

Regina Ciereszko

Samoprophlaktyka prozdrowotna młodzieży

ZARYS PROBLEMATYKI

ZABRANIONE

- samowolne udostępnianie publiczne całości lub/i fragmentów
- sprzedaż kopii w wersjach: cyfrowej i wydruku

DOZWOLONE

- pobieranie i wydruk

Regina Ciereszko

Samoprophlaktyka prozdrowotna młodzieży

ZARYS PROBLEMATYKI



GSW

Gdańsk 2022

Recenzent

dr hab. Adam Jan Karpiński, prof. GSW [notka biograficzna]

Dostępne publicznie pod adresem:



www.gsw.gda.pl/wydawnictwo/128-samoprofilaktyka

Dostępne również jako wydanie drukowane (książkowe):

Regina Ciereszko, *Samoprofilaktyka prozdrowotna młodzieży. Zarys problematyki*,
Wydawnictwo GSW, Gdańsk 2022, ISBN druk 978-83-66270-27-5. Szczegóły:
www.gsw.gda.pl/wydawnictwo/128-samoprofilaktyka

Projekt okładki Redakcja Tomasz Mikołajczewski

Wydanie pierwsze, online (PDF), objętość 10,2 ark. wyd., Gdańsk 2022

© Copyright by Gdańska Szkoła Wyższa, Gdańsk 2022



Wydawnictwo GSW

Gdańska Szkoła Wyższa
80-875 Gdańsk, ul. Biskupia 24B
tel. 58 305 08 11, 12
Zamówienia: wydawnictwo@gsw.gda.pl

www.gsw.gda.pl/wydawnictwo

ISBN online 978-83-66270-28-2 Nr kat. [128]

Spis treści

Wprowadzenie	7
---------------------------	----------

1. Analiza wybranych koncepcji zdrowia

1.1. Biomedyczny paradygmat zdrowia	20
1.2. Kryzys biomedycznego paradygmatu zdrowia.....	22
1.3. Holistyczne koncepcje zdrowia.....	25
1.4. Wybrane czynniki wpływające na zdrowie w podejściu holistycznym.....	32
1.4.1. Styl życia	35
1.4.2. Aktywność fizyczna.....	36
1.4.3. Dieta	39

2. Profilaktyka zdrowia a samoprofilaktyka prozdrowotna

2.1. Profilaktyka zdrowia – zarys koncepcji.....	48
2.2.1. Działania na rzecz profilaktyki zdrowotnej młodzieży	52
2.2. Wyzwania dla obowiązującego paradygmatu profilaktyki	53
2.2.1. Opinie pracowników służby zdrowia na temat profilaktyki zdrowotnej oraz stanu zdrowia młodzieży.....	56
2.2.2. Jak pracownicy służby zdrowia rozumieją swoją rolę w profilaktyce zdrowotnej młodzieży? Badania własne	58
2.3. Samoprofilaktyka zdrowotna. Zarys koncepcji.....	67
2.3.1. Troska o siebie	69
2.3.2. Samotroska	71
2.3.3. Samoprofilaktyka. Główne składowe koncepcji	73

3. Podstawy metodologii badań własnych

3.1. Metody jakościowe a ilościowe w badaniu stanu zdrowia młodzieży	79
3.2. Metodyka badań ankietowych.....	86
3.3. Cel i przedmiot badań.....	89

4. Prezentacja wyników badań własnych nad stanem zdrowia młodzieży

4.1. Badanie pilotażowe maturzystów Wejherowa.....	93
4.1.1. Wnioski z badania	98
4.2. Badanie główne młodzieży maturalnej w Wejherowie.....	99
4.2.1. Wnioski z badania	123
4.3. Badanie studentów Trójmiasta	124
4.3.1. Wnioski z badania	140

Wnioski.....	143
---------------------	------------

Bibliografia	149
--------------------	-----

Spis tabel	161
------------------	-----

Spis rysunków i wykresów	163
--------------------------------	-----

Wprowadzenie

Powszechnie przyjęło się założenie, że zdrowiem zajmują się wyłącznie przedstawiciele tzw. służby zdrowia: lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, terapeuci. Pojawienie się epidemii chorób cywilizacyjnych stwarza konieczność poszerzenia obszaru działań o instytucje poza *stricte* medyczne. Dbłość o zdrowie, rozumiana jako praktykowanie określonego stylu życia i profilaktyki, staje się moralnym obowiązkiem każdego człowieka. Samoprophylaktyka prozdrowotna wykracza poza instytucje medyczne i włączona zostaje w życie jednostki.

Obecnie zauważa się zwiększone zainteresowanie edukacją prozdrowotną, której przedmiotem są: wychowanie fizyczne, higiena, prawidłowe odżywianie, ekologia – czyli składowe samoprophylaktyki zdrowotnej. Edukacja prozdrowotna nie jest jednak tym samym, co samoprophylaktyka zdrowotna, gdyż w tym drugim przypadku potrzebna jest nie tylko wiedza, ale również wola działania. Nie tylko musimy wiedzieć, jakie działania składają się na zdrowy styl życia, ale także aktywnie je wdrażać.

Zdrowie i edukacja prozdrowotna stały się obszarami teorii i praktyki różnych dyscyplin naukowych (Wojnarowska, 2001). Ich rozwój stał się inter- i transdyscyplinarny. Wzrosło także zainteresowanie edukacją i profilaktyką prozdrowotną. Coraz częściej myślimy o zdrowiu i staramy się prawidłowo odżywiać, stosujemy wypracowane zasady higieny i bezpieczeństwa zdrowotnego (Buczak, 2014). Rozwój socjologii medycyny przyczynił się do powstania nowych subdyscyplin takich, jak socjologia żywienia czy socjologia otyłości (Tobiasz-Adamczyk, 2013). Nauki medyczne kierują się coraz szerszą transdyscyplinarnością. Interdyscyplinarność staje się także przedmiotem badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Wskazuje na to rozszerzanie przez nią definicji zdrowia. Wykracza ona poza czysto medyczny brak symptomów choroby.

W 1948 r. WHO zdrowiem nazwała: „stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa”. Widzimy tu wieloaspektowe ujęcie zdrowia oraz rezygnację z wcześniejszego określania go

jedynie za pomocą negacji – czyli jako braku choroby (Gadamer, 2011). W 1984 r. WHO wzbogaca definicję zdrowia o „sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego”, a w 2003 r. także o wymiar duchowy (WHO, 2003).

Wraz z przyjęciem tej definicji, zdrowie stało się czymś więcej niż tylko prawidłowym stanem fizjologicznym organizmu w kategoriach biomedycznych, objęło również kategorię społeczną i kulturową. Nominowało do rangi wartości stanu pożądanego, umożliwiającego sprawowanie zachowań użytecznych w życiu społecznym i zawodowym. Zatem współczesna definicja zdrowia WHO wyraźnie zaznacza połączenie kwestii zdrowia z życiem wewnętrznym i społecznym jednostki ludzkiej oraz jego osobistą troską o kondycję fizyczną, co jest potwierdzeniem wieloaspektowego ujęcia problemów zdrowotności człowieka.

Sieć uwarunkowań zdrowotnych tworzona jest przez dominujący biomedyczny paradygmat zdrowia. Ogranicza się ona do leczenia symptomów choroby, a rzadziej do profilaktyki. Nie jest jednak wystarczająca do rozwiązywania powstających problemów zdrowotności, gdyż zawęża się głównie do działań organizacji życia społecznego, którego elementy, jako swe funkcje, uznają zapobieganie chorobom (głównie poprzez szczepienia ochronne i diagnozowanie chorób we wczesnym ich stadium). Wśród indywidualnych czynności wyróżniają się w niej te, które stanowią pewien poziom życia higienicznego, niezbędnego do podjęcia innych wysiłków: czystość, świeży oddech, schludny wygląd osobisty itp.

Częste modyfikacje zaleceń zdrowotnych nie dają spodziewanych rezultatów. Nie uwzględniają one indywidualnych potrzeb jednostek, kierując się obowiązującymi „procedurami medycznymi”. Pacjenci są tylko „nosicielami” objawów chorobowych, które trzeba usunąć. I tak się czyni, zamiast szukać przyczyn chorób; łagodzi się jedynie ich symptomy. Pomijany jest przy tym stan psychiczny człowieka. Liczą się wyniki badań lekarskich, a nie samopoczucie człowieka. Lekarz na ogół nie interesuje się stylem życia pacjenta i ewentualną jego poprawą. Takie zainteresowanie wymagałoby dłuższego wywiadu, rozmowy, a na to nie ma czasu. Przyjmuje się, że na jednego pacjenta lekarz może poświęcić 15–20 minut, a niekiedy i mniej. Tyle czasu zajmuje opracowanie dokumentów.

Obecnie najczęściej stosowaną metodą leczenia, przy postępujących współczesnych chorobach, jest farmakoterapia, która trwa na ogół do końca życia pacjenta, wielokrotnie niosąc za sobą negatywne skutki uboczne. Mówi się wręcz o „kryzysie medycyny”, która nastawiona jest głównie na leczenie objawów chorób, a nie zapobieganie im (Sokołowska, 1980). Interweniuje się zwykle w stanie zaawansowanej choroby, gdy już jest za późno na działania profilaktyczne. Lekarze, co prawda często mogą wyleczyć chorych za pomocą zaawansowanych technik, ale nie dotyczy to przewlekłych chorób degeneracyjnych, które są głównym problemem naszych czasów (Sokołowska, 1980). Dlatego właśnie potrzebna jest samoświadomość i samoprophylaktyka prozdrowotna, umożliwiająca wprowadzenie odpowiednich zachowań wzmacniających zdrowie i odporność jednostek ludzkich.

Samoprophylaktyka prozdrowotna, tj. świadomość zdrowotna pozwalająca na prowadzenie zdrowego stylu życia, jest na ogół pomijana w biomedycznym paradygmacie zdrowia. Jest to zadziwiające, albowiem w literaturze wiele jest rozważań na temat podmiotowości życia społecznego i podmiotowego wychowania. M. Wojciechowski (2002a) wskazuje błędy w systemie oświaty wynikające z faktu, że nauczyciele są specjalistami od przedmiotów, a nie od ludzi. Przez to dla nich od ucznia (jego emocji i stanu zdrowia) ważniejszy jest materiał, który są zobowiązani zrealizować. Próbuując zmienić ten stan rzeczy, coraz więcej szkół podejmuje wyzwanie budowania profilaktycznych kompetencji kadry pedagogicznej. Coraz powszechniejszym staje się korzystanie z pomocy specjalistów, coraz bogatsza jest literatura fachowa dotycząca dysfunkcyjnych zachowań młodzieży i sposobów przeciwdziałania im (Gaś, 2006). W praktyce społecznej dominuje więc profilaktyka i leczenie. Zaś o samoprophylaktyce pisze się niewiele lub wcale.

Wgląd w literaturę przedmiotu pozwala dostrzec wiele definicji zdrowia, jak i jego uwarunkowań. Mało jednakże mówi się, jak sam konkretny, pełnosprawny i w pełni wydolny człowiek ma dbać o swoje zdrowie. Chodzi tutaj o metodologię kształtowania charakteru, woli i pozostałych atrybutów ducha jednostki ludzkiej: doświadczenia jednostkowości, wspólnotowości, duchowości intuicyjno-refleksyjnej i spontaniczno-kreacyjnej, dobra tu i teraz oraz dobra transcendentnego, wolności i odpowiedzialności (Karpiński, 2015, s. 289). Rozpoznanie w sobie tych atrybutów oraz sposobów ich przejawiania się może stanowić umiejętność samoprophylaktyczną. Niezbędna do tego jest też pewna wiedza prozdrowotna współczesnego człowieka, pozwalająca na rozwijanie jego odporności i wdrażanie przez niego samoprophylaktyki. Tu trzeba wiedzieć co, wiedzieć jak i jeszcze powinno się posiadać wolę zastosowania tego, co należy robić, aby poprawić swój stan zdrowia.

Sytuacja ta pokazuje zasadność wprowadzenia nauki tworzącej samoświadomość potrzeby samoprophylaktyki prozdrowotnej i sposób jej indywidualnego wdrażania. Wobec powyższego trzeba szukać wskazówek, odpowiedzi mówiących, jak konkretna jednostka ludzka ma dbać o swoje zdrowie. Jak może ona rozwijać swoją samoświadomość w tym względzie? Jak ma rozpoznawać swój stan zdrowia i możliwe zagrożenia chorobowe? Jak może wpłynąć na wzmocnienie własnej wolicjonalności i móc zapanować nad swoją cielesnością? I wreszcie, jak może wzmacniać własny układ immunologiczny, aby nie dopuścić do powstania chorób, a niekiedy nawet cofnąć istniejące schorzenia?

Odpowiedzi na powyższe pytania dostarczają holistyczne metody ujmowania zdrowia. Zdrowie bowiem jest efektem integracji czynników biogenetycznych i psychospołecznych oraz upodmiotowienia jednostek wykorzystujących mechanizmy biofizjologiczne, jak również behawioralne. Czynniki biogenetyczne są już rozpoznawalne. Wciąż trwają badania nad wpływem innych czynników.

Wśród czynników psychospołecznych odnajduje się: pozycję społeczno-ekonomiczną, warunki pracy oraz cechy psychiczne (np. optymizm, spokój czy gniew lub wrogość). Integracyjne metody wskazują także na interakcje układu immunologicznego, psychiki i mózgu człowieka w przebiegu procesów prozdrowotnych,

pojawiających się w przestrzeni wyzwań środowiskowych. „Bio-psycho-społeczna geneza zdrowia wymaga kreowania wielopoziomowych i wielosektorowych strategii interwencyjnych promujących zdrowie” (Skrzypek, 2014, s. 47–48). Istota wskazanych wyżej treści winna być odnajdywana w indywidualnym podejściu do zdrowia człowieka. W wysiłku tym stosujemy metodę wędrówki od abstrakcji do konkretności.

Zatem celem monografii jest wskazanie na potrzebę podejmowania przez jednostki ludzkie czynności mających charakter samoprophylaktyki w zabieganiu o utrzymanie swojej zdrowotności. Zawiera ona również analizę przemian, jakie zachodzą w myśleniu o zdrowiu w trwającej filogenezie gatunku ludzkiego i ontogenezie. Zachowania samoprophylaktyczne szczególnie istotne są w przypadku osób młodych. Dzieci i młodzież stosunkowo najłatwiej jest ukształtować: jeśli w młodości wytworzą sobie nawyki związane ze zdrowiem, będą zdrowymi dorosłymi.

Choroby cywilizacyjne (otyłość, cukrzyca i inne) diagnozowane są u coraz młodszych pacjentów. Przyjmują one postać plagi z uwagi na dużą liczbę tego typu zachorowań. Działania samoprophylaktyczne szczególnie istotne są w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym. Na powstanie wielu schorzeń nie mamy wpływu, jednak choroby cywilizacyjne w dużej mierze są efektem stylu życia i zaniedbania zdrowia. Wcześniej wprowadzona świadomość samoprophylaktyki zdrowotnej ma szansę na ograniczenie występowania chorób cywilizacyjnych.

Obecnie świat medyczny jest zgodny w upatrywaniu czynników środowiskowych jako głównych determinantów zdrowia. Jednym z nich jest wymienione już racjonalne żywienie. Winno ono w sposób optymalny zaspokajać dzienne zapotrzebowanie organizmu człowieka w niezbędne dla utrzymania zdrowia i sprawnie działającego układu odpornościowego, składniki odżywcze, witaminy i minerały. Bez nich człowiek nie jest w stanie wykorzystywać swych genetycznie uwarunkowanych możliwości fizycznych i psychicznych. Nie może utrzymać dobrego stanu zdrowia w dłuższej perspektywie czasowej. Wybory związane z konsumpcją pokarmów są często wynikiem natarczywych reklam, wyrazem budowania tożsamości i identyfikacji społecznej, a nie wynikiem świadomej troski o zdrowie.

Odpowiednie wyżywienie jest tylko jednym z wielu determinantów zdrowia, niemniej ważna jest aktywność fizyczna i wyznaczanie sobie w związku z powyższym realnych celów. „Możliwość osiągnięcia celu czyni go realistycznym, a nie pozostającym w sferze fantazji. Ma on dla jednostki subiektywną wartość i określone znaczenie, przez co posiada rolę funkcjonalną – decyduje o zachowaniu” (Lipowski, 2006, s. 110).

Potrzebne jest więc szersze ujęcie problemu zdrowia. Należy zadać pytanie: Kto powinien zajmować się kształceniem świadomości prozdrowotnej człowieka? Czy system społeczny poprzez instytucje medyczne i edukacyjne? A może w głównej mierze my sami, poprzez samokształcenie i samorealizację? Odpowiedzią może być wprowadzone przeze mnie pojęcie „samoprophylaktyki zdrowotnej”. Pojęcie to kładzie nacisk na jednostkę i jej odpowiedzialność w kwestii stosowania samoprophylaktyki zdrowotnej. W przypadku chorób cywilizacyjnych tylko odpowiednia postawa

samego zainteresowanego może zapobiec lub zdecydowanie zmniejszyć ryzyko ich wystąpienia.

W gąszczu różnych wypowiedzi, artykułów, przedstawianych twierdzeń, konstruowanych teorii, brakuje wskazówek, jak konkretna jednostka może zapobiec chorobom. Nie chodzi tu o poradniki czy czasopisma zawierające jadłospisy, „diety cud” i inne propozycje tworzenia „życia szczęśliwego” drogą przygotowywania i konsumowania wykwintnego jedzenia. Takich opracowań jest bardzo dużo. Brakuje publikacji, w których jednostki znajdowałyby sposoby rozpoznawania swoich indywidualnych potrzeb zdrowotnych i mogłyby wykształcić indywidualną wolę oraz umiejętność wykorzystywania atrybutów swego ducha w celu zaspakajania tych potrzeb. W literaturze przedmiotu nie widać odpowiedzi na pytanie: jak jednostka ma przekładać owe ogólne podpowiedzi na własne konkretne działanie oraz jak ma wzmacniać wolę i samodyscyplinę w rozwijaniu swej duchowości.

Analizując literaturę przedmiotu, nasuwa się spostrzeżenie, że autorzy tych prac mówią, że to głównie system społeczny (instytucje medyczne) powinien zajmować się zdrowiem jednostki. Tu potwierdza się motywacja i odpowiedź na pytanie, dlaczego w ogóle powstała ta monografia. Ma ona wskazywać, że obok systemowego leczenia chorób, obok systemowej profilaktyki, trzeba tak kształcić ludzi, aby sami mogli wzmacniać swoje siły ku zdrowotności. Zatem istotne jest wprowadzanie w szkołach zasad zdrowego odżywiania, kultury fizycznej i sposobów radzenia sobie ze stresem.

Szczególnie ważne jest kształtowanie postaw młodego pokolenia – dzieci i młodzieży. Ta część społeczeństwa najbardziej podatna jest na zmiany. Wiadomo także, że nawyki zdrowotne zaszczipione w młodym wieku mają dużą szansę być kontynuowane przez całe życie. Uczenie młodych na temat właściwej samoprofilaktyki zdrowia ma wpływ na ich całe życie. Może także zapobiegać chorobom cywilizacyjnym coraz częściej występującym u młodych ludzi, jak otyłości i cukrzycy typu 2.

Praca wynika z obserwacji, że współczesna medycyna i nauki o zdrowiu nie doceniają roli samoprofilaktyki. W tradycyjnie pojmowanych naukach o zdrowiu istniał kiedyś przedmiot, który nazywano wychowaniem higienicznym. Ograniczano się jednak w nim do relacji podmiot – przedmiot. Wychowanek miał spełniać wymogi higieny, gdyż był kontrolowany. Brakowało samokontroli w przestrzeganiu zdrowego stylu życia, a to wynikało z braku zrozumienia roli samoprofilaktyki i jej wpływu na zdrowie. Aby ten stan poprawić, konieczny jest wysiłek każdego człowieka w zakresie poznania problemu i własnych możliwości radzenia sobie z nim.

Ponieważ nauki medyczne skupiają się głównie na chorobach, potrzebna jest taka specjalność, jak „samoprofilaktyka prozdrowotna”, która zajmowałaby się wychowaniem ku zdrowotności, tj. poznawaniem determinantów zdrowia, rozwijaniem świadomości własnego wpływu na stan zdrowia (poczucie koherencji), na podtrzymywanie dobrej kondycji psychofizycznej, a nawet na cofanie się chorób cywilizacyjnych spowodowanych nieodpowiednim stylem życia. Samoprofilaktyka prozdrowotna powinna również skupiać się na uwarunkowaniach środowiskowych, społecznych oraz na rozwoju wolicjonalności i duchowości. Tak rozumiana samoprofilaktyka wpisuje się w założenia holistycznego paradygmatu zdrowia.

Jako hipotezę pracy przyjął się twierdzenie, że wśród badanej młodzieży potrzeba samoprophylaktyki prozdrowotnej jest słabo zrozumiana i stosowana w stopniu niedostatecznym. Dopełnieniem tej hipotezy może być formuła wskazująca na praktyczne wdrażanie jednostek ludzkich do świadomej samoprophylaktyki prozdrowotnej.

Główny problem, jaki się tu pojawia, to sposób rozumienia oraz stosowania przez młodzież samoprophylaktyki zdrowotnej. Czy młodzi ludzie rozumieją, że zdrowie leży w ich rękach i mają obowiązek dbania o nie przez odpowiedni styl życia? Samoprophylaktyka opiera się na świadomości jednostki, więc skupiał się także na zbadaniu jakości owej świadomości. Pojawia się tu pytanie o samoświadomość, ku której człowiek jest wychowywany i samowychowuje się. Samoświadomość w samoprophylaktyce ujawnia się głównie w postaci odpowiednio rozwiniętego ducha oraz dyscypliny w zakresie zdrowotności.

Uzyskanie odpowiedzi na powyższe pytania umożliwią badania młodzieży licealnej oraz studentów pierwszych lat studiów. Badania te pozwalają na poznanie rozumienia przez nich potrzeby samoprophylaktyki prozdrowotnej. Pokazują także istnienie korelacji (lub jej braku) między poziomem samoświadomości prozdrowotnej a zachowaniami zdrowotnymi wśród respondentów.

Wybrana problematyka wpisuje się w aktualne potrzeby społeczne (zwiększająca się ilość chorób tzw. cywilizacyjnych i rosnący problem otyłości zwanej już epidemią ze wszystkimi skutkami zdrowotnymi, jak np. cukrzyca typu 2 czy nadciśnienie tętnicze) oraz może wypełnić lukę w obszarze poznania stopnia stosowania samoprophylaktyki zdrowotnej.

Pierwszy rozdział monografii „Od biomedycznej do holistycznej koncepcji zdrowia” pokazuje zmianę podejścia do definiowania zdrowia. Rozdział stanowi kompendium wiedzy na temat sposobów definiowania zdrowia w ramach nauk medycznych oraz w paradygmacie holistycznym. Skupia się na ukazaniu potrzeby przejścia z biomedycznego (biologicznego) do holistycznego (całościowego, tj. uwzględniającego duchowość) podejścia do zdrowotności człowieka. Ponadto argumentuje konieczność odejścia od przedmiotowego traktowania jednostki ludzkiej, które to sprowadza człowieka do elementu systemu zdolnego do pełnienia swojej roli społecznej, bądź nie, na rzecz podejścia podmiotowego (Parsons, 1951).

Charakteryzowany jest biomedyczny paradygmat w podejściu do zdrowia w instytucjach medycznych, jak i w myśleniu potocznym. Następnie scharakteryzowane są holistyczne koncepcje zdrowia. W odróżnieniu od poprzedniego paradygmatu, wskazują one na znaczenie sfery duchowej i emocjonalnej.

Paradygmat holistyczny niekiedy mylnie kojarzony jest z tzw. „medycyną alternatywną” czy ruchem *New Age*. Przyjęta w pracy koncepcja holistycznej koncepcji zdrowia pozostaje na gruncie nauki i badań naukowych, bez zagłębiania się w teorie spiskowe czy przekonania niepoparte rzetelnymi badaniami naukowymi. Nawet tradycyjna medycyna coraz bardziej zwraca uwagę na znaczenie emocji w utrzymywaniu zdrowia czy zdrowienia po chorobie. Podkreśla się także znaczenie duchowości oraz środowiska jednostki, z którego płyną różne rodzaje wsparcia. Holistyczne rozumienie

zdrowia pojawia się także w definicji WHO. Można więc twierdzić, że holistyczna koncepcja zdrowia jak najbardziej posiada podstawy naukowe.

W dalszej części pracy omówione są determinanty zdrowia wyróżnione na podstawie holistycznej koncepcji zdrowia. Szczególnie istotne dla badań tu przedstawianych są trzy aspekty zdrowia: dieta (zdrowe odżywianie się), aktywność fizyczna oraz sfera emocjonalna (duchowa).

Rozdział zamyka przegląd badań na temat zdrowia młodzieży. Zdrowie młodych ludzi od dawna jest przedmiotem zainteresowania lekarzy, pedagogów, specjalistów od edukacji. Młodych ludzi łatwiej jest ukształtować i zachęcić do włączania samoprophylaktyki prozdrowotnej do swojego życia. Jednocześnie wiadomo, że jeśli stan zdrowia młodego pokolenia nie jest zadowalający, będzie to miało wpływ na ich zdrowie w wieku dojrzałym i starszym. Leczenie chorób, szczególnie chorób przewlekłych i cywilizacyjnych, to olbrzymie koszty. Zapobieganie chorobom jest zdecydowanie tańsze niż ich leczenie. Przytoczone są wyniki badań naukowych, które podejmują te aspekty stylu życia oraz ich wpływ na zdrowie.

Rozdział pierwszy ma być próbą odpowiedzi na pytanie-problem: Jakim zmianom i dlaczego ulega rozumienie ludzkiego myślenia o zdrowiu? Rozdział ten przedstawia zmiany myślenia paradygmatycznego. Wskazuje na potrzebę zastąpienia modelu biomedycznego – w myśl heglowskiej zasady negacji i kontynuacji – na holistyczną rekonstrukcję nowego humanizmu¹ (Wojtyła, 2009). W rozdziale tym zakłada się, że pojęcie zdrowotności współczesnego człowieka stopniowo przekształca się już z treści biomedycznych w kierunku holistycznym. Widać to na przykładzie włączania elementów psychologicznych w utrzymanie zdrowotności człowieka.

W rozdziale drugim „Od profilaktyki zdrowia do samoprophylaktyki prozdrowotnej” argumentuję, że współcześnie to jednostka zobowiązana jest do troski o własne zdrowie. Zmiana koncepcji zdrowia – podkreślenie holistycznego charakteru – nakłada na jednostkę obowiązki związane z troską o zdrowie. O ile w tradycyjnym paradygmacie profilaktyki zdrowia odpowiedzialność na zdrowie spada na barki profesjonalistów (lekarzy, pielęgniarek, pracowników służby zdrowia), w paradygmacie samoprophylaktyki jest on powinnością jednostki.

Przedstawiona jest koncepcja profilaktyki zdrowotnej, która związana jest z tradycyjną, biomedyczną koncepcją zdrowia.

W rozdziale zawarte i omówione są także wyniki moich badań pracowników służby zdrowia, które przedstawiają ich opinię na temat profilaktyki zdrowia. Wynika z nich oczywisty wniosek: instytucje medycznie nie są w stanie być odpowiedzialne za zdrowie pacjentów. To od nich samych oraz ich wysiłku utrzymywania zdrowego stylu życia i dbałości o zdrowie zależy wynik działań instytucjonalnej służby zdrowia. Szczególnie w przypadku chorób cywilizacyjnych, takich jak cukrzyca, otyłość, choroby serca, postawa pacjenta ma decydujące znaczenie w utrzymaniu zdrowia.

¹ Nowy humanizm Jana Pawła II jako perspektywa dla współczesnej rzeczywistości szkolnej i wychowawczej. „Dobra szkoła – to przede wszystkim mądra szkoła. Niechaj w pracy wychowawczej wszyscy zaangażowani w nią ludzie, zarówno wierzący, jak poszukujący i niewierzący, poczują się związani najpiękniejszym zadaniem – zadaniem cierpliwego i pełnego spokojnej mądrości ukazywania dojrzewającym ludziom, jak być człowiekiem naprawdę” (Wojtyła, 2009, s. 212).

Ponieważ tradycyjne podejście do ochrony zdrowia, czyli profilaktyka zdrowia nie jest wystarczająca, wprowadzona zostaje koncepcja samoprofilaktyki. Termin ten stworzony został przeze mnie w oparciu o wcześniej rozwijane koncepcje filozoficzne i etyczne. „Troska o siebie”, koncepcja rozwijana przez francuskiego filozofa i historyka medycyny Michela Foucaulta, staje się etycznym punktem wyjścia dla rozważań. Prowadzi ona do wypracowania koncepcji samoprofilaktyki prozdrowotnej. Dbałość o zdrowie staje się powinnością, obowiązkiem oraz etycznym fundamentem funkcjonowania każdej jednostki.

Samoprofilaktyka to koncepcja opierająca się na kilku filarach. W jej skład wchodzi:

- odpowiednia postawa etyczna jednostki, która wyraża się w świadomości etycznej odpowiedzialności za swoje życie i zdrowie;
- edukacja, dzięki której jednostka zdobywa wiedzę umożliwiającą jej troskę o siebie. Edukacja obejmuje przede wszystkim ludzi młodych. Aby jednostka mogła podjąć etyczny obowiązek odpowiedzialności za swoje życie i zdrowie, musi mieć ku temu odpowiednią wiedzę. Początkowo swoje kroki stawia pod okiem nauczyciela, mentora, mistrza. Później usamodzielnia się, aby samodzielnie podejmować wybory.

Dla koncepcji samoprofilaktyki istotny jest okres adolescencji, czyli wiek, w jakim młody człowiek wychodzi spod opieki rodziców czy szkoły i zaczyna podejmować samodzielne decyzje. Uczniowie szkół maturalnych oraz studenci znajdują się w momencie, gdy wychodzą ze środowiska rodzinnego i rozpoczynają samodzielne życie, podejmując też decyzje zdrowotne. Dlatego tak istotne jest zbadanie tego okresu w życiu jednostki, szczególnie jeśli chodzi o postawę wobec profilaktyki zdrowotnej oraz rozumienia zdrowia w ogólności.

Rozdział trzeci poświęcony został omówieniu metodologii badawczej. Konstatawany w rozdziale pierwszym ruch od biomedycznego do holistycznego rozumienia zdrowia pociąga za sobą konieczność przemian metodologicznych. Dlatego problemem trzeciego rozdziału jest pytanie, jakie nowości metodologiczne trzeba zastosować, badając przechodzenie od biomedycznego do holistycznego podejścia w rozumieniu zdrowotności człowieka.

Badania prowadzone w pracy oparte są na ankietach. Kwestionariusze badania pozwalają uzyskać odpowiedzi na pytanie, jak jednostka ludzka może dbać o swoje zdrowie drogą samoprofilaktyki. Kwestionariusz został stworzony w taki sposób, aby zminimalizować błędy pomiaru i dokładniej przetestować hipotezy odnoszących się do postaw i zachowań prozdrowotnych młodzieży.

W celu uzyskania dokładnego obrazu bardzo złożonej dziedziny samoprofilaktyki zdrowotnej młodzieży w pracy użyto kilku metod badawczych. Połączono metody jakościowe i ilościowe, aby dzięki temu uzyskać pełen subtelności obraz zdrowia młodzieży oraz ich podejścia do samoprofilaktyki.

Metody jakościowe ograniczają się do wykorzystania literatury, która pozwala stworzyć tło i kontekst dla badania zdrowotności młodzieży (zaprezentowane w rozdziale drugim). Wykorzystanie wyników badań dostępnych w literaturze było

pomocne zarówno w identyfikowaniu problemów badawczych, tworzeniu kwestionariuszy badawczych, a następnie szerszym interpretowaniu ich wyników.

Badania własne wykorzystują przede wszystkim metody ilościowe. Decyzja o skupieniu się na tym podejściu wynika przede wszystkim z tego, że wyniki można łatwo uogólnić, są one obiektywne oraz szerzej akceptowane na gruncie nauk o zdrowiu. Wykorzystane w pracy trzy różne ankiety prowadzone niezależnie na trzech różnych grupach młodzieży pozwoliły na zebranie różnorodnych danych. Na ich podstawie możemy stworzyć złożony obraz zdrowia młodzieży, ich rozumienia zdrowia, samoprophylaktyki oraz podejmowanych działań mających na celu dbanie o zdrowie.

Czwarty rozdział jest próbą odpowiedzi na pytania: jak rozumie i zapobiega o stan swojej zdrowotności młodzież szkół średnich klas maturalnych w Wejherowie. W jakim stanie jest relacja między profilaktyką a samoprophylaktyką? Rozdział ten opiera się na wynikach moich badań, które miały na celu pomóc w zrozumieniu, w jaki sposób młodzi ludzie rozumieją zdrowie oraz jakie działania samoprophylaktyczne prowadzą. Ankieta zawierała pytania umożliwiające poznanie sposobu życia, nawyków, światopoglądu oraz postaw młodych ludzi. Pytania opierały się na holistycznej koncepcji zdrowia, dotyczyły więc nie tylko samego zdrowia, ale stylu życia, wartości i duchowości.

Badaniu głównemu została poddana grupa licząca 452 osoby. Respondentami byli uczniowie klas maturalnych z Wejherowa. Młodzież ta jest w okresie życia zwanym adolescencją. Jest to etap wkraczania w dorosłość – a z tym wiąże się tworzenie własnych wzorców postaw i zachowań zdrowotnych. Badania na tak wybranej populacji mają tę zaletę, że będą mogły być w przyszłości kontynuowane. Możliwość ich powtarzalności pozwoli na obserwację zmian zachodzących w świadomości prozdrowotnej danej populacji. Trudność w tym badaniu stanowią pomiary z wykorzystaniem skali opartych w dużej mierze na subiektywnych odczuciach badanych, co niekoniecznie pokrywa się z klinicznymi definicjami zdrowia czy choroby (Marshall, 2006). Ankietowani studenci stanowili grupę 100 osób z różnych uczelni Trójmiasta. Natomiast kwestionariusze wywiadu są wypełnione przez pielęgniarki i lekarzy ze Szpitala Specjalistycznego im. Floriana Ceynowy w Wejherowie.

Uzyskane wyniki badań własnych pozwoliły stworzyć całościowy wachlarz zachowań i postaw zdrowotnych maturzystów oraz studentów. Analiza tych badań pomaga odpowiedzieć na pytania:

- Jak jest rozumiana profilaktyka zdrowotna wśród badanych maturzystów i studentów?
- Jakie czynniki i zachowania uważane są przez respondentów za determinanty zdrowia?
- Jak kształtuje się rozumienie potrzeby samoprophylaktyki prozdrowotnej u badanej młodzieży?
- Czy wyższy poziom wiedzy prozdrowotnej przekłada się na konkretne zachowania zdrowotne?

Badanie maturzystów i studentów wymaga poznania nie tylko samej przestrzeni społecznej i egzystującej w niej grupy, ale także ich kultury (Linton, 2000). Odnosnie badanych będą to: nawyki żywieniowe, miejsce zamieszkania, czas i sposób spędzania czasu wolnego, a także stosunki społeczne i wychowawcze. Oprócz czynników środowiskowych i aktywności fizycznej na stan zdrowia może wywierać wpływ również religia. Element ten, jako wytwór kultury, ma także wpływ na kształtowanie wzorców żywieniowych, przestrzeganie postów (nakazów i zakazów, głównie związanych z ilością i rodzajem posiłków, różniących się znacznie w różnych religiach) i na kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych. Czynniki te będą również uwzględnione w badaniach.

Wyniki uzyskane dzięki badaniom posłużą do opracowania propozycji (sugestii, odpowiedzi) działań i zachowań ludzkich, które mogą wzmocnić ich zdrowie. Będą one drogowskazem mówiącym, jakie zmiany powinny być dokonane w procesach wychowawczych społeczeństwa polskiego – chcąc poprawić jego kondycję zdrowotną. Jak należałoby funkcjonujący obecnie system społeczny ubogacić o treści zawarte w pojęciu „samoświadomości potrzeb samoprophilaktyki prozdrowotnej”. Teoria powinna przełożyć się na praktykę. Aby to było możliwe, każdy musi posiadać (rozwijać w sobie) wolicjonalność. Oznacza to, że równie ważne, jak posiadanie odpowiedniej wiedzy, jest wola działania i uznawana hierarchia wartości.

Zatem przede wszystkim należałoby przyjrzeć się, czy i jak współczesny człowiek dba o swoje zdrowie. Czy ma do tego odpowiednie warunki? Zweryfikować trzeba system wychowawczy i sprawdzić, czy w wychowywaniu w rodzinie, w szkołach polskich kształtuje się wolę i pozostałe atrybuty ducha. Jak wygląda samoświadomość społeczna w samoprophilaktyce prozdrowotnej? Warto zastanowić się nad tym, jakie działania i zachowania ludzkie mogą wzmocnić ich zdrowie. Jakie zmiany powinny być dokonane w procesach edukacyjnych społeczeństwa polskiego?

Moje osobiste problemy zdrowotne były inspiracją do bliższego zainteresowania się tematyką zdrowia. Od wielu lat śledzę literaturę oraz artykuły związane ze zdrowym trybem życia i wynikami badań medycznych. Uczestniczę w konferencjach związanych z tematyką zdrowotną, w forach internetowych, na których prowadzone są dyskusje o zdrowym stylu życia, spotykam się z grupą osób o podobnych zainteresowaniach. Zaowocowało to wstępnymi badaniami przeprowadzonymi z wykorzystaniem metody jakościowej pod postacią obserwacji jawnej i wywiadu nieskategoryzowanego, ustnego, jawnego, indywidualnego i zbiorowego (Sztumski, 2010). Były one przeprowadzone na próbie 50 osób, efektem czego jest publikacja: *Socjologia zdrowia. Mity współczesnej diety* (Ciereszko, 2013), a ponadto teksty głoszone na konferencjach w Akademii Marynarki Wojennej im. Bohaterów Westerplatte w Gdyni o problematyce zdrowia: *Religijność podstawą zdrowotności człowieka?* (2014) oraz *Religia a zdrowie człowieka w kontekście współczesności* (2015). Również referat na konferencji w Parku Naukowo-Technologicznym w Gdańsku: *Bogini Hestia modelem zdrowotności kobiet* (2015). Publikacje te i prowadzone w nich badania zdrowotności człowieka w różnych sferach jego życia stały się podstawą do podjęcia problematyki w niniejszej monografii. Fragmenty teoretycznej części pracy stanowią także spójny tematycznie zbiór artykułów wydanych w wielu publikacjach zbiorczych².

² Ciereszko, R. (2016). Health security of the contemporary human. W: G. Cimek, D. Bień, M. Brodnicki (red.), *Security in the conditions of bifurcation of the international system. Challenges for policy and education* (s. 55–67). Kijów: Talkom.

Ciereszko, R. (2016). Racjonalne odżywianie – jako determinant zdrowia i ochrona przed otyłością. W: M. Brodnicki, F. Makurat, A. Niemirycz-Makurat (red.), *Wybrane zagadnienia z edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej* (s. 156–166). Kijów: Talkom.

Ciereszko, R. (2017). Aktywność fizyczna i pozostałe zachowania zdrowotne młodzieży. W: M. Brodnicki, F. Makurat, T. Łapian, A. Kaźmierczak (red.), *Żywność – sport – edukacja* (s. 7–22). Kijów: Talkom.

Ciereszko, R. (2018). Prawo do profilaktyki i samoprofilaktyki w świetle Konstytucji RP. *Zeszyty Naukowe Gdańskiej Szkoły Wyższej*, Nr 2(19), 177–189.

Ciereszko, R. (2018). Samoprofilaktyka. W: M. Brodnicki (red.), *Żywność – sport – edukacja* (s. 99–107). Kijów: Talkom.

1. Analiza wybranych koncepcji zdrowia

Podejście do zdrowotności współczesnego człowieka stopniowo przekształca się z biomedycznego ujęcia: ograniczenia człowieka do jego cielesności, w kierunku holistycznym: uznania człowieka za duchowo-biologiczną całość. Istota obowiązującego obecnie biomedycznego paradygmatu w podejściu do zdrowia nakreśla relacje między lekarzem a pacjentem, w których dominuje model lekarza występującego w roli „mechanika ciała”. Historycznie, korzenie biomedycznego paradygmatu tkwią w renesansowym dualizmie ciała i duszy (Ostrzyżek, Marcinkowski, 2012). Oddzielenie tych dwóch koncepcji przyczyniło się do szybkiego rozwoju medycyny. Jednocześnie na wiele wieków skierowało uwagę na dostępną badaniu klinicznemu sferę somatyczną. Zgodnie z tym paradygmatem, ciało uznawane jest za maszynę, a choroba jest odchyleniem od normy. Choroba jest zaburzeniem funkcjonowania organizmu, który trzeba wyeliminować. Model ten poddany jest analizie oraz krytyce. Wskazując na braki biomedycznego modelu zdrowia, ukazane są zalety holistycznego ujęcia zdrowotności współczesnego człowieka.

Rozważania te koncentrują się wokół słów znanych w pedagogice i filozofii: *mens sana in corpore sano* (w zdrowym ciele zdrowy duch) oraz proponowanej, jako dopełnienie, ich odwrotności: *corpore sana in mens sano* (zdrowy duch – zdrowe ciało). Holistyczne rozumienie zdrowia przenosi główny akcent z diagnozowania i leczenia chorób na zapobieganie ich powstaniu. W kolejnych podrozdziałach przedstawione są determinanty zdrowia, w tym rola aktywności fizycznej i pozostałych zachowań zdrowotnych w utrzymaniu dobrej kondycji zdrowotnej człowieka. Przywoływane są istniejące badania dotyczące zdrowia, w szczególności zdrowia młodzieży. Podjęto tu też próbę odpowiedzi na pytanie-problem: Jakim zmianom i dlaczego ulega rozumienie ludzkiego (wolnego i świadomego) myślenia o zdrowiu? Przedstawia przeobrażenia ujęcia paradygmatycznego. Wskazuje na potrzebę zastąpienia modelu biomedycznego – w myśl heglowskiej zasady negacji i kontynuacji – na holistyczną rekonstrukcję nowego humanizmu.

1.1. Biomedyczny paradygmat zdrowia

Przedmiotem niniejszego podrozdziału jest współczesne podejście do zdrowia, które jest wynikiem przekonań zgromadzonych przez ludzkość w procesie filogenezy i wzmocnione przez prymat medycyny naukowej. Ukształtowało ono zgodny ze swoimi założeniami model zdrowia, standardy leczenia, a także charakter relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Biomedyczny paradygmat zdrowia rozwinął się na gruncie pozytywistycznego wzorca poznania naukowego, który opierał się na kartezjańskiej wizji rzeczywistości. Jest to *sensu stricto* biologiczne, fizykalne ujęcie organizmu i natury człowieka. Ciało, według takiego założenia, traktowane jest jako maszyna, a choroba jako konsekwencja uszkodzenia. Kartezjańsko-dualistyczne pojmowanie człowieka (rozdzielność *somy* i *psyche*) spowodowało niedocenienie wpływu psychiki na procesy biologiczne (Malinowska, 2014). Oznacza to, że emocje traktowano jako aspekty psychiki, które nie mają wpływu na ciało. Paradygmat ten ma więc charakter redukcjonistyczny, który w procesie leczenia skupia się jedynie na organizmie, na poszczególnych jego narządach, a nie na całej osobie. Leczy się narządy, a nie człowieka.

Paradygmat ten opiera się także na mechanistycznej wizji funkcjonowania organizmu (Aleksandrowicz, 1972). Ponieważ istnieje dualizm duszy (psychiki) i ciała, ciało funkcjonuje niezależnie. Nastawienie psychiczne pacjenta, jego emocje nie mają żadnego wpływu na przebieg procesów życiowych ani na przebieg procesu chorobowego. Model ten koncentruje się na czynnikach czysto biologicznych. Pomija cały kontekst choroby, wpływ psychiki, środowiska czy nawet społeczeństwa. Zdrowie definiowane jest jako brak bólu czy dysfunkcji w pracy organizmu (choroby). W terapii nacisk kładziony jest na analizę wyników badania, stosowanie leków oraz procedur medycznych.

Lekarz jest absolutnym autorytetem w kwestiach leczenia i „dostarczycielem” zdrowia, a chory biernym „odbiorcą” bezwolnie wykonującym wszelkie zalecenia (Illich, 1976). Nie liczą się odczucia chorego ani obawy. Powoduje to wymuszanie na pacjencie całkowitego posłuszeństwa i poddania się kontroli wszystkiego, co miało jakikolwiek związek ze zdrowiem. Taka pozycja pacjenta często nie przynosi spodziewanych efektów. U chorych niestosujących się do zaleceń lekarzy nie zawsze skutkowało to niekorzystnymi konsekwencjami zdrowotnymi (Heszen-Niejodek, 1992).

Sam Kartezjusz usiłował rozwiązać problem psychofizyczny, tj. odpowiedzieć na pytanie: jak łączy się i wpływa na siebie *soma* i *psyche*. W swojej dualistycznej koncepcji porównał ciało człowieka do maszyny składającej się z niezależnych od siebie części. Opisał organizm zdrowy jako doskonale pracującą maszynę i analogicznie, chore ciało jako maszynę działającą nieprawidłowo (Ślusarska, Dobrowolska, Zarzycka, 2013). Pokazuje to, że w modelu biomedycznym brakuje podejścia całościowego, łączącego ciało i psychikę człowieka oraz podmiotowego traktowania pacjenta.

Uogólniając, można powiedzieć, że biomedyczny paradygmat zdrowia opiera się na trzech założeniach (Giddens, 2004):

- na rozumieniu zdrowia jako braku choroby, a choroby jako dysfunkcji narządowej,
- na pominięciu sfery psychicznej chorego,
- na przedmiotowym traktowaniu pacjenta, czyniąc z lekarza jedyne go eksperta do spraw leczenia chorób.

Każde z wymienionych założeń wywarło istotny wpływ na przebieg procesu leczenia i na rodzaj relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Model biomedyczny odrzuca wszystkie inne wymiary zdrowia, koncentrując się wyłącznie na objawach somatycznych, pomijając samopoczucie pacjenta i jego tożsamość społeczną (Nowakowski, 2014). Chory przy takim podejściu jest wyizolowany, anonimowy i na ogół znajduje się poza swoim środowiskiem społecznym. W tym ujęciu lekarz pełni rolę „mechanika ciała”, niewrażliwego na dobrostan psychiczny pacjenta, często nieświadomego skutków ubocznych, jakie może spowodować leczenie (Sokołowska, 1986).

W kulturze zachodnioeuropejskiej ciało człowieka, zwane ustrojem, traktuje się jak fizyczny mechanizm, który musi być zasilany (pożywienie) i eksploatowany we właściwy sposób. Panuje przekonanie, że każdy narząd, który odmówi posłuszeństwa, można naprawić, usuwając „usterkę” operacyjnie, bądź poprzez terapie farmakologiczne czy inne zabiegi medyczne, łącznie z transplantacją. Takie ujęcie można przyrównać do spojrzenia mechanika na samochód, w którym przy awarii wymienia się poszczególne części, nie naruszając sprawności całego pojazdu. Nie sprawdza to się jednak w organizmie człowieka, gdzie wszystkie systemy i układy są ze sobą kompatybilne. Medycyna konwencjonalna ma spore osiągnięcia w leczeniu (głównie chirurgia, transplantologia), lecz w wielu grupach chorób nie jest ona dostatecznie skuteczna, a często wręcz bezsilna. Stosowane leki nie radzą sobie z wyleczeniem chorób tzw. cywilizacyjnych, a przy tym często powodują nowe problemy, wobec których lekarze są bezradni (Shapiro, 2007).

W opisywanym paradygmacie biomedycznym przeważa myślenie potoczne. W ujęciu filozoficzno-socjologicznym konkretyzuje się ono w postaci następujących twierdzeń (Karpiński, 2015, s. 294–295):

- 1) rozpatrywanie organizmu człowieka zawęża się do mechanicznego układu narządów, które – analogicznie jak znane ludziom urządzenia – od czasu do czasu „psują się”, zużywają; trzeba je więc naprawiać lub wymieniać;
- 2) w owym wysiłku „naprawczym” organizm „żywy” unieruchamia się po to, aby go traktować tak samo, jak każdy martwy element przyrodniczy; zdroworozsądkowe podejście utożsamiane jest z nauką;
- 3) tak, jak każdy „mechanik” ma tzw. swoje sposoby naprawy, albowiem każdy samochód jest taki sam – ten model odnoszony jest do człowieka. Jest on skutkiem uznania, że każda jednostka ludzka równa się każdej innej jednostce ludzkiej. Tymczasem w rzeczywistości każda osoba jest inna i do każdej z nich lekarz winien wypracować odmienną metodę postępowania, uwzględniając treści jej duchowości;
- 4) każda choroba jest biochemicznym naruszeniem sposobu funkcjonowania układu mechanicznego ciała ludzkiego. Leczenie jest więc przywracaniem owych

biochemicznych stanów. Mało, a na pewno niedostatecznie, uwzględniane są wpływy duchowe, psychiczne ludzi chorych.

Rozpatrywanie zdrowotności człowieka z perspektywy choroby cechuje biomedyczny paradygmat zdrowia. W takim założeniu zdrowie stanowi tło dla choroby, która jest kategorią zobiektyzowaną, opisaną za pomocą znormalizowanych kryteriów medycznych (Dolińska-Zygmunt, 2001). Przykładem definiowania zdrowia w paradygmacie biomedycznym w nurcie funkcjonalizmu jest określenie T. Parsonsa (1969), który zdrowiem nazywa optymalny stan jednostki, pozwalający na efektywne pełnienie ról społecznych. Takie ujęcie zdrowia traktuje jednostkę ludzką przedmiotowo, jako narzędzie służące do pełnienia powierzonych jej obowiązków. Brakuje w tej definicji podmiotowości człowieka, co powoduje koncentrację na chorobach i zaburzeniach, w kontekście przydatności społecznej (Słońska, 2002). Fakt ten pokazuje potrzebę przejścia z biomedycznego do holistycznego ujęcia zdrowotności człowieka.

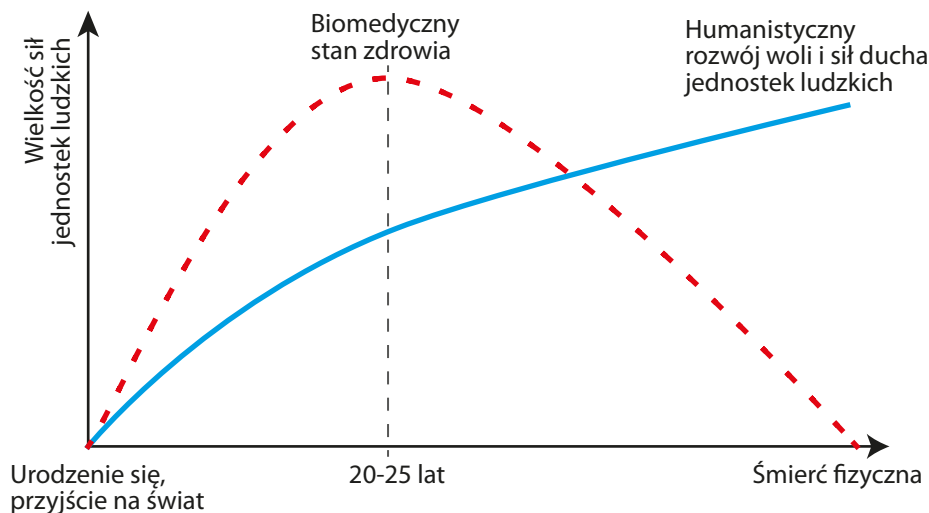
1.2. Kryzys biomedycznego paradygmatu zdrowia

Wyzwaniem dla biomedycznego ujęcia zdrowia stały się wyniki badań, mówiące, że styl życia (głównie rodzaj odżywiania się, poziom aktywności fizycznej) jest kluczowym wskaźnikiem pozwalającym przewidywać długość życia. Pozycję tego modelu osłabiły jednak udane interwencje psychologiczne, które to nie mieściły się w biomedycznym podejściu do zdrowia. Koncepcję dualistyczną zakwestionowały także potwierdzone przez naukę przykłady świadomej kontroli procesów fizjologicznych (częstotliwość akcji serca, wysokość ciśnienia krwi, aktywność mózgu). Dalsze osłabienie paradygmatu biomedycznego nastąpiło w wyniku odkrycia powiązań między ośrodkowym układem nerwowym a układem odpornościowym człowieka (Wójciak, 2006). Biomedyczny stan zdrowia i rozwój duchowy rozwijają się w różnym tempie, lecz wpływają wzajemnie na siebie.

Schemat z rys. 1.1 ukazuje dwie sfery życia człowieka: rozwój siły fizycznej, po czym następuje nieubłagany jej spadek (kolor czerwony, linia przerywana) oraz przestrzeń pogłębiających się wysiłków ducha wzrastającą z wiekiem (kolor niebieski, linia ciągła). Wobec obniżającej się kondycji cielesnej należy wzmacniać siły ducha, duchowość i charakter jednostki. Optymalna wydolność fizyczna (Górski, 2001) przypada średnio na wiek od 20 do 25 lat (Malarecki, 1981), zaś przestrzeń pogłębiających się wysiłków ducha (Marschall, 2006) może ciągle się wzmacniać w miarę przepływu lat, aż do chwili śmierci fizycznej.

„Szkoda, że natura pozwala tylko, aby wiedza filozoficzna kształtowała się w jednostkowej głowie dopiero wtedy, kiedy zostaje ona przyprószona siwizną. Oczywiście, można osiąść pewną wiedzę, będąc w kwiecie wieku. Ale jest ona dorobkiem innych. I chociaż nauczymy się jej dokładnie z zamysłem studiowanego autora, to jednak nie jest ona wiedzą naszą. Gotowi jesteśmy ją w każdej chwili zamienić na inną, jeśli zdarzy się okazja i gdy jeszcze coś na tym się zyskuje. Ale zawsze wiedza

ta jest obcą dla nas. Tymczasem wiedzę filozoficzną zdobywamy przez całe życie i jej plony, jako własne ukazują się na końcu życia” (Karpiński, 2018, s. 4).



Rys. 1.1. Schemat zmian relacji pomiędzy przestrzenią fizyczną a duchową w kształtowaniu się zdrowotności jednostki ludzkiej

Źródło: opracowanie własne.

Należy nadmienić, że każde indywiduum jest odmienne w swoich możliwościach i jakości przejawiania się (zgodnie z powiedzeniem, że „wyjątek potwierdza regułę”).

Powinno się podkreślić strukturalność jednostki ludzkiej, polegającą na jej złożoności z dwóch zasadniczych podstruktur: cielesnej i duchowej. Pierwsza jest organizmem biologicznym i podlega wszystkim prawom nauk przyrodniczych, zaś druga, podstruktura duchowa, opisywana jest przez nauki społeczne i humanistyczne. Funkcjonuje stosownie do zaimplementowanych tam pojęć i praw. Obydwie podstruktury wzajemnie się dopełniają. Kondycja fizyczna jednostki ludzkiej wpływa, a nawet przesądza o stanie jej ducha i odwrotnie – stan ducha wpływa na zdrowie fizyczne. Zależność tę potwierdza definicja mówiąca, że człowiek to: „zorganizowana całość psychofizyczna i społeczno-kulturowa, na którą składa się różnorodność aspektów i procesów biologicznych, społecznych i psychologicznych określających reakcje psychofizyczne jednostki na oddziałujące na nią warunki społeczno-przyrodnicze, które z kolei są kształtowane przez gatunek ludzki” (Karpiński, 2007, s. 65).

Oznacza to, że człowiek jest istotą złożoną i wszystkie sfery życia (elementy struktury biologicznej i duchowej uprawiane przez niego) decydują o jego kondycji zdrowotnej. Wobec tego określona przez WHO definicja zdrowia okazuje się niewystarczająca, ponieważ nie bierze pod uwagę możliwości rozwoju świadomości zdrowotnej jednostki ludzkiej tak, aby ta mogła dokonywać własnych, prawidłowych wyborów, by umiała słuchać podpowiedzi swego organizmu, a nie zdawała się jedynie na opiekę systemu ochrony zdrowia, gdy już zachoruje.

Wraz z rozwojem nauk medycznych problem troski o zdrowie nabrał znacznie większej wagi. Przełomem w profilaktyce zdrowotnej okazały się badania epidemiologiczne przeprowadzone w XX w. Zidentyfikowały one etiologię chorób cywilizacyjnych i uświadomiły badaczom potrzebę wyjścia z poszukiwaniami determinantów prozdrowotnych poza czynniki biomedyczne. Okazało się, że wydłużenie średniej życia ludzkiego, mające miejsce na przełomie XIX i XX w., zwane „pierwszą rewolucją zdrowotną”, miało przyczyny niemedyce. Należały do nich takie czynniki, jak: poprawa warunków sanitarnych (jakość wody pitnej i odprowadzanie ścieków), lepsza sytuacja mieszkaniowo-bytowa, poprawa wyżywienia ludności oraz szeroko pojęta higiena zdrowia (Bulska, 2008).

„Druga rewolucja zdrowotna”, która miała miejsce w okresie powojennym, wiązała się z ogółem zmian społeczno-kulturowych, zachodzących w XX w., zwłaszcza z rozwojem przemysłu, urbanizacją i wynikającą z nich degradacją środowiska oraz z przyspieszeniem tempa życia. Wywarły one bowiem istotny wpływ na zdrowie społeczeństw. Przyczyniły się do powstania chorób cywilizacyjnych, jako nowego wyzwania dla ówczesnej medycyny. Polepszenie warunków higienicznych okazało się niewystarczające. W ramach drugiej rewolucji zdrowotnej zwrócono uwagę na wpływ stylu życia, zachowań jednostek i jakości środowiska, na zapadalność na choroby cywilizacyjne. Sytuacja taka skłoniła WHO do zredefiniowania pojęcia zdrowia, ujmując je wielowymiarowo z podkreśleniem wpływu stylu i warunków życia na zdrowie człowieka. Zwiększono uwagę na rolę profilaktyki i promocji zdrowia (Nowakowska, 2010).

„Trzecia rewolucja zdrowotna” wiązała się z kolejnymi odkryciami naukowymi oraz z rozwojem psychologii holistyczno-dynamicznej i ma miejsce jeszcze obecnie. Zdrowie zaczęto ujmować interdyscyplinarnie, co pozwoliło spojrzeć na nie systemowo, jako na proces utrzymanie równowagi w organizmie. Większą rolę zaczęła odgrywać świadomość zdrowotna, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Pozwoliło to na przeniknięcie profesjonalnej wiedzy o zdrowiu do myślenia potocznego. Do pozytywnych tego efektów przyczyniło się także humanistyczne traktowanie jednostki jako podmiotu odpowiadającego za samorozwój i własne zdrowie. Zaczęto uwzględniać znaczenie indywidualnego światopoglądu oraz uwarunkowań społeczno-kulturowych (Nowakowska, 2010).

Trzy rewolucje zdrowotne i praktyka społeczna zmuszają do zmian. Zauważają to już niektórzy teoretycy. W tym wszystkim jednak wciąż jest za mało człowieka i świadomości konieczności samoprofilaktyki, a w niej potrzeby poznawania samego siebie i wzmacniania własnej siły duchowej.

