

CHOWANNA

TOM 2 (31)



PSYCHOSPOŁECZNE KONTEKSTY PROBLEMÓW ZDROWIA RODZINY W PERSPEKTYWIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ



Wydawnictwo
Uniwersytetu Śląskiego
Katowice 2008

Nr indeksu 330 568
PL ISSN 0137-706X

CHOWANNA

TOM 2 (31)

PSYCHOSPOŁECZNE KONTEKSTY PROBLEMÓW ZDROWIA RODZINY W PERSPEKTYWIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

pod redakcją Ewy Syrek

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Katowice 2008

Redaktor naczelny
Dr hab. Zbigniew Spendel

Recenzenci

Prof. zw. dr hab. Krystyna Marzec-Holka, prof. zw. dr hab. Andrzej Radziewicz-Winnicki

Rada Naukowa

Prof. dr hab. Jerzy Brzeziński
Prof. dr hab. Maria Czerepaniak-Walczak
Prof. dr hab. Kazimierz Denek
Prof. dr hab. Tadeusz Frąckowiak
Prof. dr hab. Adam Frączek
Prof. dr hab. Stanisław Juszczak
Prof. dr hab. Stanisław Kawula
Prof. dr hab. Wojciech Kojs
Prof. dr hab. Stefan M. Kwiatkowski
Prof. dr hab. Zbigniew Kwieciński
Prof. dr hab. Tadeusz Lewowicki
Prof. dr hab. Mieczysław Łobocki
Prof. dr hab. Krystyna Marzec-Holka
Prof. dr hab. Stefan Mieszalski
Prof. dr hab. Aleksander Nalaskowski
Prof. dr hab. Czesław Nosal
Prof. dr hab. Irena Obuchowska
Prof. dr hab. Wincenty Okoń
Prof. dr hab. Stanisław Palka
Prof. dr hab. Karol Poznański
Prof. dr hab. Andrzej Radziewicz-Winnicki
Prof. dr hab. Bronisław Siemieniecki
Prof. dr hab. Tomasz Szkudlarek
Prof. dr hab. Bogusław Śliwerski
Prof. dr hab. Andrzej de Tchorzewski
Prof. dr hab. Janina Wyczasany

Kolegium Redakcyjne

Prof. dr hab. Teresa Borowska
Prof. dr hab. Barbara Kozusznik
Prof. UŚ dr hab. Katarzyna Popiołek
Prof. UŚ dr hab. Jan M. Stanik
Prof. dr hab. Adam Stankowski
Dr hab. Agnieszka Stopińska-Pająk
Prof. UŚ dr hab. Ewa Syrek
Prof. dr hab. Jerzy Zieliński

Sekretarz Redakcji

Dr Beata Piłula

www.chowanna.us.edu.pl

Adres Redakcji / Editorial Address
Wydział Pedagogiki i Psychologii
Uniwersytetu Śląskiego
40-126 Katowice, ul. M. Grażyńskiego 53
tel./fax (032) 258-94-82
e-mail: zbigniew.spendel@us.edu.pl



40 LAT
UNIwersytetu
ŚLĄSKIEGO

Spis treści

Wstęp (Ewa Syrek)	5
-----------------------------	---

Artykuły

Wybrane konteksty socjalizacji zdrowotnej

JERZY MODRZEWSKI Socjalizacja wartości zdrowia	13
ALICJA KAISER Rodzinna socjalizacja w zakresie zdrowia – poglądy, perspektywy .	33
DANUTA DRAMSKA Socjalizacja językowa jako nabywanie umiejętności komunikacji in- terpersonalnej	49

Zagrożenia zdrowia i edukacja zdrowotna w rodzinie

EWA WŁODARCZYK Polka w sytuacji macierzyństwa. W trosce o osiągnięcie i spełnianie wartości macierzyństwa	65
ANNA TOPORSKA Wiedza kobiet na temat zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i porodu	79
WIOLETTA WÓJCIK Zaniedbanie prenatalne – wyzwanie dla edukacji zdrowotnej od chwili poczęcia	95
EWA JAROSZ Negatywne doświadczenia dziecięce a zdrowie	107
IGOR RADZIEWICZ-WINNICKI Czynnościowe bóle brzucha jako zaburzenie funkcjonowania psycho- społecznego dzieci	129
IRENA PILCH Osobowość makiaweliczna rodziców i ich dzieci – makiawelizm jako zagrożenie zdrowia i dobrostanu jednostki	143

ANNA BRYTEK, BERNADETTA IZYDORCZYK	
Specyfika funkcjonowania rodzin z dzieckiem chorym na jadłowstręt psychiczny	157
ALINA DWORAK	
Edukacja zdrowotna rodzin dzieci przewlekle chorych	169
JOANNA BULSKA	
Wybrane elementy edukacji zdrowotnej w rodzinie	181
KATARZYNA BORZUCKA-SITKIEWICZ	
Agresja jako zachowanie społeczne	191

Wybrane elementy stylu życia

KATARZYNA POPIOŁEK, AGATA CHUDZICKA-CZUPAŁA	
Uwarunkowania aktywności osób w podeszłym wieku	203
TERESA SOCHA	
Europejski priorytet zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce otyłości	217

Recenzje

Andrzej Krawański: <i>Interaktywne uczenie się i nauczanie w wychowaniu fizycznym i fizjoterapii. Tworzenie stosunku człowieka do ciała i zdrowia</i> . Poznań, Akademia Wychowania Fizycznego 2006 (Beata Dyrda)	235
Czesław Lewicki: <i>Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień</i> . Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego 2006 (Joanna Bulska)	241

Wstęp

Zainteresowanie problematyką zdrowia w filozofii ma wielowiekową tradycję, choć obszar tych zainteresowań i optyka widzenia problemów zmieniały się na skutek przeobrażeń społecznych i rozwoju poszczególnych dyscyplin naukowych. Warto w tym miejscu odwołać się np. do Platona i Arystotelesa, którzy zagadnienia zdrowia ujmowali także w kontekście zakładania rodziny i posiadania zdrowego potomstwa. Obaj filozofowie uważali, że wychowanie zdrowych obywateli jest sprawą wagi państwowej, w związku z tym powinno być uregulowane prawnie. Platon podkreślał, że obywatele państwa stanowią rodzaj „kapitału” społecznego, są naturalnym zasobem państwa, dlatego egzystencję obywateli należy podporządkować polityce zdrowotnej państwa. Platon i Arystoteles wypowiadali się również m.in. na temat zasad zawierania związków małżeńskich gwarantujących wychowanie zdrowego potomstwa, negatywnego wpływu alkoholu na zdrowie przyszłego potomstwa, konieczności troski rodziców o zdrowie psychiczne dzieci, zaleceń zdrowotnych dla kobiet ciężarnych (S a h a j, 2003, s. 151–159).

Jednym z aspektów przemian współczesnej rodziny jest zmiana pozycji dziecka, wyrażająca się w nowych rolach rodzinnych, zmienionych relacjach między rodzicami a dziećmi, a także miejscem dziecka w systemie hierarchicznej zależności rodzinnej. Na przestrzeni wieków pozycja dziecka została przesunięta z peryferii życia rodzinnego do centrum wartości rodziny. Dziecko stanowi wartość samą w sobie, a z rodzicami łączy je więź emocjonalna. Rodzina przestaje jednak być jedynym, ale pozos-

taje podstawowym środowiskiem kształtującym jego rozwój. Współcześnie przedłuża się też czas nie tylko materialnej, ale także duchowej zależności od rodziny ze względu na wydłużenie się okresu kształcenia oraz poszukiwania pracy, zmienia się jednocześnie pojmowanie rodzicielstwa, sprawowania opieki nad dzieckiem i zaspokajanie jego potrzeb (Adamski, 2002, s. 165–167). Społeczne doświadczenia i badania naukowe wskazują, że pozycja dziecka w rodzinie jest bardzo różna ze względu na niewydolność wychowawczą, dysfunkcyjność i marginalizację wielu współczesnych rodzin, w których jakość życia dzieci odbiega w znacznym stopniu od przyjętych kulturowych i ekonomicznych standardów.

Rzeczywistość i zdrowie dziecka zależne są nie tylko od czynników genetycznych, ale także od wielu różnych czynników społecznych i środowiskowych. M. Sokołowska (1981, s. 8–15) już w latach 80. ubiegłego stulecia zwracała uwagę na grupy zależne, do których zaliczyła ludzi starych, przewlekle chorych, niepełnosprawnych, umysłowo chorych, podkreślając, że odpowiedzialność społeczna wobec nich przybiera postać konkretnego działania. Dziecko jest osobą zależną, zwłaszcza od rodziców, którzy powinni mu stworzyć warunki optymalnego rozwoju. Zdrowy rozwój w dzieciństwie oraz wskazywanie zagrożeń jest przedmiotem zainteresowań badawczych lekarzy, pedagogów i reprezentantów innych nauk o wychowaniu, a walka z zagrożeniami jest obowiązkiem państwa i całego społeczeństwa. Zdrowie przyszłych pokoleń stanowi nieoceniony zasób rozwoju społecznego, ekonomicznego i kulturowego społeczeństwa. Zróżnicowanie doświadczenia świata społecznego w dzieciństwie odgrywa znaczącą rolę w dynamice kształtowania kompetencji uczestnictwa społecznego (zob. Modrzewski, 2004).

W ostatnich latach problematyka zdrowia nabiera szczególnego znaczenia i nowego wymiaru ze względu na nie tylko psychospołeczne uwarunkowania zdrowia i choroby (w sensie zdrowia jednostkowego i zdrowia populacji), ale także sytuację zdrowotną współczesnego społeczeństwa polskiego oraz propagowane przez Światową Organizację Zdrowia strategie związane z promocją zdrowia (zob. np. *Zdrowie 21*, 2001) w celu podnoszenia świadomości i zdrowotności populacji. Ważnym elementem licznych działań strategicznych jest niwelowanie nierówności występujących w stanie zdrowia populacji. W 1998 roku została przyjęta Światowa Deklaracja Zdrowia: *Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*, która potwierdziła cele wytyczone wcześniej w dokumencie przedstawiającym europejską strategię *Zdrowie dla wszystkich*, opublikowaną w 1985 roku. Zawierała ona 38 zadań dla rządów państw. Dokument ten ratyfikowało blisko 190 państw, w tym także Polska. Warto podkreślić, że polityka zdrowotna znajduje się w sferze zainteresowań Unii Europejskiej, a główne uregulowania prawne w zakresie zdrowia publicznego określa traktat

z Maastricht (art. 19) i traktat z Amsterdamu (art. 152). Dotyczą one działań w Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego w zakresie profilaktyki i inicjatyw zmierzających do poprawy zdrowia populacji oraz monitorowania nowych problemów zdrowotnych państw członkowskich (*Zdrowie 21*, 2001). Treści określające politykę – *Zdrowie dla wszystkich* – wskazują na zasadnicze zależności między zdrowiem a ubóstwem społecznym Regionu Europejskiego. Jednym z celów jest wspieranie wysiłków prowadzących do poprawy zdrowia populacji poprzez promocję i ochronę zdrowia w ciągu całego życia, redukcję występowania głównych chorób i urazów oraz łagodzenie ich następstw. Podstawą normatywną *Zdrowia 21* są trzy wartości: zdrowie jako podstawowe prawo człowieka, równość w zdrowiu i solidarność w działaniu pomiędzy krajami oraz ich społecznościami lokalnymi z uwzględnieniem zróżnicowania płci, współuczestnictwo i monitorowanie działań jednostek, grup, instytucji i społeczności lokalnych na rzecz zdrowia. Określono cztery główne strategie dla zapewnienia naukowego, gospodarczego, społecznego i politycznego zrównoważenia przebiegu wdrażania *Zdrowia 21*. Należą do nich: strategie wielosektorowe ze zwróceniem uwagi na uwarunkowania zdrowia w aspekcie fizycznym, ekonomicznym, społecznym, kulturowym i odmienności płci z uwzględnieniem ich wpływu na zdrowie; programy nastawione na efekty zdrowotne oraz inwestowanie w poprawę zdrowia i opiekę kliniczną; zintegrowanie i zorientowanie podejmowanych działań na rodzinę i społeczność lokalną w zakresie opieki zdrowotnej; uczestnictwo w rozwijaniu zdrowia angażujące odpowiednich partnerów w środowisku życia oraz na poziomie społeczności i kraju.

W minionym dziesięcioleciu dzięki ogromnemu zaangażowaniu ze spółów ludzi różnych resortów przyjęto wiele działań organizacyjnych, badawczych i edytorskich związanych z realizacją idei promocji zdrowia w różnych środowiskach, jednak działania te nie są wystarczające wobec potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (zob. np. W o y n a r o w s k a, red., 2005, 2007).

Wielu przedstawicieli różnych dziedzin nauk humanistycznych poszerzyło obszar swych zainteresowań o problemy związane ze zdrowiem, jego uwarunkowaniami i możliwościami podejmowania działań społecznych dla jego poprawy. Pedagogika i inne nauki o humanistycznym wymiarze nie mogą pozostawać i nie pozostają więc obojętne wobec „nowego” (a może raczej zaniedbanego) obszaru wyzwań współczesnej rzeczywistości społecznej. Jak bowiem analizować/badać proces wychowawczy-dydaktyczny, jak modyfikować jego efektywność, jak analizować jego zagrożenia bez uwzględnienia kwestii zdrowia dzieci i młodzieży? Bez udziału nauk o wychowaniu w promocji zdrowia trudno oczekiwać zakładanych w różnych dokumentach (jak Narodowy Program Zdrowia

2006–2015 – projekt; Narodowy Plan Działań na rzecz Dzieci 2004–2012. Polska Dla Dzieci) określonych celów, np. kształtowania motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, kształtowania sprzyjającego zdrowiu środowiska, a w konsekwencji poprawy zdrowia i związanej z nią jakości życia współczesnych jednostek i rodzin.

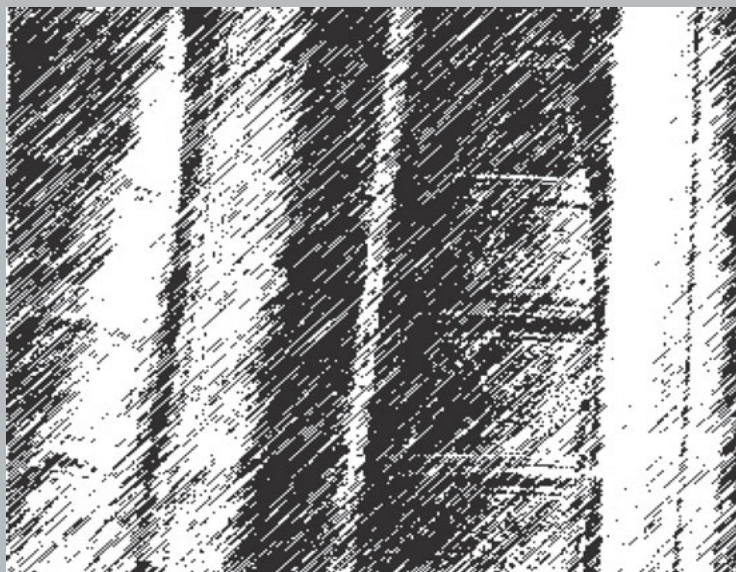
Przygotowując do druku kolejny numer „Chowanny”, tym razem poświęcony problemom zdrowia i zagrożeń zdrowotnych w rodzinie w perspektywie edukacji zdrowotnej, podjęłam próbę zainteresowania potencjalnych Czytelników – przedstawicieli nauk o wychowaniu, studentów pedagogiki, psychologii, socjologii, pracy socjalnej oraz innych osób wrażliwych na zdrowotne i społeczne problemy współczesnych rodzin – zagadnieniami związanymi z zagrożeniami zdrowia i rozwoju dziecka w rodzinie w kontekście interdyscyplinarnego ujęcia problemów. Zależało mi na zwróceniu uwagi na konieczność edukacji zdrowotnej skierowanej na rodzinę celem podnoszenia świadomości zdrowotnej, walki z zagrożeniami zdrowia i zapewnienia dzieciom odpowiednich warunków zrównoważonego rozwoju. Zdrowie rodziny nie jest bowiem sumą zdrowia jej członków.

Aby zrealizować zamysł przygotowania niniejszego tomu zaprosiłam do współpracy Autorów nie tylko pracowników naukowych-pedagogów wchodzącego w skład Katedry Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Śląskiego Zakładu Pedagogiki Zdrowia, którym kieruję, ale także absolwentów specjalności „pedagogika zdrowia” oraz doktorantów Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego. Zaproszenie do współpracy przyjęli również pracownicy naukowcy Instytutu Psychologii Uniwersytetu Śląskiego. W niniejszym tomie publikują swe artykuły przedstawiciele innych środowisk akademickich: Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu, Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach, Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (wcześniejszej Śląskiej Akademii Medycznej). Wszystkim Autorom, którzy przyjęli moje zaproszenie do współpracy, wyrażam serdeczne podziękowania za prezentacje interesujących koncepcji, badań i analiz, wzbogacających wiedzę o współczesnych problemach związanych ze zdrowiem rodziny. Pragnę również wyrazić słowa szczególnego podziękowania recenzentom tego tomu „Chowanny” – Pani prof. zw. dr hab. Krysztynie Marzec-Holce oraz Panu prof. zw. dr. hab. Andrzejowi Radziejewicz-Winnickiemu za pozytywne opinie podkreślające ważność humanistyczno-społecznego analizowania współczesnych zagrożeń i problemów związanych ze zdrowiem. Dziękuję także Pani mgr Magdalenie Kamińskiej za przygotowanie wydruku komputerowego tekstów.

Bibliografia

- Adamski F., 2002: *Rodzina – wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków.
- Modrzewski J., 2004: *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*. Poznań.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2006–2015 (projekt). [Ministerstwo Zdrowia. Państwowy Zakład Higieny]. Warszawa.
- Narodowy Plan Działań na Rzecz Dzieci 2004–2012. Polska dla Dzieci. WWW.men.gov.pl.
- Sahaj T., 2003: *Jak założyć rodzinę i mieć zdrowe dzieci? Recepty życiowe Platona i Arystotelesa*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, nr 66 (2).
- Sokołowska M., 1981: *Odpowiedzialność społeczna a grupy zależne*. „Studia Socjologiczne”, nr 3.
- Woynarowska B., red., 2005: *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie?* Warszawa.
- Woynarowska B., 2007: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa.
- Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Tłum. J.B. Karński. Warszawa–Kraków 2001.

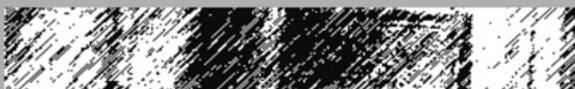
Ewa Syrek



Artykuły



Wybrane konteksty socjalizacji zdrowotnej



JERZY MODRZEWSKI

Socjalizacja wartości zdrowia

Socialisation of health value

Abstract: The author analyses the issues concerning socialization of health value taking into account the nature and phenomenon of health socialization, health culture and social reactions to disorders of the process of health socialization.

Key words: socialization, health, health socialization, health culture, social participation.

Kilka uwag wprowadzających w zagadnienie istoty i przedmiotu socjalizacji zdrowotnej

Wyodrębniane w tak czy inaczej konstruowanej koncepcji uprawiania problematyki socjalizacyjnej zagadnień określanych wspólnym mianem „socjalizacja zdrowotna” ma zarówno sens teoriopoznawczy, jak i znaczne walory praktyczne, a przynajmniej skłania do namysłu nad istotą i obrazem praktyk socjalizacyjnych orientujących jednostki i pokolenia w tym składniku kultury danego układu społecznego, który określić można jego kulturą zdrowotną, jej materialnymi i symbolicznymi wymiarami, aspektem działaniowym – czynnościowym – i świadomościowymi, podmiotowymi reprezentacjami¹.

Oznacza to, iż sens poznawczy takiego zabiegu polega na wzbogacaniu systematyki procesów socjalizacyjnych wskutek wyodrębnienia w nich, na podstawie kryterium przedmiotowego, określonego rodzaju socjalizacji, swoistej, specyficznej w treściach, nastawionej na reprodukcję tego komponentu kultury, który w odnośnych układach społecznych identyfikowany jest z jakoś pojmowanym w nich *zdrowiem*, z jego kulturową istotą, społeczną kwalifikacją i ewaluacją, a więc przede wszystkim z przydawanymi mu znaczeniami i ich sytuowaniem w kontekstach semantycznych, w świecie idei i wartości, wreszcie w sferze ludzkich działań – czynności, w tak czy inaczej kulturowo wyznaczonej i wzorowanej praktyce pielęgnowania owej wartości, jej chronienia, a także odtwarzania².

¹ Zagadnienie kultury zdrowotnej społeczeństw(a) stanowi przedmiot żywego zainteresowania zarówno antropologów kultury (pierwotne praktyki prozdrowotne), historyków kultury, instytucji, praktyki społecznej, jak i socjologów kultury, aczkolwiek w tej dyscyplinie uformowała się względnie autonomiczna subdyscyplina, określana wcześniej mianem „socjologia medycyny”. W drugiej połowie XX wieku subdyscyplina ta, zachowując owo zainteresowanie instytucjami i praktykami medycznymi, zorientowała przedmiot swego oglądu ku zagadnieniom zdrowia i choroby postrzeganym i interpretowanym w kontekstach kilku orientacji teoretyczno-metodologicznych, w jakich uprawia się naukę socjologiczną. Zob. m.in.: Uramowska-Żyto, 1992; Tobiasz-Adamczyk, 1998.

² Chciałbym tu wyraźnie zaakcentować pojmowanie zdrowia w kategoriach wartości kulturowych, lecz nie ujmować jakoś pojętego zdrowia w aspekcie jego wartościowania. Stanowi to zasadniczy problem w dyskusji nad rozmaicie pojmowanym zdrowiem, które najczęściej ujmowane jest w kategoriach biomedycznych i jeśli stanowi przedmiot zainteresowania nauk niemedycznych czy nieprzyrodniczych, to bez względu na stosowaną terminologię czy kontekst znaczeń aspekt ten wyraźnie dominuje w próbach teoretyzowania na temat zdrowia i choroby. Zob. np.: Libiszowska-Żółtkowska, Ogryzko-Wiewiórska, Piątkowski, red., 1998; Twadlle, Hessler, 1977.

Poznawcze zainteresowania praktyką chronienia oraz odtwarzania *zdrowia jako wartości kulturowej* były i są obecne w kilku dyscyplinach podstawowych, a zwłaszcza prakseologicznych. Wśród nich – poza, rzecz jasna, naukami biologicznymi, które orientują swe wysiłki na odkrywanie praw rządzących wyłanianiem się, organizacją i funkcjonowaniem organizmów żywych, ich systematyką, a także rozmaitymi zaburzeniami formy ich istnienia zwanej życiem – kulturowym uwzorowaniem zdrowia i towarzyszącymi mu znaczeniami oraz ich podmiotową i społeczną obecnością interesują się takie nauki, jak: historia, antropologia kultury czy wcześniej etnografia, psychologia i nauka socjologiczna³.

Zainteresowania owe zyskują na atrakcyjności wówczas, gdy w odczuciu społecznym wartość ta ulega deprecjacji, a w procesie poznawczym odsłania swą złożoność czy wielowymiarowość, w społecznej świadomości zaś utrwała się jej związek i znaczenie z innymi szczególnie cenionymi wartościami, z wartością życia ludzkiego, z jego temporalnością, dynamiką, jakością. Jeśli zdrowie w społecznej percepcji zyskuje na wartości, jeśli oczywisty staje się jego związek z innymi cenionymi w danym układzie społecznym wartościami, to w sposób niejako naturalny rodzi się potrzeba jego gruntownego poznania, zarówno co do istoty zdrowia, jak i warunków jego skutecznej ochrony, odzyskiwania, odtwarzania i pomnażania.

W takiej sytuacji zagadnienie socjalizacji zdrowotnej zyskuje na atrakcyjności w aspekcie teoretycznym i praktycznym, gdyż skuteczna ochrona jakichkolwiek wartości stawia przed społeczeństwami trudne wyzwanie:

- 1) uzyskania konsensusu co do ich ontologii (jest to kwestia zgody na ich podzielaną interpretację, konkretyzację, indywidualne i społeczne przedstawienie, wyobrażenie – jak chciał tego E. Durkheim),

- 2) uzyskania stanu ich znacznej jeśli nie powszechnej akceptacji, a nawet fascynacji ich istotą, indywidualnym i społecznym znaczeniem oraz podzielania satysfakcji z ich obecności czy niepokoju w sytuacji ich tracenia bądź deprecjacji,

- 3) podejmowania kompetentnych co do ich istoty działań (czynności) chroniących owe wartości przed deprecjacją, zagrożeniami i wzmagających kondycję wartości w stosownych dla ich obecności warunkach, formach mobilizowania się i zastosowaniu adekwatnych po temu środków.

Żyjemy w czasach, a być może nie są one w tym względzie wyjątkowe, w których w zasadzie żaden z tych warunków, i to zarówno w skali in-

³ Porównaj m.in.: Piątkowski, Titkow, red., 2002; Poździuch, 1996; Piątkowski, red., 2004; a także odnośne znaczne fragmenty podręcznika akademickiego A. Giddensa, 2004.

dywidualnej, jak i społecznej, dowolnie wyróżnionej, nie jest spełniony, rodząc i zachowując w swej permanencji *kwestię zdrowia* jako konsekwencję pielęgnowania, również w wymiarze indywidualnym i społecznym, swoistej hipokryzji. Oto z jednej strony, prawie zgodnie deklarujemy akceptację owej wartości, bez względu na to, jak ją postrzegamy i rozumiemy potrzebę jej chronienia, z drugiej zaś, nasze indywidualne i wspólne wysiłki zmierzają ku jej ewidentnej deprecjacji czy lekceważenia, eksponując w naszych i cudzych dążeniach bardziej cenione i czasami osiągnięte wartości⁴. Nie ulega wątpliwości, że wśród rozmaitych przyczyn takiego stanu rzeczy wskazać można także przyczynę socjalizacyjną. Pytanie, jakie nasuwa się w związku z tą konstatacją, dotyczy jednak innego problemu, a mianowicie: Co należy zrobić i dlaczego, aby zdrowie stało się wartością nie tylko deklarowaną, lecz także szczególnie cenioną i faktycznie osiąganą?

Zagadnienie kultury zdrowotnej i kłopotów z jej identyfikacją

Mimo „końskiej” oczywistości istoty zdrowia w jego semantycznym, potocznym oraz regulowanym normą prawną znaczeniu od prawie dwóch i pół tysiąca lat podejmuje się, niestety z mizernym skutkiem, próby operacjonalizacji jego naukowego znaczenia jako przedmiotu oglądu nie tylko nauk przyrodniczych, szczególnie biologii, chemii i fizyki czy ostatnio również geografii (antropogeografii), lecz zwłaszcza nauk humanistycznych, a wśród nich psychologii, historii, antropologii kultury i socjologii. Definicja zdrowia jest szczególnie ważna w niektórych naukach stosowanych i w prakseologii, które chronienie tej wartości (a zdrowie jest także

⁴ M. Ziółkowski kwestię tę interpretuje w kategoriach: wartości i interesów, stwierdzając, że: „Wartości mogą być »przyczynami« czy racjami podejmowania działań. Często jednak są one jedynie słownymi wyjaśnieniami takich faktów – formułami językowymi, uznawanymi przez daną osobę i jej partnerów w danej kulturze i w danej sytuacji za szczerze i nieukrywające niczego wyjaśnienia tłumaczące podjęcie działania. Wartości są wtedy elementami »słownika motywów« (por. Mills, 1940), pewnym sposobem mówienia o rzeczywistości, typem dyskursu i jednocześnie sposobem definiowania swojej tożsamości indywidualnej i zbiorowej, obroną bądź podwyższeniem samoceny. Czasami jednak dawne wartości przestają grać nawet rolę społecznie akceptowanego »szczerzego« słownika motywów, a stają się rytualnymi formułami, co do których wszyscy bądź prawie wszyscy członkowie danej zbiorowości są przekonani, że maskują one jedynie rzeczywiste przyczyny podejmowanych działań” (2006, s. 146).

kategorią aksjologiczną) czynią zasadniczym przedmiotem i obszarem swego działania, a tym samym i racją swego istnienia, sytuując się pomiędzy naukami podstawowymi a rozmaicie wzorowaną kulturowo praktyką radzenia sobie (nieradzenia) z jego chronieniem, powielaniem, odzyskiwaniem i zwłaszcza pomnażaniem (por. np. Puchalski, 1997; Korzeniowska, 1997; Syrek, 2000; Głowacka, red., 2000).

Niemal paralelnie kształtuje się nieporównywalnie wcześniejsza historia praktyk chronienia tej wartości, niekoniecznie tak określanej, lecz zawsze ujmowanej w kontekście ludzkiej pomyślności w radzeniu sobie z rozwiązywaniem problemu własnej i zbiorowej egzystencji, w akceptowaniu siebie i innych jako „aktorów” wspólnotowej sceny wzorowanej dynamicznie kształtującą się bądź zastygającą na setki i tysiące lat kultury, oznaczającą i określającą na niej porządek rzeczy, osławając także i czyniąc ludzkim (na miarę człowieka i jego zdolności interpretatywnych) świat natury.

Co wyłania się z charakterystyki owej praktyki, jakie są jej właściwości, czego ona dotyczy, co czyni swym przedmiotem, co stara się zachować bądź odzyskać? Dokumentujący ją materiał antropologiczny jednoznacznie wskazuje na wysiłki zmierzające do zachowania odwiecznie doświadczanego przez ludzi, a uwzorowanego przez ich kulturę porządku rzeczy powielanego przez tysiąclecia w kolejnych pokoleniach i chronionego mechanizmem przekazu kulturowego, który współcześnie tworzone teorie określają mianem socjalizacji. W przekroju tysiącleci, rzecz jasna, porządek ów ulegał znacznemu zróżnicowaniu, tworząc typowe dla danego czasu i miejsca obrazy. Zawsze jednak, jakkolwiek będziemy go określali czy kategoryzowali, decydował on o formie doświadczania przez ludzi własnej egzystencji, był swoistym lustrem czy miarą wyznaczającą granice oraz standardy pomyślności i niepomyślności życiowej, źródłem kryteriów szacowania szans na zachowanie własnej i wspólnotowej egzystencji bez względu na to, w jakich warunkach się ona wykształciła lub jaką przybrała formę.

Każdej z nich towarzyszył jakiś podział ról, obowiązków, powinności; wymagało to jakiegoś poziomu zaangażowania w indywidualne i zbiorowe przedsięwzięcia. Jest oczywiste, że wymagania te mogły być spełnione w sytuacji zgody, konsensusu na jakąś podzielaną w nich interpretację świata, na zgodne postrzeganie w nim sił sprzyjających bądź niweczących owe wysiłki w wymiarze indywidualnym czy wspólnotowym, na dostrzeganie ich przyczynowego związku z nimi i oznak ich sprawczej ingerencji w sprawy ludzkie. Teoretycy systemów społecznych podkreślają ową występującą w nich zgodność – konsensus jego podmiotów w interpretacji świata, synchronię zachowań i działań, komplementarność peł-

nionych ról, identyczność reakcji w podobnych sytuacjach i towarzyszących im stanów emocjonalnych.

Przez tysiące lat było się zatem zdrowym, jeśli uczestniczyło się w zbiorowych formach bytowania według funkcjonujących w społeczeństwach czy społecznościach kulturowo uformowanych wzorach uczestnictwa kultywującego ów podzielany i podtrzymywany porządek rzeczy: w świecie społecznym i „naznaczonym” kulturowo świecie natury⁵.

W tym sensie kulturę zdrowia stanowiły wyobrażenia, wiedza i odpowiadające jej praktyki służące odkrywaniu owego porządku w życiu społecznym lub w świecie natury i jego zachowaniu. Znamiona tego porządku manifestowały się więc nie tylko w wymiarze świadomościowym – symbolicznym, lecz zwłaszcza w wymiarze czynnościowym – działaniowym, współokreślając obraz codzienności życia społecznego i jego cykliczności. Ta postępująca segmentacja praktyki społecznej, proces towarzyszący ludzkim cywilizacjom od zarania ich tworzenia i istnienia sukcesywnie, ewolucyjnie wyłaniał role oraz czynności, których podejmowanie i pełnienie miało służyć przywracaniu czy odtwarzaniu podmiotowych możliwości uczestnictwa w owym „uporządkowanym” kulturowo świecie ludzkim, wówczas gdy również z podmiotowych względów stało się ono zagrożone bądź niemożliwe. W tym kontekście było się zawsze chorym wtedy, kiedy z podmiotowych względów, lecz zawsze kwalifikowanych przedmiotowo – społecznie, ustawały możliwości uczestnictwa w podtrzymywaniu i odtwarzaniu danego jednostce w procesie jej uspołeczniania porządku społecznego. To grupy społecznego uczestnictwa jednostki, gdy ujawniała ona stan jego zagrożenia, podejmowały czynności odtwarzania owych podmiotowych możliwości, a gdy stawało się to niemożliwe, uznawały jednostkę za straconą. I jedna, i druga sytuacja miała swe kulturowe uwzorowanie, swą kulturową, obyczajową symbolizację i odpowiadającą im praktykę.

Wśród uczestników życia społecznego czynnie reagujących na podmiotowo ujawnioną niemożność jego kontynuacji – również z podmiotowych względów – sukcesywnie wyłoniła się społeczna rola osoby najlepiej zorientowanej w stanie zagrożenia „odwiecznego porządku” ową podmiotową niedyspozycją. Osoby takie zyskały w społecznym przyzwoleniu uprawnienie do przywracania stanu społecznej równowagi, stanu harmonii świata ludzkiego i pozaludzkiego zagrożonej ową niedyspozycją, która mogła mieć rozmaitą postać, zawsze jednak była rozumiana

⁵ Różne aspekty ujmowania owego „porządku społecznego” podnoszą autorzy opracowania pod redakcją A. Saksona (2005). Do klasyki tego zagadnienia niewątpliwie trzeba zaliczyć monografię E. Fromma (1996). Porównaj także m.in.: Rychard, 1991; Syrek, 1995.

czy identyfikowana przez innych jako sygnał aktualnego bądź potencjalnego zagrożenia istniejącego i podzielanego porządku.

Specjalizowanie się społecznej roli osoby pomagającej jednostce w odzyskiwaniu traconej podmiotowej możliwości uczestnictwa społecznego (dzisiaj powiedzielibyśmy podmiotowej kompetencji) tworzy oddzielną, aczkolwiek spleatającą się z tamtą, historię kwalifikowania i odtwarzania podmiotowo sytuowanej cechy – zdrowia, pomyślności, szczęścia – jak chciał tego E. Durkheim.

Jest zajęciem fascynującym śledzenie procesu wyłaniania się owej roli, jej krzepnięcia – instytucjonalizacji, a także różnicowania się poprzez czas historyczny, jej znaczenia w sukcesywnym procesie fragmentaryzacji podmiotowej cechy jednostki określanej mianem zdrowia, pomyślności, szczęścia i wreszcie „dobrostanu”. Proces ten angażował przez lata i ukierunkowywał zainteresowania poznawcze zarówno antropologów kultury, historyków (zwłaszcza medycyny), jak i przedstawicieli innych dyscyplin, a wśród nich socjologów. Napisano na ten temat sporo, a właściwie wszystko, co można było sensownego powiedzieć, wskazując też na szczególne znaczenie procesu instytucjonalizacji owej roli osoby pomagającej jednostce w odzyskiwaniu zdrowia i jej ewolucji w kształtowaniu współczesnej jego wizji czy kulturowego wzoru, który to proces najczęściej określa się mianem medykalizacji kultury zdrowia⁶.

Od kilkudziesięciu lat, pod wpływem rozmaitych czynników, wśród których idee postmodernizmu odgrywają – jak się wydaje – istotne znaczenie, następuje sukcesywne weryfikowanie owego historycznego procesu medykalizacji i scjentyfikacji praktyki i kultury zdrowotnej, obecnych we współczesnych industrialnych i postindustrialnych społeczeństwach w kierunku przydania im znamion holistycznego, zintegrowanego ze światem natury charakteru, przy równoczesnym formowaniu i rekonstrukcji – prozdrowotnej świadomości społecznej i odpowiadającego jej stylu życia.

Kłopoty z socjalizacją zdrowotną

Pojęcie „socjalizacja” wzbudza do chwili obecnej rozmaite wątpliwości i towarzyszące im fascynacje poznawcze i emocjonalne. Dotyczy to

⁶ Mam tu na uwadze zwłaszcza pracę F. Capry (1987, rozdz. IV). Ten punkt widzenia (holistyczny) prezentuje w swych pracach antropolog kultury E. Hall (1984, 1987, 1999).

także socjalizacji zdrowotnej bądź związanej ze zdrowiem czy kulturą zdrowotną. Jeśli jednak zgodzić się z najczęściej ujawnianą w tym względzie orientacją, że socjalizacja jest specyficznym psychospołecznym procesem aktualizującym się na styku zjawisk społecznych (społeczno-kulturowych) i zjawisk psychicznych (psychospołecznych) o podmiotowo-przedmiotowym charakterze, warto mieć na uwadze również to, że proces ten można rozpatrywać zarówno w formalnym, jak i treściowym jego wymiarze⁷.

W zasadzie formalny aspekt procesu socjalizacji nas tutaj nie interesuje, gdyż bez względu na to, jakiej dziedziny kultury czy życia społecznego on dotyczy i jakie kształtuje podmiotowe – jednostkowe cechy, przebiega on zawsze według tych samych czy podobnie interpretowanych (zwłaszcza w rozmaitych dyscyplinarnych kontekstach teoretycznych) mechanizmach. Kwestia ich charakterystyki, a zwłaszcza nazewnictwa ma tutaj wtórny charakter i nie wnosi do jego rozumienia czy interpretacji nowych aspektów. Sądzymy bowiem, że zawsze i wszędzie, jeśli już zgodzimy się na jakąś jego interpretację, przebiega on według tych samych mechanizmów *identyfikacyjno-internalizacyjnych*, a tworzone w rozmaitych interesujących się nim dyscyplinach szczegółowe ich kwalifikacje w zasadzie nie wykraczają poza takie ich rozumienie i interpretację. Specyfika socjalizacji zdrowotnej tkwi zatem nie w jej formie, lecz w przekazywanych w tym procesie treściach, na które najogólniej rzecz ujmując składają się jakoś pojmowane w danym układzie społecznym kategorie kultury zdrowotnej, a tym samym jakoś pojmowanego w tym układzie zdrowia.

Dotykamy tu pierwszego z poruszonych we wstępie zagadnień użycia zgodnego stanowiska w sprawie rozumienia istoty pielęgnowanej społecznie, a wzorowanej kulturowo wartości określanej w danym układzie społecznym mianem zdrowia. Wiemy już, że nie jest to kwestia jed-

⁷ Wymiar formalny procesów socjalizacyjnych wyznaczają odkryte dotychczas i scharakteryzowane mechanizmy socjalizacji, rozmaicie określane w dyscyplinach, które proces stawiania się jednostki ludzkiej czynią przedmiotem swego zainteresowania. Stosunkowo pełny, z psychologicznego punktu widzenia, obraz tych mechanizmów daje H.R. Schaffer (2006), z socjologicznego punktu widzenia ich analizy dokonuje S. Kowalski (1986, rozdz. VI). Porównaj także Marody, Giza-Poleszczuk, 2004, rozdz. III. Wymiar treściowy jakkolwiek pojmowanych procesów socjalizacyjnych obejmuje wszystko to, co w pierwotnej postaci należy do kultury układu społecznego, w którym uruchamiany jest i aktualizuje się proces ich uspołeczniania, poczynwszy od rozumienia symboliki przekazów komunikacyjnych, poprzez zawarte w nich informacje o istocie doświadczanego przez nie świata, jego ewaluację (wartościowanie), aż po wzory wszelkich praktyk współokreślających całokształt ludzkiej egzystencji, ludzkiej biografii, doświadczanej czy przeżywanej wśród innych i wraz z innymi. Zob. m.in. Sztońska, 2002, s. 390 i n.

noznacznie rozstrzygana ani w wymiarze praktyki społecznej, ani zwłaszcza w jej naukowym oglądzie. Wiemy natomiast, że jakakolwiek z cenionych społecznie wartości, aby była praktykowana czy faktycznie realizowana, musi być w danym układzie społecznym identyfikowana czy rozpoznawana bez względu na to, jak jest ona w nim rozumiana czy interpretowana, a wyrazem owej identyfikacji są ujawniane w nim zachowania działaniowe – czynnościowe jako jej odpowiedniki lub wskaźniki.

W procesie socjalizacji wartości przekazywane są wzajemnie właśnie w postaci sekwencji zachowań identyfikowanych czy rozpoznawanych wobec innych ze względu na ich rodzajową specyfikę i odmienność. Pielęgnowanie wartości sakralnych polega na uprawianiu praktyk religijnych bez względu na to, jak kto owe wartości interpretuje, aczkolwiek możliwy jest także ich przekaz w drodze dyskursu, namysłu, wyobrażenia. Właściwości kojarzone z pojęciem zdrowia najczęściej ujawniane są w zachowaniach manifestujących podjęcie lub kontynuację społecznego uczestnictwa w powszechnie akceptowanej (standardowej) postaci, w trosce o zachowanie aktualnego i antycypowanego uczestnictwa społecznego, pielęgnującego znamiona istniejącego ładu społecznego w jego wymiarze naturalnym (jak określał to Sumner), wyznaczonym literą prawa (kodyfikacja) czy standaryzowanym aktualną modą.

Wyrazem socjalizowania elementów kultury zdrowotnej są więc takie uosabiane z jednostką jej cechy, które w społecznym dyskursie, w społecznej kwalifikacji przesadzają o tym, że jednostka jest w danym układzie postrzegana jako zdalna do ujawniania i kontynuowania akceptowanych form społecznego uczestnictwa. W tym sensie zdrowymi (czyli uosabiającymi cenioną społecznie wartość zdrowia) są te i takie jednostki, których społeczne uczestnictwo z podmiotowych względów nie jest zagrożone, chorymi zaś pozostają te i takie jednostki, które z ujawnienia podmiotowych cech (dyspozycji) w sytuacji społecznej zostały zakwalifikowane jako aktualnie lub trwale niezdatne do dalszego społecznego uczestnictwa względnie zagrożone społeczną ekskluzją czy marginalizacją. Z tego wynika, że na cechy kultury zdrowotnej składają się wszystkie te właściwości podmiotowe jednostki, które w interakcjach społecznych brane są pod uwagę we wzajemnych akceptowanych (interakcyjnych) kwalifikacjach jako podmiotów i przedmiotów czynnych odniesień społecznych (zob. m.in. Marzec-Holka, red., 2005; Białobrzaska, Kawula, red., 2006; Kowalak, 1998).

Jak wynika z przyjętego tu założenia, zdrowie ujmowane w kategoriach wartości kulturowej nie ma charakteru wyłącznie cechy biologicznej czy naturalnej. Jest to wartość od początku do końca uwzorowana kulturowo i może być odnoszona zarówno do jednostek, ich kategorii, jak i dowolnie wyodrębnianych struktur społecznych. Jej istnienie i kwali-

fikacja jest zatem zawsze i wszędzie zrelatywizowana do danego układu społecznego, z pozycji którego (z pozycji współtworzącego go ładu aksjono-normatywnego) dokonuje się właśnie owej podmiotowo-przedmiotowej kwalifikacji *zdolności partycypacyjnej jednostki*. To, co w jednym układzie społecznym określa ontologię owej wartości, w innym może być – i tak jest – postrzegane jako jej istotne zagrożenie, aczkolwiek można, podobnie jak to czynimy wobec innych wartości, poszukiwać wśród rozmaitych kultur i pielęgnujących je struktur społecznych pewnych cech wspólnych czy identyfikowanych lub tak kwalifikowanych w sytuacjach wzajemnego oszacowywania owej podmiotowej zdolności – kompetencji partycypacyjnej.

Podjęcie czy realizacja takiego zadania wymaga, jak sądzę, dokonania wnikliwego przeglądu materiału antropologicznego w jego ujęciu historycznym i stacjonarnym. Dopiero wówczas można by było dokonywać jakiegoś uogólnienia względnie ukazywać historyczny proces formowania się owych właściwości ponad czasem i miejscem wyznaczonym historycznie formującymi się realiami życia społecznego. To właśnie miał na uwadze T. Parsons, gdy konstruował swoją teorię społecznej roli człowieka chorego jako takiego, który może podjąć czy kontynuować swoje społeczne uczestnictwo pod warunkiem odzyskania owej podmiotowej kompetencji, którą można określić mianem zdrowia. W tym sensie zdrowie jest podstawową wartością, jaką powinna pielęgnować jednostka, by odzyskać bądź posiadać kwalifikację osoby społecznej, a więc jeszcze uczestniczącej w życiu grupy czy grup, z którymi się ona identyfikuje i które tę identyfikację podzielają (zob. P a r s o n s, 1969).

Problem polega na tym, że w rozmaitych kulturach w rozlicznych strukturach społecznych identyfikacja owych podmiotowych kompetencji tylko po części była i jest identyczna, po części zaś pozostaje znacznie zróżnicowana. Niewątpliwie do najistotniejszych wyróżników tej kompetencji należy identyfikacja ciała jednostki, jego standardowej prezencji sygnalizującej innym uosabianie oczekiwanych społecznie cech anatomicznych, spodziewanej i rozumianej fizjologii, a przede wszystkim dynamiki. Postrzeganie posiadania owej kompetencji zdrowotnej w zasadzie zawsze miało i ma charakter objawowy, a wzorcem jej uosobienia byli inni uczestnicy grupy, w której następowała jej kwalifikacja, tworzący tym samym standardowy, czyli normalny, kulturowy wzór akceptowanego społecznie wyglądu ciała jednostki (por. M e l o s i k, red., 1999).

Z tego względu pojawienie się wśród członków jakiejś społeczności osobników odmiennych anatomicznie, o odmienionym od typowego wyglądzie, zmienionej charakterystyce anatomicznej zawsze wzbudzało społeczny niepokój. Dotyczyło to zarówno nowo narodzonych dzieci, uznanych za chore i stracone bezpowrotnie, jeśli posiadały nieoczekiwane

społecznie cechy (o praktyce usuwania takich jednostek świadczą m.in. milionowe mordy poczętych i narodzonych dziewczynek w Indii), jak i osób już jakiś czas uczestniczących w życiu społecznym, które wskutek tragicznego zdarzenia lub zrozumiałych ogólnie przyczyn (bez względu na to, jak interpretowanych) utraciły standardowy wygląd okresowo lub trwale i z tego powodu traciły możliwość dalszego typowego uczestnictwa społecznego, ulegając marginalizacji względnie likwidacji. W miarę powszechnym jednoznacznie identyfikowanym sygnałem nieodwracalnej utraty owej cechy (standardowego wyglądu i fizjologii) jest naturalny proces starzenia się, którego zaawansowane objawy czyniły jednostki nieodwracalnie traconymi, chorymi (Bois, 1996).

Praktykowaną współcześnie kwalifikacją owej podmiotowej cechy sygnalizującej posiadanie lub utratę zdrowia (zdolności partycypacyjnej) jest lansowany w środkach masowego przekazu wzór modnego wyglądu zewnętrznego (postaci ciała). Grupy społecznego uczestnictwa jednostek przyczyniają się do pozyskiwania społecznie kwalifikowanego zdrowia w ten sposób, że preferują określone sylwetki osobowe, wskazując na nie jako na wzory uosabiające najbardziej pożądane społecznie (grupowo, środowiskowo) cechy uformowania ciała, a następnie wskutek uruchamiania mechanizmów socjalizacyjnych skłaniają one jednostki do ich naśladowania, identyfikowania się z nim i wreszcie, np. przez ćwiczenia fizyczne, dietę, zdobienie ciała, maskowanie właściwości nietypowych, do poddawania się zabiegom formującym ciało według przyjętych w danej kulturze wzorów (Pałucki, 1996; Żukowska, Żukowski, red., 2002; Melosik, red., 2001).

Inną równie ważną cechą owej podmiotowej kompetencji zdrowotnej jest fizjologia ciała i jego dynamika. W społecznym doświadczeniu jest ona – podobnie jak cechy anatomiczne – kwalifikowana według standardowych, a więc najczęściej społecznie doświadczanych wzorów. Jednostki uznaje się za zdrowe, gdy ujawniają ową standardowo uformowaną fizjologię (niekoniecznie wyznaczoną naturalnymi mechanizmami fizjologicznymi ciała ludzkiego). Zasadniczym społecznie rejestrowanym wskaźnikiem owej kompetencji jest przyjmowanie i wydalanie czegokolwiek przez organizm według kulturowo uformowanego wzoru uznanego w danym układzie społecznym, układzie identyfikującym uczestniczące w nim jednostki za normę – wskaźnik posiadania przez jednostkę zdolności partycypacyjnej.

Podobnie standardowe wzory fizjologii ciała członków danej grupy społecznej dotyczą przyjmowania pokarmów, używek, płynów, a nawet powietrza. Każde naruszenie stanowionej przez grupy normy uznawane jest za sygnał tracenia zdrowia. Świetnie ten wymiar kompetencji zdrowotnej ilustrują stanowione kulturowo normy dotyczące np. tracenia krwi

przez organizm (nie każde tracenie krwi przez jednostkę jest społecznie postrzegane i kwalifikowane jako zagrożenie jej zdrowia).

Nie mniej ważnym wymiarem zdrowia kwalifikowanego jako wartości kulturowej jest dynamika ciała ludzkiego. W każdej dostatecznie dużej grupie społecznej obowiązują kulturowo uwzorowane standardy dynamiki ludzkiego ciała i według nich następuje społeczna kwalifikacja posiadania lub tracenia przez jednostki owej wartości. Interesujące z poznawczego punktu widzenia byłoby prześledzenie owych wzorów kulturowych i ich społeczno-historycznego ulokowania, np. tylko w obrębie kultury europejskiej. Uświadomiłoby nam ono nie tylko istotę owego składnika kulturowo wzorowanego zdrowia, lecz także jego stacjonarną i historyczną osobliwość i podatność na zmianę według normy kształtowanej modą. Dynamika ciała ludzkiego obejmuje zarówno tzw. duże ruchy, jak i wszelkie, jakkolwiek lokowane fizycznie „małe ruchy”. Są one zawsze dostosowane do pełnionych przez jednostki ról, a także sytuacji, np. osoby tańczącej na przyjęciu towarzyskim i odgrywającej rolę w scenicznym dramacie baletowym.

Każda rola społeczna, czyli każda forma społecznego uczestnictwa wymaga od jednostki opanowania i ujawniania stosownie do sytuacji właściwej dla niej dynamiki ciała, a jej ujawnienie, zgodnie ze społecznym kwalifikowaniem jednostki, a więc i społecznym wobec niej oczekiwaniem, sygnalizuje innym uczestnikom życia społecznego posiadanie cechy zdrowia, czyli kompetencji jej podjęcia i pełnienia. Każde zaburzenie owej dynamiki lub jej nieadekwatne do sytuacji ujawnienie sygnalizuje innym, iż cecha ta jest tracona okresowo lub trwale, a w tym drugim wypadku zagraża ona jednostce w kontynuowaniu jej społecznego uczestnictwa według dotychczasowego wzoru, względnie wyklucza ją z życia społecznego, a nawet (i tak się często dzieje) kwalifikuje jako nieodwracalnie utraconą społecznie.

Wszystkie wskazane lub zaledwie sygnalizowane składniki podmiotowej kompetencji jednostki, ukształtowane przez nią w procesie socjalizacji (w procesie ich kulturowego uwzorowania), współokreślają tę jej cechę czy właściwość, którą w społecznym wyobrażeniu (wyobrażeniu zbiorowym) postrzega się jako warunek powodzenia życiowego, jako warunek życiowej pomyślności, jako wskaźnik posiadania i pielęgnowania wartości zwanej zdrowiem. Dopełniają je inne podmiotowe składniki owej zdolności partycypacyjnej, które w społecznym osądzie są równie jak tamte istotne w kwalifikowaniu jej kondycji zdrowotnej. Rozmaicie się je systematyzuje w oglądzie dyscyplinarnym, jednak z analizowanego tu punktu widzenia (punktu widzenia uczestników życia społecznego) istotna jest nie tyle ich dyscyplinarna ontologia, ile raczej ich społeczna kwa-

lifikacja. Z tego punktu widzenia istotnym kryterium jakości owej kompetencji są takie ujawniane przez jednostki właściwości, jak:

- rodzaj i funkcjonalność posiadanej wiedzy i umiejętności, dotyczących wszystkiego, co jest przedmiotem społecznego zainteresowania, począwszy od interpretacji stanów rzeczy doświadczanych niejako bezpośrednio, a skończywszy na rozważaniach o charakterze filozoficznym, dotyczącym np. kwestii bytu nadprzyrodzonego: składnik orientacyjny zdolności partycypacyjnej;
- sposób postrzegania i zapamiętywania wszystkiego tego, co jest udziałem doświadczenia życiowego jednostki, a następnie odtwarzania zapamiętanych i utrwalonych doświadczeń w stosownych sytuacjach społecznych: składnik percepcyjny zdolności partycypacyjnej;
- sposób wyrażania przez jednostki stanów emocjonalnych stosownych do danej sytuacji i zsynchronizowanych ze stanami innych uczestników życia społecznego: składnik ekspresywny zdolności partycypacyjnej;
- sposób wyrażania przez jednostkę jej podmiotowych stanów identyfikacyjnych (tożsamościowych), ujawniających innym uczestnikom życia społecznego zgodność owej podmiotowej identyfikacji z identyfikacjami jednostki dokonywanymi przez innych uczestników życia społecznego: składnik identyfikacyjny zdolności partycypacyjnej.

Pierwszy z tej kategorii składników kompetencji partycypacyjnej sygnalizuje innym uczestnikom życia społecznego, że jednostka zachowuje właściwości cechy zdrowia, gdy jej wiedza, interpretacja rzeczywistości w zasadzie nie odbiega w istotnym zakresie od wiedzy podzielanej przez nich w danym przedmiocie. Każde istotne jej podmiotowe zróżnicowanie może być i jest uznawane społecznie jako zagrożenie dla pielęgnowanej przez innych uczestników życia społecznego wartości panującego porządku i stanowi przedmiot żywego społecznego zainteresowania i permanentnego osądu. Każdy bowiem obiekt społecznego zainteresowania albo już posiada w danym układzie społecznym swą kwalifikację ontologiczną i epistemologiczną, albo dopuszcza się w nim wystąpienia pewnego wachlarza owych kwalifikacji, określającego granice tolerowanego w nim poznania jako zdrowego, czyli bezpiecznego, względnie jako chorego, czyli zagrażającego panującemu i podzielanemu porządkowi rzeczy.

Nieodłącznym składnikiem zdolności partycypacyjnej jednostki komponującym się ze składnikiem poprzednim jest ujawniany przez nią sposób postrzegania i reagowania na innych oraz na wszystkie elementy zjawiska i stany rzeczy będące udziałem doświadczenia społecznego, pozostające w przedmiocie społecznego zainteresowania. Postrzeganie każdego z tych obiektów, łącznie z samą jednostką, jest społecznie określone, scharakteryzowane i zakwalifikowane w społecznym odbiorze. Jed-

nostka ujawnia cechę zdrowia, gdy jej podmiotowe kwalifikacje są zgodne z tymi, które funkcjonują w świadomości innych uczestników życia społecznego, postrzega się ją jako chorą, gdy jej podmiotowe kwalifikacje w sposób istotny odbiegają od tamtych bądź im przeczą.

Owa społeczna synchronia percepcyjna wydaje się jedną z istotniejszych oznak zdrowia lub choroby kwalifikowanej przedmiotowo, w społecznych interakcjach (także instytucjonalnie). Społeczna kwalifikacja uosabiania wartości zdrowia dotyczy także sposobu wyrażania przez jednostki stanów emocjonalnych. W każdym bowiem względnie trwałym układzie społecznym występują i funkcjonują równie trwałe kulturowe wzory wyrażania podmiotowo odczuwanych stanów emocjonalnych. Bez względu na to, jak kto doznaje stanów emocjonalnych, ich wyrażanie w rozmaitych sytuacjach społecznych musi być zgodne z ich grupową kwalifikacją, musi być stosowne do przyjętej w tym układzie definicji sytuacji. Formy czy wzory ekspresji podmiotowo doznawanych stanów emocjonalnych wydają się jednym z zasadniczych wskaźników stanu uosobienia wartości zdrowia. Przy tym istotny jest nie sposób wyrażania owych stanów, lecz ich adekwatność do wzorów ich wyrażania przyjętych w układzie, z którym jednostka jest identyfikowana, a więc i do definicji doświadczanych wspólnie sytuacji (zob. M a n t e r y s, 2000). Wyraźnie podmiotowo ujawniane zróżnicowanie zachowania emocjonalnego wobec zachowań innych jest dla nich sygnałem, że jednostka traci lub utraciła zdolność partycypacyjną – przynajmniej w tym układzie, z którym jest ona identyfikowana. Socjalizacja kulturowych wzorów wyrażania stanów emocjonalnych jest zatem istotnym mechanizmem nabywania przez jednostki także cechy zdrowia (kwalifikowanego społecznie). Wreszcie jeszcze jeden składnik owej kompetencji czy zdolności partycypacyjnej brany jest pod uwagę przez innych uczestników życia społecznego w procedurze kwalifikowania jednostek jako zdrowych bądź chorych społecznie. Są nimi te i takie zachowania jednostki, które sygnalizują innym jej identyfikację podmiotową, kategorialną i grupową. Przejawy owej identyfikacji i jej teoretyczne interpretacje stanowią temat setek, jeśli nie tysięcy opracowań, których autorzy posługują się rozmaitymi terminami i pojęciami określającymi ową podmiotowo-przedmiotowo kwalifikowaną właściwość jednostki⁸. Naszym celem nie jest podejmowanie z nimi jakiegokolwiek polemiki czy krytyki, lecz pragnienie zwrócenia uwagi na znaczenie rozmaicie określonej identyfikacji jednostki w jej społecznym kwalifikowaniu jako uosobienie cechy zdrowia czy choroby. W każdym układzie społecznym, którego jednostki są członkami, obowiązują również spetry-

⁸ Zob. teksty zamieszczone w: Jasińska-Kania i in., red., 2006, s. 1115–1179; Jawłowska, red., 2001; Bokszański, 2006; Szlachcicowa, red., 2003.

fikowane i przekazywane w procesie socjalizacyjnym kulturowe wzory identyfikujące je ze współtworzącymi przez nie układami (grupy, społeczności, narody, społeczeństwa itp.). Jednostka uznana w tych układach za swoją zyskuje w nim identyfikację imienną, grupową i rodzajową (kategorialną). Ulega ona w biografii społecznej jednostki znacznej dynamice, jednak jej podstawowe składniki, takie jak identyczność podmiotowa, kategorialna i grupowa, wynikająca np. z przynależności rodowej, w zasadzie zachowują całościową ciągłość, chyba że w tym układzie możliwe są praktyki zmiany identyfikacji (np. zmiana identyfikacji rodowej poprzez instytucję małżeństwa). Jakkolwiek kształtują się owe wzory identyfikujące jednostki, zachowują one pełną trwałość i ciągłość umożliwiającą innym współtworzącym dany układ społeczny reagowanie na obecność w nim jednostki jako zdrowej (ujawniającej spodziewane społecznie znamiona identyfikacyjne) i jako chorej (gdy traci ona owe znamiona wskutek społecznie nieuprawniony, wskazujący na ich chwilową, okresową względnie trwałą destrukcję). Problem dynamiki znamion identyfikujących jednostki w strukturach społecznych jest niezwykle fascynujący poznawczo i stanowi przedmiot żywego zainteresowania głównie nauki psychologicznej, choć zainteresowania tym aspektem społecznej obecności jednostki są równie trwałe i wielowątkowe w nauce socjologicznej, podejmującej i rozwiązującej zagadnienia społecznie wyznaczonych granic przedmiotowości i podmiotowości jednostek ze względu na dominującą w ich biografii formę społecznego uczestnictwa (m.in. Cichocki, 2003). Ich przekraczanie zagraża istnieniu tak czy inaczej stanowionej struktury społecznej, tak czy inaczej stanowionemu porządkowi, tak czy inaczej toczącemu się życiu społecznemu, a więc spełnianiu podstawowego warunku członkostwa jednostki w grupach społecznych. Jednostki uznawane są za zdrowe, uosabiające wartość zdrowia, gdy ich identyfikacja nie budzi społecznych wątpliwości, i za chore, gdy grupa traci orientację w ich identyfikacji lub gdy bezsporne stają się ujawniane przez jednostkę znamiona jej tracenia lub nieuprawnionej jej zmiany.

Jak zatem wskazaliśmy, podmiotowo sytuowane składniki kultury zdrowotnej obejmują wszystkie te właściwości czy cechy jednostki, które umożliwiają jej społeczną kwalifikację jako kandydata lub członka danego układu społecznego, jeśli tworzy się on i funkcjonuje w sposób względnie trwały, stabilizowany według akceptowanych w nim zasad czy norm. Rzecz jasna, kwestia społecznej kwalifikacji zdrowia i choroby ulega znacznemu zaburzeniu, gdy układy społecznego uczestnictwa jednostek współtworzone są bez udziału ich woli albo gdy mają charakter doraźny (tymczasowy), ale i wówczas, jak to obserwujemy w tzw. instytucjach totalnych (określenie Goffmanna), powstają układy społeczne (subkultury), w których wykształcają się podzielane w nich wzory – matryce jednostek

uosabiających podmiotowe cechy zdrowia i choroby. Świetnie ilustrują ten proces zjawiska i praktyki ujawniane i pielęgnowane przez osoby osadzone w zakładach karnej izolacji bądź w innych instytucjach przymusowego członkostwa, np. w szkołach czy instytucjach militarnych (por. Machel, 2006; Dębska, 1997; Moczydłowski, 1991). Uformowane w nich wzory społecznie kwalifikowanego zdrowia stają się nieodłącznym składnikiem treści kulturowych uruchamianych w nich procesów socjalizacyjnych.

Společne reakcje na zaburzenia procesu socjalizacji zdrowotnej

Nie ulega wątpliwości, że biomedycznie pojmowane zdrowie i choroba, a także związane z tym instytucjonalne praktyki kreowania, zachowania, odtwarzania czy kompensowania tak pojętego zdrowia wywierają istotny wpływ na funkcjonujące w życiu codziennym standardy zdrowia i choroby, a w zasadzie na społeczną kwalifikację, społeczne rozumienie owego składnika kultury zdrowotnej, zwłaszcza w tych społeczeństwach, w których sfera zdrowia i choroby poddana została totalnej medykalizacji⁹.

Postępujący proces medykalizacji, a właściwie scjentyfikacja zdrowia, zwłaszcza jego wzorowanie, wywiera istotny wpływ nie tylko na jego rozumienie czy społeczne postrzeganie, ale także na znaczną rekonstrukcję całej sfery kultury zdrowotnej, hierarchizując znaczenie uosabianych społecznie oznak zdrowia i choroby, które ogólnie nazwaliśmy zdolnością partycypacyjną jednostki. Widać to wyraźnie na przykładzie kształtowania, w ujęciu historycznym czy cywilizacyjnym, wzorów reakcji społecznej na obecność w społeczeństwie osób kalekich, nietypowej budowy ciała, odmiennych rasowo, o zróżnicowanym statusie materialnym, o różnej orientacji poznawczej czy ujawniających nietypowe reakcje ekspresywne względnie percepcyjne. Medykalizacja kultury zdrowotnej to również instytucjonalizacja kwalifikacji zdrowia i choroby, a raczej ich formalna kwalifikacja, która w zdecydowanym stopniu i zakresie wypiera oraz wzoruje także społeczne niejako naturalne czy zwyczajowe ich wzorowanie. Owa formalna kwalifikacja sfery zdrowotnej obejmuje nieomal wszystkie dziedziny życia społecznego (np. zaświadczenie stanu zdrowia

⁹ Omawia je E. Syrek (1997).

jako warunek podjęcia roli ucznia, żołnierza, więźnia, pracownika, małżonka, opiekuna itd.), konkurując bezkompromisowo z jego potocznymi czy zwyczajowymi kwalifikacjami, przyczyniając się do masowej dezorientacji jednostek w kwestii zarówno istoty, jak i form chronienia owej wartości, zaburzając tym samym procesy socjalizacji zdrowotnej, aktualizującej się w całej przestrzeni życia społecznego.

Zarówno pierwsza, pierwotna, jak i druga, wtórna, kwalifikacja uosobień interesującej nas tu cechy podmiotowej określonej mianem zdrowia przybiera kilka typowych sposobów reakcji społecznej na jej podmiotową obecność, jeśli będziemy ją ujmowali w kategorii swoistego kontinuum kompetencji określonej przez nas jako podmiotowa zdolność partycypacyjna. Kontinuum owo zawiera się pomiędzy takimi skrajnymi, w zasadzie teoretycznymi „kotwicami” owej skali, które z jednej strony przybierają postać jej optymalnego obrazu, z punktu widzenia standardów grup, w których życiu jednostka ma uczestniczyć, kandyduje do uczestnictwa, względnie już uczestniczy. Mimo sformułowanego wcześniej zastrzeżenia, że mamy tu do czynienia z jej teoretycznym obrazem, nic w zasadzie nie stoi na przeszkodzie, by tę kategorię zdolności partycypacyjnej odkrywać empirycznie. Z drugiej strony „kotwice” te ujawniają aktualny bądź trwały perspektywicznie brak owej kompetencji, co może być potraktowane przez grupy jako uosobienie totalnej choroby, czyli braku jakiegokolwiek podmiotowej możliwości społecznego uczestnictwa w układzie, ze względu na który cecha ta jest rozpatrywana. Z przyjęcia takiej teoretycznej skali owej podmiotowej cechy wynika, że:

- jest ona konsekwencją akceptacji założenia, iż zdrowie to nic innego jak podmiotowa (lecz szacowana społecznie) zdolność (możliwość) podjęcia i kontynuacji właściwych dla znamion społecznej identyfikacji jednostki (wiek społeczny, płeć społeczna, status społeczny) form uczestnictwa społecznego;
- zdolność owa jest lokowana podmiotowo, lecz „działa” czy ma znaczenie w obrazie społecznej sytuacji jednostki, jest brana pod uwagę przedmiotowo, czyli jest w każdym przypadku kwalifikowana przez innych uczestników życia społecznego, a we współczesnych, zmedykalizowanych społeczeństwach owa kwalifikacja ma charakter formalny i dokonywana jest według przyjętych w tych społeczeństwach procedur diagnozy zdrowotnej;
- owa społeczna kwalifikacja podmiotowej cechy zdrowia, bez względu na to, kto i jak jej dokonuje, skutkuje okresowo (tymczasowo) lub trwale w uwalnianiu bądź blokowaniu form uczestnictwa społecznego jednostkom identyfikowanym z układami społecznymi, które owych kwalifikacji dokonują; przykładem może tu być kwalifikacja tej cechy w obrębie państwa i społeczeństwa pochodzenia i jej kwalifikacja przez pań-

- stwo i społeczeństwo ulokowania imigracyjnego; problem polega na tym, że kwalifikacje takie dokonywane są (mogą być) równocześnie wobec jednostki z różnych układów jej aktualnego i perspektywicznego uczestnictwa społecznego (np. grupy rówieśniczej i szkoły),
- każdy z rodzajów kwalifikacji owej podmiotowo lokowanej cechy – zdolności – ujawnia się w postaci określonej reakcji społecznej wobec jednostki: w całej swej złożoności reakcje te współtworzą określony wachlarz – kontinuum ich rodzajów od pełnej akceptacji ku totalnej negacji poprzez akceptację warunkową, akceptację selektywną, poddanie terapii (rozmaicie wzorowanej kulturowo i instytucjonalnie), dopuszczenie do uczestnictwa względnie izolowanego, izolację społeczną, izolację totalną, likwidację jednostki.

Problem jednak polega na tym, że rozmaite układy społecznego uczestnictwa jednostki ze względu na tę samą jej podmiotową właściwość mogą ujawniać rozmaite reakcje: od skrajnie akceptujących po skrajnie eliminujące jednostkę z ich życia. Wywołuje to wiele rozmaitych problemów natury poznawczej i praktycznej. Z poznawczego punktu widzenia problem zasadniczy zawiera się w pytaniu: Ze względu na jaki układ społeczny jednostka w danym okresie swego życia i swej sytuacji społecznej orientuje swoje zachowania zdrowotne, czyli jaki aktualny układ społeczny najintensywniej identyfikuje ją ze sobą, ze swoimi standardami zdrowia, a więc przejmując także efektywną wobec niej inicjatywę socjalizacyjną?

Z praktycznego punktu widzenia problem polega na tym, czy oddziaływania socjalizacyjne w zakresie przekazywania kultury zdrowotnej, np. przez instytucje upowszechniające jej zmedykalizowaną postać, uznać za szczególnie wartościowe, dla kogo, z jakich względów i w jakich warunkach, czyje więc standardy zdrowia i jak stanowione, według jakich procedur określać mają np. formalną kwalifikację uosobienia tej wartości i jej znaczenia w formowaniu indywidualnej zdolności partycypacyjnej, tak jak postrzegają ją i kwalifikują rzeczywiste, realne układy społecznego uczestnictwa jednostek i ich kategorii.

Jest to także problem maskowania przez jednostki stanu rzeczywistego kompetencji partycypacyjnej, maskowania jej w społecznych, codziennych ekspozycjach, ale przede wszystkim maskowania formalnych kwalifikacji zdrowia, ich lekceważenia bądź fałszowania. W przestrzeni społecznego uczestnictwa praktyki takie nie tylko dezorientują innych uczestników życia społecznego, lecz także prowadzą (prowadzić mogą) do totalnego bądź lokalnego załamывania się całych struktur społecznych, ich kategorii i konkretnych egzemplifikacji (np. rodzin).

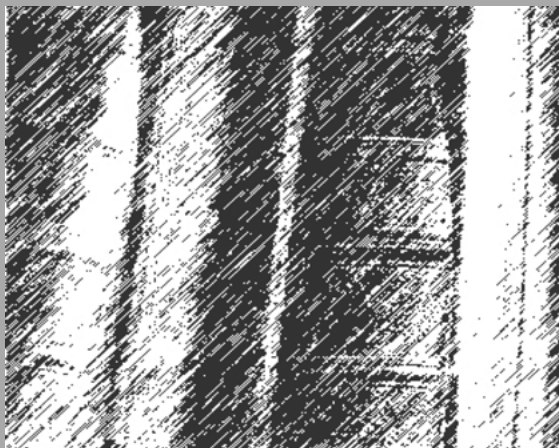
Problem nie tylko ma wymiar – jak widzimy – socjalizacyjny czy psychospołeczny, lecz dotyka także funkcjonowania całych złożonych ukła-

dów społecznych bez względu na ich cywilizacyjne zaawansowanie i dominującą w nich postać ładu społecznego. Może właśnie z tych względów coraz częściej i natarczywiej domagamy się rewizji owej, wspomnianej na wstępie, definicji zdrowia, rozumienia kultury zdrowotnej, jej społecznego i indywidualnego znaczenia i kwalifikowania oraz konsekwencji socjalizacyjnych i tych, które manifestują się w obrazie osoby społecznej, i tych zwłaszcza, które skutkują w każdej dowolnie wskazanej formie życia społecznego.

Bibliografia

- Białobrzeska K., Kawula S., red., 2006: *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych*. Toruń.
- Bois J.P., 1996: *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*. Warszawa.
- Bokszański Z., 2006: *Tożsamość zbiorowa*. Warszawa.
- Capra F., 1987: *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, kultura*. Warszawa.
- Cichocki R., 2003: *Podmiotowość w społeczeństwie*. Poznań.
- Dębska A., 1997: *Fala w wojsku*. Warszawa.
- Fromm E., 1996: *Zdrowe społeczeństwo*. Warszawa.
- Giddens A., 2004: *Socjologia*. Warszawa.
- Głowacka D., red., 2000: *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*. Poznań.
- Hall E., 1984: *Poza kulturą*. Warszawa.
- Hall E., 1987: *Bezgłośny język*. Warszawa.
- Hall E., 1999: *Taniec życia*. Warszawa.
- Hałas E., 1987: *Społeczny kontekst znaczeń w teorii symbolicznego interakcjonizmu*. Lublin.
- Jasińska-Kania A. i in., red., 2006: *Współczesne teorie socjologiczne*. Warszawa.
- Jawłowska A., red., 2001: *Wokół problemów tożsamości*. Warszawa.
- Korzeniowska E., 1997: *Zachowania i świadomość zdrowotna w sferze pracy*. Łódź.
- Kowalak T., 1998: *Marginalność i marginalizacja społeczna*. Warszawa.
- Kowalski S., 1986: *Socjologia wychowania w zarysie*. Warszawa.
- Libiszowska-Żółtkowska M., Ogryzko-Wiewiórkowska M., Piątkowski W., red., 1998: *Szkice z socjologii medycyny*. Lublin.
- Machel H., 2006: *Sens i bezsens resocjalizacji penitencjarnej – casus polski*. Kraków.
- Manterys A., 2000: *Klasyczna idea definicji sytuacji*. Warszawa.
- Marody M., Giza-Poleszczuk A., 2004: *Przemiany więzi społecznych*. Warszawa.
- Marzec-Holka K., red., 2005: *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*. Bydgoszcz.
- Melosik Z., red., 1999: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Toruń–Poznań.
- Melosik Z., red., 2001: *Młodzież. Styl i zdrowie*. Poznań.
- Moczydłowski P., 1991: *Drugie życie więzienia*. Warszawa.
- Parsons T., 1969: *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa.
- Pałucki A., 1996: *Pedagogika wartości ciała*. Gdańsk.

- Piątkowski W., red., 2004: *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Lublin.
- Piątkowski W., Titkow A., red., 2002: *W stronę socjologii zdrowia*. Lublin.
- Poździej S., 1996: *Socjologiczne wymiary zdrowia ludzkiego*. W: *Z zagadnień socjologii stosowanej*. Red. K. Frysztacki. Kraków.
- Puchalski K., 1997: *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź.
- Rychard A., 1991: *Spółeczeństwo a polityka*. W: *Socjologia. Problemy podstawowe*. Red. Z. Krawczyk, W. Morawski. Warszawa.
- Sakson A., red., 2005: *Początek społeczny a wyzwania współczesności*. Poznań.
- Schaffer H.R., 2006: *Rozwój społeczny, dzieciństwo, młodość*. Kraków.
- Syrek E., 1997: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim*. Katowice.
- Syrek E., 2000: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice.
- Syrek E., 1995: *Ład społeczny jako paradygmat procesu socjalizacji*. W: *Problemy i tendencje we współczesnej pedagogice społecznej w Polsce*. Red. A. Radziejewicz-Winiński. Katowice.
- Szlachcicowa I., red., 2003: *Biografia i tożsamość*. Wrocław.
- Sztompka P., 2002: *Socjologia, analiza społeczeństw*. Kraków.
- Tobiasz-Adamczyk B., 1998: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków.
- Twaddle A.C., Hessler R.M., 1977: *Sociology of Health*. S. Louis.
- Uramowska-Żyto B., 1992: *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Warszawa.
- Ziółkowski M., 2006: *Zmiany systemu wartości*. W: *Współczesne społeczeństwo polskie. Dynamika zmian*. Red. J. Wasilewski. Warszawa.
- Żukowska Z., Żukowski R., red., 2002: *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*. Warszawa.



ALICJA KAISER

Rodzinna socjalizacja w zakresie zdrowia – poglądy, perspektywy

A family socialization within the scope of health – opinions, perspectives

Abstract: A family constitutes the basic educational environment in which the basic cultural values are transmitted. The author presents the conception of the family health, analyses the family as a settlement, discusses the analyses of family as a place of an intergeneration transmission within the scope of health.

Key words: health, family health, determinants of family health, family, social settlement, intergeneration transmission, healthy home.

W artykule podjęto próbę wykorzystania wiedzy z zakresu socjalizacji rodzinnej w odniesieniu do procesu kształtowania się stosunku człowieka do zdrowia. W związku z tym poglądy różnych autorów na temat zdrowia rodziny przedstawiono w kontekście podstawowych aspektów procesu socjalizacji. W podjętych rozważaniach uwzględniono kwestie: koncepcji „zdrowie rodziny”, rodziny jako podstawowego siedliska prozdrowotnego, procesu przekazu i kształtowania wzorów zachowań zdrowotnych poprzez transmisję międzypokoleniową. Koncepcje teoretyczne zilustrowano wynikami badań własnych oraz innych autorów. Pod uwagę wzięto także zmieniające się warunki społeczno-ekonomiczne, w których funkcjonuje współczesna rodzina. Podkreśla się bowiem konieczność dostrzegania związków pomiędzy socjalizacją a zmianą społeczną, która modyfikuje przebieg procesu uspołecznienia.

Koncepcja „Zdrowie rodziny”

„Zdrowie rodziny” jest pojęciem stosunkowo nowym (Sit o, Bo ż k o - w a, G ó r n i c k i, 1983; Wo ź n i a k, 2001), choć relacje zachodzące między rodziną a zdrowiem jednostki były przedmiotem wielu badań naukowych (Sokołowska, 1970; Kosiński, 1976; Kawczyńska-Butrym, 1981; Radchoński, 1996). Dotąd w tradycyjnej opiece zdrowotnej, poradnictwie i leczeniu koncentrowano się przede wszystkim na indywidualnych potrzebach zdrowotnych członków rodziny, jak np. rozbudowywanie opieki medycznej nad dzieckiem, kobietą ciężarną, ludźmi starszymi. Niemniej jednak w badaniach naukowych z czasem zmieniał się zakres uwzględnianych czynników i kierunek dostrzeganych uzależnień. Początkowo ograniczano się wyłącznie do analizy związków genetycznych, następnie zaczęto zwracać uwagę na znaczenie szeroko pojętego środowiska (warunki socjalno-bytowe i higieniczne rodziny, parametry społeczne: wykształcenie, zawód, charakter pracy, charakter środowiska terytorialnego). Bez względu na różnice teoretyczne i metodologiczne występujące pomiędzy badaczami zajmującymi się tą problematyką wszyscy autorzy przyjmują jako fakt oczywisty, że rodzina w określony sposób wyznacza stan zdrowia swoich członków.

Obecnie zainteresowanie związkami między rodziną a zdrowiem sprowadza się także do analizy mikrospołecznej, nie pomijając oczywiście genetycznych i makrospołecznych uwarunkowań zdrowia jednostki (Kawczyńska-Butrym, 1981, s. 160). W analizie mikrospołecznej

dotyczącej zdrowia rodziny zwraca się uwagę na podstawowe, wewnętrzne strukturalne elementy małych grup społecznych, takie jak: wewnątrzrodzinna struktura ról, pozycji, więzi społecznych, interakcje wewnątrzrodzinnych ról, pełnienie funkcji rodzinnych, obowiązujące w rodzinie normy, wzory i wartości, wzajemne wpływy członków rodziny na strukturę preferowanych zachowań. Rola tych wewnątrz- i zewnątrzrodzinnych czynników zostaje szczególnie podkreślona w koncepcji określanej jako „zdrowie rodziny”, obrazowo przedstawionej na rys. 1.



