmacniającymi mięśnie brzucha.

Tym dwóm ostatnio wymienionym aplikacjom poświęcę nieco więcej uwagi ze względu na wpływ zdrowego kręgosłupa oraz silnych mięśni brzucha na komfort życia codziennego.

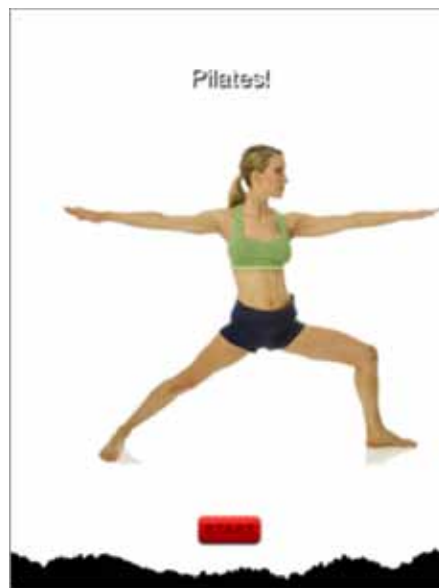
Dla iPada aplikacje tematyczne pobieramy z zasobów internetowego sklepu *App Store* (store.apple.com/pl/ipad). Po automatycznym zainstalowaniu pokazują się na naszym pulpicie. W *App Store* są dostępne zarówno aplikacje płatne, jak i bezpłatne. Bardzo często dostępne są te same aplikacje w wersji podstawowej bezpłatnej oraz w wersji rozszerzonej – płatnej. W niniejszym artykule zostaną zaprezentowane przykładowe bezpłatne aplikacje.

Rys. 2. Przykładowe aplikacje dotyczące ćwiczeń pilates¹, dostępne w App Store



¹ Pilates – system ćwiczeń fizycznych wymyślony na początku XX wieku przez Niemca Josefa Humbertusa Pilatesa, którego celem miało być rozciągnięcie i uelastycznienie wszystkich mięśni ciała. System pilates to połączenie jogi, baletu i ćwiczeń izometrycznych. Źródło: Wikipedia (<http://pl.wikipedia.org/wiki/Pilates>).

Rys. 3. Przykłady ćwiczeń pilates



Rys. 4. Widok kalendarza z terminarzem ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha



Rys. 5. Zestaw ćwiczeń dostępnych dla poziomu pierwszego



Ze względu na znaczenie zdrowego kręgosłupa polecam m.in. aplikację „Pilates!”. Zawiera ona przykłady ćwiczeń wzmacniających mięśnie, odciążających kręgosłup, poprawiających postawę ciała. Po zainstalowaniu jej w naszym iPadzie możemy uruchomić wybrane ćwiczenie i rozpocząć trening. Aplikacje zawierają pokazowe filmy z ćwiczeniami pilates dla różnych poziomów zaawansowania. Zazwyczaj niższe poziomy są darmowe, a wyższe wymagają już uiszczenia niewielkiej opłaty, np. 0,79 €.

Ze sklepu internetowego *App Store* możemy pobrać także darmowe aplikacje typu *Abs Workout*, *Chest Workouts*, *Butt Workout*, zawierające przykładowe ćwiczenia wzmacniające różne partie mięśni.

W aplikacji *Abs Workout* ćwiczenia zostały podzielone na trzy poziomy. Dla każdego poziomu dołączony jest kalendarz, przykłady ćwiczeń, a także ich prezentacje filmowe i animowane.

W kalendarzu możemy zaznaczyć ustalony przez nas indywidualny plan ćwiczeń.

W oknie ćwiczeń pierwszego dostępnego poziomu bezpłatnie są propozycje zestawu 8 ćwiczeń. Klikając dowolne z nich, możemy obejrzeć film instruktażowy, podpowiadający, jak należy je prawidłowo wykonywać. Filmy instruktażowe są udostępniane *online*, ale możemy je także pobrać, korzystając z „Pobierz ćwiczenia” i odtwarzać w trybie *offline*. W ćwiczeniach zazwyczaj wykonujemy 30 powtórzeń. W grafiku ćwiczeń jest zaplanowany także czas regeneracji.

Rys. 6. Okno aplikacji z wybranym ćwiczeniem, gotowe do uruchomienia



W moim smartfonie mam zainstalowane aplikacje „Uczymy ratować” i *First Aid*.