Jednym z wyzwań dla biomedycznego paradygmatu zdrowia była medycyna psychosomatyczna, która zakłada, że czynniki biologiczne zwiększają ryzyko zachorowania, ale są odpowiedzialne jedynie za niewielką część chorób i nie można pomijać czynników psychologicznych i społecznych (Sheridan, Radmacher, 1998). Wzrastające nakłady na leczenie nie przyniosły oczekiwanych efektów, które odzwierciedlałyby wydatki. Badania wykazały także brak istotnego znaczenia rozbudowanego sektora ochrony zdrowia dla zmniejszenia dysproporcji w kondycji zdrowotnej

między przedstawicielami różnych klas społecznych (Indulski, Matulewicz, 1986). Z kolei badania prowadzone nad uwarunkowaniami chorób przewlekłych wykazały kluczową rolę takich codziennych zachowań, jak: rodzaj odżywiania, aktywność fizyczna, sposób spędzania czasu wolnego, radzenie sobie ze stresem oraz znaczący wpływ relacji społecznych i stosowania używek (Bejnarowicz, 1996).

Zajmowanie się przez medycynę praktyczną oraz nauki biomedyczne głównie chorobą – zaniedbując profilaktykę zdrowotną – odbiło się niekorzystnie na sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i na wydolności finansowej systemu opieki zdrowotnej w Polsce i świecie (Lewandowska, 1994). Działania służby zdrowia sprowadzają się głównie do łagodzenia objawów i skutków chorób, a nie do szukania i eliminacji ich przyczyn. Promocja zdrowia ciągle jeszcze rozwija się na marginesie sektora medycznego. Prawodawstwo obejmujące profilaktykę zdrowotną jest niewystarczające i niespójne. Nie obejmuje dostatecznie współpracy międzysektorowej. Medykalizacja promocji zdrowia skupia się na medycynie naprawczej (jak np. wymiana stawu biodrowego), redefiniując jej podstawowe cele. Istnieje również problem niskiej świadomości społeczno-ekonomicznych determinantów zdrowia wśród decydentów, lekarzy i pacjentów. Sytuacja taka jest wynikiem braku debaty społecznej dotyczącej profilaktyki zdrowia i czynników je generujących (Słońska, 2008).

Olbrzymi wzrost kosztów leczenia i kryzys opieki zdrowotnej obnażył wady medycyny naprawczej. Udowodniono, że rzeczywisty wpływ opieki zdrowotnej na stan zdrowia społeczeństw nie jest wysoki i wynosi zaledwie 10% wszystkich determinantów zdrowia (Ministerstwo Zdrowia, NPZ 2007–2015). Sytuacja taka spowodowała powrót do znanych z historii nauk o zdrowiu w ujęciu holistycznym, do modelu mającego swoje korzenie w starożytności, uznającym powiązanie psychiki i ciała.

Jak podaje W. Piątkowski (2004, s. 12) „ostatnio odbywane dyskusje w środowisku socjomedycznym oraz rezultaty przeprowadzonych badań wykazują, że w społeczeństwie polskim narasta krytyczna świadomość faktu, iż w relatywnie biednym kraju, jakim zapewne długo jeszcze będzie Polska, nie może być tolerowane zjawisko marnotrawienia publicznych pieniędzy na zdrowie (...), gdyż społeczna ocena efektów tych wydatków jest wysoce negatywna”. Leczy się skutki chorób, a nie zapobiega ich przyczynom.

Dzięki holistycznemu podejściu do zdrowia można by było uzyskać oszczędności w walce z objawami chorób i medycynie naprawczej, kierując politykę zdrowotną w stronę samoprotektyki i kształtowaniu świadomości prozdrowotnej. Paradygmat holistyczny nie tylko proponuje inne podejście do pacjenta oraz odmienną definicję zdrowia i choroby. Kładzie nacisk na protektykę zdrowia. Podejście takie umożliwia także wdrożenie samoprotektyki zdrowotnej – koncepcji kluczowej dla tej pracy.

1.3. Holistyczne koncepcje zdrowia

Jak pokazuje przedstawiony wcześniej biomedyczny paradygmat, zdrowie najczęściej jest rozpatrywane z perspektywy choroby i głównie w wymiarze biologicznym,

w oderwaniu od sfery psychicznej i duchowej człowieka (Dolińska-Zygmunt, 1996). Niedostatecznie skupia się na zapobieganiu chorobom, na wzmacnianiu odporności organizmu, a tym samym na utrzymaniu i poprawie zdrowia człowieka. Nie szuka się przyczyn chorób w niezdrowym stylu życia pacjenta celem ich eliminacji czy modyfikacji.

Paradygmat holistyczny podkreśla konieczność ujmowania ludzi jako całości duchowo-cieleśnych. Stan ciała ludzkiego jest koherentny ze stanem jego ducha. Podstawą tej zmiany jest odchodzenie od przedmiotowego traktowania pacjentów i zastąpienie go podejściem podmiotowym z uwzględnieniem sfery psychicznej oraz duchowej człowieka.

Czynniki warunkujące zdrowie tworzą system powiązanych ze sobą elementów, przez co całość nie jest redukowalna do poszczególnych podsystemów, a należy dążyć do poznania ich funkcjonowania w całym systemie. „Zdrowie pojęte zostaje zatem jako stan prawidłowy ekosystemu, będący w swej istocie dynamiczną równowagą jego podsystemów, warunkowaną potencjałem ich możliwości przeciwstawiania się zakłóceniom równowagi” (Puchalski, 1990, s. 36).

Ogólnie można przyjąć, że zdrowie obejmuje dwie sfery: fizyczną i psychiczną. Ta pierwsza oznacza prawidłowe funkcjonowanie organizmu – jego układów i narządów. Strona psychiczna jest zaś sumą strukturalną zdrowia: umysłowego (zdolność logicznego myślenia), emocjonalnego, wolicjonalnego, społecznego (umiejętność utrzymywania prawidłowych relacji interpersonalnych) i duchowego. Emocje Z. Chlewiński (1985) określa jako: „zachowanie się człowieka lub zwierzęcia wyrażone przez układ nerwowy pod wpływem specyficznych przeżyć, wynikających z zaburzenia równowagi otaczającego świata oraz zjawisk zachodzących w nim samym; stanowi komponentę motywacji postępowania w stosunku do siebie i otoczenia; w przeciwieństwie do uczucia związana jest bardziej z biologicznymi potrzebami niż z interpersonalnymi relacjami”.

Natomiast duch jest to: „określenie tej strony życia jednostek ludzkich, społeczeństwa jako całości, która jest bezcielesna, która jest twórczą zasadą wobec materialności świata (w tym ciała ludzkiego). Pojęcie to obejmuje myślenie jako sposób bycia oraz jego wytwory: emocje, namiętności, uczucia, które pojawiają się u ludzi w trakcie spełniania przez nich swych naturalnych i społecznych powinności. Pojęcie ducha umożliwia mówić o człowieku jako o istocie nie tylko i wyłącznie racjonalnej, tylko twórczej, pełnej inicjatywy, posługującej się swoistą dla siebie intuicją. To nie tylko jednostkowość, ale i wspólnotowość, to nie tylko wolność, ale i odpowiedzialność” (Karpiński, 2007, s. 80). Wolicjonalność obejmuje: wolę naturalną, jednostkowe panowanie nad cielesnością, wolę ujawniającą się we współkształtowaniu relacji społecznych (Karpiński, 2009).

Człowiek jako istota gatunkowa w poszczególnych etapach swej ewolucji wyróżnia się jednostkowymi cechami istotowymi. Są one kluczem do zdefiniowania człowieka. Przykładem może być np. napis wyryty na delfickiej świątyni: „γνώθι σαυτόν” [gnóthisautón] – „poznaj samego siebie”. Potrzeba poznania własnego „ja”, powstaje z procesu, jaki ludzie wywierają na świat, na swoje otoczenie. Od jakości

owego wpływu zależy forma kształtowanego świata. Głównym pojęciem określającym gatunek ludzki jest człowieczeństwo. Ono to opisuje cechy człowieka, które ciągle ewoluują i kształtują w nim osobowość biologiczno-duchową. Potrzebna jest przy tym dbałość o przestrzeganie nadrzędnej idei zachowania gatunku ludzkiego, a wolność i odpowiedzialność powinna współgrać z równością i sprawiedliwością.

Aby taka transformacja mogła się urzeczywistnić, musi wprawdzie nastąpić zmiana paradygmatów, nie tylko w stosunkach międzyludzkich, ale także w odniesieniu człowieka do świata przyrodniczego. A. Karpiński zaznacza, że równość w traktowaniu bliźnich, jak i środowiska naturalnego (na zasadzie podmiot – podmiot – podmiot) jest koniecznym warunkiem realizacji postulatów ekologicznych i antropologicznych. Są to „minimalne warunki, które trzeba spełnić po to, aby człowiek mógł stawać się człowiekiem” (Karpiński, 2015, s. 37). Jest to więc nie tylko całościowe, holistyczne podejście do zdrowia, ale przede wszystkim humanistyczne. Człowiek i jego wartości są najważniejsze.

Oznacza to, że na człowieka powinno się patrzeć holistycznie, ze szczególnym uwzględnieniem roli ducha ludzkiego. Pojęcie „duch” zawiera w sobie bezcielesne życie jednostki ludzkiej, jej myślenie konkretyzujące się w emocjach i uczuciach pojawiających się u nich przy spełnianiu swych powinności. Patrząc na sferę duchową człowieka, dostrzega się w jednostce ludzkiej istotę twórczą, posiadającą inicjatywy i intuicję. Mądrość jest z kolei wyższym zespojeniem się całości duchowej, głównie umysłowej i moralnej doskonałości, jest pewnym rozróżnieniem dobra i zła (Tobiasz-Adamczyk, 1998).

Bliżej podejścia całościowego, holistycznego do zdrowia jest WHO, które to w 1984 r. rozszerza definicję zdrowia o „sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego”, a w 2003 r. także o wymiar duchowy. Dzięki temu zdrowie przestało być tylko prawidłowym stanem fizjologicznym organizmu w paradygmacie biomedycznym, a stało się kategorią interdyscyplinarną. Obecna definicja zdrowia WHO zaznacza potrzebę połączenia kwestii zdrowia fizycznego z psychicznym, społecznym i duchowym człowieka. Jest ona przykładem wieloaspektowego, całościowego, holistycznego ujęcia problemu zdrowia. Mimo tak szerokiego ujęcia problemu zdrowia przez WHO, brakuje w nim wskazania potrzeby rozwoju samoświadomości prozdrowotnej i samoprofilaktyki jednostki. Oznacza to, że należy położyć większy nacisk na zapobieganie chorobom przez zdrowy tryb życia i na samoświadomość zdrowotną jednostek ludzkich. Również na uświadomienie społeczeństwu, że to nie geny i nie medycyna są najważniejszymi determinantami naszego zdrowia, ale nasze zachowania pro- i antyzdrowotne, że to w głównej mierze my sami decydujemy o naszej kondycji zdrowotnej.

Współczesne badania antropologów i kulturoznawców wskazują na istnienie tendencji do spełniania duchowych potrzeb człowieka poza religią, a nawet poza obszarem wyznaczanym przez relację: jednostka – *sacrum*. Funkcje religii zaczęły przejmować, pozostające od niej w znacznej odległości, takie sfery, jak: sztuka, medycyna, filozofia, a nawet fizyka czy ekonomia (Heelas, Woodhead, 2005). W takiej sytuacji konieczne stało się zredefiniowanie pojęcia religii.

Funkcjonalna definicja J. Waardenburga (1991) mówi, że religia jest systemem orientacyjnym, który udziela człowiekowi odpowiedzi na pytania egzystencjonalne. Badania duchowości i nowej duchowości w kulturze popularnej pokazują, że od ideologii odróżniają ją owe punkty orientacyjne, które znajdują się poza doczesnością, poza światem materialnym. Takie założenie pozwala religioznawstwu i socjologii religii zajmować się wieloma, dotychczas pozostającymi poza ich zainteresowaniami, zjawiskami dotyczącymi sfery duchowej zanurzonej w przestrzeni kultury popularnej. Oznacza to odejście od pojmowania duchowości, jakie przyjmowała dotychczas literatura chrześcijańska (Górski, 1986).

A. Toffler (1997) zauważa, że widoczne wkraczanie w medycynę paradygmatu holistycznego jest elementem szerszych procesów zachodzących w nauce. Polegają one na stopniowym odchodzeniu od analizowania problemów przez rozkładanie ich na poszczególne elementy składowe, traktując je całościowo, interdyscyplinarnie. Holizm (gr. *holos* – cały) jest przekonaniem uznającym prymat całości nad poszczególnymi elementami rzeczywistości czy danego systemu (Karpiński, 2007).

Natomiast holizm metodologiczny (*methodological holism*) jest kierunkiem postulującym „rozpatrywanie zjawisk jako części jakiejś całości. Holistyczne podejście neguje w szczególności atomizowanie tych fragmentów rzeczywistości, które odnoszą się do organizmów żywych, a więc do zjawisk psychicznych i społecznych, do różnych form organizacji, ponieważ według holizmu zachowanie się składników czy ich natura tłumaczy się dopiero swoistością całości, którą tworzą, a która przekracza to, co ogranicza się do nich samych” (Podsiad, 2000, s. 348).

Na takich właśnie założeniach powstaje całościowe, holistyczne podejście do zdrowia, powoli wypierając biomedyczny paradygmat, w którym to tylko lekarz był „mechanikiem ciała”. Holistyczny model zdrowia zwraca również uwagę na konieczność docenienia roli profilaktyki zdrowotnej, poprzez dążenie do utrzymywania prawidłowej kondycji zdrowotnej dzięki prowadzeniu zdrowego stylu życia. Jak te założenia przekładają się na praktykę, pokażą wyniki przeprowadzonych dla tej dysertacji badań na uczniach klas maturalnych Wejherowa. Przedstawione będą one w dwóch kolejnych rozdziałach.

W holistycznym paradygmacie zdrowia profilaktyka zdrowotna powinna być najważniejszą składową polityki zdrowia publicznego. Przede wszystkim winna ona traktować ludzi podmiotowo, umożliwiając jednostkom i zbiorowościom poprawę zdrowia poprzez poznanie i możliwość kontroli głównych determinantów zdrowia. Jak pokazują „pola zdrowia” M. Lalonde’a i „tęcza czynników zdrowia”, oprócz aspektów biologicznych niemniej ważne są uwarunkowania społeczne, ekonomiczne, informacyjne, środowiskowe, jak i dostęp do usług medycznych (Piątkowski, Płonka-Syroka, 2008).

W kontekście rozważań o potrzebie całościowego podejścia do zdrowia człowieka, co wymaga współpracy nauk społecznych z naukami o zdrowiu, należałoby zadać pytanie, dlaczego nie szkoli się na szeroką skalę socjologów i psychologów zdrowia. Dlaczego absolwenci nauk społecznych i humanistycznych nie mają miejsc pracy w instytucjach medycznych – jako audytorzy promocji zdrowia. Nie jest ta-

jemnicą, że w Polsce (jak i w większości krajów) istnieje potężne lobby przemysłu farmaceutycznego, czerpiącego zyski z chorób społeczeństwa, a nie ze zdrowych obywateli (Piątkowski, 2004).

Nasuwa się spostrzeżenie, że zdrowie i dobro człowieka zeszły na dalszy plan. W obecnych czasach nastąpiła zmiana paradygmatów. Człowiek stał się przedmiotem, a pieniądź podmiotem. Jak podaje we *Wstępie do socjologii krytycznej* A. Karpiński (2009): „fakt ten wynika z uznania ekonomii za podstawowy czynnik rozwoju cywilizacji. Ekonomia stała się celem samym w sobie, uległa alienacji i podporządkowała sobie pozostałe dziedziny społecznego życia ludzkiego”. Dobro człowieka zeszło na margines. Polska wzoruje się na stylu życia i modelu leczenia, który powstał w USA i niestety się nie sprawdził.

Podejście do zdrowia w modelu holistycznym wyrosło z potrzeby odmiennego spojrzenia na sytuację pacjenta, obejmującą również te obszary życia, które były dotąd pomijane w leczeniu klinicznym. Podstawę szerszego definiowania zdrowia stanowi Ogólna teoria systemów (*General System Theory*). Jej twórcą jest Ludwig von Bertalanffy (1975), który zauważył, że sposoby organizacji na wyższych poziomach działają synergicznie i nie dają się objaśnić przez sumowanie sposobów działania ich części składowych oddzielnie, a wśród organizmów żywych człowiek zajmuje uprzywilejowaną pozycję taksonomiczną.

Holistyczny model zdrowia określa perspektywę opartą na płaszczyznach: fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Opiera się na założeniu, że poszczególne sfery życia człowieka stanowią niepodzielną całość. W takim podejściu do zdrowia ciało, umysł, emocje i dusza stanowią jedność. Paradygmat ten nie skupia się na jedynie na objawach choroby (jak to jest w biomedycznym podejściu do zdrowia), lecz stara się dotrzeć do jej przyczyny, a przede wszystkim przez zdrowy styl życia i profilaktykę prozdrowotną zapobiec jej pojawieniu się.

Całościowe traktowanie zdrowia człowieka jest podejściem interdyscyplinarnym i wielopłaszczyznowym – uwzględniającym sfery:

- fizyczną (biologiczną),
- psychiczną (emocjonalną),
- społeczną (relacje międzyludzkie),
- duchową (równowagę wewnętrzną, samorozwój, praktyki religijne).

Rozumowanie holistyczne uwzględnia odrębność psychospołeczną chorego i poszukuje metod leczenia najlepiej dostosowanych do jego indywidualnych potrzeb. Włącza rodzinę i samego chorego w proces odbudowywania zdrowia i zwiększania jego potencjału.

Człowiek jest jednością psychofizyczną, w której sfera fizyczna i psychiczna nawzajem się przenikają i wzajemnie na siebie oddziałują. Rozwój psychiczny jest możliwy tylko łącznie z rozwojem biologicznym, społecznym i duchowym. Można przyjąć, że zróżnicowanie zdrowia u ludzi przejawia się w dwóch zasadniczych elementach, tj. w różnym poziomie wymagań oraz w różnym stopniu tolerowanej zmienności, bez powodowania stanu nierównowagi (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

W modelu holistycznym zdrowie postrzegane jest jako stan normalny. Aby jednostka mogła zadbać o swoją kondycję zdrowotną, musi mieć odpowiednie na to warunki. Podobnie jak to wskazuje piramida potrzeb Masłowa: konieczne jest zaspokojenie potrzeb fizjologicznych, następnie poczucie bezpieczeństwa, przynależności, szacunku i uznania – aby móc dążyć do rozwoju osobistego i samorealizacji.

Paradygmat holistyczny jest również nazywany mianem nowego stylu myślenia o zdrowiu, charakterystycznym dla kultury ponowoczesnej (Janaszczyk, 2012). Rozumiany jest jako połączenie wszystkich stron badanego problemu z uwzględnieniem wszelkich możliwych jego aspektów i elementów składowych (Wojnarowska, 2008). Dlatego holizm jest łączony z pojęciem „hybrydyzacji”. Jednostkę traktuje się jako istotę uwikłaną w sieć różnorodnych zależności, co wymaga badań i działań interdyscyplinarnych. „Przełamanie kartezjuszowskiego dualizmu *soma* i *psyche* usytuowało człowieka pośród innych dynamicznych struktur rzeczywistości. Konsekwencją tej historycznej przemiany było przesunięcie akcentu z profesjonalnej na indywidualną odpowiedzialność za zdrowie” (Kuchcińska, 2003, s. 23). Podstawową formą opieki zdrowotnej stała się samoopieka przy profesjonalnym wsparciu.

Holizm jest kontynuacją XIX-wiecznego, całościowego podejścia do zagadnień społecznych. Model ten ujmuje wszechświat jako układ wzajemnie powiązanych i oddziałujących na siebie elementów. Tak samo człowiek, w tym ujęciu, jest wielowymiarową całością, będącą składową szerszej rzeczywistości (Korzeniowska, 1997). Oznacza to, że badania w paradygmacie holistycznym skupiają się na systemach stanowiących jednocześnie całość i część. Takie właściwości wykazuje zarówno człowiek, jak i jego zdrowie. A zatem jednostki nie można sprowadzić do ciała, ani nawet do ciała i duszy, gdyż jest on dynamicznym systemem funkcjonującym równolegle z innymi. Jest obiektem oddziaływań środowiska, ale sam też na nie oddziałuje (Wojnarowska, 2008).

Obecnie zauważa się też pozytywny trend w podejściu do zdrowia. Rozwój nauk powoli odchodzi od wąskich specjalizacji i przechodzi w interdyscyplinarne oraz transdyscyplinarne ujęcie problemu. I tak np. nauki o wychowaniu otwierają się na problemy ekologii, komercjalizacji i bezpieczeństwa zdrowotnego. Zajmują się nie tylko rozwojem intelektualnym wychowanków, ale i wzmocnieniem ich kondycji fizycznej. Zwiększa się zainteresowanie edukacją zdrowotną (otwierane są nowe kierunki nauk o zdrowiu, wdrażane są do szkół przedmioty dotyczące promocji zdrowia), na którą składają się: aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, higiena, bezpieczeństwo i ekologia. Nauczyciele oraz przedstawiciele naukowej pedagogiki podkreślają fakt, że zdrowie stanowi podstawę zachowań człowieka we wszystkich sferach życia i dlatego powinno być bardziej docenione jako obszar zagadnień związanych z wychowaniem (Buczak, 2014).

Holizm odgrywa coraz większą rolę w świadomości społecznej, co może oznaczać, że laicka koncepcja zdrowia powiązana z systemem eksperckim odgrywa coraz istotniejszą rolę w życiu Polaków, na co wskazują badania prowadzone przez socjologów medycyny i badaczy zdrowia publicznego. Wreszcie o istotności zmiany świadczy fakt rozwoju socjologii w medycynie, która w przeciągu ostatniej dekady

przekształciła się w socjologię zdrowia i choroby (Tobiasz-Adamczyk, 2013). Brakuje jeszcze odpowiedniego docenienia wpływu sfery psychicznej i duchowej na zdrowie fizyczne oraz świadomości potrzeby samoprofilaktyki prozdrowotnej.

Aby znaleźć powiązania pomiędzy zdrowym ciałem i zdrowym duchem, należy najpierw odpowiedzieć na pytania: Co to znaczy zdrowy duch? Co to jest duch? Ducha obrazuje idea Boga. Dla ludzi wierzących Bóg jest istotą osobową, twórczą wobec całej rzeczywistości, w tym istot ludzkich. Jest przedstawiany w postaci różnych symboli. Duch określa tę stronę jednostek ludzkich, która jest bezcielesna, która jest twórczą zasadą wobec świata materialnego. Oznacza także takie wytwory myślenia, jak: uczucia, namiętności i emocje, które pojawiają się przy wykonywaniu codziennych, naturalnych powinności.

Pojęcie ducha pozwala na mówienie o człowieku jako istocie nie tylko racjonalnej, ale też twórczej, pełnej inicjatywy, kierującej się nie tylko rozumem, ale i swoistą dla siebie intuicją (Karpiński, 2007). Treść „ducha” oznacza „siłę ujawniającą się w jednostce ludzkiej w postaci: jej racjonalności, twórczości, spontaniczności, intuicji, doświadczenia swej jednostkowości i wspólnotowości, wolności i odpowiedzialności, dobra tu i teraz i dobra transcendentnego. Duch spełniając się ujawnia się w działaniu poprzez wieloznaczną przypadkowość. Jest ona określonym złożeniem się w całość, względna jednolitość działania jednostki ludzkiej, co tym samym jest tworzeniem się nowych układów przyrodniczych czy społecznych, czy wreszcie duchowych, uszlachetniających działającą jednostkę ludzką, bądź ją niszczących” (Karpiński, 2015, s. 288).

Zdrowie (według definicji WHO) to jest nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu. W ostatnich latach definicja ta została rozszerzona o sformułowanie: „sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego”, a także o wymiar duchowy. Co znaczą te definicje? Jakie desygnaty można odnaleźć w zakresie pojęć: choroba, kalectwo, dobrostan i duch ludzki? Chcąc odpowiedzieć, trzeba przyjąć jakąś koncepcję jednostki ludzkiej. Wszak chodzi tu o zdrowie tej oto konkretnej jednostki ludzkiej. O jej to zdrowotności mówimy.

Sytuacja taka wskazuje na konieczność odrzucenia nieaktualnego już biomedycznego paradygmatu zdrowia, który wciąż jeszcze jest mocno zakorzeniony w służbie zdrowia. Jego miejsce powinno zająć ujęcie holistyczne, z podkreśleniem roli profilaktyki prozdrowotnej. Kierunek ten jest wyrazem pogłębiającego się upodmiotowienia człowieka w utrzymywaniu przez niego swojej zdrowotności.

W holistycznym podejściu do zdrowia ważny jest subiektywny odbiór swojego samopoczucia i zdrowia, za które odpowiedzialność powierza się jednostce. Polega ona na własnych, odpowiednich decyzjach i wyborach – prowadzących do zachowania jak najlepszego zdrowia. Całościowość w podejściu do zdrowia pokrywa się w dużej mierze z definicją zdrowia WHO i pozostaje w zgodzie z koncepcją duchowości jednostki ludzkiej. Oznacza to, że na zdrowie człowieka składa się: zdrowie fizyczne (prawidłowe funkcjonowanie organizmu), zdrowie psychiczne (umysł i emocje) oraz zdrowie duchowe (równowaga wewnętrzna, praktyki religijne).

Zdrowie jest najcenniejszą wartością i kapitałem ludzkim. Człowiek jako istota posiada potrzeby, które skłaniają go do działania służącego osiągnięciu wyznaczonych przez siebie celów. Na tej drodze ogromne znaczenie ma strona biologiczna i duchowa człowieka (Karpiński, 2007). Niepokojącym jest jednak fakt, że przeważająca część społeczeństwa zauważa walory zdrowotne oraz podejmuje działania prozdrowotne dopiero w momencie jego utraty (Tobiasz-Adamczyk, 1998).

Upowszechnianie bio-psycho-społecznej koncepcji zdrowia spowodowało odejście od *stricte* medycznej oświaty zdrowotnej i zwiększyło zainteresowanie przedstawicieli nauk społecznych tematem ochrony i poprawy kondycji zdrowotnej społeczeństwa.

W ostatnich dziesięcioleciach medycyna praktyczna oraz nauki biomedyczne zajmowały się głównie chorobą – zaniedbując profilaktykę zdrowotną, czyli zachowania prozdrowotne. Taka sytuacja odbiła się niekorzystnie na sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, jak i na wydolności finansowej systemu opieki zdrowotnej w Polsce i na całym świecie. Leczy się skutki choroby, nie eliminując jej przyczyn. Można by uzyskać oszczędności na walce z objawami chorób i medycynie naprawczej, gdyby politykę zdrowia skierować bardziej w stronę promocji zdrowia, tj. profilaktyki zdrowotnej polegającej głównie na kształtowaniu prozdrowotnej świadomości i stworzenia warunków do jej realizacji, tj. zadbanie o zdrową, nieprzetworzoną żywność, czystą wodę, nieskażone powietrze i całe środowisko przyrodnicze, pozwalające na osiągnięcie tych założeń.

Medycyna staje się nauką interdyscyplinarną. Alvin Toffler zauważa, że holistyczne podejście w naukach medycznych jest odbiciem szerszych zmian zachodzących w nauce, polegających na odejściu od analizowaniu problemów, przez dzielenie ich na elementy składowe – czyli wąskie specjalizacje. Tworzone są raczej nowe dyscypliny, będące syntezą nauk wielu różnorodnych dziedzin naukowych. Rośnie popularność interdyscyplinarnych projektów badawczych.

Reasumując, bezpieczeństwo zdrowotne jest procesem pozwalającym każdemu człowiekowi na zwiększenie oddziaływania na jego stan zdrowia, w celu jego poprawy i utrzymania. Dla osiągnięcia dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego potrzebne jest działanie zarówno jednostki, jak i całych społeczności.

1.4. Wybrane czynniki wpływające na zdrowie w podejściu holistycznym

Pojęcie „zdrowie” jest zdefiniowane w wielu dziedzinach życia i nauki. W literaturze demografii, epidemiologii i socjologii pojawiają się bardzo różne pojęcia zdrowia. W języku potocznym termin ten jest używany zarówno w odniesieniu do choroby, nazywając ją złym stanem zdrowia, jak i do faktycznego zdrowia, określając je dobrym stanem zdrowia (Słońska, 2002). Trudność z konceptualizacją, operacjonalizacją i pomiarem zdrowia wynika z wpływu społeczno-kulturowego, któremu ono ulega. Z powodu długotrwałego braku definicji zdrowia w odniesieniu pozytywnym,

nastąpiło zamieszanie terminologiczne, przez co teoretycy i badacze posługiwali się pojęciem „zdrowie”, mówiąc o chorobach (Słońska, 2002). Przykładowo M. Pflanz (1976) pisał, że zwykle, gdy wypowiadamy słowo „zdrowie”, chodzi nam o chorobę lub jakieś zaburzenie. Albo, jak podaje A. Ostrowska (1980, s. 10), „to, co potocznie nazywamy stanem zdrowia, jest w rzeczywistości stanem choroby. Tak więc pod pojęciem stanu zdrowia kryją się przede wszystkim dane dotyczące odchyień od zdrowia, a jego pomiar jest pomiarem odchyień od normy”.

Zgodnie z obecnie obowiązującym nazewnictwem, zdrowie ujmowane jest jako samodzielna kategoria określana terminem zdrowia pozytywnego. Wiąże się ono z potencjałem, jakim dysponuje człowiek oraz z jego jakością życia (King, 1962; Noack, 1991; Słońska, Misiuna, 1994). Również wysiłki WHO idą w kierunku pozytywnego określenia zdrowia. W 1948 r. Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała zdrowie jako: „stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa”. Definicja ta rezygnuje z wcześniejszego określania zdrowia jedynie za pomocą negacji, czyli jako braku choroby (Gadamer, 2011).

Przytoczona powyżej definicja człowieka oznacza, że człowiek jest istotą złożoną i wszystkie jego wymiary życia decydują o bezpieczeństwie lub zagrożeniu jego zdrowia. Wobec tego definicja zdrowia określona przez WHO jest niewystarczająca i wymaga uzupełnienia lub stworzenia jej nowej wersji. W zasadność definicji określonej przez WHO można wątpić również z tego względu, że jest ona napisana z punktu widzenia nauk pozytywistycznych, a właściwym wydaje się przyjęcie rozróżnienia istoty i przejawu. Potrzebne jest więc szersze ujęcie zdrowia w takich kategoriach, jak: holizm, ekologiczność, systemowość i organizmiczność.

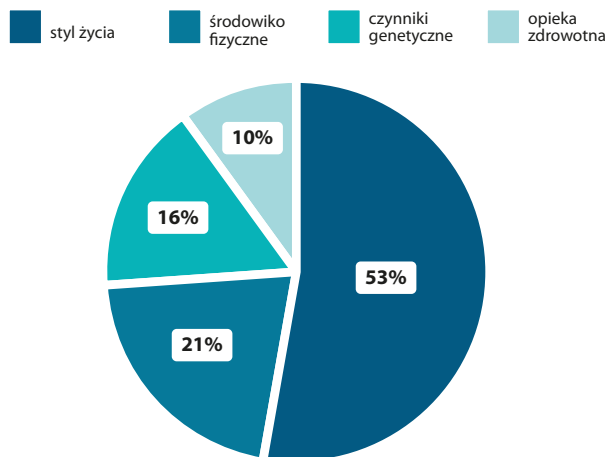
Kluczowe znaczenie w podejściu do zdrowia miały utworzone w 1974 r. przez M. Lalonde’a (kanadyjskiego byłego ministra zdrowia i opieki społecznej) „pola zdrowia”, pokazujące zakres wpływu poszczególnych czynników na stan zdrowia człowieka. Procentowy udział poszczególnych determinantów zdrowia nieznacznie się różni w różnych publikacjach, gdyż sam M. Lalonde tego dokładnie nie sprecyzował (Wysocki, Miller, 2003). Najczęściej podawany jest następujący procentowy rozkład tych czynników (Woynarowska, 2007):

- styl życia (ok. 53%),
- czynniki genetyczne (ok. 16%),
- środowisko społeczne i fizyczne (ok. 21%),
- opieka instytucji medycznych (ok. 10%).

Autor modelu determinantów zdrowia podkreśla, że styl życia, czyli zachowania zdrowotne ludzi, mają największy wpływ na ich zdrowie. Pomimo nieujęcia przez Lalonde’a w „polach zdrowia” czynników emocjonalnych (radzenie sobie ze stresem), ani sfery duchowej człowieka, pokazały one duży wpływ własny jednostki (styl życia) na zdrowie przy niewielkim udziale medycyny i genów.

Koncepcja Lalonde’a stanowi otwarcie drogi do samoprofilaktyki, która ciągle jest jeszcze w powijakach. Przyczyną jej niewielkiej popularności może być fakt, że łatwiej jest w tym zabieganym świecie oddać się w ręce służby zdrowia lub winić

geny albo nieprzychylność losu za chorobę, niż samemu edukować się i stosować w praktyce uzyskaną wiedzę.



Rys. 1.2. Czynniki warunkujące zdrowie jednostki według „pól zdrowia” M. Lalonde’a

Po 20 latach od ogłoszenia raportu M. Lalonde’a wykazano, że istnieje więcej czynników (głównie społeczno-ekonomicznych) wpływających na zdrowie, a dotąd nieuwzględnianych (*Strategies for Population Health*, 1994). Są to:

- 1) status społeczno-ekonomiczny;
- 2) wsparcie społeczne;
- 3) edukacja – zwiększanie wiedzy prozdrowotnej i stwarzanie szansy na poprawę sytuacji finansowej;
- 4) praca – niekorzystne warunki pracy mogą być przyczyną wielu chorób i urazów;
- 5) środowisko fizyczne: powietrze, gleba, woda, miejsce i warunki zamieszkania;
- 6) cechy genetyczne (wrodzone);
- 7) zachowania zdrowotne – sposób odżywiania się, aktywność fizyczna, sposób reagowania na sytuacje stresowe, używki;
- 8) rozwój psychofizyczny w dzieciństwie (rzutuje na całe życie);
- 9) działania służby zdrowia.

Jednym ze sposobów przedstawiających wymienione czynniki jest model przedstawiony na rys. 1.3.

„Tęcza czynników zdrowia” ukazuje uwarunkowania zdrowotne człowieka w ujęciu szerszym, niż to czyni paradygmat biomedyczny, ale nie jest to jeszcze podejście holistyczne. Ujmuje ona zdrowie człowieka wielowymiarowo, w modelu bio-psycho-medycznym, z uwzględnieniem sfery społecznej człowieka, ale nie wskazuje na potrzebę samoprophilaktyki jednostek ludzkich. Nie zaznacza wpływu sfery duchowej na zdrowie człowieka. Sfera biologiczna i duchowa człowieka stanowi jedną całość, a dokładniej, to wzajemnie się one uzupełniają. Jak pisze A. Karpiński (2006, s. 232): „człowiek rodzi się i jest nieomal w pełni zdeterminowany swą biologicznością. W tym zdeterminowaniu odnajdujemy nawet uwarunkowania dla

jego późniejszych możliwości duchowych (kod genetyczny). W miarę swego rozwoju determinacje biologiczne maleją, a ich miejsce zajmują zależności środowiskowe, społeczne oraz jakość rozwoju duchowego jednostki”.



Rys. 1.3. „Tęcza czynników zdrowia”

Źródło: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

1.4.1. Styl życia

Istotnym determinantem zdrowia i/lub choroby jest styl życia. Określa on nasz codzienny rozkład zajęć, ilość i rodzaj pracy, odpoczynku i snu, rodzaj diety, aktywność fizyczną, sposób reagowania na sytuacje stresowe, przyjmowanie używek. Badania przeprowadzone w kilku ośrodkach na świecie pokazują szacunkowy wpływ różnych czynników na zdrowie. Wyraźnie widać, że wpływ stylu życia jest olbrzymi:

- 1) styl życia – 50%,
- 2) czynniki biologiczne – 20%,
- 3) czynniki środowiskowe – 20%,
- 4) medycyna naprawcza – 10%.

Wykazuje to, że ponad połowę wszystkich determinantów zdrowia stanowi nasz styl życia. Najnowsze badania dr Ornisha (amerykańskiego kardiologa wykładającego medycynę na Uniwersytecie Kalifornijskim, lekarza prezydenta Billa Clintona) jako pierwsze dowiodły, że korzystne zmiany w naszym trybie życia wpływają też pozytywnie na nasze geny. Uaktywniają te z nich, które powstrzymują choroby oraz „wyłączają” inne, zwiększające prawdopodobieństwo nowotworów, chorób serca oraz innych schorzeń.

Zmiany trybu życia mogą znacząco zwiększyć produkcję enzymu, wydłużającego nasze telomery, tj. końcówki chromosomów, od których to głównie zależy, ile lat będziemy żyli. W miarę jak zwiększają się telomery, wydłuża się nasze życie. Oznacza to, że geny w niewielkim stopniu decydują o naszym losie. Geny tylko w 20

procentach wpływają na organizm, pozostała część to oddziaływanie otoczenia, a szczególnie diety i środowiska zewnętrznego. Takie wnioski przynoszą wyniki badań naukowców, zajmujących się epigenetyką, czyli nauką, która od lat bada związek między czynnikami dietetycznymi i środowiskowymi a ich wpływem na ekspresję lub wyciszenie genów.

Oznacza to, że w dużej mierze możemy sami decydować o swoim zdrowiu, m.in. wybierając zdrową żywność z jak najmniejszą zawartością sztucznych dodatków i jak najmniej przetworzoną. Jeśli to możliwe należy też unikać zanieczyszczonego środowiska (w tym wody i smogu wielkomiejskiego) i starać się żyć spokojnie, z odpowiednim dystansem do dóbr materialnych, nie zapominając o aktywności fizycznej.

Z uwagi na rosnącą epidemię chorób cywilizacyjnych i coraz większe zagrożenia ekologiczne, termin „zdrowie” zaczął obecnie nabierać nowych treści i rangi. Dzieje się tak dlatego, że zaczęliśmy w zdrowiu dostrzegać podstawową wartość życiową i niezbędny warunek naszego prawidłowego funkcjonowania, a nawet przetrwania.

Powstało nowe pojęcie: „zdrowie środowiskowe”. Oznacza ono: „te aspekty zdrowia człowieka, w tym i jakość życia, które są determinowane przez czynniki biologiczne, chemiczne, fizyczne, psychiczne i społeczne środowiska; obejmuje też założenia teoretyczne i praktykę w zakresie oceny, eliminacji i zapobiegania obecności w środowisku tych czynników, które mogą oddziaływać negatywnie na zdrowie obecnego i przyszłych pokoleń” (WHO).

Styl życia wywiera olbrzymi wpływ na stan zdrowia jednostek. Styl życia to jeden z obszarów, w którym samoprofilaktyka zdrowotna ma olbrzymie znaczenie. Styl życia, w większości przypadków, leży poza zasięgiem tradycyjnej medycyny. To człowiek decyduje, jakie życie prowadzi. Świadomość znaczenia, jakie na zdrowie wywierają odpowiednie wybory życiowe, jest bardzo ważna. Dzięki odpowiedniej edukacji na temat wpływu różnych czynników na stan zdrowia jednostka jest w stanie prowadzić styl życia, który pozytywnie wpływa na zdrowie. Podstawowe znaczenie ma tu wybór jednostki i jej chęć realizacji określonego stylu życia.

1.4.2. Aktywność fizyczna

Już Hipokrates zauważył, że zdrowie zależy od równowagi pomiędzy naszym środowiskiem a trybem życia, czyli odżywianiem, pracą, obyczajami seksualnymi i odpoczynkiem. Pomoc medyczna dotyczyła wówczas pomagania siłom natury w poprawie zdrowia człowieka. Część poglądów Hipokratesa wywodzi się z tradycji medycyny chińskiej, mówiącej, że choroba jest brakiem równowagi pomiędzy pierwiastkami *jing* i *jang* w człowieku. Do czynników wpływających na zdrowie należały według niego: dieta, sen, aktywność fizyczna i zgoda społeczna. Hipokrates jest nazwany ojcem medycyny europejskiej (Lewandowska, 1994).

Aktywność definiowana jest jako różnorakie działania przejawiające się zarówno w jego zachowaniu zewnętrznym, jak i zachodzących w nim procesach psychicznych. Aktywność ta wynika z naturalnych relacji ze światem zewnętrznym i wpływa na zmianę otoczenia, jak i człowiek zmienia sam siebie. W istocie działanie

człowieka wynika z konieczności zaspakajania potrzeb społecznych, biologicznych i kulturowych (Olubiński, 2015).

Wielostronna i odpowiednio ukierunkowana aktywność własna człowieka jest podstawowym czynnikiem jego rozwoju. Wszelkie procesy psychiczne powstają i rozwijają się poprzez aktywne działanie. Człowiek aktywny, dzięki swojej działalności uczy się nowych form zachowań i myślenia. W procesie edukacji istotne jest zróżnicowane ukierunkowanie aktywności na otoczenie zewnętrzne, przy jednoczesnym respektowaniu indywidualnego zainteresowania w zmianę istniejącej rzeczywistości (Sobańska, 1993).

Składową kultury fizycznej jest aktywność fizyczna, która przebiega według przyjętych w danym środowisku społecznym norm postępowania, i mająca na celu dbałość o zdrowie i prawidłowy rozwój psychofizyczny. Z. Krawczyk (1997, s. 28) definiuje kulturę fizyczną jako „względnie zintegrowany i utrwalony system zachowań w dziedzinie dbałości o rozwój fizyczny, sprawność ruchową, zdrowie, urodę, cielesną doskonałość i ekspresję człowieka, przebiegających według przyjętych w danej zbiorowości wzorów a także rezultatów owych zachowań”. Dzieli ją na cztery typy:

1. Kultura fizyczna jako całokształt materialnego środowiska, kształtowanego przez człowieka zgodnie z jego możliwościami, potrzebami i wartościami.
2. Kultura fizyczna jako uwarunkowany potrzebami społecznymi system wartości, działań oraz ich rezultatów w sferze cielesnej człowieka.
3. Kultura fizyczna jako zespół różnych form aktywności ruchowej człowieka, podejmowanych celowo dla wzmacniania zdrowia, sprawności fizycznej i poprawy sylwetki, podporządkowanych wzorcowi osobowości wszechstronnej, harmonijnej i dynamicznej.
4. Kultura fizyczna rozumiana jako sport – występuje sporadycznie zarówno w Polsce, jak i innych krajach europejskich.

W tę koncepcję myślenia o kulturze fizycznej wpisuje się doskonale podejście W. Tatarkiewicza (1978, s. 79–80), mówiące, że kultura jest to: „stan subiektywny, psychiczny, wewnętrzny i zindywidualizowany, dla każdego różny, choć wielorako podobny u różnych ludzi, zwłaszcza żyjących jednocześnie i blisko siebie”, a kultura fizyczna jest wyrazem troski umysłu o ciało, dokładniej jest to „dbałość psychiki o ciało”. W takim ujęciu jakość kultury fizycznej uwarunkowana jest osobowością danej jednostki, hierarchią jej życiowych priorytetów i wartości. Im wyższa będzie świadomość zdrowotna człowieka, tym większe jest prawdopodobieństwo, że owa troska nie ograniczy się jedynie do podstawowych zabiegów higienicznych.

Taka koncepcja potwierdza opisane w powyższych podrozdziałach stwierdzenia, że nie wystarcza dla zdrowia przestrzeganie zasady „w zdrowym ciele zdrowy duch”, ale aktywność fizyczna powinna wywodzić się ze zdrowego ducha. Inaczej – w zdrowej psychice, w zdrowym umyśle znajduje się miejsce na planowanie działań wzmacniających kondycję zdrowotną jednostki.

Podobne stanowisko reprezentuje M. Demel (1976, s. 14), pisząc, że: „kultura fizyczna to wyraz określonej postawy wobec własnego ciała, świadoma i aktywna troska o swój rozwój, sprawność, zdrowie, to umiejętność organizowania i spędzania

czasu z największym pożytkiem dla zdrowia fizycznego i psychicznego”. W świetle tej definicji istotą kultury fizycznej jest tworzenie pożądanych, troskliwych wobec ciała postaw. Ważne są również intencje działań skierowanych na rzecz doskonalenia ciała: wartością nadrzędną jest tu zdrowie zarówno fizyczne, jak i psychiczne.

Niezależnie od definicji kultury fizycznej, w praktyce jest ona rozumiana głównie jako dbałość o sprawność ruchową, sprzyjającą wzmocnieniu, bądź zachowaniu zdrowia. Krzewieniu kultury fizycznej sprzyja rosnące znaczenie edukacji zdrowotnej w szkolnictwie, zwieńczone bogatym usytuowaniem programu tej edukacji w obowiązującej podstawie programowej (Nitecka-Walerych, 2014). Niestety teoria nie do końca przekłada się na praktykę.

Za potrzebą rozwoju wszelkich form aktywności fizycznej przemawia rosnąca pozycja zdrowia człowieka, jako najważniejszej wartości życiowej. Publiczny system służby zdrowia nie radzi sobie wystarczająco z troską o zdrowie Polaków. Coraz częściej wypowiedane są poglądy wskazujące na potrzebę powszechnej edukacji ukierunkowanej na profilaktykę zdrowotną, a więc na krzewienie kultury zdrowotnej w społeczeństwie (Jaworski, 2009).

Okazuje się, że zdecydowana większość Polaków (88%) nie uprawia systematycznie żadnego sportu. Ponad połowa obywateli naszego kraju nie wykonuje żadnych ćwiczeń gimnastycznych, a prawie co piąty dorosły Polak (18%) nie znajduje czasu na dłuższy (minimum godzinny) spacer.

Aktywność fizyczna jest bardzo ważnym elementem utrzymania dobrej kondycji fizycznej oraz zdrowia. Korzystnie wpływa nie tylko na masę ciała (zapobiega otyłości), ale także na samopoczucie i ogólny dobrostan. I tak, w pierwszym rozpatrywanym badaniu, przeprowadzonym w 2012 r., dotyczącym związków deklarowanej aktywności i sprawności fizycznej z samooceną dobrostanu psychicznego u maturzystów, uczestniczyło 1544 uczniów klas maturalnych. Badani pochodzili z województw: małopolskiego, śląskiego, opolskiego i łódzkiego. Technika badawczą była anonimowa ankieta audytoryjna. Pytano uczniów o ocenę swojej aktywności i sprawności fizycznej, o poczucie bycia osobą szczęśliwą oraz poziom samopoczucia na co dzień. Badani uczniowie w znacznej większości (78,6% chłopców i 74,5% dziewcząt) uważali się za osoby szczęśliwe. Tylko nieliczni (6,3% uczennic i 6,6% uczniów) podali, że nie są osobami szczęśliwymi. Pozostali nie mieli sprecyzowanego zdania na ten temat. Przy określaniu swego samopoczucia 71,9% uczniów zadeklarowało swoje samopoczucie na co dzień jako dobre i/lub bardzo dobre. U dziewcząt było to 62,7%. Jako złe swoje samopoczucie na co dzień oceniło 7,3% respondentek i 8,6% respondentów. Odpowiedzi te wykazują, że badani uważają się w większości za ludzi szczęśliwych z dobrym ogólnym samopoczuciem. Poziom samooceny własnej sprawności fizycznej wyżej plasował się wśród chłopców. Aktywność ruchowa – jako sposób na spędzanie czasu wolnego – korzystniej przedstawiła się również wśród męskiej części badanych (jako ulubiony sposób na spędzanie czasu wolnego wybierało ją 32,4% uczniów i zaledwie 14,4% uczennic). Jednocześnie 39,4% dziewcząt podało, iż stroni od jakiejkolwiek aktywności fizycznej. U chłopców taką opinię wyraziło 23,1%. Ostatnim badanym zagadnieniem było określenie poziomu

własnej aktywności fizycznej w samoocenie badanych maturzystów. Tutaj również płęć męska zaprezentowała się lepiej, gdyż 34,2% respondentów określiło go jako wysoki, a respondentek tylko 16,6%. Wyniki tego badania wykazują, że uczniowie klas maturalnych odznaczają się wyższą aktywnością fizyczną niż uczennice tychże klas (choć w obydwóch grupach zdecydowanie za niską) oraz korelację dodatnią między dobrym samopoczuciem a poziomem aktywności ruchowej.

Niezadowolające również okazały się wyniki badań aktywności fizycznej i jej wpływu na inne sfery życia, przeprowadzonych na grupie 639 studentów pierwszego roku Wydziału Wychowania Fizycznego Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku w latach: 2000 i 2010 (Nowak-Zalewska, Zalewski i in., 2014). Pokazały one negatywny trend w podejściu młodzieży do uprawiania sportu. W 2000 r. respondenci wykazywali większą aktywność fizyczną, wyższy poziom satysfakcji ze spędzania wolnego czasu na zajęciach sportowych w grupie rówieśników. Aktywność ta wykazuje korelację dodatnią z motywacją do nauki, z działaniem związanym z realizacją własnych oczekiwań i celów oraz z nawiązywaniem kontaktów społecznych. Ponadto badani z 2000 r. wykazywali większą dbałość o wygląd zewnętrzny, jak i o swoje zdrowie, niż badani w 2010 r.

Podobne wyniki i wnioski wykazało badanie prozdrowotnych postaw u 18-letnich dziewcząt, przeprowadzone w latach 2010/2011 wśród losowo wybranych 583 uczennic szkół licealnych w Gdańsku (Walentukiewicz, Łysak, Wilk, 2011). Narzędziem badawczym był kwestionariusz składający się z trzech części: (1) badanie postaw zdrowotnych i nawyków żywieniowych; (2) badanie aktywności fizycznej; (3) sprawdzanie wartości wskaźników masy ciała (BMI). Niniejsze badanie wykazało, że nie tylko poziom aktywności fizycznej wśród badanych wypadł niezadowolająco, ale również u przeważającej liczby respondentek nawyki żywieniowe nie wykazały sprzyjającego zdrowiu stylu życia.

Sama aktywność fizyczna nie wystarcza jednak dla wzmocnienia zdrowia. Wychowanie prozdrowotne powinno być wdrażane we wszystkich sferach życia człowieka, już od najmłodszych lat. Zachowania zdrowotne mogą mieć postać nawyków i czynności celowych. Te pierwsze zależą od oddziaływania społecznego i mają charakter utrwalonych wzorów zachowań zautomatyzowanych (np. higiena ciała, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna). Czynności celowe zaś powstają u człowieka w toku indywidualnego rozwoju i poprawy stylu życia (Lipowski, 2006).

1.4.3. Dieta

Na wpływ sposobu żywienia na zdrowie zwrócono już uwagę w starożytności. Seneka ostrzegał przed zgubnymi skutkami obżarstwa i spożywania niektórych potraw (Buczak, 2014). Natomiast Herodot z Halikarnasu twierdził, że to z powodu spożywanych potraw powstają wszystkie choroby ludzkie (przeł. Hammer, 2011). Starożytni Grecy i Rzymianie poszukiwali uzasadnienia zdrowych wyborów żywieniowych według teorii humoralnej. Uważali, że zakłócenie równowagi płynów ustrojowych, powoduje zachwianie homeostazy organizmu, na co jedynym remedium były według nich odpowiednie pokarmy (Buczak, 2014).

Świat naukowy jest obecnie zgodny w uznaniu czynników środowiskowych za kluczowe determinanty zdrowia i choroby. Szeroko zakrojone badania wykazały, iż to głównie nieodpowiedni styl życia jest winowajcą rosnącej epidemii otyłości oraz chorób cywilizacyjnych, takich jak: miażdżyca, cukrzyca, choroby układu krążenia, nowotwory i wiele innych. Istotną rolę zapobiegawczą odgrywa tutaj samoprophylaktyka, a w niej racjonalne żywienie. Winno ono w sposób optymalny zaspakajać codzienne zapotrzebowanie organizmu człowieka w niezbędne dla zdrowia składniki odżywcze, witaminy i minerały. Bez nich człowiek nie jest w stanie odpowiednio wykorzystywać swych genetycznie uwarunkowanych możliwości fizycznych i psychicznych. Nie może utrzymać dobrego stanu zdrowia w dłuższej perspektywie czasowej. Wybory związane z konsumpcją pokarmów winny być wynikiem samoświadomości prozdrowotnej, a nie natarcywych reklam czy wyrazem budowania tożsamości i identyfikacji społecznej.

Nieufność i dezorientację budzi też zmienność i sprzeczność wyników badań dietetycznych związanych z pro- i antyzdrowotnym wpływem np. mleka na nasz organizm, ze stosowaniem diety wegetariańskiej, sporami między (nie)korzystnymi właściwościami masła i margaryny, jajek, a nawet kontrowersje dotyczące szkodliwości czerwonego mięsa. Niejasność i hipotetyczność wiedzy utrudnia kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych. Zalecane rygory i ograniczenia dietetyczne ingerują w emocjonalną sferę zachowań żywieniowych (Buczak, 2014).

Rygorystyczne diety stosowane w otyłości kończą się najczęściej efektem „jo-jo”, czyli powrotem do wagi wyjściowej. Zmiany nawyków żywieniowych powinny być więc wprowadzane na stałe, a nie doraźnie. Powrót do poprzedniego sposobu odżywiania się powoduje ponowne pojawienie się wcześniejszych problemów, gdyż przyczyny są wielokrotnie złożone, np. w otyłości możemy mieć do czynienia z problemami zaburzeń emocjonalnych, ale też z uzależnieniem od cukru itp. Ta wiedza wykorzystana w edukacji prozdrowotnej i terapii sprzyjać może zrozumieniu problemu i wykształceniu samoświadomości prozdrowotnej.

Otyłość w 1997 r. została uznana przez WHO za chorobę społeczną (Krawczyk, Kiełczewska, 2013, s. 221). Zdrowie stało się czymś więcej niż tylko prawidłowym stanem fizjologicznym organizmu w kategoriach biomedycznych. Z pojęcia zawłaszczonego przez nauki *stricte* medyczne, stało się ono również kategorią społeczną i kulturową. Nominowało do rangi wartości stanu pożądanego, umożliwiającego sprawowanie zachowań użytecznych w życiu społecznym i zawodowym.

W dyskursie nad problemami otyłości i związanymi z nią chorobami przewlekłymi, przeważa stanowisko mówiące, że to głównie system społeczny (instytucje medyczne) powinien zajmować się zdrowiem jednostki. Jednak wyniki najnowszych badań wskazujące, iż stan naszego zdrowia uwarunkowany jest w przeważającej części naszym stylem życia, oznaczają, że to zasadniczo my osobiście decydujemy o naszej kondycji zdrowotnej. Aby ją móc zachować i/lub poprawiać, musimy zwiększać własną świadomość prozdrowotną, obserwować reakcje organizmu na określony rodzaj zachowań, jak i jakość i rodzaj pożywienia.

Edukacja żywieniowa powinna być analizowana przez nauki medyczne (biochemia, dietetyka), lecz wprowadzana poprzez wychowanie prozdrowotne. Upowszechnianie zasad prawidłowego żywienia powinno znajdować się w profilu nauczania w szkołach – co ujęte jest w programie „Poprawa sposobu żywienia i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości” (Narodowy Program Zdrowia, 2007).

Podstawą szkolnych działań edukacyjnych jest „Karta Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole”. Jednocześnie podkreśla się konieczność edukacji rodziców. Również na potrzebę nauczania prawidłowych nawyków żywieniowych w szkołach wskazuje „Stanowisko Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki w sprawie działań edukacyjnych w zakresie zdrowego żywienia uczniów”. Ważnym argumentem dla zwiększenia działań profilaktyczno-edukacyjnych są wyniki badań, wskazujące, że u 80% dzieci z otyłością ten stan utrzymuje, a często nawet pogarsza się w dalszych etapach życia. Dzięki edukacji można wpływać na zachowania dotyczące zdrowego odżywiania, jak i kształtować media społeczne uleganiem modzie, naśladowaniem sposobu odżywiania się osób znaczących.

Można by zadać pytanie, dlaczego tak istotny jest rozwój samoświadomości prozdrowotnej, skoro mamy gotowe zalecenia żywieniowe przedstawione przez Instytut Żywności i Żywienia. Mamy gotowe, profesjonalne modele odżywiania. Tylko czy one przynoszą wymierne efekty zdrowotne społeczeństwu? Czy pomimo coraz to drastyczniejszych ograniczeń zjadania tłuszczów zwierzęcych, zwiększania zalecanej ilości zjadanych warzyw i owoców zamierzone efekty są osiągnięte? Dlaczego otyłość społeczeństwa rośnie?

Wprowadzane cyklicznie przez Instytut Żywności i Żywienia zmiany w zaleceniach dietetycznych są praktycznie niewielkie, nie zmieniają istoty problemu. Ciągłe dużo miejsca zajmują w nich produkty mało wartościowe. Nie trzeba być specjalistą z dziedziny dietetyki, medycyny czy biochemii, aby zauważyć, że w piramidzie żywieniowej (nazwanej obecnie Piramidą zdrowego żywienia i aktywności fizycznej) jest nadal bardzo dużo produktów zbożowych, które mają bardzo ubogą wartość odżywczą (niską zawartość witamin i składników mineralnych), a niewiele produktów białkowych (zwłaszcza niezbędnych dla dzieci i młodzieży, którzy potrzebują większe ilości wartościowego białka do tworzenia nowych tkanek budulcowych).

Rośnie w zastraszającym tempie ilość osób chorych na cukrzycę i miażdżycę (pomimo prawie całkowitego odrzucenia tłuszczów zwierzęcych na rzecz roślinnych), a otyłość stała się już nie tylko problemem medycznym czy estetycznym, ale też olbrzymim problemem społecznym i ekonomicznym.

Medycyna akademicka w większości chorób podaje, że etiologia ich jest nieznana – nie upatruje źródła choroby w nieprawidłowym odżywianiu, nie zaleca zmiany diety przy wystąpieniu różnorodnych schorzeń, nie zauważa związku między zmianą nawyków żywieniowych a nasileniem się chorób cywilizacyjnych. Przyczyn chorób – ba, nawet otyłości – upatruje się w genach, jakby człowiek nagle w ostatnim

stuleciu przekształcił się genetycznie, co w skali okresu istnienia życia człowieka na ziemi (filogenezy), wydaje się absurdalne...

Współcześnie rozwija się przemysł dietetyczny, w skład którego wchodzi lekarze specjalizujący się w odchudzaniu, trenerzy, autorzy „cudownych” diet. Jednocześnie otyłość, jak nigdy wcześniej, stała się problemem społecznym. Oczywistym jest fakt, że żywność szkodliwą wytwarza się tanio i również tanio można ją przetwarzać. Producenci takiej żywności zarabiają krocie, co pozwala im na przeznaczenie sporej części dochodu na reklamę swoich produktów. Dlaczego tak się dzieje? Otóż „fakt ten wynika z uznania ekonomii za podstawowy czynnik rozwoju cywilizacji. Ekonomia stała się celem samym w sobie, uległa alienacji i podporządkowała sobie pozostałe dziedziny społecznego życia ludzkiego” (Karpiński, 2009, s. 99). Dobro człowieka zeszło na margines – z pozycji podmiotu, na miejsce przedmiotu, narzędzia.

Ministerstwo Zdrowia przedstawia czynniki środowiskowe jako główne uwarunkowania zdrowia. One odpowiadają za epidemię otyłości wśród coraz większej części populacji naszego globu. Również one w dużej mierze są przyczyną chorób tzw. cywilizacyjnych. Jednym z kluczowych czynników jest wymieniony wcześniej sposób odżywiania się. Spożywane produkty winny w sposób optymalny zaspokajać nasze codzienne zapotrzebowanie organizmu w niezbędne dla utrzymania zdrowia, i prawidłowego poziomu energii, składniki odżywcze, witaminy i minerały. Bez nich człowiek nie jest w stanie wykorzystywać swych genetycznie uwarunkowanych możliwości fizycznych i psychicznych. Nie może utrzymać dobrego stanu zdrowia w dłuższej perspektywie czasowej.

Osoby z nadwagą lub otyłością częściej niż pozostałe odpowiadały, że odżywiają się niezdrowo, że nie dbają o własne zdrowie. Częściej też określały swoją kondycję zdrowotną, jako średnią lub złą. Badania te pokazują też wyraźną korelację między nadwagą a niską aktywnością fizyczną oraz niską samooceną.

Otyłość jest wielkim problemem współczesnego społeczeństwa, który dotyka coraz większej liczby ludności na całym świecie. Jest ona czynnikiem ryzyka wielu przewlekłych chorób (m.in. cukrzycy, chorób układu krążenia, nowotworów) zarówno u osób dorosłych, jak i u dzieci. Jest ona jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności, problemów z płodnością, depresji i wyobcowania. Generuje ogromne koszty ekonomiczne i społeczne (Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 63–64). Na terenie Polski nadwaga i otyłość występuje u około 50–60% populacji ludzi dorosłych (Krawczyk, Kiełczewska, 2013, s. 211).

Kiedy człowieka możemy uznać za otyłego? Otóż wśród wielu definicji otyłości trudno jest znaleźć tę idealną, a żaden z wyznaczników prawidłowej masy ciała nie jest doskonały. Wyznaczenie otyłości na podstawie wagi względem wzrostu nie zdaje egzaminu, ponieważ sportowcy (np. kulturyści), mimo że ich masa przekracza przeciętną, nie są otyli. Najsłuszniejsze wydaje się, określenie otyłości jako nadmiaru tkanki tłuszczowej.

W wielu krajach obserwuje się wzrost liczby osób otyłych, np. w Anglii w 1993 r. 15% osób w wieku powyżej 16 lat było otyłych, a w 2008 r. odsetek ludzi otyłych w tym samym wieku wzrósł do 25%. Otyłość znacząco wpływa na obniże-

nie długości i jakości życia oraz na niższy status społeczno-ekonomiczny (Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 63).

W populacji osób otyłych zauważa się częstsze występowanie zaburzeń psychologicznych, niż u pozostałych osób nieposiadających znaczącej nadwagi. Jednym z niepokojących problemów społecznych związanych z otyłością jest dyskryminacja osób otyłych w miejscach publicznych, w zakładach pracy i interakcjach społecznych. Zauważa się, że dzieci już w wieku przedszkolnym okazują uprzedzenia wobec dzieci otyłych, uważając je za „trudne”, „leniwe”, „brzydkie” i „głupie”.

Zachowania zdrowotne mogą mieć postać nawyków i czynności celowych. Te pierwsze zależą od oddziaływania społecznego i mają charakter utrwalonych wzorów zachowań zautomatyzowanych (np. higiena ciała, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna). Czynności celowe zaś powstają u człowieka w toku indywidualnego rozwoju i poprawy stylu życia (Lipowski, 2006, s. 49).

Ryzyko otyłości uwarunkowane jest głównie czynnikami środowiskowymi, kulturowymi, społecznymi i behawioralnymi. Otyłość jest wyższa w niższych warstwach społecznych, szczególnie wśród kobiet. Ameryka Północna jest w stanie moralnej paniki spowodowanej epidemią otyłości. Istnieje tam obawa przed otyłością jako zachowaniem dewiacyjnym, zagrażającym społeczeństwu, tworząc podział na „dobrych szczupłych” i „złych otyłych”. Otyli odczuwają dyskryminację nawet w traktowaniu ich przez lekarzy i opiekę medyczną (Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 64).

W przeszłości wartości kulturowe preferujące ciało otyłe, jako wyznacznik wysokiego statusu, a nawet atrakcyjności seksualnej, zalecały spożywanie większych ilości pokarmów wśród warstw klas wyższych. Postrzeganie otyłości miało różny odbiór w różnych epokach historycznych i w różnych kulturach. Niejednokrotnie była ona uważana za oznakę dobrego zdrowia. W historycznym ujęciu zagadnienia otyłości czy nadmiernego objadania się nie były tematem dogłębnych analiz, w odróżnieniu od problematyki braku apetytu lub głodzenia się (Jóźwiak, 2014, s. 80–81).

Liczne badania nad otyłością dzieci wykazują, że występuje ona częściej w rodzinach ubogich. Społeczny, kulturowy i ekonomiczny kontekst otyłości u dzieci powoduje kierowanie programów przeciwdziałających otyłości nie tylko do rodziców i dziadków, ale i środowisk lokalnych kształtujących nawyki żywieniowe dzieci. Po- przez monitorowanie lokalnej polityki i środków ekonomicznych, programy te starają się wpłynąć na nowocześniejsze wzorce konsumpcji (Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 63).

Otyłość dzieci i młodzieży to coraz bardziej powszechny problem. W krajach rozwiniętych i rozwijających się widoczny jest stały wzrost liczby otyłych osób (Gulanowska, Palczewska, 2013). Przypadłość ta coraz szerzej dotyka także dzieci i młodzież. Otyłość staje się chorobą cywilizacyjną, związaną z nieprawidłowym stylem życia oraz dietą. Często towarzyszą jej inne dolegliwości zdrowotne (cukrzyca to najbardziej powszechna przypadłość).

Brak dbałości o zdrowie, niewłaściwa dieta i brak aktywności fizycznej to główne przyczyny otyłości wśród młodzieży. Otyłość jest wynikiem przemian cywilizacyjnych, które prowadzą do zmian stylu życia młodzieży. Młodzi ludzie coraz powszechniej unikają aktywności fizycznej, większość dnia spędzają siedząc przed

komputerem i telewizorem. Mają nieograniczony dostęp do wysoko przetworzonej żywności (tzw. śmieciowego jedzenia) oraz słodzonych napojów gazowanych. Edukacja zdrowotna w szkołach jest coraz mniej powszechna. Wszystko to sprawia, że młodym ludziom trudno jest samodzielnie podejmować właściwe wybory oraz wysiłek niezbędny do prowadzenia zdrowego stylu życia (Oblacińska, Tabak, 2006).

Raport GUS (2009) pokazuje, że mierniki masy ciała (BMI) wzrosły w porównaniu z 2004 r. Nadwagę ma aż 52% Polaków po 18. roku życia. Nadwaga lub otyłość dotyka 22% chłopców i 18% dziewczynek w szkołach podstawowych, a w szkołach średnich nadwagę ma 17% chłopców i 10% dziewcząt. Największy odsetek dzieci z nadwagą i otyłością zamieszkuje w województwach: mazowieckim (18,9%), lubuskim (17,9%), dolnośląskim (17,7%) oraz kujawsko-pomorskim (17,6%). Natomiast sytuacja najlepiej przedstawia się w województwach: świętokrzyskim (12,6%), małopolskim (13,5%), lubelskim (14,1%) i podkarpackim (14,3%).

Na powstanie otyłości u młodzieży mają wpływ 4 typy czynników (Gulanowska, Palczewska, 2013):

- genetyczne,
- środowiskowe,
- społeczne,
- psychologiczne.

Badania epidemiologiczne sugerują, że czynniki genetyczne odpowiadają za wagę ciała w 30–80% przypadków (w zależności od populacji). Udało się zidentyfikować mutacje genów oraz interakcje wariantów genowych, które mogą powodować otyłość (Hołysz, 2012). Geny, które normalnie mają niewielki wpływ na wzrost masy ciała, w połączeniu z niekorzystnymi czynnikami środowiskowymi mogą wywoływać otyłość.

Czynniki środowiskowe, społeczne i psychologiczne kształtują styl życia, mają wpływ na dietę oraz nawyki związane z aktywnością fizyczną. Nadmierne spożycie pustych kalorii może powodować otyłość, a jednocześnie nie pokrywać zapotrzebowania na witaminy, makro- i mikroelementy, wielonienasycone kwasy tłuszczowe, błonnik potrzebny do prawidłowego rozwoju (Hołysz, 2012). Badania pokazują także, że zamożność ma wpływ na utrzymanie masy ciała. Osoby zagrożone ubóstwem często zmuszane są do spożywania taniego, wysoko przetworzonego pożywienia, a to przyczynia się do wzrostu masy ciała. Im niższy status społeczno-ekonomiczny, tym większa jest podatność na choroby cywilizacyjne i tym trudniejszy dostęp do służby zdrowia. Czynniki psychologiczne (na przykład brak umiejętności radzenia sobie z emocjami) mogą prowadzić do nadmiernego objadania się czy innych zaburzeń odżywiania.

Wybory związane z konsumpcją pokarmów są często wynikiem natarczywych reklam, wyrazem budowania tożsamości i identyfikacji społecznej, a nie efektem świadomej troski o zdrowie. Odpowiednie wyżywienie jest tylko jednym z wielu determinantów zdrowia; bardzo ważna jest także aktywność fizyczna i wyznaczenie sobie w związku z powyższym realnych celów. Możliwość osiągnięcia celu czyni go

realistycznym, a nie pozostającym w sferze fantazji. Ma on dla jednostki konkretną wartość i określone znaczenie, przez co decyduje o jej zachowaniu.

Niniejsze rozważania mają ukazać przemiany, jakie zaszły w myśleniu o zdrowiu w wyniku rozwoju gatunku ludzkiego, aby dojść do stanu, w jakim jesteśmy obecnie i dokąd zmierzamy. Mają wskazać również na konieczność zmiany nieaktualnego już biomedycznego myślenia i podkreślić potrzebę rozwoju samoświadomości prozdrowotnej konkretnej jednostki.

Najczęściej stosowana obecnie metoda leczenia – farmakoterapia (przyjmowanie leków) przy chorobach przewlekłych (tzw. cywilizacyjnych) najczęściej trwa do końca życia i niesie za sobą negatywne skutki uboczne. Mówi się wręcz o „kryzysie medycyny” (Sokołowska, 1980). Medycyna nastawiona jest na leczenie chorób, a nie zapobieganie im. Interweniuje zwykle w stanie zaawansowanej choroby, gdy już jest za późno na działania profilaktyczne, czekając aż pacjent sam się zgłosi. Lekarze mogą niekiedy wyleczyć chorych za pomocą zaawansowanych technik, ale nie dotyczy to przewlekłych chorób degeneracyjnych, które są głównym problemem naszych czasów (Sokołowska, 1980). Dlatego właśnie potrzebna jest samoświadomość i samoprofilaktyka prozdrowotna, umożliwiająca wprowadzenie odpowiednich zachowań wzmacniających stan zdrowia i odporność.

Obecnie świat medyczny jest zgodny w upatrywaniu czynników środowiskowych jako głównych determinantów zdrowia. Jednym z nich jest wymienione już racjonalne żywienie. Winno ono w sposób optymalny zaspokajać codzienne zapotrzebowanie organizmu człowieka w niezbędne dla utrzymania zdrowia, i prawidłowego poziomu energii, składniki odżywcze, witaminy i minerały. Bez nich człowiek nie jest w stanie wykorzystywać swych genetycznie uwarunkowanych możliwości fizycznych i psychicznych. Nie może utrzymać dobrego stanu zdrowia w dłuższej perspektywie czasowej. Wybory związane z konsumpcją pokarmów są często wynikiem natrzących reklam, wyrazem budowania tożsamości i identyfikacji społecznej, a nie wynikiem świadomej troski o zdrowie.

Odpowiednie wyżywienie jest tylko jednym z wielu determinantów zdrowia, niemniej ważna jest aktywność fizyczna i wyznaczenie sobie w związku z powyższym realnych celów. „Możliwość osiągnięcia celu czyni go realistycznym, a nie pozostającym w sferze fantazji. Ma on dla jednostki subiektywną wartość i określone znaczenie, przez co posiada rolę funkcjonalną – decyduje o zachowaniu” (Lipowski, 2006, s. 110).

Potrzebne jest więc szersze ujęcie problemu zdrowia. Strona duchowa (emocje, umysł, psychika, samoświadomość, samorealizacja, religijność) wywiera kluczowy wpływ na nasze zdrowie psychofizyczne. Potwierdza to chociażby wpływ stresu na zmianę parametrów wyników badań medycznych.

W kulturze zachodnioeuropejskiej ciało człowieka, zwane ustrojem, traktuje się jak fizyczny mechanizm, który musi być zasilany (pożywienie) i eksploatowany we właściwy sposób. Panuje przekonanie, że każdy narząd, który odmówi nam posłuszeństwa, można naprawić usuwając „usterkę” operacyjnie, bądź poprzez terapie farmakologiczne czy inne zabiegi medyczne, łącznie z transplantacją. Takie

ujęcie można przyrównać do spojrzenia mechanika na samochód, w którym przy awarii wymienia się poszczególne części, nie naruszając sprawności całego pojazdu. Medycyna konwencjonalna ma spore osiągnięcia w leczeniu (głównie chirurgia, transplantologia), lecz w wielu grupach chorób nie jest ona dostatecznie skuteczna, a często wręcz bezsilna. Stosowane leki nie radzą sobie z wyleczeniem np. chorób tzw. cywilizacyjnych, a przy tym często powodują nowe problemy, wobec których lekarze są bezradni (Shapiro, 2007).

Obecnie w Polsce, według wyników badań w ramach projektu POLKARD, co dziesiąte dziecko ma nadwagę lub otyłość. Wśród dorosłych sytuacja wygląda jeszcze gorzej: jak wykazują badania NATPOL, 22% osób jest otyłych, a nadwagę ma 50% populacji i przewiduje się, że w najbliższych latach będzie ona rosła (Tobiasz-Adamczyk, 2013). Taka sytuacja pociągnie za sobą rozwój określonych chorób przewlekłych, takich jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca i choroby zwyrodnieniowe stawów. Problemy te nie są aspektami jedynie medycznymi. Aby zapobiec dalszemu pogarszaniu się stanu zdrowia społeczeństwa, należy skupić się głównie na prewencji chorób, aby do ich powstania nie dopuścić, a istniejące już spowolnić w rozwoju, a nawet poprzez zmianę stylu życia – cofnąć.

2. Profilaktyka zdrowia a samoprofilaktyka prozdrowotna

Badania przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej (2016) pokazują, że zachowanie dobrego stanu zdrowia według większości Polaków jest jedną z najważniejszych wartości w życiu. Wyżej w hierarchii plasuje się tylko szczęście rodzinne. Ogólnie jesteśmy zadowoleni ze swego zdrowia, deklarując dbałość o nie. Jednak wykazane faktyczne działania prozdrowotne ciągle nie są zbyt powszechne.

Zdaniem Polaków zachowaniem, które w największym stopniu przyczynia się do poprawy zdrowia, jest prawidłowe odżywianie się, przez co profilaktyka zdrowotna spoczywa głównie w naszych rękach (uważa tak 55% badanych). Im wyższy poziom zadowolenia z własnego zdrowia, tym częściej występuje takie przekonanie, że troska o zdrowie powinna spoczywać głównie na samych obywatelach. Zdanie takie wyraziło 60% osób zadowolonych ze stanu swojego zdrowia.

W głównej mierze to my sami decydujemy o naszej kondycji zdrowotnej. Aby ją móc zachować, a nawet poprawiać, musimy zwiększać własną świadomość prozdrowotną, obserwować reakcje organizmu na określony rodzaj zachowań, jak i na jakość pożywienia. Na zmianę stylu życia możemy wpłynąć jedynie, posiadając samoświadomość potrzeby dbania o własne zdrowie, jak i przez wychowywanie dzieci, młodzieży i dorosłych (głównie przez mass media) w duchu prozdrowotnym. Szeroko rozumiana profilaktyka zdrowotna polegająca na szczepieniach ochronnych i okresowych badaniach, jak się okazuje, nie jest wystarczająca. O zdrowie należy dbać codziennie, mając samoświadomość zdrowotną i wolicjonalność pozwalającą na zastosowanie tej wiedzy w życiu codziennym.

Instytucjonalna prewencja zdrowotna jest podstawowym udziałem społeczeństwa w polityce prozdrowotnej państwa (Lewandowska, 1994). Takie działania uważa się za istotny dodatek do ludzkich kompetencji, a nie za obowiązek. Jednak zdroworozsądkowa wizja zdrowia pozostaje ciągle w świadomości nabytej w drodze socjalizacji. Jest to środowiskowo ukształtowana ideologia mówiąca o wyjątkowych

umiejętnościach i kwalifikacjach służb medycznych i nieosiągalnym dla laika w obszarze informacji, potrzebnych do prawidłowej ochrony własnego zdrowia. Taki stan rzeczy powoduje zaniechanie samokontroli oraz podejmowania decyzji zdrowotnych i powierzenie ich w ręce wykwalifikowanej kadry lekarskiej (Lewandowska, 1994). Profesor Juliusz Aleksandrowicz mawiał:

*zdrowie i życie ludzkie jest zbyt cenne,
aby je powierzać wyłącznie w ręce lekarzy.*

Celem rozdziału jest omówienie przemian, jakie widoczne są w podejściu do profilaktyki i samoprofilaktyki zdrowotnej. Są one analogiczne, jak w przypadku przemian związanych z rozumieniem zdrowia. Zmiana polega na przejściu od instytucjonalnie prowadzonej profilaktyki zdrowia do koncepcji samoprofilaktyki zdrowia, prowadzonej indywidualnie przez każdą jednostkę. W pierwszym podejściu instytucje zdrowia, pracownicy służby zdrowia odpowiedzialni są za edukowanie oraz zachęcanie pacjentów do zmian w stylu życia i diecie. W drugim podejściu odpowiedzialność ta zostaje przeniesiona na jednostkę. Jest to odpowiedzialność moralna i etyczna, związana z koniecznością troski o siebie. Rozdział ten wskazuje na potrzebę kształtowania samoświadomości samoprofilaktyki prozdrowotnej oraz woli do jej praktycznego wdrażania. Jest to niezbędne dla podejmowania świadomych wyborów zachowań prozdrowotnych, co wpływa na utrzymanie dobrego samopoczucia i zdrowia. Działania takie wymagają zmiany przedmiotowego traktowania jednostki ludzkiej na podmiotowe, co wskazuje na potrzebę zastąpienia modelu biomedycznego na holistyczną rekonstrukcję nowego humanizmu.

2.1. Profilaktyka zdrowia – zarys koncepcji

W literaturze przedmiotu spotykamy liczne definicje pojęcia „profilaktyka”. W naukach pedagogicznych wiąże się ono głównie z zapobieganiem zachowaniom ryzykownym. W tradycyjnych koncepcjach profilaktyka miała znaczenie negatywne, skupiała się bowiem przede wszystkim na ograniczaniu dysfunkcji człowieka i na powszechnych rodzajach zaburzeń (Gaś, 2006, s. 29). Natomiast *Encyklopedia Popularna PWN* (XXII, 1992) profilaktyką nazywa „wszelką działalność zapobiegającą zjawiskom szkodliwym: chorobom, wypadkom, przestępczości itd., przez zwalczanie przyczyn”. H. Radlińska (1961, s. 361) zdefiniowała profilaktykę w ujęciu negatywnym, określając ją jako: „zapobieganie klęskom społecznym i wykołajeniom jednostek”. Natomiast A. Kamiński (1974) przedstawił profilaktykę jako działania opiekuńcze, polegające na niedopuszczeniu do takich sytuacji, które mogą spowodować potrzeby z zakresu opieki społecznej, a więc i kompensacji społecznej. Dobrze realizowana profilaktyka społeczna winna według niego redukować przypadki niedostosowania społecznego, uprzedzając w ten sposób stany zagrożenia moralnego, zdrowotnego i społecznego jednostek ludzkich. Z kolei R. Wroczyński (1976) profilaktyką nazwał szczególną działalność, która ma neutralizować wpływ czynników powodujących

potencjalne zagrożenie. O. Lipkowski (1980) pod pojęciem profilaktyki społecznego niedostosowania zamieścił działania, które powodują: (i) ochronę społeczeństwa przed aspołecznym postępowaniem nieletniego i przed zagrożeniem przez niego ładu i porządku społecznego; (ii) ochronę dziecka (od chwili jego narodzin) przed niekorzystnymi warunkami rozwoju psychicznego, fizycznego i moralno-społecznego; (iii) ochronę dziecka zagrożonego patologią społeczną i powrotem do aspołecznego postępowania.

Szybka ewolucja socjologii medycyny przyczyniła się do powstania nowych subdyscyplin, takich jak: socjologia żywienia i socjologia otyłości (Tobiasz-Adamczyk, 2013). Nauki medyczne kierują się do coraz szerszej ich transdyscyplinarności. Zauważa się zwiększone zainteresowanie edukacją prozdrowotną, której przedmiotem są: wychowanie i samowychowanie fizyczne, higiena, prawidłowe odżywianie, ekologia – czyli składowe samoprofilaktyki zdrowotnej.

Kolejne ujęcie profilaktyki mówi, że działalność prewencyjna powinna być podjęta od tego momentu, w którym może nastąpić zagrożenie przyszłych warunków rozwoju dziecka, tj. jeszcze przed jego urodzeniem, a następnie winna obejmować poszczególne okresy jego życia – od najwcześniejszych lat aż do usamodzielnienia. W działalności profilaktycznej można więc wyróżnić następujące okresy (Kuberska-Gaca, Gaca, 1986):

- prenatalny,
- wczesnego dzieciństwa,
- przedszkolny,
- szkolny,
- pozaszkolny aż do usamodzielnienia.

Definicja ta nie obejmuje jednak okresu dorosłości i późnej dojrzałości, które to etapy życia również wymagają stosowania działań prozdrowotnych o charakterze profilaktycznym, ani okresu przed prenatalnego, w którym to już potencjalni rodzice powinni psychicznie i fizycznie, w sposób odpowiedzialny, przygotować się swojej roli, stworzyć optymalne warunki dla zdrowego rozwoju przyszłego dziecka (zadbać o własne zdrowie, o edukację w opiece nad dzieckiem i odpowiednie warunki bytowe).

Odmienne podejście do działań profilaktycznych w sferze zdrowotności człowieka ukazuje profilaktyka defensywna i ofensywna. Według tej pierwszej, aby skutecznie profilaktyka mogła spełniać swoje zadania, powinna dążyć do eliminacji czynników ryzyka oraz do wzmacnianie czynników chroniących. Biorąc jednak pod uwagę współczesny model profilaktyki, którego głównym celem jest promocja zdrowia, należałoby zastanowić się, gdzie ma tutaj miejsce eliminacja czynników ryzyka. Są to raczej działania skupiające się na przekazach typu: „nie rób tego” lub „unikaj tamtego”. Z takim przekazem trudno jest trafić do młodzieży. Lepiej sprawdza się tutaj strategia ofensywna, która zachęca i pobudza do rozwoju, a przede wszystkim pozytywnie motywuje. Profilaktyka ta ukierunkowuje na działania rozwijające mocne strony charakteru i zasoby, dzięki którym młody człowiek staje się bardziej odporny na działanie czynników ryzyka, czyli w większym stopniu jest przygotowany do życia w świecie różnych zagrożeń (Śliwa, 2015, s. 17).

W szerszym ujęciu profilaktyka jest procesem, który ma wspierać człowieka w prawidłowym rozwoju i zdrowym życiu. Przypadek, zdarzenie, w którym w pewnym okresie czasu stan początkowy i stan końcowy, będący wynikiem przystosowania się organizmu do bodźców, nie posiada cech negatywnych. Dlatego rozróżnia się profilaktykę:

- statyczną – zdarzenie polegające na stałym nieposiadaniu danej cechy;
- kinetyczną – zdarzenie, w którym stadium początkowe i stadium końcowe nie posiadają określonej cechy, lecz w pewnym czasie pomiędzy tymi stadiami dana cecha była obecna.

Profilaktyka jest więc pojęciem względnym i relatywizowanym do rozpatrywanej cechy i warunków działania (Gaś, 2003).

W potocznym znaczeniu pojęcie profilaktyki opisuje zabiegi stosowane wobec organizmu żywego (człowieka), zmierzające do zapobiegania negatywnym stanom rzeczy, które mogą dopiero zaistnieć. Mogłoby się więc wydawać, że postępowanie profilaktyczne może mieć miejsce wtedy, gdy z pozoru nie ma negatywnej oceny ogólnej jako konkluzji diagnozy wstępnej, ponieważ nie ma oceny negatywnej tego, co istnieje obecnie. Taki pogląd byłby jednak niewłaściwy.

Postępowanie profilaktyczne może występować w dwóch wypadkach. Może występować wtedy, gdy negatywne stany rzeczy aktualnie nie istnieją, jednakże istnieje możliwość powstania negatywnych stanów rzeczy. Dzieje się to na przykład wtedy, gdy raptownie zmieniają się warunki pogodowe na niekorzystne, a nawet groźne dla zdrowia lub życia ludzkiego. Zatem wszystkie postępowania zapobiegawcze, polegające na tym, aby zawczasu zapobiec znanym i ocenionym jako niepożądane skutkom. Należy je traktować jako jedną z wielu wersji postępowania profilaktycznego (Śliwa, 2015).

Zdaniem L. Pytko (1993, s. 570) istnieją trzy odmiany profilaktyki: „profilaktyka powstrzymująca, polegająca na usuwaniu okazji do wykonywania czynu nagannego, utrudnieniu podjęcia decyzji dokonywania tego czynu itp., uprzedzająca – polegająca na ingerowaniu w sieć czynników determinujących występowanie stanów nieprzystosowania społecznego (wykolejenia), np. poprzez stwarzanie korzystniejszych warunków rozwojowych dzieciom i młodzieży, izolowanie ich od wpływów środowiska przestępczego, chuligańskiego itp., objawowa – polegająca na możliwie wczesnym wykrywaniu załączkowych stanów nieprzystosowania społecznego (wykolejenia) lub czynników zwiększających ich prawdopodobieństwo”.

Słownik języka polskiego przez pojęcie „profilaktyka” określa działanie i środki stosowane w celu zapobiegania chorobom. W szerszym ujęciu pojęcie to stosujemy jako środek w różnego rodzaju wysiłkach zapobiegających wypadkom, zdarzeniom niezwykłym, niedopuszczającym do uszkodzeń pewnych urządzeń, katastrof itp. „Profilaktyczny” wskazuje na przymiotnikowe ujęcie tego wszystkiego, co zabezpiecza przed czymś, zapobiega czemuś. Wskazuje więc ono na środek, np. obuwie profilaktyczne, które ktoś stosuje, a więc na tę osobę, która owe działanie profilaktyczne czyni (Szymczyk, 1994).

Z przedstawionych sposobów rozumienia pojęcia profilaktyki w literaturze wypływają następujące wnioski:

1. Dalej utrzymywany jest paradygmat podmiotowo-przedmiotowy. Schemat pokazuje profilaktykę defensywną, w której to uczeń nie jest nakierowywany w stronę samoświadomości prozdrowotnej, lecz wykonuje jedynie polecenia nauczyciela.
2. Edukacja zdrowotna nie jest jednak tym samym, co samoprofilaktyka prozdrowotna, gdyż potrzebna jest w tym drugim przypadku nie tylko wiedza, ale również wola działania.
3. Nawiązując do wskazań o dbanie o dziecko przed urodzeniem, warto podkreślić, że takie działania są trochę spóźnione.
4. W niektórych definicjach profilaktyki znajdujemy próby przeniesienia punktu ciężkości na osobę drugą, czyli stosunek społecznego, którego treścią jest profilaktyka.
5. Z tego wynika, że może być dwojaki stosunek pojęć: profilaktyka i samoprofilaktyka.

W tradycyjnym modelu profilaktyka zdrowia jest nie tyle przedmiotem troski jednostki, ile przedmiotem zainteresowania instytucji medycznych i państwowych. Prawo do ochrony zdrowia (profilaktykę) zapewnia nam art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. poz. 78 nr 483 z późn. zm.). Znajdziemy tam zapisy dotyczące zdrowia i jego ochrony.

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Profilaktyka zdrowotna prowadzona jest przez różnego rodzaju programy i działania władz. Programy te zawierają elementy edukacyjne. W wielu przypadkach jednak nacisk kładziony jest na badania, często mające na celu wczesne wykrywanie określonych schorzeń lub wręcz leczenie ich. W działaniach tych niewielki nacisk kładziony jest na zachowanie samego pacjenta. Tradycyjnie stosowana profilaktyka zdrowotna realizowana jest za pomocą oficjalnych mechanizmów i wydaje się, że ma niewielki wpływ na prewencję chorób cywilizacyjnych.

2.2.1. Działania na rzecz profilaktyki zdrowotnej młodzieży

Szukając informacji o stanie profilaktyki zdrowotnej młodzieży, natrafia się głównie na publikacje kierowane do szkół, ostrzegające przed zagrożeniami, jakie w sobie noszą środki psychoaktywne i inne zachowania patologiczne. Mało jest zaleceń dotyczących wzmacniania i poprawy zdrowia uczniów. Ministerstwo Edukacji Narodowej (2013) profilaktykę w szkołach określało jako: „podejmowanie działań, skierowanych do różnych grup, we współpracy z różnymi środowiskami i instytucjami, które mają na celu zapobieganie pojawieniu się lub rozwojowi zaburzeń, chorób lub innych niekorzystnych zjawisk społecznych”. Od września 2017 r. wprowadzono warunki umożliwiające wzmocnienie wychowawczej funkcji szkoły (art. 4 pkt 24 oraz art. 26 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, Dz.U. z 2021 r. poz. 1082 z późn. zm.).

Działania profilaktyczne przeprowadzane są na trzech poziomach:

- profilaktyka uniwersalna skierowana do wszystkich uczniów;
- profilaktyka selektywna dotycząca uczniów będących w grupie zwiększonego ryzyka;
- profilaktyka wskazująca kierowana do młodzieży szkolnej, u której rozwinęły się już symptomy zaburzeń, w tym związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Obejmuje ona resocjalizację, mającą na celu zablokowanie pogłębiania się zachowań destrukcyjnych i powrót do prawidłowego funkcjonowania społecznego.

Nie ma jednak samoprophylaktyki prozdrowotnej. Brakuje np. ostrzeżeń przed kierowanymi do młodzieży reklamami szkodliwych produktów spożywczych. Mało mówi się (albo wcale) o determinantach zdrowia, które to pokazują, że w głównej mierze człowiek sam jest kreatorem swojego zdrowia. Rozszerzenie edukacji szkolnej w zakresie samoprophylaktyki prozdrowotnej, mogłoby korzystnie wpłynąć na zachowania i nawyki zdrowotne młodzieży.

O tym przekonują nas słowa M. Lipowskiego (2006, s. 49), który pisze: „Zachowania zdrowotne mogą mieć postać nawyków i czynności celowych. Te pierwsze powstają głównie pod wpływem oddziaływania społecznego i mają charakter utrwalonych wzorów zachowań zautomatyzowanych (np. higiena ciała, nawyki żywieniowe). Czynności celowe zaś powstają u człowieka w toku indywidualnego rozwoju, autokreacji stylu życia”.

Dla poprawy zdrowia społeczeństwa potrzebna jest samoprophylaktyka. Jest konieczna głównie dlatego, że stan zdrowia społeczeństwa ciągle się pogarsza. Obecnie w Polsce, według wyników badań w ramach projektu POLKARD, co dziesiąte dziecko ma nadwagę lub otyłość. Wśród dorosłych sytuacja wygląda jeszcze gorzej: jak wykazują badania NATPOL, 22% osób jest otyłych, a nadwagę ma 50% populacji i przewiduje się, że w najbliższych latach będzie ona rosła (Tobiasz-Adamczyk, 2013). Taka sytuacja pociągnie za sobą rozwój określonych chorób przewlekłych, takich jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca i choroby zwyrodnieniowe stawów. Problemy te nie są aspektami jedynie medycznymi, również społecznymi i ekonomicznymi.

2.2. Wyzwania dla obowiązującego paradygmatu profilaktyki

W obecnej formie profilaktyka jest za mało skuteczna. Człowiek nie potrafi przewidzieć wszystkich możliwych sytuacji życiowych. Nie może stosować profilaktyki do przypadków, o których nie wie, że się wydarzą. Na przykład pewne sytuacje drogowe udowodniły, że kierowca uderzał głową w przednią szybę samochodu. Konstruktorzy wymyślili więc poduszki powietrzne i pasy bezpieczeństwa ratujące życie wielu ludziom. Mimo tych wysiłków profilaktycznych w analogicznych przypadkach wiele osób ginie. Co w takich sytuacjach można zrobić? Przede wszystkim należy kształtować niezbędną wrażliwość, która pozwoli na tworzenie dyscypliny w jeździe samochodem, ostrożność i odpowiednie zareagowanie w nieprzewidzianej sytuacji drogowej.

Wynalezienie poduszki powietrznej można porównać do profilaktyki zdrowotnej w jej obecnej formie. Jest to reakcja na istniejące zagrożenie i działania mające na celu jej wyeliminowanie. Wrażliwość oraz świadomość prowadzącą do ostrożnej jazdy samochodem można porównać do samoprofilaktyki. W samoprofilaktyce niezbędna jest wyobraźnia i przezorność. Liczy się tu przede wszystkim odpowiedzialność jednostki oraz jej działanie.

Niewielu lekarzy, do których pacjent zwraca się z problemem czy chorobą, pyta się o styl życia czy nawyki żywieniowe. Lekarz wypisuje receptę na leki które, oprócz pozytywnego działania, mają również skutki uboczne. Lekarze na ogół nie widzą związku między jedzeniem a zdrowiem. A nawet jeśli o tym wiedzą, nie stosują tej wiedzy w trakcie terapii pacjenta.

W pierwotnej wersji Przysięgi Hipokratesa było zalecenie (a nawet obowiązek) stosowania przez lekarzy zasady: „zdrowy tryb życia i sposób odżywiania zalecał będę wedle swoich sił i osądu, mając na względzie pożytek cierpiących, chroniąc ich zaś przed szkodą i krzywdą” (Gula, 1991, s. 197). W późniejszych latach, przy kolejnych zmianach, nakaz ten został wycofany. W Polsce obowiązuje lekarzy Przyrzeczenie Lekarskie (stanowiące część Kodeksu Etyki Lekarskiej, uchwalonego przez Krajowy Zjazd Lekarzy) nawiązujące treścią do deklaracji genewskiej powstałej w 1948 r., zmienionej następnie w latach 1968, 1983, 1994 i 2005. Obowiązku informowania pacjentów o zdrowym trybie życia i zdrowym odżywianiu niestety nie zawiera.

Wielu problemom zdrowotnym moglibyśmy zapobiec, stosując właściwą profilaktykę. Profilaktyka, jaką znamy i o jakiej się mówi w dyskursie publicznym, namawiając społeczeństwo do jej stosowania, to głównie badania profilaktyczne. Według definicji Ministerstwa Zdrowia „profilaktyka zdrowotna to działania mające na celu zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie”. Nie jest to jednak profilaktyka, to diagnostyka, czyli wczesne wykrywanie chorób, a nie zapobieganie ich powstaniu. Poza tym niektóre z bardziej inwazyjnych badań profilaktycznych same w sobie mogą powodować choroby (o czym wspominają już sami lekarze).

Wobec powyższego samo pojęcie „profilaktyka” oraz przytoczone jego definicje nie są wystarczające na początku XXI w. Dokonują się bowiem nieustanne i coraz szybsze zmiany w życiu społecznym, w sposobie żywienia ludzi, w warun-

kach spełniania przez nich pracy, w wykorzystywaniu czasu wolnego i wielu innych czynnościach życiowych współczesnego człowieka. Zachodzące zmiany istotnie wpływają na stan zdrowotności ludzi. Ale ów tym się odróżnia od tych z przeszłości, iż wymaga on nie lekarza w utrzymaniu zdrowia, lecz samoprophylaktycznego działania. Prophylaktyka prozdrowotna jest zależna w głównej mierze od nas samych, od naszych postaw i świadomości, a tylko w niewielkim stopniu od działań instytucjonalnych (co potwierdzają przedstawione w dalszej części pracy determinanty zdrowia, pokazane pod postacią „pól zdrowia” wg M. Lalonde’a).

Potrzeba samoprophylaktyki prozdrowotnej jest słabo zrozumiała i stosowana w stopniu niedostatecznym. Konieczne jest przejście z biomedycznego (biologicznego) do holistycznego (całościowego) traktowania zdrowotności człowieka oraz odejście od przedmiotowego traktowania jednostki ludzkiej, które to sprowadza człowieka do elementu systemu, gdzie to on jest zdolny do spełniania swojej roli społecznej, bądź też nie (Parsons, 1951).

Powszechnie przyjmuje się, że zdrowiem zajmują się wyłącznie przedstawiciele nauk medycznych i praktycy: lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, tzw. służba zdrowia. Pojawienie się jednakże „epidemii” chorób – określanych mianem cywilizacyjnych – stwarza potrzebę poszerzenia obszaru działań i wyjścia z nimi poza instytucje *sensu stricto* medyczne. Zdrowie i edukacja prozdrowotna stały się obszarami teorii i praktyki różnych dyscyplin naukowych (Wojnarowska, 2001). Ich rozwój staje się inter- i transdyscyplinarny. Również wzrasta zainteresowanie edukacją prozdrowotną. Coraz więcej myślimy o prawidłowym odżywianiu, wychowaniu fizycznym, higienie oraz bezpieczeństwie zdrowotnym (Buczak, 2014).

Dzieje się tak dlatego, że współczesny człowiek, obok sukcesów cywilizacyjnych, żyje w ciągłym zagrożeniu wynikającym z technicznego panowania nad naturą. Coraz trudniej jest znaleźć nieskażone przez człowieka środowisko przyrodnicze. Doskwiera brak świeżego powietrza i czystej wody. Panujący konsumpcjonizm, wyścig szczurów, nieustanna rywalizacja, wzrastające tempo życia, wysokie wymagania zawodowe i związane z tym napięcia nerwowe zaburzają ludzkie życie, a szczególnie zdrowie. Przez to problem zdrowotności stał się przedmiotem zainteresowania wielu nauk społecznych, nauk wychowania fizycznego, nauk przyrodniczych i humanistycznych.

W ujęciu ekologicznym przez zdrowie rozumie się „dobre przystosowanie do środowiska oraz zdolność do udziału w skutecznej interakcji ze światem materialnym i społecznym” (Baxter, 2009, s. 15). Badania prowadzone w tej przestrzeni ukazują wpływ warunków życia i pracy, środowiska przyrodniczego, relacji międzyludzkich i funkcjonowania instytucji społecznych na powstawanie chorób, ich przebieg oraz leczenie. Celem tych analiz jest ukazanie uwarunkowań społecznych, które mogą podnieść skuteczność leczenia poprzez eliminację zagrożeń ze środowisk życia i pracy.

Obecnie zauważa się też pozytywny trend w podejściu do zdrowia. Rozwój nauk powoli odchodzi od wąskich specjalizacji i przechodzi w inter- oraz transdyscyplinarne ujęcie problemu. I tak na przykład nauki o wychowaniu otwierają się na problemy ekologii, komercjalizacji i bezpieczeństwa zdrowotnego. Zajmują się nie tylko roz-

wojem intelektualnym wychowanków, ale i wzmocnieniem ich kondycji fizycznej. Zwiększa się zainteresowanie edukacją zdrowotną (otwierane są nowe kierunki nauk o zdrowiu, wdrażane są do szkół przedmioty dotyczące promocji zdrowia), na którą składają się: aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, higiena, bezpieczeństwo i ekologia. Pedagogowie podkreślają, że zdrowie jest podstawą zachowań człowieka we wszystkich sferach jego życia (Buczak, 2014).

Nie chodzi o poradniki, czasopisma zawierające jadłospisy i inne propozycje tworzenia „życia szczęśliwego” drogą przygotowywania i konsumowania wykwiutego jedzenia. Takich opracowań jest bardzo dużo. Ale nie ma publikacji, w których jednostki znajdowałyby sposoby rozpoznawania swoich indywidualnych potrzeb zdrowotnych i wykształciłyby swoją indywidualną wolę i umiejętność potrzeby te zaspokajać. W literaturze przedmiotu nie ma odpowiedzi na pytania, jak jednostka ludzka ma przekładać owe ogólne podpowiedzi na własne konkretne działanie. Nie ma wskazań, jak kształtować i wzmacniać własną wolę i samodyscyplinę.

W budowaniu swojej zdrowotności, w zabiegach samoprofilaktycznych jednostka ludzka powinna stosować zasady: holizmu, organizmiczności, systemowości i ekologiczności. Potrzebne jest więc nowe podejście do zdrowia – traktujące człowieka podmiotowo, czyli stwarzanie mu możliwości samoprofilaktycznych. Wymaga ono rozpoznawania i urzeczywistniania przez jednostki ludzkie treści własnego ducha jako wysiłków rozwijających posiadaną zdrowotność (Karpieński, 2007).

Współcześnie – wobec wzrastającego wpływu różnorodnych instytucji (w tym mass mediów) na jednostki ludzkie – powinny one samokształcić się w zakresie uprawiania samoprofilaktyki tak, aby mogły podejmować właściwe dla siebie prozdrowotne wybory. Oznacza to, że poprawa stanu zdrowia ludności wymaga polityki wychodzącej poza sektor służby zdrowia i powinna być prowadzona we wszystkich sferach życia społecznego (Taranowicz, 2010). Potrzebę tę potwierdzają także wypracowane przez M.W. Kreutera i L.W. Greena trzy specyficzne grupy czynników kształtujących zachowania zdrowotne (Maszczak, 2005):

1. Predysponujące świadomość, wartości, ćwiczenia, postawy, charakter.
2. Umożliwiające dostęp do świadczeń zdrowotnych oraz zdolność do podejmowania prozdrowotnego działania.
3. Wzmacniające warunki życia jednostki, normy obyczajowe, środowisko rodzinne i kulturowe.

Analizując literaturę przedmiotu, nasuwa się spostrzeżenie, że autorzy tych prac mówią, że to głównie system społeczny (instytucje medyczne) powinien zajmować się zdrowiem jednostki. Jednak obok systemowego leczenia chorób, obok systemowej profilaktyki, trzeba tak kształcić jednostki ludzkie, aby same mogły wzmacniać swe siły ku zdrowotności. Istotne jest wprowadzanie w szkołach zasad zdrowego odżywiania i kultury fizycznej.

Ponieważ geny nie są tak znaczącym determinantem zdrowia czy choroby, jak nauka wcześniej sądziła, co pokazują „pola zdrowia” (Lalonde, 1974), człowiek w większości przypadków ma kluczowy wpływ na swoją kondycję zdrowotną przez stosowanie zdrowego stylu życia. Ministerstwo Zdrowia podkreśla, iż ważne kryteria

zachowania zdrowia stanowią również warunki społeczno-ekonomiczne, natomiast największe zagrożenia – ubóstwo i niski poziom wykształcenia.

Powyższe dane pokazują nam, że w głównej mierze to my sami decydujemy o naszej kondycji zdrowotnej. Aby ją móc zachować, a nawet poprawiać, musimy zwiększać własną świadomość prozdrowotną, obserwować reakcje organizmu na określony rodzaj zachowań, jak i na jakość pożywienia. Szeroko rozumiana profilaktyka zdrowotna, polegająca na szczepieniach ochronnych i okresowych badaniach, jak się okazuje, nie jest wystarczająca. O zdrowie należy dbać codziennie, mając samoświadomość zdrowotną i wolicjonalność pozwalającą na zastosowanie tej wiedzy w życiu codziennym.

Współczesna medycyna i nauki o zdrowiu nie doceniają roli samoprophylaktyki, którą kiedyś nazywano „wychowaniem higienicznym”. Ograniczano się jednak w nim do relacji: podmiot – przedmiot. Wychowanek miał spełniać wymogi higieny, gdyż był kontrolowany. Brakowało samokontroli w przestrzeganiu szeroko pojętej higieny życia, a to wynikało z braku zrozumienia roli samoprophylaktyki i jej wpływu na zdrowie. Aby ten stan poprawić, konieczny jest duchowy wysiłek jednostek ludzkich.

Ponieważ nauki medyczne skupiają się głównie na chorobach, potrzebna jest taka specjalność, jak „samoprophylaktyka prozdrowotna”, która zajmowałaby się wychowaniem ku zdrowotności, tj. poznawaniem determinantów zdrowia, rozwijaniem samoświadomości własnego wpływu: na stan zdrowia (poczucie koherencji), na podtrzymywanie dobrej kondycji psychofizycznej, a nawet na cofanie się chorób cywilizacyjnych spowodowanych nieodpowiednim stylem życia. Samoprophylaktyka prozdrowotna powinna również skupiać się na uwarunkowaniach środowiskowych, społecznych oraz na rozwoju wolicjonalności i duchowości.

Na konieczność zmiany podejścia do profilaktyki zdrowotnej wskazują też opinie pracowników służby zdrowia. Przytoczone poniżej badania pokazują, że wskazują oni na konieczność zmiany stylu życia przez samych zainteresowanych (pacjentów). Coraz częściej zauważają, że działania profilaktyczne podejmowanie w ramach służby zdrowia nie są wystarczające. Sami zainteresowani wskazują na konieczność przemian.

2.2.1. Opinie pracowników służby zdrowia na temat profilaktyki zdrowotnej oraz stanu zdrowia młodzieży

Pracownicy służby zdrowia postrzegani są jako osoby posiadające znaczną wiedzę na temat zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Nic dziwnego, że bywają postrzegani jako osoby, które powinny prowadzić profilaktykę prozdrowotną wśród pacjentów. Z drugiej strony pojawiają się wątpliwości, czy pracownicy służby zdrowia mają wystarczającą wiedzę, kompetencje, a przede wszystkim czas na zajęcie się tym w trakcie godzin pracy. Celem promocji zdrowia jest przekazanie wiedzy oraz umiejętności, aby ludzie mogli samodzielnie zadbać o stan zdrowia. Wiedza ta odnosi się zarówno do stylu życia, jak i konieczności wykonywania badań profilaktycznych.

W związku z tym częścią prowadzonych w pracy badań było poznanie opinii pracowników służby zdrowia na temat profilaktyki prozdrowotnej, stanu zdrowia młodzieży oraz ich umiejętności w zakresie samoprofilaktyki. W pierwszej części rozdziału zostaną przedstawione istniejące badania na ten temat. W drugiej zostaną przedstawione oraz omówione wyniki badań własnych.

Celem badań prowadzonych przez Kitajewską, Szelaąg i in. (2012) było sprawdzenie, jak funkcjonują w Polsce mechanizmy prozdrowotne. Badanie prowadzone było na grupie 50 losowo wybranych pielęgniarek pracujących w szpitalu w województwie mazowieckim. Badanie prowadzone było w 2011 r. Badacze postawili kilka pytań badawczych. Celem była ocena roli instytucji medycznych w promocji profilaktyki zdrowia oraz ocena zaangażowania personelu w działania profilaktyki zdrowia. Celem było także ustalenie zagadnień priorytetowych w profilaktyce zdrowotnej oraz propozycja zmian systemowych, które mogą poprawić sytuację pacjentów.

Badacze użyli ankiety własnego autorstwa, zawierającej 30 pytań. Na pytanie: „Czy uważasz, że promowanie zdrowego trybu życia i walki z chorobami cywilizacyjnymi jest ważne?” 36% respondentów odpowiada, że jest ważne, a 62% – raczej ważne. Na pytanie: „Czy uważasz, że pacjenci przebywający w szpitalu potrafią dbać o siebie i swoje zdrowie?” 56% respondentów uważa, że nie, 18% nie ma zdania na ten temat. Według badanych 62% pacjentów ma problem z akceptacją stanu swojego zdrowia, 22% uważa, że raczej sobie z nią radzi, a 6% ankietowanych twierdzi, że pacjenci nie radzą sobie ze swoją chorobą. Na pytanie: „Czy pacjenci wiedzą, jak utrzymywać swój organizm w dobrej kondycji zdrowotnej?” aż 72% ankietowanych odpowiada, że nie (!), 18% sądzi, że sobie z tym radzą, 6% nie ma zdania na ten temat, tylko 4% uważa, że chorzy potrafią utrzymywać dobrą kondycję zdrowotną.

Kolejne pytanie dotyczyło roli personelu medycznego i potrzeby kształcenia go w kwestiach dotyczących promocji zdrowia i chorób cywilizacyjnych. 48% badanych uważa, że konieczne jest ciągle kształcenie się, a 32% uważa, że personel raczej powinien się kształcić, 6% nie ma zdania. Na pytanie: „Czy personel medyczny powinien prowadzić na terenie szpitala akcje promocyjne dotyczące zdrowia, zdrowego trybu życia i walki z chorobami cywilizacyjnymi?” aż 64% badanych odpowiada że tak, 16% nie ma zdania, a 6% uważa, że szpital nie powinien być miejscem działań prozdrowotnych.

W omawianym badaniu pracownicy służby zdrowia zostali zapytani o to, jakie działania ich zdaniem przyniosą najlepszy efekt. 64% pracowników służby zdrowia uważa, że radio i telewizja, przy pomocy różnego rodzaju akcji promujących zdrowie, wpływa na postawy społeczne. 22% uważa, że akcje takie działają tylko na chwilę, a 12% nie ma na ten temat zdania. 30% respondentów uważa, że najważniejsza w promocji zdrowia jest edukacja na temat zdrowego stylu życia, 22% uważa że największe znaczenie ma profilaktyka zdrowia i wcześniejsze zapobieganie chorobom, a 20% wskazuje na konieczność regularnych badań. Na pytanie: „Czy pacjenci chętnie słuchają porad dotyczących dbania o siebie i o swoje zdrowie?” 72% badanych uważa, że słuchają umiarkowanie, 8% – chętnie, 4% – wcale.

Na pytanie, gdzie należy promować zdrowy tryb życia, 42% badanych odpowiedziało, że wszędzie, 8% uważa, że przy okazji różnych innych akcji, 24% uważa, że promocją zdrowia powinny zajmować się media, 16% wskazuje na placówki medyczne, a 10% na festyny. Kolejne pytanie dotyczyło stosunku pacjentów do profilaktyki zdrowia. Tu 52% badanych uważa, że profilaktyka zdrowia nie jest dobrze rozumiana, a 28%, że działania prozdrowotne są wręcz odrzucane przez społeczeństwo. Tylko 8% uważa, że profilaktyka zdrowotna jest chętnie realizowana przez społeczeństwo.

Wnioski z badania są bardzo interesujące. Przede wszystkim okazało się, że instytucje medyczne w sposób niewystarczający zajmują się promocją zdrowia oraz profilaktyką prozdrowotną. Jest to bardzo istotny wniosek, gdyż podobne wnioski wypływają z moich badań. Dodatkowo, niewystarczające działania instytucji medycznych nakierowane na profilaktykę zdrowia skłaniają do skierowania uwagi na samoprophylaktykę. W świetle wyników badań ta koncepcja jest tym bardziej istotna.

Pokazało to także, że przede wszystkim pielęgniarki zaangażowane były w edukację prozdrowotną pacjentów oraz profilaktykę chorób cywilizacyjnych. Mają one bezpośredni kontakt z pacjentami, mogą ich edukować, jak powinni zmienić styl życia, aby wzmocnić zdrowie. Pielęgniarki pomagają w kształtowaniu odpowiednich nawyków zdrowotnych. Przygotowują pacjentów do zwiększenia kontroli nad stanem własnego zdrowia oraz wzięciem odpowiedzialności za jego stan. Zachęcają do badań profilaktycznych oraz uczestnictwa w różnych grupach wsparcia czy programach prowadzonych przez instytucje. Działania pielęgniarek mają uświadomić pacjentowi, że jest odpowiedzialny za swoje zdrowie. Mają także dać mu wiedzę oraz umiejętności, aby samodzielnie mógł dbać o swoje zdrowie i dobre samopoczucie.

Współczesne podejście do edukacji prozdrowotnej oraz profilaktyki zdrowia opiera się na holistycznej koncepcji zdrowia. Przyjmuje, że troska o zdrowie nie kończy się pobytem w instytucjach medycznych czy korzystaniem z usług zinstytucjonalizowanej służby zdrowia. Działania na rzecz zdrowia mają odbywać się o każdej porze i w dużej mierze są w kwestii działań każdej jednostki. Mówiąc inaczej, każdy jest odpowiedzialny za swoje zdrowie. W edukacji zdrowotnej ważną rolę pełnią środki masowego przekazu czy media społecznościowe. Tam informacje na temat profilaktyki zdrowia oraz zdrowego stylu życia są łatwo dostępne.

2.2.2. Jak pracownicy służby zdrowia rozumieją swoją rolę w profilaktyce zdrowotnej młodzieży? Badania własne

Człowiek obarczony jest odpowiedzialnością za stan swojego zdrowia oraz stosowanie samoprophylaktyki. Służba zdrowia jest niedofinansowana, a jej pracownicy przeciążeni obowiązkami. Mają niewiele czasu na pracę z pacjentem i sprawdzanie, czy przestrzega on zaleceń. Dodatkowo, w ramy służby zdrowia trafiają już ludzie chorzy, ci, którzy nie byli w stanie zadbać o swoje zdrowie lub z różnych powodów zachorowali.

Niezwykle ciekawe jest, jak obecnie pracownicy służby zdrowia widzą swoją rolę w zakresie prowadzenia profilaktyki zdrowotnej wśród młodzieży. Czy służba zdrowia nadal jest dla młodych autorytetem i źródłem, z którego czerpią wiedzę na temat utrzymywania się w dobrej kondycji? A może instytucjonalna medycyna jest po prostu ostatnią deską ratunku, miejscem, gdzie mówiąc kolokwialnie „stawia się człowieka na nogi”? Przeprowadzone przeze mnie badania pozwolą zrozumieć kilka istotnych aspektów odnoszących się do roli pracowników służby zdrowia w prowadzeniu profilaktyki prozdrowotnej wśród młodzieży.

Podczas projektowania badania postawiono 4 główne pytania badawcze. Zawarte w kwestionariuszu szczegółowe pytania pozwalają odpowiedzieć na następujące kwestie:

1. Jak pracownicy służby zdrowia rozumieją swoją rolę w profilaktyce zdrowotnej wśród młodzieży?
2. Jak pracownicy służby zdrowia oceniają stosowanie samoprofilaktyki prozdrowotnej u pełnoletniej młodzieży?
3. Na ile personel medyczny zaangażowany jest w promocję zdrowia i profilaktykę?
4. Jak pracownicy służby zdrowia oceniają kondycję zdrowotną młodzieży?

Wywiad kwestionariuszowy przeprowadzony został wśród pracowników służby zdrowia (lekarze i pielęgniarki) w dniach od 7 maja do 4 czerwca 2018 r. w Szpitalu Specjalistycznym im. F. Ceynowy w Wejherowie. Badana próba wynosiła 31 osób. Dobór próby był losowy z zastosowaniem metody kuli śnieżnej. Respondenci odpowiedzieli pisemnie na 11 pytań kwestionariusza wywiadu. Pytania miały charakter skategoryzowany (wzór ankiety w załączniku).

Pytanie 1

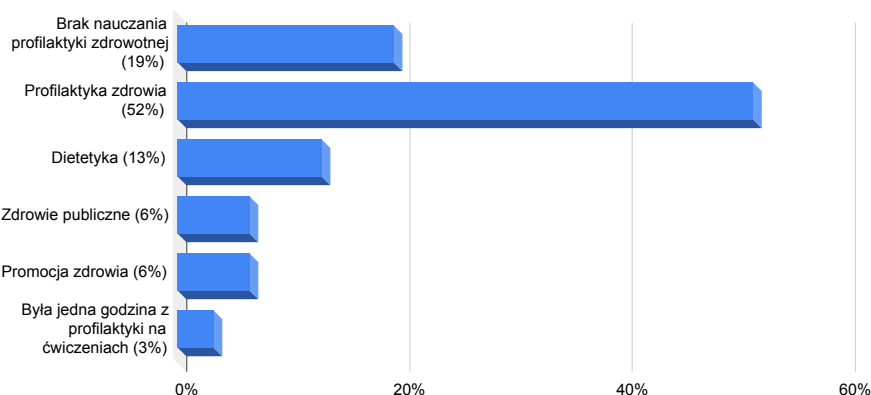
Czy Pani/Panu mówiono o samoprofilaktyce w czasie trwania edukacji medycznej (jak człowiek ma dbać o zdrowie)? Czy był taki przedmiot?

Twierdząco na to pytanie odpowiedziało 51,6% ankietowanych, natomiast 19,4% udzieliło odpowiedzi nie twierdzących. Zostały również odnotowane odpowiedzi, które można zakwalifikować jako inne (29,0%). Wśród nich ankietowani wymienili takie przedmioty, jak: dietetyka (12,9%), zdrowie publiczne (6,5%), promocja zdrowia (6,5%) oraz edukacja zawodowa (poniżej 1%).

Pytanie 2

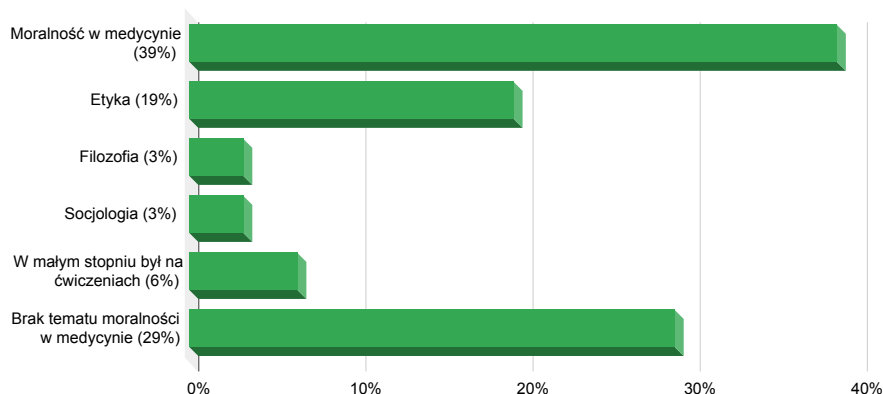
Czy Pan(i) miał(a) przedmiot dotyczący moralności w medycynie lub inaczej nazwane problemy z tej przestrzeni wiedzy?

Twierdząco odpowiedziało na to pytanie 38,7% ankietowanych, a 29,0% z nich zaprzeczyło. Zostały też udzielone odpowiedzi, które można potraktować jako inne 32,3%. Wśród nich były: etyka, filozofia, socjologia oraz wskazująca, że temat ten był w niewielkim stopniu poruszany na innych przedmiotach.



Wykres 2.1. Przedmioty w edukacji zawodowej dotyczące profilaktyki zdrowotnej

Źródło: badania własne.



Wykres 2.2. Przedmioty w edukacji zawodowej dotyczące moralności w medycynie

Źródło: badania własne.

Pytanie 3

Czy w środowisku medycznym podejmowany jest temat samoprophylaktyki?

Jeżeli tak, to jakich problemów dotyczy?

Na to pytanie negatywnie odpowiedziało 58,1% ankietowanych, a 41,9% przeciwnie. Przy odpowiedziach pozytywnych były wymienione następujące problemy, które respondenci omawiali w swoim środowisku zawodowym: otyłość (22,2%), cukrzyca (11,1%), niska aktywność fizyczna, anoreksja (5,6%), nieprawidłowe odżywianie (16,7%), branie używek (5,6%), rola witamin (5,6%), samokontrola piersi (16,6%) oraz zagadnienia ogólne związane ze zdrowiem (5,6%).

Pytanie 4

Czy zwraca Pan(i) uwagę pacjentom na konieczność samoprofilaktyki?

16,1% badanych odpowiedziało negatywnie, natomiast 67,7% pozytywnie. Odpowiedzi, które można zaliczyć jako „inne”, było 16,1%, w tym: „w wolnych chwilach” (3,2%), „czasami” (3,2%), „są ulotki i broszury” (3,2%), „oczywiście” (3,2%), „staram się dyskretnie to robić, bo się obrażają” (3,2%), „polecam jedzenie jak najmniej przetworzone” (3,2%).

Pytanie 5

Czy zauważa Pan(i) i jak ocenia zmiany w stanie zdrowia pełnoletniej młodzieży?

19,4% nie miało zdania w tej sprawie, a 32,3% stwierdziło, że poprawia się. 48,4% respondentów dostrzegło niekorzystny trend wśród zdrowotności młodzieży.

Pytanie 6

Czy Pan(i) zdaniem młodzież wykazuje obecnie dostateczne zainteresowanie profilaktyką prozdrowotną?

Tylko 3,2% nie miała zdania, a 32,3% podało, że młodzież jest dostatecznie zainteresowana profilaktyką prozdrowotną. Z kolei 58,1% respondentów uważało, że młodzież zbyt mało interesuje się profilaktyką. Ponadto 3,2% podało, że widać korzystny wpływ instytucji wychowania pośredniego (mass mediów) na profilaktykę prozdrowotną, a kolejne 3,2% stwierdziło wyższą świadomość żywieniową obecnej pełnoletniej młodzieży, niż dawniej.

Pytanie 7

Jakie dolegliwości chorobowe młodzieży są skutkiem braku samoprofilaktyki?

Najwięcej, bo 64,5% badanych wymieniło nadwagę i otyłość. Pozostałe wymienione schorzenia to: cukrzyca (20,0%), choroby układu metabolicznego (13,3%), choroby układu kostnego i krążenia (10,0%) oraz miażdżyca, nikotynizm, alkoholizm i choroby układu odpornościowego (6,7%). Ponadto były wymieniane jeszcze takie schorzenia, jak: niedowaga, próchnica zębów, słabnący wzrok, trądzik, alergia i choroby ogólnoustrojowe (3,3%).

Pytanie 8

Jak ocenia Pan(i) nawyki żywieniowe młodzieży? Czy są one świadome i zgodne z obiektywnymi potrzebami młodego człowieka?

Najwięcej, bo aż 77,4% badanych określiło nawyki i świadomość żywieniową młodzieży jako złą. 3,2% badanych odniosło się pozytywnie, a 6,5% z nich, nie miało w tym temacie zdania. 12,9% ankietowanych oceniło nawyki żywieniowe, jako dostateczne.

Pytanie 9

Na ile Pani/Pana zdaniem nadwaga jest brakiem samoprofilaktyki?

Tylko 3,2% badanych odpowiedziało negatywnie, a 96,8% zgodziło się.

Pytanie 10

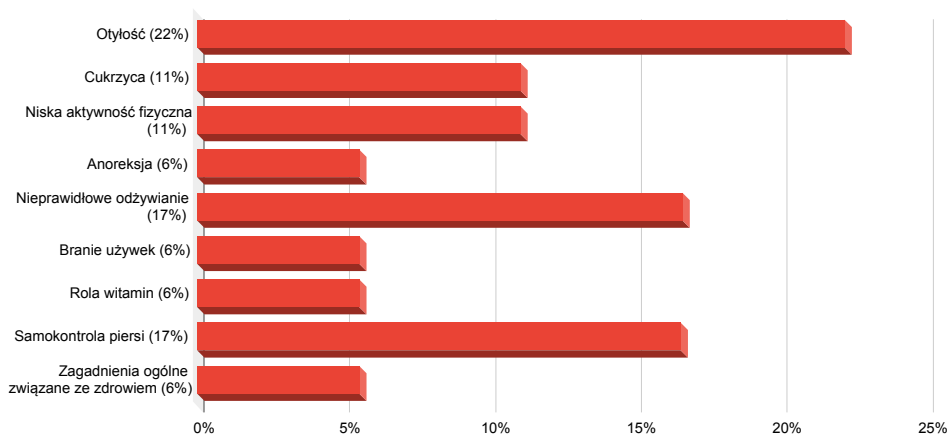
Jak ocenia Pan(i) stosowanie profilaktyki prozdrowotnej wśród pełnoletniej młodzieży?

58,1% pracowników służby zdrowia biorących udział w wywiadzie uznało, że młodzi ludzie nie stosują profilaktyki prozdrowotnej. Z kolei pozytywnie oceniło stosowanie profilaktyki 12,9% badanych. 16,1% badanych oceniło profilaktykę u młodzieży jako „średnią”, a 9,7% jako „dostateczną”.

Pytanie 11

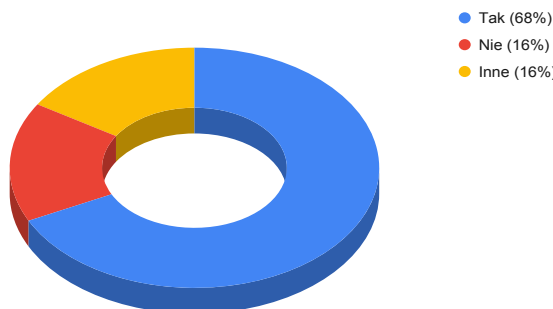
Czy posiada Pan(i) inne, niepodane w powyższych pytaniach spostrzeżenia dotyczące zagadnienia profilaktyki prozdrowotnej wśród pełnoletniej młodzieży?

Na powyższe pytanie 3,2% badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie, a ponad połowa (54,8%) nie miało takowych. Inne odpowiedzi przedstawiały się następująco: „brak przykładu dorosłych” oraz „połowa młodzieży dba o siebie, a połowa nie” (6,0%), „za mało jest edukacji” (3,2%), „brak dbania w domu i szkole” (3,2%), „jest dostępność wiedzy o profilaktyce zdrowotnej” (3,2%), „brak aktywności fizycznej” (3,2%), „używki i otyłość” (3,2%), „papierosy, alkohol i złe odżywianie” (3,2%), „brak zainteresowania” (3,2%), „brak informacji” (3,2%).



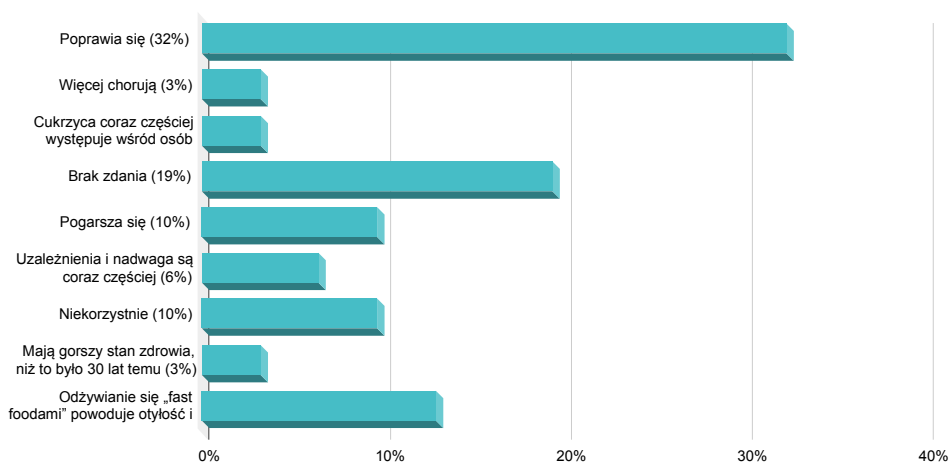
Wykres 2.3. Omawianie profilaktyki prozdrowotnej w środowisku medycznym

Źródło: badania własne.



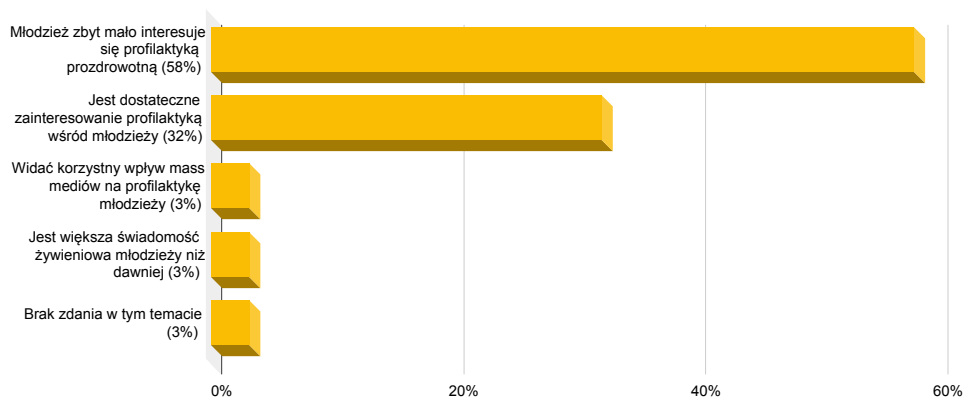
Wykres 2.4. Zwracanie pacjentom uwagi na potrzebę samoprofilaktyki

Źródło: badania własne.



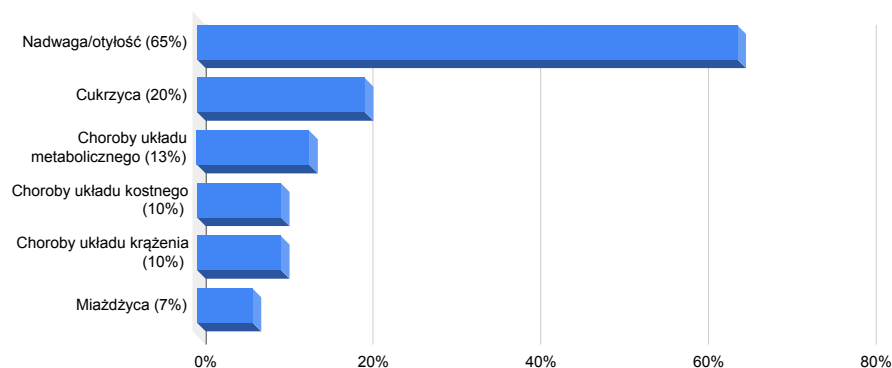
Wykres 2.5. Ocena stanu zdrowia pełnoletniej młodzieży

Źródło: badania własne.



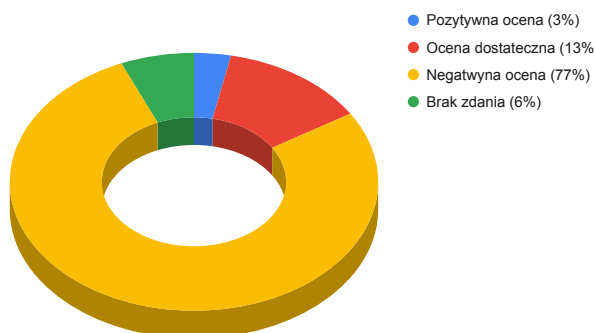
Wykres 2.6. Ocena zainteresowania młodzieży profilaktyką prozdrowotną

Źródło: badania własne.



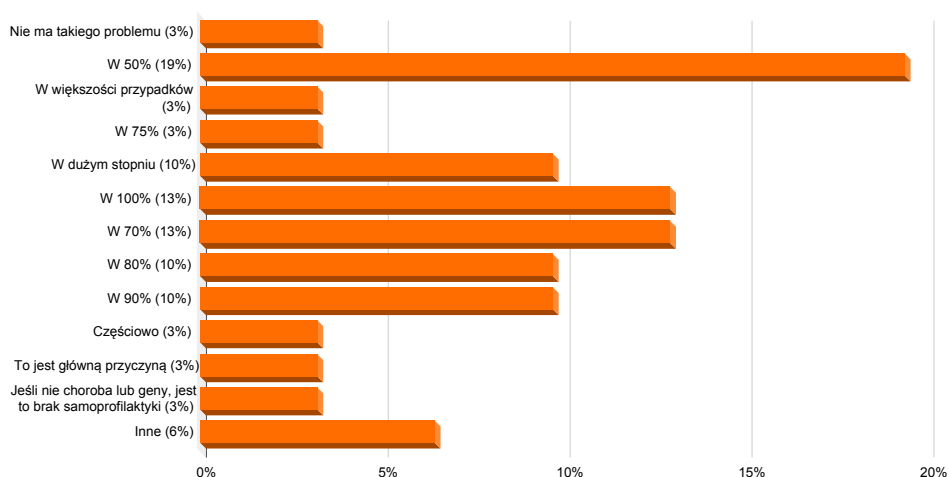
Wykres 2.7. Choroby uznawane za efekt braku samoprophylaktyki

Źródło: badania własne.



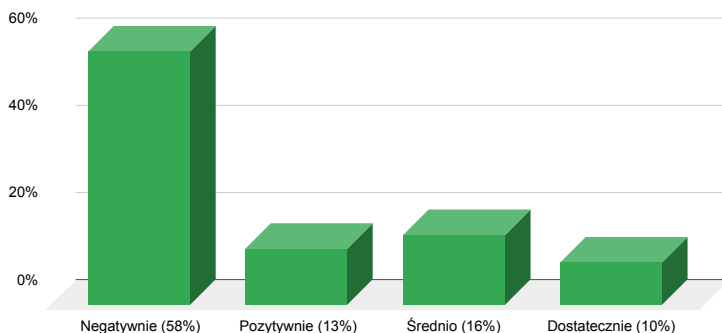
Wykres 2.8. Ocena nawyków żywieniowych młodzieży

Źródło: badania własne.



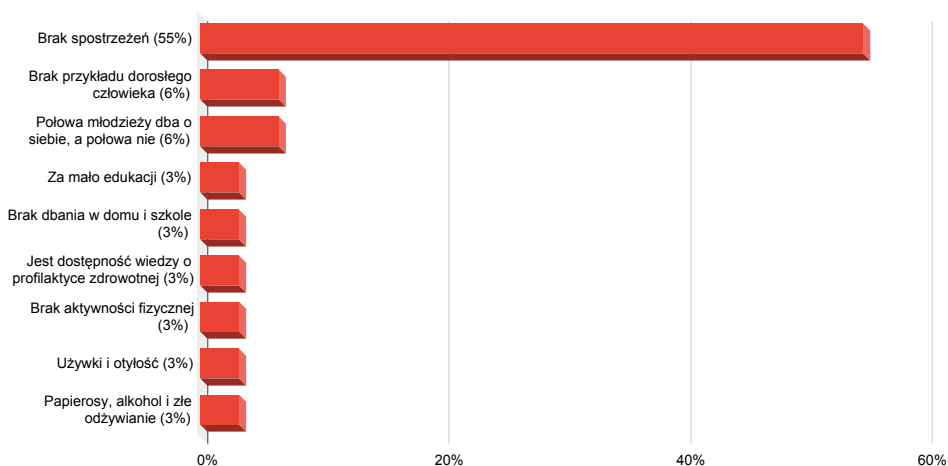
Wykres 2.9. Wpływ braku samoprophylaktyki na nadwagę młodzieży

Źródło: badania własne.



Wykres 2.10. Ocena stosowania profilaktyki prozdrowotnej wśród młodzieży

Źródło: badania własne.



Wykres 2.11. Inne spostrzeżenia dotyczące profilaktyki prozdrowotnej

Źródło: badania własne.

Wnioski z badania

Tylko ponad 50% badanych zdobyło wiedzę na temat samoprofilaktyki zdrowia podczas studiów. Wynik ten nie powinien nas napawać optymizmem. Znaczy to, że niemal połowa pracowników służby zdrowia nie wyniosła ze studiów wiedzy na temat tego, jak rozmawiać z młodymi ludźmi na temat zdrowia, jak uczyć profilaktyki zdrowia. Wynik ten sugeruje także, system edukacji kształcący pracowników służby zdrowia wciąż opiera się na biomedycznym paradygmacie leczenia chorób, a nie na holistycznym paradygmacie, polegającym na zachowaniu zdrowia i zapobieganiu chorobom. Wśród pracowników służby zdrowia z pewnością znajdziemy osoby kompetentne w dziedzinie profilaktyki prozdrowotnej, jednak można przypuszczać,

że nie będzie to pierwsze źródło informacji, do jakiego skierują się młodzi ludzie po pomoc i wiedzę.

Wyniki badania pokazują także, że pracownicy służby zdrowia w większości nie mają wykształcenia w dziedzinie moralności czy etyki. Są specjalistami od ciała i jego chorób, a nie od rozwiązywania dylematów moralnych. W holistycznej koncepcji zdrowia sfera duchowa, etyka stanowi istotny aspekt. Tradycyjnie pojmowana medycyna nie podejmuje dyskusji na tematy moralności.

Większość badanych pracowników służby zdrowia odpowiedziało, że temat stosowania samoprophylaktyki zdrowia nie jest dyskutowany w środowisku. Około 42% badanych zauważyło tego rodzaju tematy w środowisku pracowników służby zdrowia. W środowisku poruszana jest przede wszystkim kwestia otyłości, cukrzycy (chorób cywilizacyjnych), aktywności fizycznej, odżywiania i badania piersi. Ostatnia kwestia ma prawdopodobnie związek z programami NFZ.

Niemal 70% badanych zwraca pacjentom uwagę na konieczność stosowania samoprophylaktyki zdrowotnej. Wynik ten wydaje się bardzo wysoki, szczególnie jeśli zauważymy, że wielu pracowników służby zdrowia nie ma w tym zakresie wystarczającej wiedzy, a temat samoprophylaktyki nie jest dyskutowany w środowisku.

Z badania pracowników służby zdrowia wyłania się bardzo smutny obraz zdrowia młodzieży. Dodatkowo młodzi ludzie nie potrafią lub nie chcą dbać o zdrowie. 58% badanych pracowników służby zdrowia uważa, że młodzi ludzie zbyt mało interesują się profilaktyką zdrowia. Aż 77% badanych uważa, że młodzież ma złe nawyki żywieniowe oraz nie ma wystarczającej wiedzy na temat zdrowej diety. Konsekwencją tego są różne schorzenia, z otyłością, cukrzycą i chorobami związanymi z odżywianiem na czele. Niemal wszyscy badani zgodzili się, że nadwaga u młodzieży jest związana z brakiem samoprophylaktyki. 58% uważa, że młodzi ludzie nie stosują profilaktyki zdrowotnej.

Wśród pracowników służby zdrowia bardzo wyraźnie widoczne jest przekonanie, że młodzi ludzie nie stosują samoprophylaktyki. Efektem jest zła kondycja zdrowotna młodego pokolenia. Największą dolegliwością jest otyłość oraz związane z nią problemy zdrowotne. Młodzi ludzie nie mają wystarczającej wiedzy lub motywacji, aby odpowiednio zatroszczyć się o swoje zdrowie.

Wywiad kwestionariuszowy przeprowadzony z pracownikami służby zdrowia pokazuje, że profilaktyka prozdrowotna rozumiana jest przez młodzież głównie jako działania diagnostyczne, wykonywane przez instytucje medyczne. Znajomość i stosowanie zachowań prozdrowotnych można uznać za bardzo niskie.

Uzyskane od pracowników służby zdrowia odpowiedzi *implicite* wspierają także jedną z tez pracy: służba zdrowia nie jest już odpowiedzialna za edukację prozdrowotną. Ciężar odpowiedzialności spada na jednostkę. Niestety badania pokazują, że młodzi ludzie nie chcą lub nie potrafią odpowiednio zadbać o swoje zdrowie. Brakuje im wiedzy, chęci, dyscypliny do regularnego dbania o dietę czy aktywność fizyczną.

Wyniki pokazują też pojawienie się luki w kwestii edukacji zdrowotnej młodzieży. Pracownicy służby zdrowia nie są w stanie wykonywać tego zadania. Z drugiej

strony brakuje także instytucji, które byłyby w stanie występować w roli mentorów młodego pokolenia w kwestii samoprofilaktyki zdrowotnej i troski o siebie. Młodzi ludzie pozostawieni są sami sobie. Informacje czerpią zazwyczaj z mediów społecznościowych. Rzesze celebrytów i „specjalistów od zdrowia”, często bez wystarczającego wykształcenia nie zawsze przedstawiają realistyczny sposób troski o siebie.

Aby wychowanie ku zdrowiu mogło przynieść pozytywne efekty, należałoby funkcjonujący obecnie system edukacyjny wzbogacić o rozwijanie świadomości, postaw i wyobrażeń zdrowotnych. O zwrócenie uwagi na wpływ jednostki ludzkiej na stan swojego zdrowia, na dostrzeżenie, że to prewencja, a nie leczenie jest gwarantem utrzymania dobrej kondycji psychofizycznej. Leki, operacje, hospitalizacja stanowi rzadko remedium na chroniczne problemy. Aktywacja wrodzonej nam zdolności samoleczenia, którą wszyscy posiadamy, jest kluczem do zdrowia. Zmiana stylu życia (głównie racjonalne żywienie i aktywność fizyczna) są podstawą naszego zdrowia. Dlatego warto się zastanowić nad kwestią wdrożenia samoprofilaktyki prozdrowotnej.

Aby móc powyższe cele wprowadzać w życie, potrzebne jest kształcenie, polegające na próbie wzniesienia u wychowanków procesu samowychowania. Samowychowanie, jak podaje *Encyklopedia pedagogiczna*, to „czynne ustosunkowanie się podmiotu do procesu własnego rozwoju, wyrażające się w regulowaniu swego postępowania i działania według dobrowolnie przyjętych wzorów lub systemu wartości. Jest to świadome i celowe kierowanie sobą. Człowiek wychowując samego siebie, staje się podmiotem wychowania, jednostką zaangażowaną w działalność wychowawczą kierowaną na nią bądź na grupę, w której uczestniczy”.

2.3. Samoprofilaktyka zdrowotna. Zarys koncepcji

Poszukiwania roli świadomości w podejściu do samoprofilaktyki prozdrowotnej i osiągnięcie przez to różnych rezultatów w kondycji psychofizycznej wiąże się z odejściem od utartego przekonania: „w zdrowym ciele zdrowy duch”. Chęć dowieść słuszności przekonania odwrotnego, iż to rozwinięcie duchowe, czyli samoświadomość potrzeby samoprofilaktyki prozdrowotnej jest warunkiem zachowania zdrowego ciała.

Przemiany w podejściu do rozumienia profilaktyki i samoprofilaktyki wynikają także z analizy historii definiowania zdrowia przez WHO. W 1948 r. zdrowie definiowane było jako „stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa”. W 1984 r. definicję zdrowia wzbogacono została o „sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego”, a w 2003 r. także o wymiar duchowy (WHO, 2003).

Wobec powyższego, zdrowie stało się czymś więcej niż tylko prawidłowym stanem fizjologicznym organizmu w kategoriach biomedycznych, ale stało się ono również kategorią społeczną i kulturową. Nominowało do rangi wartości stanu pożądanego, umożliwiającego sprawowanie zachowań użytecznych w życiu prywatnym, społecznym i zawodowym. Zatem współczesna definicja zdrowia WHO wyrażnie

zaznacza połączenie kwestii zdrowia z życiem wewnętrznym i społecznym człowieka. Jest ona przykładem szerokiego ujęcia problemów zdrowia i choroby. Brakuje jednak w niej wskazania na potrzebę samoprofilaktyki prozdrowotnej.

W wielu pracach, encyklopediach i słownikach nie występuje pojęcie „samoprofilaktyki”. Dominuje zaś kategoria profilaktyki, rozumianej jako działalności, w której podmiot (nauczyciel, rodzic, policjant, polityk..., szerzej: społeczeństwo) ostrzega przedmiot (dziecko, potencjalnego przestępcę, wybraną grupę społeczną) przed złymi konsekwencjami, jakie mogą ją spotkać, jeśli popełni czyn niedozwolony lub jakiegokolwiek inny. Do takiego wniosku prowadzą poszukiwania znaczenia pojęcia profilaktyki.

M.W. Kreuter oraz L.W. Green wyznaczyli trzy specyficzne grupy czynników kształtujących zachowania zdrowotne, są to m.in. (Woynarowska, 2007):

- czynniki predysponujące: świadomość, wartości i postawy;
- czynniki umożliwiający: możliwości dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz zdolność do podejmowania istotnego prozdrowotnego działania;
- czynniki wzmacniające: warunki życia jednostki, normy obyczajowe, środowisko rodzinne i kulturowe.

Aby świadomie uczestniczyć w kształtowaniu swoich zachowań prozdrowotnych, a przez to wpływać na swoje zdrowie, nie wystarcza sama profilaktyka. Dotyczy ona woli naturalnej, skupiającej się na obserwacji swojego organizmu, i w razie zaburzeń w jego funkcjonowaniu, szukaniu pomocy u lekarza. Samoprofilaktyka ma nie dopuszczać do takich sytuacji poprzez świadome wpływanie na swoje ciało (wola ze świadomości). Polega ona na znajomości możliwości swojego ciała i pokonywaniu swoich słabości. Każdy skutek takiego wysiłku jest zwycięstwem ducha nad ciałem.

Dlatego nie tylko istotne jest dbanie o ciało („w zdrowym ciele zdrowy duch”), ale żeby tego móc dokonać, powinno się mieć samoświadomość potrzeby samoprofilaktyki prozdrowotnej. Wielowymiarowe ujęcie człowieka wraz z jego sferą duchową pozwala powyższą sentencję przekształcić w maksymę: „zdrowy duch to zdrowe ciało”. Człowiek jest jednością cielesno-duchową (Karpiński, 2007). Obie strony współistniejąc nie wykluczają się, lecz przeciwnie, wzajemnie się warunkują. Dlatego pytanie, która z tych sfer jest pierwsza, a która druga, jest źle postawione.

Proponuję pojęcie profilaktyki ubogacić, tworząc jedność z określeniem „samoprofilaktyka”. Tak ubogacona kategoria wskazuje na konkretną osobę, która samoprofilaktykę stosuje, oraz metodę jej użycia. Fakt ten wymaga w opisie spełnianej przez każdą osobę omawianych czynności uwzględnienia „współczynnika humanistycznego” (Znaniński, 1988, s. 192). Takie określenie samoprofilaktyki wskazuje też na sposób, w jaki będzie urzeczywistniana.

Pojęcie „samoprofilaktyka” jest terminem stworzonym przeze mnie. Jednak do jego stworzenia przyczyniły się różnorodne inspiracje. Konieczność troszczenia się o siebie, o swoje zdrowie, rozwijanie się jako istota ludzka w wymiarze intelektualnym i duchowym artykułowane było przez wielu myślicieli. Rozważania te sięgają aż

czasów starożytnych. Historyczne korzenie pojęcia oraz inspiracje, jakie przyczyniły się do jego stworzenia, omówione zostaną w tym rozdziale.

W mojej opinii istniejące dotychczas koncepcje, pomimo iż częściowo pokrywają się z pojęciem samoprofilaktyki, nie są wystarczające. Konieczność stworzenia nowego pojęcia, jakim jest właśnie „samoprofilaktyka zdrowotna” wynika z braków we wcześniejszych koncepcjach. Przede wszystkim tak mocno wrosły one w dyskusje na gruncie nauk społecznych, humanistycznych czy filozofii, że ich zakres bardzo się poszerzył. Na przykład koncepcja „troski o siebie” M. Foucaulta używana jest zarówno w odniesieniu do ciała, jak i etyki czy teorii politycznej. Pojęcie samoprofilaktyki ma zdecydowanie węższy, bardziej konkretny zakres. Ma ono odnosić się do działań jednostki, które związane są z troską o zdrowie, zachowaniu dobrej kondycji fizycznej, psychicznej, duchowej i emocjonalnej. Aspekty związane z etyką czy samodyscypliną też to pobrzmiewają, ale aspekt zdrowotny jest pierwszoplanowy.

2.3.1. Troska o siebie

Pojęcie „troski o siebie” od starożytności było ważnym elementem kultury europejskiej (Drwęża, 2012). Określenie to, rozumiane w kontekście etycznym czy nawet religijnym, jest elementem rozwoju człowieka. Można je także uznać za pojęcie z zakresu pedagogiki, czyli procesu, podczas którego młody człowiek nabywa istotne umiejętności i nawyki, często pod opieką nauczyciela czy mentora. Troska o siebie w tradycji filozoficznej związana jest z kształtowaniem się człowieczeństwa, z formowaniem dojrzałej jednostki, tworzeniem racjonalności.

Za twórców pojęcia „troski o siebie” uznaje się starożytnych filozofów: Sokratesa, Senekę. Koncepcja ta funkcjonowała jako *epimeleia heautou*, czyli postawa wobec rzeczy, świata, innych ludzi. Była także formą uwagi. Troska o siebie wiązała się z odwracaniem uwagi od świata, a koncentrowaniem się na własnych przeżyciach, życiu wewnętrznym. Była to rozumna refleksja, forma ćwiczenia czy medytacji. Postawa ta wymaga nakierowania się na siebie. W działaniach jednostka bierze za siebie odpowiedzialność, oczyszcza, kształtuje się. Troska o siebie nie ma nic wspólnego z egoizmem (jak obecnie jest postrzegana). To oparte na dyscyplinie i refleksji kształtowanie siebie, tworzenie etyki oraz postawy wobec świata zewnętrznego.

Można wyodrębnić trzy etapy kształtowania się koncepcji troski o siebie (Foucault, 1995). Pierwszy ma związek z tradycją starożytną oraz pojęciem *epimeleia heautou*. Troska o siebie wiązała się z odpowiedzialnością wobec innych. Ten, kto chciał sprawować władzę nad państwem czy poddanymi, musiał troszczyć się o innych. Wiąże się także z pedagogiką, koniecznością otrzymania pewnego wykształcenia, uformowania. Odnosi się także do pewnego okresu życia, gdy wychodzi się spod wpływu pedagogów i autorytetów oraz wkracza w samodzielne życie. Troska o siebie wiąże się ściśle z wiekiem młodzieńczym, wchodzeniem w dorosłość. Jest to przełomowy moment, w którym jednostka uświadamia sobie, że musi się o siebie troszczyć, że nie zrobią tego inni, że jej los nie leży w rękach instytucji, ale w jej własnych.

W formowaniu młodego człowieka i jego relacji do siebie i innych konieczna jest obecność nauczyciela, mistrza, autorytetu. Kogoś, kto jest w stanie nie tylko nauczyć młodego człowieka, co jest słuszne, ale także skłonić go do stosowania tego w codziennym życiu. Mistrz jest wzorem do naśladowania, przykładem. Chociaż w niektórych przypadkach rola mistrza może ograniczać się do przekazywania umiejętności czy kompetencji uczniom. Zawsze jego rola polega na wydobywaniu młodego człowieka z ignorancji i wskazaniu mu właściwej drogi, właściwego postępowania. Troska o siebie nieodłącznie wiąże się z poznaniem, w tym także z poznaniem samego siebie.

Drugi etap kształtowania pojęcia to I i II w. Troska o siebie staje się nakazem, który dotyczy wszystkich. Nie odnosi się już tylko do wybranych grup społecznych. Troska o siebie staje się rodzajem „samofinalizacji” (Foucault, 1995, s. 81), celem samym w sobie. Rozciąga się na całość życia człowieka, staje się sztuką egzystencji. Foucault podkreśla, że troska o siebie związana jest z praktykowaniem sztuki życia. Píše: „relacja do siebie jawi się odtąd jako cel praktyk odnoszących się do bycia sobą. Ten cel jest ostatecznym celem życia, ale jednocześnie rzadką formą egzystencji. Choć ostatecznym celem każdego człowieka, to rzadką formą egzystencji zarezerwowaną dla niewielu” (Foucault, 1995, s. 123). Nie ogranicza się wyłącznie do okresu adolescencji, ale staje się obowiązkiem rozciągającym się na całe życie człowieka (Drwęga, 2012). Troska o siebie odrywa się także od ram instytucji i autorytetów przekazujących wiedzę czy system wartości. Staje się coraz bardziej sposobem, w jaki jednostka (krytycznie) odnosi się do tradycji oraz wiedzy, jaka została jej przekazana.

Trzeci moment to przejście od pogaństwa do ascetyki chrześcijańskiej. Troska o siebie związana jest przede wszystkim z aspektem moralnym, duchowym, z wiarą. To dbałość o życie duchowe, zbawienie. Obwarowanie jest licznymi wymogami religijnymi, przestrzeganiem reguł zachowania, życia, myślenia. Troska o siebie wiązała się z łaską, objawieniem. Zdaniem Foucaulta (1995, s. 116) „relacja do siebie, praca nad sobą, odkrycie siebie przez siebie były na Zachodzie postrzegane i rozwijały się jako droga, jedyna możliwa droga, która prowadziła od uniwersalności wezwania, które może być faktycznie zrozumiałe tylko przez niektórych, do rzadkości zbawienia, z którego nikt wszakże nie zostaje pierwotnie wykluczony”. Troska o siebie jest procesem, którego celem jest bycie sobą. Zostaje osiągnięty jedynie przez nielicznych (Stępniewska-Gębik, 2011).

Współcześnie pojęcie troski o siebie zyskało popularność właśnie dzięki dziełom Michela Foucaulta (1995). Ten francuski filozof i historyk medycyny odwołuje się do starożytnej koncepcji, aby pokazać, że współcześnie może być używana jako koncepcja pedagogiczna (Stępniewska-Gębik, 2011). Dla Foucaulta etyka troski o siebie staje się fundamentalnym zagadnieniem w kształtowaniu podmiotu. Przekłada się ona na koncepcję „bycia sobą”, związaną z pracą jednostki nad sobą.

Foucault uważa, że współczesna kultura przeciwstawia sobie duchowość i racjonalność. Duchowość (*spiritualite*) to (Drwęga, 2012, s. 42): „badania, praktyki, doświadczenia, za sprawą których podmiot oddziałuje na siebie samego. Są to konieczne przekształcenia po to, by uzyskać dostęp do prawdy o sobie samym. Widać więc

wyrażnie, że duchowością jest zespół poszukiwań, praktyk i doświadczeń, którymi mogą być na przykład praktyki oczyszczające, czynności ascetyczne, wyrzeczenia się czegoś, radykalne zmiany uwagi, zmiany sposobów egzystencji itd., a które powstają nie dla wiedzy, lecz dla podmiotu, dokładniej dla sposobu bycia podmiotu. Co ważne, podmiot ten, by uzyskać dostęp do prawdy o sobie, musi zapłacić pewną cenę”. W tradycji antycznej poznanie samego siebie było elementem troski o siebie, a praktyki duchowe stanowiły jedną ze ścieżek.

Zdaniem Foucaulta do rozłamu dochodzi u Kartezjusza, gdzie racjonalne poznanie staje się podstawą funkcjonowania podmiotu. Nie ma tu miejsca na duchowość, bo zostaje ona zupełnie zastąpiona przez racjonalność. Nie bez powodu Kartezjusza uważa się za twórcę mechanistycznej koncepcji człowieka oraz nowoczesnej medycyny opierającej się wyłącznie na racjonalnym poznaniu. Odczucia, emocje znikają z horyzontu zainteresowania nowoczesnej medycyny.

Troska o siebie może być używana jako kategoria rozwojowa i pedagogiczna. Składa się ona z kilku składowych. Pierwszy to postawa wobec świata i innych. Drugi to skupienie na sobie, refleksja nad swoimi myślami, uczuciami, postępowaniem. Służy do poznania siebie, świadomości siebie. Trzeci związany jest z pracą nad sobą. Wymaga modyfikacji swojego stylu życia, przekształcania go, korygowania. Jak zobaczymy w dalszej części pracy, wszystkie te aspekty są składnikami samoprofilaktyki zdrowotnej. Szeroko nakreślona koncepcja Foucaulta przeniesiona na bardzo konkretny obszar zdrowia nabiera nowego wymiaru. Jednak co istotne, łączy refleksję, poznanie z działaniem, wdrażaniem w życie określonych praktyk zdrowotnych.

Troska o siebie – podobnie jak samoprofilaktyka zdrowotna – pełni funkcję modelującą oraz ochronną. Z jednej strony jednostka kształtuje, modeluje swoje zachowania. Funkcja ochronna polega na tym, że nabyta wiedza oraz umiejętności umożliwiają jednostce radzenie sobie z trudnościami i problemami zarówno w aspekcie zdrowia, jak i innymi wyzwaniami życiowymi. Praca nad sobą wiąże się z samowychowywaniem, ulepszaniem siebie. Nie wynika z egoizmu i nie odcina jednostki od innych. Wręcz przeciwnie – praca jednostki nad sobą może mieć pozytywny wpływ na społeczeństwo.

2.3.2. Samotroska

W literaturze można się natknąć na pojęcie: „samotroska” (Kustra, Kowalczyk, 2011). Koncepcja ta nawiązuje do „troski o siebie” i pojawia się w kontekście oddziaływań andragogicznych edukacji zdrowotnej oraz wsparcia społecznego. Zdaniem autorów tej koncepcji, samotroska może być rozpatrywana w trzech aspektach:

- dbania o własne zdrowie,
- relacji z innymi ludźmi oraz
- poczucia bezpieczeństwa.

Aspekty te przekładają się między innymi na odpowiedzialność za własne zdrowie oraz umiejętność pokierowania życiem. Samotroska odnosi się do edukacji

zdrowotnej oraz nabywania umiejętności, które pozwolą kierować własnym życiem (Cylkowska-Nowak, 2008). Różnorakie działania edukacyjne pozwalają jednostce na nabycie świadomości oraz odpowiedzialności za własne zdrowie i życie.

Pojęcie samotroski na pierwszy rzut oka wydaje się podobne do proponowanego w pracy pojęcia samoprofilaktyki. Także opiera się na koncepcji troski o siebie i zawęża obszar działania do edukacji zdrowotnej oraz troski o zdrowie. Koncepcja samotroski wydaje się jednak być bardzo mocno zrośnięta z religią chrześcijańską oraz nauką Kościoła katolickiego. W pojęciu samoprofilaktyki także kładzie się nacisk na aspekt duchowości, jednak jest to duchowość rozumiana szeroko, nieograniczona do konkretnej religii ani nauki Kościołów czy instytucji religijnych.

Podstawą działań jednostki powinno być nauczanie Kongregacji Nauki Wiary, według której „człowiek ma obowiązek troszczyć się o swoje zdrowie i podejmować leczenie” (Szczepaniak, 2003, s. 117). Troska o siebie i zdrowie zostaje więc mocno zakorzeniona w nauce Kościoła katolickiego. Takie zawężenie perspektywy jest problematyczne. Można bowiem zapytać: A co z osobami niewierzącymi czy wyznawcami innych religii? Czy nie mają one obowiązku troszczyć się o własne zdrowie?

W przypadku pojęcia samotroski bardzo ważna jest edukacja zdrowotna oraz udzielanie jednostce (pacjentowi) wsparcia społecznego. Co ciekawe, edukacja oraz troska nie ogranicza się do etapu adolescencji, ale rozciąga się na całe życie jednostki. Jednostka nigdy nie staje się w pełni odpowiedzialna za siebie. W pewnych przypadkach zdarzy się, że proces pomagania może polegać na wyręczaniu jednostki czy wykonywaniu pewnych zajęć za nią, przynajmniej czasowo.

Samotroska ogranicza się głównie do osób chorych, pacjentów, osób w trudnej sytuacji. Olbrzymi nacisk kładziony jest na relacje z pacjentami oraz pomoc im w radzeniu sobie, czy wprowadzaniu zmian. „Autentyczna relacja pomagania nie zatrzymuje się na zrozumieniu siebie samego przez pacjenta, ale przyczynia się do podjęcia przez niego konstruktywnego działania w życiu (...). Tego typu działanie pozwoli pacjentowi odkryć wcześniej nieznanne, nowe aspekty siebie samego, które wymagają pewnego postępu w rozumieniu siebie (...). Pacjent zostaje zaangażowany w proces, który prowadzi do uzyskania z czasem coraz większej wolności” (Macario, Rocchi, 2011, s. 32–33). Nacisk położony na pracę z osobami chorymi, pacjentami to kolejny aspekt, który odróżnia pojęcie samotroski od samoprofilaktyki. Ta druga ma przede wszystkim na celu uniknięcie choroby. Celem samoprofilaktyki zdrowotnej jest, aby jednostka nigdy nie stała się pacjentem.

Istotnym elementem funkcjonowania samotroski jest edukacja zdrowotna (Kustra, Kowalczyk, 2011). To dzięki niej jednostka uczy się troszczyć o siebie. Edukacja zdrowotna przekazuje wiedzę na temat zdrowia, uczy prozdrowotnego stylu życia, przekazuje wiedzę na temat zależności między zdrowiem a rozwojem, podnosi poziom wiedzy o zdrowiu oraz kształtuje nawyki pomagające w wyborze zachowań sprzyjających zdrowiu (Syrek, Borzucka-Sitkiewicz, 2009).

Można poszukiwać także elementów łączących koncepcję samotroski z troską o innych. Postawa ta składa się z dwóch aspektów: troska o innych (nazywana niekiedy troskliwością) oraz zatroskanie, czyli działanie skierowane na samego siebie

(Kowalik, 2005). Nawiązując do tych rozważań A. Ratajska (2008, s. 43) definiuje samotroskę jako: „umiejętność troski o siebie, bycie podmiotem zdarzeń, które świadomie kształtuje. Ma miejsce, gdy osoba czuje się odpowiedzialna za siebie i podejmuje kroki zaradcze w celu podniesienia jakości jego życia”.

Samotroska może objawiać się w trzech wymiarach: zdrowia, relacji oraz bezpieczeństwa (Kustra, Kowalczyk, 2011). Samotroska w wymiarze zdrowia to dążenie osoby do zachowania lub poprawienia sprawności fizycznej i psychicznego (Ratajska, 2008, s. 43). Obejmuje nauczenie się różnych metod poprawy samopoczucia i eliminowania bólu poprzez przestrzeganie diety, aktywność fizyczną, przyjmowanie leków i stosowanie się do wskazań lekarza. W wymiarze zdrowia pojęcie to odnosi się przede wszystkim do łagodzenia skutków choroby oraz procesu zdrowienia. Nie wspomina się tu wiele o samoprofilaktyce.

Samotroska w wymiarze relacji to dbanie o związki między ludźmi (Ratajska, 2008, s. 43). To umiejętność budowania dobrych relacji z innymi, bliskości z innymi, poszukiwanie wsparcia oraz ofiarowanie wsparcia. Dobre relacje z otoczeniem, otrzymywanie wsparcia od innych mają olbrzymie znaczenie w chorobie, a szczególnie w chorobie przewlekłej. Warto dodać, że mają one także olbrzymie znaczenie w utrzymywaniu dobrego zdrowia, w samoprofilaktyce zdrowotnej mającej na celu nie dopuścić do powstania choroby.

Samotroska w wymiarze bezpieczeństwa oznacza działania w celu zaspokojenia potrzeb socjalnych, poczucia dobrobytu i odpowiedniego poziomu życia (Ratajska, 2008). Wymiar ten obejmuje obszar materialny, lecz nie tylko. Wiadomo, że choroba i niepełnosprawność wiążą się z wysokimi kosztami leczenia i rehabilitacji, co niejednokrotnie odbija się negatywnie na sytuacji materialnej osoby chorej. Z drugiej strony niemal równie ważne jak bezpieczeństwo materialne jest bezpieczeństwo emocjonalne, świadomość bliskości i wsparcia ze strony innych.

Kustra i Kowalczyk (2011) wspominają także o pojęciu beztroski, które jest przeciwieństwem samotroski. Beztroska nie wiąże się bynajmniej z dobrostanem i szczęściem, lecz z lekkomyślnością. Beztroska to „życie nieodpowiedzialne, nieprzejmowanie się niczym, unikanie podejmowania jakichkolwiek zobowiązań” (Kowalik, 2005, s. 70). To brak chęci podjęcia troski o siebie, brania odpowiedzialności za swoje zdrowie oraz życie. Beztroska to brak wiedzy na temat choroby (gdy już ona pojawi się), niestosowanie się do wskazań lekarzy, nieprzyjmowanie leków, niestosowanie odpowiedniej diety. To wszystko, co jest przeciwieństwem zdrowego stylu życia, brakiem troski o siebie i innych.

2.3.3. Samoprofilaktyka. Główne składowe koncepcji

Definicja pojęcia „samoprofilaktyki” opiera się na przekonaniu, że to, co duchowe, staje się materialne. Świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie i wpływ własnego działania na nie, pomaga w podjęciu właściwych zachowań prozdrowotnych i osiąganiu przez to pożądaných rezultatów. Skuteczność celowo prowadzonego zdrowego stylu życia, obok tego, co fizyczne, zawiera też aspekty duchowe. Wymaga, aby wiedzieć, jak należy żyć i mieć siłę woli na realizację prozdrowotnych postanowień.

Wola jest to sposób działania, w którym manifestuje się osobowość działającego, czyli przełożenie jego sił ducha na konkretne czyny. Widać je w postaci cech charakteru (Karpiński, 2015). Często ten stan ducha jest już jednakże *post factum*, po zaistnieniu stanu chorobowego. Tymczasem w samoprophylaktyce chodzi o taki stan świadomości, który występuje przed stanem chorobowym. Jednostka powinna mieć rozwiniętą wyobraźnię przedstawiającą działania samoprophylaktyczne uprzedzające chorobę. To adekwatne wyobrażenie może być dane tylko tej osobie, której ono dotyczy. Świadomość jednostki jest podstawą jej samoprophylaktyki. Stan zdrowia człowieka jest tu podstawową dla niej motywacją wykorzystywania posiadanego talentu w stosowaniu osiągnięć społecznych, aby utrzymać organizm w zdrowiu pozwalającym skutecznie działać w środowisku.

Sytuacja współczesnego człowieka nie jest łatwa. Praca, rodzina i inne związki są pełne wyzwań, na podjęcie których niewielu jest przygotowanych. Znajdujemy przykłady małżeństw, które zmagają się z „wewnętrzną agonią” (Leider, 1997, s. 191–200) i pozostają w tym stanie przez całe lata. Dochody często ścigają się z wydatkami, a szala zwycięstwa wydaje się przechylać na korzyść tych drugich. Dzisiejsze wyzwania w pracy i w domu składają się z ciągłych stresów. Nic dziwnego, że wielu ludzi nie może sobie z tym wszystkim poradzić. Dlatego tak ważne jest dbanie o swoje zdrowie psychiczne i fizyczne.

Głównymi składowymi samoprophylaktyki są:

- samoświadomość,
- samowychowanie,
- samostanowienie,
- samorealizacja.

Samoświadomość oznacza „zdolność osoby wyrażająca się w kierowaniu – uwagi na samą siebie, doświadczania siebie i tworzenia reprezentacji poznawczej w postaci »ja« symbolicznego” (Ożóg, 2012, s. 5).

„Samowychowanie to czynne ustosunkowanie się podmiotu do procesu własnego rozwoju, wyrażające się w regulowaniu swego postępowania i działania według dobrowolnie przyjętych wzorów lub systemu wartości. Jest to świadome i celowe kierowanie sobą. Człowiek wychowując samego siebie, staje się podmiotem wychowania, jednostką zaangażowaną w działalność wychowawczą kierowaną na nią bądź na grupę, w której uczestniczy” (Ożóg, 2012, s. 22–23).

Samostanowienie wyraża: „właściwość osoby, dynamizm stanowiący podstawę wolności osoby rozumianej jako zależność od własnego »ja«. Jest podstawą stawiania się (zen) – pełnego urzeczywistnienia się osoby w procesie wychowania i samowychowania, źródłem odpowiedzialności za siebie i innych oraz podstawą relacji międzyludzkich” (Ożóg, 2012, s. 4).

Samorealizacja jest procesem ciągłego dążenia człowieka do zrealizowania posiadanych genetycznych możliwości, jako nadrzędnego rozwoju osobowego. Według A.H. Masłowa samorealizacja jest najwyższym poziomem rozwoju psychicznego, który może być osiągnięty po zaspokojeniu wszystkich potrzeb podstawowych, metapotrzeb i aktualizacji całego potencjału osobowości (Ożóg, 2012, s. 2). Aby móc

sprostać wymogom samoprofilaktyki prozdrowotnej, potrzebna jest samorealizacja, będąca „naturalnym dążeniem do bardziej złożonego i pełnego rozwoju, tendencją do uaktywniania możliwości organizmu, własnego ja. Obejmuje ona i ukierunkowuje doświadczenia, zachowanie się, popędy, pragnienia, cele, wartości i motywy osoby. Pozytywny efekt samorealizacji zależy od organizmicznego procesu wartościującego, pomagającego w wyborze działania służącego samorealizacji i wymaga kontaktu z odczuciami symbolizowanymi w polu świadomości” (Ożóg, 2012).

Wszystkie powyżej wyszczególnione elementy samoprofilaktyki sprawiają, że osoba ją stosująca jest człowiekiem wewnątrzsterownym i nie jest podatna na zewnętrzny proces kreowania świadomości poprzez reklamy w mass mediach czy *branding* korporacyjny. Posiada umiejętność krytycznego, refleksyjnego myślenia. „Wewnątrzsterowność jest to cecha osobowości przejawiająca się poleganiem na własnych sądach i samodzielnością w podejmowaniu decyzji” (Duliniec, 2009, s. 75).

W przeszłości, i często jeszcze obecnie, ludzie utrzymują przekonanie, że o ich zdrowie dbają lekarze. Warunki początku XXI w. wymuszają jednak zmianę tego wyobrażenia. Zwiększa się bowiem ilość i jakość „niebezpieczeństw zachorowania”. Jednostki muszą więc umieć same bardziej zadbać o swoje zdrowie. Temu właśnie ma służyć samoprofilaktyka. Każdy powinien być sam dla siebie „lekarzem pierwszego kontaktu”. Oczywiście jest, że nie można nikomu narzucić zachowań prozdrowotnych, jednak bez odpowiedniego kształcenia, przekazu mass mediów i aktywnego udziału społeczeństw lokalnych, działania na rzecz zdrowia nie mogą być wystarczające. Udział społeczeństw zależy bezpośrednio od poziomu ich wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz od zapewnienia warunków ku temu.

W treści samoprofilaktyki odnajdujemy więc:

1. Wyobrażenia organizmu, w którym są elementy negatywne i pozytywne dla zdrowia.
2. Wolę odróżnienia jednych wyobrażeń od drugih i usunięcie w praktyce tych negatywnych. Nie trzeba skończyć studiów z psychologii, by ludzie umieli pomóc sobie samym (Leider, 1997). Jest to możliwe o tyle, o ile jednostka umie wsłuchiwać się w siebie. Sednem samoprofilaktyki jest kontrola sprowadzająca się do sztuki słuchania swego ciała i ducha. To słuchanie jest absolutnie konieczne dla wspomnianej kontroli. Trzeba bowiem wyniki każdorazowej obserwacji porównać z wynikami wcześniej rozpoznanymi jako optymalne.
3. Przestrzeń samoprofilaktyki wymaga ciągłej samoobserwacji i adekwatnej interpretacji zachodzących procesów.

Aby zadanie to mogło być spełniane, jednostki powinny przede wszystkim zdobyć dokładne rozpoznanie swojej cielesności i duchowości. Obok obserwacji winny tu mieć zastosowanie eksperymenty pozwalające ujrzeć siebie w sytuacjach mniej lub bardziej skrajnych. Każdy też powinien ustalić optymalny stan po to, aby móc określić zaistniałe różnice między optymalnością zdrowotności a konkretnym jej stanem w procesie dokonywanych, codziennych wysiłków. Nakaz ten widnieje od zarania naszej kultury europejskiej już od czasów budowania świątyni Apollina w Delfach: *γνώθι σαυτόν* [gnóthisautón] – „poznaj samego siebie” (Reiser, 1993).

W tym przykazaniu podkreśla się, że najpierw winien człowiek poznawać siebie, a dopiero później swoje środowisko. Potrzeba ta wynika z wpływu, jaki ludzie wywierają na świat, na swoje otoczenie i na siebie, na swój stan zdrowotności. Od stanu ludzi zależy treść owego oddziaływania oraz jakość tworzonego świata. Od stanu wiedzy jednostek ludzkich na temat własnej cielesności i duchowości zależy powodzenie podejmowanych dzieł.

Po drugie jednostki ludzkie winny mieć ukształtowane sposoby przywracania zdrowia sobie samemu poprzez usuwania odchyłeń od optymalnego stanu. Te sposoby mogą być także treścią życia społecznego, jednakże w zmienionym kształcie: nominalizm winien być zastąpiony realizmem. O ile dotąd zapytujemy, co robić w przypadku bólu głowy czy grypy, o tyle w samoprofilaktyce pytamy, co pani/pan czyni, gdy boli ją/jego głowa. W utrzymywaniu zdrowotności nie ma bowiem metod zatnych dla każdego człowieka, „metod w ogóle”. Metody te są zawsze skonkretyzowane, tj. odnoszące się indywidualnie do konkretnej jednostki ludzkiej.

Z powyższego wynika, że obok konieczności nieustannego podnoszenia uzyskanych zdolności zawodowych współczesny człowiek winien ciągle kształcić własne zdolności samoprofilaktyczne w utrzymywaniu swojego zdrowia w takim stopniu, aby mógł spełniać przyjętą przez siebie rolę społeczną. Zadanie to wymaga znajomości samego siebie, a szczególnie swój możliwy stan optymalny. Wiedzę na jego temat zdobywamy metodą samoobserwacji, eksperymentów oraz przeprowadzania badań okresowych. Możliwości indywiduum w obserwacji własnej cielesności są ograniczone. Społeczeństwo osiągnęło już wysoki poziom określania ludzkiej zdrowotności optymalnej. Trzeba z tego korzystać okresowo.

Ponadto w samoprofilaktyce istotną rolę odgrywa wola utrzymywania ciała i ducha w stałej kondycji. Postanowienie powinno być materializowane. W zakresie posiadanego czasu musi być wydzielona jego część pozwalająca stosować samoprofilaktykę prozdrowotną. Czas trwania owych zajęć winien być dostosowany do osobistego celu, systemu wartości, wizji siebie i odwagi. Ale trzeba stosowane wysiłki „uzgodnić” z procesem naturalnych zmian ducha i cielesności jednostek ludzkich. Biegi młodzieńcze muszą być bowiem z czasem zastępowane spacerem.

Samoprofilaktyka wymaga także uwzględniania warunków życia rodzinnego osoby ją uprawiającej. Warto pamiętać, że istotną w rodzinie metodą wychowania (samowychowania) jest naśladowanie. Realizując swoje przedsięwzięcia samoprofilaktyczne, albo sami naśladujemy innych, albo nas naśladują. Trzeba więc zawsze utrwalone wzory samoprofilaktyki odnosić do konkretnych indywiduów – nie jednostki ludzkie dostosowywać do wzorów, ale odwrotnie, wzory do konkretnych osób.

Poniżej przedstawiam kilka podpowiedzi, które nasunęły mi się w trakcie studiowania literatury poświęconej zdrowotności jednostki ludzkiej oraz zdobytego doświadczenia osobistego:

1. Jakość i głębia naszej samoprofilaktyki ujawnia się w naszej zdrowotności. Warto nauczyć się rozpoznawać swój stres, oznaki: roztargnienia, bezsenności, zmiany apetytu, zaburzenia w trawieniu, częstsze przeziębienia czy bóle głowy.

Można też zapytać rodzinę lub przyjaciół, czy może zauważyli zmiany w naszym zachowaniu.

2. Musimy uznać swoje uzależnienia, aby dowiedzieć się, czy jesteśmy wierni swojej istocie lub czy żyjemy w stworzonym przez nas samym więzieniu, kierowani oczekiwaniami innych ludzi lub organizacji. Trzeba zrównoważyć swój styl życia. Można pomyśleć o innej sferze swojego życia, o tej, którą chcielibyśmy rozwinąć oprócz pracy. Należy zwrócić uwagę na swój umysł, ciało i ducha.
3. Prawdziwe zmiany są pochodną zmian naszych map psychicznych. Spróbujmy opracować swoją mapę, szczególnie ze wskazaniem na ujemne i pozytywne jej elementy. Energia jest funkcją czytelnej i gorącej osobistej wizji. Trzeba wtedy poświęcić sobie codziennie chwilę na własne przemyślenia. Konieczne jest przemyślenie (przez 15 minut) naszego codziennego życia w szerszym kontekście i określenie lub zweryfikowanie priorytetów. Być może niektórych rzeczy nie trzeba robić.
4. Odkrywajmy siebie na nowo. Jest to trwający proces ustawicznego uczenia się. Dzień bez 15 minut dla ćwiczenia ducha jest dniem straconym. Uwolnijmy się od pewnych obowiązków. Zapracowani często zapominają o sobie, o samoprofilaktyce.
5. Odzyskajmy panowanie nad swoim kalendarzem. Wyobraź sobie idealny tydzień. Jak wyglądałby nasz idealny tydzień? Rozpiszmy go na kartce papieru. Poddajmy się badaniom okresowym, jeśli czujemy się zbyt oddaleni od swojej optymalnej zdrowotności. Zadajmy sobie i odpowiedzmy na pytania: Kiedy ostatni raz odbyliśmy prawdziwą rozmowę o tym, co w życiu najważniejsze? A szczerą rozmowę od serca z kimś, kto jest nam bliski? Pomyślmy o swoich przyjaźniach. Kiedy ostatni raz zapytaliśmy kogoś, co u niego, u niej słychać i wysłuchaliśmy uważnie i do końca odpowiedzi? Czy martwi nas to, że nie rozmawiamy ze swoimi partnerami? Zaplanujmy w tym tygodniu rozmowę od serca z kimś, kto jest nam bliski.
6. Znajdźmy miejsce, gdzie będziemy mogli wsłuchać się w siebie. Wiele czasu spędzamy „biegając w kółko”, próbując określić, co mamy robić, ale najpierw powinniśmy określić, kim chcielibyśmy być. Postawmy sobie zadanie robienia regularnych duchowych przerw. Wyobraźmy sobie siebie w ulubionej oazie spokoju – miejscu wsłuchania się w siebie. Zróbmy głębokie wdechy. Zróbmy swojej duchowej istocie trochę miejsca na wzrost.
7. Kluczem do zdrowia jest poczucie kierunku – robienie małych rzeczy, ale konsekwentnie. Korzystajmy z technik radzenia sobie ze stresem, które są nam znane. Jedną prostą techniką jest spowolnienie, aby nie pędzić „na łeb, na szyję”. Do jakiej znanej nam techniki radzenia sobie ze stresem powinniśmy powrócić?

Aby świadomie dbać o zdrowie i stosować samoprofilaktykę, trzeba mieć ku temu wolę. Tomasz z Akwinu postrzegał ludzi jako istoty z góry zaprogramowane do poszukiwania pewnych celów, lecz zdolne do wyboru między ścieżkami do tych celów. Filozof ten uważał, że przy wyborach u ludzi decyduje rozum, wola i namiętności. Wola jest „pierwszym poruszycielem” duszy i przyczyną ruchu ciała.

Wybór składa się z pięciu etapów (O'Connor, 2017):

- rozumowe rozważenie istotności celu,
- rozumowe rozważenie środków osiągnięcia celu,
- wola zorientowana na osiągnięcie celu,
- wola i rozum wspólnie decydują o wyborze środków,
- wola podejmuje działanie.

Profilaktyka może być pojęciem szerszym, zawierającym samoprofilaktykę. To pojęcie winno być coraz więcej przedstawiane w związku z toczącym się społecznym rozwojem ku upodmiotawiającej przyszłości. Te określenia mogą również być rozłączne. Pierwsze z nich byłoby tworzeniem odpowiedniej zdrowotności przez instytucje społeczne. Drugie zaś przynależałoby do upowszechniania samoprofilaktyki przez jednostki ludzkie. Konieczność dopełnienia profilaktyki przez samoprofilaktykę wiąże się z rozwojem wychowania podmiotowego.

3. Podstawy metodologii badań własnych

Jakie strategie metodologiczne trzeba zastosować, badając przechodzenie od biomedycznego do holistycznego podejścia w rozumieniu zdrowotności człowieka? Jak badać zmieniające się samoprofilaktyczne, zindywidualizowane podejście do rozumienia zdrowotności? Rozdział poświęcony jest analizie metod pozwalających odpowiedzieć na te pytania.