Rys. 1. Uwarunkowania zdrowia rodziny

Źródło: Woźniak, 2001, s. 406.

Zdaniem Z. Woźniaka, zdrowie rodziny nie jest prostą sumą zdrowia osobniczego jej członków, lecz stanem osiąganym w wyniku procesu, w ramach którego zachowania i stan zdrowotny któregoś z członków rodziny nie pozostają bez wpływu na zdrowie i działania pozostałych oraz funkcjonowanie systemu rodziny jako całości (2001, s. 391–392). Zdrowa rodzina to zatem taka grupa, która zachowuje zdolność do trwania i funkcjonowania mimo zmian zachodzących w jej obrębie i poza nią – to jednakże nie tylko możliwość wypełniania funkcji terażniejszych, lecz także przygotowania do przyszłości (zasoby, kultura zdrowotna, relacje wzajemne między członkami, zdolność i możliwość prokreacji, pielęgnacji i opieki oraz wychowania nowych pokoleń) (Woźniak, 2001, s. 392). Także A. Sito, K. Bożkowska i B. Górnicki, mówiąc o zdrowiu rodziny, podkreślają szczególne znaczenie wewnątrzrodzinnych, wzajemnych powiązań między członkami tzw. rodziny nuklearnej (1983, s. 39–40).

Dostrzeganie tego typu dynamicznych połączeń wewnątrz rodziny jest szczególnie ważne z punktu widzenia zarówno pierwotnej, jak i wtórnej socjalizacji w zakresie zdrowia. Podkreśla się, że interakcje w grupach pierwotnych, opartych na więziach osobowych, są znacznie ważniejsze w procesie socjalizacji niż kontakty w grupach wtórnych (Turner, 1994, s. 81). Podstawowe treści i wartości prozdrowotne wpajane są zatem przede wszystkim w środowisku rodzinnym. Rodzina jako pierwotna

grupa społeczna, czyli środowisko o bardzo dużej sile oddziaływania, w istotny sposób wpływa na osobowość człowieka i wyznacza jego zachowania, również zachowania zdrowotne. Badania porównawcze wykazały, że adresowane do młodzieży programy promocji zdrowia prowadzone w rodzinie są bardziej skuteczne niż działania o podobnych celach realizowane w szkołach (patrz: A n d e r s o n, 1993). W inicjatywach edukacyjnych należy jednak uwzględniać to, że oddziaływania rodziców na dzieci mogą być zakłócone lub wzmacniane przez wzajemne relacje między małżonkami czy rodzeństwem, a także przez czynniki zewnętrzne wobec rodziny. Każdy członek rodziny „wnosi” do środowiska rodzinnego różne, współcześnie szybko zmieniające się zwyczaje, mody, które w wyniku interakcji rodzinnych w istotny sposób wpływają na kształtowany przez rodzinę stosunek do zdrowia.

Omawiając wewnętrzne i zewnętrzne uwarunkowania zdrowia rodziny, warto odwołać się do oczekiwań formułowanych pod adresem rodziny w kontekście założeń promocji zdrowia, skoro promocję zdrowia określa się jako społeczne i polityczne przedsięwzięcie, a nie tylko zadanie służb medycznych (S ł o Ń s k a, M i s i u n a, 1993, s. 35). Oznacza to, że interakcje zachodzące pomiędzy czynnikami zewnątrz- i wewnątrzrodzinnymi muszą być stymulowane polityką legislacyjną, podatkową itd. A. K r a w a ń s k i (2003, s. 126), wykorzystując monografię R. G r o s s m a n n a i K. S c a l i (1997), ujmuje ten problem w następującej postaci:

Zdrowie a system społeczny

SYSTEM SPOŁECZNY
poprzez
WARUNKI PRACY, WYTWARZANE PRODUKTY
dostarcza wzorów myślenia
tworzy: wartości → postawy i zachowania
staje się
„edukatorem zdrowia”

Umiejętnie wykorzystywany system społeczny powinien stać się silnym „edukatorem” zdrowia rodziny. Dopiero wtedy odniesienia formułowane przez pedagogów, psychologów i socjologów nabiorą realnego kształtu. W takim też znaczeniu należy rozumieć określone przez K. K o m o s i ń s k ą (1995, s. 47) zadania rodziny wobec zdrowia: stwarzanie optymalnych warunków bytowo-materiałnych zapewniających zaspokojenie zdrowotnych potrzeb wszystkich członków rodziny, wytworzenie właściwej atmosfery sprzyjającej zdrowiu psychicznemu i fizycznemu, zapewnienie właściwej organizacji życia, zapewnienie współpracy ze szkołą, placówkami służby zdrowia.

Wewnątrzrodzinne determinanty zdrowia rodziny dobrze charakteryzuje Z. Kawczyńska-Butrym (1995b, s. 105), przyjmując, że rodzina:

- przekazuje, kształtuje wzory, motywuje do przestrzegania właściwych zachowań zdrowotnych;
- stwarza warunki realizacji zadań;
- zabezpiecza w trudnych sytuacjach życiowych;
- wspomaga emocjonalnie i opiekuńczo w sytuacji choroby;
- pozwala na odreagowanie silnych napięć emocjonalnych niekorzystnych dla zdrowia;
- realizuje opiekę i pomoc w samoobsłudze i innych czynnościach dnia codziennego w stosunku do osób wymagających takich działań (małe dzieci, osoby starsze).

Uzupełniając tę listę, K. Gutkowska (1995, s. 254) pisze, że rodzina ma za zadanie także dać człowiekowi poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji oraz stanowić grupę odniesienia, będąc tym samym probierzem wskazań normatywnych kreujących nasze codzienne zachowania. Z. Kawczyńska-Butrym (1995a, s. 36) wyróżnia sytuacje, które ze względu na warunki panujące w Polsce w pierwszych latach transformacji systemowej są szczególnie korzystne dla wzmacniania i potęgowania zdrowia członków rodziny: wyższy niż podstawowy poziom wykształcenia rodziców, zatrudnienie wszystkich osób dorosłych, prawidłowa struktura rodziny, wysoki poziom higieny i właściwe nawyki higieniczne, znaczący udział zdrowia w systemie zdrowia rodziny, silne więzi emocjonalne i silne motywacje do odpowiedzialnego kształtowania warunków i stylu życia sprzyjających zdrowiu, oparcie w środowisku.

W świetle badań własnych (Kaiser, 2003a,b, 2004a) przeprowadzonych w latach 2000–2002 wśród rodzin z różnych środowisk społecznych (rodziny inteligenckie, rodziny robotnicze i rodziny prywatnych przedsiębiorców) stwierdzono, że rodziny o lepszej sytuacji ekonomicznej wyróżniają się w zakresie poglądów i zachowań zdrowotnych od osób mających gorsze warunki ekonomiczne. Respondenci bardziej zamożni zdecydowanie częściej zwracają uwagę na subiektywne kryteria zdrowia, wykazują więcej umiejętności sportowych, szczególnie tych, które wymagają wyższych nakładów finansowych, rzadziej palą papierosy, częściej przeprowadzają kontrolę stomatologiczną. Wyższy poziom wykształcenia rodziców sprzyja realizacji przez rodzinę prozdrowotnego stylu życia, głównie w sposobie żywienia. Dostrzega się jednak, że socjalizacyjna funkcja rodziny w zakresie kształtowania stosunku do zdrowia często nie jest wykonywana na dostatecznym poziomie. Dotyczy to szczególnie rodzin robotniczych, w których dzieci informacje o zachowaniach sprzyjających zdrowiu uzyskują najczęściej spoza środowiska rodzinnego. Ze zbioru

potencjalnych źródeł wiedzy o zdrowiu respondenci wymieniają głównie: czasopisma, książki, radio i telewizję oraz szkołę.

W obecnych realiach społeczno-gospodarczych powstały specyficzne warunki do realizacji przez rodzinę zadań w ramach promowania zdrowia. Pojawiło się bowiem wiele nowych zjawisk zarówno sprzyjających, jak i utrudniających budowanie zdrowia w środowisku rodzinnym. Z jednej strony coraz bogatsza oferta rynku, np. w zakresie żywności, sprzętu sportowego, dostępu do obiektów sportowych, czy pojawiające się inicjatywy rodzinnej rekreacji mogą ułatwiać współczesnej rodzinie wypełnianie funkcji socjalizacyjnej w zakresie zdrowia. Z drugiej jednak strony dostrzega się wiele nowych czynników, które dezorganizują lub utrudniają funkcjonowanie rodziny i przez to także proces kontrolowania zdrowia przez rodzinę i jej członków. Do czynników tych należą: bezrobocie, trudne warunki materialne wielu rodzin, niepełność rodziny, słabe więzi emocjonalne, zmiany w realizacji funkcji przypisywanych dotąd rodzinie (np. funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca, funkcja socjalizacyjna czy funkcja rekreacyjno-towarzyska w coraz większym stopniu wypełniane są przez sformalizowane instytucje publiczne, oświatowe).

Wydaje się zatem, że obecnie w sposób szczególny należy uwzględnić mikro- i makrospołeczne uwarunkowania zdrowia rodziny. Nie możemy bowiem ograniczać się tylko do wskazywania roli czynników wewnątrzrodzinnych z jednej strony i wpływów zewnętrznych warunków, w jakich żyje współczesna rodzina, z drugiej. Należy przede wszystkim dostrzegać interakcje, wzajemne sprzężenia między czynnikami tkwiącymi w środowisku rodzinnym a otaczającą rodzinę rzeczywistością społeczno-gospodarczą.

Rodzina jako siedlisko prozdrowotne

Istotą nowego sposobu myślenia o zdrowiu określanego jako promocja zdrowia jest zwrócenie człowiekowi uwagi na jego osobistą odpowiedzialność za utrzymanie zdrowia. Środowisko rodzinne – od zawsze odpowiedzialne za zdrowie swoich członków – stoi dziś przed „starym wyzwaniem” w nowej postaci. Wdrażane obecnie idee promocji zdrowia, zgodnie z hasłami „moje zdrowie w moich rękach, jestem odpowiedzialny za swoje zdrowie”, mają na celu kształtowanie odpowiedzialności człowieka za zdrowie własne, rodziny i społeczności. Taką aktywną postawę należy kształtować w różnych sytuacjach życia i pracy człowieka. Jako szczególnie ważne miejsce do realizacji tego zadania wskazuje się środowisko

rodzinne. Dlatego też w działaniach związanych z promocją zdrowia rodzinę traktuje się podmiotowo i mówi się o promocji zdrowia „z rodziną”, a nie tylko „wobec rodziny” (Trawińska, 1992, s. 19). Aktywizacja wszystkich członków rodziny i kształtowanie osobistej odpowiedzialności za zdrowie powinna zatem przeciwdziałać obserwowanej często postawie roszczeniowej, u której podłoża leży przekonanie, że za stan zdrowia odpowiada służba zdrowia. Podobne stanowisko zajmuje M. Trawińska (1992, s. 19) pisząc, że „zdrowie wymaga współdziałania rodziny z instytucjami państwa, które nie mogą działać tylko »wobec« rodziny, traktując ją przedmiotowo, ale wciągać do współpracy, uczyć, doradzać i działać z rodziną [...]. Ważna jest edukacja i porada – jak żyć, aby być zdrowym i kształtować odpowiedzialność za zdrowie swoje i najbliższych”.

Proces zmiany świadomości wobec zdrowia wymaga zatem nie tylko rozlicznych centralnych działań społecznych, politycznych i edukacyjnych ale także efektywnego odwołania się do środowiska życia i pracy człowieka (tzw. siedliska¹). Działając zgodnie z koncepcją siedliskowego podejścia do zagadnień zdrowia, nie ograniczamy się wyłącznie do występującego problemu zdrowotnego (lub kilku problemów zdrowotnych), ale uwzględniamy również wpływ społeczny siedliska na ludzkie szanse, ryzyka, zwyczaje, postawy (Grossmann, Scala, 1997, s. 43). Obowiązujący lokalny system wartości, przyjęte zwyczaje, obyczaje, preferowane zachowania w środowisku bytowania człowieka to podstawowe czynniki decydujące o zachowaniach zdrowotnych. W związku z tym podkreśla się potrzebę budowania tzw. siedlisk prozdrowotnych. Mówiąc o potrzebie budowania siedlisk prozdrowotnych, należy uwzględnić fakt, że wprowadzenie zmian w kulturze danego siedliska jest jednym z najtrudniejszych zadań (Karski, 1994, s. 35). Dlatego też konieczne jest zaangażowanie, współpraca i współdziałanie wszystkich podmiotów występujących w określonej społeczności lokalnej (patrz: Syrek, 2000).

Zgodnie z podejściem siedliskowym szczególną rolę odgrywa w tym zakresie rodzina, ze względu na przebiegający na jej gruncie proces socjalizacji pierwotnej i wtórnej. W wypadku siedliska prozdrowotnego rodziny należy zwrócić szczególną uwagę na lokalny system wartości, gdyż obyczajowość, preferowane zachowania w środowisku bytowania są podstawowymi czynnikami decydującymi o zachowaniach zdrowotnych rodziny. Modyfikujący wpływ mogą mieć także pozostałe podmioty: szkoła,

¹ Pojęcie „siedlisko” (*setting*) zostało zdefiniowane przez WHO jako miejsce, gdzie ludzie żyją, pracują i korzystają z różnych świadczeń. Siedliskami określa się też obszary, na które składają się różne rodzaje środowisk odnoszących się do określonej grupy lub grup społecznych (Karski, 1994, s. 254).

sąsiedzi, kościół, mass media. Jak dotąd jest to jednak wpływ eklektyczny, często przypadkowy, nie podlegający z góry założonej strategii działania (Krawański, 1996, s. 206).

R. Grossmann i K. Scala (1997, s. 39–41) postrzegają siedlisko jako całość – autonomiczny system społeczny. Oznacza to, że obiektem interwencji są całe systemy społeczne, w naszym wypadku środowisko rodzinne, a nie wybrane jednostki, poszczególni członkowie rodziny. Jednakże zgodnie z tą koncepcją siedlisko prozdrowotne to środowisko, które samo się zmienia, aby promować zdrowie, a nie miejsce, gdzie podejmowane są działania związane z promocją zdrowia (Grossmann, Scala, 1997, s. 39–41). Jeszcze wyraźniej tę aktywną rolę siedliska we wzmacnianiu zdrowia swych członków podkreśla I. Kickbusch (1995, za: Woynarowska, 1999, s. 368), stwierdzając, że siedlisko jest dynamicznym systemem i zgodnie ze współczesną teorią zarządzania można je nazwać „uczącą się organizacją”. Należy zatem rozbudzać aktywność w siedlisku na rzecz zdrowia, wykorzystując istniejące już struktury i funkcje danego systemu organizacyjnego w kierunku podejmowania inicjatyw prozdrowotnych. W ten sposób tworzą się przyjazne dla promocji zdrowia środowiska (rodzina, szkoła, osiedle, szpital, zakład pracy, miasto). Światowa Organizacja Zdrowia opracowała i upowszechniła wiele projektów działań prozdrowotnych opartych na omawianym podejściu siedliskowym. Należą do nich programy: „Zdrowe Miasto”, „Szkoła Promująca Zdrowie”, „Szpital Promujący Zdrowie”, „Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy” (patrz: Karński, 1997).

Rodzinę należy zatem postrzegać jako „uczącą się organizację” i w działaniach edukacyjnych – zgodnie z podejściem siedliskowym – znajdować „punkty wejścia” (*entry points*) do tego systemu, wykorzystując czynniki wpływające na ten system organizacyjny (pojęcia „punkty wejścia” użyto za: Grossmann, Scala, 1997, s. 20, 30–31), a nie tylko ograniczając się do edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pedagoga. Główne czynniki („punkty wejścia”) w aspekcie promocji zdrowia w rodzinie to poziom ekonomiczny, poziom wykształcenia, warunki mieszkaniowe, wykonywana praca, obciążenia genetyczne, rodzinna transmisja zachowań. Podejmując zadania w zakresie edukacji zdrowotnej, należy naruszać równowagę tak określonego systemu czynników wpływających na rodzinę w ten sposób, by nie powodować jednak dezintegracji w jej obrębie. Z tego względu realizacja oraz efekt podejmowanych inicjatyw edukacyjnych będą zależały od tych pozornie „nieedukacyjnych” świadomie kierowanych w stronę rodziny zewnętrznych procesów i czynników mających na celu promocję zdrowia.

Dotąd jednak próby prowadzenia promocji zdrowia w rodzinie są dość nieliczne. W Polsce na potrzeby współczesnych rodzin polskich stworzo-

no oryginalny projekt wykorzystujący ujęcie siedliskowe – koncepcję „Zdrowy Dom” opracowaną przez Zakład Promocji Zdrowia Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie (Karski, 1997). Celem tego projektu jest przeniesienie idei promocji zdrowia do środowiska domowego. J.B. Karski (1997, s. 160) proponuje następującą definicję zdrowego domu: „Przyjmując, że dom to miejsce chroniące ludzi przed niekorzystnymi warunkami środowiska zewnętrznego, miejsce realizacji potrzeb życia rodzinnego, miejsce wyodrębniania się ze społeczeństwa z chęci uchronienia się przed jego niekorzystnymi wpływami, niekiedy miejsce pracy zawodowej lub związanej z prowadzeniem gospodarstwa domowego, miejsce wypoczynku i regeneracji sił itp. – to optymalne spełnienie wymienionych warunków, z wyeliminowaniem możliwości powstania wtórnych zagrożeń z tytułu sposobu realizacji potrzeb, stanowić może definicję zdrowego domu”. W projekcie brano pod uwagę sytuację większości gospodarstw domowych w kraju, wraz z ich problemami ekonomicznymi, społecznymi oraz psychologicznymi i wychowawczymi. Taka koncepcja „zdrowego domu” zmierza w kierunku określonym przez T. Ferguson, którego zdaniem „odchodzimy od starego systemu opieki, tworzonego wokół lekarza, szpitala, przychodni – do systemu, którego podstawą jest jednostka, rodzina, dom” (cyt. za: Grębowski, 1993, s. 172).

Współczesna rodzina – w zależności od swojej sytuacji społecznej, ekonomicznej, środowiskowej – w różnym stopniu wypełnia zadania przypisywane siedlisku prozdrowotnemu. W związku z tym w działaniach edukacyjnych należy w większym niż dotychczas stopniu brać pod uwagę indywidualną sytuację danej rodziny oraz charakterystyczne dla niej wzajemne oddziaływanie socjalizacyjne, które kształtuje korzystne lub niekorzystne poglądy, nawyki czy zachowania w zakresie zdrowia. W działaniach tych powinno się uwzględniać jeden z istotnych warunków skuteczności dydaktyki zdrowia – dodatnie sprzężenia zwrotne między podmiotem edukacji a otoczeniem rodzinnym i społecznym (szerzej zob. Krawański, 2003, s. 153). Negatywna postawa człowieka wobec zdrowia często wynika nie tyle z braku wiedzy czy umiejętności, ile z oddziaływania lokalnego systemu wartości, utrwalonej tradycji, nakazów i zakazów obowiązujących w siedlisku życia jednostki. Oznacza to, że prowadząc edukację zdrowotną w placówce oświatowej lub medycznej, należy objąć działaniem nie tylko uczącego się, ale także jego rodzinę. Dzięki temu oddziaływania wychowawcze będą uwzględniały rodzinną socjalizację w zakresie zdrowia. Taki jest udział socjologii zdrowia w procesie wychowawczym (omówienie tej kwestii zawarto w pracy Krawański, Kaiser, 2007). Bezpośrednie działania pedagogiczne należy podejmować, dostrzegając główny paradygmat pedagogiki zdrowia, czyli dążenie do rekonstrukcji osobowości w kierunku kształtowa-

nia postawy człowieka jako kreatora siebie w zakresie stosunku do zdrowia. Obszerne omówienie niezbędnej płaszczyzny pedagogicznej i stosowanych procedur dydaktycznych można znaleźć w monografii A. Krawańskiego (2006).

Podsumowując założenia siedliskowego podejścia promocji zdrowia i odwołując się do wyłaniających się niezbędnych odniesień pedagogicznych wywodzących się z niedyrektywnych koncepcji uczenia się i nauczania, możemy stwierdzić, że każdy członek rodziny staje się w ten sposób aktywnym odbiorcą procesu socjalizacji i edukacji, a nie tylko biernym przedmiotem tych oddziaływań, przystosowującym istniejące w rodzinie czy środowisku lokalnym poglądy, normy czy wzory zachowań do własnych potrzeb. Dzięki tak przebiegającej socjalizacji wspartej nowoczesnym procesem edukacji, która jest oparta na aktywnych metodach uczenia się i nauczania, jednostka podejmuje świadome decyzje dotyczące jej zdrowia, a także zdrowia innych osób żyjących w jej siedlisku prozdrowotnym.

Rodzinna transmisja międzypokoleniowa w zakresie zdrowia

Tradycja rodzinna ma doniosłe znaczenie w procesie kształtowania własnego stylu życia. Przyjmuje się, że największe prawdopodobieństwo przetrwania z pokolenia na pokolenie mają te poglądy i zachowania, które zostały utrwalone w rodzinie macierzystej (Berkowska, 1983). Można zatem powiedzieć, że człowiek jest spadkobiercą wielu form zachowań, które obserwował w rodzinie pochodzenia, a zachowania jednostki są związane głównie z czynnikami tkwiącymi w rodzinnych prototypach. M. Bowen (1966, s. 348–349) podkreśla, że zachowania wyniesione z domu rodzinnego są internalizowane i rzadko stanowią przedmiot autorefleksji. Dlatego też, zdaniem części autorów, w międzypokoleniowym przekazie poglądów, wartości czy zachowań rodzinna socjalizacja odgrywa wręcz podstawową rolę (Rostowska, 1995a, s. 253), wobec czego uwzględnianie tego czynnika w kontekście działań na rzecz zdrowia rodziny wydaje się niezbędne.

T. Rostowska (1995b, s. 21) podkreśla, że transmisja międzypokoleniowa – rozumiana jako przekaz różnorodnych form zachowań behawioralnych, a także zainteresowań, aspiracji, systemu wartości, uzdolnień intelektualnych i twórczych – jest procesem złożonym, wielorako

uwarunkowanym, mającym miejsce zarówno w środowisku rodzinnym, jak i pozarodzinnym. Jednak z uwagi na zakres i siłę oddziaływań wewnątrzrodzinych większą rolę w przebiegu transmisji międzypokoleniowej przypisuje środowisku rodzinnemu.

W związku z tym T. R o s t o w s k a (1995b, s. 7–8) proponuje następującą definicję transmisji międzypokoleniowej w rodzinie: „Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie jest to przekaz, jaki dokonuje się między rodzicami a dziećmi w zakresie różnorodnych form zachowania, w tym także wymiarów osobowości, przy współudziale zarówno środowiska biologicznego (dziedziczności), jak również środowiska społecznego”. W kontekście tak ujętego procesu transmisji międzypokoleniowej można mówić o podobieństwie, zgodności, a nawet ciągłości zachowań. Przedmiotem badań transmisji międzypokoleniowej na terenie rodziny jest zatem całokształt różnorodnych form zachowań trzech, a co najmniej dwu pokoleń, tj. rodziców oraz ich dzieci. Zachowania rozpatrywane są ze względu na ewentualność wystąpienia odpowiednich obustronnych stosunków i oddziaływań, określonych zgodności czy podobieństw między pokoleniami, jak również różnic, a także w większym czy mniejszym stopniu ciągłości międzypokoleniowej w zakresie pewnych form zachowania (R o s t o w s k a, 1991, s. 252).

Trzy podstawowe mechanizmy transmisji międzypokoleniowej: naśladownictwo, identyfikacja i modelowanie, występują w różnych okresach rozwoju jednostki. Szczególnie ważne są jednak w dzieciństwie i wczesnej młodości. Styl życia rodziców w wyniku przekazu międzypokoleniowego – z uwagi na pozycję i znaczenie każdego z rodziców – może zostać przejęty przez dzieci. Oczywiście, w zależności od poglądów i zachowań „modela” skutki naśladownictwa, identyfikacji i modelowania mogą być pozytywne bądź negatywne. Jest to szczególnie ważne w odniesieniu do kształtowania poglądów i zachowań związanych ze zdrowiem. Wpływ zachowań zdrowotnych rodziców na zachowania ich dzieci stwierdzono m.in. w następujących badaniach: A. Ś l ę c z k o w s k i (1974, 1981), J.F. Sallis et al. (1988), S.N. Blair et al. (1989), P.S. Freedson, E. Evenson (1991), L.L. Moore et al. (1991), P. Supranowicz, E. Polus-Szeniawska (1993), J. Drabik (1995). Zaobserwowano, że prawdopodobieństwo prowadzenia aktywnego fizycznie trybu życia jest 2–6 razy większe wśród dzieci aktywnych fizycznie rodziców niż wśród dzieci rodziców nieaktywnych fizycznie. Podobnie uzależnienie rodziców od tytoniu jest jednym z ważniejszych czynników wczesnego rozpoczęcia palenia papierosów przez dzieci.

Wzorce zachowań przekazywane przez rodzinę nie zawsze zatem służą kształtowaniu pozytywnego stosunku do zdrowia. Dlatego też analizując transmisję międzypokoleniową w rodzinie w zakresie zdrowia, warto

uwzględniać zaproponowany przez A. Dolińskiego (2004, s. 73) model przebiegu i skutków tego procesu, zgodnie z którym wyróżnia się:

a) transmisję ciągłą: pożądaną (dobre rodzinne wzory zachowań są przyjęte i realizowane w dorosłym życiu) oraz niepożądaną (złe rodzinne wzory zachowań są przyjęte i realizowane w dorosłym życiu);

b) transmisję nieciągłą: pożądaną (złe rodzinne wzory zachowań nie zostają przyjęte, a we własnym dorosłym życiu realizowane są zachowania pożyteczne) oraz niepożądaną (dobre rodzinne wzory zachowań nie zostają przyjęte, a w dorosłym życiu realizowane są niepożądane zachowania).

W świetle badań własnych okazuje się, że ponad połowa respondentów kontynuuje rodzinne zwyczaje i modele dotyczące żywienia (Kaiser, 2004b). Z szerszych wypowiedzi respondentów wynika, że rodzinna tradycja w zakresie żywienia przenoszona z pokolenia na pokolenie często odbiega od aktualnych zaleceń dietetyków. Podobnie badania K. Borzuckiej-Sitkiewicz (2003) wykazały, że w diecie młodzieży szkół ponadpodstawowych brakuje zwykle składników niezbędnych do prawidłowego rozwoju, a na taki sposób żywienia decydujący wpływ mają wzorce prezentowane w rodzinie. W przypadku wielu rodzin można zatem mówić o transmisji ciągłej niepożądanej.

To przywiązanie do rodzinnej tradycji wiąże się w dużej mierze z procesem identyfikacji. W toku rozwoju jednostka przechodzi szereg identyfikacji zarówno z innymi osobami, jak i z całymi grupami oraz rolami społecznymi. Podstawę identyfikacji stanowią silne więzi uczuciowe łączące osobę utożsamiającą się z kimś innym. Najwcześniejsze i jednocześnie najważniejsze są identyfikacje z rodzicami, najpierw z matką, potem z rodzicem własnej płci, a w dalszych etapach życia jednostka może identyfikować się także z osobami spoza rodziny, np. z rówieśnikami, wychowawcami, rzeczywistymi lub fikcyjnymi bohaterami, a także z grupami i różnymi rolami (Wolicki, 1983, s. 21). W wyniku tego procesu jednostka kształtuje swoje zachowania na wzór osoby, z którą się identyfikuje. W badaniach własnych zapytano respondentów wprost, czy dostrzegają wpływ zachowań zdrowotnych swoich rodziców na własne zachowania w tym zakresie, w myśl powiedzenia „niedaleko pada jabłko od jabłoni” (Kaiser, 2003b). Ponad połowa badanych rodziców i dzieci odpowiedziała twierdząco. Dość charakterystyczne jest to, że wśród wszystkich badanych członków rodzin synowie stanowią największy odsetek osób, które twierdzą, że w znacznym stopniu powielają styl życia swych rodziców. Córkę wykazują bardziej elastyczne postawy, łącząc elementy rodzinnej tradycji z nowymi trendami, propozycjami nauki, a także zmieniającą się ofertą rynku. W świetle uzyskanych wyników można sformułować optymistyczne stwierdzenie – jest szansa, że w przyszłości, kiedy

obecne córki staną się matkami, swoją postawą będą kształtować w następnym pokoleniu poglądy i zachowania bardziej korzystne dla zdrowia. Warto też podkreślić, że efekty transmisji międzypokoleniowej w zakresie stosunku do zdrowia są najbardziej widoczne w środowisku rodzin inteligentnych. W ramach międzypokoleniowej transmisji w rodzinie dostrzega się dwukierunkowe oddziaływania: rodzice→dzieci i dzieci→rodzice. Optymistyczny jest fakt, że rodzice pod wpływem córki lub syna skłonni są zmieniać utrwalone od lat przyzwyczajenia i nawyki w zakresie zdrowia na bardziej korzystne dla budowy własnego potencjału zdrowotnego. Prawie 1/4 badanych rodziców informacje dotyczące zdrowia uzyskuje od syna czy córki. Natomiast w badaniach przeprowadzonych wśród rodziców studentów IV roku AWF w Poznaniu ponad połowa badanych dostrzega wpływ córki lub syna na modyfikacje dotychczasowego trybu życia w rodzinie (Kaiser i in., 2001).

Rodzina to środowisko, w którym obecnie z coraz większą intensywnością przebiega proces wtórnej socjalizacji w zakresie zdrowia. Kiedy dzieci dorastają, zaczynają oddziaływać na zachowania rodziców również w zakresie stosunku do zdrowia. Następuje więc „odwrócenie ról” rodziców i dzieci. Można tu zatem odwołać się do klasyfikacji kultur M. Mead (1978, s. 28), która wyróżnia trzy typy kultur nadających specyfikę procesowi socjalizacji:

a) kultura postfiguracywna: starsze pokolenie socjalizuje młodsze pokolenie;

b) kultura kofiguracywna: interakcyjna socjalizacja starszego i młodszego pokolenia;

c) kultura prefiguracywna: pokolenie młodsze warunkuje przyjęcie przez dorosłych nowych wzorów zachowań.

Obecnie mamy do czynienia ze wszystkimi trzema rodzajami socjalizacji międzypokoleniowej.

Dokonujące się zmiany społeczno-gospodarcze, a także kampanie na rzecz zdrowego stylu życia mają jeszcze jeden aspekt. W wyniku tych procesów coraz częściej obserwujemy zjawisko „zderzania się” tradycji rodzinnej, środowiskowej z nowoczesną ofertą rynku. Międzypokoleniowy przekaz dotyczący stosunku do zdrowia jest więc w coraz większym stopniu odtwarzaniem selektywnym i adaptacyjnym pod wpływem teraźniejszości, a nie tylko wiernym powtarzaniem. Dlatego też podejmując działania edukacyjne w zakresie zdrowia, należy uwzględnić te modyfikacje w obrębie procesu transmisji międzypokoleniowej.

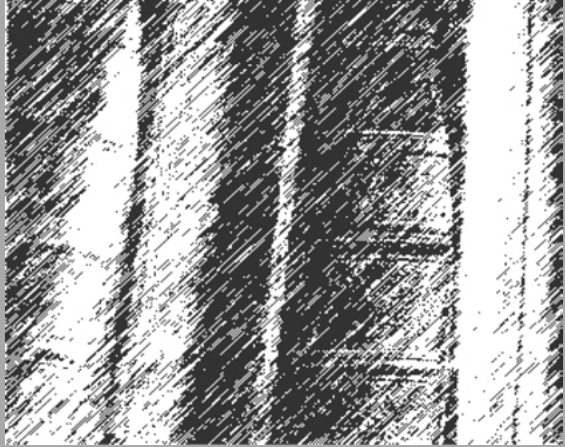
Podsumowanie

Rodzinna socjalizacja stanowi dużą szansę, ale jednocześnie istotne zagrożenie dla kształtowania stosunku człowieka do własnego zdrowia. Trafnie wyrażają to słowa Z. Woźn i a k a, który podkreśla, że „rodzina to swoisty zespół zdrowotny, zarówno w pozytywnym (profilaktyka, krzewienie zdrowia, socjalizacja do roli pacjenta i chorego, przekaz kultury zdrowotnej itp.), jak i negatywnym znaczeniu (rezerwuar chorób, czynnik ryzyka w chorobach, nieodpowiedni poziom higieny, kultury medycznej, zwłaszcza wiedzy o zdrowiu)” (2001, s. 403). Niezbędna jest zatem kontynuacja badań w zakresie socjologicznych determinant zdrowia w rodzinie, uwzględniających – zgodnie z koncepcją „Zdrowy Dom” – zarówno czynniki wewnątrz-, jak i zewnątrzrodzinne. W świetle przedstawionych kwestii wydaje się, że tematyka związana z rodzinną socjalizacją w zakresie zdrowia – ze względu na swój charakter i specyfikę – w sposób szczególny wymaga eksploracji za pomocą technik zarówno „twardych” (ilościowo przedstawiających badane zjawiska), jak i „miękkich” (holistycznie, kontekstowo opisujących proces socjalizacji w rodzinie). Przegląd dotychczasowych badań w tym zakresie wskazuje, że przede wszystkim należy zintensyfikować ten drugi kierunek badań. Ogólne statystyczne zależności pomiędzy czynnikami społecznymi a zachowaniami zdrowotnymi często trudno bezpośrednio wykorzystać w procesie edukacyjnym z uwagi na wielokierunkowy, a często wzajemnie niespójny wpływ poszczególnych zmiennych społecznych. Dlatego roli czynników społecznych nie można ograniczać tylko do funkcji modyfikatora czy tła programu wychowawczego, ale należy je wykorzystać aktywnie w procesie wychowawczym, uwzględniając środowisko życia i indywidualne doświadczenia człowieka (K r a w a ń s k i, K a i s e r, 2007). Połączenie diagnozy ilościowej z jakościową na podstawie badań socjologicznych w większym stopniu pozwoli na uwzględnianie przez pedagoga indywidualnej sytuacji rodziny podczas realizacji bardziej skutecznej edukacji zdrowotnej, zgodnie z podejściem siedliskowym. Działania podejmowane w ten sposób wpiszą się w proces określany jako społeczna edukacja zdrowotna, w którym łącznie wykorzystujemy wiedzę socjologiczną i pedagogiczną (K r a w a ń s k i, 2003, s. 158–160). Tak podejmowane wielokierunkowe inicjatywy na rzecz zdrowia rodziny stwarzają szansę, by rodzinna socjalizacja w większym niż dotychczas stopniu kształtowała pozytywny stosunek do zdrowia całej rodziny. Trawestując znane hasło promocji zdrowia, można powiedzieć, że dążymy do tego, aby wdrożyć w życie myśl: „Zdrowie rodziny w rękach rodziny”.

Bibliografia

- Anderson D.R., 1993: *Toward a health promotion research agenda: Compilation of Data Base reports and introduction to "state of the science" reviews*. "Health Promotion", no 8.
- Berkowska M., 1983: *Rola wychowania zdrowotnego w kształtowaniu zdrowia rodziny*. W: *Zdrowie rodziny*. Red. K. Bożkowska, A. Sito. Warszawa.
- Blair S.N. et al., 1989: *Exercise and fitness: childhood's implications for a lifetime and of health*. In: *Perspectives in Exercise Science and Sports Medicine*. Eds. C.V. Gisolfi, O.R. Lamb. Indianapolis.
- Borzucka-Sitkiewicz K., 2003: *Socjalizacyjne determinanty stylu życia młodzieży szkół ponadpodstawowych*. „Annales UMCS Sectio D Medicina”, Vol. LVIII, suppl. XIII, 2.
- Bowen M., 1966: *The use of Family Theory in Clinical Practice*. "Comprehensive Psychiatry", Vol. 7.
- Doliński A., 2004: *Zachowania młodzieży w sytuacjach społecznych jako transmisja wzorów rodzinnych*. Kraków.
- Drabik J., 1995: *Aktywność fizyczna dzieci, młodzieży i dorosłych*. Gdańsk.
- Freedson P.S., Evenson E., 1991: *Familial aggregation and physical activity*. Res. Quart. Exer. Sport, no 62;
- Grębowski R., 1993: *Mikrospołeczne aspekty zdrowego stylu życia*. W: *Krajowa Konferencja „Zdrowy Dom”. Materiały*. Red. J.B. Karski. Warszawa.
- Grossmann R., Scala K., 1997: *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*. JFF/Health and Organizational Development.
- Gutkowska K., 1995: *Dom i rodzina w życiu społecznym*. W: *Zdrowy Dom*. Red. J.B. Karski, S. Gzell. Warszawa.
- Kaiser A. i in., 2001: *Prozdrowotne elementy w stylu życia rodziców studentów AWF*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 5.
- Kaiser A., 2003a: *Rodzice i dzieci o zdrowiu – pokoleniowa zgodność czy rozbieżność?* W: *Wkład nauk humanistycznych do wiedzy o kulturze fizycznej*. T. 2: *Szkice z pedagogiki kultury fizycznej*. Red. J. Nowocien. Warszawa.
- Kaiser A., 2003b: *Miężypokoleniowa transmisja aktywności fizycznej w rodzinie na tle innych poglądów i zachowań zdrowotnych*. [Praca doktorska].
- Kaiser A., 2004a: *The Approach Towards Physical Activity – Leveling Or Deepening Of Social Differences?* Conference Proceedings, "Physical education and sport 2004 – EuroRegion NISA".
- Kaiser A., 2004b: *Zachowania żywieniowe w rodzinach robotniczych na tle aktualnych zaleceń dietetyków*. „Annales UMCS Sectio D Medicina”, Vol. LIX, suppl. XIV, 2.
- Karski J.B., 1994: *Organizacja ośrodka promocji zdrowia. Poradnik*. Warszawa.
- Karski J.B., 1997: *Praktyczne metody działania w zakresie promocji zdrowia*. „Zdrowie Publiczne”, nr 7.
- Kawczyńska-Butrym Z., 1981: *Rodzina a zdrowie*. „Studia Socjologiczne”, nr 3.
- Kawczyńska-Butrym Z., 1995a: *Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego*. Warszawa.
- Kawczyńska-Butrym Z., 1995b: *Rodzinny kontekst zdrowia i choroby*. Warszawa.
- Komosińska K., 1995: *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Olsztyn.
- Kosiński S., 1976: *Standard zdrowotny narzędziem badań socjologicznych*. „Studia Socjologiczne”, nr 3.

- Krawański A., 1996: *Rodzina, szkoła i samorządność lokalna w systemie wychowania prozdrowotnego*. W: *Prozdrowotne wychowanie fizyczne i sport dzieci i młodzieży*. Warszawa.
- Krawański A., 2003: *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*. Poznań.
- Krawański A., 2006: *Interaktywny sposób uczenia się i nauczania w wychowaniu fizycznym i fizjoterapii*. Poznań.
- Krawański A., Kaiser A., 2007: *Priorytety edukacyjne wobec zdrowia jako wynik analizy socjologicznej*. W: *Socjologia medycyny w działaniu*. Rzeszów.
- Mead M., 1978: *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*. Warszawa.
- Moore L.L. et al., 1991: *Influences of parents physical activity on activity levels of young children*. "Pediatrics", Vol. 118.
- Radochoński M., 1996: *Kierunki badań nad wpływem rodziny na zdrowie jednostki w świetle literatury światowej: przegląd i uwagi krytyczne*. „Roczniki Socjologii Rodziny”, T. 8.
- Rostowska T., 1991: *Rozwojowe aspekty transmisji międzypokoleniowej w rodzinie*. W: Z. Tyszką, red.: *Stan i przeobrażenia współczesnych rodzin polskich*. Poznań.
- Rostowska T., 1995a: *Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie w zakresie wybranych wymiarów osobowości*. Łódź.
- Rostowska T., 1995b: *Samoocena a transmisja międzypokoleniowa*. „Problemy Rodziny”, nr 3.
- Sallis J.F. et al., 1988: *Family variables and physical activity in preschool children*. "Pediatrics", Vol. 9.
- Sito A., Bożkowska K., Górnicki B., 1983: *Definicja zdrowia rodziny*. W: *Zdrowie rodziny*. Red. K. Bożkowska, A. Sito. Warszawa.
- Słońska Z., Misiuna M., 1993: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa.
- Sokołowska M., 1970: *Zdrowie, środowisko i rodzina we współczesnych badaniach społecznych*. „Problemy Rodziny”, nr 1.
- Supranowicz P., Polus-Szeniawska E., 1993: *Dom rodzinny a palenie papierosów przez młodzież*. W: *Krajowa Konferencja „Zdrowy dom”*. Materiały. Red. J.B. Karński. Warszawa.
- Syrek E., 2000: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice.
- Ślęczkowski A., 1974: *Wspólna rekreacja fizyczna rodziców i dzieci*. „Kultura Fizyczna”, nr 5.
- Ślęczkowski A., 1981: *Wychowanie fizyczne i sport w rodzinie*. W: *I Kongres Naukowy Kultury Fizycznej i Sportu. Poznań 21–24 XI 1979*. Warszawa.
- Trawińska M., 1992: *Promocja zdrowia a rodzina*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 1.
- Turner J.H., 1994: *Socjologia. Podstawowe pojęcia i ich zastosowanie*. Poznań.
- Wolicki M., 1983: *Naśladownictwo, identyfikacja i modelowanie jako mechanizmy rozwoju społecznego u dzieci w środowisku rodzinnym*. „Problemy Rodziny”, nr 5.
- Woynarowska B., 1999: *Siedliskowe podejście do zdrowia*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Karński. Warszawa.
- Woźniak Z., 2001: *Globalizacja problemów zdrowotnych i starzenia się a rodzina*. W: *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian*. Red. Z. Tyszką. Poznań.



DANUTA DRAMSKA

Socjalizacja językowa jako nabywanie umiejętności komunikacji interpersonalnej

Linguistic socialization in gaining interpersonal communication skills

Abstract: Interpersonal communication constitutes a crucial element in gaining skills serving health. The author of the article attempts to analyse the need to gain these skills in the subsequent stages of the process of child development.

Key words: logopaedics, interpersonal communication, socialization.

Jednostka ludzka, przychodząca na świat jako organizm biologiczny, zostaje „wchłonięta” przez społeczeństwo i pod wpływem jego kultury ulega „socjalizacji” – czyli z istoty biologicznej staje się istotą społeczną – tak proces socjalizacji definiuje Jan Szczepański. Wyposażenie biologiczne jest niezbędnym warunkiem umożliwiającym ten proces, ale jego przebieg i wynik są wyznaczone jakością kultury, jej cechami i organizacją (Szczepański, 1972, s. 92 i nast.). R.E. Park twierdzi, że „człowiek nie rodzi się ludzkim, lecz staje się nim w procesie wychowania” (Park, Burgess, 1972, s. 79).

Współcześnie w naukach społecznych dominuje ujęcie holistyczne, łączące całokształt wpływów związanych z ujmowaniem człowieka jako istoty biopsychospołecznej, różnice występują w charakteryzowaniu poszczególnych etapów procesu socjalizacji i odnajdywaniu w nich zarówno pól zbieżnych, jak i dyferencji (Roter, 2005, s. 39).

Na rozwój niemowlęcia oddziałują różne czynniki: 1) wzrost – organizm rośnie, czyli realizuje wrodzone zadatki pod wpływem sprzyjających warunków środowiska i wzajemnych oddziaływań ze środowiskiem, takich jak przyjmowanie pokarmu, pielęgnacja; 2) całkowity wpływ środowiska – ogół działających na organizm podmiotów, pochodzących z układów naturalnych, ludzi i elementów kultury, sprzyjających i niesprzyjających rozwojowi organizmu, poszczególnych jego cech, osobowości; 3) socjalizacja – ta część całkowitego wpływu środowiska, która wprowadza jednostkę do udziału w życiu społecznym, uczy ją zachowania się według przyjętych wzorców, rozumienia kultury, czyni zdolną do utrzymania się i wykonywania określonych ról społecznych; dziecko uczy się spełniać swoim zachowaniem oczekiwania innych i przystosowywać swoje postępowanie do postępowania innych; socjalizacja daje także sprawności i kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności techniczne potrzebne do życia w danej cywilizacji; 4) wychowanie – intencjonalne kształtowanie osobowości dokonywane w ramach stosunku wychowawczego między wychowawcą a wychowankiem według przyjętego w grupie ideału wychowawczego (Szczepański, 1972, s. 92 i nast.).

Proces socjalizacji przebiega równocześnie na wielu odrębnych, choć współwarunkujących się poziomach, które określić można mianem wymiarów przebiegającego procesu. Wyodrębnia się m.in. wymiar poznawczy socjalizacji, kulturowy, płci, moralny, polityczny, religijny, ekologiczny, ekonomiczny, zdrowotny – rozumiany za Ewą Syrek jako „socjalizacja zdrowotna, czyli przekazywanie wiedzy dotyczącej zdrowia i zagrożeń zdrowotnych, wzorów zachowań prozdrowotnych, nabywanie doświadczeń sprzyjających zdrowiu i umiejętności wykorzystania tych elementów w praktyce życia codziennego” (Syrek, 2002, s. 56), wreszcie wymiar językowy, któremu poświęcony jest ten artykuł. Wymiar językowy, czyli socjalizacja

językowa, to społeczne uwarunkowania kształtowania się i przeobrażania języka (rozwoju mowy), który jest nośnikiem informacji, jak również funkcje, jakie pełni w tworzeniu stosunków między ludźmi (por. B o n s u n o w s k a - K u ś k a, 1995, s. 71).

Basil Bernstein wielokrotnie stwierdza, że nauki społeczne wykazały, zarówno w przeszłości, jak i obecnie, niewielkie zainteresowanie badaniami nad mową człowieka. Na tym tle – omawiając liczne relacje zachodzące pomiędzy formami mowy a formą panujących stosunków społecznych – udowadnia on, że mowa jest jednym z najważniejszych aspektów kultury *homo sapiens*, jako środek przekazu treści kulturowych (R a d z i e w i c z - W i n n i c k i, 1987, s. 67 i nast.).

Język ojczysty jest wielkim dobrem kultury społeczeństwa. Dla każdego, kto posiada samowiedzę narodową i społeczną, słowo jest najbardziej oczywistą, konkretną ojczyzną, dlatego też sprawy dotyczące kultury języka ojczystego nie mogą być nam obce. Najlepiej zrozumieć to powinni rodzice i nauczyciele, dla których język (w znaczeniu komunikowania się zarówno za pomocą słowa pisanego, jak i mówionego) jest podstawowym narzędziem wychowania i nauczania.

Bezgraniczna fascynacja wzorami życia z kręgu innych kultur propagowanych w środkach masowego przekazu, niekiedy patologiczna pogoń za dobrami materialnymi, niewłaściwe odżywianie i brak racjonalnego wypoczynku – to podstawowe trendy zachowań bardzo wielu współczesnych Polaków. Zdecydowanie nie służą one takiemu stanowi zdrowia psychofizycznego, który zapewnia w konsekwencji m.in. pożądaną sprawność językową osób dorosłych, młodzieży i dzieci (B ł a c h n i o, 1995, s. 21–23).

Umiejętność sprawnego mówienia jest w naszych czasach umiejętnością szczególnie ważną. We współczesnym życiu ogromną rolę odgrywają takie środki przekazu informacji, w których nośnikiem jest słowo mówione. Toteż wszelkie, nawet niezbyt rażące wady wymowy mogą w sposób istotny ważyć na losach ludzi, zamykając im drogę do wielu interesujących, atrakcyjnych zawodów.

Nienaganna wymowa powinna wchodzić w zakres podstawowych wymagań stawianych kandydatom na nauczycieli, aktorów, dziennikarzy, prawników, ale także poza uprawianiem tych i wielu innych zawodów poprawne posługiwanie się językiem jest dla każdego niezmiennie istotne, ponieważ stanowi warunek pełnego uczestnictwa w życiu społecznym (K u r k o w s k a, 1983, s. 7).

Mowa ludzka jest w ewolucji człowieka dość nowym zjawiskiem. Życie biologiczne wytworzyło organizmy, których podstawowe czynności służące do podtrzymywania życia to oddychanie, przyjmowanie pokarmów, zdolności poruszania się i umiejętności przystosowawcze oparte na dzia-

łaniu centralnego układu nerwowego i narządów zmysłów. Mowa – należąca do tego podstawowego zespołu czynności – wykształciła się, gdy organizm ludzki był już w pełni rozwinięty (Zalewski, 1993, s. 9).

Leon Kaczmarek definiuje mowę jako „akt w procesie porozumiewania się językowego słownego (= społeczny punkt widzenia) albo jako budowanie i odbiór tekstu (= indywidualny punkt widzenia)”. W przyjętej definicji wyróżniono cztery składniki mowy: język, mówienie, tekst i rozumienie. Mówienie to budowanie tekstu, jak budowaniem tekstu jest pisanie, różnego rodzaju sygnalizowanie, a nawet myślenie, czyli organizowanie informacji w obszarach myślowych za pomocą języka. Mówienie, pisanie i sygnalizowanie jest równoczesnym dodawaniem substancji do organizowanej właśnie językowo informacji, tj. do myśli. L. Kaczmarek określa je również jako substancjalizację myśli. Substancja, efekt działania obwodowych narządów mownych (nadawczych), staje się w ten sposób nośnikiem myśli. Rozumienie, czyli odbiór wypowiedzi, następuje, kiedy rozmówca uświadomi sobie, co słyszana wypowiedź znaczy, jakie zawiera myśli (1991, s. 6–8).

Podstawowym środowiskiem kształtowania myślenia i mowy dziecka jest rodzina. Rozwój wspomnianych funkcji przebiega tu samorzutnie w związku z różnorodnymi sytuacjami dnia powszedniego, takimi jak: ubieranie, rozbieranie, mycie, jedzenie, zabawa, zajęcia domowników. Dziecko ma okazję pytać o wszystko i powinno otrzymywać właściwą odpowiedź. Ma to szczególne znaczenie w okresie tzw. wieku pytań i przekory, gdy dziecko zasypuje domowników lawiną pytań łańcuchowych, gdyż w ten sposób wyzwala się mowa sytuacyjna (Demel, 1994, s. 14–25). Czynniki uczuciowe czy zdarzenia w rodzinie i najbliższym otoczeniu dziecka wzbogacają i dynamizują socjalizację językową przebiegającą wraz z innymi (wspomnianymi wcześniej), nakładającymi się na siebie wymiarami socjalizacji. Należy zwrócić uwagę na socjalizację zdrowotną, której początkowy etap, ściśle związany z oddziaływaniami rodziny, owocuje przede wszystkim uformowaniem się wzorów zachowań o charakterze nawykowym (utrzymanie higieny osobistej, sposób odżywiania, radzenie sobie w wypadku pojawienia się sygnałów zagrożenia zdrowia, spędzanie wolnego czasu) (Gawel, 2005, s. 65–66, cyt. za: Woźniak, 1990, s. 20–23).

W wielu współczesnych rodzinach dziecko spędza wolny czas grając w gry komputerowe lub oglądając bajki, w których niekoniecznie propaguje się rozwój mowy czy kulturę słowa. Takie spędzanie wolnego czasu nie przyczynia się do socjalizacji językowej dzieci.

Zasadnicze znaczenie socjalizacji pierwotnej w środowisku rodzinnym w odniesieniu do kształtowania się zrębów kultury zdrowotnej człowieka wynika z realizowania przez rodzinę wielu funkcji odpowiadają-

cych poszczególnym komponentom triady medycznej: profilaktyka – leczenie – rehabilitacja. Rodzina może być bowiem traktowana z jednej strony jako instytucja wypełniająca zadania profilaktyczne, opiekuńcze i pielęgnacyjne w procesie zapobiegania i leczenia chorób, z drugiej zaś jako zespół zdrowotny, który mniej lub bardziej świadomie uczestniczy w przekazie kultury zdrowotnej (Gałę, 2005, s. 65–66, cyt. za: Woźniak, 1990, s. 20–23).

Przytaczając wybrane modele socjalizacji, zwrócono szczególną uwagę na etapy socjalizacji dotyczące okresu niemowlęstwa, wczesnego i późnego dzieciństwa (por. Roter, 2005, s. 39 i nast.), dołączając do nich wymiar językowy – socjalizację językową.

E.H. Erikson wyróżnia w trwającym całe życie procesie socjalizacji osiem okresów. Każdy z nich zawiera określony wymóg, którego zrealizowanie przyspiesza rozwój *ego* i wzmacnia poczucie tożsamości (pozytywne i spójne nastawienie wobec siebie w ciągu całego życia). Niezrealizowanie tego wymogu powoduje zniszczenie rozwoju *ego* i poczucia tożsamości (Roter, 2005, s. 42, cyt. za: Turner, 1998, s. 87–87). Etap pierwszy, obejmujący okres niemowlęcy, to podstawowa ufność w opozycji do podstawowej nieufności. Przejawem zaufania społecznego jest między innymi łatwość przyjmowania pokarmu, głębokość snu. Dziecko osiągające homeostazę doznaje uczucia oswojenia z otoczeniem, natomiast brak wypełnienia wymogu ufności może doprowadzić do stanów schizoidalnych czy depresyjnych (Erikson, 1997, s. 258).

Eriksonowską propozycję socjalizacji należy uzupełnić socjalizacją językową. W licznych opracowaniach na temat socjalizacji językowej – rozwoju mowy dziecka we wczesnym dzieciństwie – najczęściej wyróżnia się następujące aspekty tego zagadnienia:

- rozwój zdolności fonetycznych dziecka;
- mechanizm powstawania dźwięków mowy;
- poziom rozwoju mowy w kolejnych latach życia dziecka i wzajemna zależność między rozwojem mowy, rozwojem funkcji motorycznych i inteligencją dziecka;
- opóźnienie rozwoju mowy i problemy związane z ich występowaniem w pierwszych latach życia (Spionk, 1963, s. 120).

Rozwój mowy dziecka jest ściśle połączony z rozwojem myślenia dzięki liczным związkom czasowym wytwarzającym się między samą nazwą a różnymi przedmiotami nią oznaczonymi.

Należy podkreślić, że mowa nie jest umiejętnością wrodzoną, dziecko drogą naśladownictwa przejmując ją od najbliższego otoczenia, a przede wszystkim od rodziców. Wielokrotnie powtarzane nazwy przedmiotów znajdujących się w otoczeniu dziecka zostawiają słuchowe ślady w jego mózgu. Dziecko usłyszawszy daną nazwę potrafi sobie wyobrazić przed-

miot, do którego ona się odnosi, czyli potrafi zrozumieć znaczenie wyrazu, a z czasem potrafi również nazwać przedmiot. Wykształca się umiejętność różnicowania napięcia mięśniowego, właściwego wytwarzanym głosem. W odpowiednich strukturach mózgu dziecka powstają automatyzmy (stereotypy) czuciowo-ruchowe, czyli potencjalne możliwości wykonywania odpowiednich ruchów mownych, które mogą być dowolnie realizowane pod kontrolą słuchu mownego, uformowanego przez ślady posłyszeń wyrazów. Z czasem utrwalają się skojarzenia czuciowo-ruchowo-słuchowe, to znaczy asocjacje między czuciem napięcia mięśniowego narządów mownych przy artykulacji głosek a posłyszeniami wytwarzanych dźwięków. W procesie wytwarzania mowy największe znaczenie ma słuch. Dziecko stopniowo uczy się koordynować ruchy różnych grup mięśniowych, biorących udział w mowie. Kontrolę ruchów narządów mownych umożliwiając dziecku odbierane wrażenia kinestetyczne i słuchowe. Rozwój mowy trwa kilka lat i w jego przebiegu można wyodrębnić pewne okresy, których czas trwania u dziecka normalnie rozwijającego się można określić w przybliżeniu następująco:

- od urodzenia do 1. roku życia – okres melodii;
- 2. rok życia – okres wyrazu;
- 2.–3. rok życia – okres zdania;
- 3.–7. rok życia – okres swoistej mowy dziecięcej (por. Styczek, 1979, s. 208 i nast.; Demel, 1994, s. 14–25).

Okres niemowlęcy jest okresem wstępnym w rozwoju językowym. Dziecko początkowo krzyczy, później zaczyna wydawać dźwięki artykułowane, które nie są słowami, po czym dopiero zaczyna wymawiać pierwsze słowa. W pierwszej fazie rozwoju mowy dziecko natychmiast po urodzeniu wydaje krzyk spowodowany pierwszym oddechem. Krzykiem i płaczem niemowlę reaguje na wrażenia dla niego przykre, a po pewnym czasie za pomocą krzyku komunikuje otoczeniu swoje niezadowolenie, innymi dźwiękami wyraża zadowolenie – a więc używając zaledwie kilku fonemów niemowlę wyraża swój pozytywny lub negatywny stan emocjonalny. W okresie 2.–3. miesiąca życia liczba fonemów wzrasta, dziecko zaczyna wydawać dźwięki artykułowane o pozytywnym zabarwieniu emocjonalnym. W tym też czasie staje się ono wrażliwe na ton (melodię) głosu dorosłego, wyrażającego uczuciowy stosunek do dziecka. Okres ten nazywamy okresem gruchania lub głużenia. Gruchanie stanowi rodzaj czynności zabawowej, dającej dziecku zadowolenie funkcjonalne, spełnia przy tym rolę pierwszych ćwiczeń językowych. Ponadto wzbogaca możliwość społecznego kontaktu niemowlęcia z otoczeniem i w porównaniu z krzykiem noworodka stanowi nową formę dźwiękowej ekspresji. Około 6. miesiąca życia gruchanie przekształca się w gaworzenie. Niemowlę zaczyna wymawiać sylaby, selekcjonować niektóre fonemy, następnie łączyć

je, później tworzyć z nich całe łańcuchy. Do najczęściej powtarzanych sylab należą *MA, TA, PA, LA*. Zjawisko to H. Spionk (1963, s. 121 i nast.; za: Baldwin, 1895) określa mianem „reakcja kołowa”, polega ono na powtarzaniu przez dziecko dźwięków wytwarzanych przez siebie lub słyszanych od otoczenia, czyli występuje tu mechanizm samonaśladowania i wielokrotnego powtarzania tej samej czynności. W tym okresie dziecko nie nadaje jeszcze poszczególnym sygnałom ani też ich przypadkowym zestawieniom z desygnatem określonego znaczenia. W czwartym kwartale (10.–12. miesiąc) rozwija się rozumienie, które znacznie wyprzedza mowę samodzielną, dziecko jest w stanie zidentyfikować kilka wyrazów, tzn. skojarzyć posłyszane nazwy z odpowiednimi przedmiotami. Reaguje na swoje imię, rozumie proste polecenia związane z sytuacją. Rozumienie obejmuje coraz większy zakres wyrazów i dziecko rozumie znacznie więcej niż samo potrafi powiedzieć. Z chwilą przyswojenia sobie przez dziecko pierwszych słów, zarówno w zakresie mowy czynnej, jak i biernej, następuje początek myślenia słowno-pojęciowego oraz dokonuje się poważna zmiana w konkretno-obrazowym myśleniu dziecka (por. Styczek, 1979, s. 210 i nast.; Spionk, 1963, s. 120 i nast.). W okresie poniemowłęcym mowa zaczyna odgrywać bardzo istotną rolę w socjalizacji dziecka, jest to okres decydujący zarówno o rozwoju słownika dziecięcego, jak i jego gramatycznej struktury językowej.

W modelu przyjętym za G.H. Meadem akcent położony jest na rozwój interakcji w socjalizacji. We wczesnym dzieciństwie (1.–2. rok życia) noworodek uczy się znaczenia gestów, a następnie posługuje się nimi do sygnalizowania swych potrzeb. Okres ten można nazwać etapem wstępnych przygotowań, w którym rozwój sensomotoryczny pozwala na rozwój umysłowy i wchodzenie w role (Roter, 2005, s. 41, cyt. za: Turner, 1998, s. 83–86).

W następnej fazie socjalizacji językowej – w okresie wyrazu obejmującego 2. rok życia – dziecko potrafi już powtarzać za dorosłymi proste wyrazy, które są imitacją posłyszanych dźwięków, a nie świadomym ich używaniem. Zjawisko to I. Styczek nazywa echolalią (1979, s. 210 i nast.). W wieku 14.–15. miesięcy dziecko zaczyna wypowiadać więcej pojedynczych wyrazów, co jest związane z rozwojem jego uwagi, spostrzegawczości, pamięci, rozwojem umysłowym oraz fizycznym – chwytności, siadaniem, chodzeniem. Należy podkreślić współzależność między rozwojem ruchowym dziecka a rozwojem mowy. Większość dzieci półtorarocznych potrafi już spełniać proste polecenia (rozumienie mowy), można także zaobserwować u nich początki mowy spontanicznej. Wyrazy zaczynają zastępować gesty, którymi dziecko posługiwało się dotychczas wyrażając swoje życzenia. Dziecko słyszy całe wyrazy i zdania wypowiedziane przez osoby z jego otoczenia, a nie mogąc zapamiętać całej postaci

brzmieniowej wyrazu, odtwarza ogólny zarys. Kolejność sylab bywa przedstawiana, a jeśli jest zachowana, to poszczególne głoski ulegają różnym modyfikacjom lub zastępowaniu innymi. W drugiej połowie 2. roku życia słownik dziecka wydatnie się wzbogaca, upodabniając się do słownika ludzi dorosłych – jakkolwiek wymowa dziecka jest niezupełnie prawidłowa i część wypowiedzianych słów bywa bardzo zniekształcona fonetycznie. Na początku 2. roku życia wyraz pełni funkcję całej wypowiedzi, dopiero w ciągu 2. roku dziecko zaczyna posługiwać się wypowiedziami dwu- lub wielowyrazowymi, zaczyna używać słów dla oznaczenia przedmiotów, które są nieobecne. Pod koniec 2. roku życia dziecko próbuje werbalizować swoje doznania za pomocą najprostszych zdań. Mowa dziecka staje się zrozumiała, i to nie tylko dla osób z najbliższego otoczenia. Roczne dzieci potrafią samodzielnie wymawiać około 3–5 słów w określonym znaczeniu, a często rozumieją więcej niż 10 słów. W ciągu 2. roku życia dziecko uczy się na ogół wymawiać 300 słów, a rozumie ich o wiele więcej (por. *Styczek*, 1979, s. 210 i nast.; *Spionk*, 1963, s. 120 i nast.).

Kolejną fazą socjalizacji językowej jest okres zdania obejmujący 2.–3. rok życia. Okres ten charakteryzuje się dalszym wzbogacaniem słownika dziecka (do 1000 słów), wydłużaniem i komplikacją łańcuchów słownych, nasileniem procesów odroczenia i uogólniania, przyswajaniem przez dziecko pierwszych form gramatycznych (*Spionk*, 1963, s. 180 i nast.).

Drugi etap socjalizacji (do 3. roku życia) według E.H. Eriksona to opozycja – wymóg autonomii do wstydu i zwątpienia. W tym okresie życia dziecko uzyskuje poczucie autonomii dzięki osiąganiu sukcesów w uczeniu się elementarnych umiejętności, a więc nauce chodzenia, sygnalizowaniu potrzeb fizjologicznych. Zawstydzanie dziecka może doprowadzić do zwątpienia w jego możliwości, czego skutkiem będzie powtarzanie negatywnych zachowań i skupienie się na manipulacji (*Erikson*, 1997, s. 258).

Dziecko trzyletnie potrafi się porozumieć z otoczeniem, jego mowa jest już w pewnym stopniu ukształtowana, nie znaczy to jednak, że jest pozbawiona błędów. Artykulacja coraz bardziej zbliża się do prawidłowej, ale należy zaznaczyć, iż artykulacje sprawiające dziecku trudność mogą być niewymawialne, następuje zastępowanie głosek trudniejszych łatwiejszymi, tzw. substytucja, głoski mylone są z innymi, jeśli wzorce motoryczno-słuchowe nie zostały dostatecznie utrwalone. W okresie tym dzieci tworzą wiele neologizmów językowych. Najwięcej nowych słów (do tysiąca) dziecko przyswaja w 2. i 3. roku życia. Okres ten jest fazą przełomową w rozwoju mowy, gdyż dziecko przyswaja sobie wtedy podstawy systemu leksykalnego, fonetycznego i morfologicznego języka, jakim mówi jego otoczenie, a dalsze lata przynoszą tylko jego doskonalenie, tzn. zwiększanie zasobu słownictwa i umiejętności stosowania odpowiednich

form gramatycznych oraz lepsze odtwarzanie brzmienia wyrazów (por. *Styczek*, 1979, s. 210 i nast.).

Etap trzeci (4.–6. roku życia) to wymóg inicjatywy w opozycji do poczucia winy. Jest to okres dużej aktywności dziecka i nadmiaru energii. Inicjatywa nadaje autonomii cechę przedsiębiorczości, planowania oraz atakowania jakiegoś zadania po to, aby być jak najbardziej aktywnym i stale w ruchu, w sytuacjach, w których upór wywoływać może akty pokory albo pełnej protestu niezależności. W okresie tym dziecko najintensywniej poznaje siebie, a brak inicjatywy dziecka może być wynikiem poczucia winy, spowodowanego niesprostaniem rywalizacji (*Erikson*, 1997, s. 265–266).

W średnim wieku dziecięcym (3.–6. roku życia), według Meada, etap wstępny przechodzi w etap zabawy, w którym dziecko zaczyna przyjmować czyjeś role, czyli odczytywać gesty i przyjmować punkt widzenia innej, tylko jednej osoby. W tym wieku dzieci chętnie łączą się w pary podczas zabaw, nie potrafią jeszcze dostosować swoich reakcji do kilku osób równocześnie. Etap zabawy przechodzi stopniowo w etap gry, będący końcową fazą średniego wieku dziecięcego. Proste zabawy zastąpione zostaną grami rówieśniczymi, wymagającymi rozumienia ich reguł oraz możliwości wchodzenia w różne role równocześnie. Jednocześnie przebiega rozwój koncepcji własnego „ja” (*Roter*, 2005, s. 41–42, cyt. za: *Turner*, 1998, s. 83–86).

Kolejny etap socjalizacji językowej to okres swoistej mowy dziecięcej (3–7 lat). Nazwa pochodzi od tworzenia przez dziecko nowych, niesłyszanych w otoczeniu słów. Wymowa dziecka czteroletniego charakteryzuje się utrwalaniem spółgłosek przedniojęzykowych zębowych (*s, z, c, dz*), pod koniec 4. roku życia zostaje opanowana spółgłoska przedniojęzykowa dźwięczna (*r*), a w okresie 4.–5. roku ustalają się sporadycznie już wcześniej wymawiane spółgłoski przedniojęzykowe dźwięczne szczelinowe (*sz, ż*) oraz zwartoszczelinowe (*cz, dż*). Dziecko w wieku 5–6 lat powinno zdobyć umiejętność wymawiania pełnego zasobu głosowego języka polskiego (*Kaczmarek*, 1977, s. 45). Rozwój mowy nie u wszystkich dzieci przebiega jednakowo, niektóre zaczynają mówić wcześniej, inne później, co przejawia się wolniejszym przyswajaniem wymowy. Stopień rozwoju mowy w danym momencie zależy od różnych czynników, takich jak wpływ środowiska, zdolności pedagogiczne rodziców, relacje w rodzinie, psychofizyczny rozwój dziecka, a także kultura językowa panująca w rodzinie i otoczeniu dziecka.

Czwarty etap socjalizacji to wymóg pracowitości w opozycji do poczucia niższości (6.–13. roku życia). W okresie tym dziecko uczy się zdobywania uznania dzięki wykonywanym czynnościom, zauważa również, iż

nie należy wyłącznie do rodziny, dostrzega świat zewnętrzny, a szkoła dostarcza mu instruktażu poruszania się w nim.

Piąta faza to okres dojrzewania, stabilizowania swojej tożsamości, poszukiwania ideałów (Roter, 2005, s. 42 i nast., cyt. za: Erikson, 1997, s. 272).

Mead uważa, że późne dzieciństwo (7.–12. roku życia) to okres przyjęcia i rozumienia „uogólnienia innego”, czyli nabycia zdolności do przyswajania perspektyw kulturowych również w wymiarze kultury symbolicznej. Internalizacja kultury staje się drogowskazem – punktem odniesienia samooceny, niezbędnej do kierowania własnym życiem.

Następny etap to okres dojrzewania (13.–17. roku życia) (Roter, 2005, s. 41, cyt. za: Turner, 1998, s. 83–86).

Fazy procesu socjalizacji według K.J. Tillmana oparte są na przechodzeniu jednostki do coraz to nowych instytucji życia społecznego. Okres niemowlęcy może być pozbawiony instytucji, ale w warunkach polskich wielu rodziców decyduje się na oddanie dziecka do żłobka, następnie w wieku 2,5–6 lat do przedszkola. W kolejnej wyodrębnionej fazie – w okresie dzieciństwa (5.–12. roku życia) – dziecko rozpoczyna edukację szkolną (Tillman, 1996, s. 19).

Kolejnym etapem socjalizacji językowej jest dojrzałość szkolna (7–12 lat). Idąc do szkoły, dziecko powinno mieć w pełni ukształtowaną wymowę, ale socjalizacja językowa, która związana jest zarówno z najbliższym (rodzina), jak i dalszym (np. rówieśnicy) otoczeniem dziecka, trwa nadal i w tym okresie można mówić już o kulturze języka, rozumianej jako pojęcie nadrzędne, oznaczające najogólniej czynny stosunek do swego języka, czyli świadomą dyspozycję umysłową, obejmującą zarówno znajomość reguł, jak i ich stosowanie w praktyce na zasadzie naturalnie działającego nawyku. Kultura języka obejmuje komunikowanie się za pomocą słowa pisanego i mówionego. W tym kontekście kultura żywego słowa odnosi się do słowa mówionego i powinna być rozpatrywana w całym kontekście kultury języka. Socjalizacja językowa związana jest bezpośrednio z kulturą żywego słowa, którą należy pojmować w sposób dwójaki: jako środek i jako cel działalności społecznej, a więc i dydaktycznej. Obejmuje ona bowiem z jednej strony zespół świadomych działań na materiale językowym, które mogą doprowadzić do pełniejszego i sprawniejszego posługiwania się mową jako narzędziem międzyludzkiej komunikacji, społecznego porozumiewania się, a z drugiej strony pozwala osiągnąć wyższy stopień kultury w ogóle (por. Kram, 1995, s. 8–19).

Opanowanie systemu językowego oraz sprawne posługiwanie się nim decydować będą w znacznej mierze o uzyskanych przez dziecko wynikach w nauce i jego funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej. Ubogi słownik oraz wadliwa konstrukcja gramatyczna zdań uniemożliwiają budo-

wanie wypowiedzi słownej, jak również utrudniają jej zrozumienie, łącząc się z dłużej trwającymi niepowodzeniami szkolnymi, powodują obniżenie ogólnego ilorazu inteligencji (S k o r e k, 2001, s. 14).

Jeśli u dziecka występują zaburzenia mowy, niewątpliwie bardzo szybko zostaną one zauważone przez osoby stale przebywające w jego otoczeniu. Od początku pobytu w szkole zarówno nauczyciel, jak i rówieśnicy dowiadują się o problemach dziecka związanych z wymową. Wypowiedzi dziecka z zaburzeniami mowy są powodem przykrych zachowań ze strony rówieśników, którzy nierzadko wyśmiewają dziecko, przeдрzeżniają je i nadają mu złośliwe przydomki. Jeżeli zaburzenie jest złożone, staje się przeszkodą w uzyskaniu przez dziecko sukcesów w nauce. Uczeń źle wymawia poznane głoski, błędnie zapisuje litery, a potem źle je odczytuje. Kiedy materiał szkolny nie jest jeszcze zbyt obszerny, w wyrazach i prostych zdaniach dziecko zastępuje jedne głoski drugimi. Jednak w miarę przyswajania nowych treści, poszerzania słownictwa pojawiają się m.in. agramatyzm, zniekształcenia dłuższych wyrazów i trudności z prawidłową budową zdań. Wolniej niż u innych dzieci następuje wzbogacenie słownictwa i jego prawidłowe zastosowanie (K o z ł o w s k a, 1996, s. 42 i nast.). Dziecko z zaburzeniami mowy niechętnie zawiera nowe przyjaźnie, trudno aklimatyzuje się w nowej grupie. Dzieci w tym okresie socjalizacji żyją życiem grupy i chcą we wszystkim naśladować swych rówieśników. Znaczenie grup rówieśniczych jako czynnika wychowawczego zależy od tego, w jakim stopniu przyczyniają się one do kształtowania jednostki pod względem społecznym i przygotowania do jej funkcjonowania w grupach dorosłych. Nie ulega wątpliwości, że ich wpływ na osobowość społeczną jednostki jest potężny i w pewnej mierze niezastąpiony. Wszędzie indziej młodociany osobnik zajmuje stanowisko podporządkowane i wyrabia w sobie tylko te strony osobowości społecznej, które na tym stanowisku mogą się czynnie objawiać, natomiast w grupie rówieśników występuje w roli równouprawnionego członka, z którym inni liczą się nie tylko jako z przedmiotem działania, lecz również jak z podmiotem społecznym (Z n a n i e c k i, 1979, s. 147–148).

Jest to okres zdobywania uznania dzięki wykonywanym czynnościom. Dziecko upokarzane w związku z zakłóconą socjalizacją językową funkcjonuje poniżej własnych możliwości, wykazuje niechęć w kontaktach z rówieśnikami, ponieważ rzadko jest akceptowane w zespołach rówieśniczych, co w niektórych wypadkach prowadzi do izolacji społecznej.

Bardzo przykra jest dla dziecka również sytuacja, w której wracając ze szkoły do domu, nie uzyskuje wsparcia w rodzinie. Zdarza się, że rodzice bagatelizują zaburzenie mowy dziecka, uważając, iż „samo przejdzie”, a na brak osiągnięć szkolnych związanych bezpośrednio z zaburze-

niem reagują nieodpowiednio, nierzadko poniżając dziecko, karcąc je, a nawet ośmieszając (S o b o c i ń s k a, 1996, s. 38).

Rodziców, nauczycieli i specjalistów odpowiedzialnych za socjalizację językową dziecka i zajmujących się oddziaływaniem profilaktyczno-terapeutycznym powinna cechować głęboka troska o sprawność precyzyjnego narzędzia, jakim jest mowa jako środek komunikacji społecznej w ogóle, a oddziaływania społecznego w szczególności. Język, jako narzędzie włączania się w życie społeczne, odgrywa przecież ważną rolę we wszystkich przedmiotach nauczania (K o m o r o w s k i, 1969).

Konieczność opieki nad wymową dziecka jest dziś powszechnie uznana, lecz można sobie zadać pytanie, czy rzeczywiście opieka ta jest w pełni realizowana w odpowiednim czasie i czy jest udzielana przez zespół specjalistów współpracujących z rodzicami. To rodzice ponoszą główny ciężar odpowiedzialności za rozwój swoich dzieci, oni powinni zabezpieczać ich potrzeby, zarówno biologiczne, jak i psychiczne, niestety wielokroć rodzina nie wywiązuje się właściwie ze swych zadań. Rodziny dysfunkcyjne czy też rodzice nadopiekuńczy, nadmiernie wyręczający dziecko bądź zbyt wymagający wobec dziecka powinni się znaleźć w sferze oddziaływań nauczycieli, psychologów, pedagogów szkolnych, logopedów i lekarzy. Warunkiem efektywnej terapii logopedycznej jest aktywne uczestnictwo rodzica, który jest poinformowany, świadomy celów terapii i zasadności stosowanych metod, zmotywowany do jej kontynuowania w warunkach domowych. Nawiązanie stałej współpracy nauczyciela, logopedy i rodzica decyduje o skuteczności takiej terapii.

Pełny rozwój osobowości dziecka, a później osoby dorosłej jest możliwy pod warunkiem zagwarantowania w opiece nad dzieckiem nie tylko oddziaływań o charakterze prewencyjnym, ale także odpowiedniej, wczesnej stymulacji, niemalże od poczęcia. Istotnym elementem tak pojmowanej profilaktyki jest kompleksowe oddziaływanie edukacyjne na środowisko opiekuńczo-wychowawcze dziecka. B. W o y n a r o w s k a (2000, s. 246) stwierdza, że to modelowe ujmowanie zagadnień profilaktyki kłóci się z doniesieniami z praktyki logopedycznej, bywają przypadki, gdy dziecko, które z powodu poważnych zaburzeń mowy powinno zostać otoczone opieką logopedyczną od najwcześniejszego okresu życia, kierowane jest do specjalisty dopiero przed rozpoczęciem nauki szkolnej.

Powodzenie oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych logopedów jest niewątpliwie związane z podejściem lekarzy do tego zagadnienia. Uzmysłowanie środowisku lekarzy (pediatrów, otolaryngologów, foniatrów) wspólnych z logopedami celów w działalności na rzecz promocji zdrowia stwarza warunki zawiązania ścisłej współpracy tych specjalistów. Lekarze, a przede wszystkim pediatrzy, powinni wsłuchać się w komunikaty rodziców związane z obawami o rozwój mowy i niezwłocz-

nie sugerować kontakt z logopedą (Baker, 1998). Do osiągnięcia właściwych rezultatów konieczne jest więc jak najściślejsze powiązanie socjalizacji językowej z socjalizacją zdrowotną.

Intencjonalna opieka pedagogiczna, którą powinno zapewnić przedszkole, daje możliwość wspierania dziecka pomiędzy 3. a 6. rokiem życia w zakresie stymulowania ogólnej sprawności, w tym sprawności językowej. Program wychowania przedszkolnego uwzględnia m.in. ćwiczenia ortofoniczne dla poszczególnych grup wiekowych, ponadto zwiększa możliwość podjęcia wczesnej interwencji logopedycznej wobec dzieci z grup ryzyka występowania zaburzeń mowy, a więc można uniknąć tzw. błędów późnej pomocy.

Niewłaściwe wzorce mowne, które dziecko znajduje w najbliższym otoczeniu (dom, szkoła, rówieśnicy), zaliczamy do przyczyn egzogennych, zatem winne jest tu środowisko i jego ujemny wpływ w postaci zaniechań, stresów, złych wzorców.

Im sprawniejsza mowa dziecka, tym łatwiej wyraża ono swe myśli, co z kolei usprawnia kontakt ze światem i tym samym rozwija osobowość (Kaczmarek, 1977, s. 55). Dlatego też promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, rozumiana tu jako krzewienie kultury żywego słowa – profilaktyka i kompensacja logopedyczna w przedszkolach i szkołach, ma do spełnienia niezwykle ważne zadania, polegające m.in. na opracowaniu i wdrożeniu zasad, form i metod w zakresie nauczania prawidłowej mowy, korekcji mowy i zapobiegania zaburzeniom.

Basil Bernstein w socjolingwistycznej teorii poruszającej problematykę działań kompensacyjnych dopatruje się tworzenia określonej i właściwej sytuacji wychowawczej, m.in. w rozwoju mowy ludzkiej. Propozycje rozważań zawarte w tej teorii wyrosły ze *stricte* środowiskowych praktycznych potrzeb oświatowych. Zwrócono uwagę na jeden niedoceniany dotąd czynnik stymulujący rozwój jednostki, którym jest język, jakim posługuje się dziecko podejmując naukę w szkole. Analizy Bernsteina dotyczące omawianego zakresu penetracji praktycznych związane są ściśle z obszarem intencjonalnych działań kompensacyjnych. Kompensacja polega tu bowiem na wyrównaniu defektów organicznych lub zjawisk i stanów ujemnych. Działania kompensacyjne, prowadzone m.in. przez nauczycieli czy logopedów, mają zapewnić dzieciom i młodzieży warunki prawidłowego oraz pełnego rozwoju.

Bernstein podkreśla, że nauki społeczne wykazują za małe zainteresowanie rozwojem mowy ludzkiej jako środka przekazu treści kulturowych, a omawiając relacje zachodzące pomiędzy formami mowy a formą panujących stosunków społecznych, udowadnia on, że mowa jest jednym z najważniejszych aspektów kultury człowieka (Radziewicz-Winiński, 1987, s. 67 i nast.).

Dopełnieniem procesu socjalizacji językowej dziecka, przebiegającego równocześnie na wielu odrębnych, choć współwarunkujących się poziomach, będzie zaznaczenie, iż proces ten jest ściśle związany z socjalizacją zdrowotną, której poddawani jesteśmy z racji funkcjonowania społecznego. Każda kultura oferuje swoiste zespoły poglądów, norm, zwyczajów i zasad regulujących stosunek człowieka do wartości zdrowia oraz do wzorów chroniących ją zachowań, jak również określony system instytucji opieki medycznej, a także przedmioty materialne, których przeznaczenie związane jest z ochroną zdrowia. Nieodłączny element kultury stanowią powszechnie akceptowane w danej grupie wzory zachowań. Przybliżają one poszczególnym członkom grupy repertuar możliwych zachowań wpływających na formowanie się ich wyobrażeń o tym, jak powinna zachowywać się jednostka w sytuacjach dotyczących jej własnego zdrowia, jak również zdrowia innych ludzi. Wraz z dorastaniem dziecka zwiększa się liczba grup społecznych, w których ono uczestniczy, czego konsekwencją jest poszerzenie gamy środowisk, będących miejscem nabywania przez nie kultury zdrowotnej (G a w e ł, 2005, s. 65–66).

Władysław Ołtuszewski, dziewiętnastowieczny lekarz uważany za ojca polskiej foniatrii, a także twórcę polskiej logopedii korekcyjnej i jej medycznych podstaw, rozwinął szeroką działalność propagandową dotyczącą socjalizacji językowej, zwłaszcza w środowisku nauczycielskim i lekarskim. Głosił on, iż „zapoznanie się z rozwojem mowy u dzieci oraz jej psychofizjologią jest nieodzowne dla pragnących zaznajomić się, choćby w najogólniejszym zarysie, z istotą zбочeń mowy oraz z przyczynami, od których one zależą”, a poznanie ich umożliwi zrozumienie prawideł higieny mowy, szczególnie przez rodziców, pedagogów i lekarzy (O ł t u s z e w s k i, 1896, s. 7–8). Ołtuszewski opracował „prawidła higieniczne” rozwoju mowy, kierując je do rodziców. Szczególny nacisk kładł na równoczesne kształcenie narządów zmysłów, a także na związek zachodzący między rozwojem mowy i sprawnością motoryczną, twierdząc, że „mowa, najważniejsza i najcenniejsza część kultury i najwyższa cecha ludzkości, niezmiernie zawiśłany proces psychofizjologiczny, stanowi przedmiot ciekawy nie tylko dla lekarza, lecz dla każdego, komu nieobojętne są zagadnienia ducha ludzkiego” (D r a m s k a, 2001a, s. 28–29, cyt. za: O ł t u s z e w s k i, 1896, s. 7).

Według Haliny Spionk, wielki dystans dzieli osiągnięcie umiejętności zrozumiałego porozumiewania się dziecka z otoczeniem za pomocą słów i zdań, czyli socjalizacji językowej, od prymitywnego porozumiewania się dziecka z innymi ludźmi za pomocą mimiki, gestykulacji i innych pozajęzykowych środków. W zdobywaniu przez dziecko umiejętności mówienia i myślenia oraz porozumiewania się słowami i zdaniami pośredniczy jego stopniowe wnikanie w znaczenie wypowiedzi dorosłych, skierowanych do

dziecka w określonych warunkach i na tle współdziałania z nim. Co-raz dokładniejsze, stopniowe zaznajamianie się z brzmieniem słów i zdań mowy ojczystej, wytwarzanie się intencji domysławiania się i zrozumienia, co kto mówi, budują pomost, umożliwiając dziecku przejście od bezsłownego porozumiewania się do stopniowego ukształtowania prymitywnej mowy własnej, mającej służyć zakomunikowaniu komuś własnych myśli, przeżyć i zamiarów (por. Spionk, 1963, s. 194 i nast.).

Bibliografia

- Baker R.C., 1998: *Podstawowa opieka pediatryczna*. Kraków.
- Baldwin S.M., 1895: *Mental development in the child and the race: Methods and processes*. New York.
- Błachnio K., 1995: *System nowoczesnej praktyki logopedycznej*. W: „Logopedia”. nr 22. Red. B. Adamczyk. Lublin.
- Bonsunowska-Kuśka E., 1995: *Socjalizacja a style życia. Szczęble ogólności a proces wyjaśniania w pedagogice społecznej*. W: *Problemy i tendencje rozwojowe we współczesnej pedagogice społecznej w Polsce*. Red. A. Radzewicz-Winnicki. Katowice.
- Demel G., 1994: *Minimum logopedyczne dla nauczycieli przedszkola*. Warszawa.
- Dramska D., 2001a: *Proces instytucjonalizacji zawodu logopedy w Polsce*. Katowice.
- Dramska D., 2001b: *Profesjonalna tożsamość logopedów w świetle przeprowadzonych badań*. Katowice.
- Erikson E.H., 1997: *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań.
- Gaweł A., 2005: *Teoretyczne konteksty wychowania zdrowotnego*. „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 2 (196).
- Kaczmarek L., 1977: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin.
- Kaczmarek L., 1991: *O polskiej logopedii*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Przedmiot logopedii*. Lublin.
- Komorowski B., 1969: *O niektórych publikacjach z zakresu logopedii wieku przedszkolnego i wczesnoszkolnego*. Lublin.
- Kozłowska K., 1996: *Pomagajmy dzieciom z zaburzeniami mowy – poradnik logopedyczny*. Kielce.
- Kram J., 1995: *Zarys kultury żywego słowa*. Warszawa.
- Kurkowska H., 1983: *Przedmowa do wydania drugiego*. W: Styczek I.: *Logopedia*. Warszawa.
- Ołtuszewski W., 1896: *Higiena mowy*. Warszawa.
- Park R.E., Burgess W., 1926: *Wprowadzenie do nauki socjologii*. Poznań.
- Radzewicz-Winnicki A., 1987: *Działania kompensacyjne w socjolingwistycznej teorii Basila Bernsteina*. W: *Pedagogika społeczna w perspektywie przemian gospodarczych*. Red. A. Radzewicz-Winnicki. Katowice.
- Roter A., 2005: *Proces socjalizacji dzieci w warunkach ubóstwa społecznego*. Katowice.

- Skorek E.M., 2001: *Dzieci z zaburzeniami mowy wśród rówieśników w klasie szkolnej*. Kraków.
- Sobocińska R., 1996: *Niepowodzenia szkolne dziecka z zaburzoną wymową*. W: *Profilaktyka logopedyczna szansą dla dziecka i logopedy*. Red. E. Biernacka. Warszawa.
- Spionk H., 1963: *Rozwój i wychowanie małego dziecka*. Warszawa.
- Styczek I., 1979: *Logopedia*. Warszawa.
- Syrek E., 2000: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice.
- Syrek E., 2002: *Reprodukcja kulturowa a socjalizacja zdrowotna*. W: *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*. Red. Z. Żukrowska, R. Żukrowski. Warszawa.
- Szczepański J., 1972: *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa.
- Tillman K.J., 1996: *Teorie socjalizacji: społeczność, instytucja, upodmiotowienie*. Warszawa.
- Turner J.H., 1998: *Socjologia: Koncepcje i ich zastosowanie*. Poznań.
- Woynarowska B., red., 2000: *Zdrowie i szkoła*. Warszawa.
- Woźniak Z., 1990: *Socjometryczne aspekty funkcjonowania rodziny*. Poznań.
- Zaleski T., 1993: *Obwodowe mechanizmy mowne*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski. Lublin.
- Znaniński F., 1979: *Socjologia wychowania*. Warszawa.



Zagrożenia zdrowia i edukacja zdrowotna w rodzinie



EWA WŁODARCZYK

Polka w sytuacji macierzyństwa W trosce o osiągnięcie i spełnianie wartości macierzyństwa

Winno opiekować się niewiastą, noszącą w łonie przyszłe pokolenie.

J. Śniadecki

A Pole in the context of motherhood. Out of concern for reaching and fulfilling motherhood

Abstract: Recently, due to the low birth rate in Poland, motherhood has become a topical issue. The author of the text deals with the issues connected with psychological and social conditions of women's attitude to their fulfillment of the motherhood value.

Key words: motherhood, value, social support.

Demografowie (nie tylko w Polsce) ostrzegają: jest nas coraz mniej! Powodów takiego stanu rzeczy w naszym kraju upatrywać należy w splocie kilku czynników.

Pierwsza grupa czynników leży w sferze świadomości. Obecnie kobiety coraz śmielej wychodzą poza przypisywane im stereotypowo role społeczne żony i matki, odkrywając obszary innych możliwości realizacji siebie oraz obierając inne priorytety i inne aspiracje niż tylko macierzyństwo. Wiele z nich (mniej lub bardziej otwarcie) odrzuca tożsamość matki ze względu na to wszystko, co może być w niej ograniczającego (związane z nią wyrzeczenia, obawa przed koniecznością rezygnacji z własnej niezależności, własnych interesów i pragnień, zagrożenie wolności, uszczerbek dla fizycznej atrakcyjności, przeszkoda w osiąganiu wysokiego statusu materialnego, zyskaniu wysokiej pozycji zawodowej, ograniczenie możliwości realizacji własnych marzeń i planów życiowych). Prokreacja stała się przedmiotem kalkulacji, wyważania zysków i strat, wynikiem wyboru, jakiego coraz częściej dokonują młodzi ludzie, decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem na założenie rodziny.

Wzrost poziomu wiedzy medycznej w zakresie prokreacji, doskonalenie metod antykoncepcji oraz rosnąca samoświadomość kobiet zrelatywizowały postawy wobec płodności, uzależniając plany rodzicielskie od szeregu czynników i traktując potencjał prokreacyjny jako przedmiot świadomego wyboru, z którego można korzystać według własnych chęci i priorytetów.

Prawdopodobnie jednak na kształtowanie się poglądów dotyczących posiadania dzieci w najbardziej znaczący sposób wpływa obecnie mierność warunków ekonomicznych rodzin, powodująca w konsekwencji obniżenie poziomu dzietności, dobrowolną i świadomą bezdzietność, odkładanie urodzenia pierwszego dziecka, preferowanie modelu rodziny 2+1, ewentualnie 2+2 oraz zjawisko nielegalnych aborcji. Formułowana często opinia o tym, że dzieci obniżają poziom życia materialnego rodziny i są sporym obciążeniem dla budżetu domowego, jest argumentem silnie osłabiającym „nakaz macierzyństwa”. Racja ekonomiczna jest również jedną z motywacji skłaniających kobiety do podejmowania pracy zawodowej, co pociąga za sobą częstokroć unikanie macierzyństwa lub pogorszenie jakości jego wypełniania, gdy już zaistnieje. Nieustabilizowana pozycja na rynku pracy kobiet i/lub ich partnerów, wzrastające bezrobocie, ubóstwo sporej części społeczeństwa to kolejne przyczyny tego, że macierzyństwo przestaje być cenione i widziane jako cel życiowy.

Zdaje się zatem kwestią oczywistą, że macierzyństwo powinno być (na każdym etapie jego realizowania) przedmiotem troski i obszarem wielopłaszczyznowego wsparcia ze strony społeczeństwa. W niektórych

kęgach społecznych macierzyństwo jest ukazywane głównie w kategoriach powołania, daru, wyróżnienia, błogosławieństwa, radości, szczęścia. Nie podważając takich aspektów, trzeba jednak pozostać czujnym, by w tej wyidealizowanej, sielankowej wizji nie zabrakło trzeźwego rejestrowania potencjalnych i występujących już czynników ze sfery psychicznego zdrowia, które mogą wymagać interwencji pomocowej.

W psychologicznej propozycji wyróżnienia zdarzeń życiowych, które mogą zaburzać funkcjonowanie człowieka¹, na 12. pozycji usytuowana jest ciąża. Istotnie, znakomita większość kobiet, które w bagażu doświadczeń mają okres ciąży i narodziny dziecka/dzieci, potwierdza, że jest to sytuacja życiowa silnie związana ze stresem, począwszy od momentu potwierdzenia, że rozwija się w nich nowe życie. Urodzenie dziecka można także uznać za zdarzenie nazywane w psychologii wydarzeniem zmiany życiowej (*life change events*), a więc takim, które dotyczy ważnych spraw i cennionych wartości oraz któremu towarzyszy poczucie nieskuteczności dotychczasowych sposobów postępowania, stan obciążenia, napięcia i niedopasowania wymagań do kompetencji, co zmusza jednostkę do dokonania zmian w zachowaniu i życiu (za: Sę k, 1991, s. 25).

W zasadzie można powiedzieć, że ile brzemiennych kobiet, tyle obaw. Na podstawie rozmów z wieloma matkami pozwolę sobie stwierdzić, że wśród najczęściej rejestrowanych przez brzemiennie kobiety obaw zgłaszane są następujące lęki (które można nazwać ogólnie lękami przed nieznanym)²:

1) dotyczące dziecka:

- obawy o prawidłowy rozwój i zdrowie poczętego dziecka, połączone często z poczuciem winy kobiety, że nie dość przygotowała się do okresu ciąży (fizycznie, zdrowotnie i psychicznie) oraz że nie dość dbała o siebie (zwłaszcza w początkowym okresie ciąży), a także z obawami o to, czy stres i środowisko życia nie wpłynęły źle na rozwój dziecka; bywają to również lęki przed przekazaniem dziecku chorób genetycznych, przed urodzeniem chorego dziecka, wzmacniane doświadczeniem wcześniejszej źle znoszonej lub trudno przebiegającej ciąży i/lub porodu czy doświadczeniami wcześniejszych poronień lub martwych urodzeń, a także obserwowanymi u innych matek doświadczeniami związanymi z patologicznym przebiegiem ciąży lub urodzeniem chorych dzieci;
- obawy dotyczące przyszłości dziecka, jego zdrowia i wzrastania (rozwoju we wszystkich aspektach);

¹ Mowa tu o Uporządkowanej Skali Ocen Społecznych, skonstruowanej przez Holmesa i Rahe'a. Jest to lista 43 zdarzeń życiowych wraz z przypisanymi im wartościami liczbowymi, będącymi odzwierciedleniem siły towarzyszącego im stresu.

² Autorka dziękuje w tym miejscu za zaufanie wszystkim matkom, które w rozmowie podzieliły się refleksją na temat obaw, jakie towarzyszyły im w okresie ciąży.

2) dotyczące kobiety:

- obawy związane z samym porodem, dotyczące jego przebiegu, strach przed bólem i nieumiejętnością właściwego zachowania się w kolejnych fazach porodu;
- obawy związane z tym, czy zdoła poradzić sobie w bliższej i dalszej przyszłości z obowiązkami matki (pytania kobiety zadawane samej sobie, czy będzie potrafiła zająć się maleństwem, które w niej rośnie, a nawet obawy, że nie będzie potrafiła go kochać) i z godzeniem roli matki z innymi rolami społecznymi (zwłaszcza ambiwalentne odczucia towarzyszące rozważaniom powrotu do aktywności zawodowej), niekiedy zbudowane na negatywnym obrazie samej siebie, postrzeganiu się jako niewystarczająco wyposażonej w wiedzę i umiejętności do udanego wypełniania roli matki;
- obawy związane z koniecznością wielorakiej reorganizacji życia osobistego;

3) dotyczące i dziecka i matki:

- obawy związane z sytuacją ekonomiczną rodziny;
- obawy związane ze sferą emocjonalną w relacjach z osobą ojca dziecka;
- obawy związane z brakiem akceptacji ze strony rodziny pochodzenia matki i ojca;

4) przed urodzeniem dziecka;

5) po urodzeniu dziecka.

Wszystkie te lęki i rozterki mogą splatać się z pasywnością, z niskim poczuciem własnej wartości, z brakiem wiary w „lepsze jutro” oraz motywacji i gotowości, by wziąć swój los we własne ręce, a także z toksycznymi emocjami i uczuciami smutku, strachu, niepokoju, przerażenia, stanami przygnębienia, zniechęcenia, beznadziei, a nawet depresji. Psychologowie sygnalizują, że jest niezwykle ważne, by kobiety, które przeżywają takie emocje, nie próbowały ich tłumić, gdyż prowadzić to może do jeszcze poważniejszych obciążających następstw w sferze psychiki, dlatego korzystnie jest stworzyć im bezpieczne warunki do zwербalizowania myśli i emocji (pomaga to spojrzeć na problem z dystansu, lepiej go zanalizować) oraz odreagowania owych emocji.

R.S. Lazarus, który centrum swych zainteresowań uczynił krytyczne zdarzenia życiowe, zwrócił uwagę na zjawisko przyrównane do rozchodzenia się fal na wodzie: sytuacja stresowa może się stać źródłem kolejnych stresów i pociągać za sobą kolejne stany krytyczne. W wyniku wystąpienia krytycznego zdarzenia życiowego jednostki na ogół uruchamiają w sobie rezerwuary możliwości i strategii służących radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami. Zdaniem R.S. Lazarusa, ludzie dokonują wtedy dwójakiej oceny: znaczenia danej sytuacji w ich życiu oraz zachowań zaradczych, jakimi dysponują w sytuacji, w jakiej się znaleźli (za: S e k u l o -

w i c z, 2000, s. 57). Zwykle korzystają z jednego lub kilku (wyróżnionych przez Lazarusa i jego współpracowników) sposobów radzenia sobie: poszukują informacji i zdobywają wiedzę potrzebną do podjęcia racjonalnej decyzji lub do przewartościowania zagrożenia; podejmują bezpośrednie (aktywne) działania zaradcze, skierowane na własną osobę lub otoczenie; powstrzymują się od działań, tłumacząc ich zaniechanie jako jeden ze sposobów zaradczych; uruchamiają procesy intrapsychiczne, poznawcze, służące zaradczej regulacji emocji, w postaci mechanizmów obronnych (S e k u ł o w i c z, 2000, s. 59).

Często jednak problemy, którym trzeba stawić czoła, pojawiają się nagle i/lub narastają z taką siłą, że zasoby tkwiące w jednostkach okazują się niewystarczające, by pokonać negatywne skutki tychże zdarzeń i sprostać nowym wymaganiom. Potrzeba tutaj zatem wsparcia z zewnątrz.

Konkretyzacją reakcji społecznej na obawy towarzyszące kobietom, które będą lub są matkami, mogą być następujące rodzaje wsparcia społecznego³:

- wsparcie emocjonalne, polegające na przekazywaniu emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, na dawaniu werbalnych i niewerbalnych komunikatów o pozytywnych uczuciach wobec osoby, okazywaniu jej akceptacji, przychylności, empatii i solidarności, a także dawaniu jej poczucia bezpieczeństwa i zaspokojeniu potrzeby afiliacji w celu wyzwolenia poczucia nadziei, rozładowania napięcia i podtrzymania nastroju⁴,
- wsparcie wartościujące, zogniskowane wokół dawania komunikatów służących wzmacnianiu poczucia własnej wartości, dostarczające również zapewnień o ważności partnerów relacji, wzajemnym szacunku oraz poczuciu znaczenia i godności,
- wsparcie instrumentalne, związane z wymianą instrumentów, jakimi są sposoby postępowania, zdobywania informacji i dóbr materialnych;
- wsparcie rzeczowe, związane z konkretną pomocą materialną, rzeczową i finansową,
- wsparcie informacyjne, nazywane niekiedy poznawczym, związane z wymianą takich informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu własnej sytuacji i problemu, z reinterpretacją zdarzeń w kierunku ich zrozumienia, z edukowaniem, rozwiewaniem wątpliwości, z dawaniem

³ Znakomitą próbą usystematyzowania wiedzy na temat wsparcia społecznego jest opracowanie *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (Sęk, Cieślak, red., 2004). Ponadto na temat wsparcia społecznego zob. m.in. S. Kawula (2005, s. 127–128), Z. Dołęga (2001, s. 549–500).

⁴ Więcej zob. np. D. Becelewska (2005).

szukającej wsparcia osobie informacji, rad pomocnych w rozwiązywaniu jej problemów, z dzieleniem się własnym doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne trudności,

- wsparcie duchowe (psychiczno-rozwojowe), zwłaszcza w sytuacjach bez wyjścia, gdy osoba pogrążona jest w stanie apatii i rezygnacji.

W efekcie dostosowanego do potrzeb i skutecznie udzielonego wsparcia społecznego można się spodziewać, że osoba, której tego wsparcia udzielono, zostanie wzmocniona psychicznie i zachęcona do działania, do podjęcia prób przezwyciężenia piętrzących się przed nią trudności.

Jak stwierdza E. Greenglass, zebrano dane świadczące o pozytywnym wpływie wsparcia społecznego na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz potwierdzające, że stopień zakorzenienia w relacjach i sieciach zapewniających wsparcie społeczne jest silnym predyktorem zdrowia i zachowalności (Greenglass, 2004, s. 146).

Opierając się na założeniu, że system wartości i zachowanie kobiet zależy głównie od relacji interpersonalnych (Mandal, 2000, s. 144), przyjmuje się, że owo wsparcie społeczne może odgrywać w życiu kobiet znaczącą rolę⁵ (nie pomijając przy tym indywidualnych różnic w zakresie potrzeby wsparcia, jego percepcji, inicjowania, poszukiwania, udzielania i przyjmowania). Kobiety „w porównaniu z mężczyznami angażują się w relacje bardziej bliskie, emocjonalne i pozwalające na otworzenie się” (Greenglass, 2004, s. 146) oraz „potrzebują raczej więcej bliskich kontaktów z ludźmi, które byłyby przez nie przeżywane jako wspierające je, podtrzymujące na duchu i będące wyrazem troski” (Mandal, 2000, s. 148). Specyfika ich reakcji może wynikać z częstszej u kobiet niż u mężczyzn skłonności do nawiązywania większej liczby bliskich relacji oraz z odmiennej socjalizacji dziewcząt i chłopców (dziewczynki uczone są koncentracji na osobach i na emocjach oraz trenowane w rozwijaniu umiejętności interpersonalnych). W wyniku takiej emocjonalności i ekspresyjności oraz odmienności socjalizacji kobiety uważają wspieranie innych oraz wsparcie społeczne za istotną wartość oraz chętniej wykorzystują prospołeczny, emocjonalny, raczej pasywny, unikający styl radzenia, związany z poszukiwaniem wsparcia (Mandal, 2000, s. 145). Ponadto kobiety w trudnych dla nich chwilach silniej niż mężczyźni odczuwają i ujawniają potrzebę wsparcia, realizowaną przede wszystkim w relacjach z ludźmi i utożsamianą w specyficznym dla kobiety sposobie z relacją potrzebną do opowiedzenia o swoich troskach i niepowodzeniach oraz ze sposobem na poprawienie obniżonego nastroju (w przeciwieństwie do mężczyzn, którzy raczej w takich sytuacjach nastawieni są na styl zadaniowy radzenia,

⁵ Więcej o potrzebie wsparcia społecznego powiązanej ze zmienną płci, także w świetle wyników badań, zob. np. E. Mandal (2000, s. 143–154) oraz E. Greenglass (2004).

a wsparcie pojmują bardziej instrumentalnie, jako użyteczną interakcję pomagającą w pokonywaniu trudności w realizacji zadań) (Mandal, 2000, s. 149).

Jak sygnalizuje H. Sęk (1991, s. 26), wiedza z zakresu krytycznych wydarzeń życiowych „może mieć swoje zastosowanie zarówno w opracowaniu prewencyjnych programów przygotowujących do spotkania z tymi wydarzeniami, jak i pod postacią prewencyjnej pomocy towarzyszącej krytycznym wydarzeniom”⁶. Oprócz wsparcia społecznego dla kobiet, które już urodziły dzieci, nie można więc pominąć postulatu wspierania kobiet, będących jeszcze w ciąży. Coraz częściej też zwraca się uwagę na buforowe – pośrednie, wyprzedzające działanie wsparcia. „Zakłada się bowiem, że uzyskane wcześniej wsparcie społeczne może mobilizować źródła osobistych zasobów radzenia sobie i zdolności opierania trudnościom, a zatem pośrednio prowadzić do wymaganych istotnych zmian w mechanizmach przystosowania do zmienionych warunków życia. W takim rozumieniu wsparcie społeczne stanowi element prewencji pierwotnej, zarówno tej ukierunkowanej na otoczenie społeczne, jak i tej indywidualnej – ukierunkowanej na osobę” (Dołęga, 2001, s. 547). Zgodnie z hipotezą buforową w sytuacji silnego stresu istniejące, spostrzegane i otrzymywane wsparcie społeczne działa na zasadzie buforu, obniżając napięcie stresowe i osłabiając jego negatywne skutki, a ponadto może wpływać na procesy oceny w przebiegu stresu (zmieniając ocenę typu „strata” i „zagrożenie” na ocenę typu „wyzwanie” oraz zmieniając oceny własnych kompetencji i w konsekwencji umiejętnego poprowadzenia przez profesjonalistę w toku interakcji pomocowej, podwyższając poczucie własnej skuteczności zaradczej) (Sęk, Cieślak, 2004, s. 26).

Obawy dotyczące zdrowia (dziecka i samej kobiety) skutecznie mogłyby rozwiązać kuratela kompetentnego lekarza ginekologa położnika, gotowego odpowiedzieć rzeczowo i wyczerpująco na wątpliwości kobiety oraz czujnego na wychwycenie w sferze zdrowia matki i dziecka potencjalnych nieprawidłowości, wymagających dodatkowych badań i konsultacji, zorientowanego w ofercie dodatkowych badań, jakie można wykonać, jeśli zachodzi taka potrzeba. Zdumiewa współczesna technika, stosowana w diagnostyce prenatalnej; trzeba jednak pamiętać, że często jest ona obecna w miastach, gdzie ulokowane są kliniki, a to oznacza, że wiele kobiet pozbawionych jest możliwości korzystania z nich lub ma utrudniony dostęp do takich placówek.

⁶ Główne formy prewencyjne mogłyby tu przyjąć trojaka postać: uczenia osobistych kompetencji dla rozwoju własnych potencjałów i wyposażenia w umiejętności skutecznego radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami, udzielania specjalistycznej pomocy prewencyjnej w indywidualnym doradztwie psychologicznym oraz działalności konsultacyjnej, eksperckiej i ogólnoedukacyjnej (za: Sęk, 1991, s. 35–36).

Dojrzałego macierzyństwa (i ojcostwa) uczą szkoły rodzenia, których zadaniem jest „zapoznanie przychodzących tam par z intensywnością, dynamiką i potęgą tego wydarzenia, jakim jest poród, uświadomienie im, że poród to twórcze doświadczenie wymagające miłości oraz ogromnego wysiłku ciała i umysłu, którego owocem jest pojawienie się nowej istoty ludzkiej”⁷. Program zajęć w tych szkołach powinien być skrojony na miarę zgłaszanych przez matki potrzeb oraz obejmować i nabywanie wiadomości (m.in. zagadnienia dotyczące dynamiki porodu, edukacja w zakresie opieki nad dzieckiem i podstaw psychologii rozwojowej i wychowawczej), i kształtowanie umiejętności (np. opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, reorganizacji życia rodzinnego po narodzinach dziecka), a wśród osób prowadzących zajęcia winni znaleźć się przedstawiciele różnych profesji (np. położne, ginekolodzy położnicy, pediatrzy, psychologowie). Niestety, są to zajęcia, w których udział jest w pełni finansowany przez osoby zainteresowane, co sprawia, że wiele par z przyczyn ekonomicznych z nich rezygnuje.

Wiele obaw kobiet wiąże się z samym procesem porodu. Mimo obserwowanej od kilku lat poprawy jakości opieki okołoporodowej (dzięki pomysłodawcom akcji „Rodzić po ludzku”) nadal jeszcze zdarza się, że kobiety, wspominając poród i traktowanie ich na sali porodowej, a później na oddziale położniczym przez personel medyczny, skarżyły się na poczucie osamotnienia, na minimalne zainteresowanie personelu ich osobą, na bycie na sali porodowej pozostawionymi samymi sobie i na brak wskázówek dotyczących zachowań w kolejnych fazach porodu i ułatwiających jego przebieg, na brak informacji dotyczących ich zdrowia i stanu zdrowia dzieci, na traktowanie przez personel przedmiotowo i obojętnie. Perspektywy rodzenia dziecka w takich okolicznościach, bez możliwości wyboru placówki bardziej przyjaznej, niepotrzebnie dodatkowo podsycają lęki kobiet. Konieczne jest zatem zapewnienie poczucia bezpieczeństwa psychicznego matek dzięki rzetelnej informacji lekarskiej i obecności życzliwego, skorego do pomocy personelu medycznego, którego uwaga nie będzie skoncentrowana jedynie na fizycznych i medycznych aspektach porodu, ale uwzględni także potrzeby psychologiczne i społeczne rodzących.

Ciągle rzadkością jest korzystanie ze wsparcia psychologicznego przez kobiety, które czują, że nie będą w stanie unieść ciężaru realizacji przyszłego (lub już istniejącego) macierzyństwa. Bezwzględnie konieczne jest stworzenie takiego systemu wsparcia, w którym pomoc winna zmierzać przede wszystkim do obniżenia lęku i napięcia emocjonalnego,

⁷ Więcej o szkołach rodzenia, o ich obecnych funkcjach i o propozycjach zmian zob. np. A. Kamińska, W. Klapa (2000, s. 173).

pozytywnego wzmocnienia kobiety ciężarnej przez różne formy wsparcia oraz wskazania jej sposobów radzenia sobie w zaistniałej sytuacji, czyli uruchomienia strategii radzenia (B a r a ń s k a, 1995, s. 67). Odpowiednio przygotowanych psychologów powinno się zatrudniać tam, gdzie trafiają przyszłe matki i kobiety debiutujące w tej roli: w gabinetach ginekologicznych i oddziałach położniczych. Należałoby także wprowadzić do szpitali odpowiednio wyszkolonych psychologów, którzy byłiby pomocni zarówno kobietom, jak i personelowi w stwarzaniu warunków porodów psychicznie bezpiecznych⁸.

Może warto byłoby też zadbać o to, by rozszerzono ofertę wartościowych programów telewizyjnych i artykułów w czasopiśmiennictwie kobiecym, poruszających w dostępny i rzetelny naukowo sposób kwestie macierzyństwa (czy szerzej rodzicielstwa) na każdym jego etapie, popularyzujących wiedzę z tego obszaru i wyposażających w niezbędne kompetencje.

Uspokajająca dla kobiet oczekujących dzieci byłaby również świadomość, że żyją w państwie, które wielowymiarowo troszczy się o kobiety spodziewające się dziecka i o kobiety matki. Niebagatelne znaczenie dla kształtowania się postaw wobec potencjalnego lub faktycznego macierzyństwa ma także obserwowana sytuacja ekonomiczna państwa oraz polityka anty- lub pronatalna państwa, zachęcająca lub zniechęcająca do prokreacji. Program polityki prorodzinnej państwa powinien mieć charakter długofalowy, systemowy i kompleksowy. Jednym z nadrzędnych (i co ważne – długookresowych) celów polityki rodzinnej powinno być tworzenie warunków do efektywnego funkcjonowania rodzin poprzez wspomaganie ich we wszystkich fazach ich istnienia. Do realizacji zintegrowanej polityki rodzinnej potrzebna jest jednomyślność celów w poszczególnych dziedzinach polityki społecznej oraz ścisła współpraca wielu podmiotów (instytucji administracji rządowej, organów samorządowych i organizacji pozarządowych). Polityka prorodzinna w Polsce ciągle powinna realizować szereg zadań, w tym zwłaszcza zadanie tworzenia warunków do posiadania dziecka/dzieci lub łagodzenia obciążeń związanych z utrzymaniem dzieci oraz tworzenia warunków do godzenia obowiązków rodzicielskich z pracą zawodową (dłuższe urlopy macierzyńskie, płatne urlopy wychowawcze, praca w niepełnym wymiarze godzin).

Ciąża, a następnie urodzenie dziecka i opieka nad nim powoduje wiele zmian w życiu kobiety. Radykalnie zmienia się jej codzienność, tryb życia: przeorganizowuje się porządek dnia, przerwana zostaje aktywność zawodowa, ulegają osłabieniu relacje społeczne, częstokroć zmienia się hierarchia wartości, podejście do życia, sposób myślenia.

⁸ Taki postulat wysunęła już np. M. Kościelska (1998, s. 55).

O ile kobiety oczekujące dziecka mogą liczyć na zainteresowanie specjalistów, o tyle zwykle wraz z opuszczeniem szpitala z nowo narodzonym dzieckiem są zdane na siebie, nękane wątpliwościami i obawami, które nabierają na sile, gdy matki znajdują się w czterech ścianach swych domów.

Pewna część kobiet, które zaszły w ciążę, odczuwa lęk przed tym, co przyniesie przyszłość, począwszy od okresu ciąży poprzez poród po obawy związane z generalną akceptacją różnych aspektów macierzyństwa. Potrzeba zatem najpierw sieci poradnictwa, a potem akcji informacyjnej (w poradniach dla kobiet czy gabinetach ginekologicznych, jak również w środkach masowego przekazu), która wyposażałaby kobiety w wiedzę pozwalającą im zorientować się, dokąd mogą się udać po pomoc (materiałną, usługową i psychologiczną) w związku z różnymi aspektami ich nowej sytuacji życiowej.

Rodzajem wsparcia są wizyty patronażowe położnych środowiskowych, których zadaniem jest opieka nad położnicą i noworodkiem do 6. tygodnia życia. Częstokroć położne są kompetentne w dziedzinie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, fachowo udzielają informacji i rad dotyczących sfery biologiczno-fizjologicznej kobiety oraz czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych nad noworodkiem i niemowłębem, ale będąc tak blisko kobiety, nie podejmują żadnego wysiłku w kierunku pomocy (często z braku kompetencji), widząc niedomagania kobiety w sferze zdrowia psychicznego. Sądzić jednak można, że profesjonalnej kadrze położnych zależy na podnoszeniu kwalifikacji, obejmującym także choćby minimalne psychologiczne przygotowanie do kontaktu z rozchwieaną emocjonalnie kobietą-matką.

Naprzeciw potrzebom kobiet matek wychodzi pomoc społeczna, która ma wspierać i uzupełniać rodzinę, reagując na złożone trudne sytuacje, w których się znalazła⁹. Funkcjonujące w polskich realiach jednostki organizujące pomoc społeczną oraz organizacje pozarządowe w różnych zakresach, za pomocą różnych instrumentów (i z różnym poziomem efektywności) odpowiadają na wielorakie potrzeby zgłaszane przez członków rodzin. Podkreśla się, że w pomocy rodzinom preferuje się głównie zaspokajanie potrzeb materialnych, wiedzieć jednak trzeba, że dostrzeżenie wagi trudności bytowych w tych rodzinach jest konieczne, gdyż tak długo, jak trudności materialne będą przez nie odczuwane jako najbardziej uciążliwe, tak długo nieefektywne będzie udzielanie im pomocy na innych płaszczyznach, ponieważ kłopoty materialne będą je przesłaniać i dominować nad innymi. Ważne jest, by udrożnić ścieżki dojścia do usług organi-

⁹ Powody, które mogą stać się podstawą do ubiegania się o pomoc społeczną przez osoby i rodziny, wskazuje art. 7 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku.

zacji pomocowych. Znaczną przeszkodą w łagodzeniu trudności, na jakie napotykają kobiety matki, jest ciągle jeszcze brak informacji o przysługujących im uprawnieniach, brak orientacji w możliwościach oraz lokalizacji ośrodków, do których mogłyby udać się po wsparcie. Być może potrzeba w pewnych środowiskach lokalnych zwiększenia społecznej świadomości istnienia agend rządowych i pozarządowych, rozpowszechnienia informacji o możliwościach uzyskania w razie potrzeby konkretnej pomocy oraz odpowiedniej edukacji społeczeństwa, akcentującej ogólnodostępność usług socjalnych i prawo obywateli do korzystania z nich, bez poczucia bycia z tego powodu napiętnowanym. Przed projektowaniem i udzieleniem pomocy należałoby przeprowadzić solidną, kompleksową diagnozę faktycznych potrzeb kobiet, które staną się lub już są matkami, i zacząć od starannego ustalenia ich faktycznych oczekiwań, by wyznaczyć kierunek i formy wsparcia, dobrać właściwe działania zaradcze i udzielić adekwatnej pomocy, zindywidualizowanej w zależności od cech i elementów konkretnej sytuacji. Truizmem jest stwierdzenie, że potrzeba tu zintegrowanych działań (współpracujących z sobą wielu podmiotów, w których centrum zainteresowania stałaby kobieta matka), idących dwutorowo: w kierunku inicjowania lokalnych form działalności w ramach profilaktyki wsparcia, w celu wyprzedzenia sytuacji wymagających interwencji, oraz w kierunku doskonalenia działań instytucjonalnych, ukierunkowanych na kompensację, pomoc, opiekę, poradnictwo i terapię.

Oprócz wspomnianych specjalistycznych ośrodków pomocy i konsultantów nie można pominąć i nie podkreślić roli nieformalnego wsparcia społecznego. Ważne jest, by osoby w najbliższym dla siebie układzie społecznym znalazły bądź wytworzyły tzw. spiralę życzliwości¹⁰, czyli określone grupy wsparcia społecznego, gotowe do służenia w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych (wsparcia w pięciu wcześniej wymienionych płaszczyznach). Często nawet tylko sama świadomość, że ma się wokół siebie osoby gotowe do pomocy, już może dawać poczucie bezpieczeństwa i wzmacniać psychicznie.

Nie do przecenienia jest tu rola ruchu samopomocowego, w którym ma miejsce podejmowanie w grupie osób podobnych pod jakimś względem prób radzenia sobie z problemami indywidualnymi, związane z wymianą doświadczeń, rozszerzaniem pola wiedzy i doskonaleniem umiejętności oraz psychologicznym wzmacnianiem jednostek w ich społecznym funkcjonowaniu. Jedną z propozycji może być pomysł A. Kamińskiej i W. Kłapy „Szkoła matek” (K a m i ń s k a, K ł a p a, 2000, s. 178) jako kontynuacja szkoły rodzenia i metoda promocji zdrowia organizowana w formie grup

¹⁰ O spirali życzliwości pisał S. Kawula m.in. w artykule: *Społeczne wsparcie nadzieją w życiu człowieka* (R o m a n o w s k a - Ł a k o m y, red., 2000, s. 163).

wsparcia dla matek. Te spotkania o nieformalnym charakterze (podczas których moderatorami dyskusji powinni być pracownicy szkoły rodzenia, sugerujący tematykę rozmów, czuwający nad ich przebiegiem, korygujący błędne, nietrafne stwierdzenia) byłyby okazją do wymiany doświadczeń i dyskusji matek o problemach, jakie napotykają w trakcie wychowania dzieci, zmianach w ich życiu po narodzinach dziecka, a także na temat rozwoju psychicznego i fizycznego niemowląt.

Z pewnością w centrum szerszego i specyficznego zainteresowania winny znaleźć się kobiety, których macierzyństwo wiąże się ze szczególnie trudnymi wymiarami, np. macierzyństwo małoletnich, matek dzieci niepełnosprawnych, matek uzależnionych¹¹.

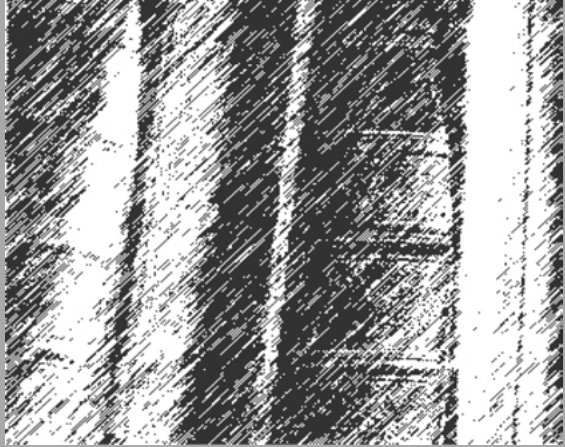
Troska o matki (potencjalne i aktualne) to inwestycja w przyszłość. Wiele mówi się o ważności tego postulatu, ciągle nie dość jednak podejmowanych inicjatyw, które by tę ideę rzetelnie realizowały.

Bibliografia

- Barańska M., 1995: *Psychologiczne aspekty ciąży i porodu wysokiego ryzyka*. W: *Rodzina i prokreacja*. Red. B. Chazan. Warszawa.
- Becełewska D., 2005: *Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej*. Katowice.
- Chazan B., red., 1995: *Rodzina i prokreacja*. Warszawa.
- Chymuk M., Topa D., red., 2000: *Edukacja prorodzinna*. Kraków.
- Dolęga Z., 2001: *Wsparcie społeczne a poczucie samotności w okresie dorastania*. W: *Młodzież a dorośli. Napięcia między socjalizacją a wychowaniem*. Red. R. Kwiecińska, M.J. Szymański. Kraków.
- Greenglass E., 2004: *Różnice wynikające z ról płciowych, wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. Sęk, R. Cieślak. Warszawa.
- Kamińska A., Kłapa W., 2000: *Edukacyjne zadania szkoły rodzenia*. W: *Edukacja prorodzinna*. Red. M. Chymuk, D. Topa. Kraków.
- Kawula S., 2000: *Społeczne wsparcie nadzieją w życiu człowieka*. W: *Radość i cierpienie. Fenomenologia rozwoju człowieka*. Red. H. Romanowska-Łakomy. Olsztyn.
- Kawula S., 2005: *Czynniki i sieć wsparcia społecznego w życiu człowieka*. W: *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualności – perspektywy*. Red. S. Kawula. Toruń.
- Kawula S., red., 2005: *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*. Toruń.
- Kornas-Biela D., red., 1999: *Oblicza macierzyństwa*. Lublin.
- Kościelska M., 1998: *Trudne macierzyństwo*. Warszawa.

¹¹ Ze względu na specyfikę kształtu i funkcjonowania każda z tych postaci macierzyństwa musiałaby stanowić osobny przedmiot analizy i każdej można by poświęcić odrębne studium.

- Kwiecińska R., Szymański M.J., red., 2001: *Młodzież a dorośli. Napięcia między socjalizacją a wychowaniem*. Kraków.
- Mandal E., 2000: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice.
- Nikoniuk-Zaworska D., red., 2002: *Obszary zainteresowań pedagogów społecznych*. Olsztyn.
- Popiołek K., red., 1996: *Psychologia pomocy*. Katowice.
- Romanowska-Łakomy H., red., 2000: *Radość i cierpienie. Fenomenologia rozwoju człowieka*. Olsztyn.
- Sekułowicz M., 2000: *Matki dzieci niepełnosprawnych wobec problemów życiowych*. Wrocław.
- Sęk H., 1991: *Psychologiczna prewencja jako obszar badań i zastosowań*. W: *Zagadnienia psychologii prewencyjnej*. Red. H. Sęk. Poznań.
- Sęk H., red., 1991: *Zagadnienia psychologii prewencyjnej*. Poznań.
- Sęk H., Cieślak R., 2004: *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. Sęk, R. Cieślak. Warszawa.
- Sęk H., Cieślak R., red., 2004: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa.
- Zaborowski Z., 1993: *Wsparcie społeczne*. „Opieka – Wychowanie – Terapia”, nr 2.



ANNA TOPORSKA

Wiedza kobiet na temat zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i porodu

The knowledge of women on healthy behaviours in the period of pregnancy and confinement

Abstract: The article presents the studies concerning the knowledge of women on healthy behaviours in the period of pregnancy and confinement. The author concentrates on medical care in the period of pregnancy, nourishment, substance, hygiene, physical activity, sexual life and breast feeding.

Key words: motherhood, healthy behaviours, lifestyle, medical care, nourishment, substances, hygiene, physical activity.

Macierzyństwo i ojcostwo jest unikatowym, niepowtarzalnym wydarzeniem w życiu kobiety i mężczyzny, zarówno planujących pierwszą ciążę, jak i posiadających już potomstwo. Odpowiedzialne rodzicielstwo wyznacza przyszłym rodzicom priorytety, związane z właściwym przygotowaniem ich organizmów do planowanej ciąży i jej przebiegu.

Rodzicielstwo wiąże się z pewnymi prawami i obowiązkami wobec dzieci. Dbłość przyszłych rodziców o własne zdrowie przed ciążą, a także w czasie jej trwania jest wyrazem właściwie rozumianej rodzicielskiej troski o dobro dziecka. To od zdrowia, postaw oraz zachowań zdrowotnych kobiety i mężczyzny zależy w dużej mierze rozwój fizyczny i psychiczny ich dziecka. Popęłniane błędy czy zaniedbania mogą się przyczynić do różnorodnych kłopotów lub powikłań. Wprawdzie to kobieta nosi pod swoim sercem dziecko przez okres ciąży, ale czas ten i pojawiające się w nim problemy powinni przeżywać oboje rodzice, ponieważ przyjęcie takiej postawy sprzyja zarówno harmonii układu rodzinnego, jak i rozwojowi dziecka (Łepekka-Klusek, 2003, s. 116).

Dbłość o zdrowie, postawy i zachowania zdrowotne wiążą się ze stylem życia, czyli całokształtem cech charakterystycznych dla zachowania się jednostki, ujawniającym się zwłaszcza w życiu codziennym, w sposobie odżywiania się, spędzania czasu wolnego, aktywności fizycznej, stosunkach międzyludzkich itp. (*Nowa encyklopedia powszechna PWN*, 1997, s. 301).

Zachowania zdrowotne określa się jako postępowanie, działania (lub ich zaniechanie), które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka. Zachowania te można podzielić na zachowania sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne) i zagrażające zdrowiu (antyzdrowotne, negatywne). Do pierwszej grupy zaliczamy: aktywność fizyczną, racjonalne odżywianie się, dbłość o higienę ciała i otoczenia, higienę psychiczną, zachowanie bezpieczeństwa, poddawanie się okresowym badaniom stanu zdrowia oraz utrzymywanie właściwych relacji między ludźmi, optymalizacja stresu i radzenie sobie z nim (Woynarowska, Sokołowska, 2000, s. 15) oraz właściwy odpoczynek i posiadanie jakiegoś hobby (Gawęcki, Mossor-Pietraszewska, 2004, s. 4). Zachowania biopozytywne wykazują pozytywny wpływ na stan zdrowia człowieka, mają na celu lub dają w efekcie podtrzymanie, umacnianie, przywracanie zdrowia i sprawności (Kulik, Latański, 2002, s. 75–76). Zachowania antyzydrowotne to: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne (Woynarowska, Sokołowska, 2000, s. 15). Zachowania bionegatywne niekorzystnie wpływają na zdrowie, wywołują chorobę lub utratę sprawności, utrudniają profilaktykę, wczesną diagnozę oraz opóźniają proces leczenia i rehabilitacji (Kulik, Latański, 2002, s. 75–76).

Zachowania zdrowotne, czyli związane ze zdrowiem, to jakiegokolwiek zachowania lub aktywność człowieka, będące elementem codziennego życia, a ponadto wpływające na stan jego zdrowia. Działania te polegają na praktycznym zastosowaniu przez jednostkę wiedzy na temat zdrowia i choroby, stanowią przedmiot względnie wolnych, indywidualnych decyzji i wyborów (Kulik, Latański, 2002, s. 75–76).

Człowiek odziedziczył zdolność przekazywania życia innym osobnikom, zapewniając w ten sposób ciągłość gatunku. Dziedzictwo to można doskonalić staraniem obojga partnerów o zdrowie przed planowaną ciążą, w czasie jej trwania i po niej, z wykorzystaniem wszystkich środków współczesnej wiedzy (Roszkowski, 1989, s. 6).

Organizm kobiety stanowi dla płodu idealne środowisko wzrostu i rozwoju, nienarodzone dziecko może korzystać z funkcjonowania organów matki. W związku z tym wszelkie zmiany w organizmie kobiety – zarówno korzystne, jak i niekorzystne – mają wpływ na rozwój dziecka. Tylko zdrowa kobieta jest w stanie dać nienarodzonemu dziecku optymalne warunki rozwoju. Dlatego istotne jest, aby wśród ciężarnych i planujących ciążę kobiet prowadzić badania, które miałyby umożliwić ocenę stanu ich wiedzy na temat zachowań zdrowotnych oraz podnoszenie poziomu tej wiedzy dzięki edukacji zdrowotnej.

Badania przeprowadzono na populacji 100 respondentek: 43 kobiet ciężarnych oraz 57 kobiet po porodzie (położnic), w wieku 19–40 lat. Materiał badawczy na temat wiedzy kobiet o zachowaniach zdrowotnych w okresie ciąży i porożu zebrano za pomocą specjalnie opracowanego narzędzia badawczego, jakim był kwestionariusz ankiety.

Czas oczekiwania na narodziny dziecka jest najczęściej okresem największej motywacji rodziców do zdobywania wiedzy na temat zdrowia mającego urodzić się dziecka, a także własnego zdrowia. Edukacja w tym okresie jest bardzo efektywną formą podnoszenia poziomu wiedzy przyszłych rodziców, uczenia ich nowych umiejętności, kształtowania pozytywnych postaw wobec dziecka, wobec partnera, porodu i rodzicielstwa oraz promowania zachowań zdrowotnych (Oppenheim, 1994, s. 228). Wiedza kobiet, dotycząca zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i porożu oraz jej zastosowanie w praktyce życia codziennego zawierała elementy stylu życia, takie jak: opieka medyczna, odżywianie, higiena, aktywność fizyczna, życie seksualne i stosowanie używek.

Opieka medyczna w okresie ciąży i porodu

Opieka prenatalna jest pierwszą fazą opieki matki nad dzieckiem. Regularne wizyty u lekarza ginekologa, monitorowanie przebiegu ciąży, stanu zdrowia płodu i kobiety ciężarnej, błyskawiczne reagowanie na niepokojące symptomy – to wszystko daje szansę nie tylko na urodzenie zdrowego dziecka, ale też na prawidłowy przebieg porodu (M u r a w s k i, 2005, s. 75). Wszelkie działania kobiet w czasie ciąży powinny opierać się na zdobytej wiedzy, dotyczącej tego okresu.

Wiedza kobiet na temat czasu trwania ciąży fizjologicznej jest dobra: 87 respondentek podawało, że ciąża trwa 40 tygodni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki, 6 kobiet twierdziło, iż ciąża trwa dłużej niż 40 tygodni, a 5 – że krócej. Tylko 2 respondenci nie wiedziały, jak długo trwa ciąża fizjologiczna kobiety.

W opinii 89 respondentek liczba wizyt kontrolnych w czasie trwania ciąży powinna wynosić co najmniej 13, natomiast 10 kobiet uważało, że wystarczy 1 wizyta w miesiącu, o ile lekarz nie zaleca inaczej, 1 respondentka stwierdziła, że wizyty powinny odbywać się w razie wystąpienia dolegliwości.

Kobieta spodziewająca się dziecka powinna znać objawy, których wystąpienie wymaga natychmiastowego kontaktu z lekarzem, a jeśli jest to niemożliwe – zgłoszenia się do szpitala (C h a z a n, 1994, s. 179).

Wszystkie badane kobiety uznały, że wskazaniem do wizyty u lekarza jest brak ruchów dziecka, 99 kobiet wymieniło plamienie lub krwawienie z dróg rodnych, a 97 kobiet – stały ból brzucha lub bolesne odczuwanie skurczów. Zwiększona ilość płynnej wydzieliny z pochwy jest wskazaniem do wizyty według 70 kobiet, nieco mniej, bo 68% ankietowanych wskazało stały, silny ból głowy, 66 kobiet uznało, że obrzęki, które nie znikają po wypoczynku nocnym, są wskazaniem do kontaktu z lekarzem prowadzącym ciążę. Wzrost temperatury powyżej 37,5°C jako sygnał do wizyty kontrolnej wskazało 55 kobiet, a nudności i wymioty – 37 respondentek. Wśród ankietowanych znalazły się 2 kobiety, w opinii których bezsenność, ogólny niepokój i podwyższone ciśnienie krwi są wskazaniem do wizyty u lekarza prowadzącego ciążę.

Zastosowanie ultrasonografii w położnictwie pozwala lekarzom ocenić, czy rozwój ciąży i jej przebieg jest prawidłowy, czy płód nie wykazuje wad wrodzonych, czy nie zagraża mu jakieś niebezpieczeństwo. Głowica aparatu USG wysyła fale dźwiękowe o bardzo wysokiej częstotliwości, których komputerowo przetworzone odbicia dają na monitorze obraz narządów wewnętrznych. Zarysy widoczne na ekranie nie są więc praw-

dziwym obrazem płodu, a jedynie wizualizacją efektu odbicia fal ultradźwiękowych (*Encyklopedia zdrowia dziecka*, 1999, s. 88; Kornas-Bieleła, 1993, s. 87–88). Badanie USG powinno być przeprowadzane jedynie ze wskazań lekarskich. Do chwili obecnej nie stwierdzono szkodliwości fal dźwiękowych dla płodu, co wcale nie oznacza, że badanie jest całkowicie bezpieczne. W piśmiennictwie medycznym wskazuje się na możliwy związek między częstymi badaniami USG w ciąży a pewnymi zaburzeniami układu nerwowego dzieci, np. dysleksją. Jednak zagadnienie to wymaga przeprowadzenia jeszcze wielu naukowych analiz, aby potwierdzić lub wykluczyć postawioną hipotezę. Badanie USG stało się w Polsce bardzo popularne, obecnie prawie każda ciężarna kobieta poddaje mu się chociaż raz (*Encyklopedia zdrowia dziecka*, 1999, s. 85–88). Wszystkie respondentki uznały, że każda kobieta ciężarna powinna mieć wykonane takie badanie.

Poród jest jednym z najważniejszych przeżyć w życiu kobiety i mężczyzny. Zwłaszcza dla przyszłej matki może być doznaniem ekstatycznym, żadne inne doznanie nie pozwala na tak silne odczucie biologicznej żywotności własnego organizmu, chociaż wiele kobiet traktuje poród jako koszmar, którego nie chciałyby powtórzyć. Akt porodu kojarzony jest z potwornym bólem, co wywołuje silny lęk, napięcie, a tym samym większą bolesność skurczów i inne dolegliwości (Kornas-Bieleła, 1993, s. 62). Część kobiet (82 badane) kojarzy poród z bólem, a część (79 badanych) – z radością. Dla 47 kobiet chwila porodu wiąże się z odczuwaniem lęku, natomiast dla 44 – z ulgą. 36 respondentek uznało, że poród kojarzy im się z satysfakcją, 13 kobiet kojarzy z przerażeniem, 2 kobiety wiążą poród z przykrością oraz taka sama liczba kobiet – ze strachem o dziecko. Zaledwie 1 kobieta wiąże poród z poczuciem dumy z dziecka oraz 1 kobieta narodziny dziecka kojarzy z upokorzeniem.

Połogiem określa się okres 6–8 tygodni po porodzie, w czasie którego ustępują zmiany powstałe w organizmie kobiety podczas ciąży i porodu oraz występuje laktacja i wznowienie czynności hormonalnej jajników (Marianowski, 2005, s. 77). Podobnie jak w wypadku określania czasu trwania ciąży fizjologicznej u kobiety zdecydowana większość badanych (89 osób) połów definiowała poprawnie, zgodnie z przedstawioną wcześniej definicją. Z okresem karmienia noworodka na żądanie kojarzy połów 5 kobiet, natomiast 3 osoby ankietowane uznały, że połów to zmiany następujące w układzie rozrodczym kobiety, 3 kobiety zaś nie umiały odpowiedzieć na pytanie, co nazywamy połogiem. Większość badanych (72 osoby), czas trwania połogu określiła prawidłowo jako 6–8 tygodni od chwili porodu. 14 respondentek nie wiedziało, ile trwa okres połogu, 10 badanych kobiet uznało, że okres ten trwa 4 tygodnie. Znikoma liczba ankietowa-

nych (2 osoby) określiła ten czas jako 6 miesięcy od chwili porodu, a 2 pozostałe uznały, że połóg trwa tylko 2 godziny od chwili porodu.

W czasie porodu mogą wystąpić objawy, o których kobieta powinna poinformować lekarza ginekologa i które są wskazaniem do wizyty u specjalisty (Marianowski, 2005, s. 79). Większość badanych, czyli 92 respondentki, uznała, że wskazaniem do wizyty u lekarza ginekologa jest obfite krwawienie z dróg rodnych, natomiast 80 kobiet jako powód wizyty u lekarza wskazało na cuchnące odchody lub brak wydzieliny. Podobna liczba respondentek (78) stwierdziła, iż utrzymujący się ból w dole brzucha lub w kroczu oraz zaczerwienienie rany pooperacyjnej lub krocza są sygnałem do wizyty u lekarza. W opinii 67 ankietowanych kobiet wskazaniem do wizyty kontrolnej jest podwyższona temperatura, dla 43 respondentek takim wskazaniem byłby ból, obrzęk i zaczerwienienie w okolicy kończyn dolnych, 34 badane kobiety za dolegliwość, która jest wskazaniem do skontaktowania się z lekarzem, uznały zaburzenia w karmieniu piersią.

Pierwsza po narodzinach dziecka wizyta kontrolna u lekarza ginekologa powinna się odbyć po wystąpieniu pierwszej miesiączki po porodzie, lecz nie później niż 6–8 tygodni od chwili porodu (Sternal, Bińkowska, Starzyka, 1991, s. 131). Większość respondentek (73 osoby) prawidłowo wskazała czas pierwszej wizyty kontrolnej, 20 osób ankietowanych stwierdziło, że pierwsza wizyta kontrolna powinna odbyć się po 2 tygodniach od porodu, 6 kobiet uznało, że po 6 miesiącach, a 1 kobieta nie wiedziała, kiedy powinna się odbyć pierwsza wizyta.

Dla zdecydowanej większości badanych (84 kobiet) źródłem informacji o zachowaniach zdrowotnych i przebiegu ciąży, porodu i porodu były książki, literatura fachowa, dla 72 ankietowanych był nim lekarz, a dla 58 – prasa. Blisko połowa ankietowanych (45 kobiet) stwierdziła, że źródłem informacji o zachowaniach zdrowotnych i okresie ciąży, porodu i porodu jest rodzina i znajomi, dla 24 respondentek takim źródłem były położne. W grupie badawczej znalazło się 12 osób, które czerpały informacje z Internetu, 2 kobiety stwierdziły, że źródłem wiedzy były dla nich doświadczenia z poprzedniej ciąży.

Większość ankietowanych (60 kobiet), aby potwierdzić ciążę, odwiedziła lekarza ginekologa-położnika tuż po spodziewanym terminie krwawienia miesięcznego, 36 kobiet udało się na wizytę po 1–2 miesiącach, 4 osoby po 3 miesiącach i później.

Częstotliwość wizyt lekarskich w czasie ciąży przedstawiała się w badanej grupie następująco: 60 kobiet – 6–12 wizyt, 34 kobiety – powyżej 13 wizyt, 5 kobiet – 1–5 wizyt, 1 kobieta nie pamiętała liczby wizyt.

Wykonywanie badań kontrolnych w czasie trwania ciąży jest istotne dla oceny dobrostanu ciężarnej i płodu. Do grupy badań, które w czasie

ciąży wykonało 100 kobiet, należą: morfologia krwi, ogólne badanie moczu i badanie USG. Statystyka pozostałych badań przedstawia się następująco: 83 kobiety wykonały badanie na poziom glukozy we krwi, 75 miało wykonane badanie KTG (kardiotokograficzne), 73 – badanie na obecność antygenu Hbs, 71 – test ciążowy. Większość badanych (66 kobiet) wykonała test obciążenia glukozą, 65 kobiet zrobiło badanie grupy krwi i czynnika Rh, 58 kobiet miało wykonaną cytologię w czasie ciąży. Połowa respondentek poddała się badaniu na odczyny kiłowe (WR), 47 kobiet wykonało wymaz na czystość pochwy, 46 kobiet zrobiło badanie na przeciwciała toksoplazmozy, 38 – na przeciwciała różyczki. Niewiele, bo tylko 7 kobiet, wykonało badania na obecność wirusa HIV, 2 kobiety miały wykonane następujące badania: próby wątrobowe (ALAT, ASPAT), hormony tarczycy (TSH, FT3, FT4), przeciwciała anty-CMV (cytomegalowirusa). W grupie badanych znalazła się 1 osoba, która miała wykonany rezonans magnetyczny, oraz 1, której wykonano test Inslera (test na krytalizację).

Obecnie prawie każda kobieta ciężarna przynajmniej raz poddaje się badaniu USG. Liczba i czas wykonywanych badań ultrasonograficznych zależą od przebiegu ciąży i w pewnej mierze od zapatrywań lekarza. Specjaliści uważają, że każda kobieta podczas ciąży powinna mieć choć raz wykonane USG, a kolejne badania w razie potrzeby. Rozsądne wydaje się wykonanie tego badania trzykrotnie w czasie ciąży, czyli raz w każdym trymestrze. W I trymestrze ciąży USG pozwala stwierdzić:

- czy rzeczywiście ciąża wystąpiła i czy rozwija się prawidłowo, jest to istotne zwłaszcza przy objawach zagrażającego poronienia lub podejrzeniu ciąży pozamacicznej,
- w którym tygodniu ciąży jest pacjentka, jeśli nie zna ona dokładnego terminu ostatniej miesiączki lub jeśli cykle były nieregularne,
- jaki będzie przewidywany termin porodu,
- czy ciąża jest pojedyncza czy mnoga,
- czy płód nie ma poważnych wad rozwojowych.

Badanie ultrasonograficzne w II trymestrze ciąży odgrywa ważną rolę w diagnostyce prenatalnej, wspomagając badania krwi matki (test potrójny), co pozwala na ocenę budowy płodu i wykrycie wrodzonych wad rozwojowych. W tym czasie pod kontrolą aparatury USG możliwe jest pobieranie materiału do badań genetycznych – amnioskopia i biopsja trofoblastu. Ocenia się również ilość płynu owodniowego oraz ewentualne związane z tym nieprawidłowości (małowodzie lub wielowodzie), a także niewydolność szyjki macicy. USG w ostatnim trymestrze pozwala ocenić położenie i przypuszczalną wagę płodu oraz usadowienie łożyska. Wykonanie tego badania przed porodem pomaga w podjęciu decyzji dotyczącej

porodu siłami natury czy wykonania cięcia cesarskiego (*Encyklopedia zdrowia dziecka*, 1999, s. 85–88).

W grupie respondentek częstotliwość badania USG przedstawia się następująco: 92 kobiety poddały się badaniu więcej niż 4 razy, 7 kobiet – 3 razy, 1 kobieta nie pamiętała liczby badań.

W okresie ciąży zachodzi ryzyko wystąpienia zaburzeń w gospodarce wapniowo-fosforowej i hormonalnej, w wyniku których mogą powstać uszkodzenia kośćca i zębów zarówno płodu, jak i kobiety ciężarnej (J ań - c z u k K., J ań c z u k Z., 1991, s. 143). Dlatego istotne jest, aby kobiety spodziewające się dziecka dbały o prawidłową higienę zębów, jak również korzystały z wizyt kontrolnych u stomatologa.

Z opieki stomatologicznej w czasie trwania ciąży korzystała tylko nieco więcej niż połowa respondentek (53 kobiety).

Kobieta ciężarna uczestnicząc w zajęciach szkoły rodzenia uzyskuje fachową pomoc w wyjaśnieniu wielu wątpliwości związanych z ciążą. Zajęcia dotyczą przebiegu ciąży, porodu i porodu, a także aktywności fizycznej i nauki właściwego relaksu, co sprzyja zmniejszeniu lęku kobiety przed nieznanym. Część zajęć poświęcona jest problemom natury psychologicznej związanej z okresem prenatalnym, okołoporodowym, jak również poporodowym (B a n a s z a k - Ż a k, 2003, s. 19). Przyszli rodzice biorąc udział w zajęciach szkoły rodzenia mogą właściwie przygotować się do porodu, odzyskać spokój i pewność siebie, otrzymać wiedzę i umiejętności, które sprawia, że poród okaże się mniej bolesny, a początek macierzyństwa i ojcostwa będzie spokojniejszy (T e l e ż y Ń s k a, O t f f i n o w s k a, 1998, s. 10).

Na zajęcia w szkole rodzenia uczęszczało zaledwie 12 respondentek.

Odżywianie w okresie ciąży

Szanse na dającą radość, zdrowo przebiegającą ciążę na pewno się zwiększa, jeśli kobiety będą się odpowiednio odżywiać (Z o n e, 2003, s. 164). W opinii 94 badanych kobiet, właściwe odżywianie korzystnie wpływa na rozwój płodu i przebieg ciąży, 72 respondenci stwierdziły, że zmniejsza ryzyko niedowagi i wad rozwojowych noworodków, 67 kobiet uważało, że zmniejsza ryzyko wystąpienia gestozy ciążowej i anemii. Spora liczba ankietowanych (37 kobiet) stwierdziła, że właściwe odżywianie zmniejsza ryzyko wystąpienia poronień i porodów przedwczesnych. W grupie badawczej znalazły się 2 kobiety, które stwierdziły, że odżywia-

nie ma żadnego wpływu na przebieg ciąży, oraz 1 respondentka, która nie wiedziała, w jaki sposób właściwe odżywianie wpływa na ciążę.

Przyjmowanie witaminy A w dużych ilościach w okresie ciąży jest szkodliwe dla rozwoju płodu i zdrowia matki (Jones S., Jones M., 2005, s. 163), może powodować wady rozwojowe w układzie nerwowym, moczowym i płciowym dziecka (Czekanowski, 1982, s. 155). Z opinią o niekorzystnym wpływie dużej ilości witaminy A zgodziło się 38 respondentek, 16 kobiet twierdziło, że witamina wpływa korzystnie. W opinii 1 kobiety przyjmowanie witaminy A w dużych ilościach nie ma żadnego wpływu na rozwój płodu i zdrowie matki, zaś 45 kobiet nie wiedziało, jak wymieniona witamina wpływa na płód i matkę.

Kwas foliowy, czyli witamina z grupy B, wpływa na prawidłowy rozwój cewy nerwowej płodu, natomiast jej brak powoduje ryzyko poważnych wad wrodzonych tej struktury, która daje początek całemu układowi nerwowemu dziecka (Jones S., Jones M., 2005, s. 164). Przyjmowanie kwasu foliowego przed ciążą i w czasie jej trwania jest w opinii prawie wszystkich kobiet (99) korzystne dla rozwoju płodu, tylko 1 osoba nie wiedziała, jak wpływa kwas foliowy na nienarodzone dziecko.

Kobieta w ciąży powinna jeść tyle, ile potrzebuje jej organizm do prawidłowego funkcjonowania. Zbytńia dbałość o linię jest w okresie ciąży tak samo groźna jak nadmierne objadanie się (Murański, 2005, s. 76). Zdaniem zdecydowanej większości badanych (71 kobiet), ciąża deformuje figurę kobiety. Z taką opinią nie zgadzało się 29 respondentek.

Sposobu odżywiania się w ciąży nie zmieniło 19 respondentek, natomiast 81 kobiet postanowiło zmienić nawyki żywieniowe. Spośród 81 kobiet, które zmieniły sposób dożywiania się w czasie ciąży, 71 zwiększyło spożycie owoców, 64 respondentki w codziennym jadłospisie zamieściły więcej warzyw, 54 kobiety spożywały więcej produktów mlecznych. Produkty zbożowe częściej spożywało 20 ankietowanych, 3 osoby zwiększyły w swoim jadłospisie ilość mięsa i wędlin, 2 respondentki zwiększyły ilość wypijanych soków i wody mineralnej, 2 spożywały więcej słodczy.

W naszym kręgu kulturowym występuje skłonność do wiary w prawie magiczną moc preparatów witaminowych. Niestety jest to przekonanie na wskroś błędne, ponieważ żadne preparaty farmakologiczne nie zastąpią naturalnych pokarmów, z których organizm najlepiej przyswaja witaminy, minerały i inne cenne składniki. Jeśli kobieta ciężarna odżywia się właściwie, zazwyczaj nie potrzebuje suplementów, inaczej jest z kobietami, których nawyki żywieniowe są niewłaściwe. Dla tych kobiet uzupełnianie witamin i minerałów w sztuczny sposób jest łatwym rozwiązaniem – aczkolwiek nie tak skutecznym jak zmiana nawyków żywieniowych (Jones S., Jones M., 2005, s. 165). Konieczność przyjmowania witamin w czasie ciąży powinna być uzgodniona z lekarzem prowadzącym.

Prawie wszystkie respondentki (95 kobiet) w czasie obecnej ciąży przyjmowały preparaty witaminowe, zaledwie 5 kobiet nie zażywało ich. Zdecydowana większość kobiet (94) przed ciążą i w czasie jej trwania przyjmowała kwas foliowy w zalecanej dziennej dawce 0,4 mg, pozostałe 6 kobiet nie zażywało kwasu foliowego.

Utrzymanie prawidłowej wagi ciała w czasie ciąży jest istotne dla dobrostanu kobiety ciężarnej i jej dziecka. Kobieta w ciąży powinna przytyć do 12,5 kg (B a t o r, 2002, s. 104), zaledwie 29 osób w grupie respondentek prawidłowo przybrało na wadze, 55 respondentek przytyło w ciąży 13–20 kg, wagę ciała w granicach 21–30 kg wyższą niż przed ciążą miało 14 kobiet, 2 kobiety nie potrafiły podać, ile kilogramów przytyły.

Używki w okresie ciąży

Alkohol jest dla rozwijającego się płodu związkiem silnie toksycznym (G a w e ł, 2003, s. 29). Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS) spowodowany piciem alkoholu przez matkę to najczęstsza przyczyna wad wrodzonych płodu, której można zapobiec. Wymieniona jednostka chorobowa formalnie została uznana w 1973 roku. FAS powoduje upośledzenie umysłowe, niską wagę urodzeniową i jest trzecią pod względem częstotliwości (po zespole Downa i rozszczepie kręgosłupa) przyczyną wad wrodzonych. Zarazem jest to jedyna wada, której można zapobiegać, wykorzystując właściwą edukację i poradnictwo (P e t e r k o, 1998, s. 31).

Zdaniem zdecydowanej większości ankietowanych kobiet (77), picie alkoholu wpływa niekorzystnie na przebieg ciąży i rozwój płodu, powodując u dziecka Alkoholowy Zespół Płodowy. Spośród respondentek aż 23 osoby nie wiedziały, jak alkohol wpływa na rozwój płodu i przebieg ciąży.

Przed zajściem w obecną ciążę paliło papierosy 19 respondentek, 81 kobiet zadeklarowało się jako osoby niepalące. Odwrotne proporcje dotyczą spożywania kawy: 75 kobiet piło kawę przed ciążą, nie piło kawy 25 ankietowanych kobiet. Przed zajściem w ciążę 64 kobiety nie piło alkoholu, 36 respondentek piło alkohol.

W przypadku większości respondentek stosujących używki przed ciążą wiadomość o ciąży spowodowała zmiany w ich stosowaniu. Z 19 kobiet, które paliły papierosy przed zajściem w ciążę, aż 14 (73,68%) zrezygnowało z palenia, 4 respondentki (21,05%) palą znacznie mniej, 1 kobieta (5,26%) pali tyle samo, ile przed zajściem w ciążę. Z grupy osób pijących kawę po zajściu w ciążę 30 kobiet (40%) zrezygnowało z picia kawy,

45 respondentek (60%) pije kawy znacznie mniej. Spośród 36 (100%) ankietowanych kobiet pijących alkohol przed ciążą po otrzymaniu wiadomości o ciąży ze stosowania tej używki zrezygnowały 34 osoby (94,44%), 2 respondenci (5,55%) stwierdziły, że piją znacznie mniej alkoholu.

Osoby palące szkodzą nie tylko sobie, ale także wszystkim, którzy przebywając w ich pobliżu wdychają dym z papierosów, czyli są tzw. biernymi palaczami (Z o n e, 2003, s. 67). W grupie 81 (100 %) respondentek, które nie paliły przed ciążą, na bierne palenie przez osoby z ich otoczenia narażonych było 30 kobiet (37,03%). Osób badanych, które nie stwierdziły takiego zagrożenia w ich otoczeniu, było 51 (62,96%).

Higiena w okresie ciąży i porodu

Odpoczynek i sen nocny są istotne dla dobrostanu płodu i kobiety ciężarnej. Według zdecydowanej większości badanych (82 osób), sen nocny kobiety w ciąży powinien trwać nie krócej niż 8–9 godzin, 13 respondentek było zdania, że powinien on być dłuższy niż 9 godzin, 4 kobiety nie wiedziały, ile powinien trwać sen w nocy kobiety ciężarnej, 1 respondentka twierdziła, że powinien on trwać zaledwie 6–7 godzin.

Zachowanie higieny w czasie porodu jest bardzo ważne. Według 89 respondentek, kąpiel kobiety po porodzie powinna odbywać się pod prysznicem w ciepłej wodzie, 8 kobiet uznało, że taka kąpiel powinna nastąpić po 2–3 dniach od chwili porodu, 3 osoby uznały, że nie wolno się kąpać po porodzie.

Według wszystkich respondentek pielęgnacja naciętego krocza po porodzie powinna obejmować takie czynności, jak: wietrzenie i osuszanie, utrzymywanie w czystości miejsca nacięcia, stosowanie okładów z lodu, częsta zmiana podasek, używanie do higieny intymnej szarego mydła.

Aktywność fizyczna w okresie ciąży i porodu

Ćwiczenia fizyczne przeznaczone dla kobiet w ciąży przebiegającej fizjologicznie, według prawie wszystkich ankietowanych (96 kobiet) są korzystne dla matki i dziecka, ułatwiają poród, relaksują, poprawiają samopoczucie i kondycję. Tylko 2 kobiety nie miały zdania na ten temat,

a kolejne 2 stwierdziły, że ćwiczenia mają niekorzystny wpływ na matkę i dziecko.

Ćwiczenia fizyczne przeznaczone dla kobiet w połogu, według większości ankietowanych (89 respondentek) są korzystne, ułatwiają powrót do formy po porodzie, relaksują, poprawiają samopoczucie i kondycję, 8 kobiet nie miało zdania na ten temat, 1 respondentka twierdziła, że ćwiczenia są niepotrzebne i nie mają żadnego wpływu na organizm kobiety. W opinii 2 respondentek, ćwiczenia fizyczne w połogu mają niekorzystny wpływ na organizm kobiety, mogą powodować zakrzepowe zapalenie żył.

Życie seksualne w okresie ciąży i połogu

W opinii 96 respondentek, do sytuacji wykluczających współżycie płciowe podczas ciąży należy zaliczyć plamienie lub krwawienie z dróg rodnych, a według 94 kobiet – zagrożenie poronieniem lub porodem przedwczesnym. Zdecydowana większość badanych (76 osób) uznała, że współżycie płciowe jest wykluczone w razie pęknięcia pęcherza płodowego, 72 osoby uznały, że należy zaprzestać współżycia w I trymestrze, jeśli wcześniej były poronienia samoistne, 63 respondentki twierdziły, że w ostatnim trymestrze ciąży mnogiej współżycie jest wykluczone, 61 kobiet uznało, iż podobna sytuacja dotyczy przypadków, kiedy łożysko znajduje się nisko w macicy lub przoduje, 1 respondentka nie miała zdania na temat współżycia w czasie ciąży, 1 kobieta wymieniła jako przeciwwskazanie kontaktów seksualnych brak satysfakcji i lęk odczuwany przez ciężarną kobietę.

W opinii 81 kobiet objętych badaniami, czas na wznowienie współżycia płciowego po porodzie powinien nastąpić po 6–8 tygodniach, 2 kobiety uznały, że moment ten przypada po 3 tygodniach od porodu, według 6 kobiet – po 6 miesiącach od narodzin dziecka. Zdania na ten temat nie miało 6 respondentek, 3 kobiety stwierdziły, że powrót do współżycia płciowego jest indywidualną sprawą partnerów, uzależnioną od samopoczucia. Według 2 osób, można wznowić życie seksualne po zakończeniu procesów gojenia ran.

Opinia respondentek co do powrotu płodności kobiety po porodzie przedstawia się następująco: 55 kobiet uważało, że płodność powraca przed wystąpieniem pierwszego krwawienia miesięcznego po porodzie, 17 kobiet uznało, że ten moment następuje zaraz po porodzie dziecka. Zdaniem 15 respondentek, płodność powraca po zakończeniu okresu karmienia piersią (laktacji), 13 kobiet nie wiedziało, kiedy taki czas przypada.

Według 44 kobiet, najlepszą metodą antykoncepcyjną w okresie połogowym i po nim jest prezerwatywa, 23 kobiety za taką metodę uznały tabletki antykoncepcyjne. W opinii 8 kobiet okres karmienia piersią jest najlepszym zabezpieczeniem przed ciążą, 7 respondentek uważa, że taką funkcję spełnia wkładka domaciczna. Nie miało zdania w sprawie najlepszej metody antykoncepcyjnej 15 respondentek, 2 kobiety były za stosowaniem metody objawowo-termicznej, czyli naturalnej, 1 osoba ankietowana uznała, że stosowanie zastrzyków hormonalnych to odpowiednie zabezpieczenie przed kolejną ciążą.