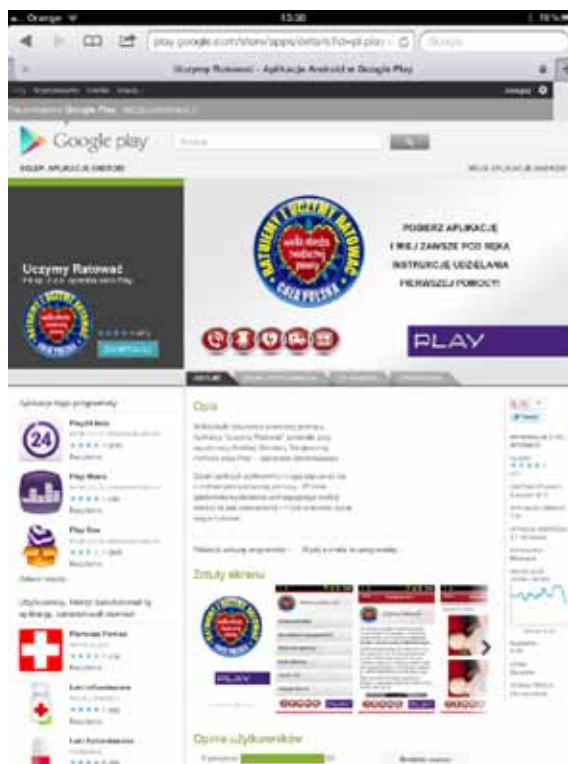
Pierwsza z nich powstała przy współpracy Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy oraz Play – operatora komórkowego. Można ją pobrać na iPada za darmo ze sklepu internetowego *App Store*, a także na urządzenia z Androidem² ze sklepu internetowego Google Play. Pobranie aplikacji wymaga posiadania konta w serwisie Google, zalogowania się i pobrania aplikacji na wskazane urządzenie, w moim przypadku smartfona.

Aplikacja zawiera instrukcje dotyczące udzielania pierwszej pomocy. Dobrze wiemy, że w sytuacji wymagającej szybkiej reakcji wiedza ta jest nieoceniona i może uratować komuś życie.

Okno początkowe aplikacji zawiera spis treści aplikacji, w którym znajdziemy takie tematy, jak: bezpieczeństwo, sprawdzenie przytomności, wezwanie pomocy, brak oddechu, użycie AED³ oraz pozycja boczna. Dotknięcie w dowolny element spisu treści powoduje otwarcie instrukcji bezpiecznego zachowania ratownika.

Jak widać, wiele sklepów internetowych oferuje dużą liczbę aplikacji w kategorii zdrowie. Część programów możliwych do pobrania jest płatna, a część darmowa. Dostarczają one roz-

Rys. 7. Okno sklepu internetowego Google Play, z którego pobieramy na smartfona aplikację „Uczymy Ratować”



wiązań różnego typu, wspomagających ochronę zdrowia i edukację zdrowotną. Wiele z nich jest skierowanych do samych pacjentów, spora część adresowana jest bezpośrednio do środowiska medycznego i placówek ochrony zdrowia. Oferowane rozwiązania zapewniają szeroki dostęp do wiedzy i edukacji zdrowotnej, możliwości wspomagania procesu diagnozy, wiele z nich poświęconych jest konkretnym schorzeniom⁴.

Dobrze byłoby, aby upodobanie do ruchu, racjonalnego odżywiania i pogodnego usposobienia było naszym „zdrowym uzależnieniem”. Jeśli pomogą nam w motywacji do działania nasze urządzenia mobilne, to niech nam towarzyszą!

Autorka jest nauczycielem konsultantem w Ośrodku Edukacji Informatycznej i Zastosowań Komputerów w Warszawie

² Android – system operacyjny dla urządzeń mobilnych takich jak telefony komórkowe, smartfony, tablety PC i netbooki. Więcej informacji w Wikipedii na stronie [http://pl.wikipedia.org/wiki/Android_\(system_operacyjny\)](http://pl.wikipedia.org/wiki/Android_(system_operacyjny))

³ AED (*Automated External Defibrillator*) – defibrylator zewnętrzny. Więcej w Wikipedii na stronie <http://pl.wikipedia.org/wiki/Defibrylator>

⁴ Więcej o aplikacjach medycznych:

<http://polishpharma.com/apple-dla-health/0,-25i,1,3>

<http://www.imedicalapps.com>

<http://polishpharma.com/gsk-myasthma-app/0,-3bw,1>

Edukacja dla zdrowia

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015

Cel operacyjny 8.

Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży.

Uzasadnienie wyboru celu:

Zgodnie z najnowszą propozycją Światowej Organizacji Zdrowia (2005) we współczesnej strategii działań na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży głównymi kierunkami działań powinny być: zmniejszenie nierówności w zdrowiu, rozwijanie zasobów dla zdrowia, eliminowanie czynników ryzyka dla zdrowia. Za priorytety uznaje się:

- intensyfikację działań z zakresu promocji zdrowia w odniesieniu do dzieci i młodzieży,
- zapobieganie: urazom, otyłości, używaniu substancji psychoaktywnych, przemocy w rodzinie (w tym seksualnej) i między rówieśnikami, chorobom przenoszonym drogą płciową (w tym HIV) oraz ciężom wśród małoletnich,
- zapewnienie poradnictwa oraz pomocy dla rodziców, dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju i zdrowia psychicznego (zwłaszcza u dzieci najmłodszych i nastolatków), przewlekle chorych, niepełnosprawnych, żyjących z HIV oraz małoletnich matek.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Zwiększenie odsetka młodzieży, która:
 - osiąga zalecany poziom aktywności fizycznej,
 - racjonalnie się odżywia,
2. Zahamowanie tendencji wzrostowej w częstości występowania u młodzieży zachowań ryzykownych dla zdrowia.

Zadania:

Polityka państwa, legislacja:

1. Opracowanie krajowej strategii działań w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia w odniesieniu do dzieci i młodzieży, spójnej z obowiązującymi dokumentami i programami krajowymi, Unii Europejskiej oraz rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia,

2. Cykliczne opracowywanie i upowszechnianie (w różnej formie) informacji o stanie zdrowia, rozwoju i zachowaniach zdrowotnych dzieci i młodzieży,

3. Tworzenie, aktualizacja oraz egzekwowanie przestrzegania przepisów w zakresie:

- pomocy dla rodzin dzieci i młodzieży niepełnosprawnych i przewlekle chorych,
- eliminowania barier w dostępności do nauki, zajęć pozaszkolnych i ciągłej rehabilitacji dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej,
- standardów bezpieczeństwa dzieci w ruchu drogowym,
- ograniczenia dostępności młodzieży do tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,
- identyfikowania przemocy wobec dzieci i udzielania pomocy jej ofiarom.

Działania w społecznościach lokalnych (z udziałem samorządów i innych organizacji):

1. Opracowanie, wdrażanie i systematyczne monitorowanie programów działań na rzecz wspierania rozwoju i zdrowia dzieci i młodzieży, dostosowanych do lokalnych potrzeb i opracowywanych z udziałem samej młodzieży,

2. Tworzenie warunków do spędzania czasu wolnego w sposób korzystny dla rozwoju i zdrowia.

¹ Przyjęty Uchwałą Nr. 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 - 2015. Cele operacyjne dotyczące wybranych populacji. Cel operacyjny 8: Cel operacyjny 8. Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży.

Działania resortu edukacji (we współpracy z resortem zdrowia):

1. Realizacja w szkołach wszystkich typów edukacji zdrowotnej, ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności życiowych, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego,

2. Rozwijanie programu szkół promujących zdrowie, w tym zdrowy styl życia i odżywiania,

3. Dokonanie zmian w programie wychowania fizycznego w szkole, sposobach jego realizacji i sprawowania nad nim nadzoru, ukierunkowanych na zwiększenie aktywności fizycznej uczniów oraz budowanie motywacji do jej kontynuowania w dalszym życiu.

Działania resortu szkolnictwa wyższego²⁰:

1. Wprowadzenie przedmiotu „edukacja zdrowotna” (lub o podobnej nazwie) do standardów kształcenia nauczycieli i pedagogów oraz tworzenie możliwości doskonalenia w tym zakresie osób pracujących z dziećmi i młodzieżą.

Działania środków masowego przekazu i organizacji pozarządowych:

1. Prowadzenie kampanii społecznych propagujących aktywność fizyczną oraz zasady racjonalnego żywienia,

2. Ograniczanie prezentowania w środkach masowego przekazu programów oraz reklam zwiększających ryzyko podejmowania przez młodzież zachowań ryzykownych.