Aby najlepiej i najpełniej poznać postawy i zachowania zdrowotne młodzieży, użyto metod jakościowych i ilościowych. Jakościową wiedzę na temat badanych zjawisk uzyskano przede wszystkim z analizy istniejącej literatury. Prezentowane w poprzednich rozdziałach badania na temat zdrowotności młodzieży oraz funkcjonowania edukacji prozdrowotnej pozwalają stworzyć kontekst badania oraz pokazać jego złożoność. Moje badania własne opierają się na metodach ilościowych. Wynika to przede wszystkim z tego, że metody ilościowe w wielu dziedzinach nauki postrzegane są jako bardziej obiektywne, pozwalające na porównywanie danych oraz przedstawienie ich w precyzyjny sposób. Podejście ilościowe pozwala uchwycić bardzo konkretne, wyrażone w liczbach dane. Uzupełniają one szeroki kontekst o szczegóły oraz pozwalają na wyciąganie nieco odmiennych wniosków. W konsekwencji połączenie metod ilościowych i jakościowych daje bardzo precyzyjny i złożony obraz zachowań zdrowotnych młodzieży oraz ich podejścia do samoprofilaktyki.

Całość zebranych danych posłuży do opisaną postaw i zachowań zdrowotnych oraz do rozumienia samoprofilaktyki prozdrowotnej przez badanych uczniów klas maturalnych Wejherowa.

3.1. Metody jakościowe a ilościowe w badaniu stanu zdrowia młodzieży

W naukach społecznych przy przeprowadzaniu badań można wykorzystywać jedną lub więcej metod badawczych. Najczęściej wyróżnia się metody ilościowe i jako-

ściowe. Zarówno jedno, jak i drugie mają swoją określoną specyfikę, zalety i wady. W przypadku badań ilościowych, obowiązuje utarty schemat, w którym raport zawiera trzy ustalone części: założenia teoretyczne, metodologiczne oraz wyniki badań. Inaczej sprawa się przedstawia przy badaniach jakościowych. Bywa, że nie mają sprecyzowanych wyjściowych założeń teoretycznych i ujawniają się one dopiero w trakcie procesu badawczego, na podstawie zgromadzonych danych.

Pod koniec XX w. popularne były głównie badania ilościowe z wykorzystaniem metod statystycznych, z losowym doбором próby badawczej. Najczęściej był to dobór celowo-losowy. W małym stopniu wykorzystywano metody jakościowe, które nie cieszyły się dużym zainteresowaniem naukowców. Z biegiem czasu sytuacja ta uległa zmianie. Nauki społeczne zajęły się szerzej metodami jakościowymi, co z czasem doprowadziło do powstania strategii badawczych mieszanych, na które składają się obydwie te formy. Poznanie ilościowe stwarza niewielką możliwości opisu badanego przedmiotu oraz jego pełnego poznania. Jest ograniczone tylko do wąskiej przestrzeni poznawczej.

Prowadząc badanie środowiska wychowawczego dorosłej młodzieży, konieczny jest jego opis ilościowy i jakościowy. Opis ilościowy najczęściej spotyka się pod postacią statystyk, danych liczbowych i metryczkowych. Tworzą one szczegółową klasyfikację i pomagają w zdobyciu podstawowej wiedzy na temat badanej społeczności i jej warunków życia.

Początkowo analiza ilościowa wiązała się ze spisem powszechnym, z którym po raz pierwszy spotykamy się w *Torze*, w księdze *Numeri*. Z biegiem czasu były prowadzone statystyki mające służyć, jak określił to G. Achenwall, do „gromadzenia, przetwarzania i wykorzystywania danych przez państwo” (Dobrowolska, Karpiński, Lech, 2006, s. 234). Wraz z rozwojem nauk matematycznych do badania ilościowego dołączono rachunek prawdopodobieństwa oraz statystykę matematyczną. Ta druga opiera się m.in. na takich parametrach, jak: średnia arytmetyczna, mediana i kwartyle. Są to dane o charakterze umownym. Stąd wynika trudność z wykorzystaniem ich w badaniu jakościowym, przy opisie nowych zjawisk społecznych. Oprócz kwartyli stosuje się również decyle oraz percentyle (Szwed, 2008). One ze swej istoty wnoszą nie tylko matematyczny, ale też jakościowy wkład w badanie.

W związku z powyższym, aby wyjaśnić istotę metody ilościowej, należy przybliżyć teorię rachunku prawdopodobieństwa oraz statystykę matematyczną. Średnia arytmetyczna ogranicza się jedynie do liczebności badanej zbiorowości, gdyż trudno jest wyobrazić sobie określone cechy osoby pod postacią liczb wymiernych. Zatem przyjęcie „0” jest „typem idealnym” (Weber, 1949; za: Szacki, 2011) niewystępującym w rzeczywistości społecznej. Wobec tego, jeśli istnieje pewna wątpliwość w ustaleniu istnienia niczego, można powiedzieć, że „0” jest narzędziem pomocnym badaczom do opisywania świata, który wynika z ich kultury będącej istotą ich edukacji. Trzeba jednak brać pod uwagę, że „0” jest tylko założeniem nieistnienia czegoś, jest punktem odniesienia, który w dużej mierze ma swoje potwierdzenie w etyce, podobnie jak arystotelesowa zasada sprzeczności (Łukasiewicz, 1987). Dlatego wykorzystywanie m.in. metody statystycznej, w tym średniej arytmetycznej, ma także działania kultu-

rowe, będące subiektywnym opisem istniejącego stanu rzeczy, co może być przyczyną nierzetelności. Ponadto w badaniach ilościowych stosuje się również dominantę, która jest miarą tendencji centralnej na poziomie porządkowym i nominalnym.

Określenie „rachunek prawdopodobieństwa” pochodzi od łac. *Probalitis*, co oznacza prawdopodobny i odnosi się do badania praw dotyczących zdarzeń losowych. Do jego kluczowych pojęć należy: zdarzenie elementarne i przestrzeń zdarzeń elementarnych powiązanych z doświadczeniem losowym. Zgodnie z zasadą badania losowego musi się ono sprawdzić dla potwierdzenia lub obalenia hipotezy w danym zbiorze wyników. W ten sposób zmniejsza się obszar poznawczy, obejmując nie tylko pewien zakres możliwych odpowiedzi, ale również ich kulturowo określony zbiór, którego celem jest wykazanie fałszywości twierdzenia, a nie poznanie. Losowy dobór próby badawczej ma swój ograniczony zasięg w postaci wyniku probabilistycznego, gdzie istnieje 50% szans na trafienie właściwej odpowiedzi. Ograniczenia poznawcze wynikają również z faktu, że ten dział matematyki oparty jest na arystotelesowskiej logice i kanonach Milla (Przybyłowski, 2000), które pokazują wpływ środowiska na wyniki badania. Poza tym ograniczenie się tylko do obliczania prawdopodobieństwa tworzy model myślenia dedukcyjnego, mającego swoje kulturowe konsekwencje.

Wadą badania probabilistycznego jest także trudność w zbadaniu całej przestrzeni zdarzeń elementarnych, gdyż opiera się ono jedynie na danych z próby badawczej, według której istnieje 50% szans na wskazanie problemu, jaki może mieć miejsce w przyszłości. Nie uwzględnia badania kompletnego, gdyż głównym zadaniem badań losowych jest wnioskowanie o właściwościach jedynie części całego zbioru.

Stąd ważnymi czynnikami ograniczającymi ten rodzaj poznania są: ekonomia, czas, a także narzędzia badawcze. Nasuwa się wniosek, że badanie z wykorzystaniem metody probabilistycznej nadaje się głównie do analiz w warunkach laboratoryjnych, gdzie wszelkie następstwa łatwiejsze są do przewidzenia niż ma to miejsce w naturalnym środowisku, w którym nie zawsze sprawdzają się reguły. Tenże wyjątek od reguły jest niczym innym, jak etycznym działaniem (Łukasiewicz, 1987), mającym na celu usprawiedliwienie braku, jaki pojawił się wśród zmiennych. Wpisuje się on w zasadę sprzeczności Arystotelesa i w prawa rachunku zdań (Leśniak, 2003). Dlatego wykorzystanie badania ilościowego, opartego na rachunku prawdopodobieństwa trudno jest zastosować w ramach jedynej metody badawczej, a tym bardziej w weryfikacji problemu o naturze społecznej, jaką jest wpływ czynników środowiskowych badanej młodzieży na zdrowie.

Te narzędzie poznania, choć niezawodne, to w naukach społecznych poznawczo są ograniczone. Nie pozwalają na zebranie informacji dotyczących całej populacji, co pozwoliłoby na uzyskanie treści mających wpływ na poznanie danych problemów społecznych. Ponadto w badaniach losowych pomija się pewne istoty zjawisk, które mogłyby wyjaśnić przyjęte hipotezy oraz zrozumieć prawidłowości, które uwarunkowały ich powstanie. Ponadto probabilistyka nie pozwala na klasyfikację przedmiotów badania, co jest niezbędne do opisu zjawisk społecznych, jak i sprawdzenia postawionych hipotez. Wynika to z faktu, że opiera się ona na losowości, która nie daje możliwości wykonania precyzyjnego badania, co stanowi jej słabość poznawczą.

Podobnie wygląda sytuacja z zastosowaniem w badaniach statystyki matematycznej (Korfanty, 2001), którą wykorzystuje również w przeprowadzonych badaniach. Przy metodach ilościowych rachunek prawdopodobieństwa wykorzystuje się do sporządzenia analizy i opisu zjawisk masowych. Może to być badanie kompletne całej populacji lub częściowe. Jako narzędzia wykorzystuje się próbki losowe, które mają być reprezentatywne dla całej populacji. Są to próbki mające charakter losowy, analizujące jedną lub więcej właściwości populacji generalnej. Bierze się pod uwagę cechy mierzalne i niemierzalne. Te drugie stają się mierzalnymi poprzez nadanie im rang. Wyróżnia się dwa rodzaje statystyk: opisową i statystykę matematyczną (uwzględniającą więcej niż jedną cechę próby badawczej z zastosowaniem rachunku prawdopodobieństwa). „Na podstawie rachunku prawdopodobieństwa przyjmuje się, że struktura i zróżnicowanie właściwości (np. poglądów i postaw) w badanej próbce reprezentacyjnej odpowiada proporcjonalnie strukturze i zróżnicowaniu tychże właściwości w całej populacji, z której ta próbka pochodzi. I w oparciu o takie założenia dopuszcza się możliwość wysuwania wniosków dotyczących całości danego zbioru ludzi z materiałów badawczych, jakie zostały uzyskane w wyniku przebadania próbki reprezentacyjnej” (Sztumski, 2010, s. 156).

W związku z tym statystyka matematyczna jest narzędziem wykorzystującym rachunek prawdopodobieństwa i matematykę do analizowania różnych przestrzeni życia społecznego, np. sfery życia codziennego, ekonomicznego, religijnego, kulturowego czy zdrowotnego. Przy wykorzystywaniu badań ilościowych w badaniach prowadzonych metodą statystyczną w praktyce (np. przy użyciu ankiety) prowadzący sondaże stawiają badanych w obowiązku udzielenia odpowiedzi w bardziej przyjęty, pozytywny, niż rzeczywisty sposób. Wykazuje to raczej reakcję na dane zjawisko, niż rzetelną opinię o nim. Jest to skutkiem konfrontacji z daną ideą, niż skutkiem samodzielnych przemyśleń, których badani często nie są w stanie sobie wypracować.

Dużą rolę w życiu społecznym odgrywa obecnie hiperrzeczywistość, będąca głównym strumieniem informacji, tworzonych przez instytucje wychowania pośredniego (Dobek-Ostrowska, 1999). Efektem tych działań jest tworzenie przez część opinii publicznej wiedzy uwewnętrznionej przez zewnętrzne treści. To z kolei przyczynia się do sugerowania pewnych odpowiedzi, które bywają stymulowane poprzez różne sytuacje badawcze, np. badanie sondażowe zogniskowane lub przez sposób ułożenia pytań; dobrym ich przykładem są pytania sugerujące (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2001). Dlatego taki sposób poznania jest w istocie pomiarem hiperrzeczywistości, o której w głównej mierze decydują środki masowego przekazu. Pewne wątpliwości w tego rodzaju analizach budzi również sposób prowadzenia wywiadów oraz sondaży. Sondaże mogą zawierać pewne zniekształcenia faktów, które stara się ustalić prowadzący badanie (Znaniński, 2008). Stąd w badaniach społecznych, korzystających z metod sondażowych do analizy zjawisk, nie powinno się ograniczać tylko do tego jednego rodzaju poznania.

Inną kwestią jest dobór próby reprezentatywnej, bowiem nie zawsze można dotrzeć do wszystkich grup społecznych danej populacji. Taki zabieg wymaga stworzenia kompletnej listy osób tworzących populację generalną. Polega to na

odtworzeniu w mniejszej skali całej populacji, uwzględniając przy tym jej dane metryczkowe. O wielkości próbki populacji wpływ wywiera: stopień różnorodności środowiska społecznego; ilość kategorii statystycznych, które chcemy zastosować; stopień dokładności, jaki chcemy otrzymać. Próbka badawcza powinna być wprost proporcjonalna do wielkości badanej populacji.

Natomiast badanie sondażowe z próbą warstwową budzą dużą wątpliwość etyczną, gdyż badający sam dobiera osoby ankietowane. Wprowadza to ryzyko nierzetelności, ponieważ mogą to być osoby znajome, które pokrywają się z pożądanym wynikiem badania. W ten sposób narzuca się liczne ograniczenia, tj. wykorzystuje się określoną liczbę zawodów, grup społecznych, nie powtarza się pytań oraz losowo określa miejsce prowadzenia badania, czas rozpoczęcia badania itp.

Oprócz powyższego także etyka pracy instytutów sondażowych zostawia wiele do życzenia, szczególnie w warunkach, gdy zgodność praw rynku i opinii publicznej często musi iść w parze (Palka, 2010). Badania ilościowe mogą ponadto zawierać błędy, tj. nieadekwatną wielkość próby, błędy w doborze próby, błędy pomiaru i analizy danych, nieprawidłową interpretację, stronniczość, brak odpowiedzi respondentów, manipulację zmiennymi czy błędy w kodowaniu danych itp. Poza tym zachowania niewerbalne, bardzo istotne w procesie komunikowania się, nie są możliwe do uwzględnienia w takim badaniu. Mimo licznych wad, jednak metoda ilościowa wykazuje większą rzetelność, precyzję i trafność, dzięki stałym procedurom badawczym i możliwości ich powtarzania, czego nie można uzyskać w badaniu jakościowym.

Pomiary w badaniach ilościowych są możliwe do wykonania tylko na ograniczonej próbie, na podstawie której wnioskuje się specyfikę całej populacji. Z tego względu wnioski z wyników takich badań nie mogą być traktowane jako opis zjawiska społecznego występującego w całej populacji, lecz tylko w ściśle określonym czasie i wyłącznie w grupach badanych (Szkudlarek, 1997). Jednak zaletą badań ilościowych jest to, że dają możliwość odzwierciedlenia treści zachowań społecznych i pozwalają na poznanie warunków fizycznych określonej przestrzeni badawczej w danym czasie.

Pomimo licznych zalet badań metodą ilościową, przez ich krótkotrwałość charakter nie są wystarczające do weryfikacji hipotez poszczególnych rozdziałów, jak i hipotezy głównej tej pracy. Chociaż wpływają one na większą rzetelność przeprowadzonego badania, ale same w sobie nie są wystarczające. Konieczne jest połączenie metody ilościowej z badaniem jakościowym, by nie tylko poznać badane zjawisko, ale także je zrozumieć.

Zupełnie inną perspektywę na obszar badawczy prezentuje podejście jakościowe. Badania jakościowe jako samodzielna analiza badawcza, będące alternatywą dla badań ilościowych, pojawiły się w latach 60. i 70. XX w. Był to złoty wiek w rozwoju badań jakościowych. W tym okresie dokonano próby określenia znaczenia metod jakościowych w naukach społecznych, co zapoczątkowało metodologię badań jakościowych. Jako wzorzec tych przemian służą prace B.G. Glasera i A.V. Strausa (Kaczmarek, 2013).

Polski wkład w rozwój jakościowych metod badawczych odzwierciedla socjolog F. Znaniecki, który jest twórcą metody autobiograficznej oraz agitatorom zastosowań metody indukcji analitycznej (Kaczmarek, 2013). Badania jakościowe koncentrują się na „głębszej” analizie danego zjawiska społecznego. Główny nacisk położony jest na dokładniejsze zrozumienie badanego problemu i motywów działania danej populacji.

Badania jakościowe zawierają grupę metod badawczych pochodzących z wielu dyscyplin naukowych, a w szczególności z socjologii. Pomagają one we wszechstronnym zbadaniu zachowań i postaw badanej grupy społecznej (Mazurek-Łopacińska, 2002). Socjologia, według A.J. Karpińskiego (2007, s. 240) jest nauką „o specyficznych wartościach i czynnościach społecznych”. Dlatego, aby poznać przyczyny zaistnienia pewnych zjawisk społecznych, badać należy nie tylko samą strukturę grupy, ale także jej wartości i czynności. Dla utrzymania możliwie jak największej obiektywności przy prowadzeniu badań jakościowych, istotne są również uznawane przez badacza wartości, jego postrzeganie określonych zjawisk społecznych, co jest uwarunkowane wychowaniem. Z tego względu do analizy jakościowej powinno się przyjmować następujący program działania (Znaniecki, 2008):

- a) określić bardziej i mniej istotne dane,
- b) wyabstrahować cechy postawionych hipotez,
- c) ustalić klasyfikację zjawisk z wykorzystaniem „współczynnika humanistycznego”,
- d) sprawdzić hipotezy w stosunku do badanych klas, w których występują cechy badanego zjawiska,
- e) uporządkować otrzymane klasy w system oparty na funkcjach, jakie badane cechy odgrywają w determinowaniu tychże klas.

Istotą badań jakościowych jest to, że nie przedstawiają się one w liczbach, a dotyczą głównie charakterystyki badanych zjawisk. Skupiają się na identyfikacji faktów, pomiarze danych, najczęściej odpowiadają na pytania: co, ile, jak silnie, jak często. Jakościowa analiza danych jest procesem skomplikowanym, ponieważ nie posiada wzorów ani określonych narzędzi badawczych. Badani wyrażają swoje poglądy i opinie, bez narzucania im wariantów odpowiedzi (Trocki, 2013).

Z tego względu w procesie analiz powinno się wybierać takie drogi poznania, jakie będą zastosowane przy badaniu metodą jakościową. W różnych podręcznikach dotyczących metodologii badań w naukach społecznych, jest wiele różnorodnych sposobów prowadzenia badań jakościowych. Na przykład S. Palka (2010) wyróżnia w nich: obserwację uczestniczącą, różne sposoby prowadzenia wywiadu, analizę dokumentów osobistych, metodę biograficzną oraz badanie w działaniu. Z kolei T. Bauman i T. Plich (1995) wymieniają otwarty wywiad pogłębiony, metodę biograficzną i jakościową analizę tekstu. Natomiast D. Silverman jest zdania, że do badania jakościowego należy zaliczyć: analizę tekstów i dokumentów, obserwację, wywiady, nagrywanie i transkrybowanie (Znaniecki, 2008). E. Park przypisuje kluczową rolę obserwacji oraz opisowi etnograficznemu. Podkreśla rolę tekstów i strukturę narracji jako rodzaj badania naukowego. Takie podejście do badania jakościowego pokazuje

potrzebę wychodzenia poza utarte procedury, tak by móc jak najdokładniej poznać badany przez siebie obiekt (Szacki, 2011).

D. Silverman badania jakościowe stosuje głównie przy analizach terenowych. Według niego taki typ poznania sprawdza się najkorzystniej przy obserwacjach uczestniczących (Babbie, 2010). Z kolei „gdy chcemy zrelacjonować badanie innym, uwzględniamy wyniki prowadzonego przez nas badania terenowego” (Babbie, 2010, s. 296). W badaniu uczestniczącym wykorzystać można zarówno wywiady indywidualne, jak i fokusowe czy obserwacje. Nie istnieje wyraźna granica między badaniami jakościowymi a ilościowymi, gdyż nakładają się one wzajemnie w trackie ewolucji programów czy przy weryfikacji hipotez (Smolińska-Theiss, 2010).

Pomiar jakościowy napotyka jednakże na pewne problemy natury metodologicznej. Do nich można zaliczyć reprezentatywność, której ten rodzaj analizy z reguły nie spełnia. Wynika to z prawa prawdopodobieństwa czynienia pewnych hipotetycznych założeń, które trudno jest uzyskać w tej metodzie badawczej, gdyż ma ono charakter aposterioryczny, a nie aprioryczny, jak przedstawiona powyżej metoda ilościowa. Natomiast zaletą badań jakościowych jest możliwość ukazania nowych, ukrytych zagadnień funkcjonowania określonych grup społecznych, które wcześniej nie były jeszcze badane (Schäffle, 1897). Rodzi to podejrzenie zbyt ogólności prowadzonych analiz. Sytuacja taka stwarza potrzebę podejścia teoretycznego, polegającego na wyczerpaniu pola badawczego. Reprezentacją tego typu dobru próby jest, np. metoda kuli śnieżnej (Babbie, 2010), w której to stara się znaleźć tyle przypadków, by zastosować wszystkie warianty potrzebne do sformułowania odpowiedzi na problemy badawcze. Poza tym badania jakościowe wymagają ogromnej dbałości w określeniu ram teoretycznych i metodologicznych oraz precyzji założeń badawczych, gdzie następuje ich weryfikacja, w ciągu całego procesu badawczego. Jako założenia badawcze mogą służyć problemy badawcze, czy też szeroko rozumiane hipotezy. Ponadto badania jakościowe swoją specyfiką tworzą pewien rodzaj społecznej przestrzeni, w której znajdują się nieznane dotąd interpretacje. Ukazują one także określone zmiany społeczne, sprzyjają rozwojowi społeczno-kulturowemu łącznie z rozwojem edukacji i podnoszeniem jakości życia.

Badania jakościowe umożliwiają analizę przestrzeni życia społecznego, gdyż w przeciwieństwie do badań ilościowych nie ograniczają się wyłącznie do pomiaru samych faktów, lecz umożliwiają przebadanie szerszego kontekstu zjawisk społecznych. Ten typ poznania ze swej natury może przyczyniać się do wnoszenia pewnych błędów do badania. Nie można ich zweryfikować, ponieważ w przeciwieństwie do badania ilościowego nie można go powtórzyć w celu przetestowania tej samej hipotezy. Badania jakościowe są mało precyzyjne i nie są reprezentatywne. Wyniki otrzymane w ten sposób wymagają dodatkowego wyjaśniania i trudno jest je ukazać w formie przeliczalnej, co pozwoliłoby na ich pragmatyczne użycie.

Podsumowując, należy powiedzieć, że badania ilościowe i jakościowe powinny być stosowane łącznie ze względu na swoją specyfikę, między innymi poprzez ujmowanie przez jedno lub drugie statyki i dynamiki społecznej. Wykorzystując metodę ilościową, możliwe jest uzyskanie wstępnego opisu fizycznego zjawisk i jego cha-

rakterystyka w danym czasie (t_n). To pozwala wysnuć wniosek, że badanie ilościowe jest bardziej precyzyjne niż badanie jakościowe, dzięki czemu można mówić o jego większej reprezentacyjności i łatwości w prezentacji. Dlatego można je wykorzystać, np. jako wstępny opis, oddający fizyczny obraz badanego zjawiska lub w późniejszym czasie badaniu tendencji, robieniu statystyk czy weryfikacji uzyskanej wiedzy z wykorzystaniem strategii triangulacyjnej. Badanie ilościowe ze swej strony jest w stanie uzupełnić braki i wnioski z badania jakościowego. Szczególnie jeśli chodzi o badanie zachowań zdrowotnych młodzieży, w których zostały przeprowadzone badania z wykorzystaniem kwestionariuszy wywiadu i kwestionariusza ankiety. Użycie metod mieszanych pozwala na wyeliminowanie błędów oraz rzetelny opis badanych zjawiska, który weryfikuje hipotezę badawczą.

3.2. Metodyka badań ankietowych

Metoda badań ankietowych jest bardzo popularna w badaniach społecznych i badaniach nad zdrowotnością. Jej podstawową zaletą jest możliwość zbadania dużej liczby osób. Zebrane dane są łatwe do porównania i przedstawienia w sposób ilościowy. Dane te mogą być łatwo porównywane, np. z podobnymi badaniami prowadzonymi w innym czasie i dotyczących innych grup społecznych. Badani udzielają odpowiedzi anonimowo, co zwiększa szczerość i wiarygodność zebranych odpowiedzi.

Badania ankietowe (kwestionariuszowe) pozwalają na zebranie różnorodnych danych na temat zachowań zdrowotnych młodzieży. Zakres możliwych pytań jest bardzo szeroki. Umożliwia to zebranie całościowej wiedzy na temat wyborów życiowych młodzieży, jej stylu życia oraz podejścia do profilaktyki zdrowotnej. Na podstawie zebranych danych można wyciągnąć wartościowe wnioski na temat zachowań młodzieży oraz podejścia do zdrowia.

Przy projektowaniu badania ankietowego ważne jest opracowanie strategii badawczej, wybór próby badawczej oraz opracowanie ankiety. Wszystkie te elementy powinny być zrealizowane zgodnie z wymogami prowadzenia badań naukowych. Dzięki temu można zebrać wiarygodne i powtarzalne dane.

Badanie opiera się na kwestionariuszu ankietowym, który składa się z pewnej liczby pytań (Nowak, 1965). Kwestionariusz to zbiór uporządkowanych pytań, które są odpowiednio przygotowane przez badacza. Pytania kwestionariusza mogą występować w formie drukowanej (ankieta papierowa rozdawana uczestnikom badania), chociaż obecnie coraz bardziej popularne stają się ankiety w formie elektronicznej.

Badanie ankietowe charakteryzuje się dużym stopniem standaryzacji. Ankieta jest skategoryzowana, badanie prowadzone jest zgodnie z wytycznymi określonymi wcześniej przez badacza. Pytania są wcześniej ułożone, a badany (respondent) odpowiada na nie w odpowiedniej kolejności.

Ankiety można podzielić ze względu na sposób rozdawania kwestionariuszy ankietowych. Można wyróżnić ankiety:

1. Środowiskowe, rozprawdane bezpośrednio w określonym środowisku. W badaniach tych biorą udział respondenci należący do określonej grupy, np. studenci lub maturzyści. Badania takie bardzo często są anonimowe, a ankieter informuje badanych na temat celu badania oraz sposobu wypełnienia ankiet.
2. Audytoryjne, czyli wypełniane przez określoną grupę respondentów jednocześnie, w obecności badacza. Ten rodzaj ankiety został wykorzystany w niniejszej pracy. Studenci i maturzyści wypełniali rozdane przez badacza ankiety po zakończeniu zajęć. Ankieter informuje badanych o celu ankiety oraz sposobie jej wypełnienia. Dzięki tej metodzie otrzymuje się niemal 100% zwrot wypełnionych ankiet. Badana w ten sposób grupa nie jest grupą reprezentatywną.
3. Telefoniczne – to technika badania ankietowego, podczas której ankieter dzwoni do wybranej grupy respondentów.
4. Internetowe – badanie, które zyskuje coraz większą popularność. Badanie realizowane jest za pomocą Internetu oraz ankiet zamieszczanych w określonych lokalizacjach: strony internetowe, grupy dyskusyjne itp.

W prowadzeniu badania ankietowego olbrzymią rolę odgrywa odpowiednie sformułowanie pytań i dobre skonstruowanie kwestionariusza ankiety. Pytania powinny być tak sformułowane, aby w respondencie wzbudzić chęć udzielenia odpowiedzi. Dobrze skonstruowany formularz jest krótki oraz logiczny, a czas na udzielenie odpowiedzi nie powinien być dłuższy niż 30 minut.

Badania ankietowe mają pewne ograniczenia. Należy zastanowić się, czy będą one najlepszym narzędziem badawczym, adekwatnym do danego tematu i grupy badawczej. Badania ankietowe najlepiej sprawdza się, gdy:

- nie jest konieczne gromadzenie danych reprezentatywnych,
- prowadzi się badania ilościowe,
- dane oraz uzyskane odpowiedzi można poddać standaryzacji,
- pytania są proste i niezbyt złożone.

Aby badanie ankietowe przyniosło oczekiwane rezultaty (aby uzyskać wiarygodne wyniki badań), konieczne jest właściwe skonstruowanie arkusza ankietowego. Dobrze przygotowany arkusz ankietowy zawiera pytania adekwatne do realizowanego projektu badawczego oraz pomaga zabrać dane umożliwiające odpowiedź na postawione pytania badawcze. Prawidłowe skonstruowanie kwestionariusza ankiety wymaga realizacji kilku etapów:

- określenie pytań badawczych i hipotez badawczych,
- stworzenie wstępnych pytań oraz ich weryfikacja,
- skonstruowanie kwestionariusza próbnego,
- przeprowadzenie badania pilotażowego,
- zmodyfikowanie kwestionariusza badania,
- stworzenie ostatecznej wersji kwestionariusza.

Przedstawiona powyżej ścieżka weryfikacji kwestionariusza badawczego została przeprowadzona w niniejszej pracy. Wstępnie przeprowadzono badanie pilotażowe, a po weryfikacji pytań ankiety badanie główne młodzieży maturalnej z Wejherowa.

Podstawą dla tworzenia kwestionariusza jest określenie informacji, które chcemy zebrać w jego trakcie. Robi się to poprzez stworzenie listy potrzebnych informacji. Na etapie projektowania kwestionariusza konieczne jest gromadzenie informacji, które pozwolą sformułować hipotezy badawczej. Hipoteza to pewne założenie, które chcemy udowodnić w trakcie prowadzenia badań. To pewnie oczekiwanie wobec rzeczywistości, hipoteza pomaga wyjaśnić procesy i zjawiska. Tworzenie hipotez na początku tworzenia kwestionariusza ankiety pozwala na właśnie postawienie pytań szczegółowych (Babbie, 2007, s. 56). Pomagają także na zweryfikowaniu występowania zależności pomiędzy różnymi zjawiskami czy procesami.

Szkic kwestionariusza badania tworzony jest na podstawie wstępnej listy pytań oraz wstępnie wyskalowanych odpowiedzi. Szkic pomaga w sprawdzeniu poprawności sformułowanych pytań oraz tego, czy są zadawane w zrozumiałym sposób. Pierwsze sprawdzenie dokonywane jest przez badacza tworzącego kwestionariusz, a kolejne sprawdzenia przez osoby postronne. Na nich testowana jest zrozumiałość pytań. Dzięki temu procesowi można wyeliminować niedoskonałości kwestionariusza.

Efekt testów jest kwestionariusz próbny, który wykorzystywany jest w badaniu pilotażowym. Badanie pilotażowe ma wykluczyć wszelkie błędy w kwestionariuszu. Dzięki temu w badaniu głównym można uzyskać dane o wysokim stopniu wiarygodności.

Kolejnym etapem projektowania badania kwestionariuszowego jest określenie taktyki prowadzenia badań. Niezwykle istotne jest zagwarantowanie respondentom anonimowości. Dzięki temu rośnie szansa na zebranie szczerych odpowiedzi. Istotne jest, aby na wstępie badania, np. podczas rozdawania kwestionariusza, zaznaczyć, że badanie jest anonimowe. Warto także wyjaśnić, w jakim celu zbierane są informacje oraz jak zostaną wykorzystane.

Pytania należy sformułować w prosty i przejrzysty sposób. Wieloznaczność pytania sprawia, że respondenci mogą go różnie zrozumieć.

Instrukcje odnośnie wypełniania ankiety powinny być jasne i przejrzyste. Dotyczy to sposobu udzielania odpowiedzi i na przykład tego, czy respondent może udzielić tylko jedną odpowiedź, czy jest dozwolone udzielić wielu odpowiedzi na pytania. Respondenci mogą nie chcieć udzielać na pytania dotyczące kontrowersyjnych zagadnień, pytania bardzo osobiste czy pytania, na które nie znają odpowiedzi. Dlatego pytania trzeba formułować w sposób prosty i możliwie neutralny.

Dążymy do tego, aby kwestionariusz ankiety był jak najbardziej zwięzły. Każde pytanie zadane w kwestionariuszu jest niezbędne i powinno dostarczać odpowiedzi na badany temat. Należy usuwać wszelkie pytania, które nie są istotne lub nie mają znaczenia dla tematu badawczego.

Ważna jest także odpowiednia kolejność zadawanych pytań. Zazwyczaj stosuje się metodę wzrastającej szczegółowości. Na początku zadaje się pytania ogólne, a później wzrasta ich szczegółowość. Kolejność pytań może wpływać na jakość udzielanych odpowiedzi. Dobrze, jeśli pytania ułożone są w bloki tematyczne tworzące pewną logiczną całość. Najpierw zadaje się pytania o fakty, a później pytania o opinie.

Pytania w kwestionariuszu można podzielić na otwarte i zamknięte. Pytania otwarte dają możliwość samodzielnego formułowania odpowiedzi. Pytania zamknięte oferują opcje odpowiedzi wcześniej przygotowanych przez badacza. Kafeteria jest formą pytania zamkniętego. Respondent otrzymuje listę możliwych odpowiedzi. Może wybrać jedną lub kilka odpowiedzi, w zależności od instrukcji udzielonych przez badacza. W badaniu prowadzonym na potrzeby pracy respondenci mogli udzielić kilku odpowiedzi.

Na początku kwestionariusza umieszcza się pytania metryczkowe. Są to pytania klasyfikacyjne charakteryzujące respondenta, jego przynależność społeczną. Są one pomocne w analizie odpowiedzi i ich klasyfikacji, np. w zależności od wieku czy płci badanych. Najczęściej występujące pytania metryczkowe dotyczą: wieku, płci, wykonywanego zawodu, miejsca wykształcenia, stanu cywilnego, dochodu, rodziny itp. Dobór pytań metryczkowych zależy od celu badania oraz badanej grupy.

3.3. Cel i przedmiot badań

Celem niniejszej pracy jest wskazanie na potrzebę spełniania przez jednostki ludzkie czynności mających charakter samoprofilaktyki w zabieganiu o utrzymanie swojej zdrowotności. Przeprowadzenie analizy przemian, jakie zachodzą w myśleniu o zdrowiu w trwającej filogenezie gatunku ludzkiego i ontogenezie jednostek ludzkich.

Cel ogólny pracy dzieli się na dwie kategorie:

- cel opisowy: rozpoznanie i charakterystyka opinii maturzystów Wejherowa na temat zdrowia i profilaktyki prozdrowotnej,
- cel eksplanatywny (wyjaśniający): oszacowanie roli własnej aktywności w kształtowaniu pojęcia zdrowia i profilaktyki zdrowia.

Przedmiotem badania głównego są opinie maturzystów na temat zdrowia i profilaktyki zdrowotnej oraz mechanizmy formowania się odmiennych postaw i zachowań prozdrowotnych; również ocena samoprofilaktyki młodzieży przez pracowników służby zdrowia.

1. Jak kształtuje się rozumienie potrzeby samoprofilaktyki?
2. Jak adolescenti definiują pojęcie zdrowia?
3. Jak rozumiana jest przez młodzież profilaktyka zdrowia?
4. Jaka jest ocena stanu profilaktyki prozdrowotnej w Polsce oraz własnego zdrowia?
5. Jaka jest atmosfera w otoczeniu rodzinnym i społecznym respondentów w odniesieniu do zachowań prozdrowotnych?
6. Jaka jest atmosfera w otoczeniu rodzinnym i społecznym badanych wobec stosowania aktywności fizycznej?
7. Jaka jest hierarchia popularności alternatywnych form spędzania czasu wolnego przez badaną młodzież?
8. Jak często maturzyści uprawiają aktywność w celu rozwoju fizycznego, duchowego i umysłowego?

9. Jakie formy aktywności fizycznej respondenci podejmują najczęściej rekreacyjnie i wyczynowo?
10. Jakie są najpopularniejsze źródła wiedzy o zdrowiu i zdrowym odżywianiu się wśród badanej młodzieży?
11. W jaki sposób maturzyści stosują się do wytycznych dotyczących higieny prozdrowotnej: opieka lekarska, długość snu, używki?

Pytania szczegółowe dla realizacji celu wyjaśnienia mechanizmów kształtowania się opinii o profilaktyce prozdrowotnej:

1. Jakie istnieją różnice między dziewczętami i chłopcami w zakresie zachowań zdrowotnych i opinii na temat profilaktyki zdrowia poruszonych w poprzednich pytaniach?
2. Jaki jest związek między atmosferą w rodzinie i otoczeniu społecznym wobec profilaktyki zdrowia, aktywności fizycznej, oceną własnego stanu zdrowia i częstością przejawiania zachowań pro- i antyzdrowotnych?
3. Jak uczniowie aktywni fizycznie, duchowo i umysłowo różnią się od uczniów niepodejmujących aktywności w tych aspektach pod względem opinii na temat zdrowia i profilaktyki prozdrowotnej?
4. Jakie są warunki najczęściej związane z podejmowaniem aktywności fizycznej, duchowej i intelektualnej?
5. Jakie są różnice w podejściu do szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej wśród badanych uczniów klas maturalnych?

Ponieważ badani maturzyści są młodzieżą w okresie wkraczania w dorosłość, wiąże się z tym tworzenie własnych postaw i zachowań zdrowotnych. Badania na tak wybranej populacji posiada tę zaletę, że będą mogły być w przyszłości kontynuowane. Możliwość ich powtarzalności pozwoli na obserwację zmian zachodzących w świadomości prozdrowotnej danej populacji i trendy w podejściu do zdrowia młodzieży. Trudność w tym badaniu stanowią pomiary z wykorzystaniem skali opartych w dużej mierze na subiektywnych odczuciach badanych, co niekoniecznie pokrywa się z klinicznymi definicjami zdrowia czy choroby (Marshall, 2006).

Badanie maturzystów Wejherowa, jak i studentów Trójmiasta, wymaga poznania nie tylko samej przestrzeni społecznej i egzystującej w niej grupy, ale także ich kultury (Linton, 2000). Odnosnie badanych będą to: nawyki żywieniowe, miejsce zamieszkania, czas i sposób spędzania czasu wolnego, a także stosunki społeczne i wychowawcze. Oprócz czynników środowiskowych i aktywności fizycznej na stan zdrowia może wywierać wpływ również religia. Element ten, jako wytwór kultury, ma także wpływ na kształtowanie wzorców żywieniowych, przestrzeganie postów (nakazów i zakazów, głównie związanych z ilością i rodzajem posiłków, różniących się znacznie w różnych religiach) i na kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych. Czynniki te będą również uwzględnione w badaniach.

Kultura przejawia się we wszelkich wykonywanych czynnościach społecznych pod postacią instytucji użyteczności publicznej, miejsc usługowych, sklepów, firm, portali społecznościowych, programów telewizyjnych, reklam itp. Przyczynia się ona do wytworzenia danych trendów, wzorców i nawyków, które ujawniają się

w zachowaniach badanej grupy. Analiza wpływów środowiskowych pozwala na zrozumienie całości zachodzących zmian, postaw i nawyków badanej młodzieży.

Kolejnym istotnym elementem prowadzenia analiz są stereotypy. Te skrótowe obrazy rzeczywistości społecznej bywają realnym, ale nie prawdziwym odbiciem życia społecznego uczestników danego środowiska. Dlatego nie wystarcza sama świadomość istnienia określonych stereotypów, ale konieczna jest umiejętność oddzielenia ich od tego, co można nazwać rzeczywistym, prawdziwym poznaniem (Sztumski, 2010). Różnorodność pochodzenia społecznego, terytorialnego i kulturowego respondentów jest istotnym uwarunkowaniem wyników badań.

Badanie główne (maturzystów Wejherowa), dotyczące samoprophylaktyki prozdrowotnej, zostało poprzedzone badaniem pilotażowym w celu weryfikacji narzędzi badawczych. Zostało przeprowadzone w klasach maturalnych szkół ponadgimnazjalnych w Wejherowie. Dobór próby miał charakter losowy i grupowy. Do badania docelowo zostało wybranych 51 uczniów ($n = 51$), przy błędzie standardowym $SE = 5,37\%$ i poziomie istotności $p > 0,001$.

Ankieta (własnego autorstwa) miała dobór pytań ułożonych w formie lejka (od pytań ogólnych do szczegółowych), a następnie została podzielona na dwie części: pierwsza dotyczyła aktywności fizycznej (AF), druga – profilaktyki prozdrowotnej (PP). Całość tego narzędzia składała się z 26 pytań. W części dotyczącej aktywności fizycznej zostało ankietowanym przedstawione 16 pytań, na które składało się z 7 pytań półotwartych i 3 zamknięte, a kolejne 3 pytania zawierały skalę Likerta. W części poświęconej profilaktyce prozdrowotnej znajdowało się 7 pytań, z których 1 było zamknięte, 3 półotwarte i 3 pytania zostały sformułowane z użyciem skali Likerta pod postacią dyferencjału semantycznego. Pozostałe 6 pytań stanowiła metryczka, która ujmowała takie dane, jak: płeć, wiek, masę i wysokość ciała, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie. Ankieta tego badania pilotażowego stanowi załącznik do pracy.

Przeprowadzone badanie pilotażowe pozwoliło na wykrycie niedoskonałości i poprawę narzędzia badawczego, jakim była ankieta. Nieznany jest czas, jaki zajął badanym na wypełnienie kwestionariusza ankiety. W badaniu powinny też znajdować się pytania sprawdzające pomiędzy poszczególnymi pytaniami. Istotnym okazał się fakt, że uzyskane dane pozwalają pozyskać niezbędne informacje do opisu badanego zjawiska. Jednakże część pierwsza okazała się zbyt szczegółowa i skupiała głównie uwagę na aktywności fizycznej, a zbyt mało pytań dotyczyło sfery psychicznej i duchowej. Pozwoliło to przeformułować pierwszą część kwestionariusza i zwrócić uwagę, obok aktywności fizycznej, również na aspekty społeczne i świadomość badanych w kontekście profilaktyki prozdrowotnej w badaniu głównym maturzystów.

W badaniu, które przeprowadzono na 100 studentach ($n = 100$) w wieku od 19 do 55 lat, studiów stacjonarnych i niestacjonarnych uczelni Trójmiasta, w sporządzaniu ankiety została przyjęta forma lejka, składająca się z 68 pytań, z czego 39 to pytania zamknięte, 26 półotwarte, a 3 otwarte. W pytaniach dotyczących oceny została zastosowana skala Likerta z odpowiedziami przyporządkowanymi następującym ocenom: bardzo ważne, ważne, trudno powiedzieć, nieważne, zupełnie nieważne. Ankietowani odpowiedzieli na większość pytań, tylko na te wyszcze-

gólnione w tekście zostały pominięte. W związku z tym błąd statystyczny wyniósł $d = 3,13\%$. Badanie to posłużyło głównie do udoskonalenia ankiety do badania głównego na maturzystach, tj. na eliminacji pytań uważanych za nieistotne do wyników badań i do dodania pytań pozwalających na uzyskanie doprecyzowania odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w problemie pracy. Czyli badanie to *de facto* także spełniło rolę badania pilotażowego.

W analizowanych badaniach zmienną ustaloną był wiek respondentów i etap ich edukacji. Analizy statystyczne badania głównego maturzystów Wejherowa przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat (wersja 1.6.4.122). Rozkład odpowiedzi na pytania ankiety w zależności od miejsca zamieszkania analizowano testem zależności³ χ^2 oraz dokładnym testem Fishera. Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, a za wysoce istotne przyjęte prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

Oceny skal w pytaniach „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie” – (i) w zależności od płci ankietowanych oraz (ii) w zależności od ich aktywności fizycznej – analizowano testem U Manna-Whitneya. Natomiast związek odpowiedzi na te pytania analizowano, szacując współczynniki korelacji rangowej Spearmana. Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, a za wysoce istotne przyjęte prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

³Test chi kwadrat.

4. Prezentacja wyników badań własnych nad stanem zdrowia młodzieży

Maturzyści znajdują się u progu dorosłości i odpowiedzialności za własne zdrowie, a często nawet życie. Jest to trudny okres, zwany adolescencją. W tej fazie życia młodzież często przejmuje gotowe wzorce postaw i zachowań stworzone przez zbiorowość, którą jest często grupa rówieśnicza. Okres adolescencji to także czas kształtowania się tożsamości i świadomości zdrowotnej oraz poczucia własnej kontroli w tworzeniu nawyków prozdrowotnych i potencjalnych zagrożeń zdrowia. Wraz z tworzeniem się własnej tożsamości kształtuje się również własna definicja zdrowia.

4.1. Badanie pilotażowe maturzystów Wejherowa

Badanie pilotażowe zostało przeprowadzone w celu weryfikacji narzędzi badawczych (kwestionariusza ankiety) mających posłużyć do przeprowadzenia badania głównego maturzystów Wejherowa.

Ankieta została samodzielnie ułożona przez autorkę badań. Pytania zostały ułożone w taki sposób, aby dowiedzieć się jak najwięcej na temat stylu życia oraz profilaktyki prozdrowotnej prowadzonej w praktyce przez młodych ludzi. W ankiecie badani mogli zakreślić kilka odpowiedzi. W związku z tym odpowiedzi nie sumują się do 100%. Pierwsza część ankiety to tzw. badania metryczkowe, pozwalające zebrać podstawowe informacje na temat badanej grupy. Druga część zawiera szczegółowe pytania odnośnie zdrowia oraz stylu życia. W załączniku do pracy znajduje się wzór ankiety.

Badanie zostało wykonane w dniach od 30 listopada do 2 grudnia 2016 r. W badaniu próbnym wzięło udział $n = 51$ uczniów z klasach maturalnych, szkół średnich w Wejherowie (w tym 60,78% kobiet i 39,21% mężczyzn).

Pierwsze pytania dotyczyły podstawowych informacji na temat badanych, które umożliwiając stworzenie charakterystyki grupy. Średnia wieku wyniosła $\bar{x} = 18,53$ lat (do klas maturalnych uczęszcza młodzież w wieku 18–19 lat). Średnia wzrostu respondentów wynosiła $\bar{x} = 166,75$ cm, a średnia masa ciała $\bar{x} = 65,69$ kg.

Badani zamieszkiwali: na wsi (39,21%), w małym mieście (33,35%), średnim mieście (25,49%) lub dużym mieście (1,96%). Warto zwrócić uwagę, że badani zamieszkiwali podobny obszar – miejscowości w niedalekiej odległości od Wejherowa. Różnice w odpowiedziach wynikały przede wszystkim z różnic w podziałach administracyjnych.

Odchylenie standardowe (SD) w poszczególnych pytaniach dotyczących wagi (SD_1), wzrostu (SD_2) i wieku (SD_3) kształtowało się następująco: $SD_1 = 3,96$; $SD_2 = 7,30$; $SD_3 = 0,62$.

Według wskaźnika BMI rzeczone, uśrednione wagi mieściły się w przedziale wartości prawidłowych 18,5–24,99 w wieku wskazanym dla respondentów. Uzyskany wynik wynosił 23,67. Wskaźnik BMI wagi badanych mieścił się w dopuszczalnych granicach, ale widoczna jest tendencja zmierzająca w stronę możliwej otyłości.

Ankietowani byli pytani odnośnie kwestii związanych z profilaktyką prozdrowotną. W pytaniu (P1) o rozumienie pojęcia „zdrowie” 78% badanych zaznaczyło, że jest ono brakiem choroby, 54,9% odpowiedziało, że jest ono dobrym samopoczuciem, dla 52,94% oznaczało dobrą sprawność fizyczną, a 35,29% kojarzyło je z silną psychiką.

Drugie pytanie (P2) dotyczyło oceny, jak ważne dla respondentów jest zdrowie. Dla 50,98% jest ważne, a dla 49,05% bardzo ważne.

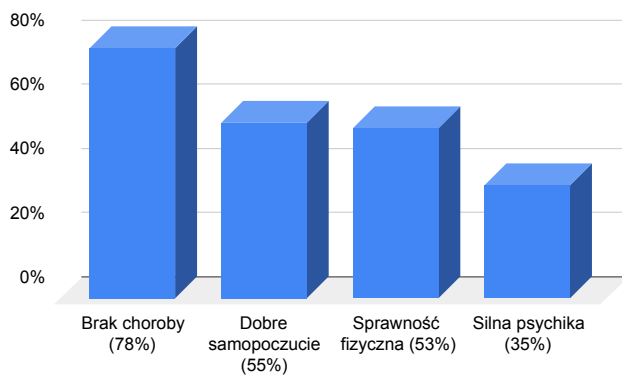
Trzecie pytanie (P3) odnosiło się do rozumienia profilaktyki prozdrowotnej przez respondentów. Najczęściej badani zaliczali do niej częste badania kontrolne (64,9%), aktywność fizyczną (56,86%), właściwą dietę (23,52%) i szczepienia ochronne (19,6%).

Pytanie (P4) dotyczyło znaczenia profilaktyki prozdrowotnej. Tutaj 47,05% uznało ją za ważną, dla 33% była bardzo ważna, 13,72% stwierdziło, że trudno jest im się na ten temat wypowiedzieć.

Respondenci zostali zapytani (P5), czy stosują profilaktykę prozdrowotną w swoim życiu. Twierdząco odpowiedziało 62,75% badanych.

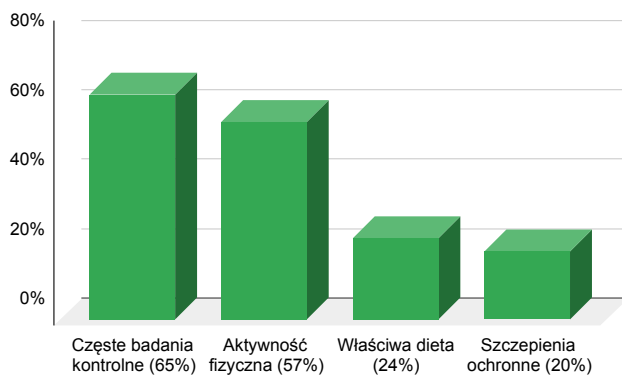
Zapytano (P6) młodzież, jakie typy profilaktyki prozdrowotnej stosuje. Badani zaznaczyli odpowiedzi: badania kontrolne (39,21%), szczepienia ochronne (29,41%), spożywanie witamin (29,41%), aktywność fizyczna (17,64%), stosowanie określonej diety (7,84%) i spożywanie suplementów diety (5,88%).

Pytanie (P7) korzystało ze skali Likerta. Badani mieli określić w nim, jakie czynniki mają największy, a jakie najmniejszy wpływ na profilaktykę prozdrowotną. Badani wskazali jako największy wpływ dom rodzinny (39,53% uznało go za bardzo ważny, 37,2% za ważny). Mass media (instytucje wychowania pośredniego) według 34,53% badanych mają duży wpływ, a zdaniem 25,58% bardzo duży, 18,6% badanych stwierdziło, że mają mały wpływ, a 4,65% osób odpowiedziało, że nie mają żadnego wpływu na ten proces.



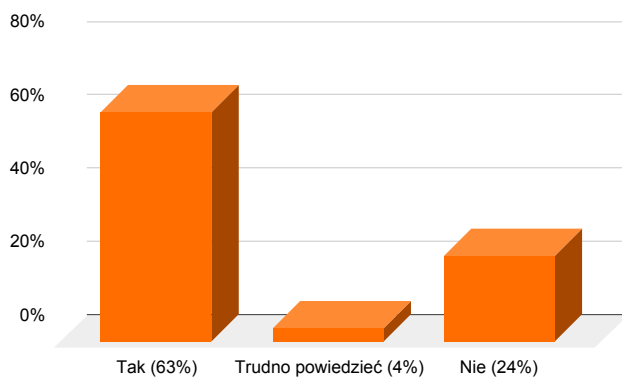
Wykres 4.1. Czym jest zdrowie?

Źródło: badania własne.



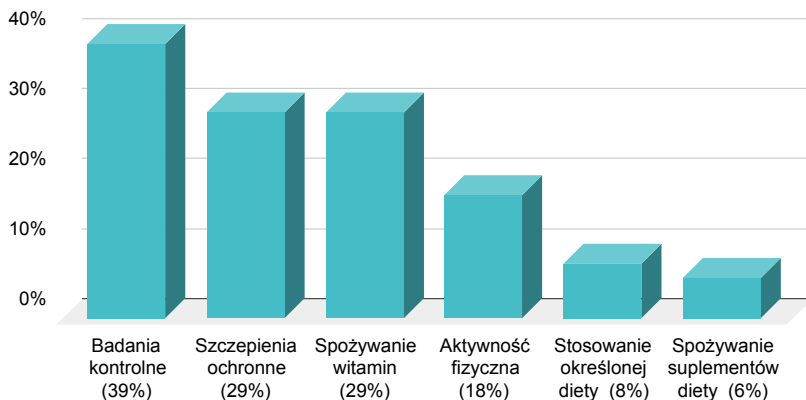
Wykres 4.2. Czym jest profilaktyka prozdrowotna?

Źródło: badania własne.



Wykres 4.3. Czy stosujesz profilaktykę prozdrowotną w swoim życiu?

Źródło: badania własne.



Wykres 4.4. Jakie typy profilaktyki prozdrowotnej stosujesz?

Źródło: badania własne.

Respondenci także odnieśli się do kwestii tego, jak szkoła wpływa na dbanie o zdrowie, w tym np. lekcje wychowania fizycznego (WF-u), godzina wychowawcza czy edukacja zdrowotna. Odpowiedzi były sugerowane do wyboru i zaznaczenia. Badani w 35,29% stwierdzili, że szkoła ma wpływ na profilaktykę prozdrowotną, z czego 23,52% uważało, że ten wpływ jest bardzo duży, 13,72% badanych wybrało odpowiedź, że szkoła nie ma wpływu na dbanie przez nich o zdrowie, a 3,92% zaznaczyła, że szkoła nie ma żadnego wpływu.

Wpływ rówieśników na dbanie o zdrowie według 31,37% badanych miał znaczenie, a zdaniem 9,8% miał duże znaczenie. Zdaniem 17,64% rówieśnicy w ogóle nie mają żadnego wpływu na profilaktykę prozdrowotną badanych, a 15,68% oznajmiło, że rówieśnicy nie mają wpływu na opisywane w tym raporcie zjawisko.

Wpływ świadomości społecznej na profilaktykę prozdrowotną ma wpływ na 31,37% z nich, dla 7,84% jest on bardzo duży, a dla 31,37%, nie ma ona takiego wpływu.

Rozwój farmacji zdaniem 23,52% badanych nie ma żadnego wpływu na profilaktykę prozdrowotną, 17,64% ankietowanych stwierdziło, że nie ma. Z kolei 17,64% uważało, że ma wpływ, a 7,84% oznajmiło, że rozwój farmacji oddziałuje na stosowanie przez nich profilaktyki prozdrowotnej.

Miejsce zamieszkania ma wpływ na profilaktykę prozdrowotną według 23,25% badanych, a zdaniem 9,8% ma bardzo duży wpływ, 11,76% uważa, że miejsce zamieszkania nie ma żadnego wpływu na profilaktykę prozdrowotną.

Polityka rządu dla 25,49% nie ma wpływu na profilaktykę prozdrowotną, a dla 23,52% zdecydowanie nie ma wpływu, 27,45% uważało, że polityka rządu istotnie działa na dbanie przez respondentów o zdrowie, z czego 11,76% było zdecydowanie tego zdania.

Ponad połowa badanych (54,28%) stwierdziła, że działania międzynarodowych organizacji prozdrowotnych nie mają wpływu na ich profilaktykę prozdrowotną. Tylko

5,71% ankietowanych uważało, że mają wpływ na ich profilaktykę prozdrowotną, a kolejne 5,71%, że na dbanie przez nich o zdrowie znacząco wpływają te instytucje.

Ostatnie pytanie z tej grupy dotyczyło wpływu działania fundacji propagujących działania prozdrowotne na profilaktykę prozdrowotną ankietowanych. Tutaj 41,17% twierdzi, że organizacje nie wspierają problematyki prozdrowotnej, a 15,68% uważało, że takie instytucje nie mają wpływu na ich dbanie o zdrowie, 13,72% ankietowanych uważa, że instytucje te mają pewne znaczenie.

Jeśli chodzi o wpływ określonych czynników na profilaktykę prozdrowotną respondentów, największy miało otoczenie rodzinne (39,53%) oraz środki masowego przekazu (instytucje wychowania pośredniego), szkoła (35,29%) i rówieśnicy (31,72%).

Takiego wpływu nie można przypisać rozwojowi świadomości społecznej, osiągnięciom farmaceutyki, miejscu zamieszkania, choć w tym punkcie wiele osób wskazało odpowiedź „Trudno powiedzieć” (37,52%), ze wskazaniem na drugi w kolejności – według liczby odpowiedzi – wskaźnik wpływu miejsca zamieszkania na profilaktykę prozdrowotną respondentów (23,52%). Ponadto zdecydowanie negatywnie i negatywnie wypowiedzieli się respondenci odnośnie wpływu polityki rządowej na ich profilaktykę prozdrowotną. Respondenci nie potwierdzili oddziaływania międzynarodowych organizacji prozdrowotnych na stosowanie przez nich zachowań zdrowotnych ani działania fundacji propagujących zachowania prozdrowotne.

Tabela 4.1. Odpowiedzi na pytanie o wpływ poszczególnych czynników środowiska społecznego na profilaktykę prozdrowotną, w procentach

Odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi przez respondentów pochodzenia wiejskiego	Ilość udzielonych odpowiedzi ogółem
Dom rodzinny (dbanie o zdrowie w domu rodzinnym)	15,41	38,39
Mass media	21,16	61,56
Szkoła (lekcje WF-u, godzina wychowawcza, edukacja zdrowotna itp.)	13,76	39,05
Rówieśnicy	12,13	38,98
Rozwój świadomości społecznej	12,23	34,65
Rozwój farmaceutyki (biochemii)	9,17	38,98
Miejsce zamieszkania	14,63	38,99
Wpływ polityki rządu	9,94	38,99
Działania międzynarodowych organizacji prozdrowotnych	21,16	51,39
Działania fundacji propagujących zachowania prozdrowotne	16,05	29,56

Na odpowiedzi na powyższe pytania również miało wpływ pochodzenie respondentów. Większość z nich pochodziła z terenów wiejskich (39,21%). W związku z czym poszczególne odpowiedzi ostatniego pytania (modyfikacja pytania P7), czyli wpływu poszczególnych czynników środowiska społecznego na profilaktykę prozdrowotną, kształtowały się w sposób przedstawiony w tabeli 4.1.

4.1.1. Wnioski z badania

W badaniu ankietowym zdrowie okazało się ważną lub bardzo ważną wartością dla maturzystów z Wejherowa. W swoim rozumieniu zdrowia opierają się raczej na tradycyjnym, biomedycznym koncepcie. Aż 78% badanych zaznaczyło, że jest ono brakiem choroby. Jednak w tym rozumieniu widać także wpływ koncepcji holistycznych: 54,90% respondentów odpowiedziało, że jest ono dobrym samopoczuciem, dla 52,94% zdrowie oznaczało dobrą sprawność fizyczną, a 35,29% kojarzyło je z silną psychiką. Przez wielu młodych ludzi zdrowie pojmowane jest całościowo, jako dobre samopoczucie, sprawność i dobrostan psychiczny.