W obecnej ciąży 81 kobiet współżyło płciowo, 19 kobiet nie podjęło życia seksualnego. Obecną ciążę planowało 78 kobiet, dla 22 respondentek ciąża była wynikiem przypadku.

Zaplanowanie rodziny jest problemem kobiety i mężczyzny od momentu rozpoczęcia współżycia seksualnego aż do wygaśnięcia czynności jajników. Osoby zajmujące się edukacją zdrowotną powinny znać zagadnienia z zakresu planowania rodziny w możliwie szerokim zakresie. Umiejętność ta jest niezbędna, aby pomóc kobiecie i mężczyźnie w dokonaniu wyboru: po pierwsze – odpowiedniej naturalnej lub sztucznej metody planowania rodziny w różnych okresach ich życia, po drugie – właściwego momentu na okres ciąży (B o Ź k o w a, 1994, s. 213–220).

Karmienie dziecka piersią

Wyróżnia się dwa sposoby żywienia niemowląt: karmienie naturalne piersią, karmienie sztuczne. Dla noworodka i niemowlęcia najwłaściwsze i najkorzystniejsze jest karmienie naturalne ze względu na idealny dla dziecka skład mleka kobiecego (B o Ź k o w a, 1994, s. 121).

Według opinii 99 kobiet, najlepszym sposobem żywienia niemowląt jest karmienie pokarmem matki, nie zgadzała się z tym zdaniem tylko 1 ankietowana osoba, która uważa, iż sztuczne karmienie jest właściwe.

Pierwsze przystawienie noworodka do piersi powinno nastąpić zaraz po porodzie (J o n e s S., J o n e s M., 2005, s. 404), nie później niż do 2 godzin. Zgadzało się z tą opinią 79 respondentek, 18 kobiet stwierdziło, że należy to uczynić do 2 dni po narodzinach, 3 kobiety nie wiedziały, kiedy taki moment powinien nastąpić.

Opinie dotyczące okresu karmienia dziecka piersią były podzielone: 57 kobiet uznało, że karmienie piersią powinno trwać do 1. roku życia dziecka, 28 kobiet stwierdziło, że do 6. miesiąca życia, 4 kobiety – do 3. miesiąca życia dziecka. Opinię o jak najdłuższym karmieniu piersią

podzielało 6 kobiet, 2 pacjentki twierdziły, że do 3. roku życia, 3 respondentki nie miały zdania na ten temat.

Prawie wszystkie pacjentki biorące udział w badaniach (93 osoby) podzielały zdanie, że karmienie naturalne zwiększa odporność na choroby infekcyjne u dziecka, 82 kobiety uważały, że przyspiesza to obkurczanie macicy po porodzie, 80 respondentek uważało, że ułatwia to powrót do masy ciała sprzed ciąży. Ponad połowa, bo 59 ankietowanych pacjentek twierdziła, że naturalne karmienie zapewnia prawidłowy rozwój zębów i zgryzu dziecka, 57 kobiet było przekonanych, że zmniejsza ryzyko wystąpienia raka piersi, 44 kobiety uważały, że karmienie piersią zapewnia prawidłowy rozwój mózgu dziecka (wyższy iloraz inteligencji, łatwość zapamiętywania i uczenia się w przyszłości), a 32 pacjentki twierdziły, że zmniejsza prawdopodobieństwo zajścia w kolejną ciążę. Zaledwie 3 kobiety stwierdziły, że naturalne karmienie rozwija więź emocjonalną między matką a dzieckiem, 1 respondentka nie miała na ten temat zdania.

Podsumowanie

Wiedza respondentek dotycząca czasu trwania ciąży fizjologicznej i okresu po nim w większości przypadków nie sprawiała problemów, podobnie jak zdefiniowanie pojęcia położu. Taka sama sytuacja dotyczyła wiedzy na temat liczby wizyt kontrolnych w czasie ciąży u lekarza ginekologa. W większości przypadków respondentki wykazały się zadowalającą wiedzą, dotyczącą dolegliwości w czasie ciąży i położu wymagających skontaktowania się z ginekologiem. Wszystkie respondentki były przekonane o zasadności wykonywania badania USG w czasie ciąży. Opinia respondentek co do pozytywnych i negatywnych emocji związanych z porodem podzieliła grupę badawczą. Źródłem wiedzy na temat zachowań zdrowotnych i przebiegu ciąży, porodu i położu dla większości respondentek były książki i literatura fachowa, prasa, a następnie personel medyczny – lekarze oraz rodzina i znajomi. Dla niewielkiej liczby kobiet źródłem wiedzy były położne. Wiedza kobiet dotycząca właściwego odżywiania się w czasie ciąży jest dobra, choć niewystarczająca. Podobnie prezentuje się wiedza na temat higieny i używek stosowanych w czasie ciąży. Zdecydowana większość respondentek widzi zasadność aktywności fizycznej w okresie ciąży i położu. Należałoby położyć nacisk na podniesienie poziomu wiedzy kobiet, wykorzystując edukację zdrowotną dotyczącą powrotu płodności po porodzie i stosowania metod za-

pobiegania ciąży. Wiedza respondentek dotycząca karmienia naturalnego jest zadowalająca.

Zastosowanie w praktyce wiedzy dotyczącej opieki położniczej w czasie ciąży jest w większości zadowalające, choć należy zwrócić uwagę, że połowa kobiet nie widziała zasadności korzystania z opieki stomatologicznej. Prawie żadna z respondentek nie korzystała z zajęć w szkole rodzenia, co mogłoby podnieść poziom ich świadomości na temat okresu ciąży, porodu i porożu. Zadowalające jest zastosowanie wiedzy o odżywianiu się i używkach w czasie ciąży.

Ciąża i okres porożu oznaczały dla badanych kobiet zmianę w ich dotychczasowym stylu życia, co przejawiało się w zachowaniach zdrowotnych. Wiedza respondentek na temat zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i porożu jest dobra, podobnie jest z jej zastosowaniem, co nie wyklucza konieczności popularyzacji wiedzy, dotyczącej tych ważnych okresów w życiu kobiety.

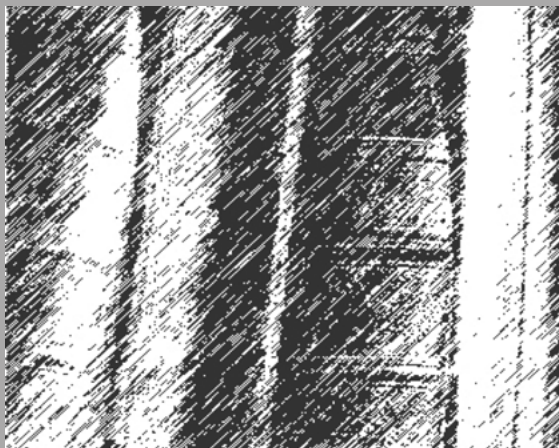
Okres ciąży stanowi znakomitą okazję do skupienia się na zdrowiu własnym i całej rodziny. Przyszła matka, uzbrojona w fachową wiedzę o funkcjonowaniu jej organizmu w tych niezwykłych chwilach, ma wszelkie szanse na trwałe przyswojenie sobie zdrowego stylu życia i zaszczepienie go swoim najbliższym (Jones S., Jones M., 2005, s. 17).

Edukacja zdrowotna, opieka profilaktyczna i promocja prawidłowych zachowań zdrowotnych powinna dotyczyć kobiety i mężczyzny w okresie przedkoncepcyjnym (przedciążowym), prenatalnym, przedporodowym i poporodowym. Zostało udowodnione, że profilaktyka zdrowotna jest mniej kosztowna i daje lepsze efekty długofalowe związane ze zdrowiem globalnego społeczeństwa. Wykształcenie w społeczeństwie świadomości odpowiedzialnego rodzicielstwa oraz korzyści płynących z zastosowania posiadanej wiedzy na temat zachowań zdrowotnych przyczyni się do poprawy zdrowia ludności globalnej. Należy pamiętać, że zdrowie przyszłych pokoleń zależy od zdrowia ich rodziców.

Bibliografia

- Banaszek-Żak B., 2003: *Styl życia kobiet w okresie ciąży*. „Nasze Sprawy”, nr 7.
- Bator A., 2002: *Jak nie przytyć w ciąży*. „Claudia. Ciąża – poradnik dla przyszłych mam”, nr 1.
- Bożkowska K., 1994: *Żywność. W: Opieka zdrowotna nad rodziną*. Red. K. Bożkowska, A. Sito. Warszawa.
- Chazan B., 1994: *Opieka zdrowotna przedporodowa (w okresie ciąży)*. W: *Opieka zdrowotna nad rodziną*. Red. K. Bożkowska, A. Sito. Warszawa.

- Czekanowski R., 1982: *Wybrane zagadnienia z perinatologii*. Warszawa.
- „Encyklopedia Zdrowia Dziecka. Poradnik dla rodziców”, 1999, nr 3.
- Gawęł A., 2003: *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*. Kraków.
- Gawęcki J., Mossor-Pietraszewska T., 2004: *Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu*. Warszawa.
- Jańczuk K., Jańczuk Z., 1991: *Zęby – warunek zdrowia*. W: *Kobieta, mężczyzna dziecko*. Warszawa.
- Jones S., Jones M., 2005: *Będziemy rodzicami! Cięża i opieka nad noworodkiem*. Warszawa.
- Kornas-Biela D., 1993: *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa.
- Kulik T.B., Latański M., 2002: *Zdrowie publiczne*. Lublin.
- Łepecka-Klusek C., 2003: *Opieka przedporodowa*. W: *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Red. C. Łepecka-Klusek. Lublin.
- Marianowski L., 2005: *Od poczęcia do narodzin. Poradnik dla przyszłych rodziców*. Warszawa.
- Murawski A., 2005: *Profilaktyka w ciąży*. „Zdrowie kobiet”, nr 2.
- Nowa encyklopedia powszechna PWN*, 1997. Warszawa.
- Oppenheim R., 1994: *Edukacja przedporodowa rodziców*. W: *Opieka zdrowotna nad rodziną*. Red. K. Bożkowska, A. Sito. Warszawa.
- Peterko E., 1998: *Alkoholowy Zespół Płodowy*. „Nasze Sprawy”, nr 5.
- Roszkowski I., 1989: *Zdrowie kobiety*. Warszawa.
- Sternal Z., Bińkowska M., Starzyka A., 1991: *Zagadnienia związane z rozmnażaniem człowieka*. W: *Kobieta, mężczyzna, dziecko*. Warszawa.
- Teleżyńska A., Otffinowska A., 1998: *Przewodnik po szkołach rodzenia i poradniach laktacyjnych*. Warszawa.
- Wojnarowska B., Sokołowska M., 2000: *Szkoła promująca zdrowie*. Warszawa.
- Zone T., 2003: *Jedz na zdrowie*. Warszawa.



WIOLETTA WÓJCIK

Zaniedbanie prenatalne – wyzwanie dla edukacji zdrowotnej od chwili poczęcia

[...] od tego, czy to pierwsze śródmaciczne środowisko życia dziecka jest zdrowe, prawidłowo zbudowane i sprawnie funkcjonujące w pozytywnej atmosferze uczuciowej, nie nękanie negatywnymi czynnikami, zależy optymalny rozwój dziecka albo też ulega on zakłóceniu o nieraz bardzo przykrych konsekwencjach dla całego życia człowieka¹.

Prenatal negligence – a challenge for the education of health from the moment of conception

Abstract: Negligence is one of the forms of violence towards children. The article analyses the issue of prenatal negligence. It is looked at on the basis of the literature of the subject and the studies conducted.

Key words: prenatal negligence, violence, prenatal development.

¹ Cytat zaczerpnięty z artykułu D. Kornas-Biela (1989, s. 158).

Zaniedbanie prenatalne w literaturze przedmiotu

Przez wiele stuleci uważano, że stosowanie przemocy wobec dziecka jest czymś naturalnym, wręcz koniecznym dla jego dobra. Takiego zdania jest niestety nadal wielu rodziców i opiekunów. W dalszym ciągu wielkie dramaty małego człowieka rozgrywają się w „zacisku domowego ogniska”, a nawet dużo wcześniej „pod sercem matki”.

W literaturze przedmiotu dotyczącej stosowania przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej czy zaniedbania wobec dzieci widoczne jest coraz większe zainteresowanie badaczy formami złego traktowania dzieci już od chwili ich narodzenia. W związku ze zwiększającym się zainteresowaniem tematyką stopniowo wzrasta również świadomość społeczna na ten temat, a to, co uświadomione i zdefiniowane, zaczyna naprawdę istnieć i prowadzi do podjęcia działań cywilno-prawnych, mających na celu przeciwdziałanie tego typu zachowaniom. Przyjmowane są ustawy, deklaracje, odbywają się konferencje naukowe, a wszystko po to, aby wiedza na temat istoty, przyczyn i konsekwencji przemocy wobec najbardziej bezbronnych, czyli dzieci, była wciąż pogłębiana i udoskonalana. Wiedza ta udostępniana opinii publicznej sprawia, że coraz więcej ludzi właściwie reaguje na zachowania świadczące o stosowaniu przemocy wobec dzieci. Jednak bardzo często warunkiem wystąpienia takiej reakcji są jednoznaczne, niebudzące wątpliwości, a więc fizyczne obrażenia na ciele dziecka, efekty zachowań świadczących o stosowaniu przemocy. Tym samym nie zauważa się przejawów przemocy, których następstwa są niewidoczne dla oczu, dotyczą bowiem sfery psychiki dziecka, mechanizmów regulujących zachowanie albo takich, które dotyczą dzieci w wewnątrzłonowej fazie życia. Brak reakcji na zachowania kobiet w ciąży, mogące w istotny sposób zagrażać zdrowiu i życiu ich poczętych dzieci, może być związany z niejednoznacznym stosunkiem opinii publicznej do ustawy antyaborcyjnej, a więc do kwestii, od którego momentu płód jest dzieckiem. Wybitny francuski genetyk Jérôme Lejeune podjął próbę odpowiedzi na to bardzo istotne pytanie: od kiedy człowiek? Jego sparafrazowana wypowiedź została przytoczona w artykule W. Fijałkowskiego (2000). Zdaniem genetyka, nowo powstała zygota ludzka jest indywidualnością niepowtarzalną ze względu na jedyny w swym kształcie kod genetyczny, tym samym zarodek ludzki jest od początku osobą, mającą duszę, bagaż doświadczeń i przeżyć. Aby zrozumieć w pełni sens tego stwierdzenia, wyobraźmy sobie – co w dobie rozwoju elektroniki nie jest trudne – że zygota przypomina małeńki magnetofon, który jest wyposażony w kasetę z taśmą. Pozostaje sobie tylko odpowiedzieć na pytanie: pustą czy nagraną?

John Lock był przekonany, że urodzony człowiek to *tabula rasa*, czyli „niezapisana tablica”. My dzisiaj wiemy bez wątpienia, że chodzi tu o taśmę „nagrana”, czyli zawierającą całkowity zapis informacji genetycznej o człowieku. Chwila połączenia się rodzicielskich komórek rozrodczych oznacza moment włączenia przycisku. Od tej pory zaczyna się zapisywać cały bieg życia nowo powstałego człowieka, który będzie dokładnie, lecz nieświadomie odtwarzany w późniejszym pozaonowym życiu.

Dlatego też bardzo ważne jest to, co zostanie na tej „taśmie życia” zapisane i czy nie zostanie ona uszkodzona. A za to odpowiedzialna jest w dużej mierze matka poczętego dziecka. Jednak obserwacja codziennego życia oraz wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań wskazują, że bardzo często kobiety w ciąży nie liczą się z dobrem dziecka i w związku z tym często świadomie i nieprzypadkowo podejmują zachowania, które zagrażają właściwemu zdrowiu fizycznemu i psychicznemu dziecka, przejawiają więc zachowania świadczące o stosowaniu przemocy wobec dziecka.

Definiowanie w literaturze przedmiotu zjawiska przemocy, a w szczególności przemocy wobec dziecka jest zadaniem wbrew powszechnym przekonaniom bardzo trudnym. Trudność ta jednak nie stanowi przeszkody w podejmowaniu przez badaczy licznych prób stworzenia coraz doskonalszej definicji przemocy, której powstanie jest wskazane ze względu na fakt podejmowania analiz teoretycznych tego zjawiska, dociekań badawczych oraz wszelkich interwencji wobec występowania zjawiska przemocy. W anglosaskiej literaturze przedmiotu do ogólnego określenia sposobów niewłaściwego traktowania dziecka używa się sformułowań *abuse*, co w dosłownym tłumaczeniu oznacza „nadużycie, zniewaga, znęcanie, maltretowanie” lub *maltreatment* – „maltretowanie”. W piśmiennictwie polskim, np. w opracowaniu Eleonory Bielańskiej-Batorowicz (1993, s. 297), funkcję ogólnego terminu pełni sformułowanie „złe traktowanie” bądź „maltretowanie”, zaś termin „przemoc” zarezerwowany jest dla niektórych form złego traktowania dzieci. Definiując pojęcie „złe traktowanie”, autorka odwołuje się do zaproponowanej przez P. Stattona definicji, według której jest to „sytuacja, w której jedna osoba odnosi się do drugiej w sposób niezgodny z łączącą je relacją i bez odpowiedniej troski, wynikającej z charakteru tej relacji [...] Złe traktowanie jest więc produktem relacji między ludźmi i daje się rozpoznawać i interpretować wyłącznie w ramach tej relacji” (Bielańska-Batorowicz, 1993, s. 298).

E. Bielańska-Batorowicz opisała w sposób syntetyczny siedem form złego traktowania dziecka. Są to: „1) przemoc fizyczna (*physical abuse*), 2) przemoc seksualna (*sexual abuse*), 3) przemoc emocjonalna (*emotional abuse*), 4) zaniedbanie (*neglect*), 5) opóźnienie rozwoju fizycznego (bez uwarunkowań organicznych) (*failure to thrive*), 6) zaniedbanie

prenatalne (*interuterine abuse*), 7) wykorzystywanie rytualne (*ritual abuse*)” (1993, s. 306–311).

Przemoc wobec dzieci stała się jednym z najpoważniejszych problemów wszystkich społeczeństw, tym bardziej że w literaturze przedmiotu zaczęto zwracać uwagę na przemoc dotykającą także dzieci jeszcze nie-narodzonych. Dzieciom tym już od chwili poczęcia odebrano prawo do „dobrego, godnego startu”, do pełnego wykorzystania możliwości rozwojowych, a negatywne konsekwencje złego traktowania dziecka poczętego są widoczne w postnatalnym życiu dziecka w postaci zaburzeń zarówno fizycznego, jak i psychicznego rozwoju.

Zastanawiające jest jedynie to, dlaczego badacze zwrócili uwagę na ten problem dopiero teraz. Przecież wcześniej też wiele kobiet w czasie ciąży paliło papierosy, piło alkohol, nie dbało o siebie ani o dziecko. Mimo to nikt nie określał tego jako zaniedbanie prenatalne (zob. Biela wska - Batorowicz, 1993, s. 310; Kornas - Biela, 1991, s. 169) czy maltretowanie prenatalne (zob. Soriano, 2002, s. 69). Sytuacja zaczęła się zmieniać, kiedy zwrócono uwagę na fakt, że istota „noszona pod sercem matki” (Kornas - Biela, 2001, s. 225) to nie tylko płód, „masa wzrastających, różnicujących się i specjalizujących komórek, tkanek i układów”, ale przede wszystkim dziecko.

Dorota Kornas - Biela (2001, s. 226) proponuje wprowadzenie pojęcia „dziecko prenatalne” jako określenie dziecka w prenatalnym okresie rozwoju. Skoro zatem już w tym okresie mowa o istnieniu dziecka, to tym samym uzasadnione jest zwracanie uwagi na złe traktowanie dziecka prenatalnego.

Tematyka zaniedbywania prenatalnego budzi coraz większe zainteresowanie nie tylko w krajach zachodnich, ale także w Polsce. Jednak nim zaczęto opisywać to zjawisko w sposób naukowy, podjęto próby jego zdefiniowania i nazwania. Zachowania kobiety ciężarnej, które należy uznać za przejawy „maltretowania i zaniedbywania dziecka” jeszcze przed narodzeniem, to: palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków, nadużywanie leków (Kornas - Biela, 1989, s. 169).

Korzystając z definicji pojęcia zaniedbania prenatalnego (zob. Biela wska - Batorowicz, 1993, s. 310; Kornas - Biela, 1991, s. 169; Soriano, 2002, s. 69) i z określenia D. Kornas - Bieli (2001, s. 225) „dziecko prenatalne” oraz opierając się na ujęciu definicyjnym złego traktowania dziecka według P. Stattona (za: Biela wska - Batorowicz, 1993, s. 298), jestem skłonna „zaniedbaniem prenatalnym” nazwać „sytuację, w której kobieta w ciąży (matka), rozmyślnie lub przez zaniedbanie odnosi się do swojego dziecka prenatalnego w sposób niezgodny z łączącą je relacją i bez odpowiedniej troski, wynikającej z charakteru relacji matka – dziecko, doprowadzając tym samym do zagrożenia życia

lub zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka prenatalnego. Sytuacja ta obejmuje takie zachowania, jak: palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków, nadużywanie leków, przeżywanie stresu, myśli aborcyjne, nieregularne wizyty u ginekologa lub ich brak, niewłaściwe odżywianie się, nieprzestrzeganie zasad higieny wypoczynku, snu i pracy” (Wójcik, 2005, s. 26).

Zaniedbanie prenatalne – wyniki badań własnych

Podjęcie badań naukowych w zakresie zaniedbania prenatalnego wydaje się uzasadnione z powodów, które można ująć jako szereg niebezpieczeństw w wymiarze jednostkowym i społecznym. Zaniedbanie prenatalne jako forma przemocy wobec dziecka wiąże się przede wszystkim z ograniczeniem potencjału rozwojowego najbardziej bezbronnej istoty – dziecka, które powinno być wspierane i chronione przez rodziców. Negatywne konsekwencje złego traktowania dziecka poczętego są widoczne w postnatalnym życiu w postaci zaburzeń rozwoju zarówno fizycznego, jak i psychicznego (por. Wójcik, 2005, s. 33–60), co z kolei powoduje negatywne konsekwencje natury psychospołecznej. W literaturze przedmiotu zauważalne jest ponadto istotne „zaniedbanie” problemu zaniedbania dziecka prenatalnego, któremu przysługuje pełnia praw człowieka już od poczęcia.

Nie ulega wątpliwości, że ciąża stanowi okres, w którym dokonują się liczne i istotne zmiany nie tylko w fizjologii i psychice kobiety, ale także w jej relacjach z otoczeniem, z środowiskiem rodzinnym, a w szczególności z partnerem. Całe to spektrum zmian ma na celu przygotowanie do podjęcia nowej roli społecznej – roli matki. Jednak biorąc pod uwagę fakt, że istota „noszona pod sercem matki” (Kornas-Biele, 2001, s. 225) to nie tylko płód, ale przede wszystkim dziecko, należy z całą odpowiedzialnością stwierdzić, że kobieta także staje się matką od chwili poczęcia dziecka. Od pierwszych chwil życia dziecka jest więc odpowiedzialna za zapewnienie mu odpowiednich warunków do najlepszego uaktualniania możliwości rozwojowych. W celu zdiagnozowania, czy w rzeczywistości kobiety w ciąży są odpowiedzialne za zapewnienie jak najlepszych warunków rozwoju prenatalnego dziecka, przeprowadziłam badania metodą sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem techniki ankietowania wśród 41 kobiet w czasie porodu, przebywających na oddziale noworodkowym w Szpitalu nr 3 w Zagórzu oraz w Szpitalu nr 2

w Sosnowcu. Ankiety zostały rozdane kobietom, które urodziły żywe, zdrowe dziecko. Wyniki badań ankietowych wskazują dość jednoznacznie, że większość, bo aż 90,2% kobiet w ciąży nie uwzględnia w odpowiedni sposób dobra dziecka i w związku z tym często świadomie i nieprzypadkowo podejmuje zachowania, które zagrażają zdrowiu fizycznemu i psychicznemu dziecka. Jedynie 9,8% respondentek świadomie unikało wszelkich zachowań zagrażających zdrowiu i życiu poczętych dzieci. Podobne wyniki dotyczące powszechności tych zachowań w okresie ciąży uzyskałam w badaniach przeprowadzonych na użytek pracy magisterskiej pod kierunkiem prof. Katarzyny Popiołek (Wójcik, w przygotowaniu). W związku z tym problem zaniedbania prenatalnego można określić jako problem społeczny, dotyczący bezpośrednio dziecka prenatalnego, ale także pośrednio całego społeczeństwa, do którego dzieci te należą.

Do najczęstszych form zaniedbania prenatalnego w grupie badanych kobiet należy: przeżywanie stresów związanych z życiem rodzinnym i zawodowym, picie alkoholu, czynne palenie papierosów, myśli aborcyjne (zob. Ney, 1993, s. 95–97; 1999), nieprzestrzeganie higieny snu oraz przebywanie w zadymionych pomieszczeniach (palenie bierne). Na dalszych miejscach w rankingu najczęściej obserwowanych zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym wśród badanych kobiet znajdują się: przyjmowanie w czasie ciąży tabletek przeciwbólowych, takich jak aspiryna, niekontrolowane zażywanie witamin, podjęcie próby usunięcia ciąży wskutek zażycia tabletki wczesnoporonnej, co dla D. Kornas-Bieli (2004) jest tożsame z medycznym zabiegiem aborcji. Nieliczne z badanych kobiet nie przestrzegały zasad higieny pracy czasie ciąży, pracując w uciążliwych warunkach i po godzinach pracy, nie przestrzegały w czasie ciąży zaleceń lekarza ginekologa-położnika. W grupie badanych kobiet znalazły się także 15–19-letnie dziewczęta, które w czasie ciąży zażywały narkotyki. Tak więc zasadne wydaje się stwierdzenie, że w badanej grupie kobiet reprezentowane były wszystkie formy zaniedbania prenatalnego.

Na podstawie przeprowadzonych badań próbowałam ponadto przeanalizować uwarunkowania zaniedbania prenatalnego. Wyniki wskazują dość jednoznacznie na zależność natężenia zaniedbania prenatalnego od wieku. Zależność ta jest z pewnością bardziej złożona i zdeterminowana wpływem innych zmiennych niezależnych oraz pośredniczących, takich jak wykształcenie, sytuacja osobista czy wsparcie udzielane przez partnera i rodziców. Ma to związek także z poziomem uświadczenia na temat zachowań zagrażających zdrowiu i życiu poczętych dzieci, z poziomem posiadanej wiedzy, z jej adekwatnością oraz z dojrzałością biopsychospołeczną badanych kobiet. Wyniki badań wskazują, że kobiety nieprzejawiające zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym

posiadają raczej wysoki poziom wiedzy na temat szkodliwości wyróżnionych zachowań dla zdrowia i życia prenatalnych dzieci, a tym samym można przypuszczać, iż charakteryzuje je raczej wysoka świadomość negatywnych konsekwencji tego typu zachowań (wyniki potwierdzone w badaniach magisterskich z 2007 roku). Żadna z kobiet należących do tej grupy nie zaklasyfikowała podanych zachowań do kategorii „zachowania niezagrażające”. Inaczej przedstawiało się to w grupie kobiet przejawiających zachowania świadczące o stosowaniu zaniedbania prenatalnego. Może się to wiązać z rzeczywiście niskim poziomem wiedzy na temat szkodliwości tego typu zachowań bądź też z pewnego rodzaju zaprzeczaniem obiektywnym faktom świadczącym o negatywnych następstwach podejmowania tego typu zachowań. Zaprzeczanie może służyć redukcji napięcia spowodowanego dysonansem poznawczym u osób posiadających taką wiedzę, ale nie wcielających jej w życie dla dobra dziecka. Innym wytłumaczeniem jest posiadanie wiedzy na temat zachowań zagrażających zdrowiu bez jej głębszego zrozumienia. Badane kobiety najwięcej informacji na temat zachowań zagrażających zdrowiu i życiu poczętych dzieci, a tym samym na temat zachowań koniecznych do prawidłowego przebiegu ciąży uzyskują od lekarza prowadzącego ciążę, będącego ekspertem w tej dziedzinie. W następnej kolejności jako istotne i często wykorzystywane źródła wiedzy respondentki wymieniają książki i gazety na temat ciąży. Jednak te źródła spełniają swą rolę jedynie w biernym przekazywaniu wiedzy bez wpływu na jej zrozumienie i przestrzeganie przez kobiety w ciąży.

Większą moc wpływu na zmianę postaw wobec danych informacji może mieć doświadczony ekspert w tej dziedzinie, czyli mama lub teściowa kobiety w ciąży, i takie wiarygodne źródło informacji wskazuje część respondentek. Jednak zwracając się po informacje na temat ciąży i porodu do starszego pokolenia, kobiety narażają się niekiedy na relacje mocno koloryzowane lub nieprawdziwe. To z kolei utwierdza je w przekonaniu, że ciąża może być traktowana jako choroba, co wyzwała reakcje lękowe (Bielska-Batorowicz, 1987, s. 689). Najmniej popularne okazały się informacje przekazywane przez koleżanki i specjalistów w szkole rodzenia oraz przez telewizję.

Należy podkreślić, że badane zmienne niezależne nie wywierają izolowanego wpływu na przejawianie zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym, lecz raczej współwystępują.

Innymi czynnikami mającymi pośredni wpływ na przejawianie zaniedbania prenatalnego są warunki mieszkaniowe badanych kobiet, ich stan cywilny w chwili zajścia w ciążę oraz związane z tym motywy zajścia w ciążę. Te trzy zmienne, każda osobno i wszystkie razem, sugerują, iż największy odsetek kobiet zaniedbujących swe prenatalne dzieci za-

szło w nieplanowaną ciążę. Większość kobiet przejawiających zachowania świadczące o stosowaniu zaniedbania prenatalnego o wysokiej wartości liczbowej deklaruje stan panieństwa w chwili zajścia w ciążę. Można w związku z tym przypuszczać z dużym prawdopodobieństwem, że były to ciążę nieplanowane, na co wskazuje taki sam odsetek kobiet deklarujących brak motywów, czyli nieplanowanie ciąży. Te same kobiety z różnych przyczyn nadal mieszkają z rodzicami. Zdaniem prof. A. Kępińskiego (2002, s. 89), sytuacja, kiedy młodzi małżonkowie (partnerzy) mieszkają ze starszym pokoleniem, może być przyczyną licznych konfliktów, sporów, które uniemożliwiają nawiązanie prawidłowej relacji między dwojgiem ludzi. To z kolei powoduje zaburzenia zdrowia psychicznego i tym samym jest przyczyną patologii życia codziennego, a do takiej kategorii jestem skłonna zaliczyć także zjawisko zaniedbania prenatalnego. Potwierdza się zatem złożoność wzajemnych wpływów zmiennych niezależnych, czyli uwarunkowań wartości zaniedbania prenatalnego. W literaturze przedmiotu podkreśla się współwystępowanie zajścia w nieplanowaną ciążę z gorszym stanem emocjonalnym kobiet zarówno na początku, jak i w trakcie trwania ciąży (Bielańska-Batorowicz, 1987, s. 683), co potwierdzają wyniki moich badań, przeprowadzanych jednak na nielicznej próbie. Stan emocjonalny kobiety w ciąży jest zagadnieniem bardzo istotnym, ponieważ emocje przeżywane przez człowieka wywierają znaczny wpływ na organy wewnętrzne (tzw. fizjologiczna komponenta procesu emocjonalnego), a więc na środowisko wewnątrzmacicznego rozwoju dziecka. Znaczny odsetek w grupie badawczej stanowiły kobiety deklarujące odczuwanie na wieść o zajściu w ciążę raczej negatywnych emocji, takich jak strach przed reakcją rodziców, przed samotnym wychowywaniem dziecka, przed reakcją partnera, złość, poczucie utraty marzeń i zaprzepaszczenia planów. Negatywne reakcje na wieść o zajściu w ciążę mogą generować negatywne nastawienie do dziecka oraz brak dbałości o jego prawidłowy, niezakłócony rozwój fizyczny i psychiczny. Z badań prowadzonych przez Grażynę Makiełło-Jarzę (w: Bielańska-Batorowicz, 1987, s. 685) wynika, że akceptacja ciąży częściej występuje u mężatek i powoduje ukształtowanie się pozytywnej postawy macierzyńskiej. Natomiast uczestniczące w badaniach kobiety niezamężne odnosiły się do ciąży i dziecka z niechęcią. Taka postawa u części z nich pogłębiała się po porodzie.

Samopoczucie kobiety oczekującej dziecka zależy również od jej relacji z partnerem i rodzicami. Ciąża jest bowiem okresem sprzyjającym zacieśnieniu więzi partnerskich i rodzinnych, ale także wywoływaniu konfliktów i zadrażeń. Naukowe obserwacje i zestawienia pozwalają na wysunięcie wniosku, że znaczny odsetek kobiet z grupy badanych przejawiających zaniedbanie prenatalne deklarował bardzo zróżnicowane

reakcje partnera, w tym też negatywne. Połowa określała reakcje ojca dziecka jako uczucia ambiwalentne. Część partnerów kobiet przejawiających zaniedbanie prenatalne na wieść o konieczności podjęcia roli ojca odczuwało strach przed przyszłością i nowymi zadaniami życiowymi. Partnerami kobiet przejawiających zachowania zaniedbania prenatalnego o wysokim natężeniu byli także mężczyźni, którzy wyparli się ojcostwa, pozostawiając kobiety same sobie. Takie negatywne reakcje partnera na wieść o zajściu kobiety w ciążę oraz brak wsparcia ze strony najbliższej osoby w tym szczególnym okresie, jakim jest ciąża, mogą generować negatywne nastawienie kobiety do dziecka. Współwystępowanie jakości odczuwanego w czasie trwania ciąży wsparcia ze strony ojca dziecka oraz przejawów zaniedbania prenatalnego potwierdzają wyniki badań w modelu korelacyjnym na próbie 109 kobiet z 2007 roku (zob. Wójcik, w przygotowaniu).

Akceptowanie oczekującej dziecka pary przez przyszłych dziadków ułatwia obojgu partnerom przystosowanie się do nadchodzących zmian. Manifestowanie niechęci bądź złości zwiększa u kobiet poczucie niepewności, utrudnia osiągnięcie równowagi emocjonalnej.

Wsparcie ze strony rodziny jest bardzo istotne szczególnie w wypadku braku akceptacji stanu ciąży ze strony ojca dziecka. Z analizy kwestionariuszy kobiet, których partnerzy wyparli się dziecka, wynika, że również rodzice manifestują niezadowolenie, stwierdzając np. „marnujesz sobie życie”. Takie reakcje otoczenia rodzinnego miały miejsce również w wypadku pozytywnego nastawienia ojca dziecka, jednak ich skutki nie są wówczas aż tak szkodliwe.

Ustabilizowana sytuacja rodzinna, opieka ze strony partnera, jego pozytywne nastawienie do ojcostwa zostały zidentyfikowane jako czynniki wpływające na postawę kobiet wobec ciąży także w polskich badaniach Grażyny Makiello-Jarża (za: Bielańska-Batorowicz, 1987, s. 689).

Potwierdza się ponadto, że w porównaniu z kobietami niezamężnymi kobiety zamężne oceniają swoją ciążę pozytywniej i manifestują korzystniejsze dla rozwoju dziecka postawy macierzyńskie.

W przygotowywanej pod kierunkiem prof. Katarzyny Popiołek pracy magisterskiej wyróżniłam trzy typy postaw wobec problemu zaniedbania prenatalnego: świadomie ochraniająca, obojętna i zaniedbująca. Postawy te analizowano jako determinanty analogicznych typów zachowań. Z analizy jakościowej wynika, że świadome ochranianie zdrowia i życia swego prenatalnego dziecka współwystępuje z prezentowaniem postawy świadomie ochraniającej. Natomiast przejawianie zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym w znaczącej większości jest uwarunkowane prezentowaniem postawy obojętnej wobec problemu zaniedbania prenatalnego oraz postawy zaniedbującej. Potwierdzone zostało założe-

nie o występowaniu dodatniej korelacji pomiędzy wartościami natężenia zaniedbania prenatalnego a wartościami liczbowymi przypisanymi określonym postawom. W związku z tym zasadne wydaje się stwierdzenie, iż przejawianie postawy zaniedbującej determinuje behawioralne przejawianie zaniedbania prenatalnego.

Istotne wydaje się to, że każda postawa jest stosunkowo trwałą oceną – pozytywną lub negatywną – ludzi, obiektów, idei, zjawisk. Postawy są trwałe w tym sensie, że utrzymują się przez dłuższy czas. Postawy są oceną w tym sensie, że są one pozytywną lub negatywną reakcją na coś. Ludzie nie są bowiem neutralnymi obserwatorami świata, ale stale oceniają to, co widzą. Na postawę składają się trzy komponenty: poznawczy, emocjonalny i behawioralny. Komponent emocjonalny obejmuje reakcje emocjonalne wobec przedmiotu postawy, w tym wypadku problemu społecznego, jakim jest zaniedbanie prenatalne. Komponentem poznawczym są myśli i przekonania wobec przedmiotu postawy, a komponentem behawioralnym – dające się zaobserwować zachowanie wobec przedmiotu postawy.

Chociaż postawy są trwałe, to jednak można je zmieniać. I to ważne spostrzeżenie należy wykorzystywać w profilaktyce zjawiska zaniedbania prenatalnego na wszystkich trzech poziomach działań profilaktycznych. Zgodnie z zasadą, że „lepiej zapobiegać niż leczyć”, należy wyzwoić działania prewencyjne, aby zapewnić dziecku prawidłowy rozwój. Zakładając, że postawy predysponują do określonego typu zachowań, należałoby podjąć trud kształtowania postaw świadomie ochraniających, wykorzystując teoretyczne wskazania efektywności komunikatów perswazyjnych. Ponadto, jak pokazano w badaniach teorii dysonansu poznawczego, postawy ulegają zmianie, gdy ludzie angażują się w obronę stanowiska sprzecznego z własną postawą przy niskim uzasadnieniu zewnętrznym, to znaczy przy braku nagrody. Jeśli to się zdarzy, poszukują wewnętrznego uzasadnienia swego zachowania, dostosowując do niego własną postawę. Tego typu sposoby zmiany postaw, szczególnie tych zaniedbujących i obojętnych, należałoby wykorzystać w praktyce edukacyjnej szkół na lekcjach z edukacji zdrowotnej, seksualnej oraz na zajęciach edukacji prenatalnej.

Wśród zmiennych, które nie wykazują istotnego wpływu na przejawianie zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym, należy wyróżnić między innymi wykształcenie. Można przypuszczać, że jest to związane z niedookreśleniem charakteru szkoły średniej oraz brakiem informacji na temat umieszczenia w siatce programowej danych szkół uświadamiających zajęć z przygotowania do życia w rodzinie. Zmianą zakłócającą zależność pomiędzy wykształceniem a natężeniem zaniedbania prenatalnego może być również status materialny oraz sytuacja

osobista badanych kobiet. Dlatego też nie da się w tym wypadku wyciągnąć jednoznacznych wniosków. Również subiektywna ocena własnej sytuacji materialnej nie ma istotnego wpływu na przejawianie lub nie zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym.

Żadna z badanych kobiet nie poddała się zabiegowi aborcji. Również poronienie samoistne nie determinuje późniejszego unikania zachowań zagrażających zdrowiu i życiu dziecka. Nie ma więc podstaw do stwierdzenia jakoby przeszłość ginekologiczna i doświadczenia związane z ewentualnymi poprzednimi ciążami stanowiły uwarunkowanie zaniedbania prenatalnego.

Podobnie uczestnictwo w szkole rodzenia w zasadzie nie różnicuje kobiet ze względu na przejawianie zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym. Wskazuje na to chociażby fakt, że żadna z kobiet nieprzejawiających zaniedbania prenatalnego nie uczęszczała do szkoły rodzenia. Brak wpływu na występowanie zjawiska zaniedbania prenatalnego ujawnił się już w analizie odpowiedzi dotyczących źródeł wiedzy na temat zachowań zagrażających ciąży oraz zachowań koniecznych do prawidłowego przebiegu ciąży (tylko nieznaczna część kobiet wskazała szkołę rodzenia jako źródło informacji). Po przeanalizowaniu programów szkół rodzenia w województwie śląskim oraz na podstawie praktyki zawodowej mogę stwierdzić, że kwestie sprzyjania rozwojowi potencjału nienarodzonego dziecka są raczej pomijane, natomiast priorytetowo traktowane jest przygotowanie do rodzenia. Z pewnością działalność dydaktyczna tego typu placówki w zakresie edukacji prenatalnej przyniosłaby wymierne skutki.

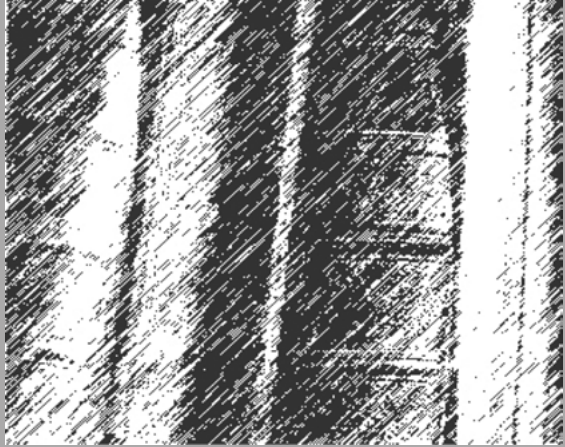
Nakreślony obraz zaniedbania prenatalnego zmusza do postawienia wielu pytań i zadań zmierzających do eliminowania tego zjawiska, stawia wyzwania osobom i instytucjom zajmującym się opieką i wychowaniem dziewcząt w okresie przedkoncepcyjnym oraz przygotowaniem kobiet będących w ciąży.

Uważa się powszechnie, że rozwój prenatalny dziecka jest uzależniony wyłącznie od odziedziczonych genów. Tymczasem równie istotny wpływ w tym okresie wywiera środowisko wewnątrzmaciczne, którego jakość zależy od matki. Może ona świadomie bądź nieświadomie powodować zagrożenia dla rozwijającego się płodu. Wprawdzie nie wszystkie czynniki determinujące rozwój dziecka mogą być kontrolowane przez „właścicielkę wewnątrzmacicznego domu płodu”, ale jednak część z nich pozostaje pod jej kontrolą. Niesankcjonowanym obowiązkiem każdej matki jest niwelowanie szkodliwych wpływów, a tym samym zwiększanie prawdopodobieństwa właściwego rozwoju. W literaturze przedmiotu podaje się, że znaczącą większość zaburzeń powodują defekty genetyczne. Przyczyną ciężkich uszkodzeń mogą być również choroby zakaźne, takie jak

różyczka i AIDS. Są to niejako naturalne zagrożenia dla płodu, na które matka w zasadzie nie ma wpływu, dlatego tym bardziej powinna ograniczać wpływ szkodliwych czynników pozagenetycznych (teratogenów).

Bibliografia

- Bielawska-Batorowicz E., 1987: *Ciąża i poród w świetle badań psychologicznych*. „Przegląd Psychologiczny”, T. 20, nr 3.
- Bielawska-Batorowicz E., 1993: *O formach złego traktowania dzieci*. „Przegląd Psychologiczny”, T. 36, nr 3.
- Fijałkowski W., 2000: *Rodzicielstwo przed urodzeniem dziecka*. Dostępne w Internecie: <http://adonai.pl/life/p2.htm> [data dostępu: 12 grudnia 2004].
- Kępiński A., 2002: *Psychopatologia nerwic*. Kraków.
- Kornas-Biela D., 2004: *Mit o nieszkodliwości środków wczesnoporonnych i ich antykoncepcyjnym działaniu – kontekst psychospołeczny*. „Służba Życiu”, nr 2.
- Kornas-Biela D., 1991: *Przystosowanie do rodzicielstwa*. „Powiernik Rodzin”, nr 2.
- Kornas-Biela D., 1989: *Zagrożenie rozwoju dziecka w pierwszej fazie jego życia*. W: *Sytuacja dziecka w Polsce w okresie przemian*. Red. B. Balcerzak-Paradowska. Warszawa.
- Kornas-Biela D., 2001: *Dziecko prenatalne jako przedmiot zainteresowań psychologicznych organizacji i stowarzyszeń naukowych*. W: *Oblicza dzieciństwa*. Red. D. Kornas-Biela. Lublin.
- Ney P., 1999: *Syndrom postaborcyjny*. „Służba Życiu”, nr 4.
- Ney P., 1993: *Child Neglect: The Precursor to Child Abuse*. “Pre – and Perinatal Psychology Journal”, Vol. 8(2), Winter.
- Soriano A., 2002: *Przemoc wobec dzieci*. Kraków.
- Wójcik W., 2005: *Zaniedbanie prenatalne, nieprzypadkowe zachowania kobiet w ciąży zagrażające zdrowiu i życiu ich poczętych dzieci*. [Niepublikowana praca magisterska] Katowice.
- Wójcik W., w przygotowaniu: *Psychospołeczne uwarunkowania antyzdrowotnych zachowań prenatalnych świadczących o zaniedbaniu prenatalnym*. [Niepublikowana praca magisterska] Katowice.



EWA JAROSZ

Negatywne doświadczenia dziecięce a zdrowie

Adverse childhood experiences and health

Abstract: The author of the article presents the analyses of negative child experiences caused by the family environment, indicating their connections with child health problems. She also describes different types of consequences of adverse childhood experiences.

Key words: adverse childhood experiences, child abuse, developmental disorders, health.

Wśród podstawowych czynników determinujących zdrowie wymienia się „środowisko społeczne” życia jednostki (Kulik, 1997, s. 22), a tym samym wskazuje na istotną rolę bodźców społecznych i kulturowych w kształtowaniu się zdrowia. Uświadamiając sobie złożoność czynników, które wpływają na ludzkie zdrowie, klinicyści i badacze w prowadzonych analizach coraz powszechniej przyjmują perspektywę interdyscyplinarną, a szczególną uwagę kierują na bodźce o charakterze społecznym. Znaczenie wpływów społecznych na kształtowanie zdrowia jednostki oraz jej socjalizację zdrowotną jest również podkreślane w działaniach z zakresu promocji zdrowia, w ramach których wyraźnie sformułowano kierunek określany jako „tworzenie środowiska życia sprzyjającego zdrowiu” (*Narodowy Program...*, za: Syrek, 2000).

Negatywne doświadczenia dziecięce wśród rodzinnych uwarunkowań zdrowia

Autorzy analiz uwarunkowań szeroko ujmowanego zdrowia jednostki wskazują, że determinanty zdrowia związane z tzw. czynnikami mikrospołecznymi dotyczą przede wszystkim funkcjonowania rodziny; atmosfery emocjonalnej życia rodzinnego oraz poziomu zaspokajania potrzeb dziecka. Podkreśla się przy tym, iż każdy rodzaj dysfunkcji rodziny jest zagrożeniem rozwoju dziecka i jego zdrowia (Syrek, 2004).

Wpływ warunków, jakie tworzy rodzina, na kondycję zdrowotną jej członków – szczególnie dzieci – oraz konsekwencje różnych sytuacji, czynników i zdarzeń rodzinnych dla ich zdrowia stają się współcześnie jednym z zasadniczych obszarów zainteresowań dyscyplin naukowych i kierunków badawczych podejmujących problemy zdrowia, socjalizacji zdrowotnej oraz edukacji zdrowotnej. Badacze szczególnym zainteresowaniem obejmują obecnie negatywne sytuacje społeczno-emocjonalne, jakich doświadczają dzieci w rodzinie. Analizy prowadzone są w perspektywie czynników upośledzających zdrowie i jakość życia dzieci. Ich negatywny wpływ rozpatrywany jest zarówno w sensie bezpośrednim, tj. skutków natychmiastowych, jak i w kategoriach tzw. następstw odległych, długotrwałych, tj. mających negatywny wpływ na zdrowie jednostek w późniejszych fazach życia.

Stosunkowo niedawno w kontekście badań różnych problemów zdrowotnych i ich uwarunkowań społecznych, rodzinnych w literaturze wprowadzono termin „negatywne doświadczenia dziecięce” (*adverse childhood*

experiences – ACE), którym określa się rozmaite formy złego traktowania i zaniedbywania dziecka przez rodziców lub opiekunów oraz inne dysfunkcje występujące w rodzinie w czasie dzieciństwa (D u b e et al., 2001). W sensie operacyjnym badacze włączają w obszar pojęcia negatywnych doświadczeń dziecięcych następujące sytuacje, jakich doświadczają dzieci w rodzinie (D u b e et al., 2001; WHO, 2005; H a r b i n, 1998):

- przemoc słowna (obrzucanie wyzwiskami, obrażanie, poniżanie, groźnie),
- przemoc fizyczna (popychanie, szarpanie, bicie),
- wykorzystywanie seksualne,
- zaniedbywanie emocjonalne (brak troski, wsparcia, zainteresowania, okazywania miłości),
- zaniedbywanie fizyczne (brak wystarczającej ilości pożywienia, opieki i ochrony, dbałości o opiekę medyczną, o ubiór),
- obserwowanie przemocy pomiędzy rodzicami (najczęściej maltretowanie matki przez ojca),
- nadużywanie substancji odurzających (alkoholu, narkotyków) w domu rodzinnym,
- występowanie choroby psychicznej w domu rodzinnym,
- zachowania suicydalne w rodzinie,
- separacja lub rozwód rodziców,
- uwięzienie członka rodziny.

Wyniki badań nad negatywnymi doświadczeniami dziecięcymi wskazują, że rzadko występują one w odosobnieniu, a w poszczególnych przypadkach tworzą zazwyczaj zespół wzajemnie powiązanych doświadczeń (F e l i t t i et al., 1998, cyt. za: D u b e et al., 2001).

Analiza pojęcia „negatywne doświadczenia dziecięce” pozwala stwierdzić, że w wymienianych kategoriach ACE dominują zjawiska, które określane są od wielu już lat terminem „krzywdzenie dziecka” (ang. *child abuse*) – w szerokim rozumieniu tego pojęcia¹. Negatywne doświadcze-

¹ Kieruję się tu ujęciem terminu „przemoc” (*violence*) oraz „krzywdzenie dziecka” (*child abuse and neglect*) proponowanym przez Światową Organizację Zdrowia, przedstawionym w opracowanym przez jej ekspertów *Światowym raporcie o przemocach i zdrowiu* [World report on violence and Health] (zob. K r u g et al., eds., 2002). Zgodnie z tym ujęciem, przemoc określana jest jako „każde intencjonalne użycie siły lub przewagi bądź zagrożenie jej użyciem skierowane do innych osób, grup, społeczności lub samego siebie, powodujące wystąpienie wysokiego prawdopodobieństwa zranienia, śmierci, psychologicznej krzywdy, zaburzające prawidłowy rozwój lub powodujące depryzację” (K r u g et al., eds., 2002, s. 5–7 – przeł. E.J.). Przemoc i zaniedbywanie dziecka (krzywdzenie dziecka) definiowane jest w raporcie następująco: „Nadużywanie lub maltretowanie dziecka obejmuje wszelkie formy fizycznego i/lub emocjonalnego złego traktowania, wykorzystywania seksualnego, zaniedbywania i niedbałego traktowania, komercyjnego wykorzystywania lub innej eksploatacji, która powoduje w sensie aktualnym

nia dziecięce obejmują więc różne formy przemocy i zaniedbywania doznawane przez dziecko bezpośrednio ze strony opiekunów, ale także tzw. przemoc pośrednią, czyli sytuacje, kiedy dziecko jest świadkiem znęcania się nad matką oraz kiedy żyje w niestabilnych warunkach i w zagrażającym otoczeniu, które tworzy rodzina wskutek chorób, zaburzeń psychicznych czy wzorów antyspołecznych w niej występujących.

Związki negatywnych doświadczeń dziecięcych z różnymi problemami zdrowotnymi

W badaniach analizujących wpływ wielorakich negatywnych doświadczeń dziecięcych ujawniano silne związki łączące je z różnymi niekorzystnymi zachowaniami zdrowotnymi jednostki, które występują w jej późniejszym życiu, w tym z paleniem tytoniu, chorobami przenoszonymi drogą płciową, problemami alkoholowymi, czy nieplanowaną ciążą (Anda et al., 1999; Dietz et al., 1999; Hillis et al., 2000, cyt. za: Dube et al., 2001). Co więcej, ujawniono też związki negatywnych doświadczeń dziecięcych z występowaniem rozmaitych problemów zdrowotnych, częstszymi chorobami i częstym korzystaniem z opieki lekarskiej (Felitti, 1991, cyt. za: Kendall-Tackett, 2002). Osoby z negatywnymi doświadczeniami dziecięcymi skarżą się na więcej objawów i niedomagań oraz rzadziej niż inni określają swoje zdrowie jako dobre. U osób z ACE obserwuje się też podwyższone ryzyko występowania zespołów bólu przewlekłego (cyt. za: Kendall-Tackett, 2002). Badacze stwierdzili nawet, że takie osoby częściej niż inne poddają się różnym zabiegom chirurgicznym (Kendall-Tackett et al., 2000, cyt. za: Kendall-Tackett, 2002).

Badania ukazały zarówno bezpośredni, jak i długotrwały, kumulatywny wpływ negatywnych doświadczeń dziecięcych na stan zdrowia fizycznego, emocjonalnego i społecznego jednostki w jej dzieciństwie i dorosłości. Jednocześnie badacze przypuszczają, iż zależność ta jest dużo silniejsza niż wynika to z przeprowadzonych badań, gdyż były one oparte na relacjach osób badanych na temat ich doświadczeń dziecięcych (Dube et al., 2001).

lub potencjalnym zagrożenie zdrowia dziecka, jego przetrwania, rozwoju lub godności. Wskazane formy zachowania dokonują się w kontekście relacji odpowiedzialności za dziecko, zaufania lub władzy” (Krug et al., eds., 2002, s. 59 – przeł. E.J.).

Z badań prowadzonych na dużych populacjach² można wnioskować, że negatywne doświadczenia dziecięce (ACE) mają wyraźny udział w rozwijaniu się po latach chronicznych chorób, niepełnosprawności, chorób serca, chorób płuc, nowotworów (WHO, 2005; Harbin, 1998). Badacze przypuszczają też, że wśród osób z negatywnymi doświadczeniami dziecięcymi występuje zjawisko przedwczesnej śmierci na skutek kumulacji czynników ryzyka, w tym wspomnianych chorób chronicznych (Felitti, 1998, cyt. za: Dube et al., 2001, oraz za: Harbin, 1998). Przywoływane wielkopopulacyjne badania, w których analizowano długoterminowy wpływ ACE, dość szczegółowo ukazały silny związek tych doświadczeń z takimi określonymi problemami zdrowotnymi, jak: palenie tytoniu, otyłość, brak aktywności fizycznej, problemy alkoholowe, używanie narkotyków, depresje, intencje i usiłowania samobójcze, promiskuityzm seksualny czy choroby weneryczne. Okazało się też, iż im wyższy stopień ACE, czyli więcej negatywnych doświadczeń dziecięcych charakteryzowało jednostki, tym częściej występowały choroby i zły stan zdrowia w późniejszym okresie ich życia. Felitti i współpracownicy (Felitti, 2001, podano za: Kendall-Tackett, 2002) wykazali w swych badaniach, że osoby, które doświadczyły co najmniej czterech typów negatywnych zdarzeń w dzieciństwie są bardziej narażone na wiele różnych chorób, takich jak choroby niedokrwienia serca, nowotwory, udar mózgu, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma płuc, cukrzyca, złamania kości oraz zapalenia wątroby. Ponadto badania wykazały, iż osoby z negatywnymi doświadczeniami dziecięcymi charakteryzowały się już w okresie adolescencyjnym i później tzw. multiplikacją ryzykownych zachowań zdrowotnych, takich jak palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, używanie narkotyków, przejadanie się oraz swoboda seksualna.

Chociaż przedstawiane badania nad wpływem ACE na występowanie problemów zdrowia odnoszą się do populacji USA, to jednak – jak sugeruje Światowa Organizacja Zdrowia – uzasadnione jest założenie występowania podobnych trendów w innych populacjach, w różnych krajach (WHO, 2005). Dlatego w *Światowym raporcie o przemoc i zdrowiu* WHO (Krug et al., eds., 2002) wiele z tych wskazanych w badaniach związków uwidocznionych zostało przez wskazanie ich jako częste zdrowotne konsekwencje krzywdzenia dziecka (*child abuse and neglect*). W obszarze zdrowotnych konsekwencji, poza następstwami fizycznymi,

² Jedne z najobszerniejszych pod względem zakresu (populacja badawcza wyniosła 30 000 osób) badań nad wpływem negatywnych doświadczeń dziecięcych na stan zdrowia w dorosłym życiu przeprowadzone zostały w USA pod kierownictwem Vincenta Felittiego przez Kaiser Permanent Medical Care Program w San Diego, The Center for Disease Control and Prevention (CDC) oraz uniwersytety w Atlancie i Tucson (www.cdc.gov, dostęp 2 sierpnia 2006).

takimi jak różnorodne obrażenia, rany i urazy, złamania, uszkodzenia zewnętrzne i wewnętrzne, trwałe okaleczenia czy niepełnosprawność, w raporcie wymienione są następstwa psychologiczne i behawioralne dotyczące sfery seksualnej i reprodukcji oraz inne dalekosiężne konsekwencje zdrowotne. Wśród konsekwencji psychologicznych i behawioralnych w raporcie wskazuje się na uzależnienia od alkoholu i narkotyków, upośledzenia funkcji poznawczych, opóźnienia rozwojowe, zachowania przestępcze, stosowanie przemocy i podejmowanie innych zachowań ryzykownych, depresja i lęki, zaburzenia jedzenia i snu, poczucie winy i wstydu, nadaktywność (nadrucliwość), zaburzenia w relacjach społecznych, niskie osiągnięcia szkolne, niska samoocena, zaburzenia pourazowe, zaburzenia psychosomatyczne, zachowania autodestrukcyjne i samobójcze. W zakresie odległych następstw zdrowotnych raport wymienia różne rodzaje chorób (np. nowotwory, choroby płuc, wątroby) jako konsekwencje doznawania w dzieciństwie przemocy i zaniedbywania (zob. K r u g et al., eds., 2002, s. 69–70). Jednocześnie w raporcie zaznacza się, iż występowanie wymienionych problemów u dzieci krzywdzonych ma charakter nieregularny; u niektórych dzieci i ofiar krzywdzenia w dzieciństwie spotkać można pełnoobjawowe zespoły zaburzeń, podczas gdy u innych występują nieliczne symptomy, które nie osiągają poziomu klinicznego.

Mechanizmy destrukcji zdrowia przez negatywne doświadczenia dziecięce

Uważa się, że najwyraźniej podstawowym mechanizmem prowadzącym do występowania różnych psychologicznych, emocjonalnych, behawioralnych i zdrowotnych konsekwencji jest podejmowanie przez ofiary krzywdzenia zachowań ryzykownych (K r u g et al., eds., 2002, s. 69). Vincent F e l i t t i (1998), jeden z czołowych badaczy związku negatywnych doświadczeń dziecięcych z problemami zdrowia, wyjaśnia, że dzieci krzywdzone mogą używać zachowań ryzykownych jako sposobu radzenia sobie z dewastującym wpływem wcześniejszych negatywnych doświadczeń rodzinnych (ACE). Innymi słowy krzywdzenie i inne negatywne doświadczenia dziecięce prowadzą do adopcji ryzykownych zachowań zdrowotnych jako strategii radzenia sobie z traumą (H a r b i n, 1998). Podobnego zdania są inni autorzy, którzy proponują hipotezy, tłumaczące, dlaczego ofiary krzywdzenia w dzieciństwie są bardziej narażone na nadużywanie alkoholu w życiu dorosłym. Ich zdaniem, alkohol może wspo-

magać mechanizm radzenia sobie lub ucieczki od traumy krzywdzenia i jego psychologicznych następstw, czyli może być sposobem radzenia sobie z różnymi trudnościami, jak na przykład depresja, może być sposobem redukcji poczucia izolacji i osamotnienia, środkiem uzyskiwania kontroli nad życiem, sposobem podnoszenia samooceny lub może pełnić funkcję zachowań autodestrukcyjnych. Jednocześnie wszystkie te problemy często charakteryzują dorosłe ofiary krzywdzenia w dzieciństwie (Widom, Hiller-Sturmhofel, 2004).

W badaniach związku ACE z problemami zdrowotnymi zaproponowano określony schemat analiz, obrazujący antycypowane i wykazywane w następstwie badań empirycznych związki (rys. 1).



Rys. 1. Konsekwencje negatywnych doświadczeń dziecięcych

Źródło: Center for Disease Control and Prevention www.cdc.gov/NCCDPHP/ACE/pyramid.htm (dostęp: 2 sierpnia 2006).

W przedstawionej na rysunku piramidzie obrazującej perspektywę całego życia jednostki zawarto teoretyczny model znaczenia negatywnych doświadczeń dziecięcych dla zdrowia jednostki. Negatywne doświadczenia dziecięce (ACE) stanowią w nim podstawę rozwijania się społecznych, emocjonalnych i poznawczych zaburzeń i różnorodnych dysfunkcji (*social, emotional and cognitive impairment*), na gruncie których jednostka adoptuje ryzykowne zachowania zdrowotne (*adoption of health – risk behaviors*), takie jak palenie, picie alkoholu, narkotyki. Są one podłożem rozwijania się chorób, niepełnosprawności i różnych problemów społecznych, są podstawą kumulowania się w życiu jednostki niekorzystnych czynników, co może prowadzić do przedwczesnej śmierci (*early death*).

Wraz z innymi autorami artykułu prezentującego wyniki badań na temat wpływu ACE na zdrowie Felitti, tłumacząc mechanizmy ukazanych związków, sugeruje, iż skłonność do ryzykownych zachowań zdrowotnych może wynikać z oddziaływań, jakie negatywne doświadczenia dziecięce mają na rozwijający się mózg dziecka, na jego budowę (Felitti, 1998). Hipoteza ta jest w ostatnich latach pozytywnie weryfikowana w innych badaniach nad wpływem niekorzystnych doświadczeń dzieci i doznawaniem chronicznej traumy na rozwój i budowę mózgu. Nikt nie podważa już dziś związku pomiędzy problemami psychicznymi a wcześniejszymi traumatycznymi doświadczeniami w dzieciństwie. Neurobiologia dostarcza wielu dowodów szkodliwości doświadczonej w dzieciństwie traumy dla neurologicznego rozwoju dziecka (Dube et al., 2001). W literaturze światowej znajdujemy odwołanie w tej kwestii między innymi do badań zespołu prowadzonego przez Martina Teichera, profesora psychiatrii w Harvard Medical School. Wyniki tych badań dość wyraźnie wykazały związek pomiędzy doznawaną w dzieciństwie przemocą a zaburzeniami w funkcjonowaniu układu limbicznego. Jak zaznacza M. Teicher (2002), dzięki nowym technikom badawczym (m.in. technikom obrazowania) ujawniono, iż maltretowanie dziecka może wywoływać trwałe uszkodzenia w budowie i funkcjonowaniu jego rozwijającego się mózgu. Zdaniem badacza, zachowania społeczne będące skutkiem traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa spowodowane są nadpobudliwością układu limbicznego, która z kolei wynika ze zmian w jego budowie, zachodzących pod wpływem doświadczeń maltretowania. Stres doznawany przez dzieci we wczesnym okresie życia w wyniku sytuacji przemocy domowej wywołuje w mózgu zmiany adaptacyjne, poprzez „kaskadę zmian hormonalnych, które trwale kształtują mózg”, co ma pomóc jego właścicielowi przetrwać w niebezpiecznym świecie. Do tych zmian należy umiejętność natychmiastowej reakcji walki lub ucieczki, duża czujność czy brak zbędnego wahania w agresywnym przeciwdziałaniu zagrożeniom. Człowiek z mózgiem zmienionym pod wpływem traumatycznych doznań w dzieciństwie wykazuje zachowania społeczne, lecz mają one dla niego znaczenie przystosowawcze (Teicher, 2002). Badacz przywołuje też teorię, według której nadmierna aktywacja „systemu odpowiedzi na stres”, niezbędna do przetrwania – a taka sytuacja ma miejsce w wypadku dzieci krzywdzonych – wzmacnia ryzyko wystąpienia otyłości, cukrzycy, nadciśnienia oraz problemów psychicznych, w tym nasilonych skłonności samobójczych. W takim rozumieniu różne problemy zdrowotne dorosłych ofiar negatywnych doświadczeń dziecięcych mają związek ze zmianami w budowie mózgu. Nadmierna aktywacja systemu odpowiedzi na stres, wywołana traumatycznymi doświadczeniami w dzieciństwie, przyspiesza również wystąpienie innych niekorzystnych zmian

zdrowotnych, takich jak starzenie się i uwstecznianie struktur mózgowych (Teicher, 2002).

Również inni autorzy na podstawie własnych badań wskazują na to, iż krzywdzenie, zaniedbywanie i inne stresory mogą niekorzystnie wpływać na rozwijający się mózg dziecka, doprowadzając do upośledzeń funkcji emocjonalnych społecznych i poznawczych oraz zwiększając ryzyko nadużywania substancji odurzających, depresji, samobójstw i innych problemów (De Bellis et al., 1999, cyt. za: Dube et al., 2001; Green et al., 1981).

Danya Glaser (2006) dokonała przeglądu badań poświęconych zaburzeniom rozwijającego się mózgu, które można by przypisać krzywdzeniu i zaniedbywaniu dzieci. Efektem kwerendy była przede wszystkim konstatacja, że nie istnieje jeden określony zespół skutków krzywdzenia dziecka. Następstwa różnią się w zależności od wielu czynników. W literaturze wskazuje się w tym względzie na: rodzaj sytuacji traumatycznej, płeć ofiary, wiek i poziom rozwoju dziecka w momencie występowania krzywdzenia, inne cechy indywidualne dziecka, częstotliwość wydarzeń traumatycznych, czas, w którym dziecko doznawało krzywdzenia, charakter relacji łączącej dziecko i krzywdziciela, relacje dziecka z innymi osobami bliskimi, jak i na wiele innych czynników, w tym fakt pojawienia się czynników kompensujących, tj. wsparcia społecznego lub pomocy psychologicznej (zob. np. Badura-Madej, 2005; Hamilton-Giachritsis et al., 2005; Krug et al., eds., 2002, s. 70). W stosunku do kwestii następstw krzywdzenia dziecka zasadne jest więc, zdaniem Glaser, operowanie pojęciami „multifinalność” (*multifinality*), czyli występowania odmiennych następstw u różnych osób o podobnych, a nawet identycznych doświadczeniach, oraz „ekwifinalność” (*equifinality*), czyli występowania podobnych następstw u jednostek charakteryzujących się zróżnicowanymi procesami rozwojowymi. Oba te zjawiska powodują, że nie można trafnie przewidywać skutków konkretnych doświadczeń krzywdzących, jakich doznają dzieci w rodzinie. Na podstawie przeglądu badań Glaser konstatuje, iż zarówno zaniedbywanie, jak i aktywne krzywdzenie mogą wpływać na późniejsze funkcjonowanie mózgu. Badaczka dodaje, że w praktyce granica pomiędzy działaniem a zaniechaniem (zaniedbywaniem) nie jest aż tak wyraźna, jak w sensie teoretycznym. Zdaniem badaczy, najgroźniejsze są sytuacje, w których dziecko doświadcza jednocześnie aktywnego krzywdzenia i zaniedbywania, gdyż krzywdzenie jest potężnym źródłem stresu, który wpływa na strukturę i funkcjonowanie mózgu, a zaniedbywanie, oznaczające depryzację, prowadzi zarówno do reakcji stresowej, jak i do deficytów rozwojowych (De Bellis, Putnam, 1994, cyt. za: Glaser, 2006).

Specyfikując sugerowane w różnych badaniach empirycznych zmiany, jakie dokonują się wskutek neurobiologicznych reakcji stresowych u dzieci będących ofiarami krzywdzenia i zaniedbywania³, D. Glaser wymienia: reakcje hormonalne, różnice wielkości określonych obszarów mózgu w porównaniu z grupą kontrolną, reakcje układu przywspółczulnego (np. w postaci dysocjacji), reakcje serotoninowe oraz funkcjonalne, strukturalne i chemiczne zmiany w mózgu (Glaser, 2006). Zdaniem Autorki, wyniki badań neurobiologicznych pozwoliły inaczej spojrzeć na emocjonalne i behawioralne zaburzenia, jakie przejawiają dzieci – ofiary krzywdzenia.

Wątek znaczenia doświadczeń krzywdzenia w dzieciństwie dla rozwoju zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń zachowania jest obecnie bardzo wyraźnie akcentowany. Wyniki wielu badań wykazały, że zachowania antyspołeczne, takie jak agresja, przemoc, nadpobudliwość i przestępczość, mogą być konsekwencją negatywnych doświadczeń dziecięcych i dziecięcej wiktymizacji (Widom, Hiller-Sturmhofel, 2004). Specyfikując znaczenie ACE dla szeroko rozumianej socjalizacji zdrowotnej jednostki, należy wyraźniej zaznaczyć, że wielu badaczy łączy przestępczość, szczególnie tę z użyciem przemocy, z doświadczeniami krzywdzenia w dzieciństwie (Howing et al., 1990; Kruttschnitt, Dornfield, 1993; Widom, 1991; Dutton, Hart, 1992; Rivera, Widom, 1990, podano za: Hamilton-Giachritsis et al., 2005). Zwłaszcza połączenie w indywidualnych doświadczeniach dziecka różnych form przemocy doznawanej w rodzinie, tj. zarówno fizycznej, słownej, jak i zaniedbywania, ma szczególnie niekorzystny wpływ na jego rozwój (Ney et al., 1994). Podobnie tzw. wielokrotna wiktymizacja (rewiktymizacja⁴) jest silnym predykatorem zachowań przestępczych samego dziecka, gdyż – jak wskazują autorzy – już każdy pojedynczy akt krzywdzenia doznany przez dziecko wywołuje u niego poczucie bezsilności, zagrożenia i spadek samooceny, a postawy te ulegają rozwinięciu i utrwaleniu, jeśli akty te są wielokrotne (Hamilton-Giachritsis et al., 2005). Nie należy jednak, jak zaznaczają autorzy, traktować wszystkich krzywdzonych dzieci w sposób jednorodny jako zagrożonych przestępczością, by przypomnieć tu efekt multifinalności.

Skutki negatywnych doświadczeń dziecięcych dla socjalizacji zdrowotnej spostrzegać należy również w wymiarze pozajednostkowym. Au-

³ W swym artykule Glaser przedstawia dość szczegółowo wyniki wielu badań skoncentrowanych na identyfikacji neurologicznych reakcji stresowych na doznawane krzywdzenie i zaniedbywanie, jakie występują u dzieci maltretowanych (zob. Glaser, 2006).

⁴ Rewiktymizacja oznacza doświadczanie wielokrotne przez dziecko aktów krzywdzenia zarówno ze strony członków rodziny, jak i ze strony osób spoza niej (Hamilton-Giachritsis et al., 2005).

torzy, określając następstwa złego traktowania dzieci w rodzinach, dostrzegają związek pomiędzy tymi zjawiskami a globalnie zauważanym w świecie narastaniem zjawisk przemocy, konfliktów zbrojnych czy terroryzmu (Kydd, 2003). Interpretacje tego związku, poza już zaprezentowanymi w niniejszym artykule mechanizmami (w tym fizjologicznymi), odwołują się także do *zjawiska desynsytyzacji*, w którego świetle doświadczenie przemocy w rodzinie oswaja dzieci z przemocą, naturalizuje jej występowanie, normalizuje przemoc jako sposób układania sobie relacji z innymi i ze światem, uczy przemocy (tamże). Wskazuje się też, że doświadczenie przemocy w rodzinie kształtuje u dzieci przekonania, iż różne zdarzenia życiowe oraz motyw i działania innych ludzi zagrażają im i są przez nie interpretowane jako wrogi. Co więcej, na tle doświadczanego w rodzinie krzywdzenia dzieci wyuczają się bezradności i bezsilności. Napotykanie w życiu trudności są często przez nie przeceniane, a z kolei ich własna skuteczność jest przez nie niedoceniana. Prowadzi to do chronicznego poczucia zagrożenia i lęku oraz do braku zaufania, a wręcz wrogości do innych. Skutki takich postaw wykraczają niejednokrotnie poza jednostkowe życie i najbliższe otoczenie jednostek (WHO, 2005; Kendall-Tackett, 2002). Przybierają one tym szerszy społecznie zakres, im częstszym zjawiskiem w populacji jest złe traktowanie dzieci oraz im bardziej jest ono „wpisane” w normy społeczne i kulturowe. Widzimy więc, że konsekwencje zjawisk złego traktowania dziecka „rozlewają się” poza indywidualną socjalizację zdrowotną, na zdecydowanie szeroki kontekst społeczny, tworząc lub rozbudowując negatywne zjawiska społeczne. Jednostki krzywdzone w dzieciństwie niejako „zasilają szeregi” osób, które nie radzą sobie w życiu, stwarzają problemy, zagrażają innym (osobom lub całym grupom) oraz które wymagają pomocy psychosocjalnej, a także „obciążają” społeczeństwo ekonomicznie, gdyż przemoc i zaniedbywanie dzieci pociąga za sobą konkretne koszty, nakłady i straty finansowo-gospodarcze⁵.

⁵ Wśród kosztów ekonomicznych zjawiska krzywdzenia dzieci wymienia się różne nakłady, jakie w związku z występowaniem zjawiska ponosi społeczeństwo, w tym m.in.: koszty działań formalnointerwencyjnych (praca policji, służby zdrowia, wymiaru sprawiedliwości, koszty leczenia i psychoterapii ofiar, koszty zapewniania dzieciom opieki zastępczej). Szacowane w tym względzie środki osiągają bardzo wysokie wartości dochodzące nawet do kilkunastu tysięcy dolarów na jedno dziecko lub inaczej szacując – kilkudziesięciu milionów dolarów, jakie rocznie pochłania ten problem (WHO, 2004; Browne, Herbert, 1999; Krug et al., eds., 2002).

Rodzaje zdrowotnych skutków negatywnych doświadczeń dziecięcych

Porządkując rozważania dotyczące znaczenia dla kwestii zdrowia i socjalizacji zdrowotnej zjawisk określanych terminem „negatywne doświadczenia dziecięce”, odwołajmy się do udanej w naszej ocenie propozycji Kathleen Kendall-Tackett (2002). Zaproponowała ona systematyzację zdrowotnych skutków krzywdzenia dzieci na podstawie wyników różnych badań, układając ją w strukturze odpowiadającej ujęciom psychologii zdrowia. Zdaniem Autorki, konsekwencje zdrowotne krzywdzenia dziecka i innych dysfunkcji rodzinnych układają się w cztery ścieżki: **behawioralną, społeczną, poznawczą i emocjonalną**, które oddziałują na jednostkę we wzajemnych powiązaniach, tworząc macierz – sieć zależności wywierających wpływ na stan jej zdrowia.

Behawioralne następstwa są jednym z najlepiej poznanych obszarów konsekwencji, jakie mogą występować i rozwijać się u dzieci doświadczających złego traktowania w rodzinie. Obejmują one wiele zachowań szkodliwych dla zdrowia oraz zachowań wysokiego ryzyka, takich jak:

- nadużywanie substancji odurzających (alkoholu, środków farmakologicznych, narkotyków, środków psychostymulujących),
- zaburzenia jedzenia prowadzące do otyłości (związek ten jest szczególnie zaznaczany w wypadku wykorzystywania seksualnego, choć wyniki badań nie są jednoznaczne),
- samobójstwa,
- ryzykowne zachowania seksualne (dość charakterystyczne dla osób wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie, dotyczące takich form zachowań, jak wczesne rozpoczynanie współżycia seksualnego, posiadanie wielu partnerów, uprawianie seksu bez zabezpieczenia, usuwanie ciąży),
- palenie tytoniu (wskazywane jako niemal powszechne u ofiar krzywdzenia w dzieciństwie),
- trudności ze snem (koszmary nocne, bezsenność).

Następstwa społeczne dotyczą najogólniej ograniczeń i niepowodzeń, jakich jednostki krzywdzone w dzieciństwie doświadczają w budowaniu konstruktywnych relacji społecznych i w zgodnym współżyciu z innymi. Ofiary krzywdzenia w rodzinie często nie umieją trafnie odczytywać wskazówek społecznych, jasno wyrażać własnych potrzeb oraz chronić się przed wykorzystywaniem przez innych. Badania pokazują, że dorosłe krzywdzone dzieci często funkcjonują w związkach opartych na ich wiktymizacji i są nadal krzywdzone przez innych. W grupie takich osób częstym zjawiskiem

są rozwody, niezadowolenie z aktualnych związków, ubogie związki społeczne i odoosobnienie społeczne.

Jednym z kierunków interpretacji upośledzeń społecznych charakteryzujących Dorosłe Krzywdzone Dzieci (DKD)⁶ są style interpersonalne. W badaniach Becker-Lausen i Mallon-Kraft, które przytacza Kendall-Tackett (2002), dorośli z takimi doświadczeniami przyjmują najczęściej jeden z dwóch stylów interpersonalnych – unikowy lub natrętny⁷. Oba są dysfunkcjonalne i przeważnie prowadzą do samotności. Jak zauważa Kendall-Tackett (2002), co ciekawe, oba te style były też opisywane w odniesieniu do zachowań związanych ze zdrowiem i oba widziane są jako trafne predykatory zachowań szkodliwych dla zdrowia oraz złego stanu zdrowia. Satysfakcjonujące związki społeczne i dobre relacje interpersonalne są bez wątpienia bardzo ważnym kontekstem dobrego stanu zdrowia i właściwych zachowań zdrowotnych, a braki występujące u ofiar krzywdzenia w dzieciństwie wpływają na niższą jakość ich zdrowia.

Inną wpływającą na zdrowie jednostek kategorią rozpatrywaną na ścieżce społecznych następstw krzywdzenia jest wspomniana już rewiktymizacja, rozumiana tutaj jako skłonność DKD do wchodzenia w rolę ofiary i bycia wykorzystywanym przez innych. W badaniach ujawniono na przykład, że ofiary krzywdy w dzieciństwie częściej niż inni doświadczają w późniejszym życiu gwałtów, przemocy ze strony partnera, pobić (cyt. za: Kendall-Tackett, 2002). Rewiktymizacja powodująca urazy i szkody fizyczne, jakich doznają jednostki – ofiary krzywdzenia w dzieciństwie w dorosłym życiu, bezpośrednio zagraża ich zdrowiu, a nawet i życiu, zwiększa również ryzyko życia w stanie ciągłego stresu oraz prób radzenia sobie z nim z pomocą środków odurzających. Życie w ciągłym stresie wywołuje zmiany w układzie wewnętrznego wydzielania i wpływa na rozwój chorób układu krążenia i cukrzycy.

Na podstawie przeglądu badań wśród społecznych kategorii następstw krzywdzenia w dzieciństwie Kendall-Tackett (2002) wymienia też bezdomność. W tym wypadku związek ze zdrowiem jest wieloraki; bezdomność to często doznawany głód, niedożywienie, narażenie na nieko-

⁶ Wprowadzenie określenia Dorosłe Krzywdzone Dzieci (DKD) ma wymiar autor-ski, inspirowany terminem DDA – Dorosłe Dzieci Alkoholików. Nie wykluczam jednak możliwości niezależnego zastosowania tego terminu przez innych autorów i jego pojawienia się w literaturze w innych pozycjach.

⁷ Styl unikowy charakteryzuje się niskim poziomem wzajemnych zależności, utrzymywaniem niewielkiej liczby więzi interpersonalnych i posiadaniem niewielu przyjaciół, rzadkim angażowaniem się w związki i rzadszymi decyzjami o małżeństwie. Styl natrętny jest przeciwieństwem unikowego; charakteryzuje się skrajną potrzebą bliskości, niemal ekshibicjonistyczną otwartością, ale też nadmiernymi wymaganiami wobec partnera i jego kontrolowaniem (za: Kendall-Tackett, 2002).

rzystne warunki pogodowe, brak opieki medycznej, brak codziennej higieny osobistej. Wszystkie te czynniki mają oczywisty dewastujący wpływ na zdrowie.

Kolejną z analizowanych przez Kendall-Tackett ścieżek są następstwa *poznawcze*. Chodzi tu o przekonania i postawy, które wyznaczają nasze codzienne życie i mogą wywierać znaczny wpływ na stan zdrowia. Poczucie bezsilności, przecenianie przeciwności losu, zaniżanie własnej wartości, odczuwanie zagrożenia, lęk to stany często doświadczane przez DKD. Chronicznie lękliwe i nieufne nastawienie do życia oznacza trwanie w stałym stresie, co – jak tłumaczy Kendall-Tackett – jest przyczyną nadmiernego wydzielania kortyzolu, hormonu stresu, który może upośledzać układ immunologiczny jednostek, spowalniać leczenie ran, uszkadzać tkankę mózgową. Wśród poznawczych następstw zdrowotnych zdecydowanie należy też wskazać spostrzeganie własnego stanu zdrowia. Badania wykazały, że ofiary krzywdzenia w dzieciństwie zdecydowanie gorzej niż inne osoby spostrzegają własne zdrowie, częściej oceniają własny stan zdrowia jako zły. Ocena własnego zdrowia jest związana z występowaniem chorób i prawdopodobieństwem wczesnej śmierci DKD, gdyż na podstawie badań określono je nawet na trzykrotnie wyższe niż u osób, które dobrze oceniają swoje zdrowie.

Czwartą ścieżką zdrowotnych następstw krzywdzenia w dzieciństwie jest, zdaniem K e n d a l l - T a c k e t t (2002), ścieżka *emocjonalna*. Wśród opisywanych licznych zaburzeń emocjonalnych, którymi charakteryzują się krzywdzone dzieci, najczęściej występującymi (wskazywanymi w badaniach) są depresja i zespół stresu pourazowego. Prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u osób krzywdzonych w dzieciństwie jest czterokrotnie wyższe niż u osób bez takich doświadczeń. Depresja wywiera negatywny wpływ na stan zdrowia jednostki; upośledza działanie układu odpornościowego, wpływa niekorzystnie na sen, jest przyczyną podejmowania zachowań antyzdrowotnych (np. palenie tytoniu) i braku zachowań prozdrowotnych (brak aktywności fizycznej, niejedzenie śniadań, niejedzenie owoców, nieregularny sen, niezapięcie pasów bezpieczeństwa w samochodzie). Z kolei zespół stresu pourazowego (PTSD) jest bardzo często wskazywanym następstwem doświadczania przez dzieci przemocy w rodzinie. Wśród podstawowych jego objawów występujących u doświadczonych dziecięcą krzywdą osób wymieniane są: nadpobudliwość, natrętne myśli i wspomnienia dotyczące krzywdzenia oraz nagłe poczucie ponownego przeżywania traumatycznych zdarzeń (*flashback*) i inne objawy⁸.

⁸ Pełny opis objawów zespołu zaburzeń stresu pourazowego zawierają liczne opracowania z zakresu diagnostyki psychologicznej i psychiatrycznej oraz podręczniki diagnostyczne, np. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10*.

PTSD wyraźnie i wielowymiarowo upośledza zdrowie jednostki, ponadto jest związane z występowaniem innych zaburzeń – depresji i zaburzeń lękowych, zaburzeń snu, alkoholizmu, palenia tytoniu i narkomanii. Może też wpływać negatywnie na więzi społeczne oraz predestynować jednostkę do myśli i prób samobójczych.

Kendall-Tackett (2002), przedstawiając swoją systematyzację, podkreśla jej praktyczne znaczenie, jakim jest konieczność uwzględniania w analizach badawczych (zarówno naukowych, jak i w praktycznych diagnozach klinicznych) w sposób łączny wszystkich ścieżek oddziaływania i wzajemnych powiązań tworzących mechanizmy rozwijania się różnych problemów zdrowotnych.

Wpływ ACE na zdrowie w literaturze polskiej

Na wiele problemów psychologicznych dotyczących osób krzywdzonych w dzieciństwie oraz krzywdzonych dzieci wskazują również polscy klinicyści i terapeuci. Jako często występujące wymieniają oni (np. Widera-Wysoczańska, 2001, s. 231–232): konsekwencje pourazowe (PTSD), zniekształcenia poznawcze (poczucie winy i niskiej wartości, bezradność i beznadziejność, brak spostrzegania możliwości zmiany własnego losu), zmienioną emocjonalność (ciągły smutek, brak poczucia szczęścia, obwinianie siebie, depresja i dystymia, wybuchy złości, poczucie pustki i samotności, niepokoje na tle somatycznym), dysocjacje, zaburzenia pamięci, problemy z tożsamością, poczucie bezsilności, problemy poczucia odrębności, lęk przed porzuceniem.

Spójne z rezultatami badań prezentowanymi w literaturze światowej są również tendencje, jakie uwidaczniają się w badaniach i próbach badawczych realizowanych w rodzimych warunkach. Z pewnością w polskich warunkach bogaty zbiór wyników badań nad dewastującym wpływem negatywnych doświadczeń dziecięcych odnosi się do problemu dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym oraz problemów dorosłych, którzy wychowywali się w takich warunkach (Dorosłych Dzieci Alkoholików). Literatura odnosząca się do tych kwestii jest na tyle bogata, że trudno przytaczać tu wybiórczo jakieś pozycje. Dokładniej jednak problem związku negatywnych doświadczeń dziecięcych – także i innych, nie tylko wychowywanie się w rodzinie alkoholowej –

Kraków–Warszawa 2000. Na temat PTSD dzieci krzywdzonych więcej piszą też Badura-Madej (2005) oraz Kendall-Tackett (2002).

z problemami zdrowotnymi podejmuje niewielu autorów i badaczy. Bezpośredniego wpływu na zdrowie dotyczą opracowania na temat skutków krzywdzenia dzieci prezentowane przez przedstawicieli medycyny. Są one skoncentrowane na analizie urazów oraz występowania medycznych jednostek diagnostycznych u dzieci krzywdzonych (zob. np. Marciński, 2005; Brzozowska, 2006). Niewidoczne są opracowania analizujące długofalowy wpływ zdrowotny ACE.

W związku z tym chcę się tutaj odwołać do badań zmierzających do ukazania znaczenia doświadczeń krzywdzenia w dzieciństwie dla występowania problemów zdrowia, a w szczególności prezentowania zachowań antyzdrowotnych⁹ przez osoby z takimi doświadczeniami. Wykonane w końcu 2005 roku badania młodzieży szkół średnich, opierające się na anonimowej ankiecie przeprowadzonej w losowo wybranych klasach kilku szkół, wskazały na występowanie związków pomiędzy określonymi doświadczeniami krzywdzenia w dzieciństwie a pewnymi zachowaniami antyzdrowotnymi młodzieży i oceną własnego zdrowia¹⁰. Uzyskane wyniki opisu statystycznego pokazały¹¹, że badani uczniowie, którzy

⁹ Tzw. zachowania zdrowotne są tu rozumiane jako wszelkie zachowania w dziedzinie zdrowia (Przewoźniak, 2000, s. 84), czyli zwyczaje, nawyki, postawy, postępowanie lub działanie mające bezpośredni wpływ na zdrowie jednostki. Zachowania zdrowotne mogą mieć charakter pozytywny – sprzyjający zdrowiu (zachowania prozdrowotne) lub negatywny, prowadzący do niszczenia zdrowia, jego osłabienia, pogorszenia je (zachowania antyzdrowotne). Do tych drugich zachowań powszechnie zalicza się używanie substancji psychoaktywnych (tytoń, alkohol, narkotyki), niewłaściwe odżywianie się, małą aktywność fizyczną, niestosowanie się do zaleceń lekarzy, małą dbałość o swoje zdrowie, nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa, zasad higieny osobistej oraz wczesną inicjację seksualną i inne.

¹⁰ Badania zostały przeprowadzone przez Panią Aleksandrę Chwałę według wspólnie opracowanego w ramach kierowanego przeze mnie seminarium magisterskiego kwestionariusza ankiety na potrzeby jej pracy magisterskiej *Zachowania antyzdrowotne młodzieży a negatywne doświadczenia dziecięce*. Badaniem objęto grupę 120 dziewcząt i chłopców w wieku 17, 18 i 19 lat z kilku katowickich szkół średnich. Analizowano, czy określone negatywne doświadczenia dziecięce (zaniedbywanie emocjonalne, zaniedbywanie fizyczne, przemoc słowna, przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna i fizyczna pomiędzy rodzicami, wykorzystywanie seksualne, problemy nadużywania alkoholu przez rodzica, choroba psychiczna w rodzinie, separacja lub rozwód rodziców) mają związek z częstszym podejmowaniem przez młodzież zachowań antyzdrowotnych, takich jak: niska aktywność fizyczna, nieregularne odżywianie się, stosowanie diet odchudzających, nieprzestrzeganie higieny osobistej i badań kontrolnych, nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa (zapinanie pasów w samochodzie, przestrzeganie przepisów ruchu drogowego), palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie narkotyków, wczesna aktywność seksualna.

¹¹ W szczegółowy sposób systematyczne zastawienia – z uwzględnieniem wpływu płci na związki określonych negatywnych doświadczeń dziecięcych z określonymi zachowaniami antyzdrowotnymi i oceną własnego zdrowia – przedstawiono w cytowanej pracy magisterskiej.

przyznali, iż byli w dzieciństwie zaniedbywani emocjonalnie w zestawieniu z grupą kontrastową:

- rzadziej określali swój stan zdrowia jako dobry (40–56%),
- częściej przyznawali, iż wcale nie podejmują aktywności fizycznej (10–24%),
- częściej odżywiali się nieregularnie lub opuszczali poszczególne posiłki,
- częściej stosowali diety odchudzające (25–38%),
- rzadziej stosowali się do zasad bezpieczeństwa (57–70%),
- częściej używali narkotyków (25–48%),
- częściej byli aktywni seksualnie (44–58%) i nie stosowali środków antykoncepcyjnych (19–50%).

Do kategorii badanych, którzy w dzieciństwie doświadczyli przemocy fizycznej, zaliczono uczniów, którzy stwierdzili, że w dzieciństwie byli „często lub czasami” szarpani, bici, karceni fizycznie. Badania wykazały wpływ doznawania przemocy fizycznej na nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa, rzadszą abstynencję tytoniową, częste używanie alkoholu. We wszystkich trzech kategoriach ponad 65% uczniów z doświadczeniem przemocy fizycznej oraz ponad 50% uczniów bez doświadczeń przemocy fizycznej ujawniało takie zachowania. Z kolei doświadczenie przemocy słownej okazało się związane częściej z:

- ciągłą troską o swoje zdrowie (47–93%),
- stosowaniem diet odchudzających (22–46%),
- codziennym paleniem tytoniu (15–26%),
- spożywaniem alkoholu kilka razy w tygodniu lub w miesiącu (35–56,5%),
- inicjacją seksualną i ryzykownymi zachowaniami seksualnymi (brakiem środków antykoncepcyjnych).

Pewne związki częstszych zachowań antyzdrowotnych młodzieży ujawniono też w niniejszych badaniach z obserwowaniem przemocy pomiędzy rodzicami. Dotyczyły one: rzadszej aktywności fizycznej, w wypadku dziewcząt bardziej nieregularnego odżywiania się i częstszego stosowania diet odchudzających, częstszej inicjacji narkotykowej (26–56%) i seksualnej (38–51%) oraz ryzykownego życia seksualnego, czyli bez środków antykoncepcyjnych (23–56% badanych uczniów aktywnych seksualnie).

Przytaczane badania z różnych względów nie są w pełni rzetelnymi analizami empirycznymi, dotyczącymi rozważanych tu związków negatywnych doświadczeń dziecięcych (ACE) z problemami zdrowotnymi. Można jednak na ich podstawie przypuszczać, że związki takie zarysowują się dość wyraźnie w niektórych kategoriach. Jednak bardziej uprawomocnione konkluzje muszą się opierać na badaniach przeprowadzonych z zachowaniem ścisłych rygorów metodologicznych oraz muszą być analizo-

wane w pogłębiony statystycznie sposób. Pewności takim wnioskom dodają na pewno tzw. metaanalizy. Tu jednak, zwłaszcza w pozamedycznej literaturze przedmiotu, nie znajdujemy polskich badań nad dalekosiężnym wpływem negatywnych doświadczeń krzywd doznawanych przez dzieci w rodzinie na ich socjalizację zdrowotną i kondycję zdrowotną w późniejszym okresie życia. I choć można założyć zbieżność wyników takich badań z prowadzonymi w innych społeczeństwach, to potrzeba ich przeprowadzania w rodzimych warunkach jest w sposób oczywisty uzasadniona.

Podsumowanie – rekomendacje

Według określenia Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie nie jest jedynie brakiem choroby lub niepełnosprawności, jest stanem dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego. Zdrowie oznacza też dobre samopoczucie społeczne, zdolność i umiejętność odgrywania ról społecznych, umiejętność adaptacji do zmian, jakie następują w środowisku życia jednostki, i radzenia sobie z tymi zmianami. Takie też ujęcie zdrowia odnajdujemy w *Narodowym Programie Zdrowia na lata 1996–2006*, w opracowanym przez ekspertów dokumencie, który wyznaczał na całą dekadę założenia i cele w zakresie poprawy stanu zdrowia społeczeństwa polskiego¹². Zdrowie nominowano w nim, zgodnie z współczesnymi koncepcjami zdrowia, do pozycji wartości, zasobu i środka do osiągania lepszej jakości życia, rozumianej w perspektywie wydajności zawodowej i społecznej, satysfakcji z życia oraz sprawnego funkcjonowania do późnej starości (*Narodowy Program Zdrowia...*, cyt. za: Syrek, 2000; Waszkiewicz, 2002, s. 97). Aktualne definicje zdrowia wiążą się więc z biopsychospołecznym funkcjonowaniem człowieka, w którym zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne wzajemnie się warunkują, a zakłócenia którejkolwiek ze sfer wywołują reperkusje w pozostałych. Zdrowie oznacza zatem stan, w którym jednostka wykazuje optymalne umiejętności normalnego, sprawnego wywiązywania się z ról społecznych i zadań wyznaczanych jej w toku socjalizacji¹³ (Syrek, 2004).

¹² Wykorzystano tekst *Narodowego Programu Zdrowia* zamieszczony w *Aneksie* pracy E. Syrek (2000).

¹³ W problematyce zdrowia autorzy i eksperci posługują się terminem „umiejętności życiowe” w rozumieniu psychospołecznych kompetencji pozwalających na dobre przystosowywanie się i pozwalających radzić sobie z wymogami życia. WHO (B. Woyna-

Badacze oraz światowi eksperci, udowadniając dewastujący zdrowie wpływ negatywnych doświadczeń dziecięcych, zaliczyli kwestie krzywdzenia dzieci w rodzinie do naczelných problemów zdrowotnych. Jednocześnie na tle tego dramatycznego związku przedstawiane są pewne formuły dotyczące ograniczania występowania problemu krzywdzenia dzieci. Podstawowe rekomendacje opracowane przez Światową Organizację Zdrowia w zakresie prewencji krzywdzenia dzieci w rodzinie zawierają następujące zalecenia (K r u g et al., eds., 2002, s. 78):

- doskonalenia systemu reakcji społecznej na zjawisko,
- doskonalenia sposobów oceny zakresu występowania problemu i jego monitorowania,
- gromadzenia danych na temat występowania zjawiska, rozwijanie badań naukowych nad zjawiskiem i jego różnymi aspektami,
- rozwoju odpowiedniej racjonalnej polityki prowadzonej wobec zjawiska,
- dokumentowania efektywnych typów reakcji – działań, strategii, programów i form,
- doskonalenia i edukacji profesjonalistów.

Te działania należy uznać za systemowe podstawy rozwijania profilaktyki problemu krzywdzenia dzieci w rodzinie oraz innych dysfunkcji rodzinnych, a w konsekwencji – ważny obszar systemowych podstaw profilaktyki zdrowotnej.

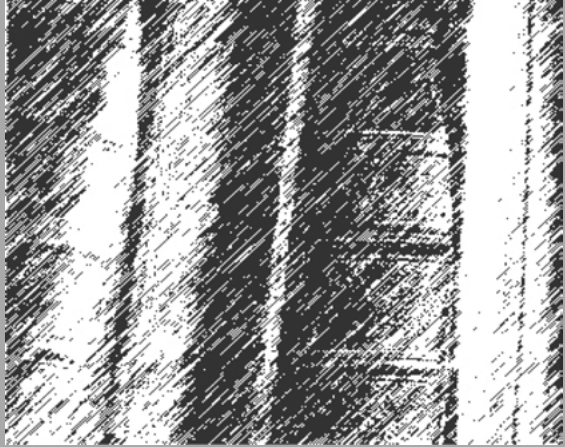
Bibliografia

- Badura-Madej W., 2005: *Interwencje terapeutyczne wobec dzieci – ofiar przestępstw*. „Dziecko Krzywdzone”, nr 10.
- Browne K., Herbert M., 1999: *Zapobieganie przemocy w rodzinie*. Warszawa.

rowska, 2002, za: Syrek, 2004) wyróżnia dwie główne grupy umiejętności życiowych: podstawowe i specyficzne. Podstawowe, czyli niezbędne w życiu codziennym, takie jak umiejętności podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów, twórcze i krytyczne myślenie, pozytywne relacje interpersonalne, samoświadomość i empatia, radzenie sobie z emocjami i ze stresem. Wśród umiejętności specyficznych wymienia się: umiejętności związane z radzeniem sobie z różnymi zagrożeniami, czyli np. umiejętności asertywne. Z kolei w UNICEF przyjęto następującą systematyzację umiejętności życiowych: umiejętności interpersonalne (negocjowanie, rozwiązywanie konfliktów), budowanie samoświadomości (samoocena i pozytywne myślenie), budowanie własnego systemu wartości (np. tolerancja, tworzenie hierarchii postaw i zachowań), podejmowanie decyzji (np. krytyczne myślenie, identyfikacja ryzyka), radzenie sobie i kierowanie stresem (np. radzenie sobie z lękiem) (Syrek, 2004).

- Brzozowska A., 2006: *Zaburzenia psychiczne u ofiar wykorzystywania seksualnego – prezentacja ujawnionych w trakcie hospitalizacji w oddziale psychiatrii wieku rozwojowego wybranych przypadków nadużyć seksualnych wobec dzieci*. „Dziecko Krzywdzone”, nr 14.
- Dube S.R., Anda R.F., Croft J.B., Edwards V.J., Giles W.H., Felitti V.J., 2001: *Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction*. “Child Abuse and Neglect. The International Journal”, Vol. 25 (12) [polskie tłumaczenie artykułu: *Dorastanie z rodzicami nadużywającymi alkoholu a krzywdzenie i zaniedbywanie dziecka oraz inne dysfunkcje rodziny*. „Dziecko Krzywdzone” 2004, nr 8].
- Felitti V.J., 1998: *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of health in adults*. “American Journal of Preventive Medicine”, Vol. 14 (4).
- Glaser D., 2006: *Krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci a funkcjonowanie mózgu – przegląd badań*. „Dziecko Krzywdzone”, nr 14, s. 6–26.
- Green A.H., Voeller K., Gaines R.W., Kubie J., 1981: *Neurological impairment in maltreated children*. “Child Abuse and Neglect. The International Journal”, Vol. 5.
- Harbin K., 1998: *Adult health problems linked to traumatic childhood experiences*. Dostępne w Internecie: <http://www.cdc.gov/od/oc/media/pressrel/1980514.htm> [data dostępu: 2 sierpnia 2006].
- Hamilton-Giachritsis C., Browne K., Falsaw L., 2005: *Krzywdzenie dzieci w rodzinie oraz jego związek z zachowaniami przestępczymi dzieci*. „Dziecko Krzywdzone”, nr 10.
- Kendall-Tackett K., 2002: *The health effects of childhood abuse; four pathways by which abuse can influence health*. “Child Abuse and Neglect. The International Journal”, Vol. 26, nr 1 [polskie tłumaczenie artykułu: *Skutki zdrowotne krzywdzenia dzieci – cztery ścieżki oddziaływania krzywdzenia na stan zdrowia*. „Dziecko Krzywdzone” 2004, nr 8].
- Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A., Lozano R., eds., 2002: *World report on violence and health*. WHO. Genewa.
- Kulik T.B., 1997: *Edukacja zdrowotna w rodzinie i szkole*. Stalowa Wola.
- Kydd J.M., 2003: *Preventing child maltreatment. An integrated, multisectoral approach*. „Heath and Human Rights”, Vol. 6, nr 2.
- Marciński A., 2005: *Dziecko maltretowane – urazy nieprzypadkowe*. „Dziecko Krzywdzone”, nr 11.
- Przewoźniak L., 2000: *Wybrane zagadnienia socjologii i promocji zdrowia rodziny*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. A. Czapryna. T. 2. Kraków.
- Syrek E., 2000: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice.
- Syrek E., 2004: *Zaniedbywanie emocjonalne dzieci jako zagrożenie zdrowia – wybrane aspekty*. „Auxilium Sociale”, nr 1.
- Teicher M., 2002: *Niezabliżnione rany. Neurobiologia przemocy*. „Świat Nauki”, nr 5.
- Waszkiewicz L., 2002: *Uwarunkowania zdrowia związane z środowiskiem życia i wykonywaną pracą*. W: *Zdrowie i choroba – wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. Barański, W. Piątkowski. Wrocław.
- WHO, 2004: *The economic dimensions of interpersonal violence*. Genewa.
- WHO, 2005: *Violence prevention alliance. Building global commitment for violence prevention*. Genewa. Dostępne w Internecie: http://www.who.int/violence_injury_prevention [data dostępu: 25 listopada 2005].

- Widera-Wysoczańska A., 2001: *Zdrowotne konsekwencje chronicznego urazu doznanego w dzieciństwie*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław.
- Widom C., Hiller-Sturmhofel S., 2004: *Nadużywanie alkoholu jako czynnik ryzyka i konsekwencja krzywdzenia dzieci*. „Dziecko Krzywdzone”, nr 8.



IGOR RADZIEWICZ-WINNICKI

Czynnościowe bóle brzucha jako zaburzenie funkcjonowania psychospołecznego dzieci

Functional abdominal pains as a disorder of the child psychosocial functioning

Abstract: The article includes the analyses concerning the functional abdominal pains in the medical-social context. The author emphasizes the role of humanistic sciences in the actions promoting prevention in the functional health disorders.

Key words: functional abdominal pains, health behaviour, health promotion.

W ciągu ostatnich dziesięcioleci znacznie wzrosło zainteresowanie zagadnieniami zdrowia, które stało się przedmiotem eksploracji badaczy reprezentujących różne dziedziny naukowe. Nową jakość w spojrzeniu na pojęcie zaburzeń zdrowia ludności przyniósł rozwój takich dyscyplin, jak medycyna społeczna, zdrowie publiczne, psychologia zdrowia czy edukacja zdrowotna, a także dynamiczny rozwój psychiatrii. Zauważalny stał się wzrost zainteresowania powszechnie występującymi zaburzeniami zdrowotnymi, które nie osiągają poziomu klinicznego. Na obraz wzmiankowanej grupy schorzeń składają się dolegliwości somatyczne, zaburzenia czynnościowe, bóle o niewielkim nasileniu bądź o przejściowym charakterze, przedłużające się negatywne stany emocjonalne, których wielkie nasilenie jest przyczyną bagatelizowania zarówno przez osoby dotknięte zaburzeniami, ich środowisko, jak i przez reprezentantów profesjonalnej opieki medycznej. Tym samym wielu aspektów tego zjawiska nie ujmowano w statystykach analizujących stan zdrowia ludności, co jest zrozumiałe wobec niewielkiego stopnia upośledzenia funkcjonowania oraz braku przejrzystych kryteriów rozpoznawczych tej grupy schorzeń.

Powszechność tego typu zaburzeń oraz postępujący kulturowy i ekonomiczny rozwój społeczeństw przejawiający się zmniejszeniem chorobowości i śmiertelności wynikłej ze złych warunków socjoekonomicznych, niskiego poziomu higieny oraz niedostatecznej jakości opieki medycznej skłania do przeniesienia uwagi na problematykę profilaktyki oraz pozwala na dostrzeganie bardziej subtelnych zaburzeń zdrowotnych. Jednocześnie wzrost tempa życia oraz rosnące aspiracje i oczekiwania społeczne wobec jednostek są niekorzystnym czynnikiem zwiększającym obciążenie stresem, prowadzącym prawdopodobnie do wzrostu częstości występowania zaburzeń czynnościowych. Coraz częściej zatem schorzenia te są dostrzegane i stają się przedmiotem analiz i eksploracji naukowych zarówno na poziomie patofizjologii, epidemiologii czy społecznych aplikacji psychiatrii, jak i nauk humanistycznych, jak choćby psychologii, socjologii i pedagogiki.

W populacji dzieci i młodzieży najczęściej obserwowanymi dolegliwościami są niekorzystne doznania emocjonalne (zdenerwowanie, lęk, uczucie silnego zmęczenia, zły humor), bóle głowy i bóle brzucha (J o d k o w s k a, 2006, s. 17–22).

Zaproponowaną w niniejszym artykule interpretację zachowań *stricte* medycznych oraz wyniki omówionych tu badań i analiz można przyjąć zarówno jako wskaźniki socjomedyczne zawierające zaledwie zmienne behawioralne, jak i szereg twierdzeń oraz spostrzeżeń o zachowaniach ludzkich związanych ze zdrowiem i chorobą (T i t k o w, 1976, s. 116; S y r e k, 2001, s. 7–11).

Czynnościowe bóle brzucha to problem szeroko naświetlany od lat 50. XX wieku, kiedy to Apley i Naish wprowadzili pojęcie nawracających bólów brzucha (*Recurrent Abdominal Pains*), opisując występujące u dzieci pomiędzy 4. a 16. rokiem życia, pojawiające się przynajmniej raz w miesiącu przez 3 kolejne miesiące epizody bólu, wystarczająco silnego, aby zakłócić aktywność dziecka (Apley, Naish, 1958, s. 165–170).

Pomimo rozwoju nowoczesnych technik diagnostycznych do dziś nie udało się jednoznacznie zidentyfikować czynników etiologicznych pojawiających się bólów brzucha. Stąd też utrzymywanie się dolegliwości somatycznych przy braku zmian morfologicznych mogących odpowiadać za skargi somatyczne stało się podstawowym wyznacznikiem kategorii zaburzeń czynnościowych.

Współcześnie pojęcie czynnościowych bólów brzucha (*Functional Abdominal Pains*) rozumiane jest jako termin odnoszący się do opracowanej w 1990 roku podczas Konferencji Gastroenterologów w Rzymie klasyfikacji czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego. Klasyfikacja ta, zmodyfikowana dwukrotnie, w 1999 i w 2006 roku, obowiązuje obecnie jako tzw. klasyfikacja rzymska III, która wprowadza podział i kryteria rozpoznawcze dla grupy zaburzeń gastroenterologicznych o ustalonym obrazie klinicznym i złożonej etiologii, których główną cechą jest brak możliwości ustalenia uchwytnej przyczyny organicznej. Wzmiankowana klasyfikacja dzieli czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego na podgrupy dotyczące poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego oraz wyznacza dodatkowo 2 kategorie zaburzeń dla niemowląt i starszych dzieci (Drossman, 2006, s. 1377–1390; American Academy of Pediatrics, 2005, s. 245–248).

Potrzeba ustalania szczegółowej klasyfikacji nozologicznej wynika z dużego rozpowszechnienia i różnorodności omawianej kategorii schorzeń. Przeprowadzone w ciągu minionych dwu dekad badania pozwoliły na wyłonienie nowych jednostek chorobowych, które nie zostały ujęte w obowiązującej w Polsce Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Ze względu na brak jednoznacznie ustalonego czynnika organicznego powstawania dolegliwości somatycznych schorzenia te uznaje się jako zaburzenia powstałe na skutek złożonych biopsychospołecznych oddziaływań na człowieka i jako takie znalazły się w części psychiatrycznej ICD-10.

Szacuje się, że nawracające bóle brzucha dotyczą 20–40% populacji dziecięcej i prawdopodobnie taki sam odsetek populacji dorosłych. Najczęstszą postacią tych dolegliwości dotykającą 20–30% populacji jest ból lub dyskomfort zlokalizowany w górnej części brzucha, definiowany w gastrologii jako niestrawność (syn. dyspepsja) czynnościowa (El-Serag, Talley, 2004, s. 643–654; Shaib, El-Serag, 2004, s. 2210–

2216). Dolegliwości te stają się corocznie przyczyną około 5% konsultacji lekarskich osób dorosłych i aż 15% konsultacji pediatrycznych. Z danych epidemiologicznych wynika, że 75–78% populacji nastolatków doświadcza w ciągu roku bólu brzucha, z czego 13–17% odczuwa ból przynajmniej raz w tygodniu. Częstotliwość epizodów bólu narasta wraz z wiekiem i jest przyczyną 39–51% przypadków absencji szkolnej, trwającej zwykle mniej niż 6 dni (H y a m s et al., 1996, s. 220–226).

Początkowo Apley i Naish zakładali, że większość dzieci z czynnościowymi bólami brzucha w okresie dorosłym nadal uskarża się na dolegliwości dyspeptyczne. Badania longitudinalne trwające ponad 30 lat wykazały jednak, że tylko 25–50% pacjentów z czynnościowymi bólami brzucha w dzieciństwie odczuwa podobne dolegliwości bólowe w wieku dorosłym, chociaż w wypadku 70% badanych nie upośledzają one normalnego trybu życia. Około 35% pacjentów z historią czynnościowych bólów brzucha cierpi w wieku dorosłym na schorzenia psychiatryczne oraz inne przewlekłe dolegliwości somatyczne, takie jak bóle głowy, pleców czy zaburzenia miesiączkowania. Według innych autorów, w krótszym okresie obserwacji (2 lata) aż 70% pacjentów podaje ustąpienie objawów klinicznych bądź ich złagodzenie (H o t o p f et al., 1998, s. 1196–1200; H y a m s, 2000, s. 413–418).

Pomimo dużej częstotliwości występowania czynnościowych bólów brzucha dotychczas nie udało się zidentyfikować jednoznacznie powiązanych z dolegliwościami czynników etiologicznych. Poszukiwania badaczy dotyczą zarówno obszarów gastroenterologii, fizjologii, neurologii, psychiatrii, jak i psychologii klinicznej i społecznej, których doniesienia wydają się potwierdzać słuszność polietiologicznego uwarunkowania schorzenia powstającego na tle biopsychospołecznych dysfunkcji jednostki. Etiologia dyspepsji czynnościowej obejmuje w tym świetle wiele zjawisk natury biologicznej, psychologicznej i społecznej, działających najprawdopodobniej łącznie (B e n n e t t et al., 1998, s. 414–420).

Liczne badania realizowane w obszarze medycyny wyłoniły między innymi czynniki związane z nieprawidłowym wydzielaniem kwasu solnego, którego nadmierna sekrecja zarówno podstawowa, jak i poposiłkowa miała być związana ze stresem. Zaburzenia wydzielania mogą mieć związek z toczącym się przewlekłym procesem zapalnym (np. na tle infekcji *Helicobacter pylori*), obejmującym błonę śluzową oraz elementy miejscowego układu nerwowego, tym samym inicjując uczucie bólu. W badaniach pacjentów z zespołem jelita drażliwego wykazano pozytywną korelację pomiędzy naciekiem komórek procesu zapalnego w pobliżu zakończeń nerwowych błony śluzowej jelita grubego a nasileniem doznawanego bólu (B a r b a r a et al., 2004, s. 693–702). Proces zapalny toczący się w przewodzie pokarmowym może zatem stanowić czynnik zwiększający

odczuwanie bólu. Ponadto badania prowadzone na modelach zwierzęcych dostarczają dowodów na występowanie przyczynowego związku pomiędzy stresem psychologicznym a rozwojem procesów zapalnych w jelicie myszy z zespołem jelita drażliwego. Separacja od matki oseków mysich wiązała się ze wzrostem kolonizacji jelita przez komórki zapalne oraz uwalnianiem przez nie substancji nasilających proces zapalny, co przyczyniało się do rozwoju nadwrażliwości trzewnej u badanych myszy. Obserwacje dorosłych pacjentów sugerują, iż obecność istotnych wydarzeń życiowych w wywiadzie oraz podwyższona punktacja w skali hipochondrii predestynuje do rozwoju zespołu jelita drażliwego (Van Den Wijngaard et al., 2005, s. 12–13; Gwee et al., 1999, s. 400–406).

Obserwacja rodzinnego występowania czynnościowych zaburzeń somatycznych, w tym czynnościowego bólu brzucha, sugeruje obecność czynnika genetycznego warunkującego skłonność do rozwoju somatyzacji. Ponadto dziedziczne uwarunkowania temperamentalne mogą stanowić jeden z czynników wpływających na osobniczą wrażliwość i tendencje do somatyzacji (Holtman et al., 2004, s. 971–979; Hotopf et al., 1999, s. 1796–1800).

Jedną z najlepiej poznanych grup czynników wywołujących ból lub dyskomfort lokalizowany w obrębie jamy brzusznej są zaburzenia czynności motorycznej przewodu pokarmowego. Powstawanie objawów podmiotowych, takich jak wczesne uczucie sytości, ból, przelewanie, uczucie pełności czy wzdęcie oraz odbijania występujące po posiłku związane są z zaburzeniem relaksacji żołądka i jelit oraz nadwrażliwością na rozciąganie. Stwierdzono, że poszczególne rodzaje zaburzeń motoryki mogą wiązać się ze specyficznymi objawami podmiotowymi. Podobne zaburzenia czynności motorycznej żołądka mogą występować również u osób zdrowych, nie podających dolegliwości somatycznych, ponadto interwencje farmakologiczne jakkolwiek wpływają na czynność motoryczną, nie przynoszą istotnej poprawy w ocenie subiektywnej pacjentów. Obserwowane zaburzenia motoryki, jak opóźnione opróżnianie żołądka, obniżenie aktywności motorycznej jelit i przedłużony czas pasażu jelitowego, mogą towarzyszyć nadmiernej kontroli i tłumieniu ekspresji emocji (szczególnie gniewu), obniżonemu nastrojowi, depresji czy nieprawidłowemu radzeniu sobie ze stresem oraz lękowi (Bennett et al., 2000, s. 83–87). W wielu doniesieniach zwraca się uwagę na zaburzenie odczuwania fizjologicznych bodźców z jamy brzusznej, które interpretowane są jako ból i inne nieprzyjemne doznania. U podstawy tego zaburzenia, określanego jako nadwrażliwość trzewna, leży nieprawidłowa czynność receptorów obwodowych jak również zaburzona relacja pomiędzy jelitowym a ośrodkowym układem nerwowym oraz zaburzenia procesu percepcji bodźców na

poziomie ośrodkowym. W procesie odczuwania bólu pośredniczą procesy emocjonalne, pamięciowe oraz wzory kulturowe, wchodzące w interakcje z indywidualnymi cechami osobowości i temperamentem (Ryżko, 2002, s. 83–88; Thumshirn, 2002, s. 63–66). Warto zauważyć, że wybiórcze obniżenie progu czucia bólu z narządów wewnętrznych występuje u pacjentów z czynnościowymi chorobami przewodu pokarmowego, w odróżnieniu od pacjentów z organicznymi przyczynami bólu, mimo obecności u tych ostatnich ewidentnych zmian organicznych w narządach wewnętrznych.

Przytoczone fakty uzasadniają przyjęcie modelu polietiologicalznego uwarunkowania opisywanej grupy zaburzeń, na który składa się łańcuch niekorzystnych zjawisk patogenetycznych natury czynników biologicznych oraz równolegle determinant psychologicznych i społecznych, takich jak uwarunkowania osobowościowe, temperamentalne oraz wynikające z nich określone zmienne behawioralne, różne międzyosobniczo, wynikające z warunków środowiskowych oddziałujących w trakcie socjalizacji. Wymienione elementy stanowiące wrodzone i nabyte dyspozycje fizyczne i psychologiczne wchodzą w interakcje ze środowiskowymi, społecznymi i kulturowymi czynnikami ryzyka, doświadczeniem nabywanym w trakcie rozwoju człowieka, prowadząc do powstania określonych wzorów percepcyjnych i wzorów reagowania emocjonalnego oraz wegetatywno-somatycznego (DiLorenzo, 2005, s. 44–46; Wrzesniewski, 1993, s. 7–24). Poglądy te tradycyjnie stanowiły zaplecze teoretyczne do wyłonienia kategorii chorób psychosomatycznych, definiowanych jako grupy jednostek nozologicznych, w których powstawaniu i przebiegu istotną rolę odgrywają procesy psychologiczne, takie jak stres psychiczny czy zmienne osobowościowe, behawioralne czy temperamentalne. Inne nazwy określające tę grupę schorzeń to zaburzenia psychofizjologiczne, psychobiologiczne albo biopsychospołeczne (Locke et al., 2004, s. 350–357; Wolańczyk, Bryńska, 2003, s. 25–34). Obecnie przytoczony model polietiologicalzny stanowi rozwiązanie kompleksowe, znajdujące zastosowanie w pojmowaniu nie tylko przyczyn zaburzeń psychosomatycznych, lecz także wszystkich zjawisk patologicznych dotyczących człowieka, paradoksalnie wykluczając *per se* sens definiowania zaburzeń psychosomatycznych. Zasadniczą rolę w omawianej grupie zaburzeń odgrywają czynniki emocjonalne, będące przyczyną przedłużających się zmian czynności układu wegetatywnego, endokrynnego, opioidowego oraz immunologicznego z następującymi w konsekwencji reakcjami narządowymi. Długotrwałe utrzymywanie się niektórych emocji wywołuje zaburzenia funkcji organizmu, prowadząc do powstania zmian chorobowych. Szczególnie niedojrzałość narządowa oraz niestabilność funkcjonalna powstających struktur osobowości młodzieży może

ulec zaburzeniom czynnościowym pod wpływem zmian emocjonalnych związanych głównie z funkcjonowaniem środowiska rodzinnego i szkolnego (S z e w c z y k, 2003, s. 7–17). Wpływ zmiennych psychospołecznych na funkcjonowanie narządów przejawia się zaburzeniem czynności przewodu pokarmowego (przyspieszenie bądź zwolnienie perystaltyki, zaburzenie czynności zwieraczy, rozwój nadwrażliwości trzewnej czy zaburzenie podatności żołądka), zmianą napięcia w układzie wegetatywnym, zaburzeniem wydzielania hormonów, funkcji immunologicznych oraz innymi zmianami. Integracja czynności psychicznych, emocjonalnych i fizjologicznych zachodzi na poziomie ośrodkowego układu nerwowego, głównie w obrębie układu brzożnego (K a r c z e w s k a, 1997, s. 74–90; S z e w c z y k, 1997, s. 98–107).

W literaturze psychiatrycznej podkreśla się dużą rolę chłodu emocjonalnego panującego w rodzinach dzieci z zaburzeniami psychosomatycznymi, przy jednocześnie silnej, choć lękowej więzi z rodzicami. Pacjenci zwykle prezentują trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych oraz negatywny obraz siebie i niską samoocenę. Dane dotyczące osób dorosłych wskazują na częstsze narażenie na traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie, współwystępowanie zaburzeń nastroju oraz zachowania poszukującego pomocy medycznej (D r o s s m a n et al., 1999, s. 25–30; S o y k a n et al., 1998, s. 2398–2404). Badania wskazują na częstsze występowanie bólów brzucha u dzieci wychowywanych w rodzinach niekompletnych. Ponadto doniesienia badań psychiatrycznych wskazują na istotnie częstsze występowanie lęku i depresji u osób z czynnościowymi bólami brzucha, podobnie jak z innymi zaburzeniami pod postacią somatyczną (C a m p o et al., 2004, s. 817–824). Nieprawidłowa nadmierna emocjonalność zaburzająca prawidłowe procesy adaptacyjne jest tradycyjnie definiowana jako neurotyczność. Pojęcie to odwołuje się do trójczynnikowej teorii osobowości Eysencka (PEN), w której zakłada się, że osobowość człowieka opisują trzy nadrzędne superczynniki: psychotyczność, ekstrawersja i neurotyczność. Wymienione cechy przyjmują status wymiaru, w którym każda z cech może przyjmować położenie pomiędzy dwoma skrajnościami. Psychotyczność obejmuje obszar pomiędzy przestępczością, psychopatią i schizofrenią a altruizmem, empatią i uspołecznieniem. Ekstrawersja, definiowana jako towarzyskość, żywość, aktywność, asertywność i poszukiwanie doznań, przeciwstawia się introwersji, którą cechują unikanie pobudzenia, niska aktywność i wycofanie. Trzeci wymiar osobowości, neurotyczność, rozumiana jest przez Eysencka jako emocjonalność, na którą składają się lęk, przygnębienie, poczucie winy, niska samoocena i napięcie oraz zrównoważenie emocjonalne na przeciwnym biegunie. Empiryczne uzasadnienie pomiaru neurotyczności odnosi się do nadmiernej lękliwości i pobudliwości oraz

trudności w radzeniu sobie w sytuacji trudnej. Osoby o wysokim poziomie neurotyczności wykazują niską odporność na działanie sytuacji stresowych (Strelau, 2003, s. 535–546). W badaniach własnych stwierdzono, że dzieci z dyspepsją czynnościową cechuje podwyższony lęk, mierzony za pomocą modelu neurotyczności. Wysokie wyniki w tej skali wiążą się z większą częstotliwością dolegliwości ze strony jamy brzusznej, przy czym są to dolegliwości typu zaburzeń czynności motorycznej. Neurotyczność sprzyja utrzymywaniu się niektórych dolegliwości somatycznych mimo stosowanego leczenia farmakologicznego (Radziejewicz-Winnicki, 2006).

W badaniach czynników wpływających na zachowanie zdrowia zwraca się uwagę na dominującą rolę tzw. stylu życia, na który składają się przede wszystkim zachowania „prozdrowotne” i „antyzdrowotne”. Te ostatnie ujęte zostały w modelu Richarda Jessora jako zachowania „ryzykowne”, będące czynnikami zagrażającymi poszczególnym elementom zdrowia lub destabilizującymi harmonijny proces rozwoju. Rozwój wzmiankowanych zachowań ryzykownych pozostaje w ścisłej interakcji z czynnikami psychospołecznymi, pośród których należy wymienić politykę państwa, środowisko społeczne, szkołę, rodzinę, grupę rówieśniczą oraz czynniki indywidualne (Oblacińska, 2006, s. 9–15).

Zainteresowanie behawioralnymi czynnikami warunkującymi zdrowie rozpoczęło się w latach 50. XX stulecia, począwszy od badań Meyera Friedmana i Raya Rosenmana, analizujących wzór zachowania A u pacjentów dotkniętych chorobą niedokrwienną serca. Obserwując osoby, które przeżyły zawał serca, autorzy ci opisali specyficzny model życia, będący w rzeczywistości zbiorem cech osobowości, stylów percepcyjnych i przekonań, angażujących jednostki w permanentną walkę o zdobycie jak największej liczby celów w możliwie krótkim czasie. Pacjenci, którzy przeżyli ostry incydent wieńcowy, zazwyczaj cechowali się skłonnością do współzawodnictwa, potrzebą awansu i uznania społecznego (Friedman, Rosenman, 1959, s. 1286–1296; Sheridan, Radmacher, 1998, s. 377–388). Na pełny obraz wzoru zachowania A składa się skrajna rywalizacja, walka o osiągnięcia, agresywność, pobudliwość, poczucie presji czasu, pośpiech i niecierpliwość, subiektywne odczucie nadmiernej odpowiedzialności oraz tendencja do dominacji (Wrześniewski, 2003, s. 493–512). Dane empiryczne zebrane w toku późniejszych badań potwierdziły również związek wzoru zachowania A z rozwojem innych chorób, w tym choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, sugerowany jest również związek z chorobą reumatyczną (Dolińska-Zygmunt, 2001, s. 169–189).

Przeciwnieństwem wzoru zachowania A jest sprzyjający utrzymaniu zdrowia wzór zachowania typu B. Osoby o tym wzorze zachowania mają

niższą potrzebę osiągnięć, są nastawione do życia mniej walecznie, nie spieszą się i łatwiej się relaksują. Niższa potrzeba rywalizacji i dominacji ma związek z rzadszym zachorowaniem na choroby somatyczne, co tłumaczy się między innymi w lepszym i mniej emocjonalnym przeżywaniu sytuacji stresowych przez osoby z wzorem zachowania B, co nie powoduje przedłużania się oddziaływania fizjologicznych komponentów chronicznie przeżywanych stanów emocjonalnych (złość). Ponadto osoby te częściej i chętniej podejmują zachowania prozdrowotne, prowadzą bardziej higieniczny tryb życia. Swobodna ekspresja emocji jest czynnikiem warunkującym zachowanie zdrowia. Badania dzieci z czynnościowymi bólami brzucha wykazały, że internalizacja gniewu jest w tej grupie większa niż u zdrowych rówieśników. Ponadto przeprowadzone badania wpływu składowych WZA na powstawanie i kliniczny przebieg niestrawności czynnościowej wskazują, że osoby z czynnościowym bólem brzucha plasują się bardziej w kierunku wzoru zachowania B niż WZA. Ponadto redukcja wrogości, niecierpliwości i pośpiechu towarzyszy większej częstotliwości doznań bólowych, podczas gdy większe nasilenie tych składowych ma związek z występowaniem symptomów zaburzeń czynności motorycznej przewodu pokarmowego (J a n o w s k a i in., 2004, s. 1326–1330; Radzewicz-Winnicki, 2006).

Szkodliwość WZA zawiera się na kilku płaszczyznach oddziaływania. Mechanizmy pośrednie obejmują zwiększone ryzyko narażenia na konfrontację z sytuacją stresową, czego konsekwencją jest pobudzenie układu wegetatywnego. Mechanizmy specyficzne wiążą się z wytwarzaniem charakterystycznych wzorów percepcyjnych, prowadzących do łatwego postrzegania sytuacji jako zagrożenia pozycji, niebezpieczeństwa utraty dominacji itp., co pociąga za sobą pobudliwe wzory reagowania emocjonalnego, obejmujące erupcję negatywnych emocji z przewagą gniewu i złości.

Kształtowanie się wzorów percepcyjnych i wzorców reagowania emocjonalno-wegetatywnego pozostaje w ścisłym związku z poczuciem koherencji jednostki, na które składa się – podążając za autorem pojęcia poczucia koherencji Aaronem Antonovskym – poczucie „pewności, że wewnętrzne i zewnętrzne środowiska są przewidywalne i że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawy potoczą się tak, jak można to sensownie przewidzieć” (A n t o n o v s k y, 1997, s. 206–231). Istotą tej kategorii jest uogólniony emocjonalno-poznawczy styl pojmowania świata, składający się z trzech głównych komponentów wyrażających przekonanie o tym, że:

- informacje docierające do człowieka ze środowiska zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego są spójne strukturalnie, sensowne i przewidywalne (komponent zrozumiałości);

- posiadane zasoby osobiste są wystarczające i adekwatne, aby sprostać wymaganiom stawianym przez sytuacje, w których jednostka może się znaleźć (komponent zaradności);
- wymagania sytuacyjne są postrzegane przez jednostkę jako wyzwanie, któremu może ona sprostać, tym samym stosowne jest podjęcie zaangażowania i działania (komponent sensowności).

Ludzie z wysokim poczuciem koherencji wykazują większą gotowość do korzystania z własnych zasobów. Przeświadczenie, że życie jest sensowne, przewidywalne i uporządkowane, motywuje do podejmowania działań prozdrowotnych, planowania i dalszego rozwoju osobistego. Wysokie poczucie koherencji wiąże się ponadto z prawdopodobieństwem postrzegania sytuacji trudnych jako wyzwań, z którymi jednostka zмага się dysponując odpowiednim i wystarczającym zapleczem zasobów. Tym samym wysokie poczucie koherencji modeluje styl radzenia sobie ze stresem w stronę czynności zadaniowych, chroniących przed niekorzystnym działaniem stresu na zdrowie (Antonovsky, 1997, s. 206–231; Dolińska-Zygunt, 2001, s. 19–31). Według Autora, w procesie kształtowania się poczucia koherencji istotną rolę odgrywają zarówno zgeneralizowane zasoby odpornościowe, na które składają się równolegle czynniki fizjologiczne obok wykształcenia, pozycji zawodowej i dyspozycji intelektualnych, jak i doświadczenia człowieka wyniesione w trakcie rozwoju, własnej aktywności w konfrontacji z określonym kontekstem społeczno-kulturowym i polityczno-ekonomicznym. W badaniu grupy dzieci z dyspepsją czynnościową stwierdzono, że wszystkie składowe poczucia koherencji sprzyjają ustępowaniu dolegliwości somatycznych w czasie leczenia.

W konkluzji warto wyrazić nadzieję, że zainteresowanie reprezentantów nauk humanistycznych zagadnieniami tzw. czynnościowych zaburzeń zdrowia pozwoli opracować skuteczne strategie profilaktyczne, odnoszące się do modyfikacji wartości i przekonań społecznych leżących u podstawy niekorzystnych oddziaływań psychospołecznych, stanowiących jedno z głównych ogniw w rozwoju zaburzeń homeostazy jednostek. Udział psychologów w zespołach zajmujących się diagnozowaniem oraz terapią zaburzeń czynnościowych może przyczynić się do ustalenia skutecznego schematu postępowania. Obserwacje kliniczne pacjentów uskarżających się na choroby czynnościowe przewodu pokarmowego wskazują, że osoby te uzyskują znaczną redukcję objawów po stosowaniu placebo, sięgającą nawet 20–60%. Przyjęcie modelu biopsychospołecznej etiologii zaburzeń czynnościowych implikuje przypisanie szczególnej roli przyjmowanej strategii terapeutycznej obejmującej oddziaływania behawioralne i psychoterapię dzieci oraz ich rodzin. Treningi relaksacyjne, szkolenie poznawczych stylów radzenia sobie oraz rozwijanie umiejętno-

ści samodzielnej administracji wzmocnień pozytywnych obok poznawczej terapii rodzin okazały się skutecznymi metodami postępowania w czynnościowych bólach brzucha (S a n d e r s et al., 1994, s. 306–314). Sama akceptacja przez pacjenta i jego rodzinę diagnozy czynnościowego charakteru dolegliwości ma przynosić redukcję objawów szacowaną na 30–50% w ciągu kilku tygodni. Warto wspomnieć o kilku doniesieniach wskazujących na skuteczność zabiegów hipnotycznych stosowanych u pacjentów z dyspepsją czynnościową oraz z zespołem jelita drażliwego, po których wykazano redukcję nasilenia dolegliwości oraz obiektywne zmniejszenie kurczliwości jelita i nadwrażliwości trzewnej, a także normalizację aktywności przedniej części zakrętu obręczy, rejonu związanego z odczuwaniem dolegliwości ze strony jamy brzusznej (C a l v e r t et al., 2002, s. 1778–1785; H a u g h t o n et al., 2002, s. 701–704; A r g a w a l, W h o r w e l l, 2005, s. 49–50). Integracja zespołów terapeutycznych obejmujących specjalistów z różnych dyscyplin: pediatry, gastrologa, psychologa, psychiatry i edukatora, prawdopodobnie pozwoli na osiągnięcie lepszych skutków stosowanych oddziaływań terapeutycznych, których ostatecznym celem będzie pomoc pacjentowi w powrocie do prawidłowego funkcjonowania w środowisku, a nie jedynie ustąpienie bólu i dolegliwości dyspeptycznych (R y ż k o, 2002, s. 83–88).

Liczne wyniki badań dowodzą o oddziaływaniu szeregu różnorodnych czynników, zarówno zdrowotnych, jak i psychospołecznych. Wzięcie ich pod uwagę może mieć istotne znaczenie dla oczekiwanej socjalizacji zdrowotnej zarówno pacjentów, jak i wychowanków, stając się tym samym sprawnym narzędziem społecznych strategii profilaktycznych.

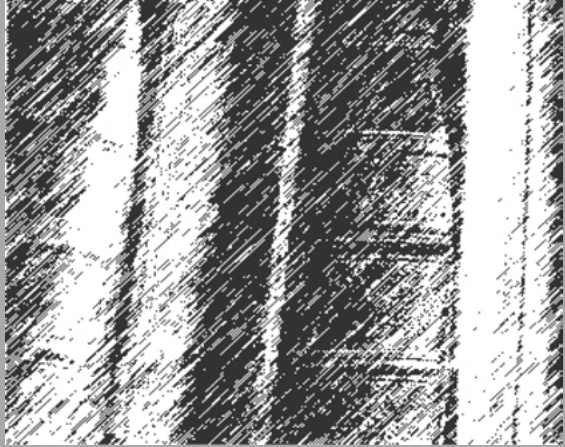
Bibliografia

- American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain and NASPGHAN Committee on Abdominal Pain, 2005: *Chronic Abdominal Pain in Children: A Clinical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*. "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition", Vol. 40.
- Antonovsky A., 1997: *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk. Warszawa.
- Apley J., Naish N., 1958: *Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children*. "Archives of Disease in Childhood", Vol. 33.
- Argawal A., Whorwell P., 2005: *Hypnotherapy for Irritable Bowel Syndrome: A Role in Pediatric Practice?* "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition", Vol. 41.

- Barbara G., Stanghellini V., De Giorgio R., Cremon C., Cottrell G., Santini D., Pasquinelli G., Morselli-Labate A., Grady E., Bunnett N., Collins S., Corinaldesi R., 2004: *Activated mast cells in proximity to colonic nerves correlate with abdominal pain in irritable bowel syndrome*. "Gastroenterology", Vol. 126 (3).
- Bennett E., Evans P., Scott A., Badcock C., Shuter B., Hoeschl R., Tennant C., Kellow J., 2000: *Psychological and sex features of delayed gut transit in functional gastrointestinal disorders*. "Gut", Vol. 46.
- Bennett E., Piesse C., Palmer K., Badcock C., Tennant C., Kellow J., 1998: *Functional gastrointestinal disorders: psychological, social, and somatic features*. "Gut", Vol. 42.
- Calvert E., Houghton L., Cooper P., Morris J., Whorwell P., 2002: *Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy*. "Gastroenterology", Vol. 123 (6).
- Campo J., Bridze J., Lehmann M., Altman S., Lucas A., Birmaher B., DiLorenzo C., Iyengar S., Brent D., 2004: *Recurrent Abdominal Pain, Anxiety, and Depression in Primary Care*. "Pediatrics", Vol. 113.
- DiLorenzo C., 2005: *Abdominal Pain: Is It in the Gut Or in the Head?* "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition", Vol. 41.
- Dolińska-Zygmunt G., 2001: *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław.
- Dolińska-Zygmunt G., 2001: *Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław.
- Drossman D., Creed F., Olden K., Svedlund J., Toner B., Whitehead W., 1999: *Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders*. "Gut", Vol. 45 (Suppl II).
- Drossman D.A., 2006: *The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process*. "Gastroenterology", Vol. 130.
- El-Serag H., Talley N., 2004: *The Prevalence and Clinical Course of Functional Dyspepsia*. "Alimentary Pharmacology and Therapeutics", Vol. 19, (6).
- Friedman M., Rosenman R., 1959: *Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings*. "Journal of the American Medical Association", Vol. 169.
- Gwee K., Leong Y., Graham C., McKendrick M., Collins S., Walters S., Underwood J., Read N., 1999: *The role of psychological and biological factors in postinfective gut dysfunction*. "Gut", Vol. 44.
- Houghton L., Calvert E., Jackson N.A., Cooper P., Whorwell P., 2002: *Visceral sensation and emotion: a study using hypnosis*. "Gut", Vol. 51.
- Holtman G., Sifert W., Haag S., Mueller N., Langkafel M., Senf W., Zotz R., Talley N.J., 2004: *G-Protein $\beta 3$ Subunit 825 CC Genotype Is Associated With Unexplained (Functional) Dyspepsia*. "Gastroenterology", Vol. 126.
- Hotopf M., Carr S., Mayou R., Wadsworth M., Wessely S., 1998: *Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study*. BMJ, Vol. 316.
- Hotopf M., Mayou R., Wadsworth M., Wessely S., 1999: *Childhood Risk Factors for Adults With Medically Unexplained Symptoms: Result From a National Birth Cohort Study*. "American Journal of Psychiatry", Vol. 156.

- Hyams J., Burke G., Davis P., Rzepski B., Andrulonis P., 1996: *Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: A community based study*. "Journal of Pediatrics", Vol. 129.
- Hyams J., Davis P., Sylvester F., Zeiter D., Justinich C., Lerer T., 2000: *Dyspepsia in Children and Adolescents: A Prospective Study*. "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition", Vol. 30.
- Janowska M., Radzewicz-Winnicki I., Grzybowska-Chlebowski U., Woś H., 2004: *Sposób ekspresji gniewu oraz system stosowanych wobec dzieci kar i nagród w czynnościowych bólach brzucha u młodzieży szkolnej*. „Standardy Medyczne”, nr 12.
- Jodkowska M., 2006: *Samoocena zdrowia i wyglądu*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*. Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa.
- Karczewska K., 1997: *Odrębności fizjopatologiczne i kliniczne chorób przewodu pokarmowego dzieci i młodzieży*. "Annales Academiae Medicae Silesiensis", Vol. 32. Supl. 24.
- Locke G., Weaver A., Melton L., Talley N., 2004: *Psychosocial Factors are Linked to Functional Gastrointestinal Disorders: A Population Based Nested Case-Control Study*. "American Journal of Gastroenterology", Vol. 99 (2).
- Oblacińska A., 2006: *Informacja o badaniach*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*. Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa.
- Radzewicz-Winnicki I., 2006: *Ocena czynników psychosomatycznych u dzieci w wieku szkolnym z dyspepsją czynnościową*. Katowice. [Rozprawa doktorska].
- Ryżko J., 2002: *Kompleksowe postępowanie terapeutyczne w bólach brzucha u dzieci*. „Standardy Medyczne”, T. 4, nr 3, Supl.
- Sanders M., Shepherd R., Cleghorn G., Woolford H., 1994: *The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care*. "Journal of Consulting and Clinical Psychology", Vol. 62.
- Shaib Y., El-Serag H., 2004: *The Prevalence and Risk Factors of Functional Dyspepsia in a Multiethnic Population in the United States*. "American Journal of Gastroenterology", Vol. 99 (11).
- Sheridan C., Radmacher S., 1998: *Psychologia zdrowia*. Warszawa.
- Soykan I., Sivri B., Sarosiek I., Kiernan B., McCallum R., 1998: *Demography, Clinical Characteristics, Psychological and Abuse Profiles, Treatment, and Long-Term Follow-up of Patients with Gastroparesis*. Dig Dis Sci, Vol. 43 (11).
- Strelau J., 2003: *Osobowość jako zespół cech*. W: *Psychologia*. Red. J. Strelau. T. 1. Gdańsk.
- Szewczyk L., 1997: *Reakcje emocjonalne a aktywność katecholaminergiczna u dzieci w sytuacji przewlekłego stresu*. „Roczniki Filozoficzne”, nr 65.
- Szewczyk L., 2003: *Psychofizjologiczne mechanizmy i symptomatologia zaburzeń psychosomatycznych u dzieci i młodzieży*. W: *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka*. Red. L. Szewczyk, M. Skowrońska. Warszawa.
- Syrek E., 2001: *Wstęp*. W: *Jakość życia w chorobie*. Red. E. Syrek. Kraków.
- Thumshirn M., 2002: *Pathophysiology of functional dyspepsia*. "Gut", Vol. 51 (Suppl I).
- Titkow A., 1976: *Zachowanie związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie*. „Studia Socjologiczne”, nr 3.

- Van Den Wijngaard R., Welting O., de Jonge W., Boeckxstaenes G., 2005: *Parental Care, Mast Cells and Visceral Hypersensitivity*. "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition", Vol. 41.
- Wolańczyk T., Bryńska A., 2003: *Zaburzenia psychosomatyczne w psychiatrii dzieci i młodzieży*. W: *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka*. Red. L. Szewczyk, M. Skowrońska. Warszawa.
- Wrześniewski K., 1993: *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A*. Warszawa.
- Wrześniewski K., 2003: *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych*. W: *Psychologia*. T. 3. Red. J. Strelau. Gdańsk.



IRENA PILCH

Osobowość makiaweliczna rodziców i ich dzieci – makiawelizm jako zagrożenie zdrowia i dobrostanu jednostki

Machiavellian personality of parents and their children – Machiavellianism as a danger for health and development of an individual

Abstract: The article presents the role of parents' personality in the development of an individual, taking into consideration the features of parents' and child's Machiavellian personality constituting health danger. An overview of the studies on child's Machiavellianism was made, and the perspectives of the subject-matter in question were outlined.

Key words: Machiavellianism, pathology, personality, adolescence.

Osobowość rodziców jest jednym z ważnych czynników, decydujących o efektach socjalizacji w rodzinie. Istotne są zarówno normy i wartości, które rodzice chcą przekazać potomstwu, jak i sposoby ich przekazywania, a także jakość codziennych interakcji. Jedną z właściwości, mogących wpłynąć niekorzystnie na proces socjalizacji dziecka, na treść społecznego przekazu i jego rezultaty, jest osobowość makiaweliczna rodziców. Człowiek reprezentujący ten typ osobowości, mający u podłoża uogólnioną, negatywną postawę wobec innych ludzi oraz egocentryczną motywację, jest niezdolny do przekazania dziecku umiejętności niezbędnych w społecznym współżyciu. Analiza wpływu osobowości makiawelicznej rodziców na socjalizację dziecka w rodzinie jest trudna, ze względu na niewielki zasób badań empirycznych, których przedmiotem byli rodzice i dzieci. Wyniki tych badań upoważniają jednak do postawienia ważnych pytań, wymagających w przyszłości empirycznej weryfikacji.

Makiawelizm, rozumiany jako zmienna osobowościowa, został wprowadzony do psychologii przez Richarda Christie. Badacz użył tego terminu do opisu syndromu osobowości, którego istotą było osiąganie celów interpersonalnych wskutek manipulacji partnerem interakcji (Christie, Geis, 1970). Kryterium, służącym do określenia natężenia tej właściwości, był stopień zgody z twierdzeniami, zaczerpniętymi z dzieł Niccolò Machiavellego, renesansowego pisarza politycznego, tworzącymi skalę makiawelizmu (Mach). W skład syndromu wchodziły następujące właściwości: uogólniona negatywna ocena innych ludzi, którzy uważani są za złych i niegodnych zaufania, akceptacja manipulacji jako środka osiągnięcia celów, elastyczna moralność, nastawienie na kontrolę sytuacji, odporność na wpływ społeczny, orientacja zadaniowa oraz brak ciepła w kontaktach interpersonalnych.

Początkowo Christie i jego współpracownicy byli pewni, że jedną z właściwości makiawelisty jest pozostawanie w normie psychicznej. Dopiero w badaniach późniejszych wykazano liczne związki makiawelizmu z patologią. Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie empirycznych dowodów na związki makiawelizmu z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz przegląd wyników dotychczas prowadzonych badań nad kształtowaniem się makiawelizmu u dzieci, a także przedstawienie propozycji dalszych badań w tym zakresie. Dotychczas bowiem badacze makiawelizmu skupiali się prawie wyłącznie na skutkach, jakie wywołuje makiawelizm ludzi dorosłych, przy czym fakt, że makiaweliści są nie tylko pracownikami czy kierownikami, lecz także pierwszymi nauczycielami swych dzieci, przekazującymi im własną, bardzo specyficzną wizję świata i ludzi, wraz ze sposobami ich traktowania, nie był przedmiotem rozważań.

Związki makiawelizmu z patologią

Analizując zagrożenia, jakie niesie z sobą syndrom makiawelizmu, możemy koncentrować uwagę zarówno na makiaweliście w roli rodzica – a więc osoby powołanej do zaspokajania wszelkich potrzeb małego dziecka oraz kształtującej jego system wartości i wzorce zachowania, jak i na makiawelicznym dziecku w grupie rówieśniczej i w rodzinie. Aby zrozumieć związane z tym problemy, prześledźmy wyniki badań, wskazujące na szczególne powiązania makiawelizmu z patologicznymi cechami i zachowaniami.

Związek makiawelizmu z psychopatią opisywany był wielokrotnie na podstawie wyników badań dorosłych i dzieci (McHoskey, Worzel, Szyarto, 1998, s. 192–210; McHoskey, 2001, s. 701–798; Paulhus, Williams, 2002, s. 556–563; Draheim, 2004). Związek ten jest tak silny, a wyniki badań tak powtarzalne, że niektórzy badacze traktują obydwie konstrukty jako tożsame. Byliby więc makiaweliści „psychopatami, którym się powiodło” czy też osobami zajmującymi środkową część wymiaru psychopatii. Cechy dla psychopatii charakterystyczne, wpływające destrukcyjnie na relacje interpersonalne psychopaty, takie jak: słabość uczuć złożonych, błędy w ocenie otoczenia, impulsywność, brak poczucia winy i wyrzutów sumienia, nieumiejętność przewidywania czy brak wglądu (Jakubik, 1999), będą prawdopodobnie u makiawelisty obecne, choć w mniejszym natężeniu. Będą one wpływały na pełnienie ról rodzicielskich, utrudniając należyte zaspokajanie potrzeb psychicznych dziecka. W swych badaniach McHoskey (2001) wykazał także związek makiawelizmu z innymi rodzajami zaburzeń osobowości u obu płci: osobowością pograniczną (*borderline*), paranoidalną, pasywno-agresywną. Najlepszymi predyktorami makiawelizmu były właściwości osobowości pogranicznej, charakteryzującej się m.in. niezrównoważeniem emocjonalnym, impulsywnymi zachowaniami autodestrukcyjnymi oraz silnymi, lecz nietrwałymi związkami z ludźmi (Jakubik, 1999).

Makiawelizm koreluje także z narcyzmem, psychotyzmem (Allsopp, Eysenck, Eysenck, 1991, s. 29–41; Maruśić, Bratko, Zarevski, 1995, s. 941–943), neurotyzmem (Ramanaich, Byravan, Detwiler, 1994, s. 937–938; Sutton, Keogh, 2001, s. 137–149; Paulhus, Williams, Harms, 2001) i tendencjami paranoidalnymi (Christoffersen, Stamp, 1995, s. 67–70).

Sjöberg (2001, s. 79–95) ustalił, że makiawelizm łączy silna, ujemna korelacja z inteligencją emocjonalną, a w kolejnych badaniach makiawelizm korelował z aleksytymią oraz ujemnie – z empatią i samoaktualizacją (Sjöberg, Littorin, 2003; Wastell, Booth, 2003, s. 730–744).

W badaniach Rushtona, Chrisjohna i Fekkena (1981, s. 293–302) duży zestaw kwestionariuszy do analizy orientacji prospołecznej (mierzący m.in. altruizm, empatię, zainteresowanie społeczne) korelował ujemnie ze skalą makiawelizmu. Autorzy określili makiawelizm miarą „nieodpowiedzialności społecznej”. W badaniach polskich stwierdzono negatywny związek między makiawelizmem a inteligencją społeczną (Śmieja, 2005, s. 23–36). Makiawelizm wiąże się także z innymi niekorzystnymi zjawiskami, takimi jak problemy interpersonalne, antyspołeczne zachowanie, kłamstwo, oszustwo (Gurtman, 1992, s. 989–1002; Kashy, DePaulo, 1996, s. 1037–1051; Wirtz, Kum, 2004, s. 159–175; McHoskey, 1999). W badaniach Gurtmana (1992) uzyskano metodą samoopisu długą listę problemów odczuwanych przez makiawelistów w kontaktach z ludźmi, zawierającą m.in. nadmierną mściwość, skłonność do rywalizacji, trudność w uwzględnianiu potrzeb partnera, w zaufaniu innej osobie, podejrzliwość, zazdrość, trudność w wyrażaniu podziwu, wyrażaniu uczuć wprost, okazywaniu przywiązania i odczuwaniu bliskości.

Ograniczenia i trudności makiawelistów dotyczą głównie nawiązywania i utrzymywania bliskich związków interpersonalnych. Podobne problemy muszą się pojawić w sytuacji, gdy partnerami interakcji są własne dzieci. Makiawelista, przekazując swemu potomstwu niepożądane normy i wzorce, może jednocześnie mieć duże trudności z zapewnieniem dzieciom bezpieczeństwa, ciepła i miłości, niezbędnych do prawidłowego ich rozwoju.

Makiawelizm dziecięcy – przegląd badań

Do badania makiawelizmu u dzieci używana jest zwykle skala Kidie Mach, wersja skali Mach IV dla dorosłych (Christie, Geis, 1970). Makiawelizm dzieci jest powiązany z kolejnością urodzenia – u najstarszych dzieci jest niższy niż u młodszych (Tripathi, Sinha, 1981, s. 58–61). Może to być związane z odmiennym sposobem wychowywania dzieci pierwotnych, a także z inną sytuacją domową kolejnego rodzeństwa, zmuszonego do rywalizacji ze starszymi o względy rodziców. Na makiawelizm dzieci mogą wpływać też cechy formalne rodziny. Ricks i Fraedrich (1999, s. 197–205) zanalizowali dane demograficzne, dochodząc do wniosku, że występuje zależność między wielkością rodziny macierzystej a makiawelizmem dorosłych: im mniejsza była rodzina, w której się wychowywali, tym większy poziom makiawelizmu. Makiawelizm

jest związany z wiekiem dziecka – nasila się do późnej adolescencji, a dopiero potem maleje (M u d r a c k, 1989), oraz z płcią – dziewczynki osiąga ją zwykle wyniki niższe niż chłopcy.

Nie ulega wątpliwości, że tendencje makiaweliczne przekazywane są drogą społecznego uczenia się. Jednak otwarte pozostaje pytanie, czy mogą być także przekazywane w wyniku dziedziczenia. Pewne dowody świadczą o dziedziczeniu altruizmu i empatii. Obie te właściwości korelują z makiawelizmem negatywnie. W i l s o n et al., (1996, s. 285–299) na tej podstawie wnioskują, że makiawelizm może być częściowo uwarunkowany genetycznie. Jest to jednak wyłącznie hipoteza wymagająca potwierdzenia.

W jaki sposób rodzice kształtują postawę makiaweliczną swych dzieci? Przypuszczalnie ten specyficzny zespół norm i przekonań przekazywany jest w procesie socjalizacji, zarówno w wyniku modelowania, jak i dzięki identyfikacji z rodzicami. Tą drogą dokonuje się przejęcie makiawelicznego obrazu świata jako pola walki i ludzi jako cynicznych i niegodnych zaufania. Jednocześnie dziecko uczy się konkretnych sposobów osiągania celów w relacjach interpersonalnych, z zastosowaniem przedmiotowego traktowania partnera i manipulacji. Towarzyszy temu pobudzanie egocentrycznej motywacji dziecka i nauka zawieszania lub wybiórczego traktowania norm i wartości moralnych, gdy ich respektowanie przeszkodziłoby w realizacji osobistego celu. Dziecko makiaweliczne zna normy – wie, co jest dobre, a co złe, ale ta wiedza nie przeszkadza mu w ich naginaniu lub łamaniu, gdy „sytuacja tego wymaga”.

Hipoteza konkurencyjna oparta jest na założeniu, że dzieci uczą się roli komplementarnej w stosunku do ról granych przez rodziców. Zgodnie z tą hipotezą dzieci makiawelistów, od których rodzice wygaliby podporządkowania, przyswajałyby schemat zachowania osoby polegającej na manipulacji, a więc ufnej i uległej, dzieci niemakiawelistów zaś wchodziłyby w rolę manipulantów: dostrzegając „miętkość” i ufną swych rodziców, ćwiczyłyby się na tym podatnym materiale w sztuce manipulacji.

Druga z przedstawionych hipotez wydaje się mniej prawdopodobna. Można bez większego wysiłku wyobrazić sobie sytuację, gdy makiaweliczny rodzic z premedytacją wpaja swym dzieciom sztywny system norm i wartości, które nie są odbiciem jego osobistej postawy wobec świata oraz ludzi, lecz raczej służą zapewnieniu posłuszeństwa. Rodzic taki może wymagać od dziecka całkowitego zaufania, lojalności, szczerości, czyli cech niemakiawelistów. Jednak, z drugiej strony, dziecko obserwując bezpośrednio zachowania rodzica, dostrzega niespójność między tymi dwoma rodzajami przekazu. Co będzie w tej sytuacji skuteczniej wpływało na kształtowanie się postawy dziecka? Jeśli matka i ojciec różnią się pod

względem makiawelizmu, a więc próbują realizować odmienne ideały wychowawcze, sytuacja jest jeszcze bardziej skomplikowana. Gdy jednak wyobrazimy sobie rodzinę, w której rodzice prezentują niemakiaweliczny wzór zachowania, zaś dziecko nie pozostaje jednocześnie pod wpływem innej osoby znaczącej o wysokim makiawelizmie, która mogłaby pełnić rolę modelu, trudno zrozumieć, co mogłoby skłonić dziecko do przyjęcia postawy komplementarnej. Postawa makiaweliczna nie wynika przecież z prostej konstatacji, że w wypadku niektórych ludzi manipulacja jest najprostszą drogą osiągnięcia tego, na co mamy ochotę. Aby rozwijać taką strategię, dziecko musi skądś czerpać wzory i przekonanie, że jest to droga słuszna. Inaczej musielibyśmy założyć, że dziecko jest „urodzonym makiawelistą” i jeżeli nie napotka oporu ze strony otoczenia (rodziców), będzie ćwiczyć się w sztuce manipulacji. Takie założenie nie wydaje się zasadne.

Próby weryfikacji wymienionych hipotez nie przyniosły ostatecznego rozstrzygnięcia. Na podstawie badań stwierdzono, że związki makiawelizmu rodziców i ich dzieci zależą od wieku potomstwa. U dzieci poniżej 6. roku życia makiawelizm dziecka i rodziców skorelowany był ujemnie (Dien, 1974, s. 508–516; Dien, Fujisawa, 1979, s. 508–516), a u dzieci 12–17-letnich dodatnio (Kraut, Price, 1976, s. 782–786; O’Kelly, Solar, 1971, s. 265–266). Natomiast w grupie studentów korelacji nie znaleziono (Touhey, 1973, s. 194–206). Gdyby na podstawie wskazanych wyników chcieć wnioskować, który z opisanych mechanizmów działa, należałoby założyć, że małe dzieci przyjmują rolę komplementarną, następnie zmieniają orientację na drodze modelowania i identyfikacji, po czym orientacja ta ulega dalszym modyfikacjom, w zależności od wpływów środowiska pozarodzinnego.

Badanie Krauta i Price’a (1976) zwraca uwagę na jeszcze jeden aspekt omawianego problemu: przekonania makiaweliczne i tendencja do zachowań manipulacyjnych mogą się kształtować osobno. Dzieci w tym eksperymencie uczestniczyły w grze wymagającej skutecznego manipulowania. Sukces dziecka w grze był skorelowany z makiawelizmem jego rodziców, lecz nie był związany z wynikiem samego dziecka w skali makiawelizmu dziecięcego. Można zatem sądzić, że dzieci nauczyły się skutecznych w tej sytuacji zachowań od swych rodziców, co jednak nie było równoznaczne z przejściem makiawelicznego systemu przekonań. W innych badaniach z udziałem dzieci zakładano więc niesłusznie, że wynik w skali Kiddie Mach, mierząc przekonania dzieci, pozwala wyciągać wnioski dotyczące zachowania, co sprawdzało się wcześniej w grupach dorosłych. Być może w wypadku dzieci związek ten nie jest taki oczywisty. Dodatkowo, w eksperymencie Krauta i Price’a okazało się, że trafność percepcji partnera w grze nie była skorelowana z makiawelizmem

rodziców uczestnika, z czego autorzy wyciągają wniosek, że makiaweliczni rodzice nie przekazali tej umiejętności swym dzieciom, być może dlatego, że będąc skutecznymi w przekonywaniu, nie rozwinęły w dzieciach zdolności odróżniania prawdy od fałszu.

Mechanizm tworzenia się postawy makiawelicznej u dziecka w rodzinie nie został wyjaśniony. Być może w grę wchodzi dodatkowe czynniki, wykraczające poza proste modelowanie czy przejmowanie roli komplementarnej w stosunku do roli rodzica. Makiawelizm to nie tylko postawy i zachowania manipulujące, lecz także przedmiotowy, zimny stosunek do innych ludzi oraz brak empatii. Wczesne zaburzenia rozwoju emocjonalnego dziecka, polegające na przykład na braku emocjonalnego dostrojenia matki i dziecka, są w stanie ograniczyć zdolność do empatycznego reagowania w kontaktach interpersonalnych, co może stać się podstawą makiawelicznego „syndromu chłodu”, niezależnie od poziomu makiawelizmu rodziców (Draheim, 2004).

Jakie są charakterystyczne właściwości makiawelizmu dziecięcego? Badania makiawelizmu w grupach dziecięcych często potwierdzały prawidłowości odkryte wcześniej w grupach dorosłych. W badaniu Podérico (1987, s. 1041–1042) uzyskano korelację między makiawelizmem i lękiem u dzieci. Makiawelizm korelował także z psychotyżmem i neurotyżmem oraz negatywnie ze skalą kłamstwa testu Eysencka, zaś korelacja z psychotyżmem była wyższa wśród chłopców (Sutton, Keogh, 2001, s. 137–148). W tym badaniu wykazano również, że z wiekiem wzrasta cynizm i pesymizm dzieci, wyrażający się brakiem wiary w naturę ludzką. Barnett i Thompson (1985, s. 295–305) dowiedli, że makiawelizm dziecięcy jest związany z niższą empatią i mniejszą tendencją do pomagania innym (ocenianą przez nauczycieli). Jednocześnie dzieci makiaweliczne nie wyróżniały się brakiem umiejętności przyjmowania perspektywy partnera w sytuacji pomagania, co oznacza, że są w stanie wykorzystywać tę umiejętność przeciwko innym, gdyż brak im emocjonalnej wrażliwości. Odpowiednikiem wielu eksperymentów, w których dorośli makiaweliści wpływali na partnerów, nie stroniąc od oszustwa i kłamstwa, było badanie Braginsky (1970, s. 77–99), w którym dzieci namawiały rówieśnika do zjedzenia gorzkich krakersów. Mali makiaweliści oszukiwali bardziej i byli bardziej skuteczni, a jednocześnie byli oceniani przez dorosłych obserwatorów jako uczciwsi od pozostałych dzieci.

Na specyficzne cechy makiawelizmu dziecięcego zwracają uwagę badania Andreou (2000, s. 297–309), poświęcone przemocy wśród dzieci. Makiawelizm korelował zarówno ze znęcaniem się, jak i z byciem ofiarą, ale tylko wśród chłopców. Dokładna analiza wykazała w grupie chłopców korelację niewiary w naturę ludzką ze znęcaniem się nad innymi i doświadczaniem przemocy ze strony kolegów, nieufność wiązała się z do-

świadczaniem przemocy niezależnie od płci, a aprobata manipulacji korelowała ze znęcaniem się nad innymi, lecz jedynie w grupie dziewcząt. Dzieci o najwyższym makiawelizmie należały do grupy przyjmującej na przemian rolę dręczyciela i ofiary, najniższy makiawelizm zaś przejawiała grupa dzieci niepodejmujących żadnej z tych ról. Wyniki badań Andreou stanowią jeden z nielicznych, bezpośrednich dowodów empirycznych, świadczących o destrukcyjnej roli makiawelizmu u dzieci.

Portrety dwóch typów młodocianych makiawelistów stworzył Draheim (2004) na podstawie serii badań empirycznych. Opisał on dwa typy makiawelizmu u dzieci: zimny, cechujący się deficytem empatii i brakiem poczucia winy w sytuacji przekraczania normy, oraz gorący, związany z impulsywnością, wysokim lękiem i słabą kontrolą zachowania. Wspólną właściwością jest manipulacyjność, jednak cechy osobowości tych grup dzieci są odmienne. Draheim stwierdził, że typ zimny cechuje egoizm i wyrachowanie, materializm i instrumentalne podejście do ludzi, a typ gorący jest złośliwy, niecierpliwy, nieprzyjmujący odpowiedzialności za swe czyny i przejawiający wiele konfliktów wewnętrznych. Obydwa typy korelują wysoko z psychopatią i ujemnie z inteligencją społeczną. Obydwa stanowią, na różne sposoby, potencjalnie źródło problemów wychowawczych, jednak natężenie cech charakterystycznych jest związane z płcią dziecka. Cechy obydwu typów mogą współistnieć – za osoby szczególnie zagrożone pojawieniem się zachowań agresywnych autor uważa chłopców z cechami ciepłej i zimnej osobowości jednocześnie.

Rodzina ma niewątpliwie największy wpływ na kształtowanie się postaw makiawelicznych dziecka. Jednak w okresie dorastania i dorosłości socjalizacyjna rola rodziny macierzystej słabnie, ustępując miejsca wpływom innych grup i instytucji. Jest rzeczą ciekawą, że niezależnie od środowiska, makiawelizm maleje z wiekiem, a proces ten trwa do około 37. roku życia (Mudrack, 1989, s. 1047–1050). Czterdziestoletni dorośli, badani przez Hunta i Chonko (1984) w początkach lat 80., wywodzili się z pokolenia studentów badanych 20 lat wcześniej przez Christiego i Geis (1970). Mieli oni znacząco niższe wyniki w skali Mach, w porównaniu z wynikami ich rówieśników w badaniach sprzed lat. Nie jest więc prawdą, że każde kolejne pokolenie jest bardziej makiaweliczne. Być może makiaweliczna ideologia, stosowana w praktyce, w wielu wypadkach weryfikowana jest i łagodzona wskutek osobistych doświadczeń kontaktu z ludźmi. Jednak średni poziom makiawelizmu wśród studentów, według źródeł amerykańskich, podwyższył się w ciągu ostatnich 40 lat w sposób istotny (Webster, Harmon, 2002, s. 435–445). Zapewne różnice te przypisać należy zmianom społeczno-ekonomicznym, które także odzwierciedlać się będą w zmianie modeli wychowania, w szkole

i w rodzinie. Ponieważ w badaniach Webstera i Harmona nie znaleziono istotnych różnic w wynikach studentek i studentów, choć różnice płciowe były regułą w poprzednich badaniach, autorzy przypuszczają, że jednym z ważnych czynników zmiany było równouprawnienie kobiet. Matki współczesnych studentek, wykształcone i wyemancypowane, przekazały córkom nie tylko wiarę we własne możliwości, pęd do kariery i motywację sukcesu, lecz także bardziej makiaweliczny obraz świata, w którym trwa walka o sukces. Kilkadziesiąt lat temu, gdy dziewczynki przygotowywane były raczej do roli żony i matki, wzorzec taki nie był społecznie pożądanym.

Przyszłość badań nad makiawelizmem rodziców i ich dzieci

Rodzina jest pierwszym i przez długi czas najważniejszym środowiskiem wychowawczym i miejscem socjalizacji dziecka (por. Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa, 1996). Członków rodziny łączą zwykle silne więzi emocjonalne, stanowiące źródło nagród i kar społecznych. Rodzice są dla dzieci dostarczycielami sposobów zachowania i nauczycielami przekazującymi wzorce postępowania. Od nich zależy w dużym stopniu świat przeżyć emocjonalnych dziecka. Makiawelizm rodziców, będący przykładem cechy kardynalnej w rozumieniu Allporta, czyli takiej, która zmienia jakość wszystkich pozostałych cech osobowości, z pewnością stwarza specyficzny kontekst wychowawczy, rzutujący na rozwój dziecka.

Wpływ makiawelicznych rodziców może dokonywać się wprost, poprzez uczenie makiawelicznej wizji świata, którego główne elementy stanowią: brak zaufania do ludzi i świat rozumiany jako arena walki, makiawelicznej taktyki zachowania, na którą składa się bogaty zestaw technik manipulacji, a także makiawelicznej moralności, której istotą jest brak skrupułów w wykorzystywaniu ludzi jako środków, służących do osiągnięcia osobistych celów. Działanie nie wprost polega na stworzeniu specyficznych warunków i dostarczaniu niekorzystnych dla rozwoju dziecka doświadczeń, których istotą jest chłód i emocjonalne wyobcowanie, nadmierna kontrola lub obojętność, brak empatycznego zrozumienia i instrumentalne traktowanie. Nie wiemy, jaki zestaw metod wychowawczych są skłonni stosować makiaweliczni rodzice – być może, zgodnie z ich opinią na temat wywierania wpływu, każda metoda uznana za sku-

teczną będzie dopuszczalna. Nie wiemy także, jakie są cele wychowawcze makiawelisty – czy bardziej zależy mu na przekazaniu dziecku własnej wizji świata, co jednak sprawi, że będzie dużo trudniej ufać mu i nim kierować, czy raczej wygodniej będzie stawiać dziecku odwrotne wymagania, co zapewni rodzicom większy komfort. Przytoczone wyniki badań świadczą o tym, że obydwie sytuacje mogą mieć miejsce, na przykład w zależności od wieku dziecka. Być może od dziecka małego wymaga się posłuszeństwa, starsze zaś przyuczane jest do „właściwych”, z punktu widzenia makiawelisty, zachowań. Może być i tak, że oczekiwania rodziców są zróżnicowane. W rodzinie dziecko skłaniane jest do przyjęcia roli komplementarnej w stosunku do makiawelicznych tendencji opiekunów, poza rodziną zaś powinno powielać wzór zachowania rodziców. Niezależnie jednak od ideałów wychowawczych rodziców stanowią oni dla dziecka pierwszy i najważniejszy wzór interakcji osobowych, trudno więc wyobrazić sobie, że makiaweliczni rodzice ukształtują w dziecku postawę niemakiaweliczną – otwartą na ludzi, ufną – lecz nie naiwną, uczciwą, zainteresowaną bliskim kontaktem z ludźmi, gotową do współpracy.

Ze względu na specyfikę ról matki i ojca makiawelizm każdego z rodziców może oddziaływać odmiennie. Różnie może też przebiegać w makiawelicznych rodzinach socjalizacja dziewcząt i chłopców. Stereotypy ról płciowych mogą sprawiać, że chłopcy będą przygotowywani do roli manipulatora, a dziewczynki w większym stopniu do roli „ofiary”. Pozycja każdego z dzieci w rodzinie, wielkość rodziny, przynależność klasowo-warstwowa, obecność innych niż rodzice osób znaczących we wczesnym okresie rozwoju dziecka to tylko niektóre czynniki mogące wpływać na makiawelicznych rodziców modyfikować. Wrodzone podstawy osobowości dziecka również będą miały ogromne znaczenie. Bardzo ważne jest rozstrzygnięcie, czy – jak sugerują biolodzy ewolucyjni – manipulacyjność może mieć podstawy genetyczne, a tym samym socjalizacja dzieci o różnych predyspozycjach w tym zakresie powinna być prowadzona odmiennie. Przyszłe badania powinny rozstrzygnąć też kwestię wpływu makiawelizmu rodziców na trwałość i jakość ich małżeństwa, a więc także na jakość relacji rodzinnych. Należy dowiedzieć się, jak makiawelista rozumie i jak realizuje rolę rodzica, z natury długoterminową, wymagającą odstąpienia od egocentryzmu, dużego emocjonalnego zaangażowania oraz takich zachowań, jak współpraca z małżonkiem, troska i opieka. Są to zachowania typowe dla niemakiawelisty. Dotychczasowe badania, pokazujące pozytywny związek makiawelizmu z nastawieniem na wymianę i negatywny z nastawieniem na wspólnotę (Chen, Lee-Chai, Bragh, 2001, s. 173–187), powiązania ze strategią rodzicielską preferującą ilość, a nie jakość potomstwa (Figueredo et al., 2005, s. 1349–

1360), a także negatywną relację z zaufaniem i odwzajemnianiem (Gunnthorsdottir, McCabe, Smith, 2002, s. 49–66; Burks, Carpenter, Verhoogen, 2003, s. 195–216), świadczą o tym, że podjęcie roli rodzica może być dla makiawelisty trudne.

Polska transformacja społeczno-gospodarcza i związane z nią zmiany aspiracji i stylów życia mogą kształtować silniejsze postawy makiaweliczne młodych Polaków. Czynnikiem pośredniczącym może być przynależność klasowo-warstwowa rodziny. Zbadanie, jak przynależność ta wpływa na przekaz rodzinny dotyczący makiawelizmu, pozwoliłoby określić grupy szczególnie narażone na ideologię makiaweliczną.

Podsumowanie

Jest wiele powodów, aby kształtowanie się osobowości makiawelicznej u dzieci uznać za zjawisko niekorzystne. Coraz więcej wyników badań pokazuje, że cecha ta nie służy ani jednostce, ani tym bardziej innym ludziom, z którymi wchodzi ona w bliższe i dalsze relacje. Jeśli stwierdzimy, że podstawą psychicznego zdrowia i dobrostanu jest zaspokojenie potrzeb, a wiele z nich zaspokoić możemy jedynie wiążąc się z innymi ludźmi, dojdziemy do wniosku, że postawa makiaweliczna zdecydowanie utrudnia ich zaspokojenie. Jeśli zgadzamy się z tezą, że współpraca lepiej zaspokaja ludzkie potrzeby niż rywalizacja i że możliwe jest dobre funkcjonowanie grup, formalnych i nieformalnych, opartych na współdziałaniu, musimy przyznać, że obecność makiawelisty w takiej grupie rozsądza ją od wewnątrz, więc nie jest pożądana. Mimo pozorów przewagi nad innymi ludźmi makiaweliści nie są w życiu bardziej zadowoleni ani nie odnoszą większych sukcesów (Hollon, 1983, s. 432–434; Hunt, Chonko, 1984, s. 30–42), natomiast są bardziej narażeni na różnego typu patologie.

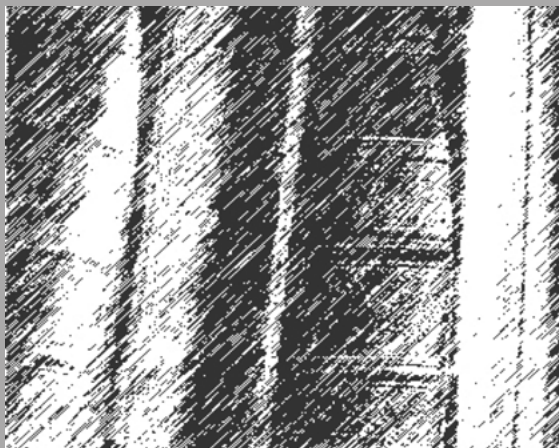
Nie wiemy, jak stabilna jest cecha makiawelizmu u dzieci, jednak niezależnie od tego możemy być pewni, że jej podstawy kształtują się w rodzinie. Ponieważ właściwość ta wiąże się z niekorzystną prognozą, szczególnie w sferze kontaktów interpersonalnych, poznanie mechanizmów jej przekazywania oraz sposobów przejawiania się makiawelizmu dziecięcego i jego skutków stanowi ważny, także z praktycznego punktu widzenia, problem badawczy.

Bibliografia

- Allsopp J., Eysenck H.J., Eysenck, S.B.G., 1991: *Machiavellianism as a component in psychoticism and extraversion*. "Personality and Individual Differences", Vol. 12 (1).
- Andreou E., 2004: *Bully/victim problems and their association with Machiavellianism and self-efficacy in Greek primary school children*. "British Journal of Educational Psychology", Vol. 74.
- Barnett M.A., Thompson S., 1985: *The role of perspective taking and empathy in children's Machiavellianism, prosocial behavior, and motive for helping*. "Journal of Genetic Psychology", Vol. 146 (3).
- Braginsky D.D., 1970: *Machiavellianism and manipulative interpersonal behavior in children*. "Journal of Experimental Social Psychology", Vol. 6.
- Burks S.V., Carpenter J.P., Verhoogen E., 2003: *Playing both roles in the trust game*. "Journal of Economic Behavior and Organization", Vol. 51.
- Chen S., Lee-Chai A.Y., Bragh J.A., 2001: *Relationship orientation as a moderator of effects of social power*. "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 80 (2).
- Christie R., Geis F.L., 1970: *Studies in Machiavellianism*. New York.
- Christoffersen D., Stamp C., 1995: *Examining the relationship between Machiavellianism and paranoia*. "Psychological Reports", Vol. 76.
- Dien D.S., 1974: *Parental Machiavellianism and children's cheating in Japan*. "Journal of Cross Cultural Psychology", Vol. 10.
- Dien D.S., Fujisawa H., 1979: *Machiavellianism in Japan: A longitudinal study*. "Journal of Cross-Cultural Psychology", Vol. 10.
- Draheim Sz.E., 2004: *Makiaweliczna osobowość niepełnoletniego świadka*. Poznań.
- Fehr B., Samsom D., Paulhus D.L., 1992: *The Construct of Machiavellianism: Twenty Years Later*. In: *Advances in personality assessment*. Vol. 9. Eds. C.D. Spielberger, J.N. Butcher. Hillsdale.
- Figueredo A.J., Vasquez G., Brumbach B.H., Sefcek J.A., Kirsner B.R., Jacobs W.J., 2005: *The K-factor: Individual differences in life history strategy*. "Personality and Individual Differences", Vol. 39.
- Gunnthorsdottir A., McCabe K., Smith V., 2002: *Using the Machiavellianism instrument to predict trustworthiness in a bargaining game*. "Journal of Economic Psychology", Vol. 23.
- Gurtman M.B., 1992: *Trust, distrust, and interpersonal problems: A circumplex analysis*. "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 62.
- Hollon C.J., 1983: *Machiavellianism and managerial work attitudes and perceptions*. "Psychological Reports", Vol. 52.
- Hunt S.D., Chonko L.B., 1984: *Marketing and Machiavellianism*. "Journal of Marketing", Vol. 48.
- Jakubik A., 1999: *Zaburzenia osobowości*. Warszawa.
- Kashy D.A., DePaulo B.M., 1996: *Who lies?* "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 70.
- Kraut R.E., Price J.D., 1976: *Machiavellianism in parents and their children*. "Journal of personality and Social Psychology", Vol. 33 (6).

- Marušić I., Bratko D., Zarevski P., 1995: *Self-reliance and some personality traits: sex differences*. "Personality and Individual Differences", Vol. 19 (6).
- McHoskey J.W., 2001: *Machiavellianism and personality dysfunction*. "Personality and Individual Differences", Vol. 31.
- McHoskey J.W., Worzel W., Szyarto C., 1998: *Machiavellianism and psychopathy*. "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 74.
- Mudrack P.E., 1989: *Age-related differences in Machiavellianism in an adult sample*. "Psychological Reports", Vol. 64.
- O'Kelly V., Solar D., 1971: *Machiavellianism in parents and children*. "Psychological Reports", Vol. 29.
- Paulhus D.L., Williams K., Harms P., 2001: *Shedding light on the Dark Triad of personality: narcissism, Machiavellianism, and psychopathy*. San Antonio. [Referat prezentowany na Zjeździe SPSP].
- Paulhus D.L., Williams K.M., 2002: *The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism and psychopathy*. "Journal of Research in Personality", Vol. 36.
- Poderico C., 1987: *Machiavellianism and anxiety among Italian children*. "Psychological Reports", Vol. 60.
- Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M., 1996: *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa.
- Ramanaich N.V., Byravan A., Detwiler F.R.J., 1994: *Revised NEO Personality Inventory profiles of Machiavellian and non-Machiavellian people*. "Psychological Reports", Vol. 75.
- Ricks J., Fraedrich J., 1999: *The Paradox of Machiavellianism: Machiavellianism May Make for Productive Sales but Poor Management Reviews*. "Journal of Business Ethics", Vol. 20.
- Rushton J.P., Chrisjohn R.D., Fekken G.C., 1981: *The altruistic personality and the self-report altruism scale*. "Personality and Individual Differences", Vol. 2.
- Sjöberg L., 2001: *Emotional intelligence: A psychometric analysis*. "European Psychologist", Vol. 6 (2).
- Sjöberg L., Littorin P., 2003: *Emotional intelligence, personality and sales performance*. SSE/EFI Working Paper Series in Business Administration, no 2003:8, Center for Risk Research, Stockholm School of Economics.
- Śmieja M., 2005: *Inteligencja społeczna a osobowość*. „Psychologia jakości życia”, nr 4/1.
- Sutton J., Keogh E., 2001: *Components of Machiavellian beliefs in children: relationships with personality*. "Personality and Individual Differences", Vol. 30.
- Szmajke A., 2001: *Jacyż są makiaweliści*. W: *Od myśli i uczuć do decyzji i działań*. Red. D. Doliński, B. Weigl. Warszawa.
- Touhey J.C., 1973: *Child-rearing antecedents and the emergence of Machiavellianism*. "Sociometry", Vol. 36.
- Tripathi R.C., Sinha Y., 1981: *Social influence and development of Machiavellianism*. "Psychological Reports", Vol. 26.
- Wastell C., Booth A., 2003: *Machiavellianism: An alexithymic perspective*. "Journal of Social and Clinical Psychology", Vol. 22 (6).
- Webster R.L., Harmon H.A., 2002: *Comparing levels of machiavellianism of today's college students with college students of the 1960s*. "Teaching Business Ethics", Vol. 6.
- Wilson D.S., Near D., Miller R.R., 1996: *Machiavellianism: A Synthesis of the Evolutionary and Psychological Literature*. "Psychological Bulletin", Vol. 119 (2).

- Wilson D.S., Near D.C., Miller R.R., 1998: *Individual differences in Machiavellianism as a mix of cooperative and exploitative strategies*. "Evolution and Human Behavior", Vol. 19.
- Wirtz J., Kum D., 2004: *Consumer cheating on service guarantees*. "Journal of Academy of Marketing Science", Vol. 32 (2).



ANNA BRYTEK, BERNADETTA IZYDORCZYK

Specyfika funkcjonowania rodzin z dzieckiem chorym na jadłowstręt psychiczny

The specificity of the functioning of families with children suffering from mental food aversion

Abstract: The article touches upon the problem of anorexia. It describes the studies on the role of parental attitudes in the process of curing nourishment disorders of young women as well as the consequences for families in which a child suffers from mental food aversion.

Key words: anorexia – mental food aversion, nourishment disorders, parental attitudes.

W badaniach nad etiologią jadłowstrętu psychicznego przyjmuje się wieloczynnikowy model rozwoju tego zaburzenia. Wpływy rodzinne, obok osobowościowych, biologicznych oraz społeczno-kulturowych są w anoreksji uznawane za tzw. czynniki ryzyka, elementy spustowe, a także podtrzymujące dynamikę rozwoju objawów choroby (Goldbloom, Garfinkel, 1993, s. 1–9).

Nie ulega wątpliwości, że dysfunkcjonalne wzory rodzinne związane są z niebezpieczeństwem zachorowania na anoreksję. S. Manuchin, B. Rosman i L. Barker (1978) wskazują na nieprawidłowości zachodzące w najbliższym środowisku dziecka i w związku z tym wyróżniają:

1) rodziny nadopiekuńcze, które charakteryzuje wysoki poziom lęku, mały stopień niezależności (wzajemna ingerencja w przeżycia psychiczne, nadopiekuńczość), niemożność rozwoju indywidualnych potrzeb dziecka poza kręgiem rodzinnym oraz uwaga i działania skoncentrowane na zapewnieniu bezpieczeństwa wszystkim członkom;

2) rodziny „zasznurowane”, w których poszczególne role są nieprawidłowo zdefiniowane i realizowane (zaburzona struktura rodziny: dominująca matka, słaba rola mężczyzny jako partnera i ojca), tłumi się indywidualne dążenia, obowiązuje reguła podporządkowania, występuje zjawisko kontrolowania rodziców przez dzieci, motywacje i życzenia własne są odnoszone do życzeń innych;

3) rodziny sztywne, w których funkcjonuje silne przywiązanie do utrzymania niezmiennego *status quo* rodziny (mechanizm obronny), z unikaniem, maskowaniem, zaprzeczaniem i skrywaniem istotnych konfliktów; gdy konflikt zostaje ujawniony, występują znaczne trudności w jego rozwiązaniu (brak woli współdziałania). Najczęściej rodzice osób cierpiących na jadłowstręt psychiczny mają dawne, nierozwiązane konflikty wyniesione z doświadczeń z własnego dzieciństwa i nieprawidłowe wzorce zachowań relacji rodzice – dziecko.

Weber i Stierlin (1981, cyt. za: Pawłowska, Chuchra, Masiak, 2004, s. 1019–1030) wyróżniają pięć dynamicznych wzorów, zgodnie z którymi funkcjonują rodziny z dzieckiem chorym na jadłowstręt psychiczny.

Pierwszy wzór dotyczy indywidualnych (zaburzonych) granic. Rodzina tworzy samoistny klan, odizolowany od innych ludzi, hermetycznie zamknięty przed światem, przed którym członkowie rodziny chronią się wzajemnie („dzielimy się wszystkim, jesteśmy dla siebie zawsze do dyspozycji”). Nowe informacje nie są przyjmowane i przepracowywane, a wszelkie kroki zmierzające w kierunku dojrzewania czy indywidualizacji zostają stłumione. Rodzinę charakteryzują trudności w nawiązywaniu pozytywnych kontaktów interpersonalnych (izolacja społeczna), nieumie-

jętność rozwiązywania konfliktów i tym samym dochodzenia do kompromisów.

Drugi wzór zachowań związany jest z dążeniem rodziców do emocjonalnego uzależnienia od siebie dorastających dzieci i prowadzi do ograniczenia ich autonomii oraz samodzielności. Miłość oznacza głównie intensywną troskę o pożywienie, zaspokojenie potrzeb materialnych. Odżywianiu, zdrowiu fizycznemu i wyglądowi zewnętrznemu przypisuje się największą wartość.

Kolejny wzór funkcjonowania rodziny odnosi się do określonych oczekiwań rodziców, które dziecko powinno spełniać (przestrzeganie określonych norm i zasad, osiąganie sukcesu, wypełnianie oczekiwań i życzeń). Chcąc zasłużyć na uwagę matki i/lub ojca, dziewczęta starają się za wszelką cenę sprostać tym wymaganiom (tzw. modelowe, idealne dzieci).

Innym wzorem zachowań jest dążenie do bezinteresowności i poświęcania się. Tym sposobem dziecko uczy się tłumić własne pragnienia i potrzeby. Pod przymusem bezinteresowności prowadzona jest w rodzinie walka o to, kto więcej poświęci na rzecz innych. Każde dążenie do autonomii i samodzielności definiowane jest jako egoizm i jest blokowane.

Piąta zasada, która przestrzegana jest z pokolenia na pokolenie, to lojalność. Poczucie lojalności łączy córki z obojgiem rodziców (zaburzając procesy dorastania i zdobywania autonomii, z drugiej zaś strony, integrując członków rodziny jeszcze mocniej). Zachowania niezgodne z rodzinnymi standardami powodują poczucie winy.

Wszystkie opisane wzory funkcjonowania rodzin z osobami chorymi na anoreksję tworzą przekaz transgeneracyjny. Zaburzone związki w rodzinie oddziałują na zasadzie sprzężeń zwrotnych na rozwój osobowości dziecka, a ono z kolei zakłóca homeostazę rodziny jako całości. Reasumując, w psychologicznej sylwetce rodziny z dzieckiem chorym na jadłowstręt psychiczny w zachowaniu rodziców dominują głównie: perfekcjonizm, represja emocji oraz infantyilizacja w sferze podejmowania decyzji.

J.A. Sours (1980), analizując kontakty dzieci z matkami, doszedł do wniosku, że predyspozycja do jadłowstrętu psychicznego uwarunkowana jest zakłóceniami relacji (symbiozy) matka–dziecko. Matka osoby chorej na anoreksję opisywana jest przez psychoanalityków jako osoba chłodna, mało uczuciowa, nieokazująca serdeczności, ciepła i akceptacji, perfekcyjna. Swoje stosunek do córki wyraża głównie przez karmienie (jednak widoczny jest w jej zachowaniu brak kontaktu emocjonalnego), zaspokajając tym samym własne potrzeby, a nie potrzeby dziecka (Bruch, 1978). Córka stanowi wypełnienie życia matki. Ignorując całkowicie przeżycia dziecka, kobieta dąży do idealnego wychowania i wykształcenia, przy czym odrzuca informację, jakoby była matką destruk-

cyjną. W wyobraźni dziewczyny występuje jako ta, która dominuje i dokonuje „kastracji”.

C.P. Wilson, C.C. Hogan i T.L. Mintz (1985) postulują, że na zaburzenia odżywiania cierpią najczęściej „najgrzeczniejsze dziewczynki” w rodzinie. Bardzo ciężko pracują, by zadowolić wszystkich, osiągnąć sukces oraz pomagać swoim rodzicom. Są na ogół osobami odbieranymi jako nieufne, perfekcjonistyczne, na przemian uległe i buntownicze, z pozoru dorosłe. Obserwując zachowania rodziców, ich postawy oraz reakcje, dziewczęta dochodzą do wniosku, że nigdy (tak naprawdę) nie potrzebowały przytulania i pocieszenia oraz rzadko prosiły rodziców o radę. Wspomniani badacze traktują jądłowstręt psychiczny przede wszystkim jako zaburzenie obsesyjne. Może to mieć związek z przedwczesnym zmuszaniem dziecka do samodzielnego podejmowania decyzji oraz z wysyłanymi przez rodziców komunikatami, że wykazując niewielkie potrzeby i wymagania względem opiekunów, dziecko postępuje słusznie i za to jest przez nich kochane (zachowania córki dodatkowo wzmacniane są nagrodami, pochwałami). Wiele obsesyjno-kompulsywnych zachowań nasila się, ponieważ dziewczęta z anoreksją czerpią poczucie bezpieczeństwa ze swojego niezmiennego, pełnego rutyny i porządku świata.

W procesie nasilania się choroby dziecka rodzice doświadczają różnych emocji (poczucie winy, lęku). Najczęściej uczucia zmieniają się i przechodzą kolejne fazy (zbliżone do tych, których doświadcza osoba ucząca się akceptować nową sytuację, stanowiącą dla niej wyjątkowo trudne przeżycie). Pierwszą z nich jest zaprzeczanie. Rodzice często po raz pierwszy doświadczają uczucia lęku spowodowanego uświadomieniem sobie wagi zaistniałego problemu (choroba dziecka, za którą czują się odpowiedzialni), chociaż z drugiej strony reagują obronnie, „maskując” odczuwany strach – ujawniają na zewnątrz zachowania minimalizujące, a nawet lekceważące wagę choroby dziecka (formułują określenia typu: „ona jest uparta i dojrzała”, „chce coś udowodnić”, „w jej wieku każda się odchudza”). Gniew (złość) to druga odczuwana przez rodziców emocja. W miarę jak problem restrykcyjnego niejedzenia, jak również zachowań kompensacyjnych (nadmierne ćwiczenia fizyczne, stosowanie środków przeczyszczających, lewatyw, diuretyków) staje się bardziej dostrzegalny, rośnie przerażenie i nasilają się pytania: dlaczego dziecko tak postępuje?, dlaczego nie może przestać? Niejednokrotnie, paradoksalnie, rodzice wykazują postawy pretensjonalne („gdyby mnie kochała, przestałaby mnie ranić”, „przecież zdaje sobie sprawę, że rujnuje sobie życie i zdrowie” itp.). Kolejna faza dotyczy negocjowania. Rodzice często proponują swoim dzieciom nagrody w zamian za zmianę zaburzonego zachowania („jeśli zaczniesz jeść i przytyjesz, to dostaniesz...”, „zrobę wszystko, o co poprosisz”) bądź stawiają im ultimatum (na przykład:

„jeśli dalej będziesz się tak zachowywać, nie dostaniesz kieszonkowego”, „nie opłacę ci dodatkowych lekcji języka angielskiego”). Czwarta faza związana jest z depresją (smutek i poczucie winy). Powstaje w wyniku niemożności zatrzymania przez rodziców nieprawidłowych zachowań dziecka (również ono samo nie jest w stanie poradzić sobie z chorobą – często doświadcza głębokiego smutku, poczucia winy i bezradności). Ostatni etap związany jest z akceptacją choroby ich dziecka. Rodzice uznają i przyjmują do świadomości fakt, że chociaż zrobili wszystko, by pomóc córce, to ona odpowiedzialna jest za swoje własne zdrowie. Taka refleksja daje realną możliwość postawienia właściwie zdefiniowanej granicy pomiędzy tym, za co odpowiedzialna jest osoba dorosła (w profilaktyce i leczeniu zaburzeń odżywiania), a za co sama dziewczyna. Rodzice odpowiadają za podjęcie (zainicjowanie wprost) wczesnej interwencji medycznej, psychologicznej czy psychiatrycznej, szczególnie w sytuacji, kiedy wyraźne są objawy wyniszczania organizmu (postępujący spadek masy ciała, restrykcyjne zachowania wyniszczające, spadek aktywności życiowej organizmu mimo dobrego funkcjonowania intelektualnego). W takich sytuacjach chore dziewczęta nie są w stanie samodzielnie, racjonalnie ocenić poziomu zagrożenia życia oraz stopnia wyniszczenia organizmu (zniekształcona percepcja obrazu własnego ciała, sięgającą zaburzeń na poziomie struktury tzw. ja cielesnego – *body ego*).

Postawy rodzicielskie oraz ich rola w procesie leczenia zaburzeń odżywiania u młodych kobiet – doniesienia z badań

W badaniach nad znaczeniem czynników rodzinnych występują dwie tendencje (Józefik i in., 2002, s. 51–64). Pierwsza, bazująca głównie na doświadczeniach klinicznych, próbuje formułować całościowe modele, opisujące swoiste wzory relacji w rodzinie z pacjentką chorą na anoreksję i jej miejsce w systemie rodzinnym. Druga, opierając się na badaniach psychometrycznych i analizie danych demograficznych, koncentruje się na wybranych charakterystykach i wymiarach funkcjonowania rodziny. Obie tendencje wzajemnie się uzupełniają.

Badania B. Józefik i in. (2002) dowodzą, że niezadowolenie z relacji małżeńskiej, niedopasowanie ról, niespójny system wartości, krytyczna ocena sposobu, w jaki małżonkowie wypełniają zadania rodzinne, charakteryzuje obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców dziecka chorującego

cego na anoreksję. Wyniki te świadczą o braku elastyczności oraz o trudnościach z wypracowaniem wspólnych rozwiązań. Wskazują również na niedostateczne okazywanie sobie uczuć, brak empatii czy uczuciowego zaangażowania, a także na poczucie braku autonomii (słabość subsystemu małżeńskiego w rodzinie anorektycznej – trudności w rozwiązywaniu sytuacji problemowych i kryzysowych, osiągania autonomii poszczególnych osób w rodzinie). W rodzinach tych występuje duża nieumiejętność komunikowania własnych sądów czy emocji, co przyczynić się może do braku wzajemnego zrozumienia. Jeśli chodzi o relację z dziećmi, rodzice pacjentek anorektycznych formułują wiele krytycznych ocen dotyczących m.in. nieprawidłowego wypełniania zadań, niepełnienia ról, niezgodności z wartościami i normami akceptowanymi przez system rodzinny. W ocenie rodziny jako całości negatywna taksacja emocjonalności (zakłócona komunikacja emocjonalna) dokonana została przez ojców. Wyniki kobiet natomiast świadczą o tym, że rodzina ma trudności ze wspólnym wypracowywaniem rozwiązań, przejawia skłonność do reagowania kryzysem. Krytyczna ocena wiąże się również z podziałem wpływów w rodzinie i sposobem sprawowania kontroli. Najbardziej pozytywne oceny dotyczą samych siebie na tle rodziny. Zarówno matki, jak i ojcowie oceniają siebie pozytywnie. Autorzy postulują, że występuje wyraźne zróżnicowanie w widzeniu i ocenianiu samych siebie oraz ocenie pozostałych osób w rodzinie. Spostrzeganie siebie jest w bardzo dużym stopniu pozytywne, natomiast partner, dzieci czy rodzina jako całość oceniane są bardziej negatywnie.

Osąd relacji rodzinnych przez pacjentki z jadłowstrętem psychicznym ($n = 37$, średnia wieku 17,3 roku) w aspekcie funkcjonowania rodziny jako całości jest krytyczny (Iniewicz i in., 2002, s. 65–81). Sprawowaną w rodzinach kontrolę nad zachowaniami innych spostrzegają jako bardzo restrykcyjną i/lub chaotyczną, szczególnie niedostosowaną do zachodzących zmian. Pacjentki oceniają swoich rodziców gorzej niż dziewczęta zdrowe. Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie jest pozytywna niemal we wszystkich badanych aspektach. Idealny obraz siebie może być, jak twierdzą autorzy, paradoksalnie, reakcją na ukrywane niskie poczucie własnej wartości. W celu podniesienia oceny swojego funkcjonowania w rodzinie dziewczęta dewaluują rodzeństwo, przy jednoczesnym idealizowaniu samych siebie. W porównaniu ze zdrowymi kobietami spostrzegają siebie jako mniej życzliwe dla pozostałych członków rodziny, przejawiające trudności w porozumiewaniu się z rodzicami i rodzeństwem oraz nieposiadające jasnego, spójnego systemu wartości. W rodzinach pacjentek chorych na anoreksję najgorzej oceniane przez wszystkich członków rodziny jest funkcjonowanie w relacjach diadycznych (Iniewicz i in., 2002, s. 65–81). Szczególnie źle oceniana jest

diada ojciec-córka, zarówno przez ojców, jak i przez pacjentki, a także siostry pacjentek. Ze strony ojca jest to ocena negatywna, szczególnie w zakresie wypełniania zadań oraz wymiaru wartości i norm. Córki oceniają źle relacje z ojcem w tych samych wymiarach oraz, dodatkowo, w wymiarze zaangażowania uczuciowego.

Charakterystyka percypowanych przez grupę adolescentek (w wieku od 15. do 18. roku życia) postaw rodzicielskich stanowiła cel badań przeprowadzonych przez B. Izydorczyk i J. Trepkę-Starostę (2003, s. 194–206). Analiza porównawcza wyników w zakresie percepcji postaw rodzicielskich prezentowanych wobec badanych dziewcząt wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy matkami i ojcami badanych. Jedynie w zakresie percepcji postawy odrzucenia wobec dziecka takiej różnicy nie stwierdzono (co oznacza, że oboje rodzice prezentowali w tym względzie podobne postawy). Jak wynika ze średniego poziomu nasilenia rodzicielskiej postawy akceptacji emocjonalnej, dziewczęta nie przeżywają, nie odczuwają i nie deklarują nasilonych tendencji odrzucenia emocjonalnego ani ze strony ojca, ani matki (średni poziom nasilenia osiągnął w obu przypadkach wartości zdecydowanie niskie). Wyniki badania wykazały, że w percepcji dziewcząt z anoreksją matki prezentują wysoką postawę dotyczącą akceptacji emocjonalnej swego dziecka. Kobiety wprost wyrażają swoje emocjonalne przywiązanie, zaangażowanie, akceptację myśli oraz większości zachowań. Natomiast ojcowie percypowani są przez badane nastolatki jako nieodrzucający ich emocjonalnie, ale też jako mniej eksponujący zaangażowanie uczuciowe w stosunku do zaangażowania matek. Badane nastolatki silniej odczuwają zaangażowanie emocjonalne matek niż ojców. Z czego może to wynikać? Po pierwsze, znaczenie może mieć specyfika okresu rozwojowego, w którym się znajdują. Dorastanie to czas krystalizacji wzorca kobiecego, identyfikacji psychoseksualnej, generalnie bliskich związków uczuciowych z matką, również w roli kobiecej. Ukształtowana wieloletnia więź uczuciowa może wpływać na dominację matek w codziennym kontakcie z córką. Nasuwa się pytanie, czy może to ograniczać relacje z ojcem (również akceptowanym przez chore dziewczęta)? Sytuacja choroby sprzyja szukaniu pomocy i wsparcia u matek, wymaga też od dziewcząt zaangażowania się wprost w trudną dla nich emocjonalnie sytuację oraz proces leczenia. Ojcowie wydają się „stać z boku”, nie okazują tak silnie swego zaangażowania wprost (pracują, utrzymują rodzinę, nie mają czasu). Wyniki badań potwierdziły, że matki badanych dziewcząt wykazują nadmierną liberalność w wychowaniu swoich chorych córek, przyzwalają na większość ich zachowań (bez stawiania ograniczeń), preferując raczej podporządkowanie i uległość wychowawczą. Ojcowie natomiast okazują się bardziej ograniczający w swoim codziennym postępowaniu i kontakcie

z córkami, nie są ani nadmiernie podporządkowani swoim dzieciom, ani bardzo wysoce rygorystyczni. Matki wykazują skłonność do podporządkowywania się aktywności i spontaniczności córek. Podobne różnice autorki zaobserwowały również w przypadku postawy poziomu przyjmowanej restrykcyjności wobec dziecka. Wyniki wskazały na większą dominację w postępowaniu wychowawczo-rodzicielskim, karności, podporządkowaniu, stylu opartym na nakazach i zakazach ojców. Co może być tego przyczyną? Być może przeżywany ojcowski lęk o ich życie (ograniczanie działań spontanicznych córek, poddanie ich restrykcyjnej kontroli jako odpowiedź na ich chorobowe odchudzanie, „niszczenie siebie”). Ojcowie wydają się posiadać mniejszą wiedzę o chorobie córek, co może sprzyjać wprowadzaniu własnego systemu „chronienia ich” przed skutkami choroby (zgodnie z zasadą egzekwowania podporządkowania i karności wobec podopiecznych). Istotne różnice w eksponowanych postawach rodzicielskich wobec badanych stwierdzono również pomiędzy ich matkami i ojcami w zakresie postawy surowości „S” i dominacji kar w systemie postępowania wychowawczego. Preferencja stylu postępowania rodzicielskiego opartego na nadmiernie wyeksponowanych karach cielesnych, groźbach, krzyku ujawnia się wyraźniej u ojców niż u matek. Kary i groźby ze strony ojców mogą świadczyć o ich niepewności i lęku w związku ze zjawiskiem bezradności wobec choroby, o której mało wiedzą. Matki swoją uległą postawą, czasami nadmiernie łagodną, mogą „delegować” partnera do pełnienia takiej roli. Kobiety nie stosują kar, wykazują postawę przyzwalającą na większość działań córek (które są tego świadome). Czy zjawisko to może sprzyjać leczeniu? Jak wynika zarówno z doświadczeń klinicznych, jak i z danych teoretycznych znaczne różnice w prezentowanych postawach rodzicielskich matki i ojca (autokratyzm *versus* zbytnia demokratyczność), jak też nadmierna dominacja jednej postawy nad drugą nie sprzyjają właściwym oddziaływaniom wychowawczym ani leczniczym. Jedynie komplementarność zachowań (wypracowane razem strategie wychowawcze), współpraca i wyrównany poziom działania zarówno ze strony matki (nie nadopiekuńczość), jak i ojca (przejęcie na siebie większego udziału w opiece nad dzieckiem) zwiększa efektywność procesu leczenia.

Z badań przeprowadzonych przez B. P a w ł o w s k ą i M. C h u c h r ę (2004, s. 1031–1042) wynika, że pacjentki z anoreksją ($n = 30$, średnia wieku 21 lat) do opisu siebie i rodziców wybierają więcej przymiotników negatywnych niż pozytywnych, niemniej do oceny matki wybierają ich najmniej, a do oceny ojca najwięcej. Oznacza to, że w najmniejszym stopniu akceptują ojca, nieco bardziej siebie, a najbardziej matkę. W odniesieniu do relacji córka–ojciec wyniki uzyskane przez autorki są zbieżne z wynikami uzyskanymi przez G. I n i e w i c z a i in. (2002). Rozbież-

ność dotyczy natomiast idealnego obrazu samej siebie – wyniki B. Pawłowskiej oraz M. Chuchry (2004) nie potwierdziły tych uzyskanych przez wcześniej cytowanych autorów. W pracy postawiono następujące pytania badawcze:

1. Z jakimi cechami obrazu siebie związana jest samoakceptacja?
2. Z jakimi cechami obrazu matki związana jest samoakceptacja pacjentek z anoreksją?
3. Z jakimi cechami obrazu ojca związana jest samoakceptacja?

Akceptacja siebie łączyła się u dziewcząt istotnie z poczuciem odpowiedzialności, autonomii, umiejętności osiągania życiowych celów oraz nawiązywania bliskich więzi z innymi ludźmi. Akceptacja matki dotyczyła dostrzegania u niej: opiekuńczości, umiejętności nawiązywania pozytywnych relacji interpersonalnych, empatii i rozumienia motywów zachowań własnych i innych ludzi. Akceptacja ojca łączyła się z dostrzeganiem u niego takich cech, jak wytrwałość, pracowitość, opiekuńczość, odpowiedzialność, umiejętność radzenia sobie z zadaniami i problemami oraz nawiązywania bliskich relacji z innymi ludźmi. Niski poziom akceptacji matek przez pacjentki z anoreksją łączył się ze spostrzeganiem ich jako osób, które niszczą siebie, utrzymują ludzi na dystans, boją się relacji z płcią przeciwną, unikają bliskich więzi oraz mają słaby wgląd w motywy zachowań własnych i innych ludzi. Co się tyczy ojców, im bardziej spostrzegani są jako osoby niedające poczucia bezpieczeństwa, niszczące siebie, impulsywne, nieodpowiedzialne, wrogo nastawione do otoczenia i nieradzące sobie ze stresem, tym mniej akceptowani są przez swoje córki.

Konsekwencje, z jakimi powinna liczyć się rodzina, w której dziecko cierpi na jadłowstręt psychiczny

Najczęściej zakłóceniu ulegają, niemal od samego początku ujawnienia się choroby, relacje pomiędzy większością członków rodziny. Zakłócone zostają rytm i sposób spożywania posiłków. Cała rodzina (choć najczęściej na początku głównie dotyczy to matek) skupia się na chorej nastolatce, dostosowuje całkowicie czas i rytm posiłków do niej, aby tylko szybko wyrównać braki. Jest to przeważnie działanie z lęku i poczucia winy za zaistniałą sytuację. Spożywanie posiłków zaczyna sterować całym życiem zarówno rodziny, jak i chorej. Wszystkie jej kontakty towarzyskie zostają temu podporządkowane. Wiele planów życiowych (np.: wa-

kacje, wyjazdy rodzinne, uroczystości, niejednokrotnie plany zawodowe rodziców) uzależnionych zostaje od choroby dziecka. Zmianie ulega też często komunikacja pomiędzy chorującym dzieckiem a pozostałymi członkami rodziny (matką, ojcem, rodzeństwem). Najczęściej rodzice koncentrują się nadmiernie na wszystkim, co łączy się z córką, często kosztem zainteresowania pozostałymi dziećmi czy też małżonkiem.

Problem jedzenia staje się w domu głównym punktem rodzinnego życia. Przerażeni rodzice próbują różnymi metodami przejąć kontrolę nad zachowaniem córki (bezszykownie). I chociaż ich działanie jest zupełnie naturalne (bliscy pragną przejąć w takiej sytuacji kontrolę nad sposobem odżywiania się córki, po to, by ułatwić jej konfrontację z przerażającą sytuacją, wyrównać wagę i ratować od śmierci), to jednak mogą swoim zachowaniem sprowokować dziecko do walki (którą i tak wygrywa najczęściej sama chora, ponieważ nie da sobie odebrać kontroli nad wybraną, często jedyną dla niej dostępną formą kontroli nad własnym życiem). Te zmagania o kontrolę nasilają jedynie chorobę i frustrację całej rodziny.

Kiedy choroba rozwija się, prowadzi do destrukcji i nasilenia objawów. Dotąd podporządkowana, perfekcyjna, bardzo pilna i spełniająca oczekiwania córka staje się nieznosna, krnąbrna, opryskliwa, niezdecydowana, czasem agresywna (agresja werbalna), zaczyna wprost wyrażać swoje zdanie, a niejednokrotnie też gorzej się uczyć. Zamiast objawów ujawnia tym samym swoje wcześniej zablokowane uczucia związane z buntem (jak najbardziej potrzebnym do przeżycia w okresie dorastania). Jeśli bunt zostanie stłumiony, to zaowocuje w przyszłości różnicowanymi trudnościami w zakresie życia uczuciowego (rozwojem represyjności, lęków, niewykorzystywania swego pełnego potencjału życiowego, nieumiejętnością nawiązywania relacji społecznych). Rodzice muszą być przygotowani na agresję, bunt i krytycyzm dorastającej córki, pamiętając, że są to normalne zachowania w okresie dojrzewania. Psycholodzy, terapeuci, pedagodzy powinni uprzedzić rodziców, że mogą zdarzyć się zachowania typu *acting-out* (zachowania, w których poprzez działanie wyrażane są bezpośrednio nieuświadomione impulsy, utrata kontroli na pewnych zachowaniach) i myśli czy zachowania samobójcze.

Zakończenie

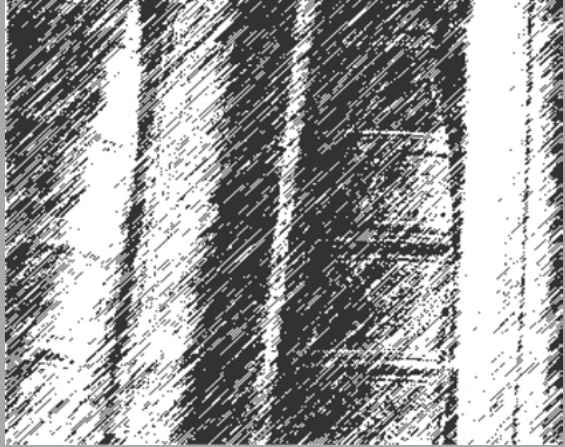
Okres dorastania to szczególny czas w życiu każdego człowieka. Właściwe rozwiązywanie wielu przeżywanych wówczas kryzysów emocjonalnych

(również tego związanego z kształtowaniem się tożsamości) zależy od tego, jak dorośli (rodzice, pedagodzy, psycholodzy) wspomogą dorastające dzieci rozsądnym, rozumnym (opartym na znajomości podstawowych prawidłowości rozwoju) postępowaniem wychowawczym. Rodzicielska i pedagogiczna postawa jest niezwykle istotna, aby właściwy dla okresu adolescencji bunt (negatywizm, protest w zachowaniach i myśleniu, często rozumiany jako przejaw agresywności i krnąbrności) został wprost przeżyty i ujawniony po to, aby w dalszym życiu dziewczęta integrowały w sposób poprawny rozwojowo ich dorosłą tożsamość. Dlatego ważne jest, aby rodzice potrafili ten bunt przetrwać, nie wzmagając własnej agresji wobec dorastającego dziecka, konfrontując się z ujawnianymi problemami (poprzez dialog z nastolatką) oraz wypracowując własny autorytet oparty na sile emocjonalnej (nieuleganie nadmiernej frustracji i impulsywności zachowań, umiejętność otwartego wyrażania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych uczuć bez lęku przed ośmieszeniem się). Mimo że dla dorastającej nastolatki ważnym punktem odniesienia w relacjach interpersonalnych jest grupa społeczna (rówieśnicy), to podstawowe emocjonalne oparcie powinna otrzymywać, bazując na emocjonalnej sile i autorytecie nauczycielsko-rodzicielskim. Silna emocjonalnie, znacząca dla nastolatki osoba dorosła (matka, ojciec, nauczyciel) wskazuje i modeluje (eksponując własnych osobowościowych cech oraz zachowań) ważne obszary i granice emocjonalnego funkcjonowania, a także rozwoju. Stanowi istotną matrycę zachodzącej separacji na rzecz zyskiwania przez dziewczęta ich własnej autonomii i indywiduacji (wówczas nie „uciekają” one w dorosłość, lecz „wchodzą” w nią zgodnie z odczuwanymi potrzebami i świadomie podejmowaną decyzją).

Bibliografia

- Bruch H., 1978: *The golden cage*. Boston.
- Goldbloom D.S., Garfinkel P.E., 1993: *Anorexia nervosa and bulimia nervosa – diagnostic issues and risk factors*. In: *Handbook of eating disorders*. Ed. S.H. Kennedy. Toronto.
- Iniewicz G., Józefik B., Namysłowska I., Ulasińska R., 2002: *Obraz relacji rodzinnych w oczach pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną*. Część 2. „Psychiatria Polska”, nr 1.
- Izydorczyk B., Trepka-Starosta J., 2003: *Charakterystyka postaw rodzicielskich wobec zaburzeń jedzenia wśród adolescentów (na przykładzie badań własnych)*. W: *Psychologia w służbie rodziny*. Red. I. Janicka, T. Rostowska. Łódź.

- Józefik B., Iniewicz G., Namysłowska I., Ułasińska R., 2002: *Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną*. Część 1. „Psychiatria Polska”, nr 1.
- Minuchin S., Rosman B., Barker L., 1978: *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge.
- Pawłowska B., Chuchra M., Masiak M., 2004: *Obraz siebie a obraz innych ludzi w percepcji pacjentek chorych na jadłowstręt psychiczny*. „Psychiatria Polska”, nr 6.
- Pawłowska B., Chuchra M., 2004: *Akceptacja siebie i rodziców przez kobiety z jadłowstrętem psychicznym*. „Psychiatria Polska”, nr 6.
- Sours J.A., 1980: *Starving to death in a sea of objects*. New York.
- Wilson C.P., Hogan C.C., Mintz I.L., eds., 1985: *Fear of being fat: the treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York.



ALINA DWORAK

Edukacja zdrowotna rodzin dzieci przewlekle chorych

The health education of families having chronically ill children

Abstract: More and more families are facing the problem of chronic child illnesses. The author of the article raises the issue of the functioning of families having chronically ill children, and point out the necessity of the health education in these families.

Key words: education, family child, chronic illness.

Problematyka rodziny, jej struktura, pełnione przez rodzinę funkcje, dokonujące się wewnątrz rodziny przemiany czy problemy utrudniające jej funkcjonowanie od dawna były przedmiotem zainteresowania socjologów, pedagogów, psychologów, ekonomistów, polityków, organizacji społecznych, lekarzy.

Hasło WHO „Zdrowie zaczyna się w domu” zwraca uwagę na znaczącą rolę rodziny w ochronie zdrowia jej członków i konieczność podejmowania badań nad zdrowiem rodziny w aspekcie zdrowia jej członków (Lewicki, 2006, s. 104). Wpływ rodziny na zdrowie odbywa się wskutek kształtowania postaw wobec zdrowia jako pewnej wartości, zachowań prozdrowotnych, uwzględniania norm i zasad warunkujących zdrowie oraz zdobywania wiedzy zarówno o zdrowiu, jak i o chorobie. Istotnymi czynnikami warunkującymi zdrowie rodziny są także warunki materialne, struktura rodziny oraz wypełnianie jej funkcji (Tarasiewicz, 2002, s. 105).

W historii polskiego narodu i państwa warunkiem prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa jest zorganizowane życie rodziny o dużych możliwościach samoregulacyjnych (Kawula, Brągiel, Janke, 1998, s. 45). Definicja rodziny jako grupy społecznej brzmi: „Rodzina stanowi duchowe zjednoczenie szczupłego grona osób, skupionych we wspólnym ognisku domowym aktami wzajemnej pomocy i opieki, oparte na wierze w prawdziwą lub domniemaną łączność biologiczną, tradycję rodzinną i społeczną”. Grupę rodzinną wyróżnia wspólne zamieszkanie, wspólne nazwisko, wspólna własność, ciągłość biologiczna i wspólna kultura duchowa (Adamski, 2002, s. 29). Koncepcja rodzinnego cyklu życia według E.H. Eriksona to etapowość życia rodziny mająca istotne znaczenie dla rodzin z dziećmi, w których relacje między członkami rodziny w kolejnych fazach rozwojowych ulegają modyfikacji wraz ze zmianą potrzeb członków rodziny. Zmianom podlegać mogą także wzory życia i wzory zdrowotne rodziny (Przewoźnik, 2001, s. 99). System rodzinny stanowi układ dynamiczny, ulegający ciągłym zmianom, którym podlegają zarówno jego członkowie, jak i procesy wewnątrz i zewnątrz systemu. Rodzina nie jest systemem izolowanym, stawiane rodzinie przez państwo i społeczeństwo zadania dają jej prawo do otrzymania pomocy (Lewicki, 2006, s. 117).

Według J. Szczepańskiego, funkcje rodziny to: „Skutki wywołane przez działania czy zachowania się członków grupy w szerszej zbiorowości, bez względu na to, czy były zamierzone czy pożądanе” (2006, s. 120).

Rodzinę będącą strukturą złożoną można rozpatrywać z punktu widzenia socjologa jako grupę społeczną promującą zdrowie, postawy prozdrowotne, warunkującą siłę, prężność, zdrowie całego społeczeństwa; z punktu widzenia pedagoga – jako podmiot i przedmiot wychowania;

z punktu widzenia biologa – jako instytucję życiowórczą; z punktu widzenia kościoła – jako wspólnotę ustanowioną przez Boga; z punktu widzenia psychologa – jako jedność współdziałających z sobą osób o różnych strukturach cech osobowości (P e c y n a, 1998, s. 7, 33).

Z. T y s z k a podaje rozbudowaną definicję funkcji rodziny: „To wyspecjalizowane oraz permanentne działania i współdziałania członków rodziny, wynikające z bardziej lub mniej uświadomionych sobie przez nich zadań, podejmowanych w ramach wyznaczonych przez obowiązujące normy i wzory, a prowadzące do określonych efektów głównych i pobocznych” (2006, s. 120).

W badaniach nad rodziną Z. T y s z k a wyznacza dziesięć pełnionych przez nią funkcji, obejmujących całość czynności rodziny. Są to funkcje: materialno-ekonomiczna, opiekuńczo-zabezpieczająca, prokreacyjna, seksualna, legalizacyjno-kontrolna, socjalizacyjna, klasowa, kulturalna, rekreacyjno-towarzyska, emocjonalno-ekspresyjna (1990, s. 199).

Ze względu na trwałość i zmienność funkcji rodziny F. A d a m s k i (2000, s. 37) wyróżnia funkcje:

- istotne (pierwszorzędne), niezbywalne funkcje, tj. prokreacja, socjalizacja, miłość,
- akcydentalne (drugorzędne), takie jak ekonomiczna, opiekuńcza, rekreacyjna, religijna, stratyfikacyjna.

Brak funkcji akcydentalnych nie powoduje większego uszczerbku dla rodziny i społeczeństwa.

Do najistotniejszych funkcji realizowanych przez rodzinę wobec chorego dziecka zaliczyć należy funkcję opiekuńczo-zabezpieczającą i socjalizacyjną. Gwarantują one dziecku poczucie bezpieczeństwa, harmonijny rozwój fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy, wdrażając je jednocześnie do pełnienia w przyszłości ról rodzinnych, kobiecych, męskich i zawodowych (P e c y n a, 2000, s. 15). Poszczególne funkcje cechuje dynamika, możliwość modyfikowania pod względem strukturalnym i pod wpływem czynników społecznych, politycznych, historycznych, religijnych, ekonomicznych (R o s t o w s k a, 2000). Wzajemna zależność między funkcjami rodziny a zdrowiem, sprawnością fizyczną jej członków jest oczywista i często bezpośrednia. Poszczególne funkcje odgrywają znaczącą rolę w przebiegu jakości i w efektach edukacji zdrowotnej dzieci. Rodzina wobec swych członków spełnia wcześniej zamierzone funkcje, rozumiane jako obowiązki, kierunki i skutki działania rodziny, podlegające aktualnym trendom społecznym (L e w i c k i, 2006, s. 120).

Dokonując analizy rodziny w aspekcie instytucjonalnym, stwierdzamy, że realizacja poszczególnych funkcji obejmuje całość czynności rodziny i może być determinowana środowiskiem społecznym, co z kolei może różnicować zakres poszczególnych funkcji.

Funkcje rodziny można skategoryzować zgodnie z realizacją potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych i hierarchii uwzględniającej ich trwałość i zmienność. Są zatem niezbywalne dla zdrowia i funkcjonowania jednostki i rodziny. Są powiązane ze skutkami wywołanymi działalnością i zachowaniami człowieka, a ujawniają się nie tylko w samej rodzinie, ale także poza nią jako pozytywne lub negatywne z punktu widzenia jednostki i społeczeństwa (S y r e k, 2002, s. 112–120).

Rodzina jest podstawowym czynnikiem kształtującym zdrowie, którego należy się doszukiwać w całej harmonii istoty człowieka, we wzajemnej współpracy wszystkich elementów, tj. umysłu, ciała, środowiska (Pielka, 2001, s. 466–467). Pojęcie „zdrowie rodziny” jest rozumiane jako suma arytmetyczna zdrowia jej członków, a dla odróżnienia „zdrowie rodzinne” rozumiane jest jako stan środowiska rodzinnego sprzyjającego lub niesprzyjającego zdrowiu i prawidłowemu rozwojowi psychosomatycznemu osób w nim przebywających (Grę b o w s k i, 1994). W 1983 roku A. Smith jako jeden z pierwszych autorów pracujących nad koncepcją zdrowia rodziny przedstawił cztery modele zdrowia. Model kliniczny i wywiązywania się z ról społecznych znajduje zastosowanie w ochronie zdrowia, koncentrując się na utrzymaniu trwałości. Modele adaptacyjny i eudajmoniczny koncentrują się na rozwoju. Znalazły one zastosowanie w promocji zdrowia (P r z e w o ź n i a k, 2001, T. 2, s. 61). Zdrowie rodziny może być rozpatrywane jako „dynamiczny proces wynikający z aktywności rodziny zastosowanej do promocji zdrowia i opieki w osiąganiu dobrostanu (*well-being*), jako grupy i indywidualnie poszczególnych jej członków” (P r z e w o ź n i a k, 2001, T. 2, s. 63). Związki między rodziną a zdrowiem są rozpatrywane w trzech wymiarach: znaczenia rodziny dla zdrowia jej członków, znaczenia rodziny w sytuacji choroby jej członka i znaczenia choroby któregoś z jej członków dla funkcjonowania rodziny (B a r a n o w i c z, 2006, s. 105).

Rodzina jako pierwsze środowisko wychowawcze i podstawowa instytucja realizuje określone funkcje w sferze zdrowia i choroby. To właśnie rodzina utrwała zachowania zdrowotne warunkujące zaspokojenie podstawowych emocjonalno-społecznych potrzeb miłości, akceptacji, uznania, bezpieczeństwa i kształtuje emocjonalny stosunek do zdrowia, świadomość zdrowotną, sposób postrzegania wartości zdrowia i jego ochrony (S k ó r z y ń s k a, 1990, s. 204).

Choroba przewlekła dziecka powoduje zmiany w strukturze rodziny. Każdy indywidualny przypadek choroby i nieprawidłowości dezorganizuje życie rodziny, zmieniają się dotychczasowe relacje, rosną koszty materialne związane z leczeniem, a także koszty emocjonalne, społeczne (Wielgosz, 1995, s. 411; Augustyniak-Nawrot, 2001, s. 18). W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów

Zdrowotnych wśród chorób wieku rozwojowego wymienione są schorzenia krótkotrwałe oraz długotrwałe, zwane chorobami przewlekłymi. Choroba przewlekła trwa dłużej niż trzy miesiące, jej przebieg jest ciągły lub dający nawroty. Dzieci wymagają długoterminowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej, zwiększonego nadzoru rodziców i opiekunów (Pecyna, 2000, s. 29–30). Długotrwałość choroby i jej leczenia, burzliwy przebieg, często z nagłym zagrażającym życiu pogorszeniem stanu zdrowia, zmiana wyglądu dziecka, zmiany skórne, wychudzenie lub otyłość cechują chorobę przewlekłą jako uciążliwą i trudną do zaakceptowania (Góralczyk, 1996, s. 30). Zdiagnozowanie choroby w okresie rozwojowym dziecka, czyli w okresie intensywnego rozwoju psychofizycznego, w czasie którego organizm podlega procesowi wzrostu, procesom biologicznym, jest wrażliwy na działanie wielu bodźców, zachwianie równowagi wewnętrznej i relacji z otaczającym środowiskiem zewnętrznym, zwiększa podatność na czynniki patogenne będące przyczyną zaburzeń procesów rozwojowych (Maciarz, 2001, s. 33, 42).

Jako niepożądane zjawisko w rozwoju dziecka choroba zaburza zdrowie dziecka, będące podstawą jego rozwoju, utrudnia lub uniemożliwia zaspokajanie potrzeb, narażając dziecko na sytuację trudną. Do zapewnienia dziecku długotrwałe choremu należytych warunków rozwoju konieczne są dodatkowe zabiegi opiekuńczo-pielęgniarskie, większe nakłady materialne, przygotowanie rodziców do procesu opiekuńczo-wychowawczego (Maciarz, 1996, s. 22; 2001, s. 7).

Dziecko chorujące przewlekłe jest fizycznie słabsze, łatwiej się męczy, jest mniej odporne na wysiłek umysłowy, silniej przeżywa stresy i frustracje, co tłumaczy się poczuciem zależności od innych, izolacji od rodziny. Objawy wegetatywno-emocjonalne, obgryzanie paznokci, jękanie, ssanie palca, wzmożona drażliwość, zniechęcenie, bunt, rezygnacja, lęk przed przyszłością, zmienność nastrojów często towarzyszą zachowaniu dziecka. Dzieci z poczuciem lęku, bezsilności, bezradności, koncentrujące się na wartościach podstawowych wymagają zorganizowanej i systematycznej pomocy psychologiczno-pedagogicznej (Góralczyk, 1996, s. 31–32; Pecyna, 2000, s. 37). Nasilenie i rozmiary zagrożeń rozwoju dziecka mogą dotyczyć różnych sfer rozwoju i zależą od obrazu klinicznego choroby, czynników środowiskowo-wychowawczych, czasu trwania choroby, przebiegu terapii (Maciarz, 2001, s. 19).

Choroba, będąca zmienną niezależną, wywołuje wiele zmian zarówno w sytuacji samego chorego, jaki i w funkcjonowaniu całej rodziny. Wzrasta aktywność rodziny w opiece nad chorym, pojawiają się trudności materialne, ograniczenie funkcjonalnej aktywności rodziny w sferze życia kulturalnego i towarzyskiego (Kawczyńska-Butrym, 1987, s. 22–23). Choroba przyczynia się do wzbogacenia wiedzy o zdrowiu i chorobie,

zmienia obraz własnej osoby, zmieniają się postawy wobec zdrowia i choroby (Zych, Cepuch, 2002, s. 8–9).

Postępowanie rodziny z dzieckiem chorym przewlekłe zależy od zasobu wiedzy o chorobie, jej przebiegu, znajomości potrzeb psychospołecznych dziecka, możliwości minimalizowania skutków choroby, co zdecydowanie pomoże dziecku żyć z chorobą, zrozumieć jej przyczyny, sposób i przebieg leczenia. Od rodziców dzieci chorych przewlekłe wymaga się zapoznania z istotą choroby, przekonania do metod leczenia, przestrzegania zaleceń lekarza, stworzenia dziecku stosownych do jego potrzeb warunków mieszkaniowych, diety, wypoczynku. Efektywność leczenia, poprawa stanu zdrowia dziecka wymaga od rodziców pogodzenia się z faktem choroby ich dziecka, sprawowaniem opieki przez dłuższy czas i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Anyszkó, Kott, 1988, s. 35; Szczepanik, 2000; Adamska, Dróżdż, Pawlacyk, 2002). Do istotnych elementów postępowania terapeutycznego wobec chorych przewlekłe należy zaliczyć edukację pacjenta. Odpowiednie przygotowane i przeprowadzone działania edukacyjne sprawiają, że pacjent staje się rzeczywistym partnerem lekarza, uczestniczącym w ocenie własnych dolegliwości i efektów leczenia. Lekarz, pełniąc rolę przewodnika, ma zagwarantować pacjentowi poprawę jakości życia, poznanie choroby i opanowanie sposobów leczenia. Edukacja chorego jest procesem ciągłym, mającym dostarczyć choremu i jego rodzinie informacji, przeszkolenia, aby sam chory zastosował się do opracowanego przez lekarza indywidualnego planu leczenia.

Jeśli ludzie mają kontrolować własne zdrowie, dokonywać korzystnych zmian w środowisku, aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia chorób i zapobiegania chorobom, muszą umieć i chcieć to robić, m.in. dzięki edukacji zdrowotnej (Wojnarowska, red., 2000, s. 423). W procesie socjalizacji i wychowania w rodzinie zachodzi kształtowanie określonych cech osobowości, nawyków, postaw, motywacji, przekazywanie wiedzy o zdrowiu i umiejętności jego umacniania. Ta praca nad zdrowiem, obejmująca kształtowanie zachowań, nawyków, czynności zdrowotnych, ma charakter pedagogiczny i nazwana jest wychowaniem zdrowotnym, którego główny cel to nabycie aktywnej postawy wobec własnego zdrowia i współtworzenie nowych wartości zdrowotnych (Zdunkiewicz, 1979, s. 547).

Termin „edukacja zdrowotna” zastąpił wcześniej używane pojęcie „wychowanie zdrowotne” i określa współcześnie całość zagadnień dotyczących oddziaływań zdrowotnych, a zwolennicy tego podejścia: B. Wojnarowska, M. Sokołowska, T. Williams, B.B. Jensen, terminem tym określają kierunek działań „do zdrowia”, eksponując zdrowie pozytywne, dobre samopoczucie i korzyści z tego wynikające (cyt. za: Lewicki, 2006, s. 21–22).

Edukacja do zdrowia dotyczy jednostki i ma na celu nabywanie wiedzy, kształtowanie przekonań i życiowych umiejętności oraz kształtowanie postaw predysponujących do zachowania się w sposób konieczny do zachowania i doskonalenia zdrowia (W o y n a r o w s k a, red., 2000, s. 418). Podejście tradycyjne do edukacji zdrowotnej sprowadza się do świadomego stwarzania sposobności do zaplanowanego uczenia się, które ma ułatwić dokonanie się wcześniej określonej zmiany zachowania. Tradycyjnie rozumiana edukacja zdrowotna pozostaje w ścisłym związku z zapobieganiem chorobom, jest nastawiona jedynie na mobilizację jednostek. W nowym rozumieniu edukacja zdrowotna traktowana jest jako środek możliwy do wykorzystania w celu uruchomienia wszystkich dostępnych sił społecznych na rzecz zmiany służącej zdrowiu (S ł o Ń s k a, M i s i u n a, oprac., 1993, s. 3–5).

A. Tannahil wymienił trzy modele edukacji zdrowotnej: zorientowany na chorobę, czynniki ryzyka, zdrowie (cyt. za W o y n a r o w s k a, red., 2000, s. 420). W modelu zorientowanym na chorobę podejmowane są działania zamierzone na grupy czynników stanowiących zagrożenie wystąpienia określonych chorób (*disease-oriented health education*). W modelu drugim działania są ukierunkowane na selekcję czynników zagrażających wystąpieniem kilku chorób jednocześnie (*risk factor-oriented health education*). Model trzeci można rozpatrywać jako najwłaściwszy wobec realizacji idei promocji zdrowia z uwagi na jego użyteczność z punktu widzenia efektywności oddziaływań w sferze zmiany zachowań (S y r e k, 1997, s. 30).

Z. Kawczyńska-Butrym zauważa, że nie wystarczy „naprawienie” zdrowia człowieka, ale ten stan trzeba jeszcze utrzymać, do czego niezbędna jest rodzina. W związku z tym zmieniło się nastawienie służby zdrowia do rodziny, którą zaczęto postrzegać jako wzmacniającego instytucjonalnie i profesjonalnie działania służby zdrowia partnera. Rodzina jest najważniejszym i podstawowym środowiskiem edukacji zdrowotnej, a jej cel to zachowanie i pomnażanie zasobów zdrowotnych i zapobieganie chorobom (K a w c z y Ń s k a - B u t r y m, 2001; L e w i c k i, 2006, s. 105). Edukacja chorego to proces ciągły, polegający na dostarczaniu odpowiednich informacji choremu i jego rodzinie, ich przeszkoleniu, aby mogli dostosować się do opracowanego przez lekarza planu leczenia. Edukacja zdrowotna jest zatem elementem promocji zdrowia, eliminującym czynniki ryzyka danej choroby, jej zaostrzeń lub powikłań (K u r z a w a, J ę d r a s - K ł u c j a s z, D o n i e c, 1999, s. 102).

Tworząc programy edukacyjne, zwrócono uwagę na konieczność rozszerzenia edukacji na najbliższe otoczenie pacjenta, tzn. rodziców, rodzeństwo. Żadne metody diagnostyczne i terapeutyczne nie przyniosą poprawy stanu zdrowia dziecka, jeśli rodzice chorych dzieci nie poznają

istoty choroby, nie spełniał wymogów leczenia i opieki nad dzieckiem, nie zdobędą umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Na rodzicach dzieci spoczywa obowiązek zapewnienia choremu właściwej opieki, urządzenia domu, systematycznego podawania leków, właściwej diety, dostosowania organizacji dnia rodziny do potrzeb dziecka chorego (Zubrzycka, 2002, s. 111; Kurzawa, Jędrus-Kłucjasz, Doniec, 1999, s. 105).

Edukacja zdrowotna stanowi zatem jedną z istotnych determinant zdrowia rodziny. „Zdrowa rodzina to taka grupa, która zachowuje zdolność do trwania, funkcjonowania mimo zachodzących zmian w jej obrębie i poza nią – to jednakże nie tylko możliwość wypełniania funkcji teraźniejszych, lecz także przygotowania się do przyszłości” (Bożkowska, Sito, 1994). Włączenie choroby przewlekłej w życie codzienne, aby stała się jednym z realizowanych przez rodzinę zadań, jest istotnym sukcesem rodziny. W sytuacji pogodzenia się rodziny z chorobą następuje ulga, która daje możliwość dostrzeżenia odległych konsekwencji choroby i chorowania. Obowiązki związane z koniecznością zmian w codziennym życiu, planów, zamierzeń, zabezpieczenia socjalnego i finansowego nabierają istotnej rangi. Rodzice, wybiegając w przyszłość, planują kształcenie dziecka, zapewnienie mu dalszego rozwoju intelektualnego i psychospołecznego. Niejednokrotnie wymagane jest umiejętne dokonanie wyboru priorytetowych wartości przez członków rodziny (Góralczyk, 1996, s. 52–53).

Edukacja zdrowotna w rodzinie jest procesem złożonym, oddziałującym na różne sfery osobowości dzieci i młodzieży, a jego organizacja i przebieg warunkują m.in. poziom kompetencji rodziców w zakresie edukacji zdrowotnej oraz organizacji życia rodziny (Lewicki, 2006, s. 157). Celem edukacji chorego jest pokonanie jego uczucia osamotnienia w chorobie, przekonanie o możliwości kontroli objawów chorobowych i przebiegu choroby, utrwalenie umiejętności radzenia sobie w życiu i normalnej codziennej aktywności, a także minimalizacja kosztów osiągnięcia zamierzonego celu (Kurzawa, Jędrus-Kłucjasz, Doniec, 1999, s. 102). Proces edukacji składa się z dwóch zasadniczych elementów, z których pierwszy polega na przekazywaniu informacji umożliwiających pacjentowi nabywanie umiejętności praktycznych, a drugi na zmianie sposobu zachowania się pacjenta, który dzięki programowi samokontroli widzi potrzebę współdziałania z lekarzem (Adamska, Dróżdż, Pawlaczuk, 2002).

Rozpowszechniona w ostatnich latach pedagogizacja rodziny, polegająca na oddziaływaniach informacyjnych, udzielaniu porad, wskazówek wychowawczych, kształtowaniu wymaganych umiejętności, ma pomóc rodzicom dzieci niepełnosprawnych. Pedagogizacja prowadzona jest przez

stowarzyszenia rodziców, instytucje oświatowe, organizacje inwalidzkie, placówki służby zdrowia. Szczególną rolę przypisuje się stowarzyszeniom rodziców, którzy na spotkaniach w atmosferze zaufania, szczerości wymieniają wzajemnie doświadczenia, informacje o sposobie postępowania z dzieckiem chorym przewlekle, jego kształceniu, komunikowaniu się z nim czy korzystaniu ze służb i świadczeń socjalnych. W ramach działających stowarzyszeń wydawane są publikacje, poradniki, często tłumaczone z języków obcych.

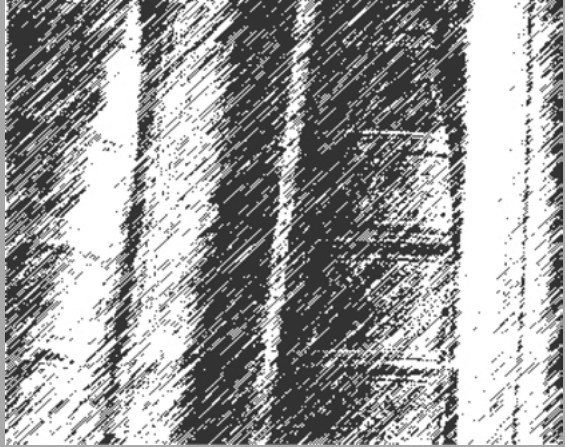
Rodzina, przekazując potomstwu wiedzę i umiejętności, kształtuje odpowiednio postawy zdrowotne, uczy właściwych wyborów związanych z zachowaniami zdrowotnymi jako istotnego czynnika kształtującego zdrowie. Zdrowie jest wartością pożądaną, warunkującą funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie i społeczeństwa jako całości. Dobrostan biopsychospołeczny warunkuje lepszą jakość życia. Zdiagnozowanie choroby przewlekłej dziecka wpływa deprymująco zarówno na rozwój biologiczny czy psychomotoryczny dziecka, jak i na funkcjonowanie rodziny, w której zakres zmian determinowany jest samą chorobą, jej przebiegiem, czasem trwania, objawami somatycznymi. Dlatego edukacja rodziny powinna stać się priorytetowym celem programów zdrowotnych. Edukacja zdrowotna prowadzona w rodzinie od najmłodszych lat dziecka pomaga jej członkom kształtować postawy zdrowotne, podejmować działania zapobiegawcze, a jednocześnie powinna ułatwić wprowadzenie koniecznych zmian w rodzinie w sytuacji pojawienia się choroby dziecka. Umiejętnie zaplanowany i przeprowadzony proces edukacyjny ma sprzyjać akceptacji choroby przez rodzinę i samego pacjenta.

Bibliografia

- Adamska B., Drózd Z., Pawlacyk B., 2002: *Problemy pielęgnacyjne i edukacyjne w opiece nad dzieckiem z alergią*. „Pediatria Praktyczna”, nr 10 (1), s. 139–142.
- Adamski F., 2000: *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków.
- Anyszko R., Kott T., 1988: *Wychowanie dzieci w zakładzie leczniczym*. Warszawa.
- Augustyniak-Nawrot E., 2001: *Chorzy psychicznie korzystający z pomocy społecznej*. W: *Jakość życia w chorobie*. Red. E. Syrek. Kraków.
- Baranowicz K., 2006: *Pozadydaktyczne efekty edukacji integracyjnej dzieci niepełnosprawnych*. Łódź.
- Bożkowska K., Sito A., red., 1994: *Opieka zdrowotna nad rodziną*. Warszawa.
- Góralczyk E., 1996: *Choroba dziecka w twoim życiu*. Warszawa.
- Grębowski R., 1994: *Rodzinne aspekty zdrowego stylu życia*. „Problemy Rodziny”, nr 34 (5), s. 7–10.

- Kawczyńska-Butrym Z., 1987: *Choroba a funkcjonowanie rodziny. Analiza socjologiczna*. Lublin.
- Kawczyńska-Butrym Z., 2001: *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcja i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*. Lublin.
- Kawula S., Brągiel J., Janke A.W., 1998: *Pedagogika rodziny*. Toruń.
- Kurzawa R., Jędrus-Kłucjasz U., Doniec Z., 1999: *Edukacja chorych na astmę i ich rodzin*. W: *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży*. Red. H. Kosętką, J. Wyczęsany. Kraków.
- Lewicki Cz., 2006: *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów.
- Maciarz A., 1996: *Dziecko długotrwale chore. Poradnik opiekuńczo-wychowawczy*. Zielona Góra.
- Maciarz A., 1998: *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych*. Kraków.
- Maciarz A., 2001: *Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy*. Warszawa.
- Pecyna M.B., 1998: *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*. Warszawa.
- Pecyna M.B., 2000: *Dziecko i jego choroba*. Warszawa.
- Pielka H., 2001: *Rodzina jako czynnik formujący zdrowie człowieka*. W: *Zdrowie. Istota, diagnostyka i strategie zdrowotne*. Red. I. Murawow. Radom.
- Przewoźniak L., 2001: *Wybrane zagadnienia socjologii i promocji zdrowia rodziny*. W: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Red. A. Czupryna. Kraków.
- Rostowska T., 2000: *Co zagraża podstawowym funkcjom rodziny w Polsce*. „Problemy Rodziny”, nr 5 (233).
- Skórzyńska Z., 1990: *Psychologia dla rodziców*. Warszawa.
- Skórzyńska Z., 2002: *Opieka medyczna nad rodziną w zdrowiu i chorobie*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. T.B. Kulik, M. Latański. Lublin.
- Słońska Z., Misiuna M., oprac., 1993: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa.
- Syrek E., 1997: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Studium pedagogiczno-społeczne*. Katowice.
- Syrek E., 2002: *Zaniedbania zdrowotne jako dysfunkcja opiekuńcza rodziny*. W: *Edukacja a życie codzienne*. T. 2. Red. A. Radziejewicz-Winnicki, przy współpr. E. Bielskiej. Katowice.
- Szczepanik R., 2000: *Rodzina wobec chorego dziecka*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 8.
- Szczepański J., 2006: *Refleksje nad oświatą*. W: *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*. Red. Cz. Lewicki. Rzeszów.
- Taranowicz I., 2002: *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. Barański, W. Piątkowski. Wrocław.
- Twardowski A., 1995: *Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych*. W: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Red. I. Obuchowska. Warszawa.
- Tyszką Z., 1990: *Poznańska szkoła badań nad rodziną*. [Centralny Program Badań Podstawowych]. Poznań.
- Tyszką Z., 2006: *System metodologiczny wieloaspektowej integralnej analizy życia rodzinnego*. W: *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*. Red. Cz. Lewicki. Rzeszów.

- Wielgosz E., 1995: *Wychowywanie dzieci niesprawnych somatycznie* W: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Red. I. Obuchowska. Warszawa.
- Woynarowska B., red., 2000: *Zdrowie i szkoła*. Warszawa.
- Zdunkiewicz L., 1979: *Wychowanie zdrowotne*. W: *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Red. N. Wolański przy współpr. A. Siniarskiej. Warszawa.
- Zubrzycka R., 2002: *Działalność stowarzyszeń na rzecz dzieci z astmą oskrzelową i alergią oraz ich rodzin*. W: *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*. Red. A. Pilecki. Lublin.
- Zych B., Cepuch G., 2002: *Chore dziecko w rodzinie*. „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, nr 11, s. 8–9.



JOANNA BULSKA

Wybrane elementy edukacji zdrowotnej w rodzinie

Selected elements of health education in family

Abstract: The author makes an attempt to pay attention to health education in family in the context of spending free time in the case of children and the role of relax in health, among other things.

Key words: healthy education, health, family.

Współcześnie traktuje się rodzinę całościowo – jako układ społeczny o specyficznych właściwościach. Rodzina w toku codziennych interakcji wytwarza wspólny, dzielany przez wszystkich jej członków zasób wiedzy. Jest to system informacji o każdym z nich, rodzinie jako całości i otaczającym świecie, a także system reguł pozwalających interpretować aktualne wydarzenia i tworzyć nową wiedzę. Wspólna wiedza wpływa na funkcjonowanie członków rodziny, na ich sposób życia (Chądzyńska, Dryll, 2004, s. 29). Rodzina stanowi duchowe zjednoczenie szczupłego grona osób, skupionych we własnym ognisku domowym aktami wzajemnej pomocy i opieki, oparte na wierze w prawdziwą lub domniemaną łączność biologiczną, tradycję rodzinną i społeczną (Adamski, 2002, s. 29). Stanowi szczególne miejsce wśród różnych środowisk funkcjonowania człowieka i podstawowy kontekst rozwojowy, wspomagający procesy rozwojowe swych członków w toku bezpośrednich i długotrwałych interakcji, które oparte są na bliskiej więzi (Bakiera, 2003, s. 47).

Rodzina jest potencjalnie najważniejszym sojusznikiem młodego człowieka w kreowaniu właściwych i pozytywnych zachowań. Można przyjąć, że rodzicom zależy na zdrowiu i prawidłowym rozwoju dziecka i niewielkie jest prawdopodobieństwo tego, by świadomie uczyli je zachowań szkodliwych ze zdrowotnego punktu widzenia. Sami jednak często mają złe przyzwyczajenia, których szkodliwości bądź nie rozumieją, bądź nie doceniają (Kulik, 1997, s. 81).

Zachowania zdrowotne kształtują się przede wszystkim w okresie wzrastania i rozwoju dziecka. Dokonuje się to w procesie socjalizacji rozumianej jako przekazywanie potomstwu wiedzy o otaczającym świecie, dziedzictwa kulturowego oraz przygotowanie do pełnienia dorosłych ról społecznych (Kawula, 1998, s. 38) lub jako ogół działań ze strony społeczeństwa, zwłaszcza rodziny, szkoły i środowiska społecznego, zmierzający do uczynienia z jednostki istoty społecznej (Okon, 2004, s. 373–374). Zachowania zdrowotne kształtują się zatem pod wpływem bardzo różnorodnych czynników, w tym wzorców i instrukcji przekazywanych przez rodziców, rówieśników, szkołę, religię, społeczność lokalną i środki masowego przekazu. Ukształtowane w dzieciństwie i młodości błędne zachowania są bardzo trudne do zmiany w wieku dorosłym. Czynniki wpływające na kształtowanie się stylu życia i zachowań zdrowotnych można podzielić na cztery grupy:

- czynniki związane ze środowiskiem fizycznym, w którym ludzie żyją i pracują,
- czynniki kulturowe, w tym przede wszystkim miejsce zdrowia w hierarchii wartości,
- czynniki osobiste, w tym własne przekonania w sprawach zdrowia, jego kontroli, potrzeby działań profilaktycznych,

- wpływ grup ludzi, w których odbywa się proces wychowania i socjalizacji dziecka, główną rolę odgrywa tu rodzina (W o y n a r o w s k a, 1994, s. 113).

Właśnie w ramach rodziny następuje wychowanie zdrowotne i kształtowanie postaw wobec zdrowia, przekazywanie pewnych elementów wiedzy dotyczącej zdrowia i choroby, wyrabianie emocjonalnego stosunku do zdrowia jako wartości, uczenie podstawowych nawyków higienicznych i pielęgnacyjnych, zachowań pro- i antyzdrowotnych, zachowań w chorobie itd. Rodzina zatem odgrywa podstawową rolę w promocji i umacnianiu zdrowia (T o b i a s z - A d a m c z y k, 2000, s. 170–171). Rodzice dzięki swej pozycji oraz długotrwałości kontaktów z dzieckiem mają największe możliwości kształtowania zdrowia i sprawności fizycznej swych dzieci od urodzenia aż do pełnoletniości. Wywiązanie się z tej roli i obowiązku zależy w dużej mierze od zachowań samych rodziców (K u r a s, 2003, s. 62). Rodzice przekazują dziecku pierwszy, a w początkowym okresie jego rozwoju jedyny model zachowań zdrowotnych (G a w e ł, 2001, s. 120). Od rodziny zależy przyszłość dziecka, co świadczy o niezwykle dużym potencjale oraz wychowawczych możliwościach, jakie w niej tkwią, a jednocześnie stanowi wyzwanie dla istotnych działań wychowawczych w rodzinie (I z d e b s k a, 2003, s. 70).

Jednak współczesna cywilizacja stwarza coraz większe zagrożenia dla rodziny, zakłóca jej funkcjonowanie i podważa podstawy jej istnienia. Przyjmuje się, że stanowi to uboczny skutek rozwoju najnowszej cywilizacji, która oprócz wielu pozytywów ofiaruje ludziom również negatywne z punktu widzenia jakości życia skutki postępów (T y s z k a, 2002, s. 35).

Obecnie rodzina, tworząc w miarę spójną strukturę, jest jednocześnie otwarta na wpływy środowiska zewnętrznego, odbierane głównie za pośrednictwem mediów. Wpływ mediów na przebieg i jakość wychowania zdrowotnego jest wielostronny. Mówiąc o mediach najczęściej ma się na myśli telewizję. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę przede wszystkim na negatywne zdrowotne skutki zbyt długiego oglądania programów telewizyjnych zarówno przez dzieci, jak i przez dorosłych. Pomimo wskazanej szkodliwości telewizji dla psychicznego zdrowia dziecka należy stwierdzić, że zagrożenie to można złagodzić, a nawet wyeliminować. Odbiorniki telewizyjne emitują szkodliwe promieniowanie, oddziałują niekorzystnie na wzrok, siedzenie przed ekranem sprzyja powstawaniu bądź pogłębianiu się wad postawy dzieci. Podczas oglądania telewizji lub pracy na komputerze dziecko zmuszone jest do długotrwałego pozostawania w jednej pozycji, tymczasem im młodsze dziecko, tym większą ma potrzebę ruchu. Korzystanie z tych urządzeń ogranicza najczęściej inne zajęcia dziecka, w tym zabawy na świeżym powietrzu (L e w i c k i, 2005, s. 129).

Z badań przeprowadzonych na terenie województw: kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, łódzkiego, małopolskiego, opolskiego, podlaskiego, śląskiego i zachodniopomorskiego, w reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie 2893 uczniów klas I i III szkół gimnazjalnych różnych typów jednoznacznie wynika, że rozkład czasu przeznaczanego przez młodzież na oglądanie telewizji w dniach szkolnych i w weekendy wyraźnie się różnił. W dniach weekendu zarówno w mieście, jak i na wsi 2–3-krotnie zwiększał się odsetek młodzieży obu płci przeznaczającej na oglądanie telewizji więcej niż 4 godziny dziennie. Młodzież w mieście i na wsi nie różni się pod względem czasu przeznaczanego na oglądanie telewizji w dniach szkolnych, ale w weekendy więcej czasu na oglądanie telewizji przeznaczają mieszkańcy wsi. W zasadniczych szkołach zawodowych odsetek uczniów poświęcających na tę czynność w dni szkolne ponad 4 godziny był trzykrotnie większy niż w liceach ogólnokształcących (Woynarowska, 2006, s. 54–55).

Długotrwałe i niekontrolowane oglądanie telewizji przez dzieci i młodzież jest szkodliwe dla nich samych i dla całej rodziny. M. Bińczycka-Anholzer, M. Braun-Gałkowska, J. Izdebska oraz J. Tanaś stwierdzają, że skutkiem takiego zaniedbania jest:

a) dezintegracja rodziny przejawiająca się brakiem czasu na wspólne zajęcia, rozmowy i kontakt emocjonalny; oglądanie telewizji w tym samym pomieszczeniu jest pozorną integracją; efektem są rzadkie w rodzinach dyskusje z dziećmi na temat oglądanych programów;

b) zastępowanie przez telewizję rodziców w wychowywaniu dziecka (tzw. elektroniczna niańka, automatyczna opiekunka), tym częstsze, im rodzice mają mniej czasu i są bardziej zajęci własną pracą oraz im niższy jest ich status społeczny;

c) nasycenie programów telewizyjnych (i filmów wideo) brutalnością, agresją, przemocą (gwałty, bójki, zabójstwa, umieranie), których sprawy często pozostają bezkarni; liczne dowody świadczą o tym, że dzieci naśladują w życiu te zachowania; obserwuje się tzw. telewizyjny zespół odwrócenia (desensytyzacji), czyli stopniowy zanik reakcji emocjonalnych wobec agresji, przestępstwa, zbrodni;

d) zafałszowanie rzeczywistości w wyniku przedstawiania świata ludzi pięknych i bogatych („nadreprezentacja”), co kształtuje orientację na „mieć”, a nie „być”; podawanie informacji w sposób sensacyjny i uduchowiony; kształtowanie zachowań konsumpcyjnych (reklamy); dzieci nie mają w pełni wykształconych mechanizmów obronnych oraz umiejętności odróżniania i selekcji tego, co jest dobre, a co złe, i co jest fikcją, a co rzeczywistością;

e) „wypieranie” innych wartościowych zajęć, jak zabawy z rówieśnikami, zajęcia sportowe, rekreacyjne, czytanie książek;

f) wpływ na układ nerwowy:

- rozstrojenie równowagi układu autonomicznego – w następstwie wielogodzinnej ekspozycji na bodźce (bity), występuje nadpobudliwość psychiczna, uczucie zmęczenia;
- napady padaczkowe fotogenne (odruchowe), tzw. padaczka telewizyjna, zaliczana do idiopatycznych postaci padaczki, u osób o genetycznie uwarunkowanej nadwrażliwości na światło (fotowrażliwości) (Wojnarowska, 2000, s. 476).

Jadwiga Izdebska prezentuje postulaty dotyczące roli telewizji w wychowaniu rodzinnym dziecka, podając 10 zasad wychowania rodzinnego. Skierowane są one do rodziców i mogą pomóc im w skutecznym organizowaniu rodzinno-domowego odbioru telewizji i w przygotowywaniu dzieci do selektywnego, aktywnego uczestnictwa w kulturze masowej, co w konsekwencji prowadzić może do efektywnego pozyskania telewizji w wychowaniu rodzinnym dziecka. Zasady te mają charakter otwarty, nawzajem się uzupełniają:

1. Zasada podmiotowości w organizowaniu przez rodziców rodzinno-domowego odbioru telewizji – wskazuje na rolę rodziców w organizowaniu odbioru telewizji w rodzinie.

2. Zasada zachęcania członków rodziny do rodzinno-domowego odbioru telewizji – akcentuje potrzebę motywowania, zachęcania dzieci i innych członków rodziny do wspólnego oglądania wybranych, wartościowych programów telewizyjnych przez wskazywanie nie tylko na cel, ale także „korzyści”, jakie daje wspólne spędzanie czasu wolnego przed telewizorem.

3. Zasada świadomego, krytycznego, selektywnego wyboru programów telewizyjnych – kształtuje umiejętności panowania nad olbrzymią ilością atakujących rodzinę informacji, selekcjonowania w kierunku treści pożądaných wychowawczo, wartościowych poznawczo i artystycznie.

4. Zasada kompromisu w doborze programów telewizyjnych – przejawia się we wzajemnym respektowaniu w rodzinie określonych, indywidualnych pragnień, życzeń, potrzeb dotyczących wyboru i oglądania określonego programu przez poszczególnych członków rodziny.

5. Zasada kształtowania umiejętności aktywnego, kreatywnego, odbioru programów telewizyjnych w rodzinie – niezbędne są tu zabiegi wychowawcze ze strony rodziców, mające na celu uprzystępnienie dzieciom odbieranych przez nie treści, zrozumienie i przyswojenie przez: porządkowanie, klasyfikację poznawanych informacji, ich analizę, syntezę, uogólnienie, wartościowanie, ocenę.

6. Zasada integrowania rodziców w zakres kontaktów telewizyjnych dzieci – odbiór telewizji w rodzinie może być przez rodziców wykorzy-

stywany jako określone narzędzie wychowawcze, ale niezbędne jest systematyczne i umiejętne kierowanie tym procesem przez rodziców.

7. Zasada wykorzystywania wzorów osobowych rodziców w odbiorze telewizji przez dziecko – mówi o wychowawczym wpływie rodziców na dzieci dzięki świadomym oddziaływaniom rodzicielskim dotyczącym uczestnictwa członków rodziny w kulturze; oddziaływanie wzorów osobowych rodziców dokonuje się na drodze uczenia się, przez obserwację, naśladowanie rodziców przez dziecko, co stanowi podstawę do identyfikacji i internalizacji przekazywanych wzorów.

8. Zasada wykorzystania zdobytych „doświadczeń telewizyjnych” w procesie wychowania rodzinnego dziecka – wskazuje na potrzebę i możliwości wykorzystania telewizji w procesie rodzinnego wychowania dziecka; następuje to dzięki określonym efektom realizacji funkcji wychowawczych, jakie pełni telewizja w życiu dziecka: poznawczej, rozrywkowej, odpoczynku.

9. Zasada ochrony dzieci przed negatywnymi wpływami telewizji oraz współuczestniczenie rodziców w przygotowaniu programów telewizyjnych – wskazuje na to, że rodzice mają obowiązek dbania o racjonalny odbiór telewizji w rodzinie, mają również prawo zgłaszania postulatów, żądań, wymagań pod adresem telewizji i innych mass mediów, realizowania przez te środki przekazu zadań wychowawczych i wspierania podstawowych wartości rodziny.

10. Zasada podnoszenia kwalifikacji rodziców w zakresie odbioru telewizji w rodzinie – wskazuje na potrzebę przygotowania rodziców do organizowania przez nich racjonalnego odbioru telewizji w rodzinie poprzez dostarczenie im wiedzy z tego zakresu; chodzi przede wszystkim o kształcenie świadomości rodziców dotyczącej pozytywnych i negatywnych skutków oglądania telewizji i ich uwarunkowań (I z d e b s k a, 1996, s. 476–477).

Badania przeprowadzone na terenie ośmiu województw dostarczyły również informacji dotyczących korzystania z komputera przez uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Okazało się, że odsetek korzystających z komputera co najmniej 4 godziny dziennie był ponad dwukrotnie większy w weekendy niż w dni szkolne. W obu przypadkach z komputera korzystało dwukrotnie więcej chłopców niż dziewcząt. Nieznacznie częściej niż młodzież 18-letnia tak długo z komputera korzystała młodzież 16-letnia. Stwierdzono również istotne statystycznie różnice w odsetkach młodzieży korzystającej długo z komputera w zależności od typu szkoły. Odsetki te były znacznie większe wśród uczniów obu płci w liceach profilowanych lub zawodowych oraz zasadniczych szkołach zawodowych niż w pozostałych dwóch typach szkół (W o y n a r o w s k a, 2006, s. 56).

Praca przy komputerze, podobnie jak oglądanie telewizji, odbywa się najczęściej w domu. Rozsądne użytkowanie komputerów przynosi wiele niezaprzeczalnych korzyści i udogodnień. Są one szczególnie przydatne dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, zwłaszcza z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi dysfunkcjami utrudniającymi opanowanie umiejętności pisania, oraz dla dzieci ze zmniejszoną koncentracją uwagi i hiperaktywnością. Jednak długotrwała praca przy komputerze, zwłaszcza w niekontrolowanych warunkach, może przynieść nieoczekiwane negatywne skutki i powodować:

- długotrwałe unieruchomienie, często w nieprawidłowej pozycji, i bóle pleców;
- ogólne zmęczenie psychiczne (mrużenie oczu, zaczerwienienie spojówek, bóle głowy, spowolnienie reakcji, zniechęcenie, ospałość i apatia) lub rozdrażnienie jako skutek oddziaływania wielu czynników, m.in.: kontrastu między światłem emitowanym z ekranu a tłem, migotania ekranu, promieniowania elektromagnetycznego i pola elektrostatycznego wokół komputera, nierozładowania emocji dziecka;
- „rozleniwienie” intelektualne, homogenizację myślenia, tzw. komputerowy styl pracy umysłowej – przeskakiwanie z myśli na myśl, z informacji na informację;
- ograniczenie kontaktów międzyludzkich, rodzinnych, towarzyskich (komputer jako substytut osoby);
- zwalnianie dziecka z czynności pisania i usprawniania motoryki palców, wyręczanie go w opanowaniu reguł ortograficznych;
- generowanie postaw konsumpcyjnych, wyrażających się nadmiernym zaufaniem do obliczeń matematycznych i bagatelizowanie poznania intuicyjnego i metafizycznego;
- w wypadku większości dostępnych gier komputerowych, podobnie jak w wypadku telewizji, zwiększenie ryzyka zachowań agresywnych oraz zubożenie na obrazy przemocy;
- możliwość uzależnienia od gier komputerowych;
- padaczka gier komputerowych – napady wyzwalane błyskającym światłem ekranu, a także nałożonymi na to figurami geometrycznymi i szybko przesuwającymi się na ekranie scenami (W o y n a r o w s k a, 2000, s. 476–477).

W środowisku domowym niezbędne jest zorganizowanie dziecku dnia, aby zapewnić mu pełny wypoczynek i rozrywkę oraz dobre samopoczucie psychiczne i fizyczne. Fizjologiczną podstawą dobrej organizacji dnia jest wyrabianie u dziecka odruchów warunkowych „na czas”. Jeżeli każdego dnia w tym samym czasie wykonuje ono określone zajęcia, czynności, np. spożywa posiłki, kładzie się spać, odrabia lekcje, to stosunkowo szybko wyrabia się u niego „odruch na czas”, to znaczy organizm jest przygoto-

wany na wykonanie danej czynności. Te same godziny spożywania posiłków sprawiają, że dziecko ma większy apetyt, stałe godziny snu ułatwiają zasypianie i budzenie się. Przestrzeganie systematyczności w rozkładzie dnia dziecka wyrabia u niego optymalny, fizjologiczny rytm pracy organizmu, ułatwiający przebieg wszystkich procesów życiowych, poprawiający wydajność pracy i skuteczność wypoczynku (K o r c z a k, red., 1990, s. 278–280).

Sen jest niezbędny do regulacji układu nerwowego, zwłaszcza kory mózgowej, zarówno dzieciom, jak i dorosłym (L e w i c k i, 2006, s. 81).

Warunki środowiskowe, takie jak: hałas, światło, ciasne mieszkanie, temperatura lub niewłaściwa jakość powietrza, przestawianie mebli oraz zmiany w sypialni wpływają na utrzymanie gotowości zaśnięcia i jakości snu (Friebel, Friedrich, 1995, s. 97).

Wśród podstawowych zasad higieny snu u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym należy wymienić:

- regularność – układanie się do snu codziennie o stałej porze i odpowiednio wcześnie w zależności od wieku: między godziną 20.00 (dzieci 7–8-letnie) a 22.00, co odpowiada naturalnemu rytmowi biologicznemu;
- czas trwania snu 9–10 godzin, w wypadku młodzieży starszej nie mniej niż 8 godzin;
- spanie w odpowiednim łóżku, w pomieszczeniu przewietrzonym, o temperaturze nie wyższej niż 19–20°C, w warunkach możliwie najmniejszego natężenia hałasu domowego (ściszenie telewizora, radia, rozmów);
- używanie łóżka wyłącznie do spania (nie do odrabiania lekcji, oglądania telewizji itp.), dzięki czemu występuje odruch warunkowy: położenie się do łóżka jest dla organizmu sygnałem do zasypiania;
- przestrzeganie własnego rytuału w układaniu się do snu (przechodzenie od aktywności dnia do spokoju snu nocnego), wykonywanie przed snem codziennie tych samych czynności, np. toaleta, kąpiel, lektura kilku stron książki;
- wypicie (zalecane) przed snem (i przed wyczyszczeniem zębów) szklanki ciepłego mleka, zawiera ono T-tryptofan, substancję, której przypisuje się działanie nasenne;
- unikanie bezpośrednio przed snem: obfitych i ciężkostrawnych posiłków (kolację należy spożyć 1–2 godziny przed snem), napojów zawierających kofeinę (coca-cola, kawa, płynna czekolada), intensywnych ćwiczeń fizycznych – wysiłek fizyczny pobudza większość czynności organizmu, oglądania ekscytujących programów telewizyjnych, odrabiania lekcji;
- wstawanie rano zaraz po przebudzeniu (W o y n a r o w s k a, 2000, s. 470).

Dom rodzinny powinien być miejscem, w którym uczeń jest chroniony przed negatywnymi skutkami wykorzystywania komputerów czy przed

zagrożeniami związanymi ze zbyt długim i niekontrolowanym oglądaniem telewizji, miejscem, w którym propaguje się różne formy spędzania czasu wolnego.

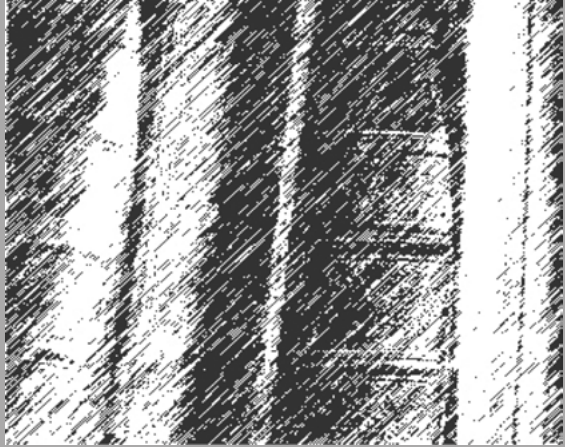
W zależności od wieku dziecka i pory roku liczba godzin przebywania na świeżym powietrzu ulega zmianie. Pobyt na powietrzu w ciepłych porach roku uczniów młodszych jest dłuższy niż uczniów starszych; różnice zależne od wieku nie występują jesienią i zimą. Zbyt krótki czas przebywania na powietrzu nie sprzyja hartowaniu organizmu (usprawnianiu mechanizmów termoregulacji i odporności na zimno oraz zmiany temperatury otoczenia). Jest to jedna z przyczyn dużej zapadalności na choroby dróg oddechowych, głównie o podłożu przeziębieniowym (Wojnarowska, 2000, s. 472–473). Jak podaje A. Kalinowski, celem hartowania jest uodpornianie organizmu dziecka na zmiany pogody i temperatury. Do środków hartujących zaliczamy kąpiele powietrzne, kąpiele powietrzno-słoneczne oraz kąpiele wodne. Częste przebywanie w odpowiednim stroju, stosownym do temperatury, na wolnym powietrzu latem i zimą znacznie zwiększa odporność na choroby i przeziębienia. Kąpiele są zabiegami leczniczymi, hartującymi i regenerującymi (Lewicki, 2006, s. 82).

Do rodziców należy inicjowanie tego procesu oraz czuwanie nad jego przebiegiem. W tego typu działaniach nie wystarczy intuicja rodziców, potrzebna jest ponadto wszechstronna wiedza i konsekwencja w działaniach podejmowanych wobec siebie w rodzinie. Wiedza jest zatem niekwestionowanym czynnikiem wzbogacającym działania rodziców w odpowiedzialność wobec różnych zachowań ich dzieci. Niezwykle ważne w zdobywaniu wiedzy w tym wypadku są jej źródła (Kulik, 1997, s. 84). Oprócz wiedzy istotne wydaje się również nabycie umiejętności oraz chęć ich wprowadzenia w życie rodzinne.

Bibliografia

- Adamski F., 2002: *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków.
- Bakiera L., 2003: *Rodzicielstwo a rozwój dorosłych w wieku średnim*. W: *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego*. Red. B. Harwas-Napierała. Poznań.
- Chądyńska M., Dryll E., 2004: *Etos rodzinny – wspólnota znaczeń wyrażająca się w strukturze autonarracji ojców, matek i ich dzieci*. „Studia Psychologiczne”, T. 42.
- Friebel V., Friedrich S., 1995: *Zaburzenia snu u dzieci*. Warszawa.
- Gawęł A., 2001: *Edukacja prozdrowotna i możliwości jej optymalizacji w rodzinie i szkole*. W: *Kształtowanie postaw czynnych i więzi środowiskowych*. Red. Z. Gawęłina. Kraków.

- Izdebska J., 1996: *Rodzina – dziecko – telewizja. Szanse wychowawcze i zagrożenia telewizji*. Białystok.
- Izdebska J., 2003: *Rodzina – podstawowe środowisko życia dziecka* W: *Dziecko w rodzinie i środowisku rówieśniczym*. Red. J. Izdebska. Białystok.
- Kawula S., 1998: *Komplementarność w analizie życia rodzinnego – ujęcie nauk społecznych*. W: *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*. Red. S. Kawula, J. Brągiel, A. Janke. Toruń.
- Korczak C.W., red., 1990: *Higiena – Ochrona Zdrowia*. Warszawa.
- Kulik B.T., 1997: *Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole*. Stalowa Wola.
- Kulik B.T., Wrońska I., red., 2000: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Stalowa Wola.
- Kuras B., 2003: *Zachowania zdrowotne rodziców*. „Edukacja i Dialog”, nr 4.
- Lewicki Cz., 2005: *Czynniki determinujące przebieg, jakość i efekty wychowania zdrowotnego dzieci 6–11-letnich w rodzinie*. Rzeszów.
- Lewicki Cz., 2006: *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów.
- Okoń W., 2004: *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa.
- Tobiasz-Adamczyk B., 2000: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków.
- Tyszką Z., 2002: *Rodzina we współczesnym świecie*. Poznań.
- Woynarowska B., 1994: *Zdrowie, edukacja do zdrowia, promocja zdrowia*. Cz. II. W: *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Red. A. Jacewski. Warszawa.
- Woynarowska B., 2000: *Uczeń w rodzinie*. W: *Zdrowie i szkoła*. Red. B. Woynarowska. Warszawa.
- Woynarowska B., 2006: *Zachowania zdrowotne*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*. Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa.



KATARZYNA BORZUCKA-SITKIEWICZ

Agresja jako zachowanie społeczne

Dzieci, które potrzebują miłości w największym stopniu, zawsze proszą o nią w najbardziej pozbawiony miłości sposób.

R.A. Barkley

Aggression as a social behaviour

Abstract: The author analyses aggressive behaviours in the context of social behaviours. The consequences of aggressive behaviours, though, have a dimension of disorders within the scope of the social health.

Key words: social behaviours, aggression, family, peer group, local community, school.

Agresja jest zjawiskiem coraz powszechniejszym w kontaktach rówieśniczych. Zarówno dane z badań (Smith, Sharp, 1994; Smith, 1991, s. 243–248; Olweus, 1993; Surzykiewicz, 2000), jak i doniesienia ze środków masowego przekazu wskazują, że duży odsetek (ok. 30%) dzieci i młodzieży w wieku szkolnym deklaruje doświadczanie jakiejś formy przemocy w relacjach z rówieśnikami, nieco mniejsza grupa (ok. 10–20%) przyznaje się do jej stosowania. Tymczasem dowiedziono (Smith, Sharp, 1994; Smith, 1991, s. 243–248; Olweus, 1993), że uczestniczenie w prześladowaniu wywiera długotrwały negatywny wpływ na stan zdrowia zarówno ofiary, jak i prześladowców. Wśród destrukcyjnych konsekwencji występujących u ofiar najczęściej wymienia się zaburzenia natury somatycznej i psychospołecznej, tj. obniżenie poczucia własnej wartości, trudności w koncentracji, problemy ze snem, moczenie nocne, bóle głowy i brzucha, akty autoagresji. Stwierdzono, że aktywny udział młodych ludzi w dręczeniu słabszych skutkuje w wieku dorosłym o wiele częstszym angażowaniem się w działania aspołeczne, w tym także przestępcze. Konsekwencje dotyczące agresorów można zatem utożsamiać z zaburzeniami w zakresie zdrowia społecznego, definiowanego jako „stan, w którym jednostka wykazuje optymalne umiejętności normalnego, sprawnego wywiązywania się z ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji”. W tym rozumieniu człowiek jest w pełni zdrowy, jeśli jest zdolny do wykonywania zadań, które sam sobie wyznacza lub które są mu narzucone przez społeczność i dotyczą wypełniania obowiązków w rodzinie lub grupach nieformalnych, oraz wykazywania się umiejętnościami związanymi z pełnieniem tych ról (Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 30–31).

Ważne pytanie związane z tendencją do przejawiania agresywnych zachowań przez dzieci i młodzież dotyczy tego, czy pozostaje ona na tak samo wysokim poziomie w kolejnych okresach rozwojowych. Prowadzone w tym zakresie badania podłużne (Laub, Lauritsen, 1995, s. 43–61) dowodzą, że agresywne zachowanie jest stosunkowo trwałe – na podstawie analizy danych z 16 badań nad agresywnością mężczyzn D. Olweus (1979, s. 852–875; cyt. za: Krahe, 2005, s. 53) oszacował jej współczynnik na $r = 0,76$ w trakcie jednego roku, $r = 0,69$ w okresie pięciu lat oraz $r = 0,60$ w okresie dziesięcioletnim. Oznacza to, że agresja – nawet w długich przedziałach czasowych – jest prawie tak stabilna jak inteligencja. Biorąc to pod uwagę, musimy przyjąć, że dzieci prawdopodobnie nie „wyrosną” z agresji, jeśli nie poddamy ich specyficznym oddziaływaniom interwencyjnym. Oddziaływania te jednak będą skuteczne tylko wtedy, gdy właściwie zidentyfikujemy źródła agresywnych zachowań.

Jak podkreśla A. Nalaskowski (2006, s. 21), agresji nie można traktować jako zachowania pierwotnego dla człowieka, ponieważ „zabija-

nie jest czynnością kłopotliwą, trudną i z gruntu nieczystą. Jeśli [...] zgodzimy się z tezą, że człowiek nie jest stworzony do pracy, gdyż ta go męczy, to konsekwentnie będziemy musieli się zgodzić z twierdzeniem, że zabijanie także jest męczące, a nade wszystko ryzykowne. Zabijanie zabiera czas, który można spędzić bezpiecznie i przyjemniej”. Powołując się na A. Lutowsky’ego, autor ten stwierdza: „[...] agresja i przemoc nie są nadrzędnymi cechami kultur pierwotnych, to wynik styku z cywilizacją. To efekt zachłanności dalekiej czarnym czy czerwonym *dzikim*, a bardzo bliskiej *kulturalnym* białym” (Nalaskowski, 2006, s. 21). Przyjmując taki tok rozumowania, musimy się zgodzić, iż błędne jest podejście czysto chronologiczne, zakładające, że wszystko, co późniejsze, jest lepsze, bardziej wartościowe i zasługujące na podziw. Jeśli więc uznamy, że linearność społecznego rozwoju nie jest wcale taka oczywista, i zrezygnujemy z przekonania, że to, co robimy, robimy coraz lepiej, to „widnokrąg stale doskonalszego życia zamazuje się i rozmywa” (Nalaskowski, 2006, s. 22).

Przedstawiona argumentacja sprawia, że agresja – zwłaszcza w naukach społecznych – coraz częściej jest rozpatrywana jako zachowanie społeczne nabywane w wyniku określonych interakcji z otoczeniem i będące efektem uczestnictwa społecznego jednostki. Nie ulega kwestii, że tak rozumiana agresja ma bardzo złożone uwarunkowania. W celu obrazowego ich przedstawienia J.J. McWhirter i in. (2005, s. 50–54) posłużyli się metaforą drzewa (wyróżniając w niej glebę, korzenie, pień, gałęzie, liście i owoce). Myślę, że rozwinięcie tej metafory pozwoli ukazać cały skomplikowany spłot indywidualnych i socjalizacyjnych uwarunkowań, które w konsekwencji mogą doprowadzić do pojawienia się stałej tendencji do przejawiania agresywnego zachowania.

Gleba

Na „glebę” składają się rozmaite aspekty środowiska społecznego, w którym wzrastają dzieci i młodzież. Musimy je brać pod uwagę, jeśli chcemy w pełni zrozumieć mechanizmy prowadzące do pojawienia się agresywnych zachowań.

Przede wszystkim należy pamiętać, że w społeczności, w której dorastają młodzi ludzie, obowiązują określone prawa, normy i wartości przekazywane w toku socjalizacji młodemu pokoleniu. W wypadku prawidłowego przebiegu procesów socjalizacyjnych odbywa się to niejako „naturalnie”, zdarzają się jednak sytuacje, gdy wspomniane normy są jednostce

narzucane w sposób opresyjny. Mówimy wówczas o tzw. przemocy strukturalnej, definiowanej jako „przemoc zastanych struktur świata poza jednostką na tle jej przestrzeni życia” (Kwieciński, 1992, s. 120). W takich sytuacjach może dochodzić do silnego sprzeciwu wobec powszechnie uznawanych norm i wartości, który będzie się manifestował m.in. prezentowaniem wrogich i agresywnych zachowań.

Naruszanie ogólnie respektowanych norm i wartości może być także wynikiem procesu stygmatyzacji (*labeling*) (Urban, 2000, s. 60–64). Proces ten, polegający na stosowaniu przez grupę społeczną różnych naznaceń / etykiet wobec jednostek, które w jakiś sposób się wyróżniają, a zwłaszcza – naruszają zasady i normy, powoduje, że pozycji jednostki w grupie nie wyznaczają obiektywne czynniki, lecz określa ją symboliczne miejsce jednostki w świadomości członków grupy. Omawiany proces obejmuje trzy etapy:

1. Konfrontacja – jest związana ze skierowaniem uwagi i zainteresowania przedstawicieli społeczności na „kandydata” do naznaczenia, w wyniku czego powstaje przekonanie, że „z tą osobą trzeba coś zrobić”.

2. Osądzenie – to szereg działań związanych z wydaniem „diagnozy” przez przedstawicieli kontroli społecznej, którzy po zaistnieniu określonego zachowania naruszającego normę nadają mu odpowiednie znaczenie i komunikują, że zachowanie kwalifikuje się do potępienia.

3. Wpisanie się w rolę – to faza, w której następuje redefinicja roli jednostki naznaczonej; charakterystyczne dla niej jest uczenie się przez otoczenie społeczne nowego sposobu odnoszenia się do osoby naznaczonej oraz uczenie się przez samą osobę naznaczoną nowego sposobu zachowania, a także zaakceptowanie i zinternalizowanie nowej pozycji społecznej – jednostka naznaczona godzi się z tym, czego chciała grupa i zaczyna pełnić rolę wynikającą z treści etykiety (np. jeśli przypisano jej agresywność i wybuchowość, będzie kontynuować to zachowanie). Paradoksalnie, w tej fazie procesu naznaczenia, zachowania normalne, przejawiane w niektórych okolicznościach, będą przez otoczenie traktowane jako nienormalne – jeśli np. dziecko „agresywne” przez cały dzień nie dokona żadnego aktu agresji, będzie się uważać, że „po prostu miało dobry dzień”.

Z punktu widzenia psychologicznego i pedagogicznego podkreśla się negatywne konsekwencje naznaczenia, zwłaszcza dla osób w wieku rozwojowym, a przede wszystkim – w okresie wczesnej adolescencji, ponieważ po „wpisaniu się” jednostki w rolę „dewianta” cała jej aktywność organizuje się wokół tej roli, co – na zasadzie samospełniającej się przepowiedni – wyznacza dewiacyjny kierunek na dalsze życie.

Wśród elementów środowiska społeczno-kulturowego, które generują dewiacyjne zachowania, coraz częściej wymienia się także środki ma-

sowego przekazu. Media wpływają na młodych ludzi przede wszystkim w wyniku efektu modelowania – oglądając przemoc w telewizji, widzowie dowiadują się, że pewne zachowania są wobec niektórych ludzi dopuszczalne i akceptowalne, ponieważ ludzie ci „sami sobie na nie zasługują”. Stanowi to wygodne uzasadnienie i usprawiedliwienie własnych agresywnych działań. Szczególnie podatne na tego typu wpływy są dzieci z trudnościami w dostosowaniu społecznym oraz pochodzące z rodzin rozbitych lub problemowych (I z d e b s k a, 1996).

Oprócz tego w skład społeczno-kulturowego tła, na którym kształtują się określone zachowania i postawy, wchodzi takie czynniki, jak: pozycja społeczno-ekonomiczna, realia polityczne, klimat ekonomiczny. Nie bez znaczenia są też gwałtowne zmiany zachodzące w naszym społeczeństwie, prowadzące do szybkiej urbanizacji, feminizacji biedy, przemian technologicznych. Wszystkie te zmienne wchodzi w interakcje z indywidualnym rozwojem młodych ludzi, odciskając na nim niezatarte piętno.

Korzenie

„Korzenie” potencjalnych zaburzeń tkwią w rodzinie i szkole. Analogicznie do korzeni drzewa, które kotwiczą je w ziemi, rodzina i szkoła zapewniają dziecku określony przekaz kulturowy i pośredniczą w jego rozwoju. Te dwie instytucje społeczne tworzą strukturę umożliwiającą asymilowanie nowych doświadczeń.

Zadaniem rodziny jest dostarczenie dzieciom opieki i wsparcia. Jeśli występują w niej konflikty, tarcia, a rodzice prezentują skrajnie odmienne style wychowawcze, prowadzi to nieuchronnie do wystąpienia i/lub pogłębienia się dysfunkcji u dzieci. Rodziny, w których nawarstwia się wiele problemów, stanowią szczególny czynnik ryzyka ze względu na mnogość zagrożeń, jakie indukują.

Rozpatrując wpływ rodziny na pojawienie się u dziecka tendencji do reagowania agresją, wskazuje się przede wszystkim na naturę związku uczuciowego między rodzicem a dzieckiem, wyznaczającą tzw. klimat rodziny (G u e r i n, H e n n e s s y, 2004, s. 20–21). W związku, w którym osoba opiekująca się dzieckiem okazuje mu uczucie i akceptację, może ono bezpiecznie badać otoczenie i rozwijać w sobie podstawowe zaufanie do innych. Jeśli jednak dzieci nie znajdują poczucia bezpieczeństwa w relacji z dorosłym, a raczej odczuwają w kontakcie z nim dyskomfort i lęk, nie są zainteresowane odkrywaniem otoczenia, postrzegając je jako

wrogie, i jednocześnie zaczynają przejawiać negatywne zachowania wobec innych.

W kontekście szczególnego znaczenia rodziny dla rozwoju społecznego dziecka C. Wood i J. Davidson (1993, s. 100–104; cyt. za: Surzykiewicz, 2000, s. 100; por. Herbert, 2004) podkreślają, że jest ona pierwszym środowiskiem, w którym dziecko ma możliwość przyswojenia sobie zasady, że normalną drogą przezwycięzania konfliktów jest analiza własnych potrzeb i zasobów, a nie użycie siły. Dzięki temu dziecko nabywa umiejętność odpowiedniego rozwiązywania konfliktów i rozwija zaufanie do działań bazujących na szacunku wobec innych. Można zatem stwierdzić, że zdolność do rozpoznawania problemów i gotowość do rozwiązywania ich w sposób akceptowany przez innych są przekazywane przede wszystkim w rodzinie. Jeśli więc w tym środowisku nie będzie się otwarcie dyskutować o trudnościach i szukać wspólnych rozwiązań, dzieci nie będą miały szansy nauczyć się i wypróbować istotnych umiejętności społecznych, a w konsekwencji częściej będą sięgały po wzorce zachowań agresywnych.

Oprócz klimatu emocjonalnego ważny jest także rodzaj stosowanych przez rodziców praktyk dyscyplinujących, wśród których jako wzmacniające agresywne zachowania u dzieci wymienia się: niekonsekwentny nadzór, surowe karanie, brak wyznaczonych granic, zaniedbania w nagradzaniu zachowań prospołecznych oraz nacechowany przymusem styl interakcji rodzic – dziecko (Patterson, Capaldi, Bank, 1991, s. 139–168; cyt. za: Surzykiewicz, 2000, s. 101). Na ogół w reakcjach rodziców agresywnych dzieci wyróżnić można dwie prawidłowości: po pierwsze, ich interwencje są często niekonsekwentne, po drugie, stosują zwykle więcej środków przymusu, tj. kary fizyczne, a znacznie mniej łagodniejszych metod, jak rozmowa, przekonywanie czy nagradzanie zachowań alternatywnych. W efekcie w sytuacjach interakcji występują dwa elementy modelujące zachowanie: prezentowanie agresywnych zachowań, które dzieci powtarzają, oraz wchodzenie z dzieckiem w konflikt eskalujący agresję.

Socjalizacja w rodzinie jest obecnie szczególnie skomplikowana, ponieważ – jak podkreśla R. Izdebski (2005) – rodzice nie są już w stanie odciąć dziecka od złego świata, mogą jedynie to zło wyjaśniać i interpretować, towarzysząc w ten sposób dziecku w dochodzeniu do dorosłości. Niestety postęp cywilizacyjny i akceleracja rozwoju sprawiają, że rozdzwięk między pokoleniami stale się powiększa, uniemożliwiając rodzicom uczestniczenie w świecie dzieci. Rodzic często „sam siebie oskarża o głupotę, prosi dziecko o przewodnictwo w świecie mediów, nie zna języka obcego itp. Tym samym staje się gorszym obiektem relacji, antywzorem, antyidolem. Załamany utratą autorytetu ucieka się do przemocy wobec dziecka i trakto-

wania go jako chorego, ponieważ etykieta choroby nie niesie ze sobą krytyki dotychczasowego wychowania. Za chorobę dziecka nie można przecież winić rodzica, ale za jego demoralizację [...] tak” (s. 3).

Według M. de Barbaro i współpracowników (cyt. za: I z d e b s k i, 2005), pozbawieni kompetencji wychowawczych rodzice zachowują się wobec dziecka wymykającego się spod ich wpływu i wchodzącego w konflikt z prawem lub powszechnie obowiązującymi normami na jeden z trzech sposobów:

1. Boją się, ale nadal chcą myśleć o swoim dziecku, że jest dobre i nie robi nic złego, zaprzeczają więc problemowi, bagatelizują ostrzeżenia, usprawiedliwiają. Neutralizujące zabiegi rodziców podtrzymują groźną, bo dezorganizującą zachowanie dziecka etykietę niezagrożonego „niewinnego”.

2. Mają świadomość, że dziecko przekracza granice normy społecznej, w wyniku czego rozmowy rodzinne ustają na rzecz pretensji, wzajemnych oskarżeń, aktów słownej lub fizycznej agresji. Dziecko otrzymuje etykietę „zły”, w obliczu której nie ma już nic do stracenia.

3. Wiedzą, że dziecko jest zagrożone, ale chcą utrzymać obraz jego niewinności. Nieodpowiednie zachowania zostają uznane za przejaw dysfunkcji, a wizyty u lekarzy i innych specjalistów uprawniają do przyznania etykiety „chory”, znoszącej odpowiedzialność własną na rzecz stanów, które trzeba leczyć.

Wobec niewydolności wychowawczej rodziny społeczność szuka pomocy w systemie szkolnym, gdzie spodziewa się znaleźć bezpieczne środowisko dla dzieci, odpowiednie doświadczenia dydaktyczno-wychowawcze oraz kogoś, kto rozwiąże pojawiające się problemy emocjonalne. Od szkoły oczekuje się też, że wpoi dziecku najważniejsze umiejętności życiowe, których tradycyjnie uczyły rodzina i kościół. Tymczasem szkole coraz trudniej zaspokoić te oczekiwania, często więc pozostawia uczęszczających do niej uczniów pod dominującym wpływem grupy rówieśniczej.

Analizując przebieg procesu socjalizacji i kształtowania się tożsamości, należy stwierdzić, że zawieranie przyjaźni i spędzanie czasu z rówieśnikami jest niezwykle istotnym aspektem życia młodego człowieka, dającym mu możliwość nabywania wielu niezbędnych umiejętności społecznych. Niestety, jak wskazują badania (P a t t e r s o n, B a n k, 1989), dzieci o podwyższonym poziomie agresji są często odrzucane przez rówieśników, co oznacza, że omijają je korzyści płynące z przynależności do grupy. Najczęściej wykluczane są osoby otwarcie wybuchające złością i wykazujące agresję instrumentalną, częściej odrzucane są też dziewczynki prezentujące zachowania agresywne, prawdopodobnie dlatego, że w kontaktach między chłopcami agresja jest traktowana jako „bardziej normalna” – wynika to zazwyczaj z odmiennych wobec obu płci społecznych oczekiwań dotyczących okazywania emocji.

Oprócz odrzucenia i związanych z nim niedostatków socjalizacyjnych występujących u jednostek agresywnych niepokój budzi także wpływ wywierany na dziecko przez jego agresywnych przyjaciół. Stwierdzono (Surzykiewicz, 2000, s. 107), że grupy rówieśnicze szczególnie nacechowane postawami społecznymi odgrywają znaczącą rolę w generowaniu zachowań agresywnych. Należy jednak podkreślić, że tzw. socjalizacja przemocowa nie wynika z prostej zależności związanej z przynależnością do określonej grupy, ale wiąże się z procesem, w którym postawy powszechnie nieakceptowane znajdują aprobatę w grupie rówieśniczej i stają się bazą jej moralnych decyzji.

Analizując wpływ interakcji grupowych na kształtowanie się dewiacyjnych zachowań stwierdzono, że istotną kwestią są układy, w jakie wchodzi poszczególne jednostki. Badanie prowadzone przez J.D. Coie'a i in. (1999) dowiodło, że przyjaźń między parą agresywnych jednostek stanowi największe ryzyko eskalacji zaburzonych zachowań, a po roku trwania takiej przyjaźni zachodzi niemal stuprocentowe prawdopodobieństwo występowania trwałych zachowań dewiacyjnych. Jeśli z takiej perspektywy będziemy rozpatrywać przyjaźnie agresywnych jednostek, to okaże się, że zmiana przyjaciół może być ważnym czynnikiem prewencyjnym.

Pień

Pień wspiera drzewo i jest elementem łączącym korzenie z gałęziami, liśćmi i owocami. W wypadku ryzyka wystąpienia agresywnych zachowań „pień” składa się z właściwych danej jednostce zachowań, postaw i umiejętności. Innymi słowy, reprezentuje cechy osobowe – takie jak: siła i słabości, upodobania i awersje, talenty i braki – które na bazie specyficznych warunków środowiska społecznego są kształtowane przez rodzinę i szkołę w procesie socjalizacji. Pień biegnie bezpośrednio ku gałęziom, ponieważ takie cechy indywidualne, jak niezdolność odraczania gratyfikacji, lęk czy niska samoocena, prowadzą wprost do wystąpienia ryzykownych (a więc także agresywnych) zachowań.

W odniesieniu do procesu socjalizacji stwierdzić można, że jednostka narusza przekazywane w jej ramach normy, ponieważ (B. Urban, 2000, s. 60):

- nie zinternalizowała wartości kulturowych bądź ta internalizacja nie jest całkowita,

- internalizacja obejmuje wartości i normy alternatywne wobec ogólnego systemu aksjonormatywnego (np. normy podkulturowe),
- występuje konflikt różnych cenionych przez nią wartości (co, jak się wydaje, ma miejsce szczególnie często wśród młodzieży, która z jednej strony wypełnia rolę ucznia, a z drugiej stara się przestrzegać norm obowiązujących w grupie rówieśniczej),
- posiada niski stopień hierarchizacji wartości (wartości słabo zhierarchizowane mają mniejszą moc regulowania zachowania),
- cechują ją zaburzenia wartościowania (zdolność do porządkowania wartości jest związana z ogólnym rozwojem poznawczym).

Do przedstawionej listy można dodać jeszcze desocjalizację, definowaną jako „proces, podczas którego jednostka zatracą przynajmniej niektóre treści zinternalizowane w czasie socjalizacji” (Olechnicki, Zalecki, 2002, s. 189).

W sytuacji naruszania ogólnie przyjętych norm nie bez znaczenia jest również indywidualny sposób postrzegania świata, który kształtuje się na podstawie zgromadzonych doświadczeń społecznych. Schematy percepcyjno-poznawcze, zawierające skumulowane doświadczenia społeczne, determinują funkcjonowanie jednostki w otoczeniu (por. Geller, 1989). Te z nich, które odnoszą się do sytuacji i wydarzeń, określa się mianem „skryptów”, zawierających charakterystyczne cechy krytycznej sytuacji, oczekiwania wobec zaangażowanych w nią uczestników oraz wobec konsekwencji różnych opcji zachowania (Krahe, 2005, s. 43). Badania wykazują (Dodge, 1985), że w procesie myślowym młodych ludzi charakteryzujących się wysokim poziomem agresji występują pewne specyficzne cechy, różnicujące ich od rówieśników – poziom ich moralnego rozumowania jest niższy, na co wskazuje fakt, że rzadziej biorą pod uwagę motywy postępowania innych, cechuje ich mniejsza empatia wobec cierpiących, a świat postrzegają jako groźne i pełne niebezpieczeństw miejsce, w którym przemoc jest akceptowalna. To „wrogie zniekształcenie atrybucji” może w konsekwencji aktywizować agresywny skrypt i zwiększyć prawdopodobieństwo wyboru agresji z repertuaru różnych zachowań jednostki (Krahe, 2005, s. 43).

Gałęzie

„Gałęzie drzewa” to sposób adaptacji młodych ludzi do społeczeństwa. Wielu z nich dobrze sobie radzi, wyrastając na produktywnych pracowników, obywateli, członków rodzin i rodziców. Niektórzy jednak odcinają

się od swojego dziedzictwa kulturowego, społeczności i rodziny prezentując destrukcyjne postawy i zachowania. Jedną z „gałęzi” może zatem stanowić tendencja do agresywnego regulowania swoich kontaktów z otoczeniem. Oczywiście im bardziej ten sposób zachowania jest utrwalony, tym trudniej go zmienić.

Liście i owoce

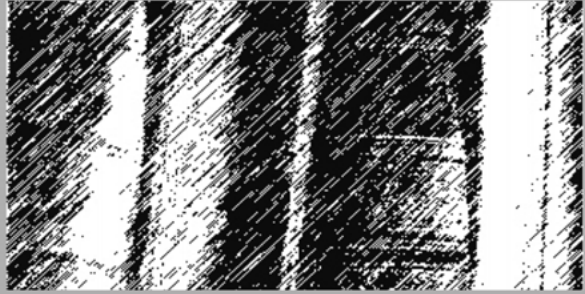
„Liście” i „owoce” to konkretni młodzi ludzie. Niektórzy z nich są cali i zdrowi, inni – poobijani i „uszkodzeni”. Zdarza się – choć rzadko – że na chorej „gałęzi” wyrasta zdrowy „owoc” lub odwrotnie, ale z całą pewnością niektóre „gałęzie” (w tym patologicznie utrwalona tendencja do agresywnych reakcji) zwiększają prawdopodobieństwo eskalacji dewiacyjnych zachowań. Co więcej – zaburzona młodzież rozsiewa wokół siebie „nasiona” przyszłych zaburzonych pokoleń.

Analiza przedstawionych treści prowadzi do wniosku, że konieczne jest podjęcie działań planowych, systematycznych i długofalowych, by – pozostając przy metaforycznym przekazie – chore „drzewo” mogło wydać zdrowe „owoce”. Niewątpliwie nie będzie to łatwe, a efekty nie będą widoczne od razu, jeśli jednak takie działania nie zostaną podjęte, może się okazać, że powstałych szkód nie da się już naprawić.

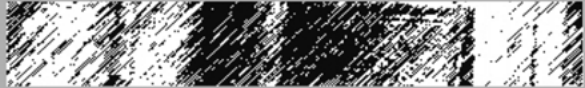
Bibliografia

- Coie J.D., Cillessen A.H.N., Dodge K.A., Hubbard J.A., Schwartz D., Lemerise E.A., Bateman H., 1999: *It takes two to fight: A test of relational factors and a method for assessing aggressive dyads*. „Developmental Psychology”, Vol. 35.
- Dodge K.A., 1985: *A social information processing model of social competence in children*. In: *Cognitive Perspectives on Children's Social and Behavioral Development: Minnesota Symposium on Child Psychology*. Vol. 18. Ed. M. Perlmutter. New York.
- Geller S., 1989: *Funkcje mechanizmów poznawczych w regulacji agresji*. W: *Z zagadnień psychologii agresji*. Red. A. Frączek. Warszawa.
- Guerin S., Hennessy E., 2004: *Przemoc i prześladowanie w szkole. Skuteczne przeciwdziałanie agresji wśród młodzieży*. Gdańsk.

- Herbert M., 2004: *Rozwój społeczny ucznia. Poznanie potrzeb i problemów dzieci w okresie dorastania*. Gdańsk.
- Izdebska J., 1996: *Rodzina, dziecko, telewizja. Szanse wychowawcze i zagrożenia telewizji*. Białystok.
- Izdebski R., 2005: *Od psychoanalizy do socjoterapii. Materiały z konferencji szkoleniowej „Trudna gra wychowawcza – perspektywa ponowoczesna”, 24–25 listopada*. Chorzów.
- Krahe B., 2005: *Agresja*. Gdańsk.
- Kwieciński Z., 1992: *Socjopatologia edukacji*. Warszawa.
- Laub J.H., Lauritsen J.L., 1995: *Violent criminal behavior over the life – course: A review of the longitudinal and comparative research*. In: *Interpersonal violent behaviors*. Eds. B.R. Ruback, N.A. Weiner. New York.
- McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H., 2005: *Zagrożona młodzież*. Warszawa.
- Nalaskowski A., 2006: *Dzikość i dziczenie jako kontekst edukacji*. Kraków.
- Olechnicki K., Załęcki P., 2002: *Słownik socjologiczny*. Toruń.
- Olweus D., 1993: *Bullying: What We Know and What We Can Do*. Oxford.
- Patterson G.R., Bank C.L., 1989: *Some amplifying mechanisms for pathological processes in families*. In: *Systems and Development: Symposia on Child Psychology*. Eds. M. GUNNAN, E. Thelen. New York.
- Smith P.K., 1991: *Bullying: The silent nightmare*. “The Psychologist”, Vol. 4.
- Smith P.K., Sharp S., 1994: *The problem of school bullying*. In: *School Bullying: Insights and Perspectives*. Eds. P.K. Smith, S. Sharp. London.
- Surzykiewicz J., 2000: *Agresja i przemoc w szkole. Uwarunkowania socjoekologiczne*. Warszawa.
- Tobiasz-Adamczyk B., 2000: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków.
- Urban B., 2000: *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży*. Kraków.



Wybrane elementy stylu życia



KATARZYNA POPIOŁEK, AGATA CHUDZICKA-CZUPAŁA

Uwarunkowania aktywności osób w podeszłym wieku

The conditioning of activity of elderly people

Abstract: The authors of the article present the results of the studies conducted among the participants of the Third Age University concerned with the conditioning of activity of elderly people. The analyses are conducted in the context of such aspects as the activity and the perception of daylight, the activity and social support, the activity and transgression, and the activity and hope.

Key words: activity, social support, self-coping strategy, quality of life, level of hope, transgression strategy.

Według prognoz demograficznych w ciągu najbliższych 30 lat znacznie wzrośnie odsetek osób starszych. W wielu państwach wystąpi problem tzw. starości demograficznej. Już dzisiaj co 10. mieszkaniec Ziemi ma 60 lub więcej lat, a prognozy ONZ przewidują, że w 2010 roku liczba osób w tym wieku będzie wynosiła ponad 1 mld, co stanowi 1/6 ogółu ludności świata (Drugie Światowe Zgromadzenie na temat Starzenia się Społeczeństw, Madryt, Hiszpania, 8–12 kwietnia 2002 roku, za: Tr a f i a ł e k, 2003).

Z uwagi na gwałtowne starzenie się społeczeństw cywilizacji zachodniej odkrycie zmiennych wpływających na zaradność człowieka w podeszłym wieku może mieć doniosłe znaczenie. Każdy z nas chciałby bowiem do późnej starości być człowiekiem aktywnym, nie poddać się ciężarowi lat. Nasuwa się pytanie, jak to zrobić, co sprzyja osiągnięciu takiego celu. Oczywiście, zachowanie dobrej kondycji fizycznej jest w tej kwestii sprawą bardzo ważną. Ale czy tylko? Znamy starych ludzi cieszących się dobrym zdrowiem, lecz odsuwających się od aktywnego życia, biernie czekających na koniec swej drogi. Znamy też takich, którzy mimo licznych dolegliwości angażują się w wiele spraw, biorą czynny udział z życiu społecznym, mają wiele ciekawych pomysłów i stale nowe zadania przed sobą. Gerontologów, psychologów i socjologów zastanawia fakt, dlaczego niektórzy ludzie starsi nie radzą sobie z problemami codzienności, natomiast innych cechuje większa zaradność i optymizm. Co sprzyja takiej postawie? Jak kierować swoim rozwojem, by na starość znaleźć się właśnie wśród tych aktywnych? To pytanie stało się inspiracją do podjęcia badań nad psychologicznymi korelatami aktywności przejawianej w okresie późnej dojrzałości.

Poszukując osób, które mimo wejścia w wiek emerytalny chcą się dalej rozwijać i być kreatywne, skierowałyśmy swą uwagę na „studentów” Uniwersytetu Trzeciego Wieku, którzy chętnie zgodzili się zostać uczestnikami zaplanowanych przez nas badań.

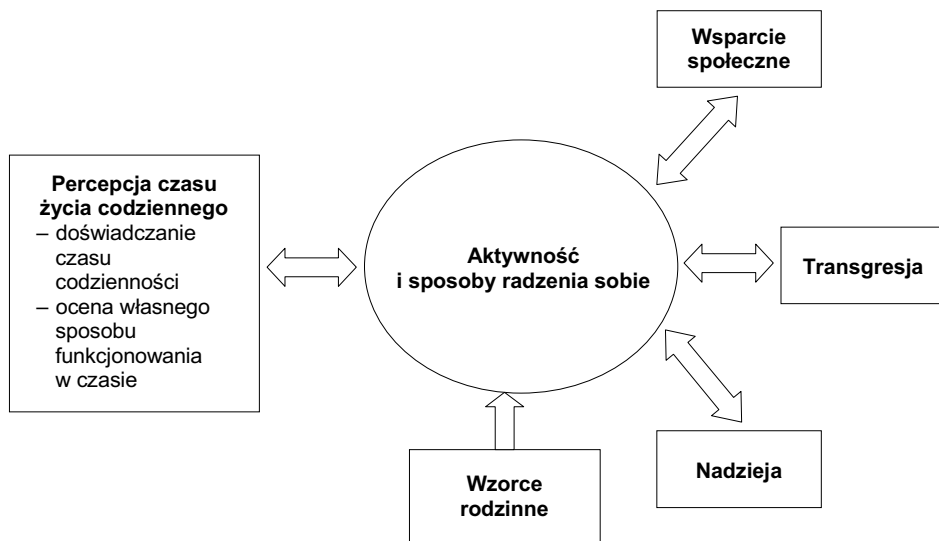
Cel badań i metody

Celem przeprowadzonych przez nas badań było znalezienie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaka jest rola percepcji, sposobu doświadczania oraz oceny czasu życia codziennego przez osoby w starszym wieku dla podejmowanych przez te osoby form aktywności i strategii radzenia sobie, będących wyznacznikami jakości życia?

2. Czy istnieje, a jeśli tak, to jaką ma postać związek między aktywnością ludzi w podeszłym wieku a percepcją wsparcia społecznego, poziomem nadziei i stopniem transgresji?

3. Czy wzorce rodzinne wpływają na poziom aktywności osób w starszym wieku?



Rys. 1. Model badań

W badaniach posłużono się dwoma autorskimi metodami: Kwestionariuszem Percepcji Czasu, który służy do badania sposobu doświadczania i oceny czasu życia codziennego, oraz Kwestionariuszem Aktywności, diagnozującym formy i poziom aktywności człowieka w podeszłym wieku, a także innymi metodami: Skalą do Badania Sposobów Radzenia Sobie – *Brief COPE* (Carver, 1997, s. 92–100), Kwestionariuszem Nadziei Podstawowej BHI 12 (Trzebiński, Zięba, 2003), Skalą Transgresji (Studencki, 2005), Skalą do Badania Wsparcia Społecznego – *Social Provision Scale* (Cutrona, Russell, 1987) oraz wywiadem dotyczącym wzorców rodzinnych aktywności.

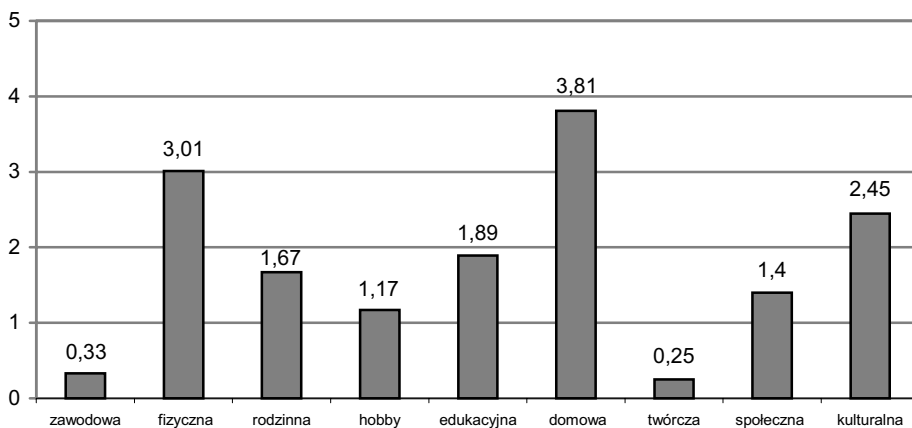
Próba badawcza

Badania przeprowadzono na Śląsku, w czerwcu 2006 roku. Grupa badawcza liczyła 124 osoby w wieku 60–80 lat (średnia wieku 66 lat), w tym

112 kobiet i 12 mężczyzn. Badani to słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku, osoby z wykształceniem średnim (50%) i wyższym (35%). Zdecydowaną większość stanowią emeryci – aż 92%, ludzie wciąż pracujący (na stałe lub dorywczo) – tylko 11%. Ponad połowa 59%, badanych to ludzie samotni, 41% to osoby mające partnera życiowego i/lub rodzinę.

Wyniki

Badane osoby starsze najwięcej czasu poświęcają aktywności domowej – obowiązkom związanym z prowadzeniem domu, takim jak sprzątanie, pranie, zakupy. Sporo czasu zajmują im też spacer, wycieczki, jazda na rowerze, kąpiel w basenie, gimnastyka (aktywność fizyczna) oraz wyjścia na koncerty, do kina, teatru, biblioteki (aktywność kulturalna). Dość dużo czasu badani przeznaczają na aktywność edukacyjną (kształcenie się na studiach, czytanie książek i samokształcenie), a także rodzinną (spotkania w gronie rodzinnym, opieka nad wnukami, pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego). Aktywność społeczna (spotkania, wolontariat, działalność w organizacjach), czas przeznaczony na hobby, aktywność zawodowa i twórcza (w zakresie kultury, sztuki lub nauki) to najrzadziej przez badanych wymieniane formy aktywności (rys. 2).



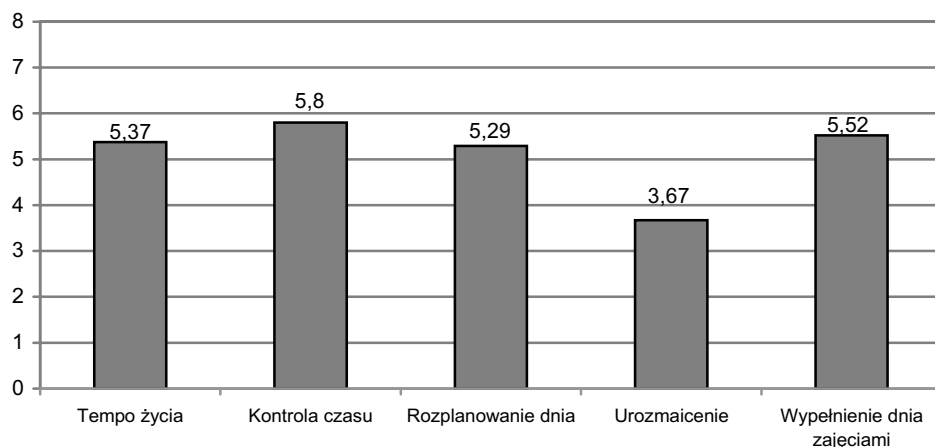
Rys. 2. Rodzaj i poziom aktywności osób badanych – profil frekwencji poszczególnych rodzajów aktywności

Badania wykazały, że osoby bardziej aktywne częściej stosują sposób radzenia sobie określony w Skali do Badania Sposobów Radzenia Sobie – *Brief COPE* (Carver, 1997, s. 92–100) jako pozytywna reinterpretacja.

Oznacza to, że starają się widzieć dobre strony sytuacji, szukają pozytywnych aspektów wszystkich wydarzeń, nawet tych trudnych i bolesnych, traktując je jako źródło rozwoju. Posługiwanie się tym sposobem radzenia wiąże się również z akceptacją czasu życia codziennego, co pokazuje wagę otwarcia się na doświadczenia i poszukiwania we wszystkim, co ich spotyka, inspiracji do dalszych działań, poszukiwania wskazówek pomagających rozumieć i porządkować świat własnych przeżyć oraz budować spójny obraz otaczającej ich rzeczywistości.

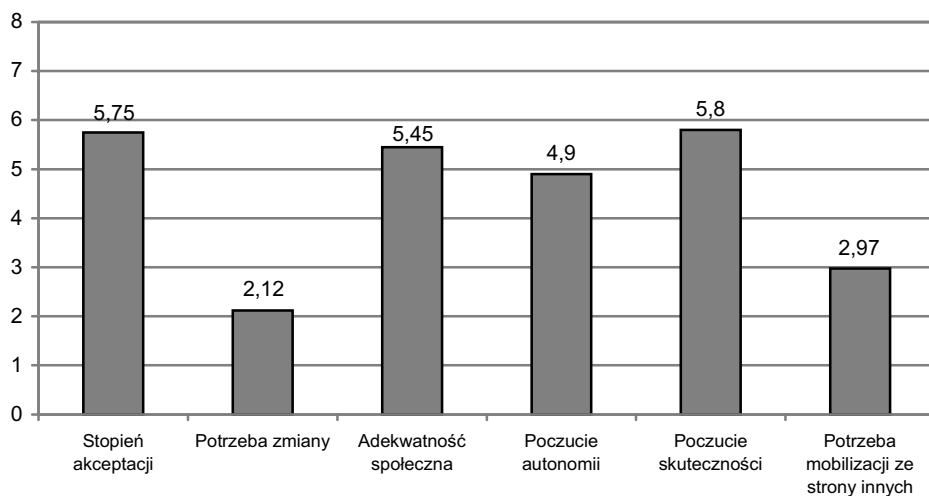
Percepcja czasu życia codziennego

Otrzymane rezultaty (por. rys. 3) pokazują, że badani oceniają tempo dnia codziennego jako nieco wyższe od przeciętnego. Podobnie spostrzegają poziom własnej kontroli nad czasem, ścisłość planowania dnia i stopień wypełnienia dnia zajęciami. Mają więc duże poczucie wpływu na to, co dzieje się z ich czasem, jednak nie są wolni od pewnego poczucia monotonii, nadmiernej powtarzalności wydarzeń.



Rys. 3. Doświadczenie czasu dnia codziennego

Profil ocen przedstawiony na rys. 4 pozwala sądzić, że badani na ogół pozytywnie widzą i aprobuja swój sposób funkcjonowania w czasie codziennym. Wskazuje na to wysoki stopień akceptacji własnej codzienności i niski wynik w zakresie potrzeby zmiany. Badani czują, że ich poczynania są akceptowane przez najbliższych, przez ludzi z ich otoczenia.



Rys. 4. Ocena własnego funkcjonowania w czasie codziennym

Wyniki świadczą też o tym, że osoby badane spostrzegają swoje działania jako skuteczne, mają poczucie samodzielności w zakresie decydowania o własnej codziennej aktywności. Potwierdza to stosunkowo niewielka potrzeba wpływu ze strony innych ludzi. Badani zdają się sami stanowić o tym, w jaki sposób spędzają czas, na co go poświęcają.

Związki między zmiennymi

Aktywność a percepcja czasu dnia codziennego

Badania potwierdzają występowanie związków między kontrolowanymi zmiennymi. Uzyskano istotne statystycznie korelacje między poziomem różnego rodzaju aktywności a percepcją czasu życia codziennego.

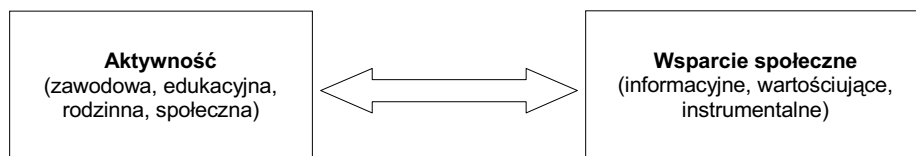
Aktywność rodzinna koreluje z poczuciem skuteczności (wartość współczynnika korelacji wynosi 0,184, $p = 0,05$) i adekwatności społecznej (wartość współczynnika korelacji wynosi 0,177, $p = 0,01$). Oznacza to, że starsi ludzie przejawiający tego rodzaju aktywność mają poczucie, iż pozytywnie odpowiadają na oczekiwania otoczenia w tym zakresie. Aktywność społeczna koreluje z pozytywną oceną skuteczności własnych poczynań (wartość współczynnika korelacji wynosi 0,195, $p = 0,05$). Człowiek poprzez swoje działanie integruje się z otoczeniem, czuje się przydatny, potrzebny innym i dobrze przez nich oceniany. Aktywność twórcza koreluje z wysokim stopniem akceptacji czasu życia codziennego (war-

tość współczynnika korelacji wynosi 0,182, $p = 0,05$). Ludzie starzy zachowujący kreatywną postawę są często podziwiani i pozytywnie wyróżniani przez otoczenie, co podnosi ich samoocenę, motywuje i pozwala pozytywnie patrzeć na własne działania w czasie. Dotyczy to szczególnie badanej przez nas grupy, która w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku wspomniany rodzaj aktywności może realizować i rozwijać.

W świetle uzyskanych korelacji widać wyraźnie dwa oblicza samodzielnego realizowania aktywności domowej. Z jednej strony koreluje ona z poczuciem autonomii i samodzielnego zarządzania czasem (wartość współczynnika korelacji wynosi 0,177, $p = 0,05$), co oznacza, że osoby starsze cieszą się z faktu, że same potrafią radzić sobie z codziennymi obowiązkami gospodarczymi. Z drugiej strony aktywność ta negatywnie koreluje z akceptacją czasu dnia codziennego (wartość współczynnika korelacji wynosi 0,194, $p = 0,05$), co wynika prawdopodobnie z faktu, że zajmuje ona wiele godzin, które można by poświęcić na coś innego. Codzienne, monotonne czasem czynności, utrudnione dodatkowo problemami finansowymi, pochłaniają wiele sił, ograniczając w ten sposób możliwość innych, bardziej atrakcyjnych i przyjemnych działań.

Aktywność a wsparcie społeczne

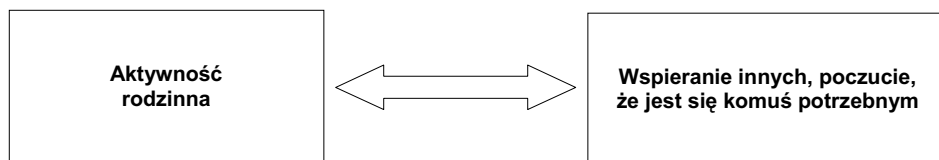
Zachodzi wyraźny pozytywny związek między badanymi rodzajami wsparcia społecznego a aktywnością zawodową, edukacyjną, rodzinną i społeczną (korelacje istotne statystycznie na poziomie $p = 0,001$). Prawdopodobnie działa tu mechanizm sprzężenia zwrotnego (por. rys. 5).



Rys. 5. Aktywność a otrzymywane wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne, będące konsekwencją udziału w mającym znaczenie kontekście społecznym, działa mobilizująco, motywuje do odwzajemnienia i utrzymywania istniejących więzi, wpływa na utrzymanie dobrostanu i w ten sposób sprzyja aktywności. Aktywność zaś zawsze włącza człowieka w określoną strukturę społeczną, co samo w sobie przez doświadczanie integracji z otoczeniem wpływa korzystnie na jego samopoczucie, a także zwiększa szanse otrzymywania wsparcia (Popiołek, 1996; Sęk, Cieślak, 2004). Uczestnictwo w pozytywnej strukturze społecznej stanowi, jak widać, czynnik trudny do przecenienia w kwestii zachowania aktywności. Dlatego tak ważną rzeczą jest, by ludzie starzy

nie zamykali się w swych domach, by mieli możliwość funkcjonowania na szerszym forum, czemu wspierała służy instytucja Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

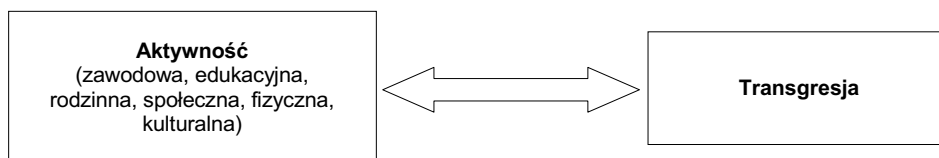


Rys. 6. Aktywność a udzielane wsparcie społeczne

Aktywność polegająca na pomaganiu krewnym i spotykaniu się z nimi jest wzmacniana poczuciem, że inni nas potrzebują, kontakty z krewnymi zdają się wzmacniać odczucie, że osoba ma dla kogo żyć, ma się kim opiekować i komu pomagać (wartość współczynnika korelacji wynosi 0,237, $p = 0,001$) (rys. 6).

Aktywność a transgresja

Wymienione rodzaje aktywności mają również pozytywny związek z poziomem transgresji. Związek ten obejmuje także aktywność fizyczną i kulturalną (korelacje istotne statystycznie na poziomie $p = 0,001$) (rys. 7).

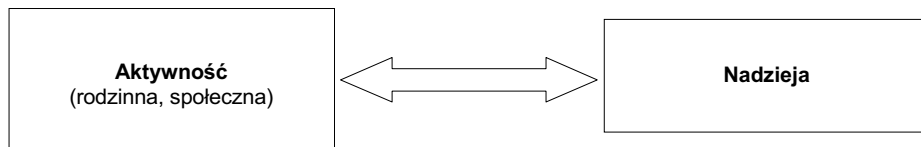


Rys. 7. Aktywność a transgresja

Można wnioskować, że badane przez nas osoby w podeszłym wieku nie chcą poprzestawać na tym, co dotychczas osiągnęły, mają potrzebę przekraczania swoich dotychczasowych dokonań, pragną uzyskiwać w działaniu wyniki lepsze niż dotąd. To pragnienie motywuje do zwiększenia aktywności. Nasilenie aktywności, jeśli przynosi zadowalające rezultaty, umacnia motywację transgresyjną i podtrzymuje tendencje do podejmowania wyzwań, co sprzyja dalszemu rozwojowi (Kozielecki, 1987). Starość nie powinna być zatem kojarzona z modelem wycofywania się z aktywnego życia, jak próbowali to postulować niektórzy badacze (Cumming, Henry, 1961), których opinia niekorzystnie wpłynęła na funkcjonujący stereotyp ludzi starych.

Poziom nadziei podstawowej związany jest tylko z aktywnością rodzinną (wartość współczynnika korelacji wynosi 0,216, $p = 0,01$) i spo-

łączną (wartość współczynnika korelacji wynosi 0,286, $p = 0,001$). Pozwala to sądzić, że bliskie relacje z innymi, działanie na ich rzecz, poczucie bycia potrzebnym wyzwalają optymizm i wiarę w ludzi, co z kolei nasila wzajemne kontakty (rys. 8).



Rys. 8. Aktywność a nadzieja

Znaczenie wzorców rodzinnych dla podejmowania aktywności

Przeprowadzone wywiady pokazują wyraźnie wpływ doświadczeń wyniesionych z domu rodzinnego na obecny poziom aktywności. Większość badanych (72%) upatruje źródeł aktywnego stylu życia w treningu wychowawczym stosowanym przez rodziców, a także we wzorcach zachowania bliższej i dalszej rodziny. Ilustruje to dobrze wypowiedź jednego z badanych: „Wydaje mi się, że to jak byłem wychowany i jak później aktywnie żyłem w młodości oraz dorosłości, wpływa na moją postawę teraz. Nie osiągałem szczególnych sukcesów. Byłem przeciętnym dzieckiem, przynajmniej tak siebie spostrzegałem. Rodzice cieszyli się z moich zainteresowań medycznych, przyrodniczych. Zawsze chętnie służyli mi pomocą. Cieszyli się, że osiągam sukcesy w sporcie. Wydaje mi się, że cała moja rodzina miała wpływ na rozwój mojej aktywności i zainteresowań. Rodzice sami byli aktywni i zawsze dbali o mój rozwój, miałem też aktywną dalszą rodzinę”.

Wnioski

Wyniki badań wydają się potwierdzać zaproponowany w modelu związek między aktywnością a kontrolowanymi zmiennymi, które w związku z tym można uznać za czynniki sprzyjające aktywności. Jakość kontak-

tów z innymi, świadomość, że są wokół ludzie, na których można liczyć, poczucie bycia potrzebnym drugiemu człowiekowi, transgresja – skłonność do przekraczania dotychczasowych ram, osiągnięć, wychodzenia poza wyznaczone granice, konwencje i doświadczenia oraz posiadane pokłady nadziei to czynniki, które zdają się warunkować aktywność człowieka w podeszłym wieku.

Pozytywna ocena własnego funkcjonowania w czasie jest czynnikiem, który zarówno wpływa na stopień aktywności starszego człowieka, jak i z niego wynika. Osoba zadowolona ze sposobu spędzania i organizowania sobie czasu, ze skutków własnego działania chętniej podejmuje kolejne zadania. Zadowolenie z ich realizacji, świadomość, że jest się człowiekiem aktywnym i współpracuje z innymi ludźmi, stanowi nową zachętę do działania.

Osoby, które pozytywnie oceniają własne funkcjonowanie w czasie codziennym i akceptują swój sposób działania w czasie, które uważają, że jest on zgodny z oczekiwaniami otoczenia, które zarządzają czasem autonomicznie i w sposób sprzyjający skuteczności ich działania, przejawiają większą aktywność twórczą, społeczną i rodzinną. Duża aktywność w zakresie obowiązków domowych, chociaż cieszy ze względu na samodzielność, choć podejmowana jest z własnej woli, obniża akceptację tego, w jaki sposób podmiot zarządza własnym czasem, jest przyczyną poczucia obciążenia i frustracji.

Pedagodzy piszący o przygotowaniu człowieka do starości podkreślają, że (por. Chabior, 2000) powinno ono obejmować działania zmierzające do zachowania sprawności fizycznej i kształtowania nawyku dbania o zdrowie, uprawiania aktywnego wypoczynku, zapewnienia sobie właściwego statusu materialnego, który gwarantuje godne warunki egzystencji w okresie zaprzestania pracy zarobkowej, utrzymywanie więzi społecznych – kontaktów z innymi, zachowania optymizmu, pozytywnego myślenia o przyszłości, obniżenia lęku przed starością, rozwoju intelektualnego, zaspokajania zainteresowań i nabywania nowych. W jakim momencie człowiek ma zacząć się przygotowywać? Czyż całe nasze życie nie stanowi „przygotowania do starości”?

Młodość człowieka zdaje się w dużym stopniu warunkować oblicze jego starości. Koncepcja wychowania do starości znana jest już od dawna – propagował ją Szymon Marycki w dziele *O szkołach, czyli akademiach ksiąg dwoje* (1551 r.) i czeski pedagog Jan Amos Komeński, który w 1656 r. podnosił potrzebę tworzenia szkół starości i szkół śmierci (za: Zych, 1999). Współcześni autorzy propagujący koncepcję wychowania do starości, jak np. A. Kamiński (1971, s. 97–101; 1975; 1978), podkreślają, że przygotowanie do starości rozpoczynamy, chcąc tego lub nie, w wieku młodzieńczym. Teoretyk wychowania A. Kamiński widzi potrzebę wyra-

biania u ludzi młodych nawyku obcowania z kulturą, umiejętnego wykorzystania czasu wolnego i czasu pracy, czemu ma sprzyjać wybór odpowiedniego zawodu oraz wykonywanie użytecznych, lubianych zajęć. Sposób rozwiązania kryzysu starzenia się zależy bowiem od dotychczasowej historii rozwoju jednostki (H a r w a s - N a p i e r a ła, T r e m p a ła, 2006).

Kamiński wskazuje na zasadność starań, by w okresie przedemerytalnym i w czasie zadowalającej sprawności (do ok. 80. r.ż.) nadal rozwijać swoje zainteresowania, oddawać się aktywności kulturalnej, rozrywkowej, społecznej, by rozważyć i kontynuować, jeśli to możliwe, wykonywanie pracy zawodowej w okresie emerytalnym. Jest to zgodne z duchem teorii regulacyjno-adaptacyjnej Frolkisa, w której rozwój traktowany jest jako równoczesność dwóch przeciwstawnych procesów: zwiększającego możliwości życiowe organizmu oraz zmniejszającego możliwości przystosowawcze. Równocześnie z degradacją struktury organizmu zachodzi ciągły proces ukierunkowany na zachowanie czynności życiowych (F r o l k i s, 1981, za: O l s z e w s k i, 2003). Kamiński zachęca ludzi, niezależnie od wieku, do wzbogacania wiedzy i rozwijania zainteresowań (np. filozoficznych, co jest możliwe nawet dla obłożnie chorego człowieka). Autor zachęca do tego szczególnie osoby starsze, o ograniczonej sprawności fizycznej, a rodzinę i sąsiadów osób niesprawnych, sędziwych, „przykutych do łóżka”, prosi, by starali się utrzymywać żywy kontakt z osobą starszą, by rozmawiali z nią, mówili do niej często, by informowali o tym, co się wokół dzieje, by byli dla niej życzliwi.

Aktywność, naturalna i niezbywalna potrzeba każdego człowieka, cecha wartościowego życia i podstawa dobrego zdrowia, powinna być dostosowana do wieku osoby i – jak twierdzi S. K a w u ła – „osadzać się na realnych możliwościach, a nie według udawania młodszego, aniżeli się jest” (2002, s. 562). W tym miejscu konieczna jest polemika. Co bowiem z tymi, którzy innym wydają się na coś za starzy, ale nie udają? Czy mężczyzna po siedemdziesiątce wykonujący w parku piruety na rolkach jest „za stary”, by oddawać się takiej aktywności, czy „zbyt śmieszny”, jak twierdzi wielu mijających go przechodniów? A może jest godnym podziwu wzorem do naśladowania dla dwudziestolatka, który nigdy nie uprawiał żadnego sportu?

„Wychowanie traktowane jako pomoc w rozwoju nie może nie dostrzegać tych wszystkich trudnych sytuacji i progów starości: emerytury, fazy »pustego gniazda«, wdowieństwa, ograniczonej sprawności fizycznej i choroby, poczucia osamotnienia i samotności. Winno wspierać jednostkę w realizacji życia twórczego i mądrego, w którym osiąga się satysfakcję dzięki utrzymaniu dobrej kondycji moralnej, wyrażającej się m.in. w samodyscyplinie, w życzliwości wobec świata i ludzi” (C z e r n i a w -

ska, 2000, s. 220, za: Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 32). Wspieranie osób starszych, budzenie w nich aktywności i chęci życia, szczególnie w trudnych momentach, które stają się ich udziałem, odbywać się może także przez inspirowanie i zachęcanie ich do rozwoju osobistego i różnych form działania, choćby działanie to miało przybrać formę dziecięcej zabawy, zabawy z wnukiem czy zabawy w gronie staruszków, pod warunkiem, że daje im to radość, przyjemność i rodzi pozytywne myślenie.

Warto zwrócić uwagę, że badani przez nas uczestnicy Uniwersytetu Trzeciego Wieku to ludzie, których życie upływało w ciężkich czasach – dotknęła ich wojna, bieda czasów odbudowy, krępowały ograniczenia, jakie niosła rzeczywistość PRL-u, a w końcu wymagający wiele wysiłku proces transformacji ustrojowej. Mimo to zachowali nadzieję, potrafili dostrzegać pozytywne aspekty życiowych doświadczeń, budować wspierające więzi z innymi i to mobilizuje ich do dalszej aktywności.

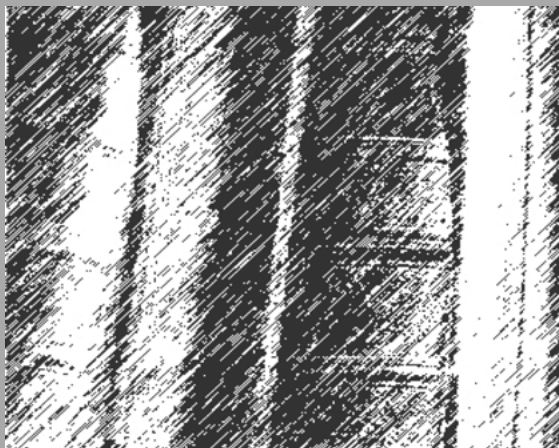
Z wywiadów przeprowadzonych z badanymi osobami wynika, że starsze osoby przejawiające aktywność w wielu dziedzinach życia, dbające o zachowanie sprawności fizycznej nawyki te wyniosły z domu rodzinnego. Tam właśnie rozpoczęły prowadzenie aktywnego trybu życia, który teraz w okresie starości procentuje dobrym zdrowiem i pogodą ducha. W doświadczeniu każdego z nich występuje wspólne z rodzicami uprawianie sportu, realizowanie kulturalnych zainteresowań. Aktywni rodzice są niezastąpionym modelem uruchamiającym i wzmacniającym system prozdrowotnych zachowań, które realizowane do późnej starości wykluczają bierne poddawanie się ciężarowi lat.

Uzyskane przez nas wyniki mogą być cenną wskazówką dla fachowców, terapeutów, opiekunów, wszystkich tych, którym zależy na aktywizacji ludzi starszych. Sądzymy, że wnioski z naszych badań mogą zainspirować nie tylko ludzi mających kontakt z osobami w podeszłym wieku, ale także tych, którzy w różny sposób kształtują zachowanie młodych, będąc ich rodzicami, wychowawcami, będąc dla nich wzorem do naśladowania, rozmawiając z nimi o starości. Optymizmem napawa fakt, że uwzględnione w badaniach cechy można próbować wzmacniać i kształtować, tym samym pobudzając ludzi – młodych i starych – do działania.

Bibliografia

Carver C.S., 1997: *You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE*. "International Journal of Behavioral Medicine", Vol. 4.

- Chabior A., 2000: *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości*. Radom–Kielce.
- Cumming E., Henry W.E., 1961: *Growing old. The process of disengagement*. New York.
- Cutrona C.E., Russell D., 1987: *The provisions of social relationship and adaptation to stress*. In: *Advances in Personal Relationships*. Vol. 1. Eds. W.H. Jones, D. Perlman. Greenwich, s. 37–67.
- Harwas-Napierała B., Trempała J., 2006: *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia*. Warszawa
- Kamiński A., 1971: *Wychowanie do starości*. „Zdrowie Psychiczne”, nr 1–2.
- Kamiński A., 1975: *Pedagogika w służbie gerontologii społecznej*. „Człowiek w Pracy i w Osiedlu”, nr 4, s. 9–26.
- Kamiński A., 1978: *Studia i szkice pedagogiczne*. Warszawa.
- Kawula S., 2002: *Pedagogika społeczna wobec problemów człowieka starego*. W: *Pedagogika społeczna: dokonania – aktualność – perspektywy*. Red. S. Kawula. Toruń.
- Kozielecki J., 1987: *Koncepcja transgresyjna człowieka*. Warszawa.
- Leszczyńska-Rejchert A., 2005: *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Olsztyn.
- Olszewski H., 2003: *Starość i witaukt psychologiczny: atrybucja rozwoju*. Gdańsk.
- Popiołek K., 1996: *Wsparcie społeczne – zarys problematyki*. W: *Psychologia pomocy*. Red. K. Popiołek. Katowice.
- Sęk H., Cieślak R., 2004: *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. Sęk, R. Cieślak. Warszawa.
- Studenski R., 2005: *Skala do pomiaru transgresji (STr)*. Podręcznik. Katowice.
- Trafiałek E., 2003: *Polska starość w dobie przemian*. Katowice.
- Trzebiński J., Zięba M., 2003: *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12*. Podręcznik. [Pracownia testów Psychologicznych PTP] Warszawa.
- Zych A.A., 1999: *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*. Katowice.



TERESA SOCHA

Europejski priorytet zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce otyłości

A European priority of healthy nourishment and physical activity in preventing obesity

Abstract: The article makes an attempt to analyse European priorities of healthy life and physical activity in obesity prevention. The author of the article relies on numerous European documents, WHO documents including, paying a special attention to the necessity of fighting with overweight and obesity in contemporary societies.

Key words: overweight, obesity, physical activity, diet, public health, family health.

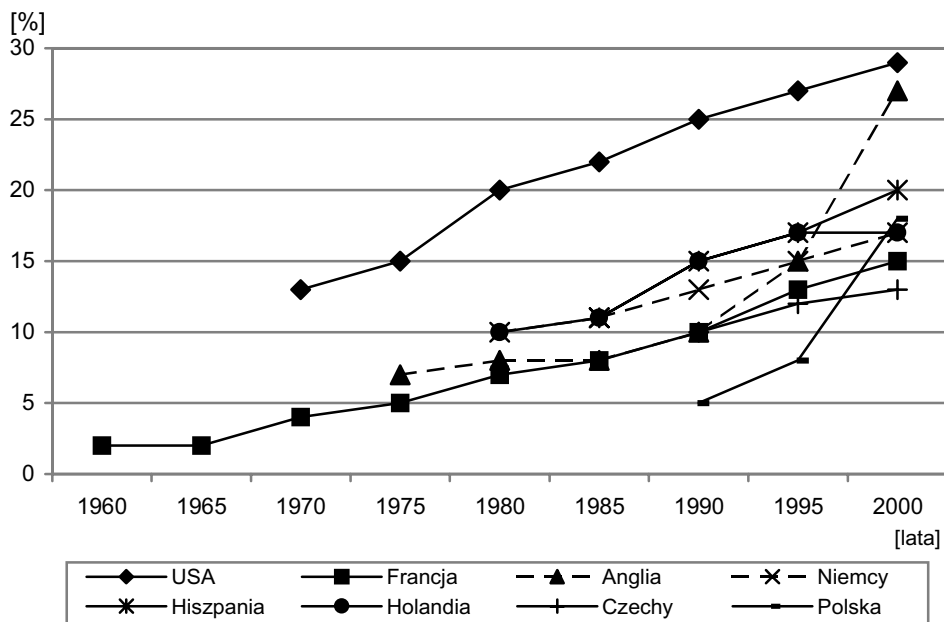
W 2004 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przygotowała nową „piramidę zdrowia”, której podstawę stanowi ruch. Opracowanie to było reakcją na wzrost wskaźnika ludzi otyłych (WHO, 2004). Definiując otyłość jako stan patologicznego zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej, prowadzący do upośledzenia czynności organizmu człowieka i zwiększenia ryzyka chorobowości i śmiertelności, należy wyróżnić otyłość wieku rozwojowego, polegającą na zwiększaniu się liczby adypocytów (rozmnożone komórki tłuszczowe) oraz ich rozmiaru. W otyłości osób dorosłych dochodzi do zwiększenia wyłącznie rozmiarów komórek tłuszczowych. Nadmierny przyrost liczby komórek tłuszczowych w okresie dzieciństwa może się przyczynić do rozwoju otyłości w wieku dorosłym, ponieważ zwiększenie liczby komórek jest procesem nieodwracalnym. U kobiet stwierdzamy otyłość, gdy zawartość tkanki tłuszczowej przekracza 30% należnej masy ciała, u mężczyzn – 25% masy ciała. W wypadku dzieci i młodzieży zawartość tkanki tłuszczowej zależy od wieku i płci (Szadkowska, Bodalski, 2003, s. 12–13).

Do oceny ryzyka związanego z ilością tłuszczu w ustroju najczęściej stosuje się wskaźnik masy ciała (BMI – *Body Mass Index*): $BMI = \text{masa ciała (kg)} / \text{wysokość ciała}^2 \text{ (m)}$. Pomiar BMI jest bardzo łatwy do przeprowadzenia i szybko daje ogólną przybliżoną informację o proporcjach budowy ciała, a w szczególności o występowaniu nadwagi. Oszacowano, że wartość BMI = 19–24 u kobiet i 20–25 u mężczyzn jest wartością prawidłowej masy ciała. Przekroczenie tych wartości w górę znamionuje nadwagę, a w dół niedowagę (Osiński, 2003, s. 253). Przyjęto też, że wskaźnik 25–29,9 kg/m² oznacza 1° otyłości, 30–40 kg/m² oznacza 2° otyłości oraz $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ – 3° otyłości (Franks, Howley, 1998, s. 154). Wskazuje się też, że w wypadku BMI $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ wyraźnie wzrasta ryzyko chorób układu krążenia (Howley, Franks, 1997, s. 98).

Zdecydowanej uwagi wymaga etiopatogeneza, gdyż u ponad 95% dzieci otyłych występuje otyłość prosta (pierwotna), spowodowana dodatnim bilansem energetycznym, czyli nadmiarem pokarmu w stosunku do wydatków na metabolizm podstawowy, wysiłkowy i termogenezę. U podłoża tej otyłości leżą czynniki środowiskowe, takie jak spożywanie nadmiaru pokarmów i mała aktywność ruchowa, które nakładają się na predyspozycję genetyczną do otyłości.

Uważa się, że w 25–45% przypadków za występowanie otyłości odpowiedzialne są czynniki genetyczne. Na genetyczną predyspozycję nakładają się bardzo istotne czynniki środowiskowe. Wpływ środowiska jest najsilniejszy we wczesnym dzieciństwie, kiedy wytwarzają się nawyki żywieniowe, które związane są z postawami emocjonalnymi i wychowawczymi rodziców oraz sytuacją rodzinną. Równie wielki wpływ na otyłość dzieci ma wszechobecna w większości krajów duża podaż gotowych do

spożycia, estetycznie opakowanych, mało wartościowych, ale wysoko kalorycznych produktów. Otyłość prowadzi ponadto do obniżenia jakości życia, dzieci otyłe często nie akceptują własnego wyglądu, mają niską samoocenę, czasami czują się izolowane i cierpią na depresję (S z a d k o w s k a, B o d a l s k i, 2003, s. 24).



Rys. 1. Nadwaga i otyłość dzieci w wieku 5–11 lat w krajach Unii Europejskiej i USA

Źródło: IOTF – International Obesity Task Force, Londyn – marzec 2005.

Kolejnym europejskim priorytetem w walce z otyłością jest aktywność fizyczna, która należy do najważniejszych czynników wpływających na stan zdrowia, samopoczucie, jakość życia i długowieczność gatunku ludzkiego. Mała aktywność fizyczna stanowi jedną z głównych przyczyn chorobowości i umieralności związanej z chorobą wieńcową, cukrzycą typu II oraz wieloma chorobami nowotworowymi.

Według analityków American Heart Association, siedzący tryb życia należy do najważniejszych i niezależnych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, należącej do grupy chorób cywilizacyjnych. Choroby cywilizacyjne są wywołane nie tylko wykorzystywaniem tzw. zdobyczy cywilizacji. Te zdobycze pozwalają człowiekowi na maksymalne ograniczenie ruchu fizycznego, ale również eliminują naturalne czynniki środowiska, warunkujące dobry stan zdrowia człowieka. Ludzie chcą żyć dłużej i utrzymywać wysoką jakość życia do późnych lat, lecz zdecydowanie czynią wiele, aby ograniczać i eliminować użytkowość swoich mięśni.

Taki trend w stylu życia sprzyja rozwojowi chorób cywilizacyjnych (Blair, 1993, s. 365–376). W Polsce choroby cywilizacyjne stanowią około 80% przyczyn zgonów. Są to głównie choroby krążenia, układu oddechowego, otyłość, alergie, nowotwory i choroby o podłożu psychicznym (nerwice, depresje, stres, schizofrenie, manie). W nauce europejskiej od dłuższego czasu prowadzone są badania stylu życia przeciętnego Europejczyka, mające na celu zapobieganie przedwczesnej degradacji możliwości funkcjonalnych ciała ludzkiego i chorobom. Naukowcy podkreślają rolę aktywności fizycznej w zmniejszaniu ryzyka chorób, takich jak choroby serca, nadciśnienie, cukrzyca, otyłość, depresja, zaburzenia równowagi i osteoporoza (Drabik, 1997, s. 23–27).

Aktywność fizyczna, dzięki której poprawia się stan muskulatury i możliwości wytrzymałościowe, może mieć szczególne znaczenie dla zdrowia osób starszych o ograniczonej sprawności fizycznej. Badanie przeprowadzone w USA w Centrum Kontroli Chorób (Center for Disease Control) wskazują, że każdy dolar zainwestowany w aktywność fizyczną przynosi oszczędność 3.20 dolara na wydatkach na opiekę medyczną. Można wymienić również wiele czynników mających wpływ na długość i jakość życia:

- stan zdrowia,
- funkcje fizyczne,
- energia i witalność,
- funkcje poznawcze i emocjonalne: satysfakcja z życia, dobre samopoczucie,
- funkcje seksualne,
- funkcje społeczne, rekreacja i status ekonomiczny.

Wszystkie te czynniki oddziałują jednocześnie, dlatego też trudno ocenić rolę każdego z nich oddzielnie. W badaniach zwraca się uwagę na niezwykle istotną rolę diety w procesie starzenia się oraz ogólnego poziomu aktywności fizycznej. Wykazano, że jeżeli społeczeństwo byłoby bardziej aktywne fizycznie, to liczba przedwczesnych zgonów mogłaby zostać zmniejszona o 25–33% (Bailey, ed., 2002, s. 88). Obniżona aktywność fizyczna osób starszych uznawana jest za czynnik równie niebezpieczny dla życia jak nadciśnienie, palenie tytoniu, otyłość, podniesiony poziom cholesterolu. Z badań wynika, że ograniczona aktywność fizyczna jest niezależnym czynnikiem sprzyjającym przedwczesnemu zgonowi.

W roku 1996 w Heidelbergu WHO wydała *Zalecenia dotyczące promowania aktywności fizycznej wśród osób starszych*. Uzasadniano, że dzięki stosowaniu tych zaleceń następuje:

- redukcja kosztów opieki zdrowotnej i socjalnej,
- przedłużanie możliwości i zdolności do podejmowania pracy zawodowej ludzi starszych,

- promocja pozytywnego i aktywnego wizerunku ludzi starszych, co z kolei poprawia adaptację społeczną ludzi starszych i umożliwia lepsze społeczne wykorzystanie ich wiedzy i doświadczenia.

Dotychczas ustalono, że aktywność fizyczna faktycznie zapobiega, opóźnia czy powstrzymuje proces starzenia się. Z pewnością aktywność fizyczna umożliwia lepsze wykorzystanie danych nam możliwości życiowych i otrzymanego przez nas genetycznego potencjału (Raport WHO, 2003).

Pod koniec 2005 roku w Brukseli Komisja Wspólnot Europejskich opublikowała tzw. Zieloną Księgę, czyli Księgę „Promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej”. W księdze tej przedstawiono „europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym”. Stwierdzono, że podstawową przyczyną chorób oraz przedwczesnej umieralności w Europie jest niezdrowe żywienie i brak aktywności fizycznej (The European Health Report, World Health Organisation 2002; Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases, IARC 2002). Głównym problemem – według Komisji Europejskiej – jest otyłość, która stała się jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego¹.

Wieloprzyczynowy charakter „epidemii” otyłości wymaga podjęcia wspólnych działań przez wiele zainteresowanych stron. Przykładem takich działań jest powołanie Platformy Unii Europejskiej ds. Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia (European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health)².

Aktualnie wiele państw członkowskich wdraża już krajowe strategie działań w zakresie racjonalnej diety, aktywności fizycznej i zdrowia.

W Polsce podczas warsztatów naukowych, zgodnych z treścią „Zielonej Księgi” UE – Polski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym, Polska Federacja Producentów Żywności ogłosiła postulaty, które dotyczyły promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w celu zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym. Za główną płaszczyznę prowadzenia takich działań uznano Platformę ds. Promowania Zdrowego Stylu Życia umocowaną jako Radę ds. Promocji Zdrowego Stylu Życia przy Prezesie Rady Ministrów RP. Realizacja postulatów winna przebiegać przy ścisłym współudziale przemysłu żywnościowego. Polska Federacja Producentów Żywności uznała, że główne priorytety, jakie należy realizować w ramach strategii WHO dotyczą diety, aktywności fizycznej i zdrowia. A szczegółowy program winien obejmować:

¹ Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe, 2002.

² http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm.

- edukację dzieci i młodzieży, która powinna w efekcie umożliwić zrozumienie powiązań pomiędzy składem produktu, jego rolą w zbilansowanej diecie w stylu życia i wpływem tych czynników na zdrowie, oraz zrozumienie zasad zdrowego odżywiania w szkole,
- promocję aktywności fizycznej, między innymi poprzez aktualne trendy i alternatywne formy aktywności ruchowej możliwe i przydatne do stosowania w życiu codziennym,
- zmniejszenie ryzyka występowania nadwagi poprzez świadomy wybór i długofalową edukację społeczną, związaną ze zjawiskiem chorób żywieniowo zależnych,
- powiązanie sposobu odżywiania z aktywnością fizyczną i uświadomienia równej wagi tych czynników dla zachowania właściwego stanu zdrowotnego jednostki w rodzinie.

Uznano, że ciężar edukacji, czyli zaleceń żywieniowych, powinien spoczywać przede wszystkim na właściwych resortach, tj. edukacji, sportu, zdrowia, przy współudziale merytorycznym wszystkich zainteresowanych podmiotów w ramach krajowej platformy³.

Od co najmniej 20 lat w krajach rozwiniętych utrzymuje się dramatyczna tendencja wzrastania odsetka osób otyłych obu płci w prawie wszystkich kategoriach wiekowych. Za to zjawisko odpowiada przede wszystkim niedostatek ruchu, a następnie zmiany w sposobie żywienia. W światowym piśmiennictwie medycznym i epidemiologicznym otyłość jest uznawana za jedno z dwu–trzech najpoważniejszych (oprócz chorób nowotworowych i AIDS) zagrożeń zdrowotnych XXI wieku. Jej fatalne konsekwencje to choroby układu krążenia i niektóre groźne choroby metaboliczne (Bielicki, 2002, s. 102). Można zatem sądzić, że w miarę wzrastania tempa zmian cywilizacyjnych zaostrza się dysharmonia między zdrowiem i dobrobytem.

Wzrastająca liczba przypadków otyłości, niezależnie od powodowanego cierpienia, wywołuje skutki ekonomiczne o szczególnym znaczeniu. Szacuje się, że w Unii Europejskiej na walkę z otyłością przeznaczają się do 7% kosztów opieki zdrowotnej (*Report of a WHO*, 1998).

Mimo braku dokładnych danych z wszystkich państw UE przeprowadzone badania wykazują znaczne koszty ekonomiczne związane z otyłością: zgodnie z raportem przygotowanym przez Brytyjską Krajową Izbę Kontroli (United Kingdom's National Audit Office, 2001) w 2001 roku otyłość w samej tylko Anglii spowodowała 18 mln dni absencji chorobowej oraz 30 tys. przedwczesnych zgonów, co odpowiada rocznym bezpośrednim kosztom opieki zdrowotnej wynoszącym co najmniej 500 mln GBP. Szerzej pojmowane koszty ekonomiczne, uwzględniające zmniej-

³ Zob. <http://www.pfpz.pl>.

szenie produktywności oraz straty produkcji, oszacowano na kwotę 2 mld GBP rocznie⁴.

Tabela 1 ukazuje tendencje rozwojowe otyłości wśród mieszkańców Europy.

Tabela 1

Nadwaga i otyłość wśród dorosłych obywateli UE
(Body Mass Index: masa ciała w kg/wys. c. w m)²;
BMI pomiędzy 25 a 30 jest nadwagą, a BMI >30 jest otyłością

Państwo	Lata	Mężczyźni			Kobiety		
		BMI 25–29.9	BMI≥30	BMI≥25	BMI 25–29.9	BMI≥30	BMI≥25
		odsetek	odsetek	średnio odsetek	odsetek	odsetek	średnio odsetek
1	2	3	4	5	6	7	8
Austria	1999	40,0	10,0	50,0	27,0	14,0	41,0
Belgia	1994–1997	49,0	14,0	63,0	28,0	13,0	41,0
Cypr	1999–2000	46,0	26,6	72,6	34,3	23,7	58,0
Czechy	1997/1998	48,5	24,7	73,2	31,4	26,2	57,6
Dania	1992	39,7	12,5	52,2	26,0	11,3	37,3
Anglia*	2003	43,2	22,2	65,4	32,6	23,0	55,6
Estonia	1994–1998	35,5	9,9	45,4	26,9	15,3	42,2
Finlandia	1997	48,0	19,8	67,8	33,0	19,4	52,4
Francja	2003	37,4	11,4	48,8	23,7	11,3	35,0
Niemcy	2002	52,9	22,5	75,4	35,6	23,3	58,9
Grecja	1994–1998	51,1	27,5	78,6	36,6	38,1	74,7
Węgry	1992–1994	41,9	21,0	62,9	27,9	21,2	49,1
Irlandia	1997–1999	46,3	20,1	66,4	32,5	15,9	48,4
Włochy	1999	41,0	9,5	50,5	25,7	9,9	35,6
Łotwa	1997	41,0	9,5	50,5	33,0	17,4	50,4
Litwa	1997	41,9	11,4	53,3	32,7	18,3	51,0
Luksemburg	1999	45,6	15,3	60,9	30,7	13,9	44,6

* Dane pochodzą z ankiety przeprowadzonej na terytorium Anglii i nie obejmują Szkocji, Walii i Irlandii Północnej.

⁴ Tackling obesity in England. http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.

cd. tab. 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Malta	1984	46,0	22,0	68,0	32,0	35,0	67,0
Holandia	1998–2002	43,5	10,4	53,9	28,5	10,1	38,6
Polska	1996	–	10,3	–	–	12,4	–
Portugalia (miasta)	2003	–	13,9	–	–	26,1	–
Słowacja	1992–1999	49,7	19,3	69,0	32,1	18,9	51,0
Słowenia	2001	50,0	16,5	66,5	30,9	13,8	44,7
Hiszpania	1990–1994	47,4	11,5	58,9	31,6	15,3	46,9
Szwecja	1996–1997	41,2	10,0	51,2	29,8	11,9	41,7

Źródło: IOTF (© International Obesity Task Force, Londyn – marzec 2005).

W sprawozdaniu z 2004 roku, dotyczącym skutków aktywności fizycznej i jej wpływu na zdrowie Główny Lekarz Wielkiej Brytanii (United Kingdom's Chief Medical Officer, 2004) oszacował koszty braku aktywności fizycznej na 8,2 mld GBP rocznie. W Irlandii określono bezpośrednie koszty leczenia otyłości w 2002 roku na sumę około 70 mln EUR. W Stanach Zjednoczonych Centra Kontroli Chorób i Prewencji – CDC (Centers for Disease Control and Prevention) oszacowały koszty opieki zdrowotnej związanej z otyłością na 75 mld USD (Finkelstein et al., 2004a, s. 18–24).

Badania wykazały, że roczne wydatki medyczne na otyłą osobę dorosłą w Stanach Zjednoczonych są o 37% wyższe niż wydatki na osobę o normalnej wadze (Finkelstein et al., 2004b, s. 45). Te koszty bezpośrednie nie uwzględniają zmniejszonej produktywności związanej z niezdolnością do pracy oraz przedwczesną umieralnością (Fogel, 1994, s. 78).

Szwedzki Instytut Zdrowia Publicznego w 1997 roku przeprowadził badania, z których wynika, że w Unii Europejskiej traci się 4,5% lat życia w przystosowaniu do niepełnosprawności (DALY's), czyli *disability-adjusted lifeyears*, z powodu nieprawidłowego żywienia, co razem z 3,7% lat utraconych z powodu otyłości i 1,4% lat utraconych z powodu braku aktywności fizycznej daje łącznie 9,6%, w porównaniu z 9% lat utraconych z powodu palenia (*WHO Regional Publications European Series* 2004, No. 96).

W Holenderskim Instytucie Zdrowia Publicznego i Środowiska sporządzono raport dotyczący niekorzystnego składu diety i jego negatywnego wpływu na zdrowie. Wynika z niego m.in., że nadmierne spożycie „złego” rodzaju tłuszczów, takich jak nasycone kwasy tłuszczowe i kwasy tłuszczowe trans, zwiększa o 25% prawdopodobieństwo rozwoju chorób układu

Tabela 2

**Szacunki dotyczące zachorowalności na cukrzycę
(Chorzy na cukrzycę, objęci leczeniem)**

Państwo	Rok 2003	Rok 2025
	zachorowania [%]	
Austria	9,6	11,9
Belgia	4,2	5,2
Cypr	5,1	6,3
Czechy	9,5	11,7
Dania	6,9	8,3
Estonia	9,7	11,0
Finlandia	7,2	10,0
Francja	6,2	7,3
Niemcy	10,2	11,9
Grecja	6,1	7,3
Węgry	9,7	11,2
Irlandia	3,4	4,1
Włochy	6,6	7,9
Łotwa	9,9	11,1
Litwa	9,4	10,8
Luksemburg	3,8	4,4
Malta	9,2	11,6
Holandia	3,7	5,1
Polska	9,0	11,0
Portugalia	7,8	9,5
Słowacja	8,7	10,7
Słowenia	9,6	12,0
Hiszpania	9,9	10,1
Szwecja	7,3	8,6
Wielka Brytania	3,9	4,7

Źródło: Diabetes Atlas, 2nd edition, International Diabetes Foundation, 2003.

krażenia, podczas gdy spożywanie ryb raz lub dwa razy w tygodniu zmniejsza to ryzyko o 25%. W Holandii co roku 38 tys. przypadków zachorowań na choroby układu krążenia u osób dorosłych powyżej 20. roku życia

można przypisać niekorzystnemu składowi diety. Rozwiązanie problemów związanych z nadwagą oraz otyłością stanowi, zatem ważną kwestię dla zdrowia publicznego, lecz także doprowadzi w dłuższym czasie do zmniejszenia kosztów usług medycznych oraz stabilizacji gospodarki, umożliwiając obywatelom prowadzenie produktywnego życia aż do późnej starości (*WHO Regional Publications European Series* 2004, No. 96).

Biorąc pod uwagę zróżnicowany charakter chorób związanych z niezdrowymi nawykami żywieniowymi i niewystarczającą aktywnością fizyczną, a także uwzględniając konieczność uzyskania odpowiedzi od wielu zainteresowanych stron, można stwierdzić, że „Zielona Księga” obejmuje pewne kwestie, które znajdują się przede wszystkim w kompetencji Państw Członkowskich (np. edukacja, urbanistyka).

Celem Platformy Unii Europejskiej ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia jest zatrzymanie i odwrócenie obecnego trendu zjawiska nadwagi i otyłości, pobudzanie dobrowolnych działań w przedsiębiorstwach, społeczeństwie obywatelskim i sektorze publicznym w całej Unii Europejskiej. Członkami Platformy są głównie europejscy przedstawiciele przemysłu spożywczego, handlu detalicznego, gastronomii, przemysłu reklamowego, organizacji konsumenckich oraz organizacji pozarządowych działających na rzecz ochrony zdrowia. Celem Platformy jest zapewnienie koordynacji niezależnych działań podejmowanych przez różne części społeczeństwa. Jednocześnie dzięki Platformie możliwe będzie uwzględnienie koncepcji rozwiązania problemu otyłości w szerszym kontekście polityki Unii Europejskiej⁵.

W skład Europejskiej Sieci ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej (European Network on Nutrition and Physical Activity), powstałej w 2003 roku, wchodzi eksperci powoływani przez Państwa Członkowskie, WHO, konsumenci i organizacje pozarządowe zajmujące się ochroną zdrowia. Zadaniem sieci jest doradzanie Komisji w kwestii rozwoju działalności wspólnotowej mającej na celu poprawę żywienia, zmniejszenie występowania i profilaktykę chorób wywołanych nieprawidłowym żywieniem, promowanie aktywności fizycznej oraz walkę z nadwagą i otyłością. Sieć ta zajmie się analizą informacji zwrotnej udzielonej w odpowiedzi na „Zieloną Księgę”.

Zapobieganie nadwadze oraz otyłości wymaga zintegrowanego podejścia do promowania zdrowia, podejścia, które łączy w sobie promowanie zdrowego trybu życia oraz działania przeciw nierównościom społecznym i ekonomicznym, środowisko fizyczne oraz zobowiązanie do realizowania problematyki zdrowotnej w ramach innych polityk wspólnotowych.

⁵ Zob. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm.

Program działań na rzecz zdrowia publicznego

Znaczenie żywienia, aktywności fizycznej oraz otyłości odzwierciedla *Program działań na rzecz zdrowia publicznego (Public Health Action Programme)*⁶ oraz przygotowywane zgodnie z tym programem roczne plany pracy. W ramach informacji o zdrowiu program wspiera działania mające na celu gromadzenie wiarygodniejszych danych z dziedziny epidemiologii otyłości oraz problematyki behawioralnej. Program ustala zespół czynników stanu zdrowia, w tym żywienie, aktywność fizyczną oraz otyłość. W zakresie problematyki uwarunkowań zdrowia program wspiera projekty europejskie promujące zdrowe nawyki żywieniowe oraz aktywność fizyczną, w tym przekrojowe i integracyjne podejścia, które popierają podejścia ukierunkowane na tryb życia, uwzględniają kwestie społeczno-ekonomiczne i środowiskowe, skupiają się na najważniejszych grupach docelowych oraz głównych ustaleniach i połączeniu pracy nad różnymi uwarunkowaniami zdrowia. Propozycja Komisji Europejskiej dotycząca nowego *Programu ochrony zdrowia i konsumentów*⁷ skupia się szczególnie na promowaniu i profilaktyce, również w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej, oraz przewiduje nowe działanie w ramach profilaktyki określonych chorób.

Proponując porady i pomoc naukową, Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (European Food Safety Authority, EFSA)⁸ może przyczynić się w znacznym stopniu do uwzględnienia proponowanych działań w zakresie żywienia. Podstawowym warunkiem powodzenia każdej polityki żywieniowej jest podniesienie świadomości publicznej na temat związku między żywieniem a zdrowiem, spożyciem produktów wysoce energetycznych i ich korzyścią dla organizmu, na temat żywienia zmniejszającego ryzyko chorób przewlekłych oraz świadomego wyboru żywności – czy to na poziomie krajowym czy wspólnotowym. Konieczne jest przygotowanie jasnego, spójnego, prostego i czytelnego przesłania oraz rozpowszechnienie go z wykorzystaniem różnych kanałów komunikacyjnych w formie właściwej dla kultury lokalnej, wieku oraz płci odbiorców. Edukacja konsumentów przyczyni się do zwiększenia obycia z mediami i polepszy wśród nich zrozumienie znakowania żywności.

⁶ Zob. http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm.

⁷ Zob. http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf.

⁸ WHO Regional Publications European Series, No. 96, 2004.

Poświęcenie szczególnej uwagi dzieciom i młodzieży

W wieku dziecięcym i w okresie dojrzewania dokonuje się ważnych wyborów dotyczących stylu życia i warunkujących zagrożenie zdrowia w wieku dojrzałym; ważne jest zatem odpowiednie ukierunkowanie dzieci uwzględniające zdrowe zachowania. Szkoły propagujące zdrowe żywienie oraz aktywność fizyczną są bardzo ważnym miejscem promowania zdrowia, a także ochrony zdrowia dzieci. Coraz więcej dowodów świadczy o tym, że zdrowa dieta zwiększa koncentrację i zdolność uczenia się. Ponadto szkoły mają możliwości zachęcania dzieci do codziennej aktywności fizycznej. Aby uchronić dzieci przed odbiorem sprzecznych informacji, media, służba zdrowia, społeczeństwo obywatelskie oraz właściwe gałęzie przemysłu muszą wspierać wysiłki, które podejmują rodzice oraz szkoła na rzecz edukacji zdrowotnej.

Włączenie do opieki zdrowotnej profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości

Służba zdrowia oraz kadra medyczna mogą ułatwić pacjentom lepsze zrozumienie zależności między żywieniem, aktywnością fizyczną oraz zdrowiem, a także dokonanie koniecznych zmian w stylu życia. Pacjentów można byłoby odpowiednio zachęcić do dokonania takich zmian, jeśli kadra medyczna w ramach rutynowych kontaktów udzielałaby pacjentom i ich rodzinom praktycznych porad dotyczących korzyści wynikających ze stosowania zdrowego żywienia oraz zwiększenia stopnia aktywności fizycznej. Należy także zwrócić uwagę na możliwości leczenia otyłości.

Rozwiązanie problemów dotyczących środowiska sprzyjającego nadwadze i otyłości

Aktywność fizyczna może być częścią codziennej rutyny (np. poruszanie się pieszo oraz jazda rowerem zamiast korzystania z transportu zmotoryzowanego w drodze do szkoły lub pracy). Polityka transportowa oraz urbanistyka mogą skutecznie ułatwiać i czynić bezpiecznym poruszanie się pieszo, jazdę rowerem i inne formy aktywności fizycznej oraz uwzględniać niezmotoryzowane środki transportu. Zapewnienie bezpiecznych ścieżek rowerowych oraz spacerowych do szkół mogłoby stanowić jeden ze sposobów przeciwdziałania niepokojącemu problemowi nadwagi i otyłości dzieci.

Sprzysiężanie zintegrowanemu i wszechstronnemu podejściu do promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej

Wszechstronne podejście, mające na celu udostępnienie, umożliwienie i uatrakcyjnienie świadomych wyborów na rzecz zdrowia, wiąże się z uwzględnieniem zasadniczej tematyki żywieniowej i aktywności fizycznej.

nej we właściwej polityce na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i europejskim przez stworzenie środowiska wspierającego takie zachowanie oraz tworzenie i rozwijanie narzędzi właściwych do oceny wpływu innej polityki na zdrowe żywienie i aktywność fizyczną⁹.

Przewlekłe występowanie dolegliwości związanych z odżywianiem i aktywnością fizyczną jest znacznie zróżnicowane w zależności od płci, wieku oraz pozycji społeczno-ekonomicznej. Tradycja lokalna oraz regionalna mają znaczący wpływ na przyzwyczajenia żywieniowe oraz aktywność fizyczną. Dlatego podejścia mające na celu promowanie zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej muszą uwzględniać różnicę płci, zróżnicowanie społeczno-ekonomiczne oraz kulturowe, a także brać pod uwagę etap życiowy danych osób. Należy postawić pytanie: Jakie są najważniejsze elementy zintegrowanego i wszechstronnego podejścia do promowania zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej?

Zalecenia dotyczące spożycia składników odżywczych oraz tworzenia wytycznych żywieniowych

Sprawozdanie WHO/FAO określa zasadnicze zalecenia dotyczące spożycia składników odżywczych oraz aktywności fizycznej w związku z profilaktyką najważniejszych chorób niezakaźnych.

Współpraca poza Unią Europejską

Na szczelbu międzynarodowym prowadzi się ostatnio debaty na temat globalnego stosowania reguł zawartych w Codex Alimentarius¹⁰ w zakresie żywienia. Zgodnie z wnioskiem sformułowanym w Strategii Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia, Unia Europejska podziela opinię, że należy rozważyć kwestię sposobu, w jaki tematy żywieniowe można włączyć do pracy nad wspomnianym kodeksem, nie zmieniając przy tym jego obecnego zastosowania.

Program działań na rzecz zdrowia rodzinnego

Istotnym warunkiem powodzenia każdej polityki zdrowotnej jest podniesienie świadomości w kształtowaniu zdrowego stylu życia, a ten problem może być doskonale rozwiązany dzięki wszechstronnemu codziennemu rodzinnemu kształtowaniu właściwego wyboru.

Można przypuszczać, że pedagogizacja rodziców na rzecz promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej odegra ważną rolę w budzeniu świadomości zdrowotnej i proekologicznej. Może się to odbywać

⁹ A number of Community supported projects have developed information systems relating to health and diet, such as VEPSY UPDATED (<http://www.vepsy.com/index.htm>) and MYHEART (<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>).

¹⁰ Zob. http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp.

w środowisku lokalnym między innymi za pośrednictwem mediów. W naturalnych warunkach codziennego życia w rodzinie odbywa się to dzięki zachęce ze strony kogoś z rodziny, kto dokonuje właściwych wyborów. Ojciec, matka, starsze rodzeństwo, dziadkowie przenoszą na teren rodziny swoją wiedzę i doświadczenia w zakresie kreacji zdrowia. Należy zatem stworzyć warunki przepływu wzorów zdrowego stylu życia dla grup rodzinnych, czyli pokolenia dziadków, rodziców, dzieci – rodzeństwa i wnuków (Żukowska, red., 1998, s. 27–31). Nie bez znaczenia jest fakt, że u osób aktywnych fizycznie, oprócz korzystnych oddziaływań podwyższonego wysiłku fizycznego na zdrowie, zwykle występują towarzyszące temu inne zachowania prozdrowotne, jak przestrzeganie zasad racjonalnego odżywiania się, rezygnacja z nałogów (najczęściej palenia papierosów), dbanie o właściwy cykl pracy i wypoczynku, ukształtowanie najlepszego dla siebie dobowego rytmu czynności (Karski, red., 1999, s. 103–104).

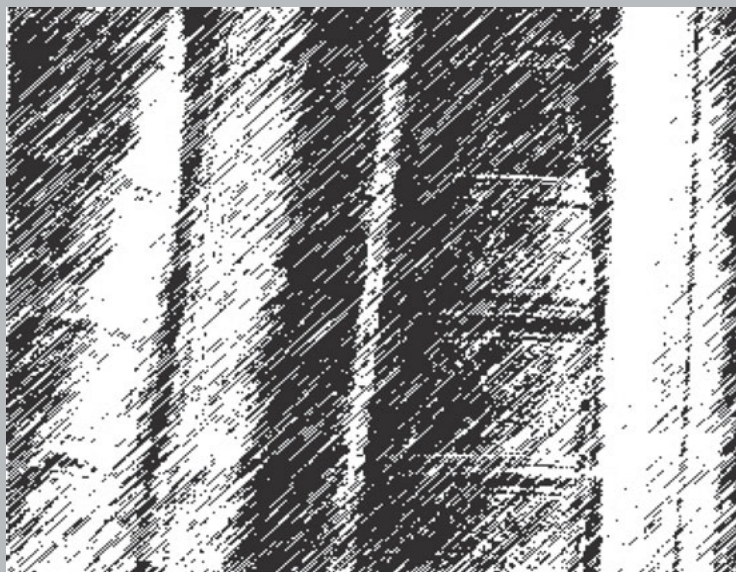
Bibliografia

- Barsh G., Farooqi I.S., O'Rahilly S., 2000: *Genetics of body weight regulation*. "Nature", Vol. 404(6), s. 644–651.
- Bailey S., ed., 2001: *Physical Activity and Ageing*. Meyer and Meyer Sports.
- Bielicki T., 2002: *Professor Tadeusz Bielicki – doctor honoris causa of Academy of Physical Education in Warsaw*. "Antropological Review", Vol. 65.
- Blair S.N., 1993: *Physical activity, physical fitness and health*. Res. Ex. Sport, 4.
- Chief Medical Officer., 2004: *At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health*. London.
- Doll R., Peto R., 1996: *Epidemiology of cancer*. In: *Oxford textbook of medicine*. Eds.: D.J. Weatherall, J.G.G. Ledingham, D.A. Warrell. Oxford.
- Drabik J., 1995: *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa*. Gdańsk.
- Drabik J., 1997: *Aktywność, sprawność i wydolność fizyczna jako mierniki zdrowia człowieka*. Gdańsk.
- Finkelstein E.A. et al., 2004a: *National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much, And Who's Paying?* "Health Affairs", Vol. 10, No. 1377.
- Finkelstein E.A. et al., 2004b: *State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity*. "Obesity Research", Vol. 12.
- Fogel R.W., 1994: *Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy*. "The American Economic Review", Vol. 84(3).
- Franks B.D., Howley E., 1998: *Fitness leadears handbook*. Champaign, III.: Human Kinetics.
- Howley E.T., Franks B.D., 1997: *Health Fitness Instructors. Handbook*. Champaign, III.: Human Kinetics.

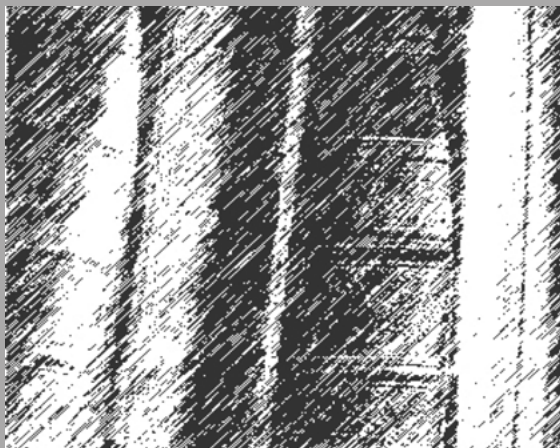
- Karski J.B., red., 1999: *Promocja zdrowia*. Warszawa.
- Osiński W., 2003: *Antropomotoryka*. Poznań.
- Rayner M. et al., 2004: *Nutrient profiles: Options for definitions for use in relation to food promotion and children's diets; Final report*. British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford.
- Report of a WHO*, 1998. Geneva.
- Szadkowska A., Bodalski J., 2003: *Otyłość u dzieci i młodzieży*. „Przewodnik Lekarza”, nr 6(9), s. 54–58.
- The World Health Report, 2002: *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO.
- WHO Regional Publications European, 2004: *Food and health in Europe: a new basis for action*. Series, No. 96.
- Żukowska Z., red., 1998: *Kobieta kreatorką aktywności sportowej w rodzinie*. Warszawa.

Źródła internetowe

- A number of Community supported projects have developed information systems relating to health and diet, such as VEPSY UPDATED (<http://www.vepsy.com/index.htm>) and MYHEART (<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>)
- http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm
- http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm
- http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf
- http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp
- Tackling obesity in England. http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.
- <http://www.pfpz.pl>



Recenzje



**Andrzej Krawański: *Interaktywne uczenie się
i nauczanie w wychowaniu fizycznym i fizjoterapii*
Tworzenie stosunku człowieka do ciała i zdrowia
Poznań, Akademia Wychowania Fizycznego
2006, ss. 268
ISBN 83-88-923-74-9**

Proces kształtowania świadomości prozdrowotnej i pożądaných zachowań człowieka wobec własnego ciała jest niezwykle trudny i wymaga wykorzystania wszelkich dostępnych środków oddziaływania pedagogicznego. Jednym z nich jest zaplanowana i celowa edukacja fizyczna skierowana na rozwój fizyczny i sprawność ciała człowieka, dzięki której odbywa się proces wspomagania zdrowia. Edukacja fizyczna jest niezwykle istotnym elementem promocji zdrowia oraz stanowi bezpośrednio o jakości zdrowia człowieka. Recenzowana praca podejmuje niezwykle interesujące zagadnienie adaptacji współczesnej dydaktyki do kultury fizycznej i zdrowotnej. Autor w nietuzinkowy sposób propaguje wykorzystanie nowoczesnych metod nauczania i uczenia się w procesie kształtowania świadomości i zachowań człowieka wobec własnego ciała i zdrowia. Wątkiem przewodnim jest interaktywne uczenie się i nauczanie, które z powodzeniem może być wykorzystane w edukacji prozdrowotnej. Autor celowo zrezygnował z medycznych i biologicznych charakterystyk aktywności fizycznej człowieka, nie znajdziemy tu także wyczerpującego wykładu dotyczącego metod i sposobów kształtowania sprawności i wydol-

ności organizmu za pomocą środków kultury fizycznej. Głównym celem podjętych w pracy studiów jest poszukiwanie odpowiedzi na pytania: Jak kreować stosunek człowieka do własnego ciała? Jak motywować go do dbania o własne zdrowie i sprawność fizyczną? Jest to zatem, jak podkreśla autor we wprowadzeniu do książki, rodzaj dyskursu pedagogicznego, którego celem jest szeroka promocja zdrowia i zdrowego stylu życia. Autor stawia się w roli zaangażowanego pedagoga, któremu bliska jest troska o kondycję psychofizyczną współczesnego człowieka, pedagoga, który poszukuje sposobów uświadomienia czytelnika o ważności dbania o własne zdrowie i ciało, który świadomy jest konieczności odpowiedzi na pytanie: W jaki sposób za pomocą środków kultury fizycznej zwrócić uwagę człowieka na jego ciało i zdrowie? Można powiedzieć, że monografia jest próbą wskazania istotnych kwestii dotyczących podnoszenia efektywności procesu nauczania i ulepszania pracy dydaktyczno-wychowawczej wszystkich osób zaangażowanych w proces prozdrowotnego kształcenia dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Publikacja powstała z myślą o potrzebach współczesnego człowieka, który żyjąc w świecie nowoczesnych technologii, zatracił nawyki wykorzystywania sił fizycznych na rzecz biernego i pozbawionego aktywności fizycznej spędzania wolnego czasu i nie uświadamia sobie własnej roli w systematycznym dbaniu o własne ciało i zdrowie. Autor dzieli się z czytelnikiem refleksjami, przemyśleniami, czasami wątpliwościami, mającymi bezpośrednie implikacje w życiu codziennym i praktyce pedagogicznej. Ze względu na wagę podejmowanych zagadnień książka może być adresowana do szerokiego grona odbiorców. Z jednej strony może stanowić pożyteczną lekturę dla studentów kierunków przygotowujących przyszłych edukatorów kultury fizycznej, a więc studentów pedagogiki, psychologii, rehabilitacji, medycyny. Z drugiej strony może okazać się wartościową lekturą dla praktyków: nauczycieli, lekarzy, fizjoterapeutów, trenerów, rehabilitantów. Z pewnością także wiele cennych wskazówek odnajdą w niej osoby na co dzień zajmujące się wychowaniem dzieci i młodzieży, a więc rodzice, wychowawcy i opiekunowie.

Opracowanie składa się z czterech rozdziałów, poprzedzanych wprowadzeniem i zakończonych podsumowaniem. Rozdział pierwszy, zatytułowany: *Principia edukacji fizycznej i zdrowotnej*, dotyczy zagadnienia współczesnych dylematów edukacji fizycznej. Rozdział ten jest syntezą przemyśleń, wiedzy, znajomości literatury przedmiotu i poglądów Autora na temat celów, istoty, roli edukacji fizycznej i zdrowotnej. A. Krawański znakomicie wprowadza czytelnika w meandry społecznych i edukacyjnych problemów kultury zdrowotnej i fizycznej. W interesujący a zarazem przystępny sposób charakteryzuje paradygmat wychowania fizycznego i paradygmat pedagogiki zdrowia, rysując wynikające z nich konsekwen-

cje dla promocji zdrowia. W rozdziale tym w przejrzysty sposób wyeksponowane zostały pryncypia edukacji fizycznej w kontekście istniejącej tradycji nauczania. Autor wielokrotnie podkreśla specyfikę interakcji pomiędzy edukatorem a edukowanym, której celem jest wzbudzenie u tego drugiego pozytywnych zmian w psychice, kreowanie nowego stosunku człowieka do ciała i kształtowanie osobowości człowieka zorientowanego na dbałość o ciało i zdrowie. Według autora, wyzwaniem intelektualnym dla każdego pedagoga, nauczyciela, niezależnie od miejsca jego pracy, jest dostosowanie własnej wiedzy oraz umiejętności pedagogicznych do postaw, potrzeb fizycznych i zdrowotnych wychowanków czy podopiecznych.

Rozdział drugi nosi tytuł: *Edukacja fizyczna i terapia zdrowotna – niezbędna płaszczyzna pedagogiczna*. Autor stawia w nim tezę, że zasadniczym celem edukatora zdrowia nie jest jedynie dbałość o wykonywanie zabiegów ogólnorozwojowych w formie ćwiczeń, które mają prowadzić do wyćwiczenia ciała podopiecznego oraz uzyskanie określonego wyniku sportowego, ale oddziaływanie za pomocą środków kultury fizycznej na psychikę człowieka w taki sposób, aby powstała w niej refleksja prozdrowotna. W rozdziale tym poruszone zostały kwestie natury pedagogicznej i socjologicznej związane z rolą edukatora zdrowia w procesie socjalizacji zdrowotnej wychowanków. Autor podkreśla wielokrotnie, że przedmiotem zainteresowań, troski każdego pedagoga powinny być uwarunkowania, prawidłowości procesu kształtowania pożądanых postaw, nawyków, zachowań wobec ciała i zdrowia w domu, szkole, zakładzie pracy, miejscu zamieszkania etc. W dalszej części prezentuje koncepcje pedagogiczne oparte na wychowaniu autorytarnym i antyautorytarnym oraz ich konsekwencje w edukacji zdrowotnej, której celem jest kształtowanie osobowości dbającej o ciało i zdrowie. W odrębnym podrozdziale zamieszcza aksjologiczne refleksje związane z edukacją zdrowotną i daje wyraz przeświadczeniu, że tylko uświadomienie człowiekowi perspektywy aksjologicznej, stanowiącej zasadniczy sens wychowania, doprowadzi do wykształcenia właściwego stosunku człowieka do dbałości o ciało i zdrowie oraz uchroni go przed działaniem instrumentalnym. „Człowiek, podejmując decyzje dotyczące swojego ciała i zdrowia, nie jest całkowicie wolny, musi szanować prawa innych, dostrzegać rolę ciała i zdrowia w perspektywie humanistycznej, a nie wyłącznie utylitarnej czy zdrowotnej”. Uświadomienie człowiekowi tej prawdy jest jednym w najważniejszych zadań edukacji.

W rozdziale trzecim zatytułowanym: *Interaktywne i współuczestniczące nauczanie i uczenie się*, zaprezentowane zostały strategie nauczania niezbędne do realizacji celów edukacji zdrowotnej i fizycznej. Treści omówione w tym rozdziale oparte są na założeniu, że uczący się (uczeń, pacjent) nie może być jedynie biernym naśladowcą i wykonawcą poleceń

nauczyciela, edukatora czy terapeuty. Ma on połączyć otrzymaną, nową wiedzę z już posiadaną i dzięki refleksjom, doświadczeniom wykorzystać ją w świadomy i celowy sposób. Toteż w dalszej części rozdziału uwaga czytelnika zwrócona zostaje na wyjaśnienie pojęć związanych z aktywnym i współuczestniczącym uczeniem się, uczeniem się i nauczaniem przez doświadczenie (cykl Kolba), czyli metodami typowymi dla nowoczesnej dydaktyki. Autor dowodzi, że aktywizujące metody nauczania i uczenia się nadają się szczególnie do tych aspektów, które dotyczą zachowania człowieka, a więc mogą być z powodzeniem wykorzystane w edukacji zdrowotnej. W kolejnych podrozdziałach zostały opisane metody i techniki dydaktyczne, które mogą być wykorzystane w realizacji celów prozdrowotnych: zajęcia typu warsztatowego, metody i techniki aktywizujące w dydaktyce wychowania fizycznego (integracyjne, diagnostyczne, rozwijające twórcze myślenie i twórcze rozwiązywanie problemów, dyskusyjne, grupowego podejmowania decyzji, planowania).

Rozdział czwarty: *Nauczanie i uczenie się stosunku do ciała i zdrowia – niezbędna płaszczyzna dydaktyczna*, zawiera bogaty opis postępowania dydaktycznego, którego zasadniczym celem jest wdrożenie interaktywnego sposobu nauczania i uczenia się do procesu edukacji fizycznej i zdrowotnej w placówkach oświatowych i medycznych. Autor prezentuje stanowisko, że dotychczasowy sposób realizacji celów edukacji fizycznej we wspomnianych placówkach wymaga zasadniczej zmiany. Wykorzystanie przez edukatora nowoczesnych metod nauczania w edukacji fizycznej nie tylko doprowadzi do aktywnego udziału edukowanego w procesie kształtowania własnego rozwoju i sprawności fizycznej ciała, ale przede wszystkim umożliwi edukatorowi wpływ na reorientację stosunku człowieka do własnego ciała i zdrowia oraz spowoduje uświadomienie sobie związku tego rodzaju aktywności życiowej z uzyskiwaną poprawą jakości życia. W szczególności sposób Autor zwraca uwagę czytelnika na aktywizujące i kreatywne metody nauczania, a wśród nich metody zabawowe, problemowe, ekspresji ruchowej, metodę ruchu rozwijającego. Odrębne miejsce poświęca Autor koncepcji uczenia się przez doświadczenie w zastosowaniu do edukacji fizycznej i terapii zdrowotnej.

W rozdziale znajdziemy także obszernie analizy ujęcia lekcji wychowania fizycznego w perspektywie interaktywnej oraz propozycje nauczania stosunku do ciała i zdrowia w placówce medycznej. Rozdział kończy niezwykle cenny opis wykorzystania metody projektu do wprowadzania zmian w środowisku rodzinnym uczniów, pacjentów, wychowanków.

Do wytworzenia trwałych zmian w zachowaniach i nawykach człowieka nie wystarczy świadome uczestnictwo w lekcji wychowania fizycznego w szkole czy w zajęciach rehabilitacyjnych w szpitalu bądź w sanatorium. Po cyklu doraźnych ćwiczeń związanych z dbałością o rozwój

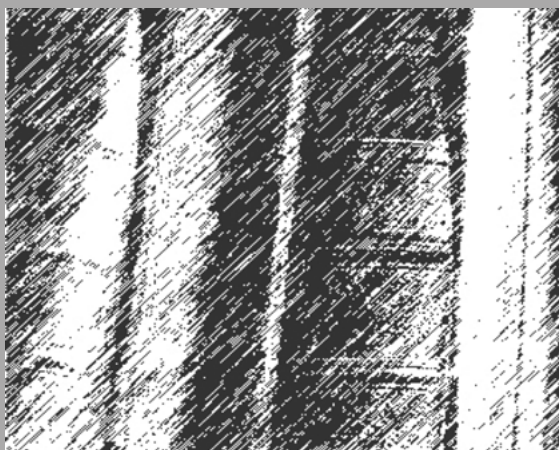
i sprawność ciała, kolejnym krokiem jest umiejętne zaplanowanie nowego, zdrowego stylu odżywiania się i trybu życia. Dlatego w rozdziale tym znajdujemy interesujący opis projektów dotyczących planowego i usystematyzowanego wprowadzania zmian w stylu życia, sposobie odżywiania, aktywności fizycznej.

W pracy zamieszczono także cenne aneksy, w których zawarto przykładowe kwestionariusze ankiet do badania prozdrowotnych determinantów stylu życia. Czytelnik odnajdzie tu przejrzyste i wartościowe schematy wyjaśniające prawidłowe nawyki żywieniowe. Książkę kończy bogata bibliografia zawierająca pozycje źródłowe z literatury rodzimej jak również obcojęzycznej.

Istotnym walorem poznawczym książki jest sposób narracji, jakim posługuje się Autor. Z jednej strony mamy do czynienia z naukowym i rzetelnym wykładem, z drugiej strony w żywy i lekki sposób omawia on problematykę, skłaniając czytelnika do własnych przemyśleń. Poruszona w rozdziale czwartym koncepcja refleksyjnego praktyka została przez Autora w znakomity sposób wykorzystana w kontakcie z czytelnikiem, który dzięki lekturze książki staje się refleksyjnym odbiorcą, zastanawiającym się nad własną kondycją psychofizyczną, nawykami żywieniowymi i prozdrowotną świadomością. Walor ten wydaje się szczególnie istotny, gdyż aby skutecznie realizować proces nauczania i wychowania prozdrowotnego, każdy wychowawca, rodzic, nauczyciel czy pracownik służby zdrowia musi wykazać się twórczością i refleksyjnością w swych działaniach. Omawiane w pracy treści mają nie tylko niezaprzeczalną wartość w sensie poznawczym czy informacyjnym, ale przede wszystkim pobudzają do myślenia, wysnucia własnych wniosków i powzięcia postanowień.

Kończąc lekturę omawianej książki czytelnik uświadamia sobie ogrom zadań, jakie stoją przed każdym edukatorem zdrowia pragnącym skutecznie wywiązywać się ze swej roli. Rola ta jest niezwykle trudna, gdyż jej istota polega na podejmowaniu takich działań pedagogicznych, które doprowadzą do uświadomienia sobie przez osobę edukowaną, jak ważna jest troska o własne ciało i zdrowie, dostrzeganie związków podejmowanych aktywności ze zdrowiem i jakością życia, doświadczanie walorów i słabości własnego ciała oraz pojawienie się głębokich, osobistych refleksji dotyczących preferowanego stylu życia.

Beata Dyrda



Czesław Lewicki:
*Edukacja zdrowotna –
systemowa analiza zagadnień*
Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu
Rzeszowskiego 2006, ss. 352
ISBN 978-83-7338-203-9

Edukacja zdrowotna daje najlepsze rezultaty w okresie dzieciństwa i młodości (K u l i k, 1997, s. 91), ponieważ zachowania zdrowotne kształtują się przede wszystkim w początkowym okresie rozwoju człowieka. Dokonuje się to w procesie socjalizacji rozumianej jako przekazywanie potomstwu wiedzy o otaczającym świecie (K a w u l a, 1998, s. 38) lub jako ogół działań ze strony społeczeństwa, zwłaszcza rodziny, szkoły i środowiska społecznego, zmierzający do uczynienia z jednostki istoty społecznej (O k o Ń, 2004, s. 373–374). Zakres zachowań zdrowotnych obejmują wszystkie nawyki, zwyczaje, postawy odnoszące się do zdrowia, podejmowane zarówno przez poszczególne jednostki, jak i całe grupy ludzi (T o b i a s z - A d a m c z y k, 2000, s. 42).

Prezentowana problematyka badawcza tej wartościowej książki naukowej skupia się na analizie dwóch podstawowych i najważniejszych systemów edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, tj. systemu edukacji zdrowotnej w rodzinie oraz systemu edukacji zdrowotnej w szkole.

Monografia składa się ze wstępu, ośmiu rozdziałów i zakończenia wraz ze starannie opracowaną bibliografią, spisem rysunków i tabel oraz in-

deksem nazwisk. Aneks zaopatrzony jest w program nauczania z podziałem na moduły, schemat Cyryla Bibby'ego, który obejmuje treści wychowania zdrowotnego w różnych okresach rozwoju dziecka, propozycje programów edukacji zdrowotnej oraz narzędzia diagnostyczne, takie jak: kwestionariusz ankiety dla rodziców, ankieta dla nauczycieli, skala samooceny kompetencji rodziców w zakresie edukacji zdrowotnej i aktywności fizycznej dzieci, testy wiedzy i umiejętności zdrowotnych.

Pierwszy rozdział, zatytułowany *Teoretyczne problemy edukacji zdrowotnej*, poświęcony został analizie rozstrzygnięć terminologicznych dotyczących takich pojęć, jak: „zdrowie”, „wychowanie zdrowotne”, „edukacja zdrowotna”, „kultura zdrowotna”, „kultura fizyczna”, „aktywność fizyczna”. Omówiona została także pedagogika społeczna wobec zagadnień zdrowia i edukacji zdrowotnej. Autor uzasadnia miejsce edukacji zdrowotnej w systemie nauk. Omawiany rozdział kończy usytuowanie edukacji zdrowotnej w aspekcie historycznym, ukazanie dorobku naukowego dotyczącego zainteresowań zdrowiem i stosowanie różnych pojęć dotyczących zdrowia. Autor podkreśla „z całą odpowiedzialnością, że edukacja zdrowotna nie jest wymysłem współczesnych czasów, ale ma bardzo bogatą historię, z której można się wiele nauczyć” (s. 52).

Zdrowie współczesnego człowieka – jak pisze Autor – „zdeteterminowane jest wieloma czynnikami o charakterze makrostrukturalnym, do których zalicza się m.in. procesy demograficzne, czynniki społeczno-ekonomiczne, a przede wszystkim zagrożenie ubóstwem społecznym i mikrosocjalnym, które dotyczy środowiska życia i wiąże się głównie z funkcjonowaniem rodziny” (s. 70). Dlatego też drugi rozdział: *Uwarunkowania i zagrożenia zdrowia współczesnego człowieka*, został poświęcony zdrowiu i chorobie. Ponieważ pozytywne postrzeganie zdrowia zmusza do poszukiwań jego uwarunkowań, Autor prezentuje kilka teorii przyczyn choroby i ich kluczowych idei; teorię drobnoustrojów, teorię epidemiologicznej triady, teorię materii przyczyn choroby, teorię ogólnej podatności oraz teorię społeczno-środowiskową, na którą zwraca szczególną uwagę. W tej części pracy czytelnik zapoznany zostaje z wybranymi elementami stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem żywienia, dotlenienia organizmu, snu, pielęgnowania skóry i hartowania organizmu. Autor wskazuje związek stanu zdrowia oraz poziomu sprawności fizycznej człowieka z jego wzmożoną aktywnością fizyczną lub jej brakiem. Omówione zostały również inne uwarunkowania zdrowia, takie jak: środowisko fizyczne i społeczne, czynniki genetyczne oraz służba zdrowia, i ich wpływ na zdrowie człowieka. W drugim podrozdziale Autor omawia wybrane aspekty zagrożeń zdrowia współczesnego człowieka.

W trzecim rozdziale: *System edukacji zdrowotnej i jego struktura*, Autor dokonał analizy tego systemu. Biorąc pod uwagę różne jego cechy,

Cz. Lewicki stwierdza: „[...] proces edukacji zdrowotnej można uznać za system. To dynamiczny układ powiązanych ze sobą pod względem celowym, logicznym i funkcjonalnym takich grup elementów, jak: osoby, procesy i współczynniki, [...] zmiana jednego elementu systemu powoduje zmiany innych elementów oraz całości” (s. 99). Kompletny system edukacji zdrowotnej podporządkowany realizacji Narodowego Programu Zdrowia powinien przynosić efekty w postaci właściwie ukształtowanych postaw zdrowotnych dzieci, młodzieży i dorosłych.

Rozdział czwarty zatytułowany został: *System edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w rodzinie*. Przyjmując założenie, że „zdrowie zaczyna się w domu”, Autor podkreślił niezwykle rolę rodziny w kształtowaniu i ochronie zdrowia jej członków, głównie dzieci i młodzieży. Analizie zostało poddane pojęcie rodziny, jej funkcje, kompetencje i ograniczenia rodziców w zakresie edukacji zdrowotnej, cele, motywy i kierunki działań prozdrowotnych rodziców oraz metody, formy i środki edukacji zdrowotnej i aktywizacji ruchowej dzieci i młodzieży w rodzinie. W kolejnym podrozdziale pokazane są konsekwencje typowych błędów rodziny w zakresie edukacji zdrowotnej. Autor omawia najbardziej typowe zachowania rodziców i dzieci przy poszczególnych negatywnych postawach oraz ich skutki zdrowotne.

Analiza systemu edukacji zdrowotnej szkoły ze szczególnym zwróceniem uwagi na szkołę promującą zdrowie przedstawiona została w rozdziale piątym, zatytułowanym: *System edukacji zdrowotnej szkoły*. Autor podkreśla znaczenie edukacji zdrowotnej w każdej szkole, jej założenia realizowane w ramach reformy systemu edukacji zdrowotnej, kompetencje i ograniczenia nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej, cele i treści, metody i formy oraz środki realizacji celów szkolnej edukacji zdrowotnej. W dalszej części prezentuje instytucje wspomagające rodzinę i szkołę oraz środki masowego przekazu w procesie edukacji zdrowotnej.

W rozdziale szóstym: *Kształtowanie postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży*, Autor prezentuje rodzaje i mechanizmy oraz metodyczne problemy kształtowania się postaw zdrowotno-sprawnościowych dzieci i młodzieży. Podkreśla znaczenie tego problemu, ponieważ „kształtowanie się postaw zdrowotnych człowieka nie jest rzeczą łatwą ani krótkotrwałą, wymaga ono niekiedy długotrwałych i skomplikowanych zabiegów edukacyjnych” (s. 237).

Rozdział siódmy: *Efekty systemu edukacji zdrowotnej*, zogniskowany został na ocenie zdrowia, rozwoju, sprawności, aktywności fizycznej oraz wiedzy zdrowotnej dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Podstawą prowadzonych eksploracji są dane z wyników badań Instytutu Matki i Dziecka i GUS-u oraz badania własne Autora przeprowadzone w latach 1996–1999 w trzech środowiskach wychowawczych. Wyniki badań pre-

zestawione są w czytelnych tabelach i zaopatrzone w jasną interpretację. Pracę zamyka rozdział zatytułowany *Ewaluacja systemu edukacji zdrowotnej*.

Publikacja jest godna polecenia z uwagi na wyczerpującą analizę poruszanych problemów, pogłębioną syntezę literatury przedmiotu i przeprowadzonych badań.

Bibliografia

- Kawula S., 1998: *Komplementarność w analizie życia rodzinnego – ujęcie nauk społecznych*. W: *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*. Red. S. Kawula, J. Brągiel, A. Janke. Toruń.
- Kulik T.B., 1997: *Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole*. Stalowa Wola.
- Okoń W., 2004: *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa.
- Tobiasz-Adamczyk B., 2000: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków.

Joanna Bulska

W 2008 roku nakładem

Wydawnictwa Uniwersytetu Śląskiego

ukazały się następujące publikacje z dziedziny pedagogiki i psychologii:

„Chowanna”, T. 1 (30): *Jakości egzystencjalne wyzwaniem dla pedagogiki i edukacji*.
Red. Teresa Borowska.

Nauczyciel i rodzina w świetle specjalnych potrzeb edukacyjnych dziecka. (Szkic monograficzny). Red. Adam Stankowski.

Andrzej Czerkawski, Anna Nowak: *Wybrane zagadnienia patologii społecznej – implikacje empiryczne*.

Ewa Jarosz: *Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna*.

Małgorzata Łączyk: *Osobowościowe uwarunkowania preferencji zawodowych młodzieży*.

Irena Pilch: *Osobowość makiawelisty i jego relacja z ludźmi*.

Ewa Syrek: *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*.

Urszula Tabor: *Biograficzne uwarunkowania rozwoju nauczyciela. Analiza jakościowa*.

Beata Dyrda, Irena Przybylska, Sabina Koczoń-Zurek: *Podstawy prawne i organizacyjne oświaty. Skrypt dla studentów pedagogiki*.

Nr indeksu 330566
PL ISSN 0137-706X

Copyright © 2008 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

Redaktor
BARBARA MALSKA

Projekt okładki
i szaty graficznej
BEATA MAZEPA-DOMAGAŁA

Redaktor techniczny
MAŁGORZATA PLEŚNIAR

Korektor
LIDIA SZUMIGAŁA

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Ark. druk. 15,5. Ark. wyd. 16,5. Papier offset.
kl. III, 80 g Cena 27 zł

Łamanie: Pracownia Składu Komputerowego

Wydawnictwa Uniwersytetu Śląskiego

Druk i oprawa: EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, Spółka Jawna
ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek



Zasady opracowania materiałów

1. Redakcja przyjmuje teksty nigdzie dotąd nie publikowane.
2. Nadsyłane prace będą recenzowane, a następnie omawiane na posiedzeniach Redakcji, która podejmie decyzję w sprawie zakwalifikowania ich do druku. O decyzji Redakcji Autor zostanie poinformowany. W przypadku niezakwalifikowania artykułu do druku zostanie on zwrócony Autorowi. (Prace realizowane między innymi w ramach grantu powinny być opatrzone informacją o rodzaju, numerze i tytule problemu badawczego).
3. Objętość tekstu nie może przekraczać 16 stron maszynopisu, łącznie z bibliografią, przypisami, tabelami, rysunkami. Wyjątek od tej zasady stanowią jedynie artykuły zamówione.
4. Materiały przekazane do redakcji powinny zawierać:
 - komputerowy wydruk tekstu wraz z dyskietką, ewentualnie maszynopis tekstu (znormalizowany, w dwóch egzemplarzach) wraz z bibliografią (uporządkowaną alfabetycznie, w układzie nazwisko/data),
 - tabele, rysunki (wydruk oraz dyskietka, ewentualnie wykonane starannie na kalce technicznej, opisane, w jednym egzemplarzu),
 - streszczenia w języku polskim i w języku angielskim,
 - przypisy: bibliograficzne (podane w tekście głównym, umieszczone w nawiasach w układzie nazwisko/data), rzeczowe (opatrzone cyfrą odpowiadającą numeracji ciągłej przypisów w tekście głównym, napisane na oddzielnej stronie),
 - informacje o Autorze (imię i nazwisko, tytuł, stopień naukowy i zawodowy, specjalność, stanowisko i miejsce pracy, aktualnie pełnione funkcje w stowarzyszeniach i towarzystwach krajowych i zagranicznych, adres do korespondencji, adres domowy, numer telefonu).

WARUNKI PRENUMERATY

Warunkiem regularnego otrzymywania „Chowanny” jest złożenie zamówienia na prenumeratę roczną. W roku 2009 oprócz stale ukazujących się numerów zostanie wydany dodatkowy, jubileuszowy tom czasopisma.

Cena każdego z tomów wyniesie 30 zł.

Zamówienia prosimy wysłać pod adresem:

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU ŚLĄSKIEGO

UL. BANKOWA 12B, 40-007 KATOWICE

www.wydawnictwo.us.edu.pl

e-mail: wydawus@us.edu.pl

tel. (032) 359-15-70

Bieżące numery można nabywać bezpośrednio w księgarni Wydawnictwa ul. Bankowa 12 (budynek rektoratu) lub zamawiać korespondencyjnie za zaliczeniem pocztowym.

Subscription orders for all the magazines published in Poland available through the local press distributors or directly through the

Foreign Trade Enterprise

ARS POLONA

Krakowskie Przedmieście 7, 00-950 Warszawa, Poland

Bank Account: Bank Handlowy SA w Warszawie 201061-710-1310

Księgarnia Wysyłkowa

„LEXICON”

Maciej Woliński

skrytka pocztowa 957, 00-950 Warszawa 1

tel./fax (022) 625-01-29, (022) 648-41-23

e-mail: lexicon@medianet.pl

KOLPORTER SA

ul. Strycharska 6

25-659 Kielce