Działania resortu zdrowia (ochrony zdrowia):

1. Tworzenie systemu poradnictwa dla:

- rodziców najmłodszych dzieci z zaburzeniami rozwoju psychomotorycznego,
- rodziców i ich nastoletnich dzieci z zaburzeniami psychospołecznymi,
- młodzieży zagrożonej uzależnieniem i wystąpieniem innych szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych,

2. Prowadzenie kształcenia lekarzy, pielęgniarek i położnych w zakresie pomocy młodzieży w rozwiązywaniu jej problemów zdrowotnych w tym rozpoznawania oznak przemocy domowej,

3. Zapewnienie uczniom wszystkich szkół profilaktycznej opieki zdrowotnej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami,

4. Tworzenie warunków dla uzyskiwania odpowiednich kwalifikacji przez pielęgniarki sprawujące profilaktyczną opiekę zdrowotną w szkołach i innych placówkach oświatowych,

5. Stworzenie systemu nadzoru (na poziomie kraju, województwa, powiatu) w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Utrzymanie na obecnym poziomie lub zmniejszenie częstości występowania w popula-

cji dzieci i młodzieży: otyłości, depresji, chorób przenoszonych drogą płciową,

2. Zmniejszenie odsetka cięż wśród małoletnich,

3. Zmniejszenie urazowości dzieci i młodzieży oraz osiągnięcie dla współczynników umieralności i hospitalizacji z powodu urazów i zatruc poziomu przeciętnego dla krajów Unii Europejskiej,

4. Zmniejszenie liczby dzieci będących ofiarami przemocy ze strony dorosłych i rówieśników w szkole.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki zdrowia subiektywnego i zachowań zdrowotnych:

- odsetek młodzieży 15- i 18-letniej, która pozytywnie ocenia swoje zdrowie, jest zadowolona z życia, rzadko odczuwa dolegliwości psychosomatyczne,
- odsetek młodzieży 15- i 18-letniej, która osiąga zalecany poziom aktywności fizycznej, codziennie spożywa warzywa i owoce, rzadko spożywa słodkie i słodkie napoje gazowane,
- odsetek młodzieży 15-letniej i 18-letniej, która regularnie pali papierosy, często upija się, pali marihuanę, podjęła inicjację seksualną, ma kontakty z przemocą między rówieśnikami,
- częstość występowania anoreksji i bulimii wśród dzieci i młodzieży.

Wskaźniki odnoszące się do zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju

- częstość występowania otyłości w populacji osób w wieku szkolnym,
- częstość występowania depresji i innych zaburzeń zdrowia psychicznego,
- częstość samobójstw i prób samobójczych,
- umieralność i hospitalizacja z powodu urazów i zatruc,
- liczba dzieci i młodzieży poszkodowanych w wypadkach drogowych,
- częstość występowania chorób przenoszonych drogą płciową (w tym zakażeń HIV) i cięż wśród małoletnich,
- liczba dzieci będących ofiarami przemocy domowej i rówieśników w szkole.

Wskaźniki zabezpieczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz działań w zakresie promocji zdrowia

- odsetek dzieci i młodzieży objętych profilaktycznymi badaniami lekarskimi,
- stopień zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej w szkołach wszystkich typów.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ):

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa.

²⁰ Wykorzystanie rezultatów Pilotażowego Projektu Foresight w ramach działań resortu nauki na rzecz Narodowego Programu Zdrowia 20 Wykorzystanie rezultatów Pilotażowego Projektu Foresight w ramach działań resortu nauki na rzecz Narodowego Programu Zdrowia



Koszt rocznej prenumeraty „Meritum” wraz z biuletynem „Oświata Mazowiecka”
wynosi **50,00 zł** (w tym koszt przesyłki)

1. Dane zamawiającego:

- dokładny czytelny adres placówki lub adres prywatny:

.....
.....

- e-mail
- numer telefonu
- NIP
- liczba egzemplarzy

Zamawiający potwierdza jednocześnie, że jest uprawniony do złożenia zamówienia i przyjęcia faktury VAT oraz zgadza się na wystawianie faktury VAT bez podpisu Zamawiającego.

2. Zamawiający przelewa należną kwotę na konto:

Mazowieckie Samorządowe Centrum Doskonalenia Nauczycieli
ul. Świętojerska 9, 00-236 Warszawa
NIP 525-249-20-11

Nr rachunku: BRE Bank 54 1140 2062 0000 5342 6300 1011

Zapewniamy, że po złożeniu zamówienia i uiszczeniu należnej kwoty prześlemy fakturę oraz dostępne numery „Meritum”, które ukazały się przed Państwa prenumeratą.

3. Zamówienie należy przesłać na adres:

Mazowieckie Samorządowe Centrum Doskonalenia Nauczycieli
ul. Świętojerska 9, 00-236 Warszawa
lub na adres **e-mail**: mscdn@mscdn.edu.pl
lub **faks**: 22 887 78 28