Dla badanych maturzystów ważna jest profilaktyka zdrowotna. W sumie niemal 80% badanych uznało ją za ważną lub bardzo ważną. Niestety z badania można wywnioskować, że niemal 20% badanych nie widzi znaczenia profilaktyki. Uderza, że tylko 62,75% badanych stosuje profilaktykę. Przeważają tu: badania kontrolne (39,21%), szczepienia ochronne (29,41%), spożywanie witamin (29,41%), aktywność fizyczna (17,64%), stosowanie określonej diety (7,84%) i spożywanie suplementów diety (5,88%).

Koncepcja profilaktyki nie jest wystarczająco zrozumiana lub młodzi ludzie w ogóle nie biorą jej pod uwagę w swoich wyborach. Konieczne są dalsze badania tej grupy młodzieży, aby więcej dowiedzieć się o ich wyborach.

Profilaktyka prozdrowotna najczęściej rozumiana jest jako: badania kontrolne (64,90%), aktywność fizyczna (56,86%), właściwa dieta (23,52%) i szczepienia ochronne (19,60%). Takie rozumienie opiera się na tradycyjnym rozumieniu profilaktyki. Jednak obecność elementów świadczących o stylu życia wskazuje, że postawa wielu młodych zbliża się do samoprofilaktyki (nawet, jeśli nie są tego świadomi).

Badaniu poddano także wpływ środowiska i instytucji na profilaktykę zdrowotną. Największy wpływ wywiera środowisko rodzinne – w sumie niemal 80% badanych jego znaczenie uznało za ważne lub bardzo ważne. Na drugim miejscu wymienione zostały mass media, a na trzecim szkoła.

Badania te są o tyle interesujące, że wpływ instytucji medycznych, państwa czy organizacji międzynarodowych nie jest w ogóle zauważalny przez młodych ludzi. Instytucje medyczne oraz oficjalne podmioty zajmujące się promocją zdrowia nie są postrzegane jako pełniące ważną rolę w prowadzeniu profilaktyki zdrowotnej. Opinia maturzystów uzupełnia się z opiniami wyrażanymi przez samych pracowników służby zdrowia. Także oni wskazują, że służba zdrowia nie do końca jest w stanie wypełnić rolę prowadzenia profilaktyki zdrowotnej.

Duża rola środowiska rodzinnego oraz szkolnego w prowadzeniu profilaktyki zdrowotnej nawiązuje do rozumienia koncepcji samoprofilaktyki. Także tam podkreślane jest znaczenie dobrego przykładu idącego od mentora czy nauczyciela. Dla młodych ludzi najważniejszym środowiskiem wpływu jest rodzina oraz szkoła. Szczególnie tam powinien być położony nacisk na wychowanie zdrowotne młodego pokolenia.

Nieco kontrowersyjna jest rola mass mediów, szczególnie w dobie rozpowszechnienia Internetu. W związku z tym młodzi ludzie mają dostęp do bardzo różnych

wzorców związanych ze zdrowiem. Nie zawsze promowane w mediach postawy i zachowania są właściwe.

4.2. Badanie główne młodzieży maturalnej w Wejherowie

Po przeprowadzeniu badania pilotażowego przystąpiono do przeprowadzenia badania głównego. Niektóre pytania ankiety zostały zmienione, a sama ankieta została poszerzona o kolejne pytania, dzięki którym łatwiej można było poznać zachowania zdrowotne młodzieży i ich styl życia. Ankieta zawierała pytania wielokrotnego wyboru, więc nie wszystkie odpowiedzi sumują się do 100%.

Badaniu temu została poddana grupa licząca $n = 452$ uczniów klas maturalnych w wieku od 17 do 20 lat, ze szkół ponadgimnazjalnych w Wejherowie (są cztery zespoły takich szkół, w których uczy się łącznie 693 uczniów klas maturalnych). Są to następujące szkoły:

1. Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych Nr 1 w Wejherowie i I Liceum Ogólnokształcące im. Króla Jana III Sobieskiego przy ul. Bukowej 1. Uczniowie klas maturalnych tej szkoły stanowili 231 uczniów. W badaniu wzięło udział 150 z nich. Zwrócono 150 wypełnionych ankiet.
2. Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych Nr 2 im. Bohaterskiej Załogi ORP „Orzeł” w Wejherowie przy ul. Strzeleckiej 9. Uczniów klas maturalnych jest 145, w badaniu wzięło udział 90, odzyskano 89 wypełnionych ankiet.
3. Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych Nr 3 im. ks. Edmunda Roszczynialskiego w Wejherowie przy ul. Budowlanych 2. Uczniów klas maturalnych jest 125, ankietowanych 90 i tyleż ankiet wypełnionych otrzymano.
4. Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych Nr 4 im. Jakuba Wejhera w Wejherowie przy ul. Sobieskiego 344. Uczniów klas maturalnych jest 192. Rozdano 150 ankiet, uzyskano 123 wypełnionych ankiet.

Łącznie we wszystkich szkołach ponadgimnazjalnych w Wejherowie rozdano 480 ankiet, uzyskano 452 wypełnione. Ankiety zostały rozdane w dniach 13 i 14 listopada 2017 r., odebrane (szkoły poz. nr 1, 2 i 3) 23 listopada 2017 r., a ostatnia szkoła 4 grudnia 2017 r.

Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat (wersja 1.6.4.122). Rozkład odpowiedzi na pytania ankiety w zależności od miejsca zamieszkania analizowano testem zależności χ^2 oraz dokładnym testem Fishera. Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$ a za wysoce istotne przyjęte prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

Na 452 respondentów było 240 kobiet (53,1%) oraz 212 mężczyzn (46,9%) w wieku od 17 do 20 lat ($M = 18,37$; $SD = 0,68$), przy czym wiek kobiet jest nieznacznie niższy ($M = 18,19$; $SD = 0,69$) od wieku mężczyzn ($M = 18,58$; $SD = 0,60$), a różnica choć nieznaczna jest statystycznie istotna [$\chi^2(2) < 49,994$; $p < 0,001$; Crammer's $V = 0,361$].

Z terenów wiejskich pochodziło 65,04% ankietowanych, z małych miast 3,98%, ze średnich miast 29,65%, a z dużych miast 1,33%.

Badani uczniowie charakteryzowali się zróżnicowanymi wartościami wskaźników antropometrycznych. Wzrost badanych uczniów plasował się w przedziale od 150 do 213 cm ($M = 174,16$; $SD = 9,81$), gdzie przeciętny (tzw. statystyczny) uczeń w tym wieku charakteryzuje się wzrostem w przedziale od 164,35 do 183,97 cm, a połowa uczniów charakteryzuje się wzrostem nie większym niż 173 cm.

Waga uczniów plasuje się w przedziale od 40 do 124 kg ($M = 68,41$; $SD = 14,05$), gdzie przeciętny uczeń w tym wieku charakteryzuje się wagą między 54,36 a 82,46 kg, a połowa uczniów waży nie więcej niż 65 kg. Taka charakterystyka wagi i wzrostu skutkuje średnimi wartościami wskaźnika BMI (ang. *Body Mass Index*), plasującymi się między 15,05 a 42,06 kg/m² ($M = 22,44$; $SD = 3,52$). Choć zanotowano też wyniki zarówno poniżej i znacznie powyżej norm, co odpowiada niedożywieniu i otyłości znacznego stopnia, gdzie przeciętny uczeń charakteryzuje się BMI w przedziale od 18,92 do 25,96 kg/m², a połowa uczniów charakteryzuje się BMI nie wyższym niż 21,97 kg/m². Według Światowej Organizacji Zdrowia prawidłowy wskaźnik masy ciała dla młodzieży w wieku od 19 do 24 lat wynosi 19–24 kg/m². Liczba BMI 25 kg/m² wskazuje już nadwagę u osób w tym przedziale wiekowym.

Tabela 4.2. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Płeć”

Odpowiedzi	Liczba	Udział procentowy
Kobieta	240	53,10
Mężczyzna	212	46,90

Tabela 4.3. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Wiek”, w latach

Średnia arytmetyczna	18,37
Mediana	18
Odchylenie standardowe	0,73
Minimum	16
Maksimum	22
Dolny kwartył	18
Górny kwartył	19

Tabela 4.4. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Waga”, w kg

Średnia arytmetyczna	68,41
Mediana	65
Odchylenie standardowe	14,05
Minimum	40
Maksimum	124

Dolny kwartył	58
Górny kwartył	76

Tabela 4.5. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Wzrost”, w cm

Średnia arytmetyczna	174,16
Mediana	173
Odchylenie standardowe	9,81
Minimum	150
Maksimum	213
Dolny kwartył	166
Górny kwartył	180

Tabela 4.6. Rozkład odpowiedzi na pytanie „BMI”, w kg/m²

Średnia arytmetyczna	22,44
Mediana	21,97
Odchylenie standardowe	3,52
Minimum	15,06
Maksimum	42,06
Dolny kwartył	19,94
Górny kwartył	24,35

Tabela 4.7. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Zamieszkanie”

Odpowiedzi	Liczba	Udział procentowy
Wieś	294	65,04
Małe miasto (do 20 tys. ludności)	18	3,98
Średnie miasto (20–100 tys. ludności)	134	29,65
Duże miasto (pow. 100 tys. ludności)	6	1,33

Tabela 4.8. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jaki jest profil Twojej klasy?”

Odpowiedzi	Liczba	Udział procentowy
Nauki ścisłe	223	49,34
Nauki techniczne	61	13,50
Nauki przyrodnicze	8	1,77
Nauki humanistyczne	148	32,74
Inne	12	2,65

Tabela 4.9. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak rozumiesz pojęcie »profilaktyki prozdrowotnej«?”

Odpowiedzi	Liczba	Udział procentowy
Aktywnością fizyczną	263	58,19
Wczesnym diagnozowaniem chorób i leczeniem ich	145	32,08
Stałym nadzorem zdrowia poprzez instytucje medyczne	134	29,65
Posiadaniem odpowiedniej wiedzy na temat zagrożeń związanych ze zdrowiem	122	26,99
Utrzymywaniem wysokich standardów higieny osobistej	138	30,53
Stosowaniem właściwej diety dla danej jednostki	146	32,30
Prowadzeniem zdrowego stylu życia	279	61,73
Inne	1	0,22

Klasy o profilu ścisłym reprezentowało 49,34% ankietowanych, profile techniczne 13,5%, nauki przyrodnicze 1,77%, a nauki humanistyczne 32,74%. Grupa stanowiąca 2,65% ankietowanych wskazuje na inne profile niż wyżej wymienione.

Ponad połowa (58,31%) ankietowanych pod pojęciem „profilaktyki prozdrowotnej” rozumie aktywność fizyczną. 61,73% wskazuje na prowadzenie zdrowego stylu życia. Kolejne pod względem częstości odpowiedzi to: „*Stosowaniem właściwej diety dla danej jednostki*”, „*Wczesnym diagnozowaniem chorób i leczeniem ich*” i „*Utrzymywaniem wysokich standardów higieny osobistej*”. Ostatnie dwie pod względem częstości odpowiedzi to: „*Stałym nadzorem zdrowia poprzez instytucje medyczne*” i „*Posiadaniem odpowiedniej wiedzy na temat zagrożeń związanych ze zdrowiem*”.

Stosunkowo często (3,46%) występowało stwierdzenie: „*Sam wyznaczam sobie zachowania poprawiające zdrowie i stosuję je w życiu z pozytywnym skutkiem*”, a niewiele niższą ocenę (3,40%) odnotowano dla: „*Moim zdaniem w przestrzeni medialnej (TV, Internet, książki) panuje atmosfera zachęcająca do stosowania profilaktyki prozdrowotnej*”. Na trzeciej pozycji (3,26%) uplasowała się wypowiedź: „*W moim otoczeniu rodzinnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania profilaktyki prozdrowotnej*”. Ostatnie dwa wyniki pod względem ociąganych ocen to: „*W moim otoczeniu szkolnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania profilaktyki prozdrowotnej*” (2,95%) i „*Wśród moich znajomych panuje atmosfera zachęcająca do stosowania profilaktyki prozdrowotnej*” (2,89%).

Bardzo dobrze stan profilaktyki prozdrowotnej w Polsce ocenia 1,55% ankietowanych, a dobrze 24,34% ankietowanych. Niezdecydowani co do oceny stanowią większość (60,40%) przypadków. Oceny złe i bardzo złe to kolejno: 11,06 i 2,65% przypadków.

Większość (75,88%) ankietowanych potwierdza, że uprawia jakąś formę aktywności fizycznej. Biega 25,66% ankietowanych, pływa 14,82%, na rowerze jeździ 28,32%, a na rolkach 10,18%. Gimnastykę wskazuje 16,37%, sporty zespołowe uprawia 33,19% ankietowanych. Raz w miesiącu ćwiczy 11,83%, a raz na dwa tygodnie 11,24%, raz w tygodniu 22,48%, a kilka razy w tygodniu 44,08%. Codziennie ćwiczy 8,28% ankietowanych. Grupa stanowiąca 29,88% ankietowanych potwierdza,

że uprawia aktywność fizyczną wyczynowo. Średnio wyczynowo daną aktywność fizyczną ankietowani uprawiają 4,5 roku, a zakres wyników to od 1 miesiąca do 15 lat.

Najwyższą ocenę otrzymało stwierdzenie: „*Sam podejmuję wysiłek związany z aktywnością fizyczną z pozytywnym skutkiem*” (średnia to 3,48%), a kolejne to: „*Moim zdaniem w mediach (TV, Internet, książki) panuje atmosfera zachęcająca do stosowania aktywności fizycznej*” (3,36%). Następna ocena to: „*W moim otoczeniu szkolnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania aktywności fizycznej*” (3,12%) i niewiele niższa: „*W moim otoczeniu rodzinnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania aktywności fizycznej*” (3,11%). Najniższa średnia ocena dotyczyła stwierdzenia: „*Wśród moich znajomych panuje atmosfera zachęcająca do stosowania aktywności fizycznej*” (3,05%).

Zdrowie jest brakiem nałogów dla 38,05% ankietowanych, pełną sprawnością ruchową dla 52,88%, kontrolowaniem swego stanu zdrowia (stała opieka lekarska) dla 40,27%, a dobrym samopoczuciem psychicznym/duchowym jest ono dla 67,04%. Brak chorób jest zdrowiem dla 53,76% ankietowanych.

Wiedzę na temat zdrowia 27,88% ankietowanych czerpie ze szkoły, a 10,18% z czasopism. Na Internet wskazuje 88,94%, a na książki 19,47%. Znajomi są źródłem wiedzy dla 41,59% ankietowanych, reklamy telewizyjne wskazuje 13,94%.

Częściej niż raz w miesiącu z usług lekarskich korzysta 5,18% ankietowanych, raz w miesiącu 10,81%, kilka razy w roku 47,75%, dwa razy w roku 11,26%. Raz w roku z usług lekarskich korzysta 11,04%, jeszcze rzadziej 11,26% ankietowanych.

Bardzo dobrze ocenia swój stan zdrowia 15,57% ankietowanych, dobrze ocenia go 55,76%. Brak jednoznacznej opinii deklaruje 21,44%, a zła i bardzo zła ocena to kolejno 4,74 i 2,48% przypadków.

Większość (69,47%) badanych w pytaniu o rozumienie diety wskazuje na odpowiedź: „*dieta jest sposobem odżywiania się*”. Według 20,58% ankietowanych dieta jest ograniczeniem spożywanych posiłków w celu uzyskania niższej wagi ciała, według 29,65% unikaniem produktów o wysokiej zawartości tłuszczów. Ograniczeniem (lub całkowitą eliminacją) zjadanych słodczy jest dla 35,40%, dla 11,73% spożywaniem produktów niskokalorycznych, według 34,51% spożywaniem dużej ilości warzyw i owoców.

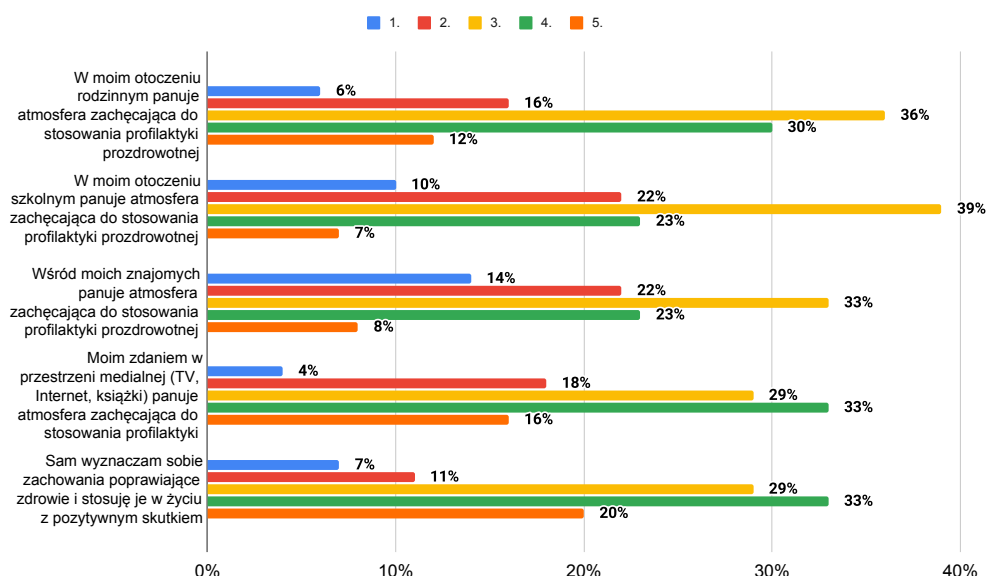
Ceną przy zakupie produktów spożywczych kieruje się 57,96% ankietowanych, marką 43,36%, gustem (apetytem) 73,45%, brakiem konserwantów 21,68% osób. Oprawą graficzną (atrakcyjnym opakowaniem) przy wyborze kieruje się 6,64%, a reklamą 4,42%.

Czytając książki najczęściej spędza czas wolny 23,67% ankietowanych, 20,13% ogląda telewizję. Internet wskazuje 63,72%, gry komputerowe wybiera 23,67% osób. Sporty w czasie wolnym uprawia 30,09%, zaś 59,51% spotyka się ze znajomymi. Uczy się w czasie wolnym 28,32% ankietowanych.

Mniej niż 4 godziny przeciętnie śpi 4,89% ankietowanych, a od 4 do 6 godzin sypia 23,56% ankietowanych. Okres od 6 do 8 godzin wskazuje 61,11% osób, a więcej niż 8 godzin sypia 10,44% ankietowanych.

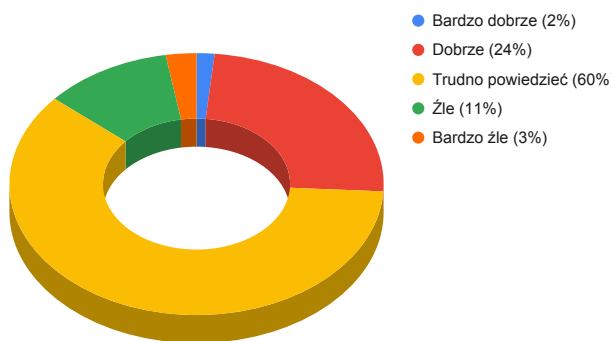
W pytaniu o stosowane używki: na papierosy wskazuje 23,89%, na alkohol 48,45%, na napoje energetyzujące 24,34%, a na kawę 29,20% ankietowanych. Częstość korzystania z używek to w 24,56% przypadków kilka razy w miesiącu, a 22,79% osób wskazuje na więcej niż raz dziennie.

Spośród ankietowanych 69,11% potwierdza, że stara się rozwijać umysłowo. Najczęstsze formy rozwoju umysłowego to: „gry rozwijające inteligencję” (31,42%) i „ćwiczenia pamięci” (26,77%). 51,49% ankietowanych potwierdza, że stara się rozwijać wewnętrznie/duchowo. Najczęściej wskazywane odpowiedzi to: „zglębiasz wiedzę w związku z rozwojem wewnętrznym/duchowym” (18,36%) i „stosujesz (w praktyce) nakazy wiary w swoim życiu” (16,15%).



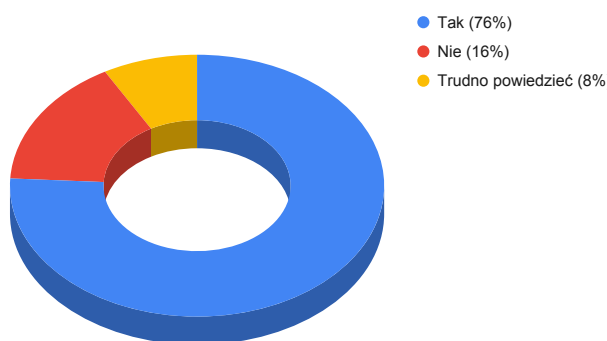
Wykres 4.5. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w skali od 1 do 5 (gdzie 1 – „wcale”, 5 – „bardzo”)

Źródło: badania własne.



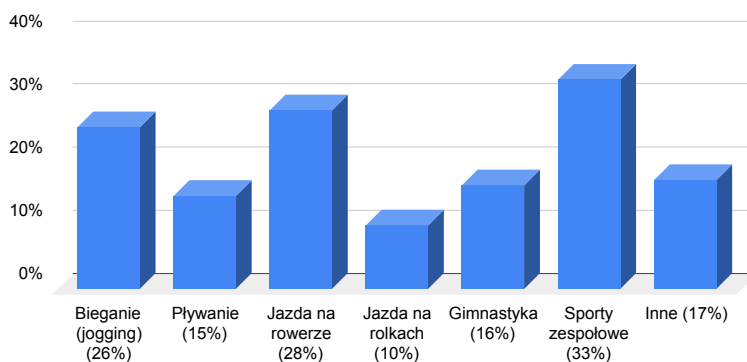
Wykres 4.6. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak byś ocenił stan profilaktyki prozdrowotnej w Polsce?”

Źródło: badania własne.



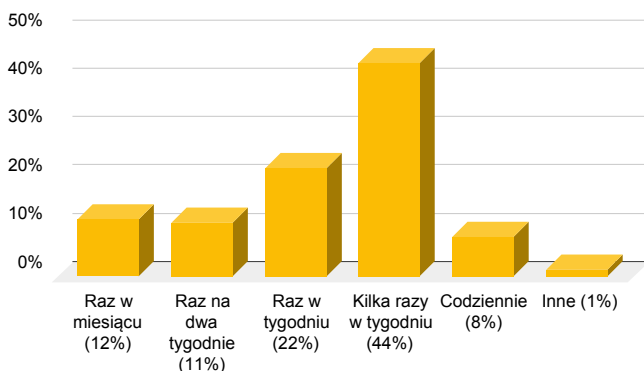
Wykres 4.7. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy uprawiasz jakąś formę aktywności fizycznej?”

Źródło: badania własne.



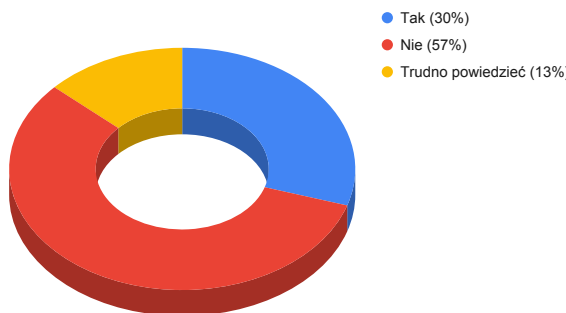
Wykres 4.8. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jaką formę aktywności fizycznej najczęściej uprawiasz?”

Źródło: badania własne.



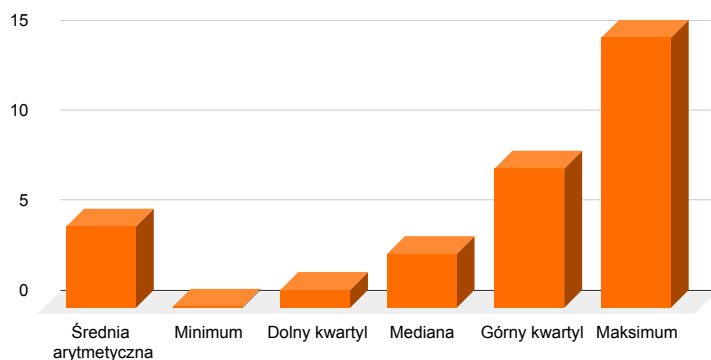
Wykres 4.9. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak często uprawiasz ćwiczenia fizyczne (poza zajęciami WF)?”

Źródło: badania własne.



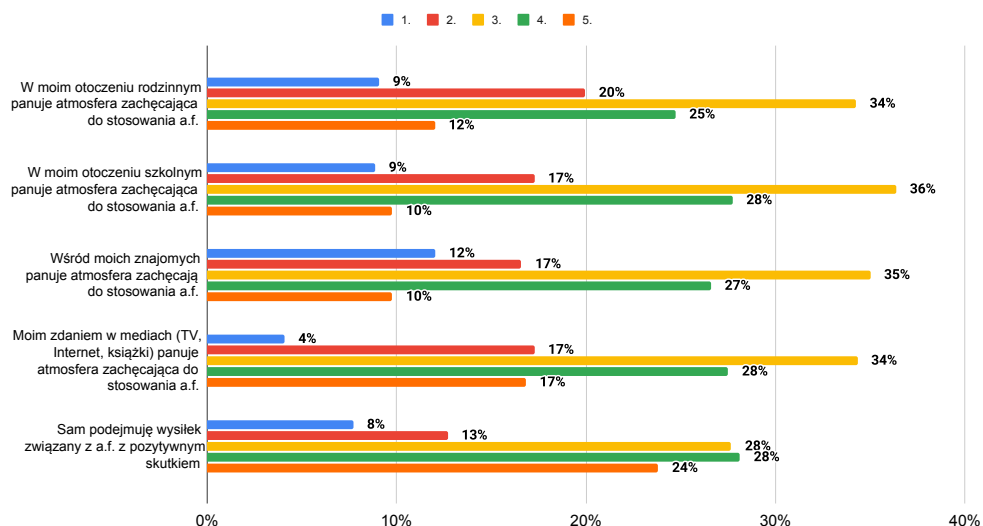
Wykres 4.10. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy uprawiasz aktywność fizyczną wyczynowo (tzn. intensywnie, dążąc do ciągłej poprawy swoich wyników)?”

Źródło: badania własne.



Wykres 4.11. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak długo (od kiedy) uprawiasz wyczynowo daną aktywność fizyczną?”

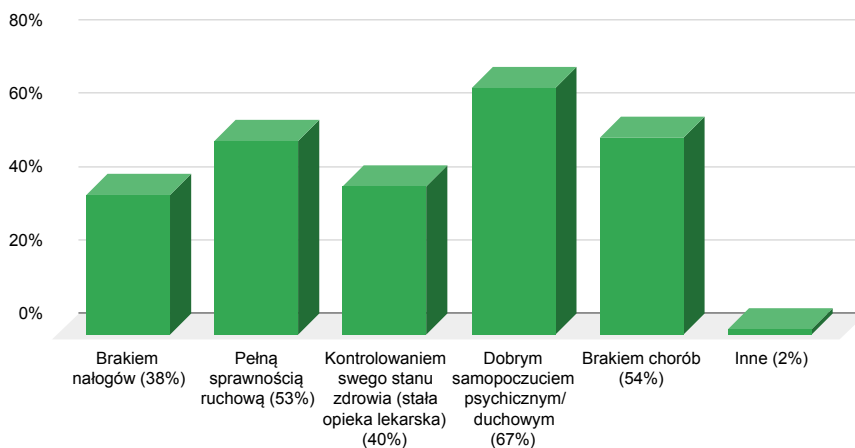
Źródło: badania własne.



a.f. – aktywność fizyczna

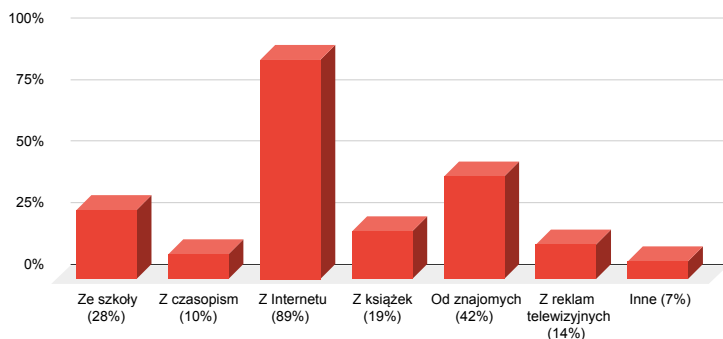
Wykres 4.12. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w skali od 1 do 5 (gdzie 1 – „wcale”, 5 – „bardzo”)

Źródło: badania własne.



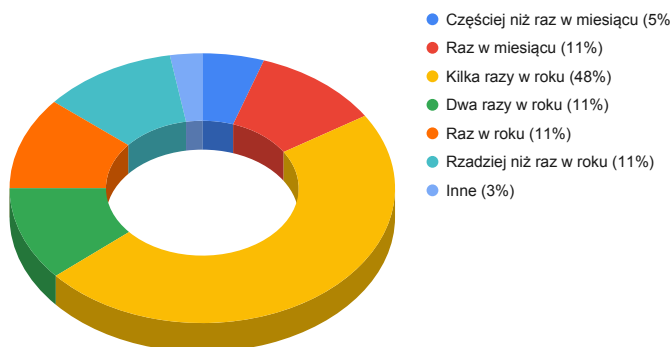
Wykres 4.13. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czym dla Ciebie jest zdrowie?”

Źródło: badania własne.



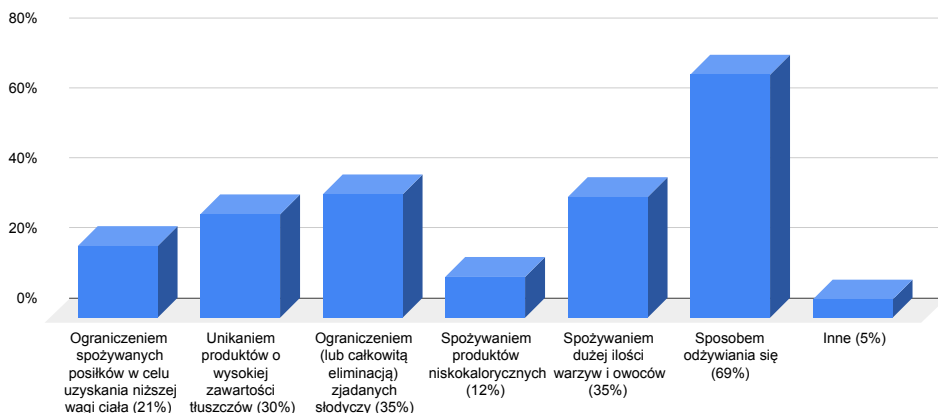
Wykres 4.14. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Skąd głównie czerpiesz swoją wiedzę na temat zdrowia?”

Źródło: badania własne.



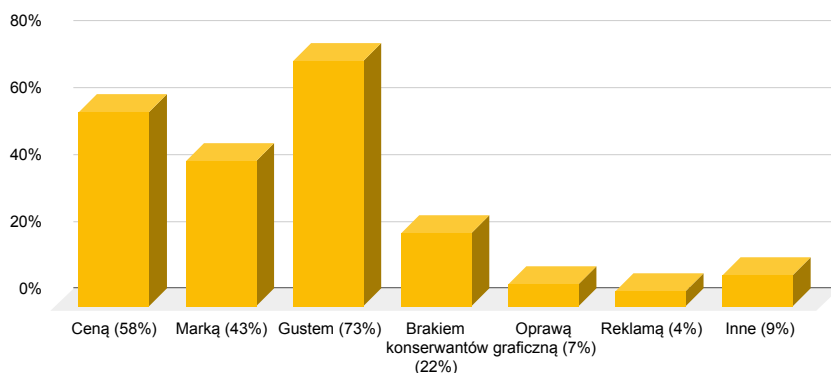
Wykres 4.15. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak często korzystasz z usług lekarskich?”

Źródło: badania własne.



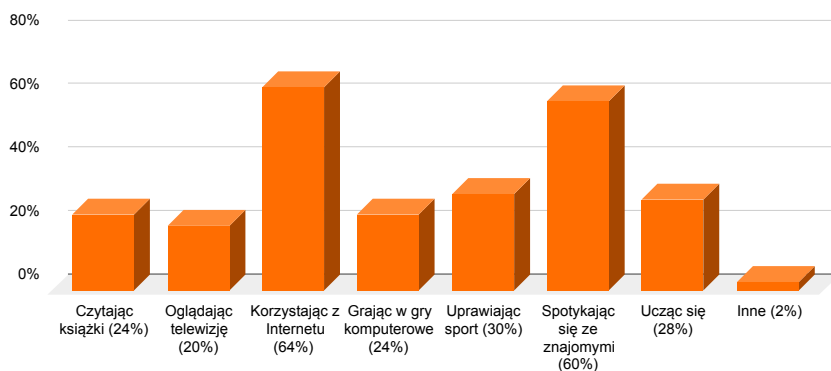
Wykres 4.16. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czym według Ciebie jest »dieta«?”

Źródło: badania własne.



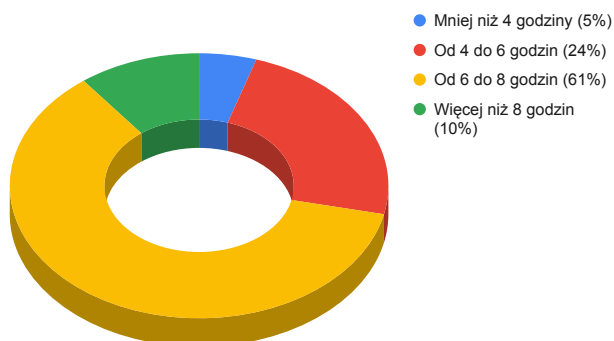
Wykres 4.17. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czym kierujesz się przy zakupie produktów spożywczych?”

Źródło: badania własne.



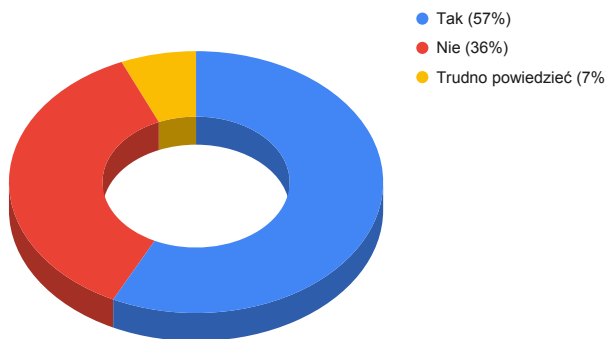
Wykres 4.18. Rozkład odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób najczęściej spędzasz czas wolny?”

Źródło: badania własne.



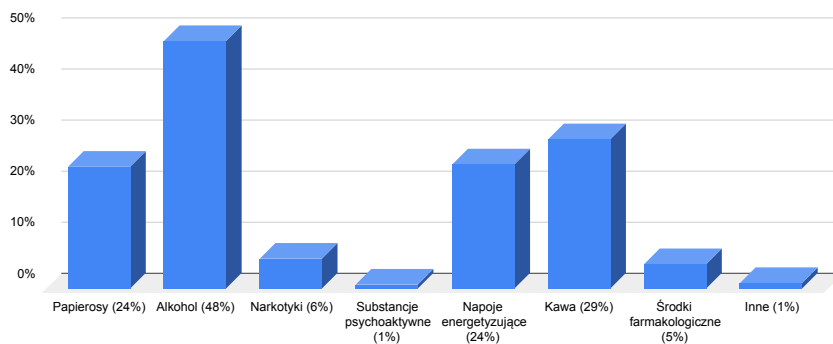
Wykres 4.19. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jaka jest Twoja przeciętna długość snu?”

Źródło: badania własne.



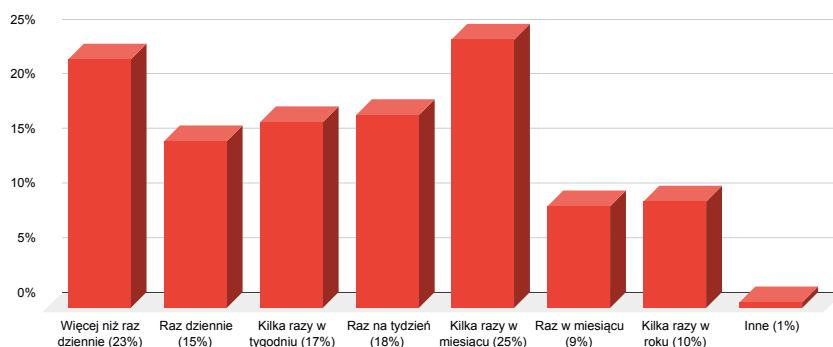
Wykres 4.20. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy korzystasz z jakiś używek?”

Źródło: badania własne.



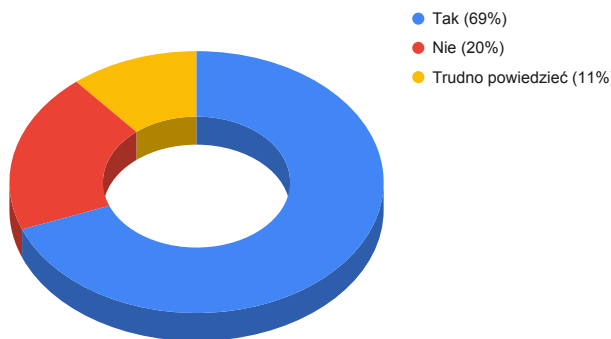
Wykres 4.21. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jakie używki najczęściej stosujesz?”

Źródło: badania własne.



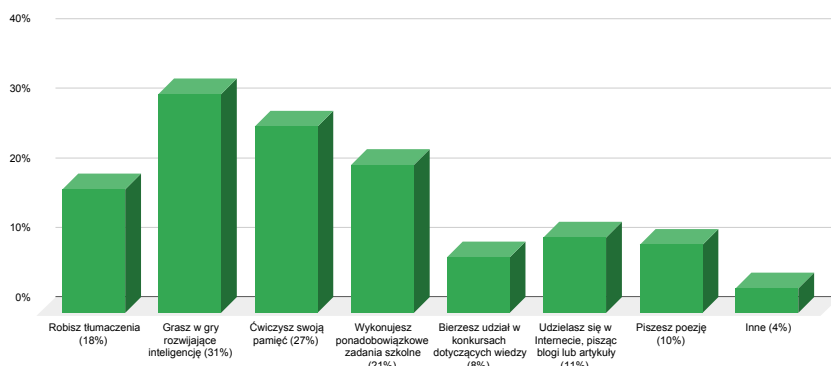
Wykres 4.22. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak często korzystasz z danych używek?”

Źródło: badania własne.



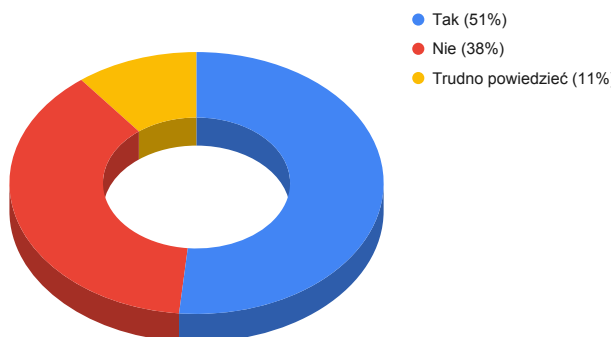
Wykres 4.23. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy w jakiś sposób starasz się rozwijać umysłowo (poza nauką szkolną)?”

Źródło: badania własne.



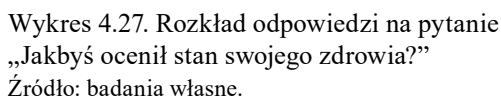
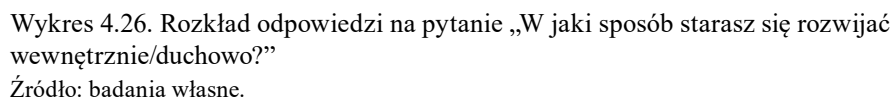
Wykres 4.24. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jeśli tak, to w jaki sposób?”

Źródło: badania własne.



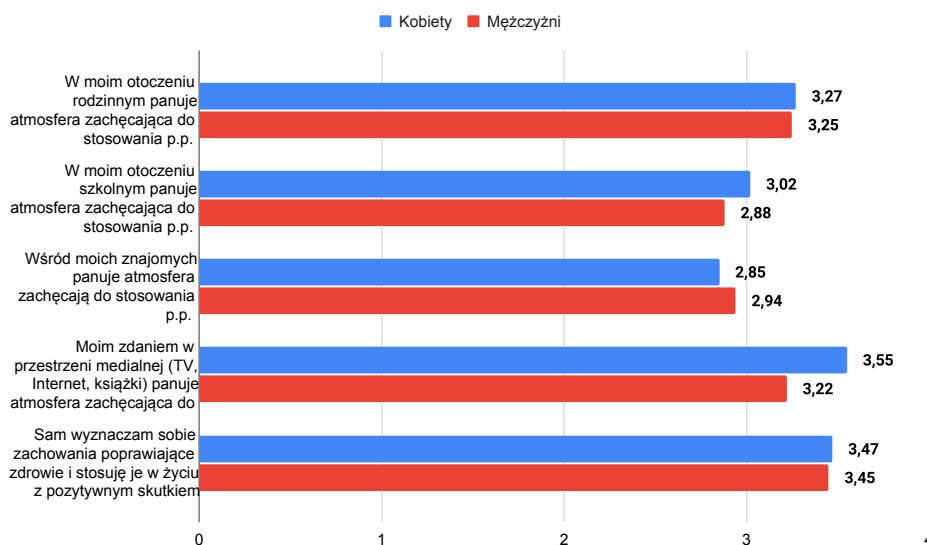
Wykres 4.25. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy starasz się rozwijać wewnętrznie/duchowo?”

Źródło: badania własne.

[illegible]

	W moim otoczeniu rodzinnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania p.p.		W moim otoczeniu szkolnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania p.p.		Wśród moich znajomych panuje atmosfera zachęcająca do stosowania p.p.		Moim zdaniem w przestrzeni medialnej (TV, Internet, książki) panuje atmosfera zachęcająca do stosowania p.p.		Sam wyznaczam sobie zachowania poprawiające zdrowie i stosuję je w życiu z pozytywnym skutkiem	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Maksimum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Dolny kwartyl	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3
Górny kwartyl	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Statystyka Z	0,1647		1,3327		0,6278		3,4738		0,2755	
Wartość p	0,8692		0,1826		0,5301		0,0005		0,7829	

p.p. – profilaktyka prozdrowotna, K – kobiety, M – mężczyźni



p.p. – profilaktyka prozdrowotna

Wykres 4.28. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od płci

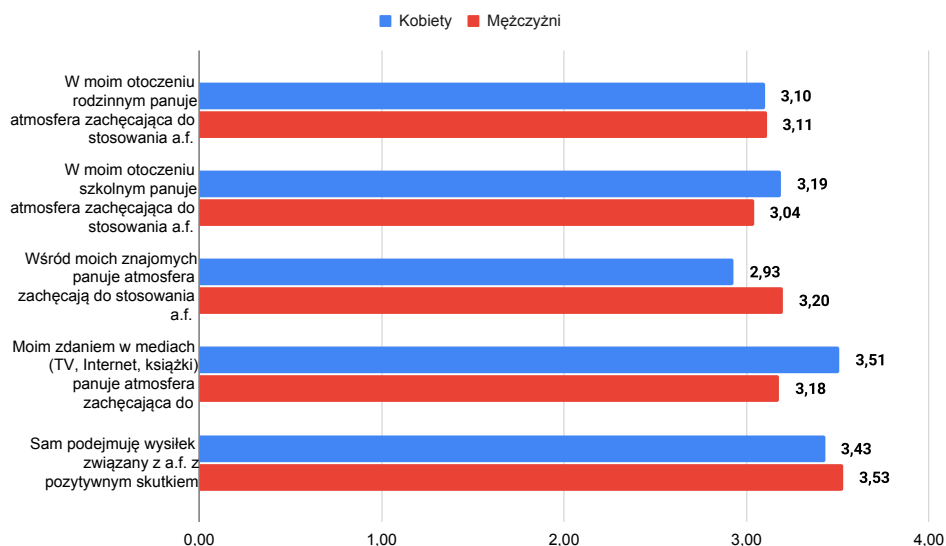
Źródło: badania własne.

W przypadku zachowań prozdrowotnych jedynie w odniesieniu do stwierdzenia: „Moim zdaniem w przestrzeni medialnej (TV, Internet, książki) panuje atmosfera zachęcająca do stosowania profilaktyki prozdrowotnej” stwierdzono istotną różnicę ($p < 0,05$) między płciami, i to w grupie kobiet wyniki są wyższe niż w grupie mężczyzn.

Tabela 4.11. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od płci

	W moim otoczeniu rodzinnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania a.f.		W moim otoczeniu szkolnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania a.f.		Wśród moich znajomych panuje atmosfera zachęcająca do stosowania a.f.		Moim zdaniem w mediach (TV, Internet, książki) panuje atmosfera zachęcająca do stosowania a.f.		Sam podejmuję wysiłek związany z a.f. z pozytywnym skutkiem	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Średnia arytmetyczna	3,10	3,11	3,19	3,04	2,93	3,20	3,51	3,18	3,43	3,53
Mediana	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4
Odchylenie standardowe	1,10	1,17	1,08	1,10	1,14	1,13	1,03	1,11	1,15	1,26
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maksimum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Dolny kwartyl	2	2	2	2	2	2,5	3	2	3	3
Górny kwartyl	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Statystyka Z	0,1578		1,503		2,4009		3,281		1,0821	
Wartość p	0,8746		0,1328		0,0164		0,0010		0,2792	

a.f. – aktywność fizyczna, K – kobiety, M – mężczyźni



Wykres 4.29. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od płci

Źródło: badania własne.

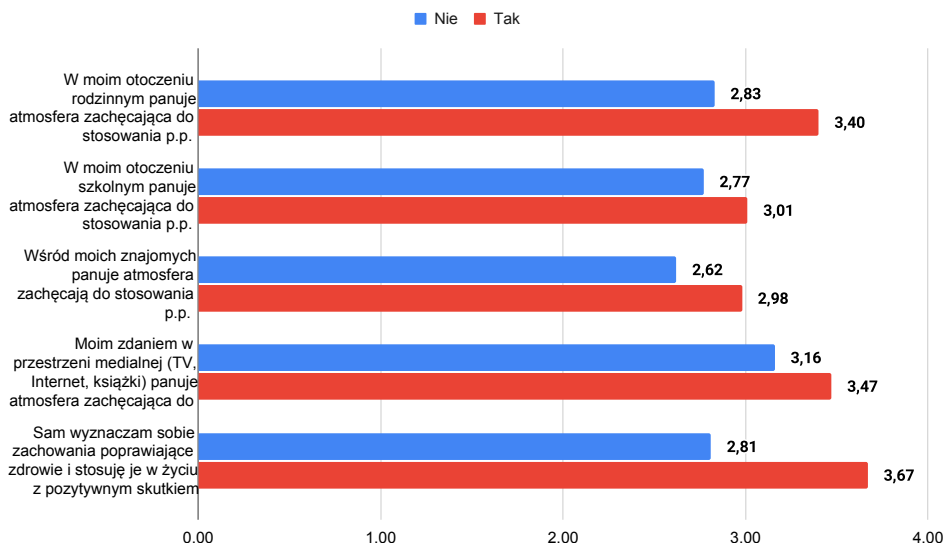
W przypadku aktywności fizycznej do odpowiedzi: „Wśród moich znajomych panuje atmosfera zachęcająca do stosowania aktywności fizycznej” i „Moim zdaniem w mediach (TV, Internet, książki) panuje atmosfera zachęcająca do stosowania aktywności fizycznej”

ności fizycznej” stwierdzono istotne różnice ($p < 0,05$) między płciami. W przypadku pierwszej z tych skal wyższe wyniki dotyczą mężczyzn, a w przypadku drugiej z tych skal wyższe wyniki odnotowano wśród kobiet.

Tabela 4.12. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od aktywności fizycznej

	W moim otoczeniu rodzinnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania p.p.		W moim otoczeniu szkolnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania p.p.		Wśród moich znajomych panuje atmosfera zachęcająca do stosowania p.p.		Moim zdaniem w przestrzeni medialnej (TV, Internet, książki) panuje atmosfera zachęcająca do stosowania p.p.		Sam wyznaczam sobie zachowania poprawiające zdrowie i stosuję je w życiu z pozytywnym skutkiem	
	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak
Średnia arytmetyczna	2,83	3,40	2,77	3,01	2,62	2,98	3,16	3,47	2,81	3,67
Mediana	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4
Odchylenie standardowe	1,11	1,01	1,09	1,04	1,10	1,15	1,17	1,03	1,23	1,03
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maksimum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Dolny kwartyl	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3
Górny kwartyl	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4
Statystyka Z	4,8235		1,9155		2,877		2,4921		6,4831	
Wartość p	< 0,0001		0,0554		0,0040		0,0127		< 0,0001	

p.p. – profilaktyka prozdrowotna



Wykres 4.30. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od aktywności fizycznej

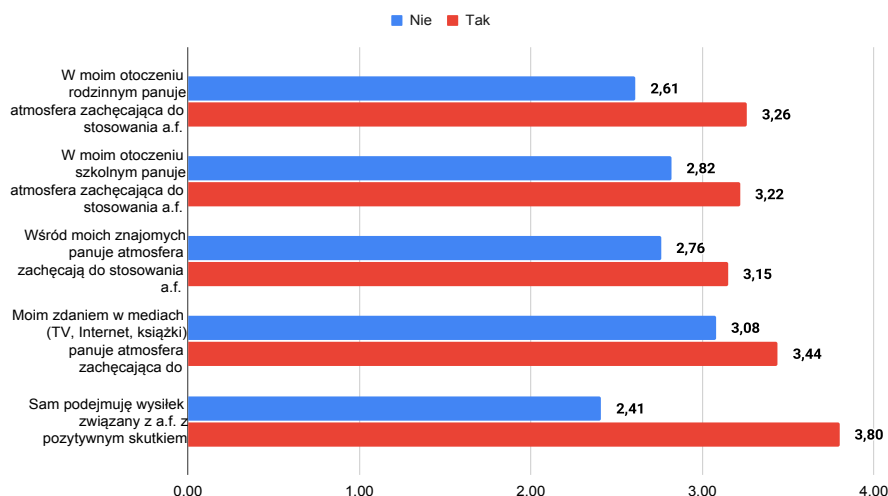
Źródło: badania własne.

W przypadku zachowań prozdrowotnych jedynie w odniesieniu do stwierdzenia: „*W moim otoczeniu szkolnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania profilaktyki prozdrowotnej*” nie stwierdzono istotnej różnicy ($p > 0,05$) między grupami pod względem podejmowanej aktywności fizycznej. W przypadku pozostałych skal istotnie ($p < 0,05$) wyższe wyniki dotyczą grupy która jest aktywna fizycznie.

Tabela 4.13. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od płci

	W moim otoczeniu rodzinnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania a.f.		W moim otoczeniu szkolnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania a.f.		Wśród moich znajomych panuje atmosfera zachęcająca do stosowania a.f.		Moim zdaniem w mediach (TV, Internet, książki) panuje atmosfera zachęcająca do stosowania a.f.		Sam podejmuję wysiłek związany z a.f. z pozytywnym skutkiem	
	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak
Średnia arytmetyczna	2,61	3,26	2,82	3,22	2,76	3,15	3,08	3,44	2,41	3,80
Mediana	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4
Odchylenie standardowe	1,00	1,13	1,02	1,09	1,15	1,12	1,19	1,03	1,09	1,03
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maksimum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Dolny kwartyl	2	3	2	3	2	2	2	3	1,75	3
Górny kwartyl	3	4	4	4	3	4	4	4	3	5
Statystyka Z	5,2046		3,285		3,2191		2,9867		9,8922	
Wartość p	< 0,0001		0,0010		0,0013		0,0028		< 0,0001	

a.f. – aktywność fizyczna



Wykres 4.31. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od płci

Źródło: badania własne.

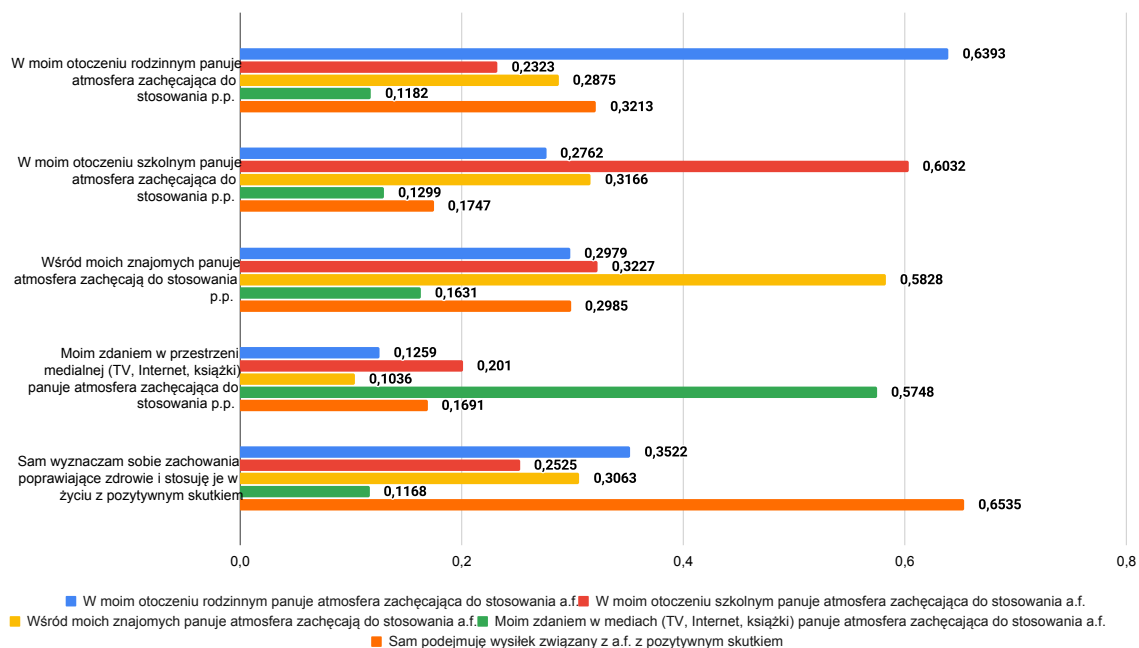
W przypadku aktywności fizycznej wszystkie oceny skal różnią się wysoce istotnie ($p < 0,01$) w zależności od grupy pod względem deklarowanej aktywności fizycznej. Grupa aktywnych fizycznie wyżej oceniła wszystkie stwierdzenia niż grupa osób nieaktywnych fizycznie.

Tabela 4.14. Związek odpowiedzi na pytania: „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie” dot. atmosfery zachęcającej do stosowania profilaktyki prozdrowotnej, oraz „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie” dot. atmosfery zachęcającej do stosowania aktywności fizycznej

	W moim otoczeniu rodzinnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania p.p.	W moim otoczeniu szkolnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania p.p.	Wśród moich znajomych panuje atmosfera zachęcająca do stosowania p.p.	Moim zdaniem w przestrzeni medialnej (TV, Internet, książki) panuje atmosfera zachęcająca do stosowania p.p.	Sam wyznaczam sobie zachowania poprawiające zdrowie i stosuję je w życiu z pozytywnym skutkiem
W moim otoczeniu rodzinnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania a.f.	$r = 0,6393$	$r = 0,2762$	$r = 0,2979$	$r = 0,1259$	$r = 0,3522$
	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$	$p = 0,0081$	$p < 0,0001$
W moim otoczeniu szkolnym panuje atmosfera zachęcająca do stosowania a.f.	$r = 0,2323$	$r = 0,6032$	$r = 0,3227$	$r = 0,201$	$r = 0,2525$
	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$
Wśród moich znajomych panuje atmosfera zachęcająca do stosowania a.f.	$r = 0,2875$	$r = 0,3166$	$r = 0,5828$	$r = 0,1036$	$r = 0,3063$
	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$	$p = 0,0298$	$p < 0,0001$
Moim zdaniem w mediach (TV, Internet, książki) panuje atmosfera zachęcająca do stosowania a.f.	$r = 0,1182$	$r = 0,1299$	$r = 0,1631$	$r = 0,5748$	$r = 0,1168$
	$p = 0,0131$	$p = 0,0064$	$p = 0,0006$	$p < 0,0001$	$p = 0,0143$
Sam podejmuję wysiłek związany z a.f. z pozytywnym skutkiem	$r = 0,3213$	$r = 0,1747$	$r = 0,2985$	$r = 0,1691$	$r = 0,6535$
	$p < 0,0001$	$p = 0,0002$	$p < 0,0001$	$p = 0,0004$	$p < 0,0001$

p.p. – profilaktyka prozdrowotna, a.f. – aktywność fizyczna

Wszystkie oszacowane związki między odpowiedziami na pytania: „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie” dot. atmosfery zachęcającej do stosowania profilaktyki prozdrowotnej, oraz „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie” dot. atmosfery zachęcającej do stosowania aktywności fizycznej, są wysoce istotne ($p < 0,01$). Oznacza to, że wyższe wyniki skali zachowań prozdrowotnych związane są z wyższymi wynikami skali aktywności fizycznej.



p.p. – profilaktyka prozdrowotna, a.f. – aktywność fizyczna

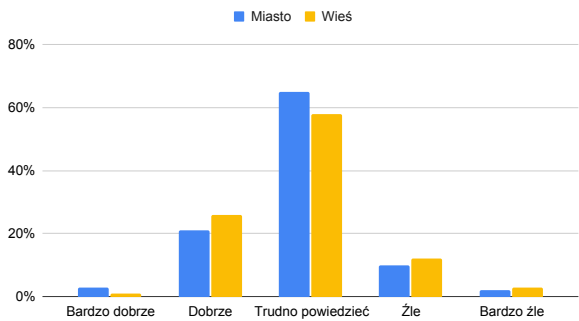
Wykres 4.32. Związek odpowiedzi na pytania: „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie” dot. atmosfery zachęcającej do stosowania profilaktyki prozdrowotnej, oraz „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie” dot. atmosfery zachęcającej do stosowania aktywności fizycznej

Źródło: badania własne.

Tabela 4.15. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak byś ocenił stan profilaktyki prozdrowotnej w Polsce”, w zależności od miejsca zamieszkania

Odpowiedzi	Miasto		Wieś	
	Liczba	Udział procentowy	Liczba	Udział procentowy
Bardzo dobrze	4	2,53	3	1,02
Dobrze	33	20,89	77	26,19
Trudno powiedzieć	102	64,56	171	58,16
Źle	16	10,13	34	11,56
Bardzo źle	3	1,90	9	3,06
chi ²	4,1146			
df	4			
p	0,3907			
Dokładny test Fishera (p)	0,2310			

Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jak byś ocenił stan profilaktyki prozdrowotnej w Polsce” nie różni się istotnie ($p > 0,05$) w zależności od miejsca zamieszkania.

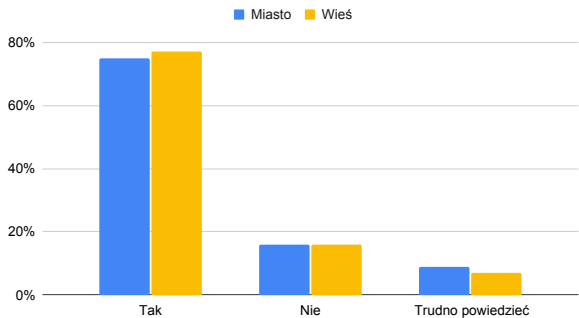


Wykres 4.33. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak byś ocenił stan profilaktyki prozdrowotnej w Polsce”, w zależności od miejsca zamieszkania
Źródło: badania własne.

Tabela 4.16. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy uprawiasz jakąś formę aktywności fizycznej?”, w zależności od miejsca zamieszkania

Odpowiedzi	Miasto		Wieś	
	Liczba	Udział procentowy	Liczba	Udział procentowy
Tak	118	74,68	225	76,53
Nie	25	15,82	47	15,99
Trudno powiedzieć	15	9,49	22	7,48
chi^2	0,5555			
df	2			
p	0,7575			
Dokładny test Fishera (p)	0,7578			

Rozkład odpowiedzi na pytanie: „*Jak byś ocenił stan profilaktyki prozdrowotnej w Polsce*” nie różni się istotnie ($p > 0,05$) w zależności od miejsca zamieszkania.

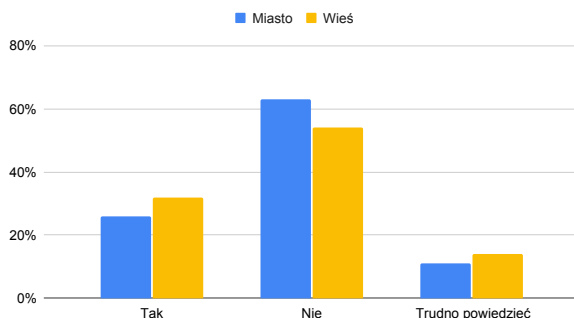


Wykres 4.34. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy uprawiasz jakąś formę aktywności fizycznej?”, w zależności od miejsca zamieszkania
Źródło: badania własne.

Tabela 4.17. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy uprawiasz aktywność fizyczną wyczynowo (tzn. intensywnie, dążąc do ciągłej poprawy swoich wyników)?”, w zależności od miejsca zamieszkania

Odpowiedzi	Miasto		Wieś	
	Liczba	Udział procentowy	Liczba	Udział procentowy
Tak	31	26,27	73	31,74
Nie	74	62,71	124	53,91
Trudno powiedzieć	13	11,02	33	14,35
χ^2	2,4960			
df	2			
p	0,2871			
Dokładny test Fishera (p)	0,3002			

Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy uprawiasz aktywność fizyczną wyczynowo (tzn. intensywnie, dążąc do ciągłej poprawy swoich wyników)?” nie różni się istotnie ($p > 0,05$) w zależności od miejsca zamieszkania.



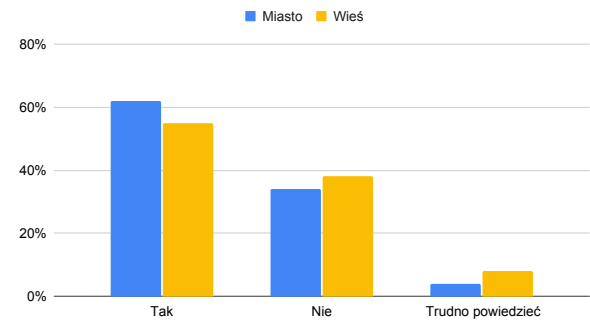
Wykres 4.35. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy uprawiasz aktywność fizyczną wyczynowo (tzn. intensywnie, dążąc do ciągłej poprawy swoich wyników)?”, w zależności od miejsca zamieszkania

Źródło: badania własne.

Tabela 4.18. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy korzystasz z jakichś używek?”, w zależności od miejsca zamieszkania

Odpowiedzi	Miasto		Wieś	
	Liczba	Udział procentowy	Liczba	Udział procentowy
Tak	97	61,78	158	54,86
Nie	53	33,76	108	37,50
Trudno powiedzieć	7	4,46	22	7,64
χ^2	2,8199			
df	2			
p	0,2442			
Dokładny test Fishera (p)	0,2582			

Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy korzystasz z jakiś używek?” nie różni się istotnie ($p > 0,05$) w zależności od miejsca zamieszkania.

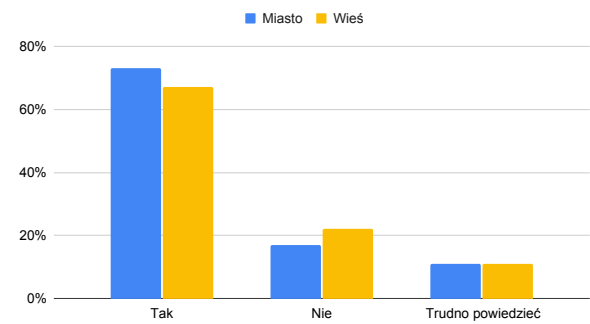


Wykres 4.36. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy korzystasz z jakiś używek?”, w zależności od miejsca zamieszkania
Źródło: badania własne.

Tabela 4.19. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy w jakiś sposób starasz się rozwijać umysłowo (poza nauką szkolną)?”, w zależności od miejsca zamieszkania

Odpowiedzi	Miasto		Wieś	
	Liczba	Udział procentowy	Liczba	Udział procentowy
Tak	114	72,61	197	67,23
Nie	26	16,56	63	21,50
Trudno powiedzieć	17	10,83	33	11,26
chi^2	1,7068			
df	2			
p	0,4260			
Dokładny test Fishera (p)	0,4306			

Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy w jakiś sposób starasz się rozwijać umysłowo (poza nauką szkolną)?” nie różni się istotnie ($p > 0,05$) w zależności od miejsca zamieszkania.

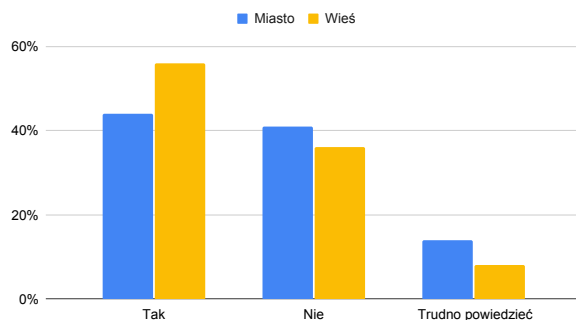


Wykres 4.37. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy w jakiś sposób starasz się rozwijać umysłowo (poza nauką szkolną)?”, w zależności od miejsca zamieszkania
Źródło: badania własne.

Tabela 4.20. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy starasz się rozwijać wewnętrznie/duchowo?”, w zależności od miejsca zamieszkania

Odpowiedzi	Miasto		Wieś	
	Liczba	Udział procentowy	Liczba	Udział procentowy
Tak	59	44,36	131	55,51
Nie	55	41,35	85	36,02
Trudno powiedzieć	19	14,29	20	8,47
chi ²	5,4092			
df	2			
p	0,0669			
Dokładny test Fishera (p)	0,0674			

Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy starasz się rozwijać wewnętrznie/duchowo?” nie różni się istotnie ($p > 0,05$) w zależności od miejsca zamieszkania.



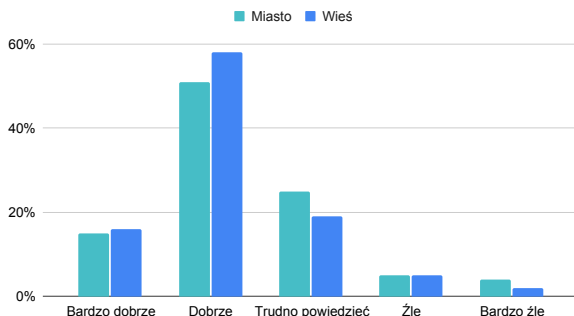
Wykres 4.38. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy starasz się rozwijać wewnętrznie/duchowo?”, w zależności od miejsca zamieszkania

Źródło: badania własne.

Tabela 4.21. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jakbyś ocenił stan swojego zdrowia?”, w zależności od miejsca zamieszkania

Odpowiedzi	Miasto		Wieś	
	Liczba	Udział procentowy	Liczba	Udział procentowy
Bardzo dobrze	23	14,93	46	15,92
Dobrze	79	51,30	168	58,13
Trudno powiedzieć	39	25,32	56	19,38
Źle	7	4,54	14	4,84
Bardzo źle	6	3,90	5	1,73
chi ²	4,4777			
df	4			
p	0,3452			
Dokładny test Fishera (p)	0,3419			

Rozkład odpowiedzi na pytanie: „*Jakbyś ocenił stan swojego zdrowia?*” nie różni się istotnie ($p > 0,05$) w zależności od miejsca zamieszkania.



Wykres 4.39. Rozkład odpowiedzi na pytanie „*Jakbyś ocenił stan swojego zdrowia?*”, w zależności od miejsca zamieszkania
Źródło: badania własne.

We wszystkich uzyskanych odpowiedziach na temat podejścia do zdrowia nie widać znaczących różnic między opiniami osób z miasta a zamieszkującymi na wsi. Na pewno duży wpływ na to wywierają mass media, jak i migracje ludności ze wsi do miasta i odwrotnie. W podziale na młodzież pochodzącą ze wsi i mieszkającą w mieście nie widać znaczących statystycznie różnic we wszystkich uzyskanych odpowiedziach w tematyce profilaktyki zdrowotnej. Podobnie i tutaj – zapewne przyczyniają się do takiego stanu mass media, jak i migracje ludności ze wsi do miasta i odwrotnie.

4.2.1. Wnioski z badania

Młodzi ludzie rozumieją pojęcie profilaktyki prozdrowotnej przede wszystkim jako prowadzenie zdrowego stylu życia (61,73%) i aktywność fizyczną (58,19%). Około 30% wskazań otrzymały odpowiedzi dotyczące prowadzenia badań profilaktycznych, bycia pod opieką instytucji ochrony zdrowia, posiadania wiedzy, utrzymywania diety oraz higieny osobistej. Zdrowie utożsamiane jest z brakiem chorób (53,76%), nałogów (38,05%), sprawnością ruchową (52,88%), kontrolowaniem swego stanu zdrowia (40,27%) i dobrym samopoczuciem psychicznym/duchowym (67,04%). Odpowiedzi wskazują, że młodzi w rozumieniu zdrowia używają holistycznej koncepcji. Zwracają uwagę nie tylko na ciało, ale także na psychikę (ducha).

W prowadzonych badaniach nie pytano wprost o działania samoprofilaktyczne prowadzone przez młodych ludzi. Wynika to z obawy, że pojęcie to może być niewłaściwie zrozumiane. Jednak z odpowiedzi udzielonych przez młodych ludzi można wnioskować, że prowadzą działania i zachowania analogiczne do samoprofilaktyki. Większość badanych zgadza się ze stwierdzeniem: „sam wyznaczam sobie zachowania poprawiające zdrowie i stosuję je w życiu z pozytywnym skutkiem”. Kierowanie własnym życiem – w aspekcie zdrowia i stylu życia oraz podejmowania właściwych wyborów – to kluczowe zachowania w samoprofilaktyce.

Z badań głównych wynika, że młodzi ludzie nie ufają instytucjom służby zdrowia oraz innym oficjalnym organom odpowiedzialnym za profilaktykę zdrowotną.

Dodatkowo negatywnie oceniają stan profilaktyki prozdrowotnej w Polsce. Opinia ta stanowi potwierdzenie założeń pracy, iż oficjalna profilaktyka zdrowotna (element biomedycznego paradygmatu zdrowia) nie ma obecnie racji bytu. Odpowiedzialność za zdrowie i profilaktykę przeniesiona jest na barki jednostki.

Z odpowiedzi uzyskanych na pytania możemy wywnioskować, jak młodzież rozumie samoprophylaktykę zdrowotną i troskę o własne zdrowie. Większość (75,88%) ankietowanych potwierdza że uprawia jakąś formę aktywności fizycznej.

Kolejnym aspektem zachowań młodych ludzi związanych z samoprophylaktyką zdrowotną jest dieta. Rozumienia jest jako sposób odżywiania (69,47%). W wyborze sposobu odżywiania oraz doborze produktów młodzi ludzie nie biorą pod uwagę wpływu jedzenia na zdrowie. Odżywianie nie jest traktowane jako istotny element troski o zdrowie. Przy wyborze produktów młodzi kierują się głównie ceną, posiłki jedzą nieregularnie, spożywają słodkie i niezdrowe posiłki. Sposób odżywiania jest zdecydowanie polem dla edukacji. Dieta ma kluczowe znaczenie dla utrzymania odpowiedniej wagi ciała oraz wpływ na zdrowie organizmu. Z tego powodu ten obszar życia młodych jest niezwykle ważny. Badania dowodzą, że młodzi ludzie lepiej rozumieją wpływ aktywności fizycznej na zdrowie niż diety.

Styl życia jest istotnym elementem wpływającym na zdrowie i samopoczucie. Badania pokazują, że młodzi ludzie nie zawsze śpią wystarczająco oraz używają produkty i używki o potwierdzonym negatywnym wpływie na zdrowie: papierosy (23,89%), alkohol (48,45%) czy napoje energetyzujące (24,34%).

4.3. Badanie studentów Trójmiasta

Niniejsze badanie było przeprowadzone w dniach od 1 do 20 czerwca 2016 r. Dobór próby miał charakter losowy i celowy. W próbie mieściło się $n = 100$ osób w wieku 19–24 lat. Byli to studenci z różnych uczelni Trójmiasta stacjonarnych i niestacjonarnych.

Na potrzeby badania studentów opracowano nowy zestaw pytań ankietowych. W kafeterii została przyjęta forma lejka składająca się z 68 pytań, z czego 39 to pytania zamknięte, 26 to pytania półotwarte, a 3 otwarte. W pytaniach dotyczących oceny została zastosowana skala Likerta z odpowiedziami przyporządkowanymi następującym ocenom: bardzo ważne, ważne, trudno powiedzieć, nieważne, zupełnie nieważne. Ankietowani odpowiedzieli na większość pytań, tylko na te wyszczególnione w tekście nie udzieli odpowiedzi. W związku z tym błąd statystyczny wyniósł $d = 3,13\%$.

Badana grupa społeczna charakteryzowała się następującymi parametrami. Ponieważ granica wieku zawierała się od 19 do 24 lat, zostały utworzone podziały według wieku:

- 19 (59%),
- 20 (9%),
- 21 (8%),

- 22 (11%),
- 23 (3%),
- 24 (1%).

Najczęściej występujący wiek wśród badanych to 19 lat.

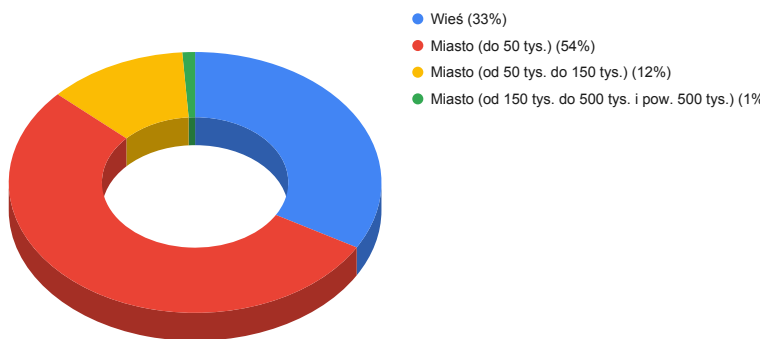
Respondenci zamieszkujący małe miejscowości (do 50 tys. mieszkańców) stanowili 53,5% próby, wieś, zamieszkiwało 33,3% badanych, średnie miasta (od 50 tys. do 150 tys. mieszkańców) 12,1% respondentów, duże miasta (od 150 tys. do 500 tys. mieszkańców) oraz metropolie (powyżej 500 tys. mieszkańców) zamieszkiwało 1,1% badanych.

W związku ze specyfiką badania respondenci zostali również zapytani o wagę i wzrost. Wyniki, ujęte w przedziały, przedstawiały się następująco: 40,2% badanych deklaroowało wagę w przedziale 53–63 kg, 28,8% – 64–74 kg, 13,4% – 42–52 kg, 12,3% – 75–85 kg, 4,12% – 86–96 kg. Wedle tej cechy 50% badanych posiadało wagę 67,6 kg lub mniej, a pozostałe 50% posiadało wagę 67,6 kg lub więcej (Me = 50 kg). Najczęściej występująca waga to 56 kg (D = 56 kg).

Jeśli chodzi o wzrost, najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale 164–174 cm wzrostu (56,3%). W przedziale 153–163 cm mierzyło 26,4% osób, 175–185 cm (23,3%), 197–207 cm (1%). 50% badanych posiadało wzrost 163,42 cm lub mniej, a pozostałe 50% posiadało wzrost 163,42 cm lub więcej. Wzrost, który występował najczęściej, to 164 cm (D = 164).

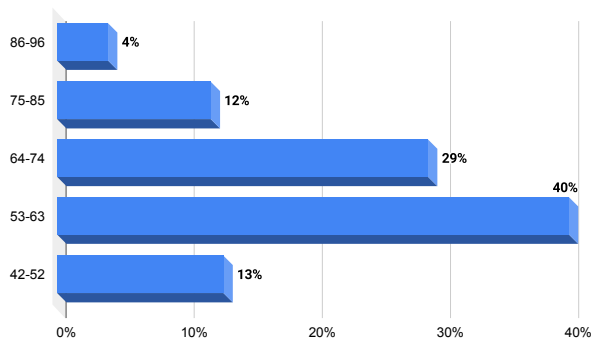
Badani poproszeni zostali, aby ustosunkowali się do swojej wagi ciała. Spośród ankietowanych 50% stwierdziło, że ma dobrą wagę ciała, 29% uznało ją za neutralną, 9% stwierdziło, że ich waga ciała nie jest zła, 7%, że bardzo dobra i 5%, że bardzo zła.

Ostatnie pytanie z metryczki dotyczyło przynależności religijnej. Na to pytanie nie odpowiedziało 9,7% próby badawczej. Najliczniejszą grupą religijną stanowili chrześcijanie (44,1%), drugą wierni Kościoła katolickiego (38,2%). Można przyjąć, że przedstawiciele Kościoła rzymskokatolickiego stanowili 82,3% badanych. Ateistami określiło się 4% badanych. Pojedyncze osoby były zrzeszone w innych wyznaniach: grekokatolicy (1%), protestanci (1%), adwentyści (1%) i wyznawcy panteizmu (1%).



Wykres 4.40. Miejsce zamieszkania respondentów

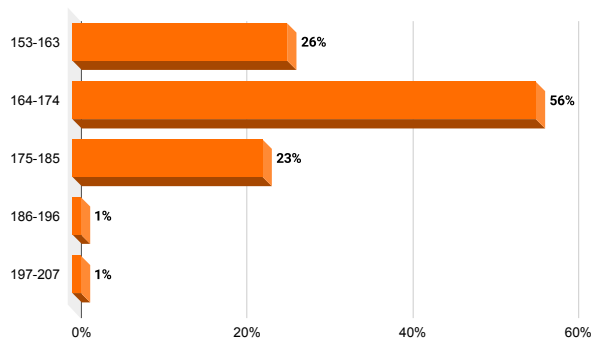
Źródło: badania własne.



$$\chi^2 = 62,53; p < 0,05; d = 1,96$$

Wykres 4.41. Waga respondentów

Źródło: badania własne.



$$\chi^2 = 20,19; p > 0,05; d = 0,06$$

Wykres 4.42. Wzrost badanych

Źródło: badania własne.

Kolejne pytania dotyczyły kwestii związanych z higieną i zdrowiem. Pytano, co respondenci wiedzą na temat zdrowia i w jaki sposób troska o nie przejawia się w ich codziennym życiu. Pierwsze pytanie miało ogólną formę i dotyczyło kwestii światopoglądowych. Było testem posiadanej wiedzy na temat związany z higieną i zdrowiem.

Respondenci zapytani zostali o to, jak rozumieją zdrowie. Według większości (60%) zdrowie to brak nałogów i zdrowy tryb życia. Zdrowie to brak przewlekłych chorób według 55% badanych, pełna sprawność ruchowa (48%), kontrolowanie stanu swojego organizmu (30%). Według 16% badanych zdrowie polega na psychicznym panowaniu nad swoim ciałem, a 6% zdefiniowało je jako spełnienie duchowe. Ogółem 97,2% badanych wiązało kwestię zdrowia ze sferą fizyczną (ciałem), a tylko 2,7% z przestrzenią ducha.

Następne pytanie dotyczyło pojęcia higieny. 67% ankietowanych łączy ją z utrzymywaniem czystości osobistej, 30% z racjonalnym odżywianiem, 18% z aktywnością fizyczną, a 16% ze zdrową psychiką. Tylko 6% odpowiadających była zdania, że higiena łączy się ze zdrowym stanem ducha. Podsumowując, 95,5% badanych twierdziło, że higiena wiąże się z ciałem i przestrzenią fizyczną, a 4,3% łączyło ją ze sferą duchową, z tym co metafizyczne.

W dalszej części kwestionariusza badanych zapytano, co ich zdaniem najkorzystniej wpływa na zdrowie. Według 51% badanych na dobry stan zdrowia wpływa prawidłowe odżywianie, a według 43% aktywność fizyczna. Dla 23% odpowiadających istotnym czynnikiem wpływającym na zdrowie jest spokój i równowaga emocjonalna, dla 14% stan środowiska naturalnego, a dla 7% udział w wydarzeniach kulturalnych.

Respondenci zostali zapytani o stosunek do wartości i postawy wobec różnych zjawisk w przestrzeni społecznej. Pierwszą wartością, o jaką zostali zapytani, była miłość. Dla 77% badanych miłość jest bardzo ważna, dla 23% ważna, a dla 3% zupełnie nieważna. Zdania odnośnie tej kwestii nie miało 7% badanych. Następnie zapytano badanych o znaczenie przyjaźni w ich życiu. Dla 67% przyjaźń jest bardzo ważna, dla 1% nie jest ważna. 3% odpowiadających nie ma zdania w tej sprawie.

Pytano również o stosunek do rodziny jako wartości. 87% ankietowanych zaznaczyło, że rodzina jest dla nich bardzo ważna, a 7% że jest ona ważna. Rodzina jest zupełnie nieważna dla 1% ankietowanych, a 3% nie ma zdania w tej sprawie.

Kolejne pytanie dotyczyło narodu jako wartości (idei). 49% ankietowanych nie miało zdania w tej sprawie. Dla 34% naród jest ważny, a dla 11% bardzo ważny. Dla 4% badanych naród był nieważny, a dla 2% za zupełnie nieważny. Na pytanie o znaczenie państwa 33% uważało, że państwo jest ważne, 4% że bardzo ważne. 13% uznało je za nieważne, a 3% za zupełnie nieważne. 47% ankietowanych nie miało zdania.

Kolejne pytanie dotyczyło wiary. Dla 35% badanych wiara jest ważna, dla 20% bardzo ważna, dla 13% wiara jest czymś nieważnym, a dla 3% zupełnie nieważnym. Zdania w tej kwestii nie miało 19% badanych. W odpowiedzi na pytanie o znaczenie Boga w życiu 33% badanych uznała go za ważnego, a 29% za bardzo ważnego. 8% ankietowanych uznało Boga za nieważną część swojego życia, a 7% za zupełnie nieważną. Zdania w tej kwestii nie miało 17% ankietowanych.

Następnie zapytano, czy uroda ma znaczenie dla badanych. Dla 45% z nich jest ważna, dla 9% bardzo ważna, dla 14% nieważna, a dla 2% zupełnie nieważna. 30% respondentów nie miało zdania w tej sprawie.

Znaczenie dobrego stroju doceniło 43% odpowiadających, a 11% stwierdziło, że jest bardzo ważny. Za nieważny uznaje go 12%, a 24% z nich nie było w stanie się wypowiedzieć.

Badani zostali zapytani o znaczenie pieniędzy w ich życiu. 49% badanych stwierdziło, że są one ważne, 19% uważa pieniądze za bardzo ważne, 10% za nieważne, a dla 2% ankietowanych są one zupełnie nieważne. Nie wypowiedziało się w tej kwestii 21% badanych. Na pytanie o znaczenie pracy, 54% badanych uznało ją za ważną, 36% za bardzo ważną, a 9% nie miało zdania.

Według 36% badanych podróże są ważne, dla 9% bardzo ważne w ich życiu, dla 11% badanych podróże były nieważne, a 3% uznało je za zupełnie nieważne. 37% ankietowanych nie było w stanie wypowiedzieć się.

Respondenci zostali zapytani, jak ważne jest posiadanie samochodu. 27% z nich stwierdziło, że posiadanie samochodu jest ważne, a 6% że bardzo ważne. 25% uznało, że posiadanie samochodu nie jest ważne lub jest za zupełnie nieważne (7%). Zdania nie miało 35% ankietowanych. Mieszkanie jest ważne dla 40% badanych, a dla 31% bardzo ważne. 3% uznało posiadanie mieszkania za nieważne. 26% ankietowanych nie ma zdania.

Kolejną wartością, o którą byli zapytani ankietowani była mądrość. 45% badanych uznało ją za ważną, a 43% za bardzo ważną. 3% uznała mądrość za mało ważną w życiu, a 9% nie miało zdania. Na pytanie o wartość książek, blisko połowa odpowiadających uznała je za ważne, 15% za bardzo ważne w życiu, a 10% za nieważne. 32% twierdziło, że nie może się w tej kwestii wypowiedzieć. 74% ankietowanych twierdziło, że edukacja jest ważna w życiu, 16% uważało ją za bardzo ważną, a 9% odpowiedziało, że nie jest ważna. 12% nie ma zdania.

Posiadanie znajomych dla większości (56%) jest ważne, a dla 19% bardzo ważne. 9% badanych stwierdziło, że znajomi nie są ważni. Zdania w tej kwestii nie miało 16% ankietowanych.

Badanych zapytano o znaczenie zdrowia. 74% badanych uważało, że jest ono bardzo ważne, a 22% stwierdziło, że jest ono ważne. 20% nie ma zdania. 45% badanych uznała, siła fizyczna jest ważna, 15% stwierdziło, że siła fizyczna jest bardzo ważna. 11% uznało ją za nieważną. 29% badanych nie miało zdania.

W pytaniu dotyczącym Internetu 43% badanych uznało go za ważny, 11% za bardzo ważny, 8% za nieważny, a tylko 1% stwierdziło, że jest on zupełnie nieważny. 37% nie miało zdania.

Alkohol 14% ankietowanych uznało go ważny, a 3% za bardzo ważny. Dla 33% badanych jest on zupełnie nieważny, a dla 25% jest nieważny.

Zapytani o znaczenie szczęścia badani odpowiedzieli, że jest ono bardzo ważne (54%) lub ważne (34%). Za nieważne uznaje je 4% odpowiadających. Zdania i nie miało 8% badanych. Przyjemność jest ważna dla 54% udzielających odpowiedzi, a dla 11% z nich bardzo ważna. 6% uznało osiągnięcie w życiu przyjemności za nieważne, a 26% nie miało zdania.

Ankietowani zostali zapytani także o znaczenie seksu w życiu. Najczęściej padało stwierdzenie, że jest on ważny (35%), a 22% uznało go za bardzo ważny. Za nieważny uznaje go 8% ankietowanych, a 2% za zupełnie nieważny. 33% nie potrafiła odnieść się do tego zagadnienia.

Ostatnie pytanie odnośnie wartości i rzeczy wartościowych dotyczyło spokoju w życiu. Blisko połowa badanych, tj. 42% uznała go za ważny, a 38% za bardzo ważny. Zdania w tej kwestii nie miało 20% odpowiadających.

Spośród powyższych wartości i rzeczy wartościowych ankietowani uznali za najcenniejsze przyjaźń i zdrowie (96%), rodzinę (94%) i pracę (90%). Z kolei do

wartości i rzeczy najmniej wartościowych badani zaliczyli: alkohol (57%), samochód (32%), wiarę, państwo oraz urodę (16%).

Respondenci zostali zapytani o źródła wiedzy dotyczącej zdrowia. 39% badanych wskazywało Internet, 23% szkołę, 17% książki, 13% czasopisma, a 8% znajomych.

Znajdowało się także pytanie dotyczące uprawianego sportu. Większość (64% respondentów) uprawia sport, poświęcając na to dwie godziny dziennie, 13% około jednej godziny, a tylko 1% więcej niż 2 godziny dziennie. Najczęściej uprawianymi dyscyplinami sportowymi są: bieganie (77%), fitness (20%), jazda na rowerze (15%) i siłownia (2%). 27% badanych nie uprawia żadnego sportu, a 2% nie udzieliło odpowiedzi.

Następne pytanie dotyczyło długości snu w trakcie zwykłego dnia. Najczęściej badani spali 5 godzin (64%), 4 godziny (28%), 6 godzin (4%), 7 godzin (2%) i po równo mniej niż 4 godziny 1% badanych.

W kolejnym pytaniu badani zostali zapytani, jak oceniają stan wiedzy odnośnie zdrowia w Polsce. 69,6% badanych ocenia ją dobrze, 8% bardzo dobrze, 11% źle, 10% bardzo źle, 1,01% badanych nie miało zdania w tej kwestii.

W dalszej części ankiety pojawiło się pytanie o czynniki negatywnie wpływające na zdrowie. 91% zgadza się, że stres ma negatywny wpływ na zdrowie człowieka. Przeciwnego zdania było 8% odpowiadających, a 1% nie ma zdania. 89% ankietowanych uważa, że ilość czasu wolnego ma wpływ na stan zdrowia człowieka. Od odpowiedzi wstrzymało się 11%.

W kolejnej części kwestionariusza ankiety pytania dotyczyły kwestii żywienia i spożywania określonych produktów. W pierwszej kolejności badani zostali zapytani, jak oceniają swój stan zdrowia. Najczęstszą odpowiedzią było stwierdzenie dobrego stanu zdrowia (64%), 14% badanych wskazało, że ich stan zdrowia jest bardzo dobry, a 4% określiło go jako zły. 16% uznało, że trudno jest się im w tej sprawie wypowiedzieć.

Pierwsze pytanie związane ze sposobem odżywiania się dotyczyło jedzenia warzyw. 100% odpowiadających wskazało, że je warzywa, z czego 53% jada ziemniaki, 79% pomidory, 27% marchew, 23% ogórki, 31% sałatę, a 2% por naciowy, bakłażany, paprykę, pietruszkę i cukinię. Kolejne pytanie odnosiło się do spożywania owoców. 97% badanych stwierdziło, że je owoce. Większość badanych (79%) spożywa jabłka, 78% jada banany, 17% badanych wybierała do spożycia gruszki, a 6% śliwki. Wśród ankietowanych 91% zadeklarowało, że jedzą mięso. Najpopularniejsze było mięso wołowe (84%), mięso drobiowe (46%), ryby (45%), mięso wieprzowe (39%) i owoce morza (14%). 5% jada wszystkie typy mięsa, 4% odpowiadających mięsa nie jada, a 5% nie ma zdania. Podobny rozkład odpowiedzi uzyskało pytanie odnośnie wędlin. 90% ankietowanych stwierdziło, że jada wędliny. Spośród wędlin najpopularniejsze okazały się szynki (80%), kielbasy suche (45%), pasztety (27%), kaszanki (10%), salceson (10%) i bekon (6%). 1% ankietowanych jada samodzielnie robione kielbasy, bez wieprzowiny oraz wędliny wędzone. 7% ich nie spożywa, a 3% nie miało zdania w tej sprawie.

97% spożywa nabiał, uznając, że jest ważnym elementem ich diety. Z nabiału najpopularniejsze okazały się sery żółte oraz jaja (77%). Następnie mleko 59% ankietowanych, sery białe 30% i sery topione. Z kolei 25% odpowiadających wskazało na ser mozzarella i ser feta.

94% badanych jada pieczywo. Najczęściej wskazywane typy wypieków to pieczywo pełnoziarniste (67%), pieczywo ciemne (66%), białe (54%), pieczywo ryżowe (18%) i chrupkie (14%). Ponadto wskazali również na pieczywo różne, orkiszowe, wieloziarniste i żytnie (po 1%). 6% ankietowanych nie miało zdania w tej sprawie. Zapytano również o spożywanie zbóż. 84% ankietowanych stwierdziło, że jada zboża. Najczęściej typowanym zbożem był ryż (69%) i kasza (48%), pszenica (34%) i żyto (25%) oraz kukurydza (14%). 7% badanych nie jada zbóż, a 9% nie zajęło stanowiska w tej sprawie.

Słodczyce spożywa 98% ankietowanych. Najczęściej spożywane słodczyce to: cukierki (61%) wyroby czekoladowe (26%), ciastka (21%), lody (19%), żelki (4%) i torty z kremem (2%).

Jeśli chodzi o tłuszcze, 78% badanych stwierdziło, że je spożywa. Najczęściej wskazywano masło (78%) i oleje (63%). Rzadziej wybierano margarynę (42%) i oliwę z oliwek (1%).

Do produktów, które były najczęściej spożywane zaliczyć należy warzywa, słodczyce i owoce oraz nabiał.

Badani zapytani zostali, czy podczas kupowania żywności biorą pod uwagę obecność konserwantów. 85% stwierdziło, że wybiera produkty, które zawierają jak najmniejszą ilość konserwantów. 9,03% badanych nie zwracało na nie uwagi w trakcie robienia zakupów, a 24,08% nie miało zdania w tej sprawie.

Respondenci zostali zapytani, co rozumieją pod pojęciem diety. 47% z nich kojarzyło dietę z konkretnym sposobem odżywiania, 21% wiązało ją ze spożywaniem posiłków niskokalorycznych. 10% badanych mianem diety określało ograniczenie spożycia posiłków w celu uzyskania określonej wagi ciała. Dla 11% dieta oznacza spożywanie produktów lekkostrawnych, a dla 3% ograniczenie liczby spożywanych słodczych lub unikaniem spożywania tłuszczów.

W wyborze żywności 43% badanych kieruje się ceną, 27% marką i po 10%, odpowiedziało jakością, gustem i opakowaniem.

Badani zostali zapytani, ile dziennie spożywają posiłków. Najczęściej padała odpowiedź, cztery posiłki dziennie (35%), jeden posiłek (32%), trzy posiłki dziennie (27%) i dwa posiłki (6%). 1% ankietowanych odpowiedziało, że jada pięć posiłków dziennie oraz że nie jedzą wcale. Podobnie dalsze 1% badanych stwierdziło, że spożywa 4 lub 5 posiłków dziennie, a 1% stwierdziło, że ich posiłki zależą od tego ile mają wolnego czasu.

Ankietowani zostali także zapytani, gdzie najczęściej spożywają posiłki. Najliczniejsza grupa wskazała dom (92%), kolejna uczelnię (45%), miejsce pracy (32%), restaurację (18%) i bar (6%). Wśród tych ostatnich najpopularniejsze były bary mleczne (47%) oraz *fast food* (39%). Rzadziej wskazywano na bary sałatkowe (36%), bary chińskie (28%) i bary sushi (2%).

77,3% badanych nie podjada posiłkami, a 28,1% przyznało się do tego. Osoby, które przyznały się do podjadania między posiłkami zapytano, co podjadają. 28,1% respondentów najczęściej dojadło pieczywem (62,9%), później słodyczami (18,5%), warzywami (11,1%) i owocami (7,4%). Badanych zapytano, ile płynów wypijają dziennie. 31% badanych pije dziennie 1,5 litra płynów, 25% wypija 1 litr, 19% 2 litry. 13% ankietowanych wypijało mniej niż litr płynów dziennie, 7% ankietowanych wypijało 2,5l płynów dziennie, a 4% więcej niż 2,5l płynów w ciągu dnia. W badaniu zapytano także o spożywanie słodkich napojów. 40% badanych twierdzi, że spożywa tego typu napoje. Spośród tych, którzy spożywają napoje słodzone, 51% pije colę, 35,86% owocowe napoje gazowane, 11,95% napoje energetyczne, a 1,08% oranżadę. 44% nie spożywa napoi słodzonych, a 16% nie ma zdania.

Zapytano również o rodzaje pitych płynów. 84% piło herbatę, 15% odpowiedziało, że nie pije tego typu używek, a 1% stwierdziło, że nie jest w stanie wypowiedzieć się w tej sprawie. Z herbat najpopularniejsza była herbata czarna (84%), następnie herbata miętowa (6,28%) i po równo herbata zielona (3,09%) i owocowa (3,09%). Do picia kawy przyznało się 43,4% ankietowanych. Z 43% osób pijących kawę 39% stwierdziło, że piją kawę naturalną, 31% zbożową, 6% rozpuszczalną, 2% espresso, a 1% cappuccino. 51,5% badanych stwierdziło, że nie pija kawy, a 5,5% nie może podjąć stanowiska w tej sprawie. Do spożywania mleka przyznało się 62,8% badanych, a 38,1% odpowiedziało, że nie pije mleka. Wśród osób spożywających mleko najpopularniejsze było mleko krowie (96%), kozie (3%) i sojowe (1%).

Do posiadania nałogów przyznało się 30,9% ankietowanych. Do najczęściej wymienianych nałogów należą: uzależnienie od alkoholu 8% i hazard 1%. 53% badanych stwierdziło, że rzadko ulegają swoim nałogom, a 31% że bardzo rzadko. Mniej niż 14% ankietowanych nie może zająć stanowiska w tej sprawie, a 2% ulega swoim nałogom. 6,18% nie posiada nałogów, a 56,74% ankietowanych odmówiło odpowiedzi.

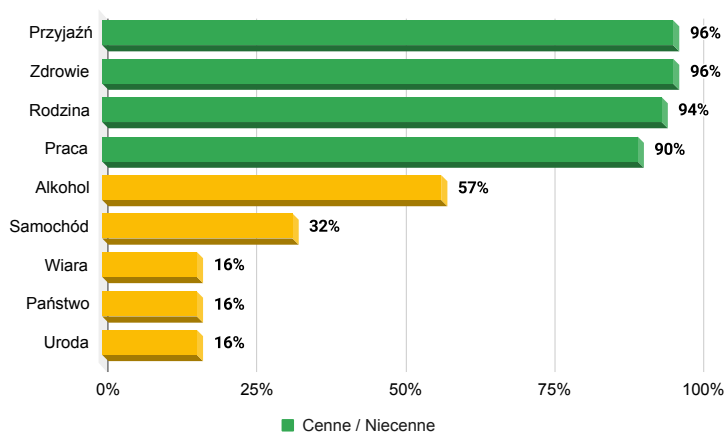
46% badanych kupuje leki bez recepty, 26% nie kupuje ich, a 28% nie miało zdania. Badani, bez recepty najczęściej kupowali leki: uspokajające (17%), nasenne (12%), antybiotyki (9%), hormonalne (7%) oraz przeciwbólowe (1%). 97% badanych nie przyjmuje suplementów diety, a zażywa je tylko 3%. Najczęściej (66%) typowano witaminy i minerały (33%).

Badanych zapytano o zdrowie, a konkretnie posiadanie schorzeń przewlekłych. 97% badanych nie posiada schorzeń przewlekłych. 3% posiadających schorzenia przewlekłe wymieniło: nerwicę, epilepsję, alergię i cukrzycę.

Badani zapytani zostali o instytucje medyczne, z opieki których korzystali. 76,5% badanych stwierdziło, że korzysta z usług służb medycznych w okolicy, w której zamieszkują. Pytanie uzupełniające dotyczyło częstości korzystania z usług medycznych w okolicy. Raz w miesiącu z usług medycznych korzysta 34% badanych, więcej niż raz w miesiącu 19%, co pół roku 25%, mniej niż raz do roku 20%, a raz w roku 12%. 13,8% ankietowanych odpowiedziało, że nie korzysta z usług placówek medycznych w okolicy, a 9,5% nie udzieliło odpowiedzi. Badani zostali zapytani również o typy instytucji medycznych, z których usług korzystają. 87% korzystało z państwowych usług medycznych, a 12% ze swoimi problemami zdrowotnymi zwracała się do przychodni prywatnych. 1% odpowiadających stwierdziło, że korzysta

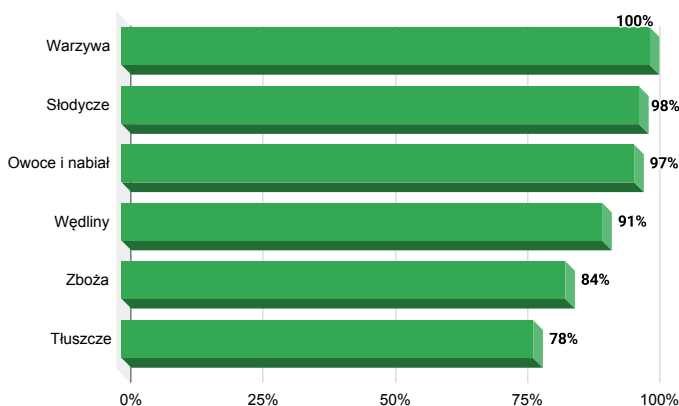
z jednych i drugich. 49,4% badanych dobrze oceniało jakość usług świadczonych w lokalnych instytucjach medycznych. 3,09% oceniło je bardzo dobrze, 11,3% ankietowanych oceniło je źle. 35,05% nie zajęło stanowiska w tej sprawie. 88% badanych nie korzysta z zamiejscowych form leczenia. Korzysta z niego 12% ankietowanych, z czego 50% jeździ na wczasy odchudzające, 25% do sanatoriów, a 16,6% na obozy rekreacyjno-sportowe.

Kolejne pytanie dotyczyło przynależności do grupy religijnej. 76,5% wskazała, że jest zorganizowana wokół jakiegoś wyznania, 13,8% nie należy do grupy religijnej. 9,5% wstrzymało się od odpowiedzi. 27% z osób mających związki z instytucją religijną stwierdziło, że wiara warunkuje ich żywienie. U 42% badanych religia nie miała związku ze sposobem żywienia. 3% nie miało stanowiska w tej sprawie. 15% badanych uważa, że wiara warunkuje dbanie o zdrowie i higienę, a 44% nie widzi takiego związku. 13% wstrzymało się od odpowiedzi.



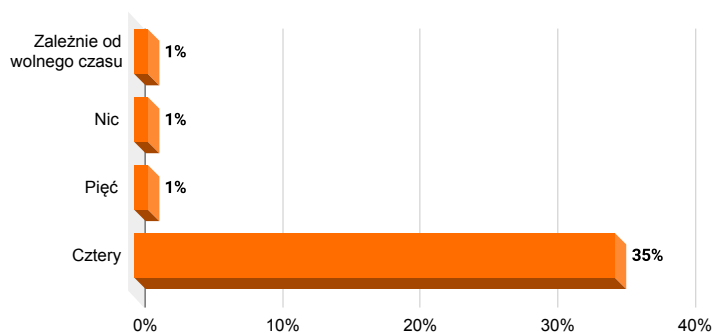
Wykres 4.43. Postawy studentów Trójmiasta wobec wartości

Źródło: badania własne.



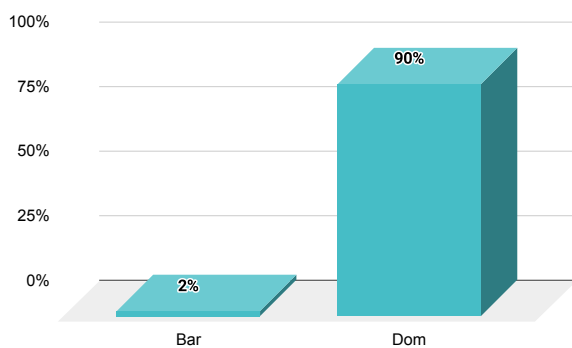
Wykres 4.44. Produkty najczęściej spożywane przez studentów z Trójmiasta

Źródło: badania własne.



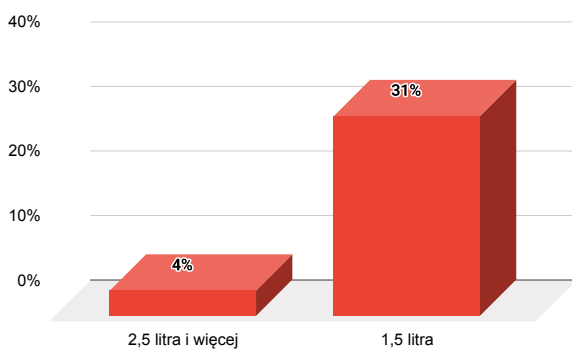
Wykres 4.45. Ilość spożywanych posiłków dziennie

Źródło: badania własne.



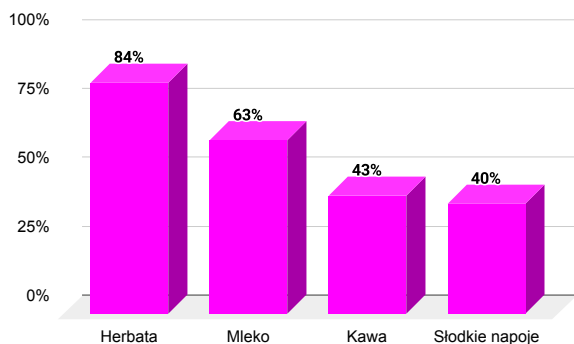
Wykres 4.46. Miejsce spożywania posiłku

Źródło: badania własne.



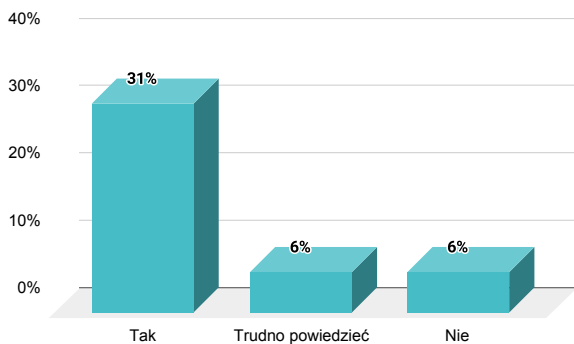
Wykres 4.47. Ilość płynów wypijanych dziennie

Źródło: badania własne.



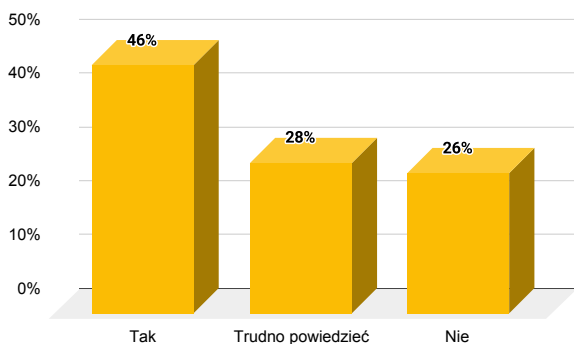
Wykres 4.48. Rodzaje spożywanych napojów

Źródło: badania własne.



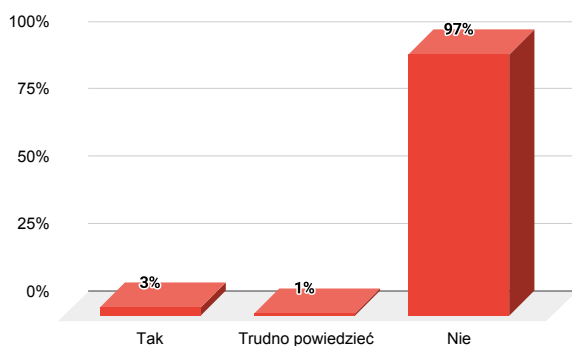
Wykres 4.49. Nałogi

Źródło: badania własne.



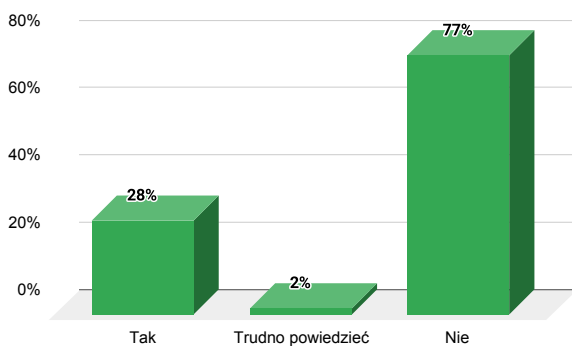
Wykres 4.50. Kupowanie leków bez recepty

Źródło: badania własne.



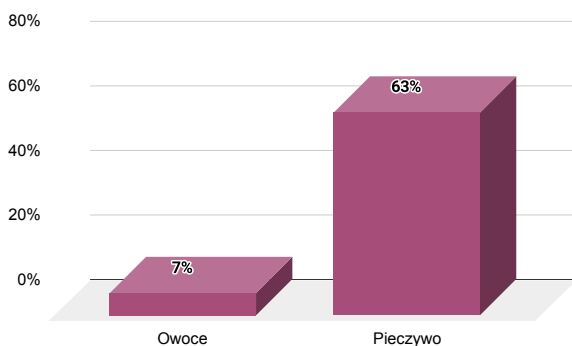
Wykres 4.51. Stosowanie suplementów diety

Źródło: badania własne.



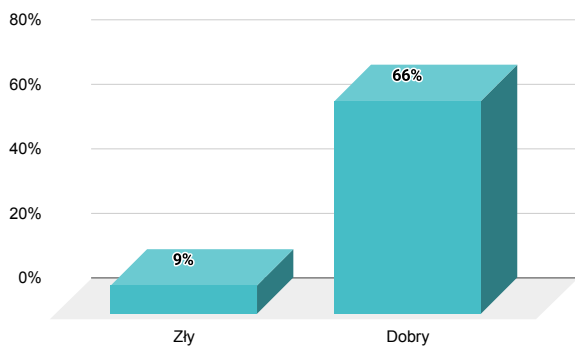
Wykres 4.52. Dojadanie między posiłkami

Źródło: badania własne.



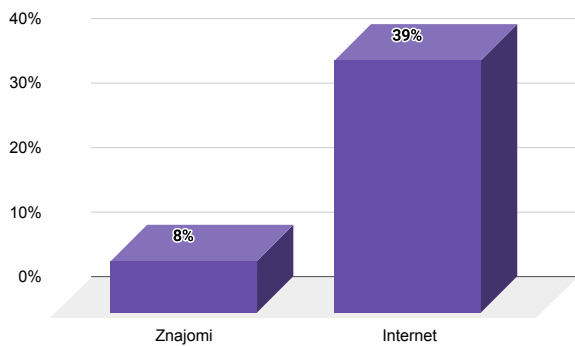
Wykres 4.53. Typy produktów spożywane między posiłkami

Źródło: badania własne.



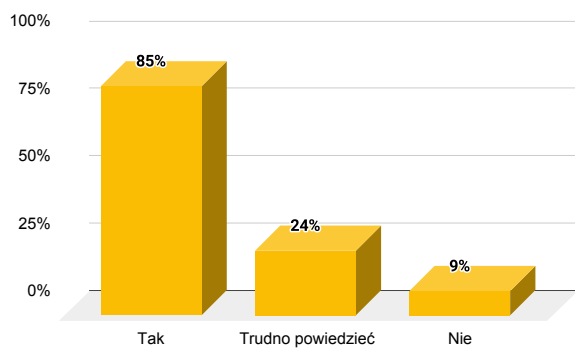
Wykres 4.54. Stosunek do wagi ciała

Źródło: badania własne.



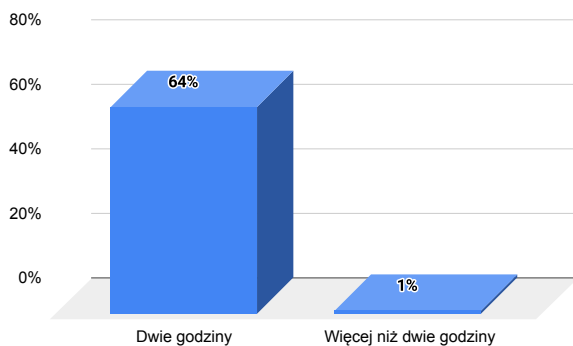
Wykres 4.55. Źródła wiedzy odnośnie zdrowia

Źródło: badania własne.



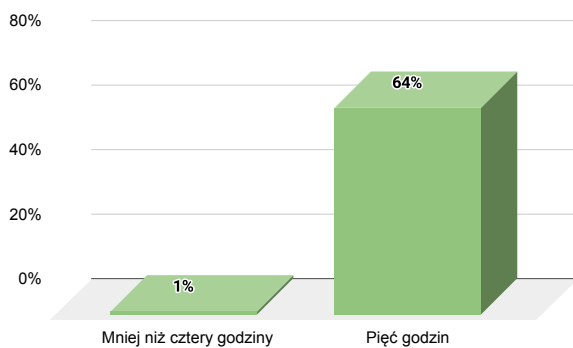
Wykres 4.56. Zwracanie uwagi na konserwanty w żywności

Źródło: badania własne.



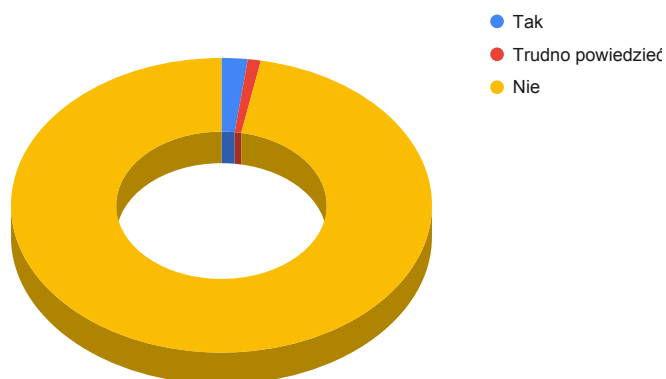
Wykres 4.57. Czas poświęcony na sport

Źródło: badania własne.



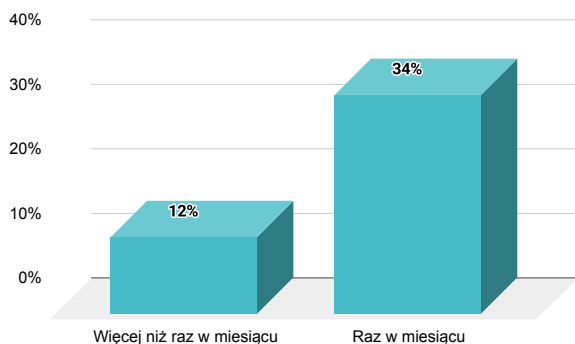
Wykres 4.58. Ilość snu

Źródło: badania własne.

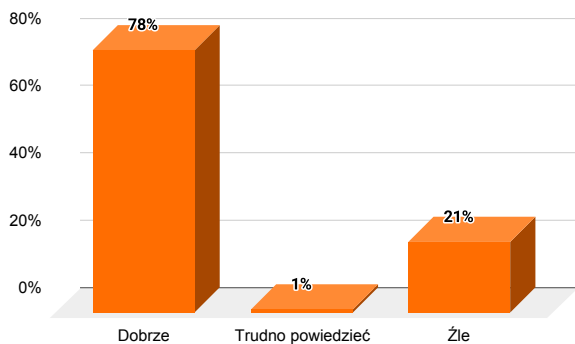


Wykres 4.59. Posiadane schorzenia przewlekłe

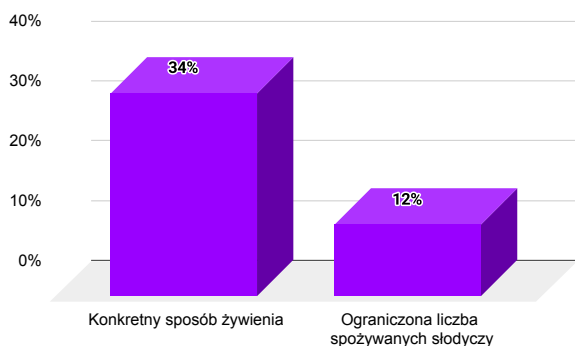
Źródło: badania własne.



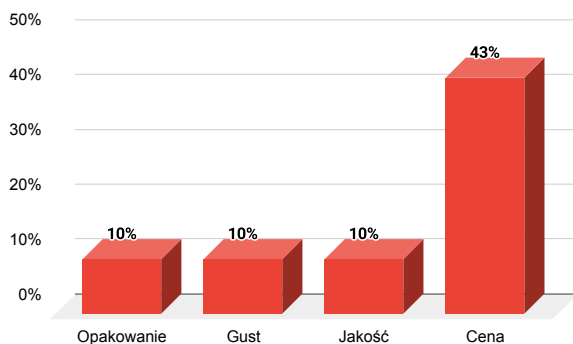
Wykres 4.60. Częstotliwość korzystania z usług medycznych
Źródło: badania własne.



Wykres 4.61. Ocena stanu świadomości zdrowotnej w Polsce
Źródło: badania własne.

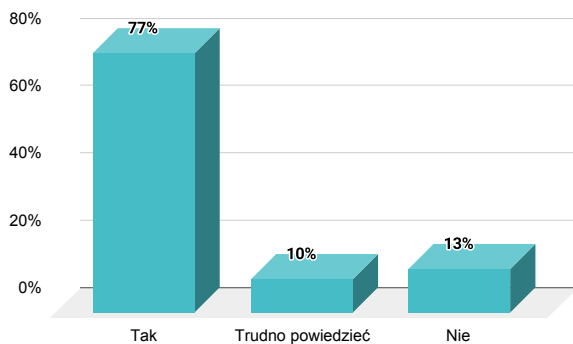


Wykres 4.62. Rozumienie pojęcia diety
Źródło: badania własne.



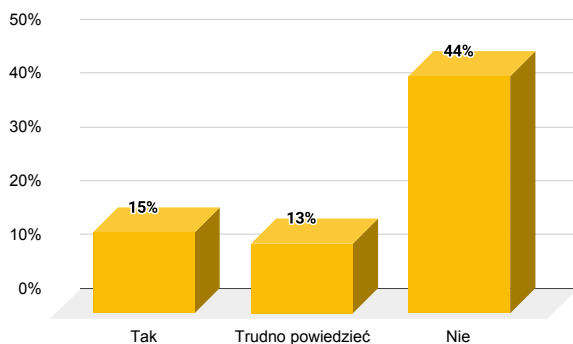
Wykres 4.63. Wyznaczniki przy zakupie produktów

Źródło: badania własne.



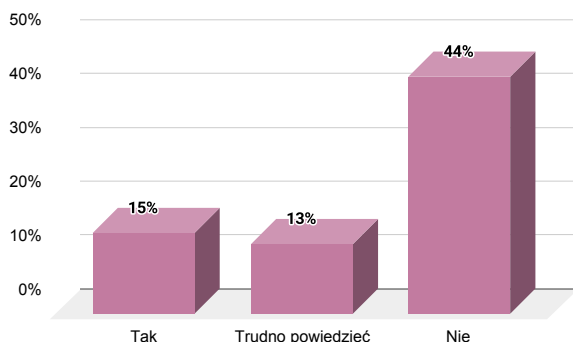
Wykres 4.64. Przynależność do grupy religijnej

Źródło: badania własne.



Wykres 4.65. Uwarunkowanie żywienia przez wiarę

Źródło: badania własne.



Wykres 4.66. Uwarunkowanie dbania o higienę przez wiarę

Źródło: badania własne.

4.3.1. Wnioski z badania

Przedstawione badanie dotyczy stylu życia studentów pierwszych lat studiów oraz ich stylu życia. W badaniu tym szczególną uwagę zwrócono na wartości oraz styl życia studentów.

Zdrowie definiują jako brak nałogów i zdrowy tryb życia (60%), brak przewlekłych chorób (55%), pełną sprawność ruchową (48%), kontrolowanie stanu swojego organizmu (30%), psychiczne panowanie nad swoim ciałem (16%). Badani zdrowie definiują holistycznie, zwracając uwagę na różne jego aspekty.

Podobnie definiowane jest pojęcie higieny: jako utrzymywanie czystości osobistej (67%), racjonalne odżywianie (30%) czy aktywność fizyczna. Jako źródła wiedzy dotyczącej zdrowia 39% badanych wskazywało Internet, 23% szkołę, 17% książki, 13% czasopisma, a 8% znajomych.

Studenci uważają, że na stan zdrowia najsilniej wpływa: prawidłowe odżywianie, aktywność fizyczna, spokój i równowaga emocjonalna, stan środowiska naturalnego oraz udział w wydarzeniach kulturalnych. Młodzi ludzie zdrowie rozumieją holistycznie. Biorą pod uwagę nie tylko stan ciała, ale także aspekty psychiczne oraz wpływ środowiska.

Nie dziwi, że wartości są istotnym elementem ich światopoglądu. Studenci uznają za ważne wartości, takie jak: miłość, przyjaźń i rodzinę. Mniej ważny okazał się naród czy państwo oraz wiara. Dla młodych ludzi duże znaczenie ma praca (niemal 80% wskazań) oraz przedmioty i aktywności określające status finansowy i powodzenie materialne (pieniądze, podróże, samochód, mieszkanie). Znaczenie ma także edukacja. Spośród powyższych wartości i rzeczy wartościowych ankietowani uznali za najcenniejsze: przyjaźń i zdrowie (96%), rodzinę (94%) i pracę (90%). Z kolei do wartości i rzeczy najmniej wartościowych badani zaliczyli: alkohol (57%), samochód (32%), wiarę, państwo oraz urodę (16%).

Jeśli chodzi o styl życia, niemal 80% respondentów uprawia sport. Studenci śpią zbyt mało. 91% zgadza się, że stres ma negatywny wpływ na zdrowie człowieka. 89% ankietowanych uważa, że ilość czasu wolnego ma wpływ na stan zdrowia

człowieka. Dieta to dla nich konkretny sposób odżywiania, spożywanie posiłków niskokalorycznych lub ograniczenie spożycia posiłków w celu uzyskania określonej wagi ciała. W swoich wyborach żywieniowych kierują się przede wszystkim ceną. Studenci nie zawsze jedzą regularne posiłki, a nie wszystkie nawyki żywieniowe można uznać za zdrowe.

Wnioski

Przedmiotem badań były opinie maturzystów na temat zdrowia i profilaktyki zdrowotnej oraz mechanizmy formowania się odmiennych postaw i zachowań prozdrowotnych, również ocena samoprofilaktyki młodzieży przez pracowników służby zdrowia. Natomiast celem monografii jest zrozumienie opinii maturzystów i studentów na temat zdrowia i profilaktyki zdrowotnej oraz mechanizmów formowania się odmiennych postaw i zachowań prozdrowotnych. Cele te podzielono na opisowe i eksplanatywne. Pierwsze miały za zadanie rozpoznanie opinii maturzystów Wejherowa na temat zdrowia i profilaktyki prozdrowotnej, drugie – wyjaśnić rolę własnej aktywności w kształtowaniu pojęcia zdrowia i profilaktyki zdrowia.

Dzięki badaniom prowadzonym na potrzeby niniejszej monografii udało się odpowiedzieć na postawione pytania badawcze.

- Jak kształtuje się rozumienie potrzeby samoprofilaktyki?

Pojęcie to nie było używane w badaniu. Jednak młodzi ludzie uważają, że należy brać odpowiedzialność za swoje zdrowie. Nie ufają oficjalnym instytucjom zajmującym się promocją zdrowia. Największy wpływ na ich wybory prozdrowotne ma rodzina, media oraz szkoła.

- Jak adolescenti definiują pojęcie zdrowia?

Definiują je jako brak chorób, nałogów i zdrowy tryb życia, brak przewlekłych chorób, pełną sprawność ruchową, kontrolowanie stanu swojego organizmu, psychiczne panowanie nad swoim ciałem, dobrym samopoczuciem psychicznym/duchowym.

- Jak rozumiana jest przez młodzież profilaktyka zdrowia?

Rozumieją oni pojęcie profilaktyki prozdrowotnej przede wszystkim jako prowadzenie zdrowego stylu życia i aktywność fizyczną. Wspomina się także o pro-

wadzeniu badań profilaktycznych, bycie pod opieką instytucji ochrony zdrowia, posiadanie wiedzy, trzymanie diety oraz utrzymywanie higieny osobistej.

- Jaka jest ocena stanu profilaktyki prozdrowotnej w Polsce oraz własnego zdrowia? We wszystkich badaniach oceniana jest ona raczej negatywnie.

- Jak często maturzyści uprawiają aktywność w celu rozwoju fizycznego, duchowego i umysłowego?

Większość badanych uprawia jakieś formy aktywności fizycznej. Łączy się ona ze zdrowym stylem życia. Dość powszechne uprawianie aktywności fizycznej i sportu można uznać za stosowanie założeń samoprophylaktyki w praktyce.

- Jakie są najpopularniejsze źródła wiedzy o zdrowiu i zdrowym odżywianiu się wśród badanej młodzieży?

Swoją wiedzę na temat zdrowego stylu życia i diety młodzież czerpie przede wszystkim z domu, Internetu oraz szkoły. Niestety obfitość źródeł wiedzy nie daje pewności co do jakości zdobywanej wiedzy. Na podstawie odpowiedzi wyraźnie można zauważyć brak zintegrowanej wiedzy na temat zdrowego stylu życia i diety. Wynika to ze słabości instytucji promujących zdrowie, służby zdrowia czy szkoły (edukacja zdrowotna).

- W jaki sposób maturzyści stosują się do wytycznych dotyczących higieny prozdrowotnej: opieka lekarska, długość snu, używki?

Badani nie zawsze stosują się do tych wskazań. Śpią zbyt krótko, jedzą nieregularne posiłki, spożywają alkohol, palą papierosy.

Ocena zdrowia młodzieży przez pracowników służby zdrowia jest także negatywna i wskazuje na tendencję do pogarszania się. Widać, że choroby przewlekłe, które kilka dekad wcześniej występowały wyłącznie u osób starszych, teraz w zaskakującym tempie obejmują również młodzież. Spektakularnym przykładem jest tak znacznie narastająca na świecie i w Polsce liczba otyłych dzieci i młodzieży, że określana jest już jako epidemia otyłości i związanych z nią schorzeń. Nawet otyłość wśród młodzieży jest częstą przypadłością i związane z nią powikłania. Zatrważający jest też stopień niskiej aktywności fizycznej młodzieży, brak racjonalnego odżywiania się i chęci samodzielnego szukania wiedzy o prozdrowotnym stylu życia. Rzadko jest prowadzona rozmowa z lekarzem czy pielęgniarką o potrzebie zmiany nawyków żywieniowych i zwiększeniu ilości aktywności fizycznej. Używki i substancje psychoaktywne w dużym stopniu niszczą zdrowie młodzieży w coraz to młodszych wiekach. Widać tutaj zbyt małą wiedzę prozdrowotną wyniesioną z domu rodzinnego, jak i ze szkoły. Są to obszary dotyczące zdrowia młodzieży, które należałoby radykalnie poprawić.

Potwierdza się zatem hipoteza dysertacji, która jest twierdzeniem, że wśród badanej młodzieży potrzeba samoprophylaktyki prozdrowotnej jest słabo rozumiana i stosowana w stopniu niedostatecznym. Dopełnieniem niej może być formuła wska-

zująca na praktyczne wdrażanie jednostek ludzkich do świadomej samoprophylaktyki prozdrowotnej.

Możliwy kierunek dalszych badań

Niniejsza praca ma ukazać przemiany, jakie zaszły w podejściu do zdrowia w ostatnich dekadach i przedstawić samoświadomość zdrowotną i praktyczne stosowanie zachowań prozdrowotnych na przykładzie badanych. Ma wskazać na potrzebę rozwoju świadomości samoprophylaktyki prozdrowotnej. Uzyskane wyniki badań mogą być drogowskazem, jakie zmiany powinny być dokonane w procesach wychowawczych społeczeństwa polskiego, aby poprawić jego zdrowotność. Wskazują, jak należałoby funkcjonujący obecnie system społeczny ubogacić o treści zawarte w pojęciu „świadomości potrzeby samoprophylaktyki prozdrowotnej”.

Jaka jest obecna, czyli w przewadze biomedyczna, rzeczywistość w kwestii dbania o zdrowie, w zapobieganiu chorobom? Dużo mówi się o profilaktyce zdrowotnej, a w praktyce zawęża się ona głównie do szczepień ochronnych i okresowych badań lekarskich, do wczesnego diagnozowania chorób i leczenia ich objawów. Dzieci i młodzież są „bombardowane” przez mass media reklamami niezdrowych produktów, na które są one szczególnie podatne. Pieniądze z budżetu państwa przeznaczone na służbę zdrowia w przeważającej części finansują kosztowne operacje i transplantacje, pracę lekarzy i pracowników medycznych, sprzęt medyczny oraz refundację leków. Na szkolenia mające na celu uświadamianie społeczeństwo o zapobieganiu zachorowaniom już nie starcza środków, albo prowadzona jest niewłaściwa polityka zdrowotna. Biomedyczny paradygmat zdrowia jest uwięziony w profilaktyce, brakuje w nim samoświadomości potrzeby stosowania samoprophylaktyki prozdrowotnej. Zbyt mało mobilizuje się dzieci i młodzież do aktywności fizycznej, racjonalnego odżywiania i unikania używek. Mało zwraca się uwagę na umiejętność radzenia sobie ze stresem i na rozwój duchowy.

Teoria powinna przełożyć się na praktykę. Aby to było możliwe, człowiek musi posiadać i rozwijać w sobie wolicjonalność. Oznacza to, że równie ważne, jak posiadanie odpowiedniej wiedzy, jest silna wola i samodeterminacja w realizacji wyznaczonych celów. Wiedzę o determinantach zdrowia należy stale pogłębiać i szeroko upowszechniać i w systemach edukacyjnych, jak i w mediach. A.J. Karpiński (2015, s. 168–169) podaje sposób na szukanie wiedzy: „Mędrcom jest się wtedy, kiedy się nim staje, kiedy wzrasta się w swojej mądrości. A jak można się stawać w swojej mądrości? Tak mianowicie, że zdobytą wiedzę poddaje się nieustannej krytyce, wątpliwności w jej prawdziwość po to, by ją można było odrzucić, wyrzucić jej, a na jej miejsce przyjąć nową. Nie można przyjąć coś nowego, nie odrzucając tego, co się dotąd wiedziało”.

Promowanie zdrowego stylu życia i profilaktyka prozdrowotna zajmują niewielki obszar działań sektora zdrowia. Nie posiadają one odpowiedniej infrastruktury. Prawodawstwo obejmujące prewencję zdrowotną jest niewystarczające i niespójne. Nie obejmuje ono dostatecznie współpracy międzysektorowej. Medykalizacja bez-

pieczeństwa zdrowia skupia się na medycynie naprawczej (jak np. wymiana stawu biodrowego), redefiniując jej podstawowe cele. Istnieje również problem niskiej świadomości społeczno-ekonomicznych determinantów zdrowia wśród decydentów, lekarzy i pacjentów. Jest to wynikiem braku debaty społecznej dotyczących profilaktyki zdrowia i czynników determinujących zdrowie (Słońska, 2008).

W Polsce z różnych powodów ludzie, zwłaszcza młodzi, okazują niewielkie zainteresowanie swoim zdrowiem, jego ochroną i wzmacnianiem. Rozbudzenie świadomości i kształtowanie umiejętności w zakresie dbania o swoje zdrowie to jeszcze za mało. Warunkiem niezbędnym do osiągnięcia pożądanej zmiany zachowania jest stworzenie warunków dla realizacji zachowań prozdrowotnych. Warunki takie należy stwarzać w szkole, w domu i wszędzie tam, gdzie miałyby one wpływ na postawy i zachowania młodzieży. Edukacja zdrowotna w szkole polegać powinna nie tylko na przekazywaniu wiedzy, lecz także na kształtowaniu postaw i zachowań, które wpłynęłyby na styl życia, osiągnięcia w szkole i przyszłe życie dziecka.

Edukacja zdrowotna jest podstawowym prawem każdego dziecka. Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych, dobrej jakości życia i efektów ekonomicznych. Poprzez przekazywanie dzieciom i młodzieży wiedzy o zdrowiu, możemy ułatwić im zdrowy styl życia i pracy. Jakość życia to sprawne funkcjonowanie do późnej starości, większa wydajność pracy, lepsze zarobki, satysfakcja z życia. Potrzebna jest zatem zmiana podejścia do zdrowia, z położeniem większego akcentu na zdrowy styl życia, na samoprophilaktykę prozdrowotną.

W Stanach Zjednoczonych oraz niektórych krajach Europy Zachodniej wprowadzane są do szkół pionierskie programy praktyki uważności (*mind fullness*). Medytacja ta nie ma związku z żadną konkretną religią. Uczy raczej, jak być świadomym myśli, uczuć i ciała. Badania dowodzą, że umiejętność rozpoznawania swoich emocji oraz sensacji płynących z ciała pomaga rozładowywać stres oraz pozytywnie wpływa na zadowolenie z życia.

Tego typu praktyki mogą stać się podstawą do programów samoprophilaktyki wśród uczniów i studentów. Jak wspomniano wcześniej, obecnie istnieje wiele poglądów na to, jaka dieta lub styl życia są najbardziej korzystne dla naszego zdrowia. Zamiast narzucać młodym ludziom z góry przygotowane dla nich wytyczne odnośnie zdrowia, trzeba im dać możliwość świadomego wybrania tego, co jest dla nich najlepsze. Nie ma jednego sprawdzonego przepisu na zdrowie. Każdy powinien obserwować swoje samopoczucie, reakcje swojego ciała, i na tej podstawie modyfikować zachowanie.

Trzeba wyposażać młodych ludzi w narzędzia, dzięki którym sami będą mogli stosować samoprophilaktykę w praktyce. Nauka uważności jest prosta, tania i dostępna dla każdego. W XXI w., zdominowanym przez media społecznościowe, nieustanne przebywanie „przed ekranem” pozwala wyciszyć się i набrać dystansu. W dodatku to praktyka, która łączy ciało z duchowością i psychiką. Nie traktuje zdrowia wyłącznie w kategoriach braku choroby. Pozwala spojrzeć na nie bardziej holistycznie. Zdrowie jest wynikiem sprawności fizycznej, ale także wewnętrznej harmonii, zdrowej psychiki i emocji.

Obecnie w polskich szkołach i uczelniach prowadzone są zajęcia z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia czy profilaktyki. Dają one możliwość uczenia się o zdrowiu oraz oferują uczniom i studentom zasób wiedzy, dzięki którym mogą zmieniać swoje zachowania na bardziej korzystne dla zdrowia. Z rozmów ze studentami i uczniami, które prowadzone były przy okazji prowadzenia ankiet wynika, że tego typu edukacja nie jest wystarczająca. Badani zwracają uwagę na to, że tego typu zajęć jest za mało. Jeśli już się odbywają, oferowana na nich wiedza wydaje się młodzieży archaiczna i mało dostosowana do ich potrzeb.

Z prowadzonych badań wynika, że szkoła czy uczelnia nie jest dobrym środowiskiem do propagowania samoprofilaktyki. Badania pokazują także, że w wyborach stylu życia młodzi dużo bardziej kierują się sugestią płynącą z domu, od znajomych czy z mediów społecznościowych. W mojej opinii nowoczesna edukacja samoprofilaktyki powinna wykorzystać właśnie te kanały, aby kształtować młodych ludzi.

Doskonale wiemy, że wiele przekazów pojawiających się w mediach społecznościowych czy tradycyjnych mass mediach to komunikaty reklamowe, opłacane przez producentów konkretnych produktów. Przekonują one o zdrowotnych zaletach produktów bogatych w cukier (płatki śniadaniowe, jogurty, napoje energetyczne). Wiedza, jaką młodzi ludzie czerpią dzięki reklamom, niejednokrotnie stoi w sprzeczności z wynikami najnowszych badań dotyczących związku diety i zdrowia. Jednak media społecznościowe to nie tylko reklamy.

Obecnie popularność zdobywają takie trendy, jak minimalizm, ekologia, zdrowy styl życia. Trendy te współgrają z systemem wartości reprezentowanych przez pokolenie ludzi młodych. Samoprofilaktyka, zdrowy i świadomy styl życia ma swoich adwokatów (influencerów). Na swoich kontach w mediach społecznościowych, na prowadzonych przez siebie grupach edukują młodych ludzi na temat zdrowego stylu życia.

Taki sposób komunikacji dociera do części młodych ludzi. Pomimo niekorzystnych warunków, w jakich wrażliwość: siedzącego trybu życia, stresu, bycia otoczonego przez słodkie napoje i przetworzoną żywność, wielu z nich szuka własnego sposobu na życie. Młodzi ludzie szczególnie potrzebują wskazówek i porad na temat tego, jak zdrowo żyć. To doskonała przestrzeń do rozwijania i propagowania założeń samoprofilaktyki.

W myśl powiedzenia „czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci”, można założyć, że młode pokolenie najbardziej podatne jest na różne wzorce związane ze stylem życia. Jest też podatnym gruntem dla samoprofilaktyki zdrowotnej. Młodym trzeba pokazać, jak zdrowo żyć, jak troszczyć się o siebie, jak osiągnąć zdrowie, będące harmonią ciała i ducha. Jednak nie można tego robić w archaicznym stylu. Trzeba używać środków przekazu, które najlepiej trafiają do młodych.

Media społecznościowe to potężna siła, także w propagowaniu samoprofilaktyki. Już obecnie działają grupy społecznościowe propagujące ten sposób podejścia do zdrowia. Z pomocą innych młodych ludzi (influencerów) można propagować ten styl życia wśród młodych. Badania własne pokazują, że są oni otwarci na nowości, a wzorce czerpane z mediów społecznościowych czy od znajomych są dla nich bardzo

ważne. Kluczowe w kształtowaniu postaw i nawyków prozdrowotnych młodzieży jest uświadomienie im, że zdrowie leży w ich rękach, że to głównie styl życia determinuje stan ich zdrowia, a nie jak wcześniej sądzono, że o stanie zdrowia poszczególnych jednostek decydują przede wszystkim posiadane geny i działania służby zdrowia. Pokazują to wyraźnie przedstawione w monografii „pola zdrowia” M. Lalonde’a.

Samoprofilaktyka nie jest wyłącznie utopią. Jest jak najbardziej realną i możliwą do osiągnięcia harmonią tego, co fizyczne i tego, co duchowe. Prowadzi do holistycznie rozumianego zdrowia. Jest owocem poszerzania świadomości prozdrowotnej i motywacji (woli) do jej wdrażania w praktykę dnia codziennego.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1983). The Sense of Coherence Development of a Research Instrument. *W.S. Schwartz Research Center for Behavioral Medicine, Tel Aviv University, Newsletter and Research Reports, 1*, 1–11.
- Antonovsky, A. (1992). *Salutogenesis. The sense of coherence. Newsletter 4*. Beer-Sheva: Ben Gurion University.
- Antonovsky, A. (1995, 2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak sobie radzić ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Wydawnictwo IPN.
- Antonovsky, A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 206–231). Warszawa: PWN.
- Argyle, M. (2004). *Psychologia szczęścia*. Wrocław: Astrum.
- Armitage, C.J. (2003). The relationship between multidimensional health locus of control and perceived behavioral control: How are distal perceptions of control related to proximal perceptions of control? *Psychology & Health, 18*(6), 723–738.
- Aronson, E., Wilson, T.D. Akert, R.M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zys i S-ka.
- Arystoteles. (2003). O dowodach sofistycznych. W: K. Leśniak (przeł.), *Dzieła wszystkie* (t. 1, s. 494–495). Warszawa: PWN.
- Asci, F., Lindwall, M., Altintas, A., Edepli-Gursel, N. (2015). Gender differences in the relation of personality traits and self-presentation with physical activity. *Science & Sports, 30*(1), 23–30.
- Babbie, E. (2008). *Podstawy badań społecznych*. Warszawa: PWN.
- Babbie, E. (2010). *The Practice of Social Research*. Belmont CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Babiuch, E. (1994). Wiedza potoczna uczniów o szkole. W: E. Dryll, J. Trzebiński (red.), *Wiedza potoczna w szkole* (s. 86–114). Warszawa: Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.

- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: PWN.
- Bartkowski, T. (1991). *Kształtowanie i ochrona środowiska*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bauman, T., Plich, T. (1995). *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Baxter, M. (2009). *Zdrowie* (M. Okła przeł.). Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Bejnarowicz, J. (1994). Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowań. Wyzwania dla promocji zdrowia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1–2, 9–36.
- Bertalanffy, L. (1975). *Perspectives on General Systems Theory Scientific and Philosophical Studies*, New York: Braziller.
- Bielski, J. (2012). *Podstawowe problemy teorii wychowania fizycznego*. Kraków: Impuls.
- Biernat, E. (2011). *Aktywność fizyczna mieszkańców Warszawy na podstawie wybranych grup zawodowych*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa.
- Binkowska-Bury, M. (2009). *Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej*. Rzeszów: Uniwersytet Rzeszowski.
- Blane, D., Brunner, E. (red.). (1996). *Health and social organization*. London: Routledge.
- Borkowski, M., Wesołowska, A. (red.). (2013). *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*. Gdańsk: Wydawnictwo GSW.
- Bronikowski, M. (2007). Niedostatki i potrzeby współczesnego wychowania fizycznego. *Wychowanie Fizyczne i Sport*, 52(2), 113–121.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (4th Edition). Oxford: University Press.
- Brzezińska, A. (2000). *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Scholar.
- Brzozowski, P. (2007). *Wzorcowe hierarchie wartości. Polska, europejska, uniwersalna. Psychologiczne badania empiryczne*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Buczak, A. (2014). *Zachowania żywieniowe młodzieży w perspektywie edukacji zdrowotnej*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Buliński, L. (red.). (2014). *Zdrowie i choroba. W poszukiwaniu wiedzy i pomocy*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Bulska, J. (red.). (2008). *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi. Pedagogiczne konteksty badawcze*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Cendrowski, Z. (2009). Nigdy jeszcze sprawy edukacji zdrowotnej nie były tak wyrażone i obszernie zapisane w podstawie programowej wychowania fizycznego. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, 3, 65–74.
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2012). *Postawy wobec palenia papierosów*. Warszawa: CBOS.
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2016). *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków. W: Komunikat z Badań nr 138/2016*. Warszawa: Fundacja CBOS. Pobrane z: https://www.cbos.pl/spiskom.pol/2016/k_138_16.pdf.
- Chlewiński, Z. (1985). *Emocje*. W: R. Łukaszyk, L. Bieńkowski, F. Gryglewicz (red.), *Encyklopedia katolicka*. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski.

- Chmiel-Połeć, Z., Cybulska, I. (2008). Palenie papierosów oraz inne czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, związanych z miażdżycą tętnic, wśród młodzieży. *Przegląd Lekarski*, 65(10), 437–445.
- Chodkiewicz, J. (2005). *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Ciereszko, R. (2015). Bogini Hestia modelem zdrowotności kobiet. W: M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w XXI wieku* (s. 31–41). Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskiej Szkoły Wyższej.
- Cockerham, W.C. (2003). *Medical Sociology*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Cylkow, I. (tłum.). (2006). *Tora. Pięcioksiąg Mojżesza, Numeri*. Kraków: Wydawnictwo Austeria.
- Cylkowska-Nowak, M. (2008). Między promocją zdrowia, profilaktyką terapią – zasadnicze podejścia edukacji na rzecz zdrowia. W: M. Cylkowska-Nowak (red.), *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Poznań.
- Czapiński, J. (2004). Osobowość szczęśliwego człowieka. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (s. 359–379). Warszawa: PWN.
- Czapiński, J., Panek, T. (red.). (2011). *Diagnoza społeczna. Warunki i jakości życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.
- Czapiński, J., Panek, T. (red.). (2013). *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.
- Dama, S. (2018). Synthetic triangulation as a method of research in social science in the era of the crisis in civility. *Zeszyty Naukowe Gdańskiej Szkoły Wyższej*, 18.
- Davis, M.H. (1999). *Empatia. O umiejętności współodczuwania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Demel, M. (1973). *Szkice o kulturze fizycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Sport i Turystyka.
- Demel, M., Skład, A. (1976). *Teoria wychowania fizycznego dla pedagogów*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (2009). *Metody badań jakościowych* (K. Podemski red. wyd. pol., tom I i II). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dobek-Ostrowska, B. (1999). *Podstawy komunikowania społecznego*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Dobrowolska, M., Karpiński, M., Lech, J. (2006). *Matematyka II. Podręcznik dla liceum i technikum. Zakres podstawowy*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Dobrzańska, M. (2008). Zdrowotne skutki degradacji środowiska. W: G. Dobrzański (red.), *Ochrona środowiska przyrodniczego* (s. 172–173). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: PAN.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001). Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 9–16). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

- Drabik, J. (2009). Styl życia na drodze ku zdrowiu. W: J. Drabik, M. Resiak (red.), *Nauczyciel jako pedagog i promotor zdrowia* (s. 108–118). Gdańsk: Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu.
- Drabik, J. (2010). Styl życia i jego składowe. W: J. Drabik, M. Resiak (red.), *Styl życia w promocji zdrowia* (s. 18–22). Gdańsk: Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu.
- Drwięga, M. (2012). Troska o siebie a rozwój człowieka. *Psychologia Rozwojowa*, 17(1), 39–47.
- Duliniec, E. (2009). *Marketing międzynarodowy*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Durkheim, E. (2000). *Zasady metody socjologicznej*. Warszawa: PWN.
- Erikson, E. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Rebis.
- Fedyn, B. (2009). *Skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej*. Racibórz: PWSZ.
- Foucault, M. (1995). *Historia seksualności*. Warszawa: Czytelnik.
- Frankfort-Nachmias, C., Nachmias, D. (2001). *Metody badawcze w naukach społecznych* (E. Hornatowska przekł.). Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka.
- Frołowicz, T. (2010). Reforma wychowania fizycznego i zdrowotnego – szanse i zagrożenia. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, 5, 89–93.
- Gadamer, H.G. (2011). *O skrytości zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Gałaszka, M. (2003). *Spoleczne i kulturowe powinności medycyny. Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Gałaszka, M. (red.). (2008). *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.
- Gaś, Z. (2006). *Profilaktyka w szkole*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Gawęcki, J. (2012). Żywność i żywienie a zdrowie. W: J. Gawęcki, W. Roszkowski (red.), *Żywność człowieka a zdrowie publiczne* (s. 37–55). Warszawa: PWN.
- Gawęcki, J., Roszkowski, W. (red.). (2012). *Żywność człowieka a zdrowie publiczne*. Warszawa: PWN.
- Giddens, A. (2004). *Socjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Górski, J. (2001). *Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego*. Warszawa: PZWL.
- Górski, K. (1986). *Zarys dziejów duchowości w Polsce*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Grabowska, M. (2005). System polityczny. W: *Encyklopedia socjologii. Suplement*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Grabowski, H. (1997). *Teoria fizycznej edukacji*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Grabowski, H. (2000). *Co koniecznie trzeba wiedzieć o wychowaniu fizycznym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Gula, J. (1991). Przysięga Hipokratesa: nota od tłumacza i tekst. W: J. Gałkowski, J. Gula (red.), *W imieniu dziecka poczętego* (s. 193–197). Rzym-Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Hamilton, C. (2011). *Communicating for results. A guide for Business and the Professions*. Boston: Wadsworth Cengage Learning.
- Hancock, T. (1993). Health, human development and the community ecosystem: Three ecological models. *Health Promotion International*, 8(1), 41–47.

- Hasik, J., Gawęcki, J. (red.). (2007). *Żywnienie Człowieka zdrowego i chorego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heelas, P., Woodhead, L. (2005). *The Spiritual Revolution: Why Religion is Giving Way to Spirituality*. Oxford: Blackwell.
- Hejnicka-Bezwińska, T. (2015). *Praktyka edukacyjna w warunkach zmiany kulturowej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Herodot. (2011). *Dzieje* (S. Hammer tłum. i oprac., rozdz. II: Euterpe). Warszawa: Wydawnictwo Czytelnik.
- Heszen, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Heszen-Klemens, I. (1983). *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Heszen-Niejodek, I. (1992). *Lekarz i pacjent*. Kraków: Universitas.
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis: the expropriation of health*. New York: Pantheon Books.
- Indulski, J.A., Matulewicz, M. (1986). Pieniężne i niepieniężne bariery równości społecznej w ochronie zdrowia. Cz. 1. Kilka obserwacji empirycznych. *Zdrowie Publiczne*, 97(4), 157–165.
- Indulski, J.A., Matulewicz, M., Bryła, M. (1994). *Ekonomia zdrowia a problem efektywności ochrony zdrowia*. Łódź: Wydawnictwo IMP.
- Jagiello-Krawczyk, M. (2010). Zdrowie środowiskowe a zrównoważone środowisko mieszkaniowe. W: *Przestrzeń i forma* (t. 13, s. 89–98). Szczecin: Wydawnictwo Sfera.
- Janaszczuk, A. (2012). *Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu*. Gdańsk: Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych.
- Jaworski, Z. (2009). O krzewieniu kultury zdrowotnej w polskiej szkole – blaski i cienie. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa społeczna i humanistyczna*, 3, 7–12.
- Jędrychowski, W. (1999). *Epidemiologia – wprowadzenie i metody badań*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Józefik, B. (2014). *Kultura, ciało, (nie)jedzenie. Terapia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Juczyński, Z., Chodkiewicz, J. (2003). Motywy podejmowania zachowań ryzykownych i ocena ich konsekwencji w opinii młodzieży szkolnej Łodzi. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 7, 3–15.
- Jundził, I. (1993). *Samowychowanie*. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*. Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Kaczmarek, M. (2013). *Badania jakościowe – metody i zastosowania*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.
- Kamiński, A. (1974). *Funkcje pedagogiki społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Kant, E. (1986). *Krytyka władz sądownia* (J. Gałęcki tłum., A. Landman tłum.). Warszawa: PWN.
- Kant, E. (2004). *O formie i zasadach świata dostępnego zmysłom oraz świata inteligibilnego. O pierwszej podstawie różnicy kierunków w przestrzeni* (A. Banaszkiewicz przeł.). Kraków: Wydawnictwo Zielona Sowa.

- Karpiński, A.J. (2003). *Kryzys kultury współczesnej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Karpiński, A.J. (2007). *Słownik pojęć filozoficzno-socjologicznych, wyrazów obcych i wyrażen powszechnie stosowanych*. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskiej Wyższej Szkoły Administracji.
- Karpiński, A.J. (2009). *Wstęp do socjologii krytycznej*. Gdańsk: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Administracji.
- Karpiński, A.J. (2013). *Prywatna własność środków produkcji. Od ojcobójstwa do syna marnotrawnego*. Wydanie drugie uzupełniające. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskiej Szkoły Wyższej.
- Karpiński, A.J. (2015). *Wstęp do nauk o mądrości. Część pierwsza*. Gdańsk: Wydawnictwo GSW.
- Karpiński, A.J. (2018). *Świat nazwany. Słownik pojęć filozoficzno-socjologicznych, wyrazów obcych i wyrażen powszechnie stosowanych*. Gdańsk: Wydawnictwo GSW.
- King, S.H. (1962). *Perception of Illness and Medical Practice*, New York: Russell Sage Foundations.
- Klimowicz, G., Kościanek-Kukacka, J., Kozłowski, W. (1994). *Dylematy ucznia. Z doświadczeń dorastającej młodzieży*. Warszawa: WSiP.
- Konarzewski, K. (2000). *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Korfanty, J. (2001). *Mały słownik łacińsko-polski*. Warszawa: PWN.
- Korfanty, J. (red.). (2001). *Słownik łacińsko-polski* (t. 1). Warszawa: Wydawnictwo Szkolne PWN.
- Kotarbiński, T. (2003). Stosunek ogólnej teorii organizacji do prakseologii. W: *Dzieła wszystkie. Prakseologia* (cz. 2, s. 254–255). Wrocław: Wydawnictwo Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Kowalik, S. (2005). Użyteczność kategorii „troska” i „samotroska” w pracy socjalnej. W: B. Kromolicka (red.), *Wolontariat w obszarze humanistycznych wyzwań opiekuńczych*. Toruń.
- Kowalik, S. (red.). (2007). *Wokół psychologii cielesności*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSG.
- Kowalik, T. (2005). System gospodarczy. W: *Encyklopedia socjologii. Suplement*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Kozłowski, S. (1986). *Granice przystosowania*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Kozłowski, S., Nazar, K. (1999). *Wprowadzenie do fizjologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Krawczyk, Z. (1995). *Socjologia kultury fizycznej*. Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego.
- Krawczyk, Z. (1997). Kultura fizyczna. W: Z. Krawczyk (red.), *Encyklopedia Kultury Polskiej XX wieku. Kultura Fizyczna i Sport* (s. 11–13). Warszawa: Instytut Kultury.
- Krapiec, M.A. (1997). Natura ludzkiej wolności. W: *Człowiek w Kulturze* (t. 9, s. 22–31). Lublin: Fundacja Lubelska Szkoła Filozofii Chrześcijańskiej.

- Krapiec, M.A. (2000). Starzenie się – dojrzewaniem człowieka. *Studia Philosophiae Christianae*, 36(2), 107–113.
- Kuberska-Gaca, K., Gaca, A. (1986). *Profilaktyka niedostosowania społecznego w szkole*. Warszawa: Wydawnictwo WSiP.
- Kubów, A. (2006). *Socjologia. Zarys problematyki i podstawowe pojęcia*. Poznań: Wydawnictwo Forum Naukowe Passa”.
- Kuchcińska, M. (red.). (2004). *Zdrowie człowieka i jego edukacja gerontologiczna*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Kustra, C.A., Kowalczyk, M.J. (2011). Samotroska – cel oddziaływań andragogicznych. *Rocznik Andragogiczny*, 2011, 122–130.
- Lalonde, M., (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.
- Lao Tzu, (2016). *Tao te ching: w poszukiwaniu równowagi* (M. Lipa tłum.). Gliwice: Wydawnictwo Helion.
- Leider, R.J. (1997). Ostateczne zadanie przywódcy. Przewodzeniu samemu sobie. W: F. Hesselbein, M. Goldsmith, R. Beckhard (red.), *Lider przyszłości. Nowe wizje, strategie i metody działania na nadchodzącą erę* (s. 191–200). Warszawa: Wydawnictwo Buisness Press.
- Lewandowska, U. (1994). *Promocja zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Sanmedia.
- Linton, R. (2000). *Kulturowe podstawy osobowości* (A. Jasińska-Kania przeł.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lipkowski, O. (1980). *Resocjalizacja*. Warszawa: Wydawnictwo WSiP.
- Lipowska, M., Bidzan, M., Mazurkiewicz, N., Lipowski, M. (2015). Jakość życia w przewlekłej widocznej chorobie a poczucie stygmatyzacji u młodych kobiet. *Przegląd Psychologiczny*, 58(3), 303–323.
- Lipowski, M. (2006). *Rekreacja ruchowa kobiet jako zachowanie prozdrowotne – uwarunkowania a motywy uczestnictwa*. Gdańsk: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu.
- Lipowski, M. (2012). Level of optimism and health behavior in athletes. *Medical Science Monitor*, 18(1), 39–43.
- Lipowski, M., Szczepańska-Klunder, Ż. (2012). Zachowania zdrowotne nauczycieli wychowania fizycznego. W: Z. Jastrzębski (red.), *Teoria wychowania fizycznego i sportu* (s. 9–26). Łódź: Wyższa Szkoła Sportowa.
- Lipowski, M., Szulc, M., Buliński, L. (2015). Physical activity among other health-related behaviors in treatment of alcoholism. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 55(3), 231–240.
- Loftus, E.F. (1979). *Eyewitness testimony*. Harvard: Harvard University Press.
- Łaska-Formejster, A., Synowiec-Piłat, M. (red.). (2013). *Biologiczny wymiar życia populacji a jego socjologiczne interpretacje*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Łuczyńska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczą*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Łukasiewicz, J. (1987). *O zasadzie sprzeczności u Arystotelesa*. Warszawa: PWN.

- Malarecki, I. (1981). *Zarys fizjologii wysiłku i treningu sportowego*. Warszawa: PZWL.
- Malik, M., Zarzycka, D., Iłżecka, J., Jarosz, M. (2009). Wartość zdrowia jako czynnik motywacyjny do działań prozdrowotnych. *Zdrowie Publiczne*, 119(1), 33–39.
- Malinowska, J. (2014). Materiały pomocnicze dla nauczycieli edukacji zdrowotnej. W: J. Malinowska, B. Roszak, *Profilaktyka i edukacja zdrowotna w szkole*. Leszno: Centrum Doskonalenia Nauczycieli.
- Marcario, L., Rocchi, M. (2011). *Komunikacja w relacjach niesienia pomocy*. Kraków.
- Marek, Z., Madej-Babula, M. (red.). (2009). *Edukacyjne przestrzenie zdrowia*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Marshall, G. (red.). (2006). *Słownik socjologii i nauk społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Maslow, A. (1943). Teoria motywacji człowieka. *Psychological Review*, 50, 370–396.
- Maszczyk, T. (2005). Zdrowie jako wartość uniwersalna. *Roczniki Naukowe*, 54, 73–81 (AWF Poznań).
- Mazurek-Łopacińska, K. (2002). *Orientacja na klienta w przedsiębiorstwie*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Meadows, D., Randers, J. (1995). *Przekraczanie granic. Globalne załamanie czy bezpieczna przyszłość*. Warszawa: Centrum Uniwersalizmu przy Uniwersytecie Warszawskim.
- Nitecka-Walerych, A. (2014). *Zajęcia ruchowe w edukacji wczesnoszkolnej*. Gdańsk: Wydawnictwo Athenae Gedanenses.
- Nowakowska, M. (2010). Społeczno-kulturowe uwarunkowania zmian w rozumowaniu kategorii zdrowia i choroby. *Sztuka Leczenia*, 1–2.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość – stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ossowski, S. (1962). *O osobliwościach nauk społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne PWN.
- Ostrowska, A. (1980). *Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego*. Warszawa: Wydawnictwo Radia i Telewizji.
- Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Ożóg, T. (2012). Samorealizacja. W: *Encyklopedia katolicka* (t. 17). Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Palka, S. (2010). *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. London: Glencoe III, Free Press.
- Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Parsons, T. (2009). *System społeczny* (M. Kaczmarczyk przeł.). Kraków: Zakład Wydawniczy Normos.
- Pawłucki, A. (2015). *Nauki o kulturze fizycznej*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego.

- Pflanz, M. (1976). Struktura społeczna a zdrowie. Problemy nie rozwiązane. W: M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Piątkowski, W. (1990). *Spotkania z inną medycyną*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Piątkowski, W. (2004). *Zdrowie choroba społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Piątkowski, W., Płonka-Syroka, B. (2008). *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Pilch, T. (1995). *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa: Wydawnictwo Żak.
- Podgórecki, A. (1962). *Charakterystyka nauk praktycznych*. Warszawa: PWN.
- Podsiad, A. (2000). *Słownik terminów i pojęć filozoficznych*. Warszawa: Instytut Wydawnictwo PAX.
- Pörn, I. (1993). Health and adaptedness, *Theoretical Medicine*, 14(4), 295–303.
- Przybyłowski, J. (2000). *Logika z ogólną metodologią nauk*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Pszczołowski, T. (1978). Profilaktyka. W: *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*. Wrocław: Wydawnictwo Ossolineum.
- Puchalski, K. (1990). Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Pytko, L. (1993). Pedagogika resocjalizacyjna. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Fundacja Innowacja.
- Ratajska, A. (2008). *Zmiana tożsamości pacjentów pod wpływem transplantacji serca* (niepublikowana praca doktorska). Bydgoszcz.
- Ratkowski, W., Grabowska-Skorb, P., Bzdawski, B., Napierała, M., Pezała, M., Żukow, W. (2015). Sprawność fizyczna osób w wieku emerytalnym z aglomeracji miejskiej. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(4), 177–194.
- Reiser, M. (1993). Poznaj sam siebie! Samopoznanie w starożytności i chrześcijaństwie. W: *Ruch Biblijny i Liturgiczny* (t. 46). Kraków: Polskie Towarzystwo Teologiczne.
- Renzetti, C.M., Curran, D.J. (2005). *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sawczyn, S., Blanik, L., Mishchenko, V. (2015). Main directions and tendencies of training loads management improvement in sport gymnastics. W: A. Kochanowicz, B. Niespodziński, J. Mieszkowski, M. Żmudzka-Brodnicka (red.), *Sport, health and education: complementary approach to gymnastics* (s. 125–147). Gdańsk: Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu.
- Schäffle, A. (1897). Über den wissenschaftlichen Begriff der Politik. *Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft*, 53.
- Scott, J., Marshall, G. (2005). Sociology of medicine. W: *Oxford Dictionary of Sociology* (s. 401–402). Oxford: Oxford University Press.
- Shapiro, L. (2007). The Embodied Cognition Research Programme. *Philosophy Compass*, 2(2), 338–346.

- Sheridan, C.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia Zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Shilling, C. (1993). *The Body and Social Theory*. London: Sage Publications.
- Sikorski, C. (1998). *Człowiek nowej organizacji. Wzory kultury wysokiej tolerancji niepewności*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Skarga, B. (1977). Comte. W: *Myśli i ludzie*. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Skowronek, K., Pasek, Z. (2013). *Nowa duchowość w kulturze popularnej. Studia tekstologiczne*. Kraków: Wydawnictwo Libron.
- Skrzypek, M. (2014). Zdrowie. Aspekt biologiczno-medyczny. W: *Encyklopedia katolicka* (t. XX). Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Skrzypek, M. (red.). (2014). *Podstawy interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu. Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Skulicz, D. (2008). Badania opisowe i badania diagnostyczne. W: S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice* (s. 221–236). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Słowska, Z. (2002). Zdrowie, W: *Encyklopedia socjologii* (t. 4). Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Słowska, Z. (2008). Nowe oblicze medykalizacji: redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia. W: W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu* (s. 91–92). Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Smolińska-Theiss, B., Theiss, W. (2010). Badania jakościowe – przewodnik po labiryncie. W: S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sobańska, J. (1993). Aktywność psychomotoryczna dzieci i młodzieży. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna*. Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Sokołowska, M. (1980). *Granice medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Sokołowska, M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Starzyńska-Kościuszko, E. (2010). Holistyczna koncepcja zdrowia. Zdrowie jako wartość. W: E. Pietraszkiewicz (red.), *Humanistyka i przyrodoznawstwo* (nr 16, s. 319–326). Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Stępniewska-Gębik, H. (2011). Troska o siebie w twórczości Michela Foucaulta jako kategoria pedagogiczna. *Edukacja. Kwartalnik Naukowy*, 4.
- Stump, E. (1997). Aquinas's Account of Freedom: Intellect and Will, *The Monist*, 80(4), 576–597.
- Syrek, E., Borzucka-Sitkiewicz, K. (2009). *Edukacja zdrowotna*. Toruń.
- Szacki, J. (2011). *Historia myśli socjologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szczepaniak, L. (2003). *Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej*. Kraków.

- Szczepański, J. (1970). *Elementarne pojęcie socjologii*. Warszawa: PWN.
- Szkudlarek, T. (1997). *Acta Universitatis Nicolai Copernici. Nauki Humanistyczno-Społeczne. Socjologia Wychowania* (t. 13). Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Sztumski, J. (2010). *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Szwed, R. (2008). *Metody statystyczne w naukach społecznych*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Szymański, S. (2015). Efektywność policyjnej profilaktyki na przykładzie nieszablonywych działań profilaktycznych jednostki szczebla powiatowego. W: S. Cudak (red.), *Profilaktyka zagrożeń dzieci i młodzieży*. Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk.
- Szymczyk, M. (red.). (1994). *Słownik języka polskiego* (t. 2). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Śliwa, S. (2015). *Profilaktyka pedagogiczna*. Opole: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji.
- Ślusarska, B., Dobrowolska, B., Zarzycka, D. (2013). Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. *Probl Hig Epidemiol*, 94(4), 667–674.
- Taranowicz, I. (2010). *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Tatarkiewicz, W. (1978). *Parerga*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Thomas, W.I., Znaniecki, F. (1918). *The Polish Peasant in Europe and America*. Boston: R. Badger, The Gorham Press.
- Tobera, P. (2005). *Środowisko naturalne*. W: H. Kubiak (red.), *Encyklopedia socjologii. Suplement*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (1998). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i chorób*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2013). *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobis, T. (2003). *Społeczno kulturowa tożsamość Sopotu*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytet Gdański.
- Toffler, A. (1997). *Trzecia fala*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Townsend, P., Davidson, N. (red.). (1988). *Inequalities in Health: The Black report and the Health Divide*. London: Penguin Books.
- Trocki, M. (2013). *Ocena projektów – koncepcje i metody*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej.
- Uramowska-Żyto, B. (1992). *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Waardenburg, J. (1991). *Religie i religia. Systematyczne wprowadzenie do religioznawstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Verbinum.
- Webb, E.J. (2000). *Unobtrusive measures. Nonreactive research in the social sciences*. London: Sage Publication.

- Webb, E.J., Campbell, D.T., Schwartz, R.D., Sechrest, L. (1966). *Unobtrusive measures*. Chicago: Rand McNally.
- Weber, M. (1949). „Objectivity” in Social Science and Social Policy. W: *The Methodology of the Social Sciences*. Glencoe (Illinois): The Free Press.
- Whitfield, M., Smith, A. (2002). Changing Definitions of Public Health in the UK – Their Implications on Public Health Education in Practice. *Zdrowie Publiczne*, 112(2), 149–151.
- Wiśniewski, T. (1989). *Profilaktyka pedagogiczna*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Wojciszke, B. (2011). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Wojtyła, K. (2009). List Pasterski o powołaniu nauczyciela i wychowawcy (Kraków, 30.09.1972). W: W. Chudy, *Pedagogia Godności. Elementy Etyki Pedagogicznej*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Wojnarowska, B. (1994). *Promocja zdrowia*. Warszawa: Wydawca Sanmedia.
- Wojnarowska, B. (2001). *Bibliografia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w Polsce w latach 1990–2000*. Warszawa: Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego BOWI.
- Wojnarowska, B. (2007). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wojnarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woźnicka, E., Juraś-Krawczyk, B. (red.). (2015). *Jedzenie jako sytuacja edukacyjna i społeczna*. Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Wójciak, P. (2006). Zmiany aktywności układu odpornościowego w depresji i schizofrenii. *Nowiny Lekarskie*, 75(6), 587–598.
- Wójtewicz, A. (2014). *Ciało w kulturze konsumpcji: efektywność edukacji zdrowotnej na przykładzie sieci szkół promujących zdrowie*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Wroczyński, R. (1976). *Pedagogika społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Wysocki, M.J., Miller, M. (2003). Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. *Przegląd Epidemiologiczny*, 57(3), 505–512.
- Załęcki, J. (2003). *Gdańsk jako samorządna społeczność lokalna*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Ziółkowski, A. (2013). *System wartości w kontekście przemian społeczno-kulturowych i oddziaływania osobowości a postawa fair play młodzieży aktywnej sportowo*. Gdańsk: Wydawnictwo Athenae Gedanenses Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu.
- Ziółkowski, M. (2002). System. W: *Encyklopedia socjologii* (t. 4). Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Znaniecki, F. (1988). *Wstęp do socjologii*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Znaniecki, F. (2001). *Socjologia wychowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Znaniecki, F. (2008). *Metoda socjologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Spis tabel

Tabela 4.1. Odpowiedzi na pytanie o wpływ poszczególnych czynników środowiska społecznego na profilaktykę prozdrowotną, w procentach	97
Tabela 4.2. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Płeć”	100
Tabela 4.3. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Wiek”, w latach	100
Tabela 4.4. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Waga”, w kg	100
Tabela 4.5. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Wzrost”, w cm	101
Tabela 4.6. Rozkład odpowiedzi na pytanie „BMI”, w kg/m ²	101
Tabela 4.7. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Zamieszkanie”	101
Tabela 4.8. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jaki jest profil Twojej klasy?”	101
Tabela 4.9. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak rozumiesz pojęcie »profilaktyki prozdrowotnej«?”	102
Tabela 4.10. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od płci	112
Tabela 4.11. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od płci	114
Tabela 4.12. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od aktywności fizycznej	115
Tabela 4.13. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od płci	116

Tabela 4.14. Związek odpowiedzi na pytania: „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie” dot. atmosfery zachęcającej do stosowania profilaktyki prozdrowotnej, oraz „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie” dot. atmosfery zachęcającej do stosowania aktywności fizycznej.....	117
Tabela 4.15. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak byś ocenił stan profilaktyki prozdrowotnej w Polsce”, w zależności od miejsca zamieszkania.....	118
Tabela 4.16. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy uprawiasz jakąś formę aktywności fizycznej?”, w zależności od miejsca zamieszkania	119
Tabela 4.17. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy uprawiasz aktywność fizyczną wyczynowo (tzn. intensywnie, dążąc do ciągłej poprawy swoich wyników)?”, w zależności od miejsca zamieszkania	119
Tabela 4.18. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy korzystasz z jakiś używek?”, w zależności od miejsca zamieszkania.....	120
Tabela 4.19. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy w jakiś sposób starasz się rozwijać umysłowo (poza nauką szkolną)?”, w zależności od miejsca zamieszkania	120
Tabela 4.20. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy starasz się rozwijać wewnętrznie/duchowo?”, w zależności od miejsca zamieszkania	121
Tabela 4.21. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jakbyś ocenił stan swojego zdrowia?”, w zależności od miejsca zamieszkania.....	121

Spis rysunków i wykresów

Rys. 1.1. Schemat zmian relacji pomiędzy przestrzenią fizyczną a duchową w kształtowaniu się zdrowotności jednostki ludzkiej	23
Rys. 1.2. Czynniki warunkujące zdrowie jednostki według „pól zdrowia” M. Lalonde’a.....	34
Wykres 2.1. Przedmioty w edukacji zawodowej dotyczące profilaktyki zdrowotnej	60
Wykres 2.2. Przedmioty w edukacji zawodowej dotyczące moralności w medycynie	60
Wykres 2.3. Omawianie profilaktyki prozdrowotnej w środowisku medycznym.....	62
Wykres 2.4. Zwracanie pacjentom uwagi na potrzebę samoprofilaktyki.....	63
Wykres 2.5. Ocena stanu zdrowia pełnoletniej młodzieży	63
Wykres 2.6. Ocena zainteresowania młodzieży profilaktyką prozdrowotną	63
Wykres 2.7. Choroby uznawane za efekt braku samoprofilaktyki	64
Wykres 2.8. Ocena nawyków żywieniowych młodzieży	64
Wykres 2.9. Wpływ braku samoprofilaktyki na nadwagę młodzieży.....	64
Wykres 2.10. Ocena stosowania profilaktyki prozdrowotnej wśród młodzieży	65
Wykres 2.11. Inne spostrzeżenia dotyczące profilaktyki prozdrowotnej	65

Wykres 4.1. Czym jest zdrowie?.....	95
Wykres 4.2. Czym jest profilaktyka prozdrowotna?	95
Wykres 4.3. Czy stosujesz profilaktykę prozdrowotną w swoim życiu?	95
Wykres 4.4. Jakie typy profilaktyki prozdrowotnej stosujesz?	96
Wykres 4.5. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w skali od 1 do 5	104
Wykres 4.6. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak byś ocenił stan profilaktyki prozdrowotnej w Polsce?”	105
Wykres 4.7. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy uprawiasz jakąś formę aktywności fizycznej?”	105
Wykres 4.8. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jaką formę aktywności fizycznej najczęściej uprawiasz?”	105
Wykres 4.9. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak często uprawiasz ćwiczenia fizyczne (poza zajęciami WF)?”	106
Wykres 4.10. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy uprawiasz aktywność fizyczną wyczynowo (tzn. intensywnie, dążąc do ciągłej poprawy swoich wyników)?”	106
Wykres 4.11. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak długo (od kiedy) uprawiasz wyczynowo daną aktywność fizyczną?”	106
Wykres 4.12. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w skali od 1 do 5	107
Wykres 4.13. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czym dla Ciebie jest zdrowie?”	107
Wykres 4.14. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Skąd głównie czerpiesz swoją wiedzę na temat zdrowia?”	108
Wykres 4.15. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak często korzystasz z usług lekarskich?”	108
Wykres 4.16. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czym według Ciebie jest »dieta«?”	108
Wykres 4.17. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czym kierujesz się przy zakupie produktów spożywczych?”	109

Wykres 4.19. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jaka jest Twoja przeciętna długość snu?”	109
Wykres 4.20. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy korzystasz z jakichś używek?”	110
Wykres 4.21. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jakie używki najczęściej stosujesz?”	110
Wykres 4.22. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak często korzystasz z danych używek?”	110
Wykres 4.23. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy w jakiś sposób starasz się rozwijać umysłowo (poza nauką szkolną)?”	111
Wykres 4.24. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jeśli tak, to w jaki sposób?”	111
Wykres 4.25. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy starasz się rozwijać wewnętrznie/duchowo?”	111
Wykres 4.27. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jakbyś ocenił stan swojego zdrowia?”	112
Wykres 4.26. Rozkład odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób starasz się rozwijać wewnętrznie/duchowo?”	112
Wykres 4.28. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od płci	113
Wykres 4.29. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od płci	114
Wykres 4.30. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od aktywności fizycznej	115
Wykres 4.31. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie”, w zależności od płci	116
Wykres 4.32. Związek odpowiedzi na pytania: „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie” dot. atmosfery zachęcającej do stosowania profilaktyki prozdrowotnej, oraz „Określ, w jakim stopniu dane zachowanie pasuje do Ciebie” dot. atmosfery zachęcającej do stosowania aktywności fizycznej	118
Wykres 4.33. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak byś ocenił stan profilaktyki prozdrowotnej w Polsce”, w zależności od miejsca zamieszkania	119

Wykres 4.34. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy uprawiasz jakąś formę aktywności fizycznej?”, w zależności od miejsca zamieszkania	119
Wykres 4.35. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy uprawiasz aktywność fizyczną wyczynowo (tzn. intensywnie, dążąc do ciągłej poprawy swoich wyników)?”, w zależności od miejsca zamieszkania	120
Wykres 4.36. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy korzystasz z jakiś używek?”, w zależności od miejsca zamieszkania.....	120
Wykres 4.37. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy w jakiś sposób starasz się rozwijać umysłowo (poza nauką szkolną)?”, w zależności od miejsca zamieszkania	121
Wykres 4.38. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy starasz się rozwijać wewnątrznie/duchowo?”, w zależności od miejsca zamieszkania	121
Wykres 4.39. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jakbyś ocenił stan swojego zdrowia?”, w zależności od miejsca zamieszkania.....	122
Wykres 4.40. Miejsce zamieszkania respondentów	124
Wykres 4.41. Waga respondentów	124
Wykres 4.42. Wzrost badanych.....	124
Wykres 4.43. Postawy studentów Trójmiasta wobec wartości.....	130
Wykres 4.44. Produkty najczęściej spożywane przez studentów z Trójmiasta....	130
Wykres 4.45. Ilość spożywanych posiłków dziennie	130
Wykres 4.46. Miejsce spożywania posiłku	130
Wykres 4.47. Ilość płynów wypijanych dziennie	130
Wykres 4.48. Rodzaje spożywanych napojów.....	130
Wykres 4.19. Nałogi.....	131
Wykres 4.50. Kupowanie leków bez recepty.....	131
Wykres 4.51. Stosowanie suplementów diety.....	131
Wykres 4.52. Dojadanie między posiłkami.....	131
Wykres 4.53. Typy produktów spożywane między posiłkami.....	131
Wykres 4.54. Stosunek do wagi ciała	131
Wykres 4.55. Źródła wiedzy odnośnie zdrowia	131

Wykres 4.56. Zwracanie uwagi na konserwanty w żywności.....	131
Wykres 4.57. Czas poświęcony na sport.....	131
Wykres 4.58. Ilość snu.....	131
Wykres 4.59. Posiadane schorzenia przewlekłe.....	131
Wykres 4.60. Częstotliwość korzystania z usług medycznych.....	132
Wykres 4.61. Ocena stanu świadomości zdrowotnej w Polsce.....	132
Wykres 4.62. Rozumienie pojęcia diety	132
Wykres 4.63. Wyznaczniki przy zakupie produktów.....	132
Wykres 4.64. Przynależność do grupy religijnej.....	132
Wykres 4.65. Uwarunkowanie żywienia przez wiarę	132
Wykres 4.66. Uwarunkowanie dbania o higienę przez wiarę	132



Regina Ciereszko

Absolwentka socjologii (antropologia współczesności) na studiach magisterskich na Uniwersytecie Gdańskim (praca pt. *Socjologiczne ujęcie możliwych utopii*, 2012).

Należy do Polskiego Towarzystwa Socjologicznego i Stowarzyszenia Praw Człowieka. Bierze czynny udział w konferencjach naukowych. Należy do członków i założycieli Stowarzyszenia Absolwentów i Przyjaciół Kaszubsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej. Interesuje się głównie dietetyką oraz zagadnieniami dotyczącymi higieny i profilaktyki prozdrowotnej (co było inspiracją do napisania tej pracy), wokół których to zagadnień powstaje jej dorobek naukowy:

- *Miejsce lektur w powstawaniu współczesnej socjologiczności*, „Zeszyty Naukowe Gdańskiej Szkoły Wyższej” 2012, t. 12.
- *Koncepcja socjalizmu Zygmunta Baumana w XXI wieku?*, „Nowa Krytyka. Czasopismo filozoficzne” 2013, t. 30–31.
- *Socjologia zdrowia. Mity współczesnej dietetyki*, (w:) *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*, M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), Wydawnictwo Gdańskiej Szkoły Wyższej, Gdańsk 2013.
- *Bogini Hestia modelem zdrowotności kobiet*, (w:) *Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w XXI wieku. Wybrane problemy społeczno-prawne*, M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), Wydawnictwo Gdańskiej Szkoły Wyższej, Gdańsk 2015.
- *„Platońskie” korzenie ruchów społecznych. Ruch czy nie-ruch we współczesnej socjologii ruchów społecznych?*, (w:) *Kultury kontestacji. Dziedzictwo kontrkultury i nowe ruchy społecznego sprzeciwu*, T. Maślanka, R. Wiśniewski (red.), Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2015.
- *Health security of the contemporary human*, (w:) *Security in the conditions of bifurcation of the international system*, Kyiv University (Ukraine), 2016.
- *Racjonalne odżywianie – jako determinant zdrowia i ochrona przed otyłością*, (w:) *Wybrane zagadnienia z edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej*, M. Brodnicki, F. Makurat, A. Niemirycz-Makurat (red.), Kyiv University, wyd. Talkom (Ukraine), Gdańsk-Kijów 2016.
- *Aktywność fizyczna i pozostałe zachowania zdrowotne młodzieży* (2017) oraz: *Samoprofilaktyka* (2018), (w:) *Żywność – Sport – Edukacja*, M. Brodnicki, F. Makurat, T. Łapian, A. Kaźmierczak (red.), Kyiv University, wyd. Talkom (Ukraine), Gdańsk-Kijów 2017, 2018.
- *Prawo do profilaktyki i samoprofilaktyki w świetle Konstytucji RP*, „Zeszyty Naukowe Gdańskiej Szkoły Wyższej” 2018, t. 19.
- *Filozoficzna koncepcja człowieka*, (w:) *Przez zwyciężyć kryzys kultury*, G. Cimek, S. Dama (red.), Akademia Marynarki Wojennej, Gdynia 2020.



GSW
GDAŃSKA SZKOŁA WYŻSZA



9 788366 270282

ISBN 978-83-66270-28-2

Wydawnictwo GSW · 2022
www.gsw.gda.pl/wydawnictwo

Nr katalogowy [128]

WYDANIE
ONLINE PDF

<https://gsw.gda.pl/wydawnictwo/128-samoprofilaktyka>