

Ewa Syrek

Zdrowie i wychowanie a jakość życia

Perspektywy i humanistyczne
orientacje poznawcze

Wydawnictwo
Uniwersytetu Śląskiego
Katowice 2008



Zdrowie i wychowanie a jakość życia

Perspektywy i humanistyczne
orientacje poznawcze



NR 2622



Ewa Syrek

Zdrowie i wychowanie a jakość życia

Perspektywy i humanistyczne
orientacje poznawcze

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Katowice 2008

Redaktor serii: Pedagogika
Adam Stankowski

Recenzenci
Tadeusz Frąckowiak
Marian Śnieżyński

Publikacja dostępna także w wersji internetowej:

Śląska Biblioteka Cyfrowa
www.sbc.org.pl

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział I	
Pedagogika zdrowia. Obszary zainteresowań badawczych	15
Rozdział II	
Środowisko, kultura i zdrowie. Modele polityki i stanowiska w kwestii promocji zdrowia	35
Rozdział III	
Zdrowie i start w życie a ryzyko egzystencjalne	69
Rozdział IV	
Rodzinny kontekst deprywacji potrzeb, zagrożeń rozwojowych i zdro- wia	93
Rozdział V	
Jakość życia rodziny a sytuacja socjalizacyjna dziecka chorego	131
Rozdział VI	
Promocja zdrowego stylu życia rodzinnego — pedagogiczny aspekt za- gadnienia	167
Zakończenie	191
Bibliografia	195
Indeks osobowy	219
Summary	225
Zusammenfassung	226

Wstęp

O d zarania dziejów ludzka solidarność społeczna związana była z walką przeciwko śmierci i skierowana przeciw czynnikom zbliżającym człowieka do śmierci, a więc chorobie, niedostatkowi, zniszczeniu¹. Zainteresowanie problematyką zdrowia w filozofii i naukach o wychowaniu ma swą wielowiekową tradycję. Co prawda, obszar tych zainteresowań i optyka widzenia problemów zmieniły się w dziejach przeobrażeń społecznych i rozwoju poszczególnych dyscyplin naukowych, ale sporo z nich pozostało nadal aktualnych. Wielu starożytnych filozofów, między innymi Platon i Arystoteles, zajmowało się zagadnieniami zdrowia także w kontekście założenia rodziny i posiadania zdrowego potomstwa. Oba filozofów uważało, że wychowanie zdrowych obywateli jest sprawą wagi państwowej i powinno być uregulowane prawnie. Platon podkreślał, że obywatele państwa stanowią rodzaj „kapitału” społecznego, który jest naturalnym zasobem państwa, dlatego uważał, że egzystencję obywateli należy podporządkować polityce zdrowotnej państwa². Pouczająca lektura Gustawa Dolińskiego pt. *Jak u nas chowano dzieci?* (1899)³ przekonuje, że zagadnienia zdrowia w dziejach nie były obojętne lekarzom, filozofom, pisarzom, nauczycielom, władcom oraz wszystkim tym, którzy interesowali się sprawami wychowania młodego pokolenia w danej epoce historycznej dla społecznego pożytku.

Podmiotem moich zainteresowań, oprócz innych wątków prezentowanych w niniejszym opracowaniu, jest dziecko w rodzinie. Współcześnie podkreśla

¹ F. Znaniecki: *Socjologia wychowania*. T. 1–2. Warszawa 2001, s. 370.

² T. Sahaj: *Jak założyć rodzinę i mieć zdrowe dzieci? Recepty życiowe Platona i Arystotelesa*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2003, nr 66 (2), s. 151–158.

³ G. Doliński: *Jak u nas chowano dzieci? Zarys dziejów pedagogiki polskiej*. Warszawa 1899.

się „iż nigdy jeszcze nie wiadziiano o dziecku tak wiele i tak różnych rzeczy jak w naszych czasach. Ale też żadna epoka nie wiedziała mniej o tym, czym jest dziecko, niż współczesna”⁴. Początki naukowej refleksji nad dzieciństwem odnotowujemy w połowie XIX wieku, a zawdzięczamy to psychologii rozwojowej. Przedstawiciele nauk społecznych dzieciństwo określili jako kategorię społeczno-kulturową będącą obrazem dziecięcej kreacji. Węższe rozumienie dzieciństwa odnosi się do indywidualnego dziecięcego świata doświadczeń, znaczeń, wartości i przeżyć związanych z rodziną, grupami i ze zjawiskami społecznymi. Szersze rozumienie dzieciństwa wiąże się z historyczno-społeczno-kulturową kategorią opisującą sytuację i położenie społeczne dzieci jako grupy społecznej. Współczesne dzieciństwo nabiera innego kształtu ze względu na dokonujące się zmiany i wynikające z gwałtownych przemian cywilizacyjnych zagrożenia, którymi dotkniętych jest wiele rodzin, i to często do tego stopnia, że dziecko staje się ofiarą niezaradności i patologii zachowań rodzicielskich⁵. Dzieciństwo jako kategoria społeczna stało się problemem analiz i zainteresowań badawczych wielu pedagogów oraz przedstawicieli innych nauk społecznych⁶ przede wszystkim dlatego, że jakość dzieciństwa warunkują nie tylko czynniki biologiczne, ale także kulturowe, społeczne, środowiskowe. Jerzy Modrzewski⁷, analizując zagadnienia związane z uczestnictwem społecznym i nabywaniem kompetencji społecznych, zwraca między innymi uwagę, że niedostateczne ujawnianie przez dzieci oczekiwanych społecz-

⁴ D. Waloszek: *Dziecko*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Red. T. Pilch. T. 1. Warszawa 2003, s. 883.

⁵ Zob. B. Smolińska-Theiss: *Dzieciństwo*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku...*, T. 1, s. 868–872.

⁶ Zob. między innymi: J. Modrzewski: *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*. Poznań 2004; S. Kawula: *Dziecko w rodzinie ryzyka — zagrożenia społeczne*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 1997, nr 2; I. Lepalczyk, E. Marynowicz-Hetka: *Instytucjonalna pomoc dziecku i rodzinie. Diagnozy i propozycje*. Wrocław—Łódź 1988; K. Marzec-Holka: *Przemoc seksualna wobec dziecka. Studium pedagogiczno-kryminologiczne*. Bydgoszcz 1999; Eadem: *Dzieciobójstwo*. Bydgoszcz 2004; A. Miller: *Zniewolone dzieciństwo*. Warszawa 1999; B. Smolińska-Theiss: *Dzieciństwo w małym mieście*. Warszawa 1994; Eadem: *Trzy nurty badań nad dzieciństwem*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1995, nr 10; W. Theiss: *Zniewolone dzieciństwo. Socjalizacja w skrajnych warunkach społeczno-politycznych*. Warszawa 1996; J. Gajda: *Dziecko a konflikty matzniejskie*. Warszawa 1986; P. Aries: *Historia dzieciństwa*. Gdańsk 1995; W. Danilewicz, J. Izdebska, B. Krzesińska-Zach: *Pomoc dziecku i rodzinie w środowisku lokalnym*. Białystok 1995; *Dziecko wśród dorosłych*. Red. J. Bińczyska. Warszawa 1990; *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. Melosik. Toruń—Poznań 1999; *Dzieci ulicy. Profilaktyka. Resocjalizacja*. Red. G. Olszewska-Baka. Białystok 2000; B. Głowacka, L. Pytko: *Być dzieckiem i przetrwać*. Warszawa 2002; R. Grochocińska: *Psychospołeczna sytuacja dzieci w rodzinach rozbitych*. Gdańsk 1990; A. Kwak, A. Mościskier: *Rzeczywistość praw dziecka w rodzinie*. Warszawa 2002; A. Roter: *Proces socjalizacji dzieci w warunkach ubóstwa społecznego*. Katowice 2005; B. Matyjas: *Dzieciństwo w kryzysie. Etiologia zjawiska*. Warszawa 2008.

⁷ J. Modrzewski: *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne...*, s. 110–111.

nie możliwości ukształtowania kompetencji społecznego uczestnictwa może wynikać z braku odpowiedniego układu społecznej identyfikacji, w którym mogłoby nastąpić ukształtowanie się i realizacja perspektywy życiowej danej kategorii dzieci, także z braku socjalnego i materialnego zabezpieczenia potrzeb egzystencjalnych z powodu nieporadności lub nieodpowiedzialności za nie rodziców bądź opiekunów, z braku odpowiedniej kontroli wychowawczej oraz ujawniania negatywnych i patologicznych zachowań, braku podstawowej rodzinnej socjalizacji dziecięcej. Ponadto upośledzenie, ograniczenie psychiczne i społeczne oraz choroby przewlekłe stanowią dla dzieci barierę blokującą lub hamującą dynamikę ujawniania kompetencji uczestnictwa społecznego w przejściu do kolejnej fazy cyklu życiowego.

Swą uwagę skupiłam zatem na zaniedbywaniu zdrowia dziecka w rodzinie, jest ono bowiem jednym z elementów przemocy wobec dziecka. Zaniedbywanie zdrowia polega, najogólniej mówiąc, na braku zaspokojenia wielu potrzeb dziecka, tych tzw. egzystencjalnych oraz emocjonalnych, a także na zaniechaniu działań rodzicielskich o charakterze opiekuńczo-wychowawczym. Zaniedbywanie zdrowia dziecka w rodzinie stanowi poważną barierę w jego rozwoju. Konsekwencje zaburzenia rozwoju w dzieciństwie mają decydujący wpływ na zdrowie i dalsze życie. Ważne aspekty zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego rozwijają się we wczesnym okresie życia jako efekt okresu prenatalnego, tak więc zależą one od rodziców (wyposażenie genetyczne) i od opieki postnatalnej oraz od jakości środowiska fizycznego i społecznego we wczesnych latach życia⁸. Trudno zatem przecenić znaczenie funkcjonowania rodziny dla optymalnego rozwoju dziecka. Jednak współczesna rzeczywistość społeczna, w której egzystują rodziny, a także patologia życia rodzinnego nie dają dzieciom równych szans w pomnażaniu zdrowia i rozwoju, a podejmowane społeczne i medyczne działania kompensacyjne nie obejmują wszystkich potrzebujących dzieci, w wielu przypadkach okazują się niewystarczające. Ostatnie lata przynoszą coraz większe zainteresowanie jakością życia ludzi, także w warunkach polskich⁹.

Szczególnie ważnym wyznacznikiem jakości życia jest stan zdrowia, toteż swe zainteresowanie skupiam w tej pracy na społecznych wyznacznikach jakości życia dziecka chorego/niepełnosprawnego jako osoby zależnej od rodziców i opiekunów, którzy ponoszą za nie odpowiedzialność prawną i moralną.

W rozdziale I, w sposób bardzo skrótowy, odwołuję się do niektórych osiągnięć związanych z wychowaniem zdrowotnym w Polsce i podejmuję próbę nakreślenia obszarów zainteresowań badawczych współczesnej peda-

⁸ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Tłum. J.B. Karński. Warszawa—Kra-ków 2001.

⁹ Zob. np. *Diagnoza społeczna 2003. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapin-ski, T. Panek. Warszawa 2004.

gogiki zdrowia jako subdyscypliny pedagogiki. Mając na uwadze sukcesywny rozwój współczesnych subdyscyplin pedagogiki i zazębianie się pól penetracji poznawczej, swoje wywody traktuję raczej jako głos w dyskusji niż formułowanie ostatecznych rozstrzygnięć.

W wielu współczesnych dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia podkreśla się nie tylko znaczenie zdrowia dla jakości życia jednostek i grup społecznych, ale także dla pomyślności rozwoju kulturowego, społecznego, ekonomicznego społeczeństw. Florian Znaniecki w swej *Socjologii wychowania*¹⁰ wiele uwagi poświęcił zagadnieniom zdrowia. Zwrócił uwagę na udział osobnika w zachowaniu biologicznego podłoża grupy społecznej, wskazując, że typy fizyczne różnicują się w zależności od funkcji społecznych, do których ciało osobnika ma służyć. Obowiązkiem członka grupy społecznej było wystrzeganie się śmierci i choroby. W związku z tym autor podkreśla ogromne znaczenie wychowania fizycznego, które powinno ukształtować przyszłego członka grupy na pożądaną *typ higieniczny* (jest on różny na różnych poziomach kultury), zapobiegając rozwojowi ujemnych właściwości zdrowotnych, a rozwijając właściwości dodatnie. Najbardziej rozpowszechnionym celem wychowania fizycznego było urabianie *typów obyczajowo-estetycznych*, ponieważ wiązało się to z powinnością stosowania się do wzorów obyczajowych grupy (ubranie, oznaki zewnętrzne, przyzwyczajenia ruchowe, np. siedzenie, leżenie), a odróżniających je od innych grup. Podział osobników na *typy hedonistyczne* wiąże się z hedonistyczną wartością ciała dla samego podmiotu, a podział na *typy fizyczno-utilitytarne* nadaje w wychowaniu pewnym zręcznościom i przyzwyczajeniom szczególne znaczenie typowych właściwości fizycznych, kiedy zaś te zręczności wchodzą w zakres sportu, określa się go mianem *typ sportowy*. Podziału osobników dokonano też ze względu na ich wartość rozrodczą jako *typów geneonomicznych* (aby dzieci osobników danej grupy odpowiadały sprawdzianom doskonałej cielesności). Typy te wyodrębnione zostały z powodu determinacji społecznej, spowodowanej ich rolą genetyczną jako rodziców przyszłego pokolenia; pojawienie się ich, jak podkreśla autor, następuje w późniejszym rozwoju kulturalnym, wymagają bowiem wyższego szczebla refleksji i planowości w relacjach między grupą a członkiem grupy¹¹. Rozwój nauk biologicznych oraz medycyny dostarczył wielu dowodów potwierdzających znaczenie dziedziczności dla zdrowia człowieka, ale osiągnięcia badawcze nauk społecznych wskazują, jak wielką rolę odgrywają czynniki zewnętrzne, które tworzą środowisko życia oraz rozwoju dzieci i młodzieży, i jakie w związku z tym mają dla tego rozwoju znaczenie warunki życia i wychowanie. Zainteresowanie znaczeniem warunków społecznych dla zdrowia znalazło wyraz w pracach medyków i reformatorów

¹⁰ Zob. F. Znaniecki: *Socjologia wychowania...*, s. 365–369.

¹¹ Ibidem, s. 393 i nast.

społecznych już w połowie XVIII wieku. W tym kontekście szczególną rolę odegrali: Alexandre F. Fourcault, lekarz i higienista społeczny, podkreślający potrzebę profilaktycznych działań przeciwko chorobom przewlekłym, zwłaszcza gruźlicy, ze szczególnym zwróceniem uwagi na konieczność poprawy warunków higienicznych pracy wszystkich zatrudnionych, a nade wszystko — dzieci pracujących zarobkowo, oraz Johann P. Frank, twórca teorii zdrowia publicznego i medycyny społecznej¹².

Rozdział II niniejszego opracowania poświęcam zagadnieniom definicyjnym zdrowia oraz eksponuję przede wszystkim środowiskowe uwarunkowania zdrowia, podkreślając kwestie nierówności w stanie zdrowia. W gwałtownie bowiem zmieniającej się w ostatnich latach rzeczywistości ekonomicznej, społeczno-kulturowej współczesny człowiek znajduje się często w nowych sytuacjach życiowych, z którymi nie zawsze dobrze sobie radzi. To z kolei odbija się zwykle na zdrowiu dzieci i młodzieży. Wciąż aktualne wydaje się następujące stwierdzenie Floriana Znanieckiego: „[...] punkt ciężkości przenosi się z higieny negatywnej indywidualnej na higienę życia zbiorowego oraz środowiska naturalnego i technicznego. Zamiast tylko ostrzec osobnika przed zętknięciem ze szkodliwymi wpływami otoczenia, staramy się raczej otoczenie to unieszkodliwić, dostosowując je do potrzeb zdrowotnych człowieka”¹³.

Nauki społeczne znacznie poszerzyły spektrum swych zainteresowań badawczych i koncepcyjnych, wychodząc naprzeciw potrzebom poznawania nowych lub zmieniających się obszarów ludzkiej egzystencji, a także konsekwencji licznych zagrożeń zdrowia wynikających ze zmiany społecznej, z postępu cywilizacji i procesów globalizacji. Niektóre problemy i zagrożenia zdrowia dzieci analizuję w rozdziale III.

W polskiej myśli o wychowaniu szczególne miejsce zajmują Helena Radlińska, twórczyni polskiej szkoły pedagogiki społecznej, i Florian Znaniecki, socjolog, twórca pierwszego teoretycznego traktatu o wychowaniu — *Socjologii wychowania*. Helena Radlińska podkreślała, że pedagogika społeczna musi sięgać bezpośrednio do nauk biologicznych i lekarskich; akcentowała również, że w zestawieniu z pedagogiką leczniczą pedagogika społeczna korzysta z „badań nad zahamowaniami i skrzywieniami rozwoju indywidualnego, wprowadza dane o ich społecznych przyczynach, o możliwościach i sposobach zapobiegania im i [ich — E.S.] wyrównywania”¹⁴. Opierając się na wielu badaniach przyczynkowych prowadzonych w naukach społecznych i medycznych, podjęłam w rozdziale IV próbę ukazania problemu zaniedby-

¹² B. Tobiasz - Adamczyk: *Nauki medyczne*. W: *Encyklopedia socjologii*. Kom. Red. T. 2. Warszawa 1999, s. 305.

¹³ F. Znaniecki: *Socjologia wychowania...*, s. 383.

¹⁴ H. Radlińska: *Egzamin z pedagogiki społecznej*. W: Eadem: *Pedagogika społeczna*. Wrocław—Kraków 1961, s. 364. Zob. także E. Syrek: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice 2000.

wania zdrowia dzieci w rodzinie w kontekście deprywacji potrzeb i zagrożeń rozwojowych. Inspiracją do posiłkowania się w prowadzonych analizach wybranymi badaniami prowadzonymi w dziedzinie medycyny było twierdzenie Floriana Znanieckiego, „iż badacze społeczni nie wykorzystują w pełni medycyny jako szczególnie ważnego obszaru owocnych studiów”¹⁵.

Przesłanką zainteresowania się problemami i zagrożeniami zdrowia dziecka w rodzinie, jakości jego życia oraz funkcjonowania rodziny z problemem zdrowotnym była nie tylko praktyka życia społecznego w zmieniającej się rzeczywistości społecznej, ale także ogromny dorobek naukowy wielu pokoleń pedagogów, w tym pedagogów społecznych inspirowanych dziełami i pracą naukowo-badawczą takich wybitnych uczonych, jak Helena Radlińska, Florian Znaniecki czy Magdalena Sokołowska, prekursorka socjologii medycyny w Polsce. Zagadnienia, które stanowią przedmiot refleksji naukowej w niniejszej książce, nie są omówione wyczerpująco. Publikacja jest raczej próbą zwrócenia uwagi pedagogów, nauczycieli, wychowawców, pracowników socjalnych na trudne problemy, bariery i zagrożenia zdrowia dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem środowiska rodzinnego (rozdział V).

Rozdział VI poświęcam zagadnieniom promocji zdrowia rodzinnego, w jego wybranych aspektach. Promocja zdrowia ma już pewną tradycję i związana jest między innymi z podnoszeniem świadomości zdrowotnej społeczeństwa. W dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia, a także *Narodowym Programie Zdrowia na lata 2006 — 2015 (projekt)*¹⁶ promocję zdrowia definiuje się jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz poprawę zdrowia przez podejmowanie wyborów sprzyjających zdrowiu, kształtowaniu potrzeb i kompetencji w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, a także zwiększanie potencjału zdrowia.

Niwelowanie zagrożeń, działania kompensacyjne skierowane na dzieci i środowisko ich życia, w tym rodzinę, stanowią swego rodzaju „inwestycję” o długofalowych efektach. Tak często bowiem proponujemy na przykład różne sposoby udoskonalania procesu dydaktycznego i wychowawczego, zapominając jednak o tym, że podstawą możliwości wielu osiągnięć ucznia na różnych płaszczyznach aktywności jest jego zdrowie. Bywa i tak, że współcześnie, kiedy więcej mówimy o problemach zdrowotnych społeczeństwa, czy też o znaczeniu edukacji zdrowotnej we współczesnym systemie edukacji, mamy wrażenie, że oto zapanował jakiś nowy trend cechujący się akcentowaniem spraw zdrowia w edukacji, ale mimo to można zaryzykować twierdzenie, że jest to raczej obszar przez wiele lat zaniedbywany/marginalizowany w naszej edukacji i badaniach naukowych w obszarze nauk o wycho-

¹⁵ Zob. F. Znaniecki: *Nauki o kulturze*. Warszawa 1971, s. 527.

¹⁶ *Narodowy Program Zdrowia na lata 2006 — 2015 (projekt)*. Ministerstwo Zdrowia. Państwowy Zakład Higieny.

waniu. Pragnę także podkreślić, że analizowane w tej książce wybrane wątki są w znacznym stopniu powiązane z problemami/zadaniami akcentowanymi w dokumencie *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Warto też zauważyć, że w celu 19. tego dokumentu podkreślono ważność prowadzenia badań naukowych i propagowania wiedzy na rzecz zdrowia: „[...] należy dołożyć starań, aby rozwinąć badania umożliwiające przewidywanie przyszłych trendów, potrzeb i wyzwań zdrowotnych, obejmujące nie tylko bezpośrednie wskaźniki zdrowia, lecz także te dotyczące jego uwarunkowań strukturalnych, środowiskowych, społecznych i nawykowych”¹⁷.

Pragnę w tym miejscu zasygnalizować, że od wielu lat moje zainteresowania badawcze są związane ze środowiskowymi uwarunkowaniami zdrowia, zwłaszcza dzieci i młodzieży, oraz ze społeczno-środowiskowymi wyznacznikami jakości życia w chorobie/niepełnosprawności. Niektóre wyniki tych badań, prowadzonych w ramach seminariów magisterskich i seminarium doktorskiego, przytaczam w niniejszej książce. Powinnam przeprosić Czytelników za nadużywanie terminu „zdrowie” w całej pracy. Sądzę, że owa *nadinterpretacja* tego głównego pojęcia, obserwowana zresztą nie tylko w socjologii, pedagogice, psychologii, ale również w demografii, epidemiologii, wiąże się prawdopodobnie z konwencją przyjętą w języku potocznym. Terminu tego — powszechnie używanego — używa się w odniesieniu zarówno do samego zjawiska choroby (mówimy wówczas o złym stanie zdrowia, złej kondycji zdrowotnej), jak i faktycznie zdiagnozowanej sytuacji zdrowotnej jednostki (orzeka się wówczas np. o dobrym zdrowiu). Często to, co potocznie określamy jako stan zdrowia, może być stanem choroby. Zatem pod tym pojęciem kryją się dane (wskaźniki) zdrowia wiążące się z wszelkimi odchyleniami od przyjętych norm, natomiast dokonywane pomiary stanowią faktory odstępstw od przyjętych jako standardowe, średnie — biomedycznie dopuszczalne — wartości¹⁸.

Wyrażam nadzieję, że niniejsze opracowanie podejmujące różne wątki związane, jak by to ujęła Helena Radlińska, „ze sprawami zdrowia” będzie stanowiło źródło inspirującej refleksji dla przedstawicieli nauk o wychowaniu i wszystkich tych, którzy działając w służbie człowiekowi, doświadczają w praktyce życia społecznego walki wyrażającej się w działaniach kompensacyjnych ze skutkami zaniedbywania zdrowia, szczególnie w środowisku dzieci i młodzieży.

*
* *

¹⁷ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 197.

¹⁸ Por. Z. Słowska: *Zdrowie*. W: *Encyklopedia socjologii*. T. 4. Warszawa 2002, s. 354—355.

Pragnę wyrazić słowa wielkiego podziękowania Recenzentom tej książki — Panu Profesorowi Tadeuszowi Frąckowiakowi i Panu Profesorowi Marianowi Śnieżyńskiemu, za sugestie, które przyczyniły się do nadania jej ostatecznego kształtu, oraz za wyrażenie pozytywnych ocen utwierdzających mnie w przekonaniu, że podjęcie zagadnień zdrowia w kontekstach pedagogicznych jest ważne i potrzebne wszystkim tym, którzy z troską humanisty myślą i działają na rzecz dobra dziecka we współczesnej, trudnej rzeczywistości społecznej.

Dziękuję również Pani mgr Magdalenie Kamińskiej za pomoc w technicznym przygotowaniu wydruku komputerowego tej książki.

Słowa podziękowania składam także Pani Redaktor Małgorzacie Pogłódek, wicedyrektorowi Wydawnictwa Uniwersytetu Śląskiego, za trud pracy redakcyjnej nad niniejszą rozprawą.

Pedagogika zdrowia

Obszary zainteresowań badawczych

Nurt wychowawczej myśli o zdrowiu wiąże się z okresem oświecenia. Z biegiem czasu uległ on *rozwidleniu* na higienę i wychowanie fizyczne, które pod wpływem procesów specjalizacji zagubiły to, co wspólne i pierwotne — myśl pedagogiczną¹. Maciej Demel podkreśla, że wychowanie zdrowotne historycznie wyprzedza te dwie macierze, ponieważ ukształtowało się dzięki „połączeniu” medycyny i pedagogiki. Z tej integracji powstała koncepcja wychowania zdrowotnego, a w teorii — pedagogika zdrowia. Jej autorami byli pedagog G. Piramowicz (1735—1801) i lekarz, biolog, chemik J. Śniadecki (1768—1838). G. Piramowicz pełnił funkcję sekretarza Towarzystwa Książ Elementarnych, w 1787 roku ogłosił *Powinności nauczyciela*, w których uwzględniał kwestie zdrowia i edukacji fizycznej, wskazując na rolę nauczyciela w szerzeniu kultury zdrowotnej oraz po raz pierwszy podkreślił problem zdrowia nauczyciela. Szczególne znaczenie ma także praca J. Śniadeckiego *O fizycznym wychowaniu dzieci* (1895), która łączy wiedzę lekarską z potrzebami wychowania; jej pionierski charakter miał wymiar światowy. J. Śniadecki był również prekursorem metodyki oświaty zdrowotnej, program wiedzy higienicznej przedstawił na łamach „Dziennika Wileńskiego” (1805, nr 1). Warto także wspomnieć, że K. Kaczkowski prowadził wykłady dla uczniów Liceum Krzemienieckiego oraz publiczności miasta z zakresu higieny, a dydaktyczną podstawę pracy stanowił *Katechizm zdrowia* B.Ch. Fausta². Szczególnym przejawem zdrowotnego oświecenia były: popularyza-

¹ M. Demel: *Pedagogika zdrowia*. Warszawa 1980, s. 74—76.

² Ibidem, s. 74—80.

cja wiedzy za pośrednictwem prasy i wydawnictw (np. L. Lafontaine: *Dziennik zdrowia dla wszystkich stanów*, wydany w latach 1801–1802) oraz inne formy upowszechniania wiedzy organizowane przez Warszawskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk. Ruch higieniczny lat osiemdziesiątych XIX wieku odegrał w Polsce rolę łącznika między światem lekarzy i pedagogów. Nadanie temu ruchowi charakteru wychowawczego wiąże się z działalnością J.W. Dawida, M. Baranowskiego, A. Szycówny, I. Moszczeńskiej, S. Karpowicza, w pedagogice zdrowia zaś zaznaczyli swą obecność tacy lekarze, jak: E. Madeyski, J. Tchorznicki, A. Winogrodzki, E. Piasecki, W. Osmolski, P. Gontkowski. Autorzy ci wychowanie zdrowotne propagowali w podręcznikach, elementarzach zdrowia, pomocach dydaktycznych, muzeach. Temu celowi służyć miała też przynależność do licznych stowarzyszeń (np. do Towarzystwa Higieny Praktycznej im. B. Prusa). Jednocześnie ukazywało się wiele pism i periodyków higienicznych (np. „Przyjaciel Zdrowia” 1861–1863; „Lekarz” 1904–1905; „Przegląd Higieniczny” od 1902 roku; „Przyjaciel Zdrowia” 1912–1914). Szczególne zasługi dla higieny szkolnej w Polsce w latach 1918–1933 położył S. Kopczyński, który wypracował nowoczesne formy opieki lekarsko-pedagogicznej w zakładach Macierzy Szkolnej (1905–1907)³.

W okresie międzywojennym i tuż po roku 1945 podjęto pierwsze próby włączenia kwestii wychowawczo-zdrowotnej do pedagogiki społecznej (wychowanie dla spraw zdrowia). Środowiskowe badania prowadzone przez Helenę Radlińską (1879–1954), a dotyczące niepowodzeń szkolnych uwzględniały sprawy zdrowia. Od 1947 roku w Zakładzie Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego prace badawcze i dydaktyczne obejmowały także kwestie z zakresu pedagogiki zdrowia (między innymi problematykę zwalczania gruźlicy, społeczno-pedagogiczną problematykę pielęgniarstwa). W 1950 roku powstał w Państwowym Zakładzie Higieny — Instytucie Naukowo-Badawczym ośrodek naukowy — Zakład Oświaty Zdrowotnej. Była to jedyna placówka naukowa, dydaktyczna, a zarazem konsultacyjna w tej nowej dziedzinie. Prowadzono tam badania z zakresu podstaw metodyki i skuteczności praktycznej oświaty zdrowotnej (oświaty sanitarnej). W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku powstało wiele prac koncepcyjnych, poglądowych, metodologicznych związanych z oświatą zdrowotną⁴.

Z inicjatywy M. Demela w roku 1963 w Instytucie Pedagogiki w Warszawie powstała Pracownia Wychowania Zdrowotnego. Warto odnotować ten fakt jako formalne wkroczenie spraw zdrowia w obszar pedagogiczny. Zało-

³ Ibidem, s. 28–37; zob. I d e m: *Wychowanie zdrowotne jako dyscyplina pedagogiczna*. „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1965, nr 3.

⁴ M. Demel, E.A. Mazurkiewicz, H. Wentlandtowa: *Pedagogika zdrowia*. (Oświata zdrowotna). W: *Stan i perspektywy rozwoju nauk pedagogicznych*. Red. W. Okoń. Warszawa 1976, s. 253–261.

żenia Pracowni dotyczyły następujących kwestii: propagandy rozwijania od wewnątrz środowiska pedagogicznego, ustalenia zasad współpracy z kręgami oświaty sanitarnej, higieny szkolnej i wychowania fizycznego, wypracowania stosownej aparatury pojęciowej, w szczególności pedagogicznej interpretacji podstawowych pojęć zaczerpniętych z medycyny (np. „zdrowie”, „profilaktyka”), a także rewizji terminologii pedagogicznej na potrzeby wychowania zdrowotnego, częściowo zaś — na użytek wychowania fizycznego, skatalogowania dorobku teoretycznego (jako podstawy pełnego programu wychowania zdrowotnego), nakreślenia planu prac badawczych z zakresu historii, teorii i metodyki wychowania zdrowotnego pod kątem potrzeb i perspektyw rozwoju wychowania zdrowotnego⁵. Pierwsza monografia *O wychowaniu zdrowotnym* autorstwa M. Demela ukazała się w 1968 roku nakładem Państwowych Zakładów Wydawnictw Szkolnych. Pedagogika zaczęła odąd odgrywać rolę współtwórcy zdrowia, a nie, jak wcześniej, biernego odbiorcy. Wychowanie zdrowotne rozwijało się historycznie, a jego poszczególne elementy dojrzewały w różnym tempie, osiągając różną jakość. Do wychowania zdrowotnego zaliczono cztery grupy zagadnień: higienę otoczenia (higiena osobista z wyróżnieniem higieny zębów, higiena żywienia, higiena pracy i wypoczynku), wychowanie seksualne (wychowanie w zasadach bezpieczeństwa osobistego i zbiorowego, zdrowie psychiczne, hartowanie), samokontrolę zdrowia (walka z nałogami, zapobieganie chorobom zakaźnym, pierwsza pomoc, zasady korzystania z usług służby zdrowia), przysposobienie rodzinne (przysposobienie zawodowe w aspektach zdrowia). Szczególne znaczenie dla kształtowania się wychowania zdrowotnego miała oświata sanitarna (w tradycji oświaty sanitarnej przeważał jednak dydaktyzm, który nie zawsze zabezpieczał głębsze i trwałe efekty wychowawcze), higiena szkolna, wychowanie fizyczne (nie jest ono jednak tożsame z wychowaniem zdrowotnym, ponieważ zdrowie to tylko jeden z celów wychowania fizycznego). Wynika z tego, że wychowanie zdrowotne czerpie z uformowanych wcześniej dyscyplin, na przykład medycyny, higieny, wychowania fizycznego, a zatem z tego wszystkiego, co wiąże się z uświadomieniem, kształtowaniem oraz utrwalaniem nawyków i postaw, a także z praktycznym nauczaniem umiejętności. Istotna jest tu aktywność i współdziałanie wychowanka. Chodziło zatem generalnie o wzbogacanie osobowości wychowanka⁶.

Warto odnotować fakt, że w 1977 roku, na wniosek M. Demela, powołano Zespół Pedagogiki Zdrowia w obrębie Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN⁷. Monografia Macieja Demela pt. *Pedagogika zdrowia* (1980) porządkowała najważniejsze kwestie związane z pedagogiką zdrowia. Wychowanie zdrowot-

⁵ M. Demel: *Wychowanie zdrowotne...*, s. 27.

⁶ Ibidem, s. 18–26.

⁷ M. Demel: *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*. T. 1/2. Kraków 2000, s. 22.

ne zostało uznane za integralną część składową kształtowania pełnej osobowości. Polega ono na: kształtowaniu nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego, kształtowaniu odpowiednich sprawności, woli i kształtowaniu postaw, które umożliwiają stosowanie zasad higieny, pielęgnację, zapobieganie chorobom i leczenie, oraz inspirowaniu pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia dzięki pogłębianiu i wzbogacaniu wiedzy o sobie i prawach rządzących zdrowiem publicznym⁸.

Jeśli spojrzeć przez pryzmat dorobku pokoleń, to na kształtowanie się pedagogiki zdrowia miało wpływ kilka kwestii: dzieje instytucji służących doskonaleniu zdrowia (np. placówek higieny praktycznej), rozwój dydaktyki zdrowia związany z nauczaniem higieny, ewolucja wychowania zdrowotnego (tj. sposobów kształtowania postaw i zachowań zdrowotnych), refleksja teoretyczna dotycząca związków pedagogiki ze zdrowiem. Rozwój pedagogiki zdrowia jest związany z historią rozwoju medycyny, higieny i kultury fizycznej, nie jest on jednak identyczny z żadną z nich z osobna⁹. Pedagogika zdrowia ma charakter interdyscyplinarny; wspierają ją przede wszystkim nauki medyczne, a szczególnie medycyna społeczna, oraz nauki pedagogiczne, zwłaszcza pedagogika społeczna, a także szkoły medycyny i higieny społecznej (między innymi Jędrzeja Śniadeckiego, Józefa Dietla, Tytusa Chałubińskiego, Henryka Jordana, Józefa Polaka, Seweryna Sterlinga, Marcina Kacprzaka, Juliana Aleksandrowicza)¹⁰.

Najbardziej twórcze inspiracje pedagogika zdrowia zawdzięcza szkole Heleny Radlińskiej, prekursorce pedagogiki społecznej w Polsce¹¹. Interesowała się ona także opieką medyczną, a jej praktyczne doświadczenia lekarskie i pielęgniarские wpłynęły na późniejsze prace z zakresu pedagogiki empirycznej oraz budowę zrębów teorii pracy socjalnej¹². Podkreślała, że pedagogika społeczna musi sięgać bezpośrednio do nauk biologicznych i lekarskich. Akcentowała również, że w zestawieniu z pedagogiką leczniczą pedagogika społeczna korzysta z „badań nad zahamowaniami i skrzywieniami rozwoju indywidualnego, wprowadza dane o ich społecznych przyczynach,

⁸ M. Demel: *Pedagogika zdrowia...*, s. 69.

⁹ Ibidem, s. 13.

¹⁰ Ibidem, s. 72.

¹¹ Od czasów działalności H. Radlińskiej pedagogika społeczna w Polsce charakteryzuje się dynamicznym rozwojem. Zmiana społeczna, która nastąpiła w Polsce po 1989 roku, spowodowała istotne zmiany w obszarze zainteresowań badawczych pedagogiki społecznej. Zob. *Pedagogika społeczna w Polsce po 1989 roku. Przemiany w nauce, obecność międzynarodowa, kręgi tematyczne prac badawczych*. Red. B. Kromolicka, A. Radziejewicz-Winnicki, M. Noszczyk-Bernasiewicz. Katowice 2007.

¹² E.A. Mazurkiewicz: *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej*. Wrocław—Łódź 1983, s. 67.

o możliwościach i sposobach zapobiegania im i [ich — E.S.] wyrównywania”¹³. W klasycznej koncepcji pedagogiki społecznej, a ściślej: teorii pracy socjalnej, Heleny Radlińskiej „wychowanie dla spraw zdrowia” polegało na pomocy ludziom w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu, kształtowaniu nawyków, umiejętności i sprawności służących utrwalaniu i doskonaleniu zdrowia, na pomocy w rozwijaniu pozytywnego zainteresowania zdrowiem, w kształtowaniu postaw umożliwiających skuteczną profilaktykę, ratownictwo, leczenie, pielęgnację, rehabilitację oraz stosowanie zasad higieny w życiu jednostkowym i zbiorowym. Wychowanie zdrowotne traktowała jako składnik kultury zdrowotnej. Ważne dla spraw zdrowia było kształtowanie czynnej postawy pacjentów, podmiotowe ich traktowanie, usamodzielnianie. Autorka akcentowała przede wszystkim profilaktykę zdrowotną oraz higienę indywidualną i społeczną. Wychowanie zdrowotne obejmowało także czynności wychowawczo-zdrowotne ludzi pracujących w ochronie zdrowia, jako towarzyszące działaniom medycznym. Podkreślała, że pielęgniarka to „wychowawczyni społeczna”, podmiot działający jako wychowawca. Konstytuują go elementy będące zarazem elementami podstawowymi w teorii pracy socjalnej: czynności opiekuńcze i pomocnicze oraz składniki środowiska jako środki kształtowania kultury zdrowotnej i opiekuńczej oraz uczestnictwo pielęgniarki w kulturze zdrowotnej jako komponent społeczeństwa wychowującego¹⁴. Analizując dokonania twórcze H. Radlińskiej w zakresie pedagogiki społecznej, wyraźnie dostrzega się, że pedagogika zdrowia znajduje oparcie w klasycznej koncepcji pedagogiki społecznej w sensie poznawczym, w sensie praktyki edukacyjnej, pracy społecznej (służby społecznej) i jest zapleczem teoretycznym współczesnej edukacji zdrowotnej. Pedagogika zdrowia rozwiązuje problemy o charakterze multidyscyplinarnym, tym bardziej że pomaga rozwiązywać praktyczne problemy edukacji zdrowotnej, a te są problemami multidyscyplinarnymi¹⁵. Edward A. Mazurkiewicz uważa, że do określenia nazwy *pedagogika zdrowia* przyczyniły się prace retrospektywne syntetyzujące dorobek naukowy z pogranicza medycyny społecznej i pedagogiki społecznej. Uważa, że gdyby traktować pedagogikę zdrowia jako system, można by ujmować ją albo jako specjalizację pedagogiki społecznej, tak jak w klasycznej jej koncepcji, albo jako specjalizację o samodzielnym charakterze, tak jak inne subdyscypliny pedagogiki. Proponuje także inne spojrzenie, a mianowicie traktowanie pedagogiki zdrowia jako obszaru problematyki o określonym stopniu koncentracji lub jako kategorii otwartej. Oznacza to

¹³ H. Radlińska: *Pedagogika społeczna*. Wrocław—Kraków 1961, s. 364.

¹⁴ E.A. Mazurkiewicz: *Sprawność działania socjalnego...*, s. 76—79. Zob. także E. Syrek: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice 2000.

¹⁵ E.A. Mazurkiewicz: *Pożytki z osiągnięć pedagogiki społecznej dla edukacji zdrowotnej*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. Woynarowska, M. Kapica. Warszawa 2001, s. 83.

bowiem, że mamy do czynienia z otwartością programów, koncepcji i praktyki edukacyjnej. Takie ujęcie wskazuje, że rzeczywistość przekształcana celowościowo stanowić może źródło rozwoju pedagogiki zdrowia. Pedagogika społeczna eksponuje relacje między jednostką a środowiskiem i wskazuje ich konsekwencje prakseologiczne; to z kolei umożliwia przenikanie się różnych dziedzin, na przykład pracy, wypoczynku, zdrowia, edukacji. W odniesieniu do pedagogiki zdrowia podkreślić należy relacje między zdrowiem a edukacją, służbą zdrowia i pracą społeczną. Jak zaznacza wspomniany autor, koncepcja koncentracji problematyki znajduje swe usprawiedliwienie w tym, że zarówno zdrowie, jak i edukacja dotyczą wszystkich dziedzin życia człowieka oraz obejmują wszystkie struktury kulturowe i cywilizacyjne. Wynikają z tego także uzasadnienia prakseologiczne. Pierwszy stopień koncentracji obejmuje ogólne podstawy teoretyczne i ich powiązania z podstawowymi dyscyplinami biologicznymi oraz społecznymi, a także z dyscyplinami stosowanymi, w szczególności z grupą nauk medycznych i nauk pedagogicznych (medycyna i wychowanie, elementy pedagogiki zdrowia, aparatura pojęciowa). Drugi stopień koncentracji dotyczy relacji teorii edukacji zdrowotnej z teorią pracy społecznej i teorią pracy oświatowej (historii edukacji zdrowotnej oraz historii pedagogiki zdrowia na tle historii pracy społecznej i oświatowej). Trzeci stopień koncentracji związany jest z teorią kwalifikowanej praktyki edukacyjnej w dziedzinie zdrowia, z procesem wychowania zdrowotnego, z aplikacją wiedzy medycznej i pedagogicznej do kwalifikowanej praktyki, z badaniami decyzyjnymi w pedagogice zdrowia. Treści poszczególnych stopni koncentracji przenikają się i wchodzą we współdziałanie z praktyką społeczną na dwóch płaszczyznach: kwalifikowanej praktyki środowiskowo-edukacyjnej oraz niekwalifikowanej praktyki środowiskowo-edukacyjnej¹⁶.

Tocząca się wśród pedagogów (i nie tylko) dyskusja dotycząca definiowania obszaru zainteresowań, przedmiotu i metodologii badań pedagogiki zdrowia skłania do refleksji i do wciąż nowych przemyśleń inspirowanych zmieniającą się rzeczywistością społeczną, rozwojem nauk humanistycznych i nauk biologiczno-medycznych¹⁷. Proponowana zatem definicja pedagogiki zdrowia jest głosem w toczącej się dyskusji. S. Kawula¹⁸ sformułował siedem kryteriów klasyfikacji porządkujących subdyscypliny pedagogiki. Zgod-

¹⁶ Ibidem, s. 84–88.

¹⁷ Zob.: I. Wrońska, M. Mróz-Duda: *Pedagogika a zdrowie*. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. Kulik, I. Wrońska. Stalowa Wola 2000; E. Syrek: *Zdrowie w obszarze zainteresowań pedagogiki społecznej*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej...*; A. Krawański: *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*. Poznań 2003; C. Lewicki: *Edukacja zdrowotna — systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów 2006.

¹⁸ S. Kawula: *Pedagogika a kompleks i system nauk o wychowaniu*. „Ruch Pedagogiczny” 2000, nr 3/4, s. 27–51.

nie z przyjętymi przezeń kryteriami pedagogika zdrowia kwalifikuje się do kryterium problemowego ze względu na typ problematyki edukacyjnej, którą się zajmuje.

Na tle toczącej się dyskusji moja propozycja definicji pedagogiki zdrowia jest następująca:

Pedagogika zdrowia jest subdyscypliną pedagogiki, jej przedmiotem zainteresowań badawczych i analiz są społeczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia i choroby, wieloaspektowe i wielosektorowe działania środowiskowe (instytucjonalne i pozainstytucjonalne) na rzecz zdrowia różnych grup społecznych oraz badanie i ewaluacja procesu edukacji zdrowotnej (wychowania i kształcenia) ukierunkowanej na doskonalenie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego oraz umiejętności życiowych sprzyjających zdrowemu stylowi życia i poprawie jakości życia w każdym okresie życia człowieka celem projektowania pedagogicznych (w tym edukacyjnych) działań kompensacyjnych na rzecz jednostki i środowiska, wykorzystywanych także w pracy socjalnej.

Pedagogika zdrowia korzysta z metod badań stosowanych w naukach społecznych. Warto w tym miejscu zasygnalizować, że pedagogika jako nauka (a także jej metodologia) nie jest wolna od rozlicznych dylematów, które stają się ważnym nurtem analiz teoretycznych i metodologicznych¹⁹. Pedagogika zdrowia posługuje się aparatem pojęciowym pedagogiki, korzysta też z pojęć zaczerpniętych z medycyny, biologii, psychologii, socjologii i innych nauk. Podstawowymi pojęciami związanymi ze współczesną pedagogiką zdrowia są między innymi: „zdrowie” (w ujęciu holistycznym), „choroba” (w ujęciu społecznym), „środowisko”, „edukacja” (wychowanie i kształcenie), „umie-

¹⁹ Zob. np.: *Dylematy metodologiczne pedagogiki*. Red. T. Lewowicki. Warszawa—Cieszyn 1995; S. Palka: *Badawcze problemy pedagogiki*. „Edukacja” 1986, nr 2; *Pedagogika społeczna — między stagnacją a zaangażowaniem*. Red. A. Radziejewicz-Winnicki, E. Górnikowska-Zwolak. Katowice 1999; *Pedagogika społeczna. Dokonania — aktualność — perspektywy*. Red. S. Kawula. Toruń 2001; *Pedagogika społeczna. Kąty poszukiwań*. Red. A. Przecławska. Warszawa 1996; *Pedagogika społeczna jako dyscyplina akademicka. Stan i perspektywy*. Red. E. Marynowicz-Hetka, J. Piekarski, E. Cyrańska. Warszawa 1998; A. Radziejewicz-Winnicki: *Spółczesność w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańsk 2004; *Pedagogika we współczesnym dyskursie humanistycznym*. Red. T. Lewowicki. Warszawa—Kraków 2004; T. Lewowicki: *O tożsamości, kondycji i powinnościach pedagogiki*. Warszawa—Radom 2007.

jętności” i „sprawności”, „diagnoza pedagogiczna”, „terapia”, „kompensacja”, „praca socjalna”, „wsparcie społeczne”, „profilaktyka”, „rehabilitacja” (społeczna). Pedagogika zdrowia ma charakter interdyscyplinarno-integracyjny, korzysta bowiem z wiedzy z zakresu innych dziedzin nauki, a przede wszystkim pedagogiki społecznej, andragogiki, pedagogiki specjalnej, medycyny społecznej, socjologii zdrowia i choroby, socjologii rodziny, socjologii wychowania, psychologii zdrowia, psychologii społecznej, psychologii wychowawczej, gerontologii, ekologii, polityki społecznej i innych, a te nauki mogą z kolei korzystać, zgodnie ze swymi potrzebami, z analiz i wyników badań pedagogiki zdrowia. Każda bowiem nauka podejmująca kwestie związane ze zdrowiem bada je we właściwych sobie aspektach, według własnych założeń i procedur metodologicznych, które mogą się wzajemnie uzupełniać²⁰. Jak podkreśla Lech Witkowski, „Wszystkie podejścia pedagogiczne, jeżeli są absolutyzowane, ujednoliconiane, jednostronnie dekretowane jako ostatecznie słuszne, bez wad i skaz, to reprezentują pedagogiczną formację intelektualną, która gubi szansę na nowoczesność na miarę epoki, a zarazem traci powód do budowania jedności formacyjnej w obrębie całej pedagogiki”²¹. Zdrowie jest wszak takim zasobem jednostkowym i społecznym, który w istotny sposób warunkuje jakość życia jednostkowego, a zarazem pozwala pomnażać kapitał społeczny (zasoby społeczne, grupowe, ekonomiczne, kulturowe)²².

Pedagogika zdrowia jest nauką praktyczną, ingerencyjną²³, podobnie jak pedagogika społeczna. „Otóż można zauważyć, że im bardziej doskonali się dana dyscyplina praktyczna, tym relatywnie więcej pracy zajmuje w niej dociekanie prawd z innych dziedzin, które to prawdy są potrzebne do zużytkowania ich dla głównych celów tej dyscypliny”²⁴. Współcześnie sposób kreowania pedagogiki oraz nowe spojrzenie na relacje między teorią a praktyką pedagogiczną sprawiają, że innego wymiaru nabierają również relacje pedagogiki z innymi naukami. Jeżeli chodzi na przykład o filozofię, to ważne są nie tylko kwestie filozofii wychowania, antropologii, ale także etyki (etyki zawodowej związanej z zawodami pozostającymi w służbie społecznej, np. pracownika socjalnego)²⁵. W innych naukach, na przykład socjologii czy psychologii, wyodrębniły się nowe subdyscypliny. W zakresie socjologii — socjologia

²⁰ Zob. S. Kowalski: *Socjologia wychowania w zarysie*. Warszawa 1974, s. 33–37.

²¹ L. Witkowski: *W poszukiwaniu nowoczesnej formacji intelektualnej w polskiej pedagogice*. W: *Pedagogika we współczesnym dyskursie humanistycznym...*, s. 20.

²² Zob. B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa 2007, s. 65–66; P. Sztompka: *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków 2002.

²³ Zob. S. Kowalski: *Socjologia wychowania...*, s. 38.

²⁴ T. Kotarbiński: *Elementy teorii poznania i metodologii nauk*. Warszawa 1961, s. 450.

²⁵ Zob. np. S. Palka: *Współczesne sposoby kreowania pedagogiki w Polsce i ich metodologiczne konsekwencje*. W: *Dylematy metodologiczne pedagogiki...*

zdrowia i choroby²⁶, której źródłem jest socjologia medycyny (później nazwana socjologią zdrowia), a w zakresie psychologii — psychologia zdrowia²⁷. Często analizy i badania, prowadzone nad jednym zjawiskiem społecznym, są udziałem wielu nauk, a granice penetracji badawczej i postępowania metodologicznego są w jakimś sensie umowne²⁸. Szczegółne związki łączą niektóre subdyscypliny dwóch różnych nauk, na przykład pedagogiki społecznej i socjologii wychowania, mających wspólny przedmiot badań²⁹.

Pedagogika zdrowia jako subdyscyplina pedagogiki adaptuje koncepcje i osiągnięcia naukowe pedagogiki i innych nauk związane z edukacją zdrowotną (kształceniem i wychowaniem) oraz innymi działaniami społecznymi, które są związane ze zdrowiem lub z chorobą, w celu projektowania działań na rzecz zdrowia w różnych środowiskach życia ludzi w różnym wieku. Natomiast spojrzenie na kontekst „zdrowie w pedagogice” sugeruje wykorzystanie współczesnych koncepcji zdrowia, choroby i promocji zdrowia w pedagogicznych badaniach naukowych interesujących się innymi zagadnieniami (np. w pedagogice resocjalizacyjnej) oraz w działaniach pedagogicznych, na przykład w pracy dydaktycznej czy projektowaniu programów profilaktycznych.

Obszary badawcze mieszczące się w sferze zainteresowań współczesnej pedagogiki zdrowia obejmują moim zdaniem między innymi:

1. *Spółeczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia i choroby* — poznanie takich uwarunkowań zdrowia i choroby, jak: warunki kulturowe, społeczno-ekonomiczne, tj. zatrudnienie (bezrobocie), poziom życia (standard życia w danym społeczeństwie), także dostęp do informacji i edukacji, stres społeczny, polityka społeczna państwa, nierówności społeczne, ubóstwo społeczne, marginalizacja wielu grup społecznych, dostęp do służby zdrowia, które mają duże znaczenie dla zdrowia publicznego. Zdrowie publiczne definiuje się jako zadanie lub wysiłek, jaki społeczeństwo wkłada w ochronę, promocję i odzyskanie zdrowia³⁰. Zadania poznawcze polegałyby zatem na konieczności diagnozowania społeczno-środowiskowych uwarunkowań zdrowia i choroby jednostek oraz grup społecznych, potrzeb zdrowotnych (tj. opieki zdrowotnej i edukacji w zakresie zdrowia) ludności we wszystkich kategoriach wiekowych, z uwzględnieniem zmiennych społecznych³¹. Diag-

²⁶ Zob. np. M. Sokołowska: *Socjologia medycyny*. Warszawa 1986; *Zdrowie i choroba*. Wybrane problemy socjologii medycyny. Red. J. Barański, W. Piątkowski. Wrocław 2002.

²⁷ Zob. I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia*. Warszawa 2007.

²⁸ A. Radziejewicz-Winnicki: *Spółeczństwo w trakcie zmiany...*, s. 141.

²⁹ E. Syrek: *Wychowanie jako przedmiot analiz pedagogiki społecznej i socjologii wychowania*. Katowice 1987.

³⁰ *Promocja zdrowia*. Wydanie nowe. Red. J.B. Karński. Warszawa 1999, s. 49.

³¹ Zob. np.: *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Tłum. J.B. Karński. Warszawa—Kraków 2001; J.B. Karński: *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Wybrane zagadnienia. Warszawa 2006.

nozowanie potrzeb zdrowotnych dzieci, młodzieży i dorosłych ma w perspektywie zasadnicze znaczenie w profilaktyce i kompensacji edukacyjnej dla zdrowia całego społeczeństwa.

Odwołując się do ekologicznego modelu zdrowia, modelu akceptującego wzajemne relacje człowieka ze środowiskiem, szczególnie podkreślić należy znaczenie środowiska nie tylko w kształtowaniu i rozwoju człowieka w sensie *stricte* pedagogicznym, ale i zdrowotnym dzięki działaniom umacniającym zdrowie. Zdrowie bowiem jest warunkiem niezbędnym, a jednocześnie zasobem (w wymiarze jednostkowym i społecznym) pozwalającym na realizację celów, dążeń i aspiracji życiowych ludzi. Jak podkreśla W. Winclawski³², środowisko wychowawcze stanowi sumę pewnych warunków tworzonych przez życie zbiorowe w celu kształtowania się życia jednostek. Osobowość człowieka należy analizować w związku z jego otoczeniem i ze zmianami, jakie w nim zachodzą; doświadczenia dzieciństwa są niezwykle ważne w stylu późniejszego życia, środowisko wychowawcze stanowi układ społeczno-kulturowy, a jego elementy składają się na „byt jednostkowy”. Pedagogika zdrowia, podobnie jak pedagogika społeczna, interesuje się znaczeniem poszczególnych elementów struktury środowiska w ujęciu dwuwymiarowym: globalnym i lokalnym. Współcześnie w efekcie procesów demokratyzacji życia społecznego rola środowiska lokalnego i indywidualnego wyraźnie wzrasta, a kwestie kultury, życia społecznego, problemów socjalnych, zdrowotnych i ekologicznych nabierają szczególnego znaczenia³³. W *Karcie ottawskiej* (1986) apeluje się o „uznanie społeczności lokalnej za miarodajne źródło opinii na temat zdrowia, jej warunków życia i dobrego samopoczucia”³⁴. Diagnozowanie potrzeb zdrowotnych oraz potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, a także warunków życia (w tym zagrożeń zdrowotnych) środowiska rodzinnego i lokalnego — to kolejne zadanie dla pedagogiki zdrowia. W kontekście procesu socjalizacji zdrowotnej istotne znaczenie poznawcze mieć będzie styl życia rodziny³⁵. Współczesne badania naukowe wskazują, że czynniki społeczno-ekonomiczne odgrywają znaczącą rolę w kształtowaniu behawioralnych czynników ryzyka, takich jak nadmierne spożycie alkoholu, palenie papierosów, zażywanie narkotyków, złe odżywianie³⁶. Kolejne

³² W. Winclawski: *Typowe środowiska wychowawcze współczesnej Polski*. Warszawa 1976, s. 21—22.

³³ *Pedagogika społeczna. Kregi poszukiwań...*, s. 23—28.

³⁴ *Wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe dotyczące promocji zdrowia*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Karński, Z. Słońska, B.W. Wasilewski. Warszawa 1994, s. 423; J.B. Karński: *Promocja zdrowia (wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe)*. Pierwsza Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia, 17—21 listopada 1986. Warszawa 1992.

³⁵ A. Ostrowska: *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa 1999.

³⁶ Z. Słońska: *Współczesna wizja edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej...*, s. 70—71.

rozdziały niniejszej książki przybliżają niektóre konsekwencje zaniedbywania dzieci w rodzinie dla ich zdrowia i rozwoju. Ważnym środowiskiem wychowawczym jest także środowisko szkolne. Włączenie się niektórych szkół polskich do europejskiej sieci szkół promujących zdrowie to niezaprzeczalny dowód przywiązywania coraz większej wagi do spraw zdrowia w polskiej szkole. Istota działania w szkołach promujących zdrowie polega na współdziałaniu dzieci (młodzieży), nauczycieli, rodziców oraz podmiotów środowiska lokalnego w realizacji założonych celów³⁷. Dla wielu dzieci środowiskiem życia są jeszcze domy dziecka czy inne instytucje opiekuńczo-wychowawcze (np. świetlice środowiskowe, szpitale). Poznawanie i analiza tych warunków w perspektywie zdrowych warunków życia są także ważne i potrzebne.

2. *Wieloaspektowe badania i analizy związane z procesem edukacji* (kształcenie i wychowywanie)³⁸, ukierunkowanym na doskonalenie zdrowia i umiejętności życiowych sprzyjających zdrowemu stylowi życia, a także związanej z nim poprawie jakości życia w każdym okresie życia człowieka. Dobra diagnoza jest punktem wyjścia projektowania zmian, pedagogicznej kompensacji oraz pracy socjalnej w środowisku na rzecz zdrowia. Diagnozowanie indywidualnych i rodzinnych potrzeb zdrowotnych³⁹, a także potrzeb edukacyjnych związanych ze zdrowiem różnych grup społecznych wiąże się z przygotowaniem odpowiednich narzędzi badawczych, wykorzystaniem medycznych i społecznych mierników zdrowia/choroby. *Edukacja zdrowotna (health education)* stanowi podstawowe narzędzie promocji zdrowia. Modele edukacji zdrowotnej ulegały w perspektywie ostatnich lat sukcesywnym przemianom — od modelu edukacji zdrowotnej zorientowanej na zapobieganie *jednostkom chorobowym (disease-oriented health education)* i modelu zorientowanego na eliminację poszczególnych czynników ryzyka (*risk factor-oriented health education*) aż po model koncentrujący się na zagadnieniach zwiększania potencjału zdrowia rozumianego w ujęciu holistycznym — *biopsychospołecznym (health-oriented health education)*. Główny kierunek działań bowiem koncentruje się na opracowywaniu i wdrażaniu kompleksowych programów edukacji zdrowotnej ukierunkowanych na podstawowe dla kształtowania zdrowia środowiska społeczne⁴⁰. Edukacja zdrowotna nie sprowadza się wyłącznie do przekazywania niezbędnej wiedzy o zdrowiu, lecz polega przede wszystkim na tworzeniu warunków sprzyjających wprowadzaniu zmian związa-

³⁷ Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie? Doświadczenia z realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie” 1992—1995. Red. B. Woynarowska. Warszawa 1995.

³⁸ Zob.: *Pedagogika. Podręcznik akademicki*. Red. Z. Kwieciński, B. Śliwerski. Warszawa 2005, s. 25—29.

³⁹ J.B. Karński: *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa 2003, s. 82, pkt 6.2: *Metodologia oceny potrzeb zdrowotnych*.

⁴⁰ Z. Słowska: *Wychowanie dla zdrowia*. W: *Promocja zdrowia...*, s. 325—327. Zob. także np. Eadem: *Ewolucja modeli edukacji zdrowotnej*. „Kultura Fizyczna” 1994, nr 5—6, s. 16—20.

nych z podejmowaniem wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup społecznych w zakresie samodzielnego działania na rzecz zdrowia na różnych poziomach organizacji życia społecznego. Konieczne zatem staje się zaangażowanie wielosektorowe (polityka społeczna, instytucje, organizacje społeczne, zbiorowości społeczne)⁴¹. III Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia w Sunsvall w Szwecji (9–15 czerwca 1991 roku) dotyczyła „środków wspierających zdrowie”. Termin ten odnosi się do fizycznych i społecznych warunków otoczenia, określa warunki, w jakich ludzie żyją, oraz ich lokalną społeczność, dom, miejsce pracy i rozrywki. Na konferencji podkreślono zasadnicze aspekty środowisk wspierających: społeczny – odnoszący się do kulturowego dziedzictwa, polityczny – dotyczący wymagań wobec rządów oraz zagadnień praw człowieka, ekonomiczny – związany z postępem technologicznym. Konferencja wyróżniła cztery podstawowe kategorie zdrowia publicznego, które dotyczą poziomu społeczności lokalnych⁴²:

- wzmocnienie wsparcia i obrony w efekcie działania środowisk lokalnych, szczególnie grup organizowanych przez kobiety;
- umożliwienie społeczności lokalnej oraz poszczególnym jednostkom podjęcia kontroli nad ich zdrowiem i środowiskiem dzięki edukacji;
- tworzenie sojuszy na rzecz zdrowia i środowisk wspierających w celu wzmocnienia współpracy w zakresie ich strategii oraz organizowanych kampanii;
- prowadzenie mediacji w sprawach sprzecznych interesów społecznych w celu zapewnienia równoprawnego dostępu do środowisk wspierających zdrowie.

Pojęcie środowiska lokalnego stanowi podstawową kategorię pojęciową pedagogiki społecznej i staje się niezwykle użyteczne w pedagogice zdrowia. Oddziaływanie środowiska jako zespołu warunków, w których egzystuje jednostka, oraz tkwiących w nim sił społecznych było i jest nadal podstawowym problemem w teorii i praktyce pedagogiki społecznej⁴³. Ważne wydaje się zasygnalizowanie, że pojęcie środowiska lokalnego często bywa utożsamiane z pojęciem społeczności lokalnej, które stanowi kategorię pojęciową socjologii, rozwijaną szczególnie w ramach socjologii miasta. Można wyodrębnić różne stanowiska teoretyczne dotyczące tej kwestii⁴⁴. W wyniku prowadzonych analiz literatury przedmiotu okazuje się, że społeczność lokalna jest „czymś bardzo niejednorodnym, złożonym z wielu cech charakterystycznych dla życia zbiorowego – co jest tu istotne, nie wszystkie te cechy

⁴¹ Z. Słoińska: *Współczesna wizja edukacji...*, s. 71–72.

⁴² *Wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe...*, s. 434–438.

⁴³ H. Radlińska: *Egzamin z pedagogiki społecznej*. W: Eadem: *Pedagogika społeczna*. Wrocław–Kraków 1961, s. 366. Zob. E. Marynowicz-Hetka: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. T. 1. Warszawa 2006, s. 54–77.

⁴⁴ J. Turowski: *Społeczność lokalna*. „*Studia Socjologiczne*” 1977, nr 3.

są równie konstruktywne dla społeczności. Stąd niejednorodna jest ich rola w odróżnieniu społeczności od innych grup społecznych, w specyfikowaniu jej funkcjonowania jako pewnej odrębnej całości. Niejednorodna jest także ich moc wskaźnikowa autonomiczności społeczności”⁴⁵.

Karta ottawska, podstawowy dokument promocji zdrowia, określa warunki niezbędne do zapewnienia zdrowia wszystkim. Należą do nich⁴⁶:

- organizowanie i wspieranie działań środowiskowych na rzecz zdrowia,
- rozwijanie osobniczych umiejętności w zakresie utrzymywania zdrowia,
- umożliwienie działań niezbędnych do pozyskiwania potencjału zdrowotnego,
- wspieranie wszelkich działań na rzecz zdrowia,
- współtworzenie warunków środowiskowych korzystnych dla zdrowia,
- zmienianie sposobu i zakresu korzystania ze świadczeń zdrowotnych,
- współdziałanie w tworzeniu polityki zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna na poszczególnych poziomach organizacji społecznej przebiega w różny sposób i powinna być dostosowana do potrzeb edukacyjnych danego poziomu. Do podstawowych celów edukacji zdrowotnej należą⁴⁷:

- podnoszenie poziomu wiedzy dotyczącej zdrowia, z uwzględnieniem jego determinantów (w tym społeczno-ekonomicznych);
- podnoszenie poziomu wiedzy i umiejętności dotyczących prozdrowotnego stylu życia w różnych warunkach życiowych, z uwzględnieniem samooceny, samoskuteczności i wsparcia społecznego;
- podnoszenie poziomu wiedzy o działaniu i umiejętności działania na rzecz zdrowia grup zawodowych służby zdrowia i poza jej sektorem;
- podnoszenie poziomu świadomości związku, jaki zachodzi między zdrowiem i rozwojem jednostki, między zdrowiem populacji i rozwojem społeczno-gospodarczym.

Podnoszenie poziomu świadomości (wiedzy o zdrowiu) zdrowotnej i umiejętności z nim związanych oraz kształtowanie nawyków prowadzą prawdopodobnie do wyborów zachowań prozdrowotnych, tj. sprzyjających zdrowiu. H. Radlińska podkreślała, że proces wychowawczy przebiega w trzech fazach rozwojowych: wzrostu, wzrastania i wprowadzania. To ostat-

⁴⁵ A. Komendera: *Refleksje nad społecznością lokalną jako socjologiczną kategorią pojęciową*. „Studia Socjologiczne” 1982, nr 1–2, s. 126.

⁴⁶ J.B. Kariski: *Praktyka i teoria promocji zdrowia...*, s. 115. Zob. np.: R. Grossmann, K. Scala: *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*. Tłum. B. Woynarowska, M. Misiuna. Warszawa 1997; J. Bułska, E. Syrek: *Promocja zdrowia w siedlisku lokalnym*. W: *Spoleczne procesy modernizacyjne w środowisku lokalnym średniego miasta (doświadczenia i propozycje)*. Red. T. Frąckowiak, P. Mosiek, A. Radziejewicz-Winnicki. Rawicz—Leszno 2005.

⁴⁷ Por. Z. Słowska: *Współczesna wizja edukacji...*, s. 72.

nie wiązała z wartościami kultury. „Najistotniejszą cechą wychowania jako gałęzi twórczości kulturalnej stanowi wartościowanie i uczenie wyboru”⁴⁸. Istotnym elementem współczesnego, nowoczesnego spojrzenia na zdrowie jest uznanie go za jeden z głównych zasobów gospodarki narodowej. W dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia podkreśla się, że zdrowie jest⁴⁹:

- wartością, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie z nim;
- zasobem, bogactwem dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny; tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się, osiągać odpowiedni poziom jakości życia;
- warunkiem (środkiem) codziennego życia (a nie jego celem), umożliwiającym lepszą jego jakość;
- koncepcją eksponującą korzyści (dobre samopoczucie, sprawność fizyczna), a nie negatywne skutki (choroby, zaburzenia).

3. *Edukacja zdrowotna w pedagogice zdrowia* może być — w moim przekonaniu — rozpatrywana (analizowana, badana i organizowana) w wielu różnych aspektach:

- ze względu na zasięg społeczno-środowiskowy (różne poziomy systemu organizacji społecznej, np. środowisko globalne, lokalne, rodzinne, szkolne, szpitalne, sanatoryjne)⁵⁰;
- ze względu na kategorie wieku (np. dzieci, młodzież, osoby starsze)⁵¹;
- ze względu na stan zdrowia osób (osoby przewlekle chore, niepełnosprawne)⁵²;
- jako kompensacja (kompensacja przez edukację zdrowotną dotyczy wyrównywania braków w zakresie wiedzy o zdrowiu, zagrożeń zdrowia, umiejętności życiowych służących właściwemu rozwojowi i/lub adaptacji jednostek i grup społecznych do nowych warunków);
- jako przedmiot nauczania na wszystkich szczeblach kształcenia (wiedza i umiejętności przekazywane w procesie dydaktyczno-wychowawczym) zgodny z obowiązującymi standardami nauczania;

⁴⁸ H. Radlińska: *Stosunek wychowawcy do środowiska społecznego*. W: Eadem: *Pedagogika społeczna...*, s. 41.

⁴⁹ Zob. np. *Narodowy Program Zdrowia 1996—2006*. W: E. Syrek: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej...*, s. 102.

⁵⁰ Zob. np.: B. Bik, L. Przewoźniak: *Edukacja zdrowotna w zdrowiu publicznym*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej...*; J.B. Karński: *Praktyka i teoria promocji zdrowia...*, rozdział 12.: *Planowanie i wdrażanie krajowych programów zdrowia publicznego*.

⁵¹ Zob. np. *Zdrowie i szkoła*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 2000.

⁵² Zob. np. A. Ostrowska: *Promocja zdrowia ludzi chorych i niepełnosprawnych*. W: *Promocja zdrowia*. Wydanie nowe...; B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki...*, s. 126—128.

- jako element pracy socjalnej skierowanej do jednostek, grup społecznych i środowisk w kontekście ich potrzeb;
- jako obszar udzielania wsparcia społecznego, głównie o charakterze informacyjnym i instrumentalnym, które sprzyja zrozumieniu sytuacji i położenia życiowego związanego z chorobą, informacji o postępowaniu w chorobie, leczeniu, rehabilitacji w powiązaniu z innymi rodzajami wsparcia społecznego.

Efektywność edukacji zdrowotnej zależy między innymi od procesu jej ciągłości, a w przypadku dzieci i młodzieży wpisanie jej w programy edukacyjne na różnych szczeblach kształcenia i kompetentna jego realizacja stanowią jedną z możliwości⁵³. Edukacja zdrowotna w szkole w ostatnim trzydziestoleciu ma już swe dokonania⁵⁴: w roku 1973 powołano w szkołach stanowisko pedagoga koordynatora spraw higieny szkolnej i wychowania zdrowotnego jako rzecznika tych zagadnień w kontaktach z dyrekcją szkoły i ze służbą zdrowia (Uchwała podjęta na wspólnym Kolegium Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ministerstwa Oświaty i Wychowania 23 kwietnia 1973 roku); w roku 1982 określono *Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej* zatwierdzone przez Ministerstwo Oświaty i Wychowania; 19 maja 1982 roku — treści związane ze zdrowiem, realizowane w ramach różnych przedmiotów. W roku 1997 po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce edukacja zdrowotna została uwzględniona w podstawach programowych (Zarządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 maja 1997 r. — Dz.MEN 1997, nr 5, poz. 23), nie ustalono jednak zasad jej organizacji; w 1999 roku w reformie systemu edukacji uwzględniono ścieżkę edukacyjną „edukacja prozdrowotna” w podstawie programowej szkoły podstawowej i gimnazjum (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. — Dz.U. 1999, nr 14, poz. 129), a w roku 2001 — ścieżkę „edukacja prozdrowotna” w podstawie programowej w liceum (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 r. — Dz.U. 2001, nr 61, poz. 625). Do szkół zawodowych wprowadzono ścieżkę edukacyjną „edukacja prozdrowotna” w roku 2002 (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 lutego 2002 — Dz.U. 2002, nr 51, poz. 458). W 2004 roku MENiS zlecił Instytutowi Spraw Publicznych opracowanie nowej podstawy programowej, w której projekcie nie uwzględniono ścieżek edukacyjnych z zakresu edukacji prozdrowotnej.

⁵³ Zob. np.: *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 2005; K. Borzucka-Sitkiewicz: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*. Kraków 2006.

⁵⁴ Podają za: *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 2005, s. 7–9.

Ważną kwestią jest kształcenie edukatorów zdrowia na potrzeby instytucji oświatowo-wychowawczych i instytucji zdrowia publicznego⁵⁵, ale ten problem wymaga odrębnego potraktowania. Edukacja zdrowotna prowadzona w różnych grupach i środowiskach społecznych musi, ze względu na ich różnorodność, wychodzić naprzeciw różnym potrzebom edukacyjnym, dlatego diagnozowanie tych potrzeb stanowi podstawę projektowania strategii edukacji zdrowotnej w środowisku. Warto także podkreślić specyfikę metodyczną w edukacji zdrowotnej oraz konieczność odejścia od tradycyjnych form nauczania⁵⁶.

Pojęcie pracy socjalnej uległo z biegiem lat, w sytuacji zmieniających się potrzeb społecznych, wielu zmianom. Praca socjalna jest nieodłącznie związana z pedagogiką społeczną. Aktualnie pojęcie pracy socjalnej rozpatruje się w kontekście realizowania i zaspokajania potrzeb socjalno-bytowych oraz potrzeb kulturalno-wychowawczych⁵⁷. Pedagogika zdrowia i jej interdyscyplinarno-integracyjny charakter wyznaczają zainteresowanie pracą socjalną w różnych środowiskach na rzecz zdrowia w kontekście klasycznych idei pedagogiki społecznej, czyli idei podmiotowości, sprawiedliwości społecznej, pomocniczości i edukacji społecznej, wypracowanych przez H. Radlińską, A. Kamińskiego i R. Wroczyńskiego. Zainteresowanie pedagogiki zdrowia pracą socjalną na rzecz zdrowia ma kontekst nie tylko edukacyjny (przygotowanie merytoryczne do organizowania działań na rzecz zdrowia jednostkowego i środowiskowego), ale także związany z udzielaniem wsparcia społecznego w chorobie/niepełnosprawności w różnych fazach życia człowieka i w różnych środowiskach. Jak podkreśla S. Kawula⁵⁸, pracownicy socjalni mogą mieć różne specjalizacje (np. asystenci społeczni, wychowawcy uliczni lub środowiskowi, kuratorzy nieletnich). Wydaje się, że pracownik socjalny może także posiadać specjalizację pedagoga zdrowia. Poza niezbędnymi cechami osobowościowymi predestynującymi do tej służby społecznej potrzebna jest w niej wiedza merytoryczna dotycząca uwarunkowań zdrowia i choroby, promocji zdrowia, podstawowa wiedza o chorobach/niepełnosprawności, wiedza i umiejętności dotyczące projektowania, organizowania i ewaluacji działań międzysektorowych w środowisku na rzecz zdrowia⁵⁹.

⁵⁵ Z. Żukowska: *Rola uczelni pedagogicznych w zakresie kształcenia kadr dla edukacji zdrowotnej* oraz L. Przewoźniak, B. Bik: *Aspekty roli edukatora zdrowia w instytucjach zdrowia publicznego*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej...*; *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej...*

⁵⁶ A. Zalewska-Meler: *Tradycjonalizm i nowatorstwo edukacji zdrowotnej — przemiany i perspektywy*. „Edukacja” 2005, nr 2, s. 68—72.

⁵⁷ S. Kawula: *Współczesny sens pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Dokonania — aktualność — perspektywy...*, s. 95—96.

⁵⁸ Ibidem, s. 97.

⁵⁹ Zob. np.: *Pracownik socjalny. Wybrane problemy zawodu w okresie transformacji społecznej*. Red. J. Brągiel, A. Kurcz. Opole 2002; A. Olubiński: *Praca socjalna. Aspekty hu-*

Zagadnienie wsparcia społecznego jest bardzo złożone i ma wieloaspektowy wymiar. Wielu autorów podkreśla, że wsparcie społeczne nie jest ograniczone tylko do sytuacji trudnych i stresowych. Pojmowane bywa często jako stale dostępna właściwość relacji międzyludzkich, która służy przystosowaniu i zdrowiu. Wsparcie społeczne odpowiada na potrzeby powstające w wyniku wydarzeń stresujących, między innymi bezrobocie, choroby, kryzysu osobistego. Odkryto prozdrowotne i buforowe znaczenie wsparcia społecznego we wszystkich sytuacjach trudnych⁶⁰.

Z przedstawionych rozważań wynika, że pedagogika zdrowia ma szerokie spektrum zainteresowań teoretyczno-praktycznych, a jej dalszy rozwój zależy od rozwoju innych nauk, ponieważ problem zdrowia jest problemem interdyscyplinarnym.

Oprócz pedagogiki zdrowia są jeszcze inne subdyscypliny, które w swej nazwie sygnalizują kwestie zainteresowania zdrowiem, lecz w odmiennym aspekcie. Należy do nich pedagogika lecznicza i pedagogika specjalna.

Termin „pedagogika lecznicza” był zamiennie stosowany z terminem „pedagogika specjalna” w podręczniku pedagogiki specjalnej autorstwa M. Grzegorzewskiej zatytułowanym *Pedagogika specjalna. Skrypt wykładów*. Twórczyni teoretycznych podstaw pedagogiki leczniczej J. Doroszevska podkreślała, że pedagogika dzieci chorych nie ma specjalnej nazwy, czasami nazywana jest terapią wychowawczą, ale taki termin może być zastosowany do każdego działu pedagogiki specjalnej⁶¹. A. Maciarz⁶² za najbardziej jednoznaczny w odniesieniu do dzieci przewlekle chorych i z uszkodzeniami narządu ruchu uznaje termin „pedagogika lecznicza”. Autorka podkreśla również, że w ostatnich dziesięcioleciach uległ zmianie zakres przedmiotu zainteresowań pedagogiki leczniczej. W latach sześćdziesiątych XX wieku interesowano się jedynie dziećmi chorymi i młodzieżą chorą oraz osobami z uszkodzonym narządem ruchu przebywającymi w zakładach leczniczych (szpitalach, domach zdrowia, zakładach rehabilitacyjnych, leczniczo-wychowawczych i prewentoriach). Nie zajmowano się wówczas dzieckiem przewlekle chorym, przebywającym w środowisku rodzinnym czy szkolnym. Wiązało się to przede wszystkim z segregacyjnym charakterem szkolnictwa specjalnego oraz długotrwałym przebywaniem dzieci w różnego typu ośrodkach leczniczo-rehabilitacyjnych. A zatem prace naukowe z zakresu pedagogiki leczniczej

manistyczne i pedagogiczne. Teoria i praktyka. Toruń 2004; Rodzina jako środowisko pracy społecznej. Teoria i praktyka. Red. B. Matyjas, J. Biała. Kielce 2007.

⁶⁰ H. Sęk, R. Cieślak: *Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. Sęk, R. Cieślak. Warszawa 2004, s. 12–13.

⁶¹ Podają za: A. Maciarz: *Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy*. Warszawa 2001, s. 8–9.

⁶² Ibidem, s. 9.

w tych latach dotyczyły przede wszystkim ujemnych skutków choroby i kalectwa w warunkach zakładu leczniczego. Współcześnie przedmiot zainteresowań badawczych pedagogiki leczniczej poszerzył się znacznie w wyniku zmian epidemiologii chorób dzieci, także w rezultacie przeobrażeń społecznych i rozwoju nauk o wychowaniu. Aktualnie obejmuje on „wszystkie problemy populacji dzieci i młodzieży przewlekle chorych i niesprawnych ruchowo, występujące w różnych środowiskach ich życia i rozwoju. Są to także problemy opieki, wychowania i terapii, rozwiązywane z wykorzystaniem innych nauk, w tym szczególnie psychologii”⁶³. Przemiany i rozwój pedagogiki leczniczej w ostatnich 50 latach dotyczą⁶⁴:

- odejścia od utożsamiania pedagogiki leczniczej z pedagogiką specjalną, zawężenia zakresu jej stosowania i stosowania zamiennie z pedagogiką terapeutyczną;
- zmiany w kategoriach pojęciowych, na przykład dziecko kalekie — dziecko niesprawne ruchowo, dziecko z dysfunkcją narządu ruchu;
- odejścia od koncentrowania się na psychopedagogicznych problemach dzieci przebywających w ośrodkach leczniczo-rehabilitacyjnych i poszerzenia obszaru zainteresowań na problemy całej populacji dzieci przewlekle chorych i z dysfunkcją narządu ruchu, a zwłaszcza na ich sytuację rodzinną, szkolną i środowiska lokalnego.

W sytuacji podejmowania wielu rozwiązań praktycznych związanych z edukacją integracyjną dzieci i młodzieży zainteresowanie przedstawicieli nauk społecznych problematyką integracji społecznej dzieci i młodzieży stale wzrasta⁶⁵.

Pedagogika specjalna natomiast jest „nauką szczegółową pedagogiki, a jej przedmiotem jest opieka, terapia, kształcenie i wychowanie osób z odchyleniami od normy, najczęściej jednostek mniej sprawnych lub niepełnosprawnych, bez względu na rodzaj, stopień i złożoność objawową — przyczyn zaistniałych anomalii, zaburzeń lub ograniczeń”⁶⁶. W. Dykcik, podając przytoczoną definicję w pracy pt. *Pedagogika specjalna*, analizuje także pojęcia normy i normalności, jednocześnie zwraca uwagę na fakt, że pojęcia te bywają w języku potocznym, a także w pedagogice specjalnej utożsamiane/stosowane zamiennie z pojęciem zdrowia⁶⁷.

Nawiązując jednak do teorii i praktyki promocji zdrowia, zaznaczyć należy, że wzajemny wpływ człowieka na zmiany w przyrodzie i odwrotnie —

⁶³ Ibidem, s. 14.

⁶⁴ Ibidem, s. 16.

⁶⁵ Zob. np. M. Chodkowska: *Socjopedagogiczne problemy edukacji integracyjnej dzieci z obciążeniami biologicznymi i środowiskowymi*. Warszawa 2004.

⁶⁶ W. Dykcik: *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*. Poznań 2005, s. 13.

⁶⁷ Ibidem.

wpływ przyrody na zmiany psychosomatyczne człowieka, jest niewątpliwy. Kłopotów przysparza problem „określenia normalnych zakresów zmienności różnorodnych właściwości człowieka i przyrody. Zakłócenia norm biologicznych człowieka wywołują choroby, które mogą być skutkiem zakłóceń funkcji biologicznych przez czynniki biologiczne, psychologiczne lub społeczne. Istnieje zatem potrzeba ujednolicenia pojęć »norma«, »normalność« w medycynie, z uwzględnieniem tych pojęć wypracowanych na gruncie biologii oraz psychologii i socjologii”⁶⁸. Z punktu widzenia biologii norma to jest optymalny stan organizmu, jego składowych struktur i funkcji, jest to wartość określonej cechy, najbardziej charakterystycznej dla danej zbiorowości. Natomiast z punktu widzenia medycyny normą jest optymalny stan zdrowia określony w kategoriach biologicznych, socjologicznych i psychologicznych⁶⁹. W socjologii normy społeczno-kulturowe to uznawane w społeczeństwie określone dyrektywy/reguły dotyczące sposobu, w jaki członek danej zbiorowości powinien się zachować, spełniając w tym względzie oczekiwania społeczne⁷⁰. Tak więc człowiek zupełnie zdrowy może postępować niezgodnie z przyjętymi zasadami społecznego współżycia w danym społeczeństwie, a człowiek niepełnosprawny będzie tych reguł społecznego postępowania przestrzegał.

Podstawowym pojęciem pedagogiki specjalnej jest pojęcie niepełnosprawności, które jednak, jak wskazuje literatura przedmiotu, jest wieloznaczne i wielopłaszczyznowe, czyli przejawia się w kilku wymiarach życia i cechuje się relatywnością w stosunku do aktualnie obowiązujących norm i standardów społecznych oraz kulturowych⁷¹. Zmieniające się warunki życia, postęp w rozwoju nauk medycznych i humanistycznych powodują, że ujęcia definicyjne wielu pojęć się zmieniają i w wielu naukach są sukcesywnie wypracowywane, wraz z rozwojem danej dyscypliny naukowej.

Świadomie nie wdając się w pogłębione, szczegółowe analizy związane z przedmiotem zainteresowań badawczych pedagogiki leczniczej czy pedagogiki specjalnej, pragnę jedynie zwrócić uwagę, że zakreslanie licznymi obwarowaniami granic między poszczególnymi subdyscyplinami pedagogiki nie wydaje się zabiegiem pożytecznym z punktu widzenia stawiania i rozwiązywania problemów badawczych służących praktyce społeczno-wychowawczej.

⁶⁸ J.B. Karński: *Praktyka i teoria promocji zdrowia...*, s. 21.

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ Zob. M. Pacholski, A. Słaboń: *Słownik pojęć socjologicznych*. Kraków 1997; P. Sztompka: *Socjologia...*

⁷¹ M. Pacholski, A. Słaboń: *Słownik pojęć socjologicznych...*, s. 15–16. Zob. także W. Dykciak: *Pedagogika specjalna...*

Środowisko, kultura i zdrowie

Modele polityki i stanowiska w kwestii promocji zdrowia

Pojęcie *zdrowie* (*health*) można rozpatrywać w aspekcie różnych kategorii. Jeżeli chodzi o aspekt historyczny, pierwszy trop koncepcji zdrowia prowadzi do politeistycznej religii Greków. W VII wieku p.n.e. zaczyna się kult Asklepiosa, którego czczono jako najwyższego boga medycyny. W rozwoju filozofii greckiej nie obserwujemy eliminacji ani religii, ani kultu Asklepiosa, ani wprowadzania szybkich zmian w dziedzinie wartości. Człowiek nie był wówczas eksponowany jako odrębny przedmiot badań, ale zainteresowanie istotą ludzką musiało być niemałe, skoro dość wcześnie uznano medycynę za jedną z dziedzin filozofii i wielu filozofów właśnie na nią przeniosło swoje zainteresowanie. W IV wieku p.n.e. na greckiej wyspie Kos Hipokrates, później nazwany ojcem medycyny europejskiej, głosił, że dobre samopoczucie, czyli zdrowie, oraz złe samopoczucie, czyli choroba, zależą od równowagi między tym, co nas otacza, co na nas wpływa, jak wiatr, temperatura, woda, gleba, a indywidualnym sposobem życia, czyli odżywianiem, zwyczajami seksualnymi, pracą i odpoczynkiem. Niektóre elementy myśli Hipokratesa wywodzą się z wcześniejszych tradycji medycyny chińskiej, zgodnie z którą ciało ludzkie stanowi system współzależnych składników, mających tendencję do utrzymania równowagi dynamicznej. Grecko-rzymscy filozofowie ery przedsokratesowej oraz lekarze tamtych czasów opierali się na tzw. schemacie uniwersalnym, przedstawionym w *Corpus Hippocraticum*, a następnie w pełni — w dziełach Galena. W schemacie tym temperament i humor jako elementy wartości odnosiły się zarówno do zdrowia, jak i choroby. Według tych poglądów zachowanie zdrowia wymagało równowagi sześciu wartości, a miano-

wicie: powietrza i światła, jedzenia i picia, ruchu i odpoczynku, snu i czuwania, wydzielania i wydalania oraz emocji¹. Platon traktował zdrowie jako „funkcję doskonalenia stylu życia” oraz „kulturowej relatywizacji diety”, Plutarch kładł nacisk na aktywność i pracę, a za warunek zdrowia uważał aktywność i wolność. Stoicy natomiast zdewaluowali w swej filozofii wartość zdrowia fizycznego, wynosząc ponad wszystko harmonię umysłową. W przyjętej przez nich hierarchii wartości śmierć zajmowała dość niską pozycję. W tamtych czasach sposób życia w zdrowiu i radzenie sobie w chorobie były miernikiem poziomu kultury. Chrześcijaństwo wieków średnich interpretowało zdrowie nie tylko jako brak choroby i cierpienia, lecz jako zdolność do znoszenia tych przypadłości. Ból i śmierć traktowano jako cechy ludzkiego istnienia. Cel higieny sprowadzał się do utrzymania ciała w czystości, gdyż stanowiło ono naczynie duszy. Nauki głoszone w tych czasach przez Arabów były także przeciwstawiane zasadniczym poglądom starożytności, choć uznawały relacje między zdrowiem a religią. Według Maimonidesa dnia śmierci nie może wyznaczyć Bóg, gdyż człowiek sam przez styl życia ma na ten fakt decydujący wpływ. Do Europy nauki te dotarły w XI wieku i wywarły wpływ na zasady zdrowotne różnych warstw społecznych. Nauki głoszone w synagodze Johannitiusa stały się podstawą poglądów scholastycznych wieków średnich, a nawet przetrwały do ery nowożytnej. Symbolem przejścia od czasów średniowiecza do czasów nowożytnych jest Paracelsus, który jako lekarz i filozof, był twórcą uniwersalnej doktryny makro- i mikrokosmosu. Zdrowie — głosił — nie jest dawane przez naturę, lecz musi być stale zdobywane. W związku z tym czas śmierci zależy właśnie od człowieka. Na przełomie XVIII i XIX wieku metafizyczne ujmowanie człowieka, mimo wzrastającej specjalizacji i empiryzmu naukowego, nadal jednoczyło jego naturę i ducha. Podstawy takiego ujęcia zawierała filozofia Schellinga, który wyrażał pogląd, że choroba jest składową życia i stanowi zmianę proporcji zasad życiowych, zdrowie zaś — równowagę tych zasad. Hegel określał chorobę jako stan pozwalający wskazać charakter organizmu człowieka, który jest po prostu nosicielem „bakcyli śmierci”, a zdrowie stanowi tylko jego przejściową harmonię. W XIX-wiecznym pozytywizmie medycyna coraz bardziej ograniczała się do badań leczniczych. R. Virchow w roku 1869 podjął próbę zdefiniowania zdrowia i choroby, uważając, że choroba jest to niewydolność aparatu regulacyjnego, prowadząca do życia w nienormalnych warunkach, a w zdrowiu siły regeneracyjne są zdolne do przewyżczenia stanu nienormalności. Od początku wieku XX aż po współczesność ośrodkiem myśli był i jest człowiek w swym — jak się obecnie przyjęło określać — holistycznym, czyli fizycznym, umysłowym i społecznym, wymiarze. Zdrowie zaczęło podlegać

¹ Cyt. za: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Kariski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski. Warszawa 1994, s. 15–17.

nie tylko medycznej, lecz także fizjologicznej, socjologicznej, psychologicznej, technologicznej i kulturowej interpretacji².

W 1947 roku Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała zdrowie jako „stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby lub kalectwa i niepełnosprawności”. Definicja ta uwzględnia trzy płaszczyzny zdrowia³:

- *Zdrowie fizyczne*, czyli somatyczne, a zatem to, co odnosi się do organizmu człowieka. Stanowi ono tło innych, dobrze nam znanych chorób ciała. Nie jest to jednak bierne tło. Można potęgować pewne jego elementy przez ćwiczenie i hartowanie. Dzięki temu zdrowie fizyczne zawdzięczamy nie tylko naturze, lecz również pracy nad własnym ciałem. Człowiek o słabym genotypie dzięki treningowi, hartowaniu i higienicznemu trybowi życia może osiągnąć wysoki stan zdrowia i przeciwnie — ktoś, kto przyniósł z sobą na świat znaczny kapitał, może wskutek swego nieodpowiedzialnego działania go zmarnować⁴.
- *Zdrowie psychiczne*, którego miarą, zgodnie z tradycyjnym ujęciem, jest stopień integracji osobowości. Ten komfort psychiczny stanowi jednak kryterium dwuznaczne. Według K. Dąbrowskiego⁵ dobrym samopoczuciem mogą się odznaczać zarówno psychopaci, jak i jednostki prymitywne. Złe samopoczucie natomiast może towarzyszyć jednostkom o przyspieszonym rozwoju. Jednostki o osobowościach zintegrowanych na niższym szczeblu w pewnym okresie życia przeżywają okres dezintegracji osobowości, po którym następuje integracja, ale już na wyższym poziomie. Jest to, jak określa K. Dąbrowski, dezintegracja pozytywna. Oczywiście, zachodzi też zjawisko dezintegracji destruktywnej, która jest oznaką zaburzeń chorobowych, zatem za probierz zdrowia psychicznego należy uznać — za autorem — zdolność do rozwoju, a nie równowagę psychiczną. W literaturze przedmiotu odnajdujemy wiele definicji zdrowia psychicznego. I tak, na przykład M. Sokołowska⁶ podkreśla, że zdrowie psychiczne stanowi część ogólnego zdrowia i wiąże się z posiadaniem potencjału psychicznego, umiejętnościami oraz postawami osobistymi i społecznymi, pozwalającymi człowiekowi zaspokajać potrzeby, osiągać sukces życiowy, czerpać radość i satysfakcję z życia, zwiększać jego zdolność do rozwoju,

² Ibidem, s. 17 i nast.

³ M. Demel: *Pedagogika zdrowia*. Warszawa 1980, s. 100—101.

⁴ Zob. np.: M. Demel: *O wychowaniu zdrowotnym*. Warszawa 1968; L. Kulmatycki: *Promocja zdrowia w kulturze fizycznej. Kryteria dobrej praktyki*. Wrocław 2003.

⁵ K. Dąbrowski: *Trud istnienia*. Warszawa 1986; zob. także Idem: *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa 1989.

⁶ M. Sokołowska: *Funkcjonowanie szkoły jako potencjalne źródło zagrożeń zdrowia psychicznego. Założenia ogólne, definicje*. W: *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*. Red. C. Czubała. Warszawa 2000, s. 12.

radzić sobie ze zmianami i z pokonywaniem trudności oraz sprzyjać dobrym relacjom z innymi ludźmi. Zdrowie psychiczne uwarunkowane jest rozwojowo, ponieważ stanowi proces budowania zintegrowanej osobowości, zdolnej do realizowania i podejmowania celów, zadań życiowych, radzenia sobie ze stresem i do czerpania satysfakcji z życia⁷.

W społecznej naturze zdrowia znajduje odzwierciedlenie rola niektórych szczególnych obszarów, a mianowicie:

- *Zdrowie społeczne*, które obejmuje relacje między jednostką a społecznością, pełnienie ról i zadań społecznych, jakie wyznacza proces socjalizacji. Jego miarą jest stopień syntonii, czyli społecznego współbrzmienia. T. Parsons⁸ wprowadził pojęcie roli chorego, co stanowiło impuls do podjęcia wielu badań socjologicznych.
- *Zdrowie duchowe*, które funkcjonuje w literaturze przedmiotu stosunkowo od niedawna. „W psychologii zdrowia kształtuje się tendencja do traktowania duchowości jako właściwości (atrybutu) człowieka, bez przyjmowania założeń dotyczących istnienia czynników nadprzyrodzonych stanowiących jej źródło”⁹.

Podkreślić należy, że wymienione kategorie zdrowia stanowią spójną, warunkującą się wzajemnie całość i oznaczają równorzędne znaczenie czynników fizycznych, psychicznych i społecznych, co stwarza nowe możliwości poznawcze i badawcze, głównie w naukach społecznych. Pojęcie zdrowia w ujęciu Światowej Organizacji Zdrowia bywa często krytykowane w literaturze przedmiotu, ponieważ utożsamiane jest z dobrym samopoczuciem. Zdrowie należy do grupy pojęć interdyscyplinarnych, dlatego przegląd literatury potwierdza różnorodność ujmowania tego pojęcia przez poszczególnych autorów. Często w potocznym postrzeganiu zdrowie jest rozumiane jako brak choroby. W literaturze przedmiotu jest ujmowane jako potencjał związany z dyspozycjami umożliwiającymi adaptacyjne funkcjonowanie człowieka w określonym kontekście środowiskowym. Rozumienie to analizuje się w kategoriach rozwojowo-funkcjonalnych, szczególną uwagę zwracając na potencjał zdrowotny człowieka i środowiska, co znaczy, że właściwości człowieka i środowiska umożliwiają skuteczne radzenie sobie z wymogami i obciążeniami życia codziennego¹⁰. Dodajmy, że zdrowie i choroba mogą być określa-

⁷ Zob. np.: I. Heszen-Niejodek: *Rozwój zastosowań psychologii do obszaru zdrowia i choroby*. „Przegląd Psychologiczny” 1991, T. 1; Eadem: *Lekarz i pacjent*. Kraków 1992; Z. Bartkowiak: *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*. „Pediatria Praktyczna” 1999, T. 7, nr 2.

⁸ Zob. T. Parsons: *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa 1993; A. Titkow: *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*. Wrocław 1984; B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 1998; *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. Barański, W. Piątkowski. Wrocław 2002.

⁹ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia*. Warszawa 2007, s. 72–73.

¹⁰ Ibidem, s. 48.

ne subiektywnie (samopoczucie) i obiektywnie (wyniki badań medycznych). Subiektywna ocena zdrowia nie musi się pokrywać z diagnozą medyczną, a sposób obiektywnego ujmowania zdrowia może mieć istotne konsekwencje społeczne, prawne i ekonomiczne¹¹.

Zastosowanie perspektywy salutogenetycznej — interesującej koncepcji teoretycznej, szeroko dyskutowanej u schyłku ubiegłego wieku — prowadzi do ujęcia zdrowia w kategoriach jego zmienności na pewnym kontinuum, co oznacza, że na jednym jego krańcu jest zdrowie, a na drugim — choroba. Miejsce jednostki na tym kontinuum zmienia się, zdrowie więc nie jest stanem stałym ani stałym zasobem. Badanie zdrowia wymaga badania jego stanów w określonych momentach czasowych¹². Perspektywa salutogenetyczna wiąże się z koncepcją poczucia koherencji wypracowaną przez A. Antonovsky'ego. Orientacja salutogenetyczna opiera się na założeniu, że niezbywalnymi cechami wszystkich organizmów żywych jest heterostaza, starzenie się i rosnąca entropia, co wiąże się z odrzuceniem dychotomicznego podziału na zdrowie i chorobę przy uwzględnieniu kontinuum zdrowia i choroby, z postulowaniem zapoznania się z historią życia jednostki, w tym jego choroby, z koncentrowaniem się na zasobach umożliwiających radzenie sobie ze stresem, z traktowaniem stresorów jako wszechobecnych, z zachęcaniem do poszukiwania wszelkich źródeł sprzyjających aktywnej adaptacji organizmu do środowiska¹³.

Warto zatem odwołać się do salutogenetycznej koncepcji socjologa medycyny A. Antonovsky'ego, który w latach siedemdziesiątych XX stulecia uznał poczucie koherencji (*sense of coherence* — SOC) za podstawowy czynnik sprzyjający zdrowiu. Poczucie koherencji to: globalna orientacja jednostki, wyrażająca stopień jej ogólnego, trwałego, choć dynamicznego poczucia pewności, że: „1) bodźce, które docierają do niej w życiu ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego, są ustrukturuwane, przewidywalne i dają się wyjaśnić, 2) dostępne są jej zasoby pozwalające sprostać wymaganiom stawianym przez owe bodźce oraz 3) wymagania stanowią wyzwanie, warte są one zaangażowania się i podjęcia działania”¹⁴. Poczucie koherencji zawiera trzy składniki¹⁵: *zrozumiałość* (*comprehensibility*), która wyraża się w postrzeganiu informacji jako jasnych, spójnych i uporządkowanych, co w konsekwencji wpływa na zdolność trafnej oceny rzeczywistości; *sterowalność* — *zaradność* (*manage-*

¹¹ Zob. K. Puchalski: *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1996, nr 1—2.

¹² I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 48—49.

¹³ A. Antonovsky: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Tłum. H. Grzegółowska-Klarkowska. Warszawa 2005, s. 28.

¹⁴ Ibidem, s. 34; zob. także G. Dołęńska-Zygmunt: *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dołęńska-Zygmunt. Wrocław 2001.

¹⁵ Cyt. za: *Promocja zdrowia. Wydanie nowe*. Red. J.B. Karński. Warszawa 1999, s. 259—260.

ability), odnoszącą się do zakresu spostrzegania dyspozycyjności odpowiednich środków (własnych lub będących w zasięgu), tak aby sprostać wymogom sytuacyjnym; *sensowność* (*meaningfulness*), która ma charakter emocjonalno-motywacyjny i związana jest z aktywnością człowieka w różnych dziedzinach życia, a zaangażowanie, aktywność i duży wysiłek nadają sens jego działaniom. Poczucie koherencji dotyczy niektórych obszarów życiowych, autor koncepcji wprowadza zatem pojęcie granic wyznaczających ten obszar (tę część) życia, który człowiek postrzega jako zrozumiały, sterowalny i sensowny. Podkreśla także ważność co najmniej czterech obszarów życia: własnego życia emocjonalnego, relacji z najbliższym otoczeniem (z rodziną, przyjaciółmi), podstawowego przedmiotu działalności życiowej (np. pracy) oraz kwestii egzystencjalnych. Jeżeli jedna z tych dziedzin jest poza granicami, jednostka ma słabe poczucie koherencji. A. Antonovsky podkreśla, że osoba o silnym poczuciu koherencji jest zdolna przesuwać granice ważnego dla siebie obszaru życiowego i może dzięki temu poprawić własne funkcjonowanie. Poczucie koherencji podlega kształtowaniu w ciągu życia jednostki, przy czym szczególne znaczenie mają warunki środowiskowe, w których rozwija się dziecko, oraz nabywane doświadczenia życiowe, które charakteryzują się stałością, równowagą przeciążenia, a także udziałem człowieka w podejmowaniu decyzji¹⁶.

Chciałabym zwrócić uwagę na dużą przydatność tej koncepcji w pedagogice społecznej i pedagogice zdrowia w analizowaniu problemów zdrowia w kontekście środowiskowych uwarunkowań i cykli życia człowieka. Koncepcja ta może, w moim przekonaniu, znaleźć zastosowanie w edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na kształtowanie umiejętności życiowych. W naukach o wychowaniu zainteresowanie zdrowiem ukierunkowane jest na pojmowanie zdrowia jako wartości, o którą warto zabiegać i na którą należy ukierunkowywać edukację zdrowotną. Wydaje się, że oba te spojrzenia mogą być wykorzystywane w naukach o wychowaniu w układzie komplementarnym. Rozumienie zdrowia w kontekście wartości indywidualnej i społecznej jest użyteczne nie tylko w promocji zdrowia, ale także w naukach społecznych, w tym — w naukach o wychowaniu. Zdrowie jest bowiem niezbędne w realizacji celów i aspiracji życiowych z jednej strony, z drugiej zaś — tylko zdrowe społeczeństwa są zdolne do pomnażania dóbr społeczno-ekonomicznych i kulturowych. Zdrowie bywa w rozumieniu codziennym, potocznym pojmowane różnie. Za przykład niech posłuży rozumienie zdrowia wśród młodzieży licealnej¹⁷, która uważa między innymi, że zdrowie jest to:

¹⁶ Ibidem, s. 260.

¹⁷ K. Cisowska: *Wybrane elementy stylu życia młodzieży licealnej*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego. Zob. np. K. Puchalski, E. Korzeniowska, L. Piwowarska-Pościk: *Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna*. Łódź 1999.

aktywność fizyczna, poczucie siły i energii; umiejętność wyrażania uczuć, emocji, akceptacja tych uczuć, panowanie nad emocjami; docenianie wartości życia; dobre relacje z rodziną i rówieśnikami; satysfakcja z pracy, zadowolenie z sukcesów; zdrowie jest środkiem do osiągnięcia celu; jest wartością samą w sobie; zdrowie jest potrzebne, aby poprawić swoją pozycję społeczną.

W grupie 100 respondentów 94,0% uczniów podkreśla, że największą odpowiedzialność za zdrowie ponosi sam człowiek. Najczęściej w życiu codziennym ludzie zaczynają się intensywniej interesować zdrowiem, kiedy dotyka ich choroba, wówczas też, najczęściej wskutek perswazji lekarza, zmieniają styl życia.

Jak zaznacza A. Antonovsky, kwestia „wzorca doświadczeń życiowych” odgrywa znaczącą rolę w kształtowaniu poczucia koherencji. „Wzorec doświadczeń życiowych” autor rozumie jako „charakterystyczne zjawisko lub charakterystyczny związek [...] dostarczający człowiekowi przez dłuższy czas i nieprzerwanie doświadczeń z zakresu nadawania sensu niezliczonym bodźcom, które go nieustannie bombardują”¹⁸. Wiadomo, że „wzorec doświadczeń życiowych” podlega w procesie socjalizacji dzieci i młodzieży dużemu zróżnicowaniu. Nawiązuję do tego zagadnienia w dalszej części książki, kiedy omawiam problematykę zaniedbywania zdrowia w rodzinie. Autor rewolucyjnej koncepcji zdrowia charakteryzuje „poczucie zrozumiałości”, „odczucie sensowności” i „poczucie zaradności” w okresie niemowlęctwa i dzieciństwa, rozwój poczucia koherencji w okresie dorastania i w wieku dorosłym, wskazując istotne czynniki środowiskowe i kulturowe mające wpływ na rozwój poczucia koherencji¹⁹.

W ostatnich latach można zaobserwować zwiększające się zainteresowanie przedstawicieli nauk humanistycznych zagadnieniami jakości życia, których nie będę analizować (problem ten traktuję szerzej w dalszych rozdziałach niniejszej pracy). Pragnę jednak zwrócić uwagę, że zdrowie odgrywa znaczącą rolę w subiektywnej ocenie jakości życia. Traktując jakość życia w sensie ogólnym oraz analizując jej związek ze zdrowiem, w literaturze przedmiotu podkreśla się znaczenie konkretnych przesłanek, którymi są: obiektywne cechy biologiczne (obiektywnie stwierdzony stan organizmu, komórek i narządów), percepcja i ocena objawów dokonana przez pacjenta, ocena funkcjonowania w wymiarze bio- i psychospołecznym warunkowana właściwościami podmiotu i środowiska, ogólna ocena zdrowia, co decyduje o zadowoleniu z życia jako całości²⁰. W wielu przypadkach jednak świadomość wpływu utraty własnego zdrowia na jakość życia przychodzi za późno.

¹⁸ A. Antonovsky: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia...*, s. 93.

¹⁹ Ibidem, s. 91–124.

²⁰ Podaje za: I. H e s z e n, H. S ę k: *Psychologia zdrowia...*, s. 58.

Pedagogika społeczna obiektem szczególnego zainteresowania czyni środowisko, które rozumiane jest jako elementy struktury przyrodniczej, kulturowej i społecznej, które oddziałują na jednostkę stale lub dłuższy czas bądź krótko, lecz ze znaczną siłą, jako system bodźców o charakterze samorzutnym lub zorganizowanym. Jak podkreślał S. Kowalski w *Socjologii wychowania...*, wskazując, że środowisko jest zawsze czyjeś i należy akcentować jego społeczny charakter, „odniesienie środowiska do określonej jednostki w definicjach socjologicznych i pedagogicznych polega na wydzieleniu z całego środowiska tych jego elementów, które danej jednostki faktycznie dotyczą, a więc elementów stanowiących układ bodźców, których wpływom ona podlega”²¹. Trzy płaszczyzny środowiska: przyrodnicza, społeczna i kulturowa, są z sobą powiązane i wzajemnie się przenikają. Coraz częściej jednak w naukach o wychowaniu, a szczególnie w pedagogice społecznej używa się pojęcia „środowisko życia”, zwracając uwagę na konfigurację jego elementów i specyficzne nasycenie. Środowisko życia jednostki rozpatrywać można w różnych kontekstach, na przykład jego przetwarzania, przenikania wpływów, aktywności/bierności jednostki wobec środowiska, aktywizowania sił społecznych w środowisku, przeciwdziałania zagrożeniom²².

Człowiek stanowi nieodłączny element środowiska i jego egzystencja we wszystkich fazach życia pozostaje w nierozzerwalnych z nim związkach, a zatem nie sposób wymienić wszystkich uwarunkowań zdrowia w środowisku życia człowieka, a wskazanie wszystkich współzależności między nimi okazuje się niezwykle trudne. W dalszej części tekstu zwracam uwagę na kwestie związane z poznaniem środowiska przez jednostkę, ponieważ owo postrzeganie odgrywa znaczącą rolę w procesie socjalizacji, a ponadto nie jest bez znaczenia w dokonywanych przez jednostkę wyborach zachowań związanych ze zdrowiem, ze stylem życia, z postrzeganiem relacji między elementami środowiska.

Człowiek w środowisku życia zdobywa pewną i różną o nim wiedzę w drodze percepcji i poznania. Percepcja dostarcza *wiedzy figuratywnej* (*figurative knowledge*), stanowiącej wyobrażenia, w wyniku bezpośrednich kontaktów. Poznanie zaś dotyczy *wiedzy operacyjnej* (*operative knowledge*), tzn. informacji będącej wytworem całego ciągu operacji umysłowych. Wiele czynników wpływa na wykorzystanie informacji środowiskowej przez jednostki. Są to²³:

— charakter i procesy psychologiczne towarzyszące zdobywaniu informacji;

²¹ S. Kowalski: *Socjologia wychowania w zarysie*. Warszawa 1974, s. 67.

²² Zob. E. Marynowicz-Hetka: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. T. 1. Warszawa 2006, s. 54–65.

²³ D.J. Walmsley, G.J. Lewis: *Geografia człowieka. Podejście behawioralne*. Warszawa 1997, s. 72–77.

- rodzaj środowiska będącego źródłem informacji;
- sposób wyboru informacji przez jednostkę;
- sposób, w jaki środowisko pełni funkcję sceny służącej prezentacji zewnętrznych zachowań jednostki.

Środowisko jako źródło informacji było przedmiotem wielu badań, które są podstawą pewnych uogólnień²⁴. I tak:

- środowiska nie mają stałych i danych granic przestrzenno-czasowych, granica jest efektem informacji uzyskanych w wyniku interakcji z otoczeniem;
- środowiska obejmują informację zarówno peryferyjną, jak i centralną;
- środowiska przekazują wiele informacji, z których jednak nie wszystkie nadają się do przetworzenia, ponieważ część z nich się powtarza albo jest sprzeczna lub niejasna;
- poznanie środowiska następuje głównie w drodze poznania, ponieważ jednostka jest zawsze częścią sytuacji, o której zbiera informacje;
- środowiska mają znaczenie symboliczne oraz są związane ze znaczeniami społecznymi i z oczekiwaniami;
- doświadczenia środowiskowe stanowią spójną i przewidywalną całość.

Wyróżniono kilka stanowisk dotyczących związku zachowania i środowiska. Empiryzm i determinizm środowiskowy opierają się na założeniu, że wiedzę o środowisku zdobywa się za pomocą zmysłów. Świat zewnętrzny oddziałuje na ludzi, ale wskazuje się istnienie obiektywnego środowiska niezależnie od poznającego podmiotu. Przedstawiciele racjonalizmu i natywizmu zakładają z kolei, że wiedza jest wrodzona i człowiek oddziałuje na otoczenie. Przedstawiciele interakcjonizmu i konstruktywizmu podkreślają, że rzeczywistość istnieje niezależnie od umysłu, ale można ją poznać dzięki wysiłkom umysłu człowieka. Rzeczywistość traktują jako coś, co się konstruuje. Konstruktywizm transakcyjny ma swe źródło w psychologii postaci (*gestalt psychology*)²⁵, zgodnie z którą środowisko jest złożonym, zorganizowanym polem bodźców tworzącym kontekst ludzkiego zachowania — działania. Ludzie postępują celowo, działając w określonych warunkach historyczno-społeczno-ekonomicznych, opierając się na interpretacji minionego doświadczenia środowiskowego. Oczywiście, trudny jest pomiar transakcji między jednostką a środowiskiem. Umiejętność przetwarzania informacji środowiskowej zapewniła przetrwanie gatunku ludzkiego, gdyż umożliwiła przystosowanie do różnych, także niebezpiecznych, warunków życia. „W tym sensie przetrwanie zależy od posiadania wiedzy i umiejętności posłużenia się nią, czyli rozwiązania czterech problemów: gdzie człowiek jest (percepcja i prezentacja), co się może zdarzyć (predykcja), czy to będzie dobrze, czy źle (ocena)

²⁴ Ibidem, s. 77.

²⁵ Zob. np. A. Bańka: *Społeczna psychologia środowiskowa*. Warszawa 2002.

i co z tym zrobić (działanie). Zdolność do poznawania, antycypowania, uogólniania i wprowadzania innowacji zapewniła im przeżycie”²⁶.

Społeczna psychologia środowiskowa wzbogaca naszą pedagogiczną wiedzę o wzajemnych relacjach człowieka ze środowiskiem i stwarza możliwości jej wykorzystania w badaniach i analizach związanych także ze środowiskowymi uwarunkowaniami zdrowia i choroby. Psychologia środowiskowa (*environmental psychology*) jest dyscypliną psychologii, która zajmuje się badaniem relacji i zależności między człowiekiem a środowiskiem fizycznym i społecznym. Zainteresowanie to wynika z faktu, że „każdy człowiek realizuje czynności życiowe zawsze w jakimś środowisku. Środowisko w zależności od ukształtowania może sprzyjać lub przeszkadzać [...] realizacji codziennych czynności życiowych, może wpływać dodatnio lub ujemnie na samopoczucie, może też rozwijać lub degradować zachowania człowieka”²⁷. Psychologia środowiskowa ujmuje środowisko jako układ elementów otoczenia, które są względnie trwałe, ważne dla życia i zachowania człowieka. W związku z takim rozumieniem środowiska psychologia środowiskowa bada i analizuje środowisko materialne, przestrzenne, geograficzne, architektoniczne, wirtualne, społeczne, kulturowe, ekologiczne i psychologiczne. Zależność między człowiekiem i środowiskiem psychologia środowiskowa określa z jednej strony, traktując człowieka jako element środowiska doświadczający skutków jego działania w sferze poznawczej, emocjonalnej i zachowania, a z drugiej analizuje człowieka jako aktywny, świadomy podmiot zmian środowiska, na przykład przez planowanie urbanistyczne, wykorzystanie zasobów²⁸. A. Bańka, powołując się na wielu badaczy, podkreśla między innymi znaczenie środowiska w ochronie zdrowia i korygowaniu zaburzeń zachowania. Twierdzi na przykład, że środowisko zamieszkania ma duży wpływ na samopoczucie ludzi, społeczne interakcje oraz nawroty choroby, uważa też, że pacjenci leczenia psychiatrycznie uzyskują znacznie lepsze oceny lekarskie, są efektywniejsi w szkole czy w pracy, lepiej radzą sobie w kontaktach interpersonalnych, gdy w swym środowisku życia zyskują odpowiednią pomoc. We współczesnej psychologii rozwija się ekologiczny nurt, który postrzega problem zdrowia i dobrostanu człowieka w kontekście zorganizowanego środowiska fizycznego i społecznego (rodziny, szkoły, pracy, miejsca zamieszkania, szpitala)²⁹. W tym miejscu warto nawiązać do współcześnie funkcjonującego *społeczno-ekologicznego*³⁰ modelu zdrowia, modelu akcentującego *holistyczną* wizję

²⁶ Ibidem, s. 77–78.

²⁷ Ibidem, s. 25.

²⁸ Ibidem, s. 25–26.

²⁹ Ibidem, s. 315–316.

³⁰ Zob. np.: Z. Słotńska: *Promocja zdrowia — zarys problematyki*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1996, nr 1–2, s. 39–41; I. Heszten, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 64–65.

człowieka jako postaci centralnej oraz wzajemne relacje (powiązania) człowieka ze środowiskiem i przydatnego w promocji zdrowia (*health promotion*). Wielość powiązań człowieka ze środowiskiem ilustruje „mandala zdrowia”, model ekosystemu człowieka opracowany w duchu paradygmatu socjoekologicznego w latach osiemdziesiątych XX wieku przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto. Składa się ona z kręgów otaczających centralnie umieszczonego człowieka. Najszerszy krąg stanowi biosfera i kultura, najbliższy zaś — rodzina będąca pomostem między jednostką i instytucjami życia społecznego. Pozostałe czynniki wpływające na zdrowie: społeczność, system opieki nad chorym, styl życia i praca, biologia człowieka, środowisko fizyczne i psychospołeczne, mają układ hierarchiczny i rozmieszczone są na pozostałych kręgach, wskazując hierarchię systemów. Wobec wieloaspektowości wpływów szczególną funkcję przypisuje się w tym modelu: zaspokojeniu potrzeb i aspiracji, dążeniu do samorealizacji, a także kwestiom społecznej aktywności człowieka związanej z pełnieniem ról społecznych. Warto także dodać, że społeczno-ekologiczny model zdrowia akcentuje przede wszystkim indywidualną odpowiedzialność za zdrowie. Model ten może być wykorzystywany do badań poszczególnych kręgów (np. rodziny).

Model społeczno-ekologiczny zakłada³¹: istnienie nierównego dostępu do zdrowia (opieki zdrowotnej) w zależności od takich zmiennych społeczno-demograficznych, jak: płeć, wiek, warunki materialne, wykształcenie; obowiązek uwzględniania w edukacji zdrowotnej określonego znaczenia, jakie osoby nadają zdrowiu w swym życiu codziennym. Paradygmat zdrowia związany ze współczesną psychologią środowiskową poszerza zakres interwencji i promocji zdrowia z jednostki na społeczeństwo. Zdrowie jest wypadkową gry (transakcji) między zasobami środowiska fizycznego i społecznego a zachowaniami zdrowotnymi jednostki. W tym modelu zdrowia wykorzystuje się trzy rodzaje zasobów środowiska³²: projektowanie ergonomiczne, bezpieczne i nie zagrażające zdrowiu i życiu, kontrolowalność i przewidywalność (symbolika, estetyka i inne), osiągalność wsparcia społecznego w sieci stosunków międzyludzkich.

We wcześniejszym modelu biomedycznym dominującą koncepcją zdrowia była orientacja patogeniczna za podstawę zdrowia uznająca brak choroby. Model ten funkcjonował w medycynie XX wieku, przy założeniu że zdrowie jest zależne od wyposażenia genetycznego i struktury organizmu. Profilaktyka skupiała się na działaniach skierowanych przeciwko danej chorobie. Medycyna w ujęciu biomedycznym ukierunkowana była na zaburzenia biochemiczne i strukturalne w organizmie³³. *Model holistyczno-funkcjonalny*

³¹ Cyt. za: *Promocja zdrowia. Wydanie nowe...*, s. 309.

³² A. Bańka: *Społeczna psychologia...*, s. 317—318.

³³ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 62—62; L. Kulmatycki: *Promocja zdro-*

obecny pierwotnie w filozofii i medycynie starożytnej współcześnie akcentuje pozostawanie człowieka pod wpływem wzajemnych relacji człowiek — środowisko. W modelu tym zdrowie rozumiano jako proces dynamicznej adaptacji, który zmierza do zachowania dynamicznej równowagi między systemami, a wyraża się we wzajemnej relacji struktur funkcjonalnych człowieka oraz człowieka z jego środowiskiem. Aktualnie podkreśla się w tym modelu, ujmującym zdrowie jako proces, między innymi to, że szczególne miejsce przypada świadomości aktywnemu podmiotowi, który może się zdrowia uczyć, promować je i pomnażać³⁴.

Pojęcie „zdrowie” wykorzystywane jest w różnych naukach, a zakres jego definiowania zależy od dyscypliny naukowej. Zdrowie można zatem definiować, biorąc pod uwagę różne jego aspekty, na przykład jako³⁵: nieobecność choroby (ujęcie medyczne), brak poczucia dyskomfortu (odczucie subiektywne), funkcjonalny warunek utrzymania systemu społecznego (funkcjonowanie społeczne człowieka zgodne z obowiązującymi w danej kulturze normami i wartościami), funkcjonalną zdolność do pełnienia wartościowych ról społecznych, dobrobyt (tj. zapewnienie dostępności i odpowiedniego poziomu systemu opieki zdrowotnej niezależnie od warunków socjoekonomicznych), element utrzymania porządku społecznego (dotyczy korzyści ekonomiczno-społecznych będących efektem dobrego stanu zdrowia społeczeństwa) oraz *twórcze życie jednostek (productive live)* pomnażające dobrobyt społeczny.

Zaprezentowane analizy wskazują, że biorąc pod uwagę wzajemne relacje człowieka ze środowiskiem, nie można analizować zagadnień zdrowia i jego ochrony, choroby i terapii oraz promocji zdrowia, bez uwzględnienia środowiska życia człowieka z jednej strony, a z drugiej — faz życia człowieka i jego relacji ze zmieniającymi się środowiskami życia. Ze względu na analizy prowadzone w dalszej części niniejszej pracy odwołam się do U. Bronfenbrenera koncepcji ekologiczno-rozwojowej, która koncentruje się na problemach rozwoju człowieka w cyklach życia³⁶. Punktem wyjścia tej teorii jest zainteresowanie problemami środowiska społecznego i fizycznego w aspekcie polityki związanej z kształtowaniem rozwoju dzieci oraz możliwości kierowania zmianami społecznymi. Koncepcję Bronfenbrenera uznaje się za początek społecznej „teorii miejsca”, ponieważ uczony ten zauważył, że „miejsce” jest produktem procesów psychicznych jednostki, procesów

wia w kulturze fizycznej..., s. 20—22; zob. także A. Krawański: *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*. Poznań 2003.

³⁴ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 63—64.

³⁵ P.G. Svensson: *The Concept of Health. Some Comments from a Social Science Perspective*. „Scandinavian Journal of Social Medicine” 1980, vol. 2, s. 28; cyt. za: A. Frączkiewicz-Wronka, J. Jasłowski, B. Owcorz-Cydzik, D. Sobusik: *Samorządowa polityka zdrowotna*. Katowice 2004, s. 14—15.

³⁶ Podaje za: A. Bańka: *Społeczna psychologia...*, s. 91.

społecznych i cech/właściwości fizycznych środowiska. Spektrum środowiska fizycznego, wewnątrzpsychicznego i społeczno-kulturowego określa jako „środowisko ekologiczne”. Autor proponuje systemowe rozumienie środowiska: mikrosystem, mezosystem, egzosystem i makrosystem³⁷. Z systemowym ujmowaniem środowiska wychowawczego spotykamy się w pracach wielu przedstawicieli nauk o wychowaniu, na przykład S. Kowalskiego czy J. Pietera (koncepcja kręgów środowiskowych), i innych badających znaczenie wpływu makrostruktury społecznej na procesy w małych grupach społecznych, na przykład w rodzinie.

W dokumentach dotyczących promocji zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia, a także w polskim Narodowym Programie Zdrowia — *Narodowy Program Zdrowia na lata 2006 — 2015 (projekt)* zdrowie traktuje się jako *wartość*, dzięki której jednostka, czy też grupa może realizować własne aspiracje i potrzeby osiągania satysfakcji życiowej oraz zmieniać środowisko i radzić sobie z nim. Warto w tym miejscu dodać, że zdrowie może być traktowane jako wartość w wymiarze nie tylko jednostkowym czy grupowym, ale i społecznym. Jeżeli przyjmiemy za Janem Szczepańskim, że wartości są elementem kultury i stanowią „dowolny przedmiot materialny czy idealny, ideę lub instytucję, przedmiot rzeczywisty lub wyimaginowany, w stosunku do którego jednostki lub zbiorowości przyjmują postawę szacunku, przypisują mu ważną rolę w swoim życiu i dążenie do jego osiągnięcia traktują jako przymus”³⁸, to zauważymy, że traktowanie zdrowia jako wartości ma związek z przebiegiem procesu socjalizacji. Wartości bowiem wyznaczają postępowanie jednostki, zasady hierarchii społecznej znajdują wyraz w ocenie zachowania i określają zasady współżycia społecznego, a systemy wartości rozwijane w ramach danej kultury wpływają na przebieg życia społecznego, wyznaczają wybór środków zaspokajania potrzeb i interesów, wyznaczają preferencje w dążeniach.

Zdrowie jest też *zasobem* (tj. bogactwem) społeczeństwa i gwarantuje jego rozwój społeczno-ekonomiczny. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się i osiągać odpowiednią jakość życia. Zdrowie jest ponadto *środkiem* (nie celem) służącym osiągnięciu lepszej jakości życia rozumianej jako sprawne funkcjonowanie do późnej starości, większej wydajności pracy i lepszych zarobków, satysfakcji z życia. Odwołując się do dokumentów WHO, podkreśla się również, że zdrowie jest *jednym z podstawowych praw jednostki*.

³⁷ Ibidem, s. 91—94.

³⁸ J. Szczepański: *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa 1967, s. 58 i nast. Por. np. M. Libiszowska-Żółtkowska: *Zdrowie w religijnym systemie wartości i prozdrowotnej aktywności Kościoła Katolickiego*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1997, nr 12—13.

Zdrowie nie jest stanem statycznym, a więc we wszystkich okresach życia należy je *chronić* (zapobiegać chorobom — profilaktyka), *zwiększać jego potencjał*, *doskonalić*, *pomnażać* (promocja zdrowia), *przywracać*, tj. leczyć w razie choroby (rehabilitacja)³⁹. W dokumentach WHO podkreśla się kilka podstawowych czynników warunkujących pozytywne zdrowie. Należą do nich⁴⁰: utrzymanie dobrej kondycji psychofizycznej stosownej do wieku i płci, możliwość korzystania z praw obywatelskich, dostęp do odpowiedniego wykształcenia, możliwość otrzymania pracy, praca w odpowiednich warunkach, dobre warunki mieszkaniowe, odpowiednia żywność i stan odżywienia, poczucie bezpieczeństwa, możliwość gromadzenia oszczędności, możliwość komunikacji i łączności z innymi osobami, możliwość wypoczynku i regeneracji sił, rozrywka oraz dostęp do odpowiedniej odzieży.

Dodajmy, że sposób traktowania zdrowia jest odmienny w różnych kulturach, grupach i środowiskach, sytuacjach, wiąże się także z przynależnością do określonej klasy (grupy) społecznej. W związku z tym wzory zachowań zdrowotnych przekazywane dzieciom i młodzieży w procesie socjalizacji nie są jednolite. W wielu środowiskach, najczęściej patologicznych, brak jest przekazywania dzieciom elementarnych zasad zachowań prozdrowotnych.

Warto też zasygnalizować, że zdrowie jednostki i zdrowie publiczne — to dwie odrębne kwestie, ponieważ zdrowie publiczne nie jest sumą zdrowia jednostek danej zbiorowości. Zdrowie publiczne obejmuje problemy dotyczące zdrowia populacji, stanu zdrowotnego zbiorowości, ogólnych usług zdrowotnych i administracyjny aspekt opieki zdrowotnej⁴¹. Obwarowane jest licznymi aktami prawnymi⁴².

W określaniu zdrowia populacji najczęściej bierze się pod uwagę *wskaźniki zdrowia*⁴³: *negatywne*, *pozytywne* i *pośrednie*. Do *negatywnych* wskaźników zdrowia zaliczamy: dane statystyczne o *umieralności*, tj. liczbę zgonów w stosunku do liczby ludności na danym obszarze w określonym czasie, dane statystyczne dotyczące *śmiertelności*, czyli liczbę zgonów z powodu da-

³⁹ Narodowy Program Zdrowia na lata 2006 — 2015 (projekt). Ministerstwo Zdrowia. Państwowy Zakład Higieny, s. 5—7.

⁴⁰ J. Kroszel: *Podstawy polityki społecznej w gospodarce rynkowej*. Opole 1994. Podaję za: A. Frączkiewicz-Wronka, J. Jasłowski, B. Owcorz-Cydzik, D. Sobusik: *Samorządowa polityka zdrowotna...*, s. 22—23.

⁴¹ *Zdrowie publiczne*. Red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk. T. 1. Kraków 2000, s. 20 i nast.

⁴² Zob. S. Poździoch: *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*. Kraków 2004.

⁴³ K. Slany, K. Kluzowa: *Kształtowanie systemu wartości jako kierunek działań polityki ludnościowej*. W: *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne. I Kongres Demograficzny w Polsce*. Red. D. Graniewska. Warszawa 2004, s. 121—122. Zob. także: *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*. Red. Z. Jethon, A. Grzybowski. Warszawa 2000; *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*. Red. J. Hryniewicz. Warszawa 2001.

nej choroby w stosunku do liczby cierpiących na tę chorobę, statystykę *zgonów według przyczyn, wieku, płci*, dane statystyczne dotyczące *zachorowalności*, a więc liczby nowych zachorowań na określoną chorobę w stosunku do liczby osób narażonych na ryzyko zachorowania w danym czasie, dane statystyczne dotyczące *chorobowości*, tj. liczby chorych na daną chorobę w stosunku do liczby ludności na danym obszarze w danym czasie, dane statystyczne dotyczące *liczby osób niepełnosprawnych*. Do *pozytywnych* wskaźników zdrowia zaliczamy: *przeciętne dalsze trwanie życia* — jest to liczba lat, jaka pozostałaby do przeżycia osobie znajdującej się w określonym wieku, *stan środowiska naturalnego*. *Pośrednie* wskaźniki zdrowia mogą oddziaływać na zdrowie pozytywnie lub negatywnie. Należą do nich: *status społeczno-ekonomiczny* (aktywność zawodowa), *stan cywilny*, *miejsce zamieszkania*, *subiektywna ocena zdrowia*, *hazard zdrowotny* (palenie papierosów, nadmierne spożywanie alkoholu, zażywanie narkotyków, niezapinanie pasów bezpieczeństwa i inne).

Wskaźniki zdrowia można także podzielić na⁴⁴: *demograficzne*, *epidemiologiczne* i *wieloaspektowe*. Wskaźniki *demograficzne* tworzone są na podstawie informacji, które pochodzą ze spisów ludności, z rejestrów urodzeń, zgonów, zmian stanu cywilnego oraz ze specjalnych badań ankietowych. Należą do nich: badanie umieralności i obliczanie współczynnika zgonów, wskaźniki oczekiwanej długości życia w momencie urodzenia, przeciętne dalsze trwanie życia, współczynnik umieralności noworodków i niemowląt oraz struktura zgonów według przyczyn. Wskaźnikiem określającym straty związane ze zgonami jest kategoria utraconych potencjalnie lat życia — PYLL (*potential years of life lost*), który identyfikuje stopień obciążenia populacji przedwczesną umieralnością w odniesieniu do przyjętej długości życia. Do wskaźników *epidemiologicznych* zaliczamy: współczynniki zachorowalności, chorobowości i współczynnik śmiertelności. Wskaźniki *wieloaspektowe* uwzględniają także jakość życia. Należą do nich: Lata Życia Skorygowane Jakością — QALY (Quality Adjusted Life Years) — jest to miara będąca odpowiednikiem lat przeżytych w pełnym zdrowiu, Lata Życia Skorygowane Niesprawnością — DALY (Disability Adjusted Life Years) — dotyczy ogólnej sytuacji zdrowotnej i może być miarą generalnych efektów polityki społecznej i zdrowotnej. Celem międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niesprawności i zdrowia (ICF) jest klasyfikacja i usystematyzowanie określania sposobów funkcjonowania człowieka w powiązaniu z chorobą, upośledzeniem działania, uszkodzeniem narządów i z innymi stanami patologicznymi⁴⁵.

⁴⁴ A. Frączkiewicz-Wronka, J. Jasłowski, B. Owcorz-Cydzik, D. Sobusik: *Samorządowa polityka zdrowotna...*, s. 122–140.

⁴⁵ Ibidem, s. 140.

Wskaźniki stanu zdrowia służą najczęściej do opisu sytuacji zdrowotnej społeczeństwa w danym czasie, opisu historycznych trendów zmian w stanie zdrowia społeczeństwa i do przewidywania przyszłych stanów, porównywania stanu zdrowia społeczeństwa w różnych momentach czasowych, porównywania stanu zdrowia różnych populacji, określania priorytetów polityki zdrowotnej, a także do oceny procedur medycznych, programów interwencyjnych i zdrowotnych realizowanych w ramach polityki zdrowotnej⁴⁶. W kolejnym rozdziale zwracam zatem uwagę pedagogów na wybrane, ważne problemy i zagrożenia zdrowotne dzieci i młodzieży we współczesnym społeczeństwie. Monitorowanie zdrowia dzieci i młodzieży wydaje się priorytetowym zadaniem w zakresie ochrony zdrowia, mającym na celu podjęcie działań leczniczych, rehabilitacyjnych i edukacji zdrowotnej. Jest to także szczególnie ważne w podejmowaniu wielosektorowych działań polityki społecznej.

Problem czynników determinujących zdrowie jest złożony ze względu na specyfikę zależności wieloczynnikowej. Podstawowe determinanty możemy zatem podzielić na kilka grup, w których obrębie należy wyróżnić liczne czynniki mające wpływ na zdrowie i pozostające względem siebie w komplementarnej zależności. „Pola zdrowia” zaproponowane przez Lalonda w 1973 roku na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w Kanadzie wyróżniają cztery podstawowe grupy czynników determinujących zdrowie jednostki i populacji⁴⁷: *styl życia i zachowania zdrowotne* determinują zdrowie w największym stopniu (50–60%), *środowisko fizyczne, kulturowe i psychospołeczne* (20–25%), *czynniki genetyczne* (około 20%), *służba zdrowia* (rozwiązuje 10–15% problemów zdrowotnych).

Styl życia stanowi bardzo ważną zmienną warunkującą nasze zdrowie, cechuje go znaczne zróżnicowanie indywidualne, środowiskowe i kulturowe. Pojęcie to wywodzi się z socjologii. O stylu życia bowiem pisał już Max Weber i Thorstein Veblen (który to pojęcie wprowadził do socjologii). Max Weber wiązał styl życia przede wszystkim ze strukturą społeczną, z sytuacją ekonomiczną, a ostatecznie — z konsumpcją. Interesujące poglądy dotyczące socjologicznej analizy stylu życia wiążą się między innymi z takimi nazwiskami, jak: William Cockerham, Pierre Bourdieu, Anthony Giddens, Stanisław Ossowski⁴⁸.

⁴⁶ Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia. Red. J. Hryniewicz. Warszawa 2001, s. 11–12.

⁴⁷ Zob. np. *Zdrowie i czynniki je warunkujące*. W: *Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 1995, s. 9–10.

⁴⁸ Zob. A. Ostrowska: *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa 1999.

Styl życia jest czynnikiem różnicującym klasy i warstwy społeczne. Bierze się tu pod uwagę nie tylko kryteria ekonomiczne, ale także ilość wolnego czasu i sposoby jego spędzania, zainteresowania kulturalne, realizowane wartości i cele życiowe. W socjologii ujmując styl życia, kładąc nacisk na wartości, które są dla danej jednostki lub grupy dominujące i wpływają na ich styl życia. Przemiany stylu życia wyjaśnia się najczęściej przemianami makrospołecznymi⁴⁹. A. Siciński styl życia określa jako „zespół codziennych zachowań, sposób postępowania, aktywność specyficzną dla danej jednostki lub zbiorowości, pewien charakterystyczny sposób bycia odróżniający jednostkę lub zbiorowość od innych”⁵⁰. Autor podkreśla tu funkcje stylu życia, który⁵¹ jest świadectwem przynależności do określonej grupy społecznej, stwarzając tym samym poczucie więzi społecznej, zapewniając jednostkom możliwość samoidentyfikacji społecznej, dając im w ten sposób poczucie bezpieczeństwa; wyodrębnia daną grupę z szerszej zbiorowości, przyczyniając się do trwałości grupy i jej ciągłości mimo zmian osobowych w grupie pod wpływem upływu czasu; zakreśla możliwości ekspresyjne jednostki w sposób społecznie akceptowany. A. Ostrowska w swej książce *Styl życia a zdrowie...*⁵² analizuje różne koncepcje socjologiczne stylu życia, podkreślając między innymi, że pierwsze dwie funkcje stylu życia w ujęciu A. Sicińskiego ukazują przede wszystkim aspekt zbiorowy stylu życia, a funkcja trzecia zwraca uwagę na aspekt indywidualny, który ma istotne znaczenie dla zdrowia psychicznego jednostki. Natomiast pierwsza i druga funkcja wiążą się ściśle i mają znaczenie dla integracji oraz afiliacji społecznej aktualizujących się w obrębie natężenia zjawisk społecznych, które integrację osłabiają (np. ruchliwość społeczna i przestrzenna, kształtowanie się nowych zasad strukturalizacji społecznej czy tworzenie się nowych systemów wartości).

Styl życia wyraża się w różnych sferach rzeczywistości: w sferze poglądów, celów i dążeń życiowych, potrzeb i aspiracji, obserwowalnych zachowań i czynności oraz w sferze przedmiotów, które człowiek wybiera, które tworzy bądź bezrefleksyjnie przyjmuje, traktuje je jako swoje najbliższe środowisko życiowe⁵³. Socjologiczne ujęcia stylu życia są najczęściej związane z przynależnością do grupy społecznej w kontekście systemu społecznego, ekonomicznego i kulturowego. W ujęciu psychologicznym styl życia związany ze zdrowiem jest definiowany jako „charakterystyczny dla jednostki system zachowań zdrowotnych uwarunkowanych cechami temperamentu, wiedzą,

⁴⁹ Zob.: M. Pacholski, A. Słaboń: *Słownik pojęć socjologicznych*. Kraków 1997; P. Sztompka: *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków 2002.

⁵⁰ A. Siciński: *Problemy teoretyczne i metodologiczne stylów życia*. Warszawa 1980, s. 5.

⁵¹ Cyt. za: A. Ostrowska: *Styl życia a zdrowie...*, s. 23.

⁵² Ibidem.

⁵³ A. Jawłowska: *Styl życia a wartości*. W: *Styl życia. Koncepcje i propozycje*. Red. A. Siciński. Warszawa 1976, s. 207.

uogólnionymi poglądami i przekonaniami na temat świata, życia, własnej osoby, kompetencjami, systemem wartości i indywidualnymi doświadczeniami w zakresie zdrowia oraz zmiennymi społeczno-kulturowymi”⁵⁴.

Według strategii Światowej Organizacji Zdrowia styl życia oznacza sposób bycia oparty na wzajemnych relacjach między warunkami życia w szerokim rozumieniu a indywidualnymi wzorami zachowań, zdeterminowanymi cechami indywidualnymi i czynnikami społeczno-kulturowymi. Zakres wzorów zachowań dostępnych jednostce może zostać ograniczony lub poszerzony pod wpływem czynników środowiskowych oraz stopnia indywidualnej samodzielności⁵⁵. Elementami stylu życia są zachowania związane ze zdrowiem (*health related behavior*), czyli *zachowania zdrowotne*. Możemy je podzielić na zachowania *prozdrowotne*, czyli takie, które sprzyjają zdrowiu i pomnażają je, oraz zachowania *antyzdrowotne*, czyli takie, które zdrowiu zagrażają, na przykład palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, zażywanie środków psychoaktywnych. Zachowania zdrowotne są uwarunkowane wieloma czynnikami społeczno-kulturowymi oraz indywidualnymi, między innymi wzorami, normami i wartościami kulturowymi, warunkami ekonomicznymi, religią, wykształceniem, dominującymi standardami życia w środowisku i stopniem identyfikacji z nimi, polityką społeczną, usytuowaniem w strukturze społecznej, poziomem świadomości zdrowotnej, ogólną filozofią życia, osobistymi wartościami i przekonaniami, indywidualnymi umiejętnościami życiowymi, stanem zdrowia.

Do zachowań w zdrowiu zaliczyć można⁵⁶: zachowania, jakie podejmuje zdrowa jednostka celem pomnażania zdrowia: zachowania prewencyjne, podejmowane celem zapobiegania chorobom lub wykrycia choroby w stadium bezobjawowym; zachowania osób zdrowych, ale należących do grup ryzyka, mające na celu zapobieganie skutkom zagrożenia; zachowania związane z zapewnieniem ciągłości biologicznej; zachowania mające na celu zabezpieczenie, utrzymanie lub poprawę stanu zdrowia płodu; zachowania, których celem jest poprawa warunków środowiska. B. Tobiasz-Adamczyk⁵⁷, powołując się na innych autorów, wymienia pięć klas zachowań prozdrowotnych: unikanie używek (palenie tytoniu, picie alkoholu), pozytywne praktyki zdrowotne (np. aktywność fizyczna, odpowiednia ilość snu, higiena jamy ustnej), zwyczaje żywieniowe (np. liczba posiłków w ciągu dnia, ilość spożycia mięsa, warzyw, owoców), bezpieczne prowadzenie samochodu (używanie pasów bezpieczeństwa, utrzymywanie bezpiecznej szybkości samochodu), zachowania

⁵⁴ Cyt. za: I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 104.

⁵⁵ M.D. Głowacka, B. Pawlaczyk: *Organizacja i zarządzanie w opiece zdrowotnej. Choroby cywilizacyjne*. Poznań 1997, s. 347.

⁵⁶ B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy...*, s. 24.

⁵⁷ Ibidem, s. 25.

prewencyjne (np. wizyty kontrolne u lekarza i dentysty, samokontrola piersi, badania cytologiczne). Teoretycy socjologii próbują wyjaśnić motywy podejmowania przez ludzi zachowań antyzdrowotnych. Opierając się na literaturze przedmiotu, można wymienić następujące teorie⁵⁸: teoria dysonansu poznawczego, która opiera się na założeniach, że ludzie potrzebują zachowań ryzykownych i że szczególne znaczenie mają procesy poznawcze w obronie zachowań antyzdrowotnych. Teoria ta jest podstawą sformułowania pięciu typów sposobów wyjaśniania zachowań antyzdrowotnych. Są nimi: selektywna ocena informacji, dokonywanie porównań z bardziej niebezpiecznymi czynnikami ryzyka, brak wiary i przekonania, że przyjdzie ponieść konsekwencje zachowań ryzykownych dla zdrowia, przekonanie o panowaniu nad nałogiem i kontrolowaniu go, analiza zysków i strat, jakie niesie dane zachowanie ryzykowne; teoria dotycząca znaczenia przekonań i wierzeń, która zakłada współdziałanie trzech rodzajów determinantów w kształtowaniu zachowań pro- i antyzdrowotnych: motywacji zdrowia (zainteresowanie zdrowiem, gotowość szukania fachowej porady lekarskiej, wcześniejsze korzystanie z działań prewencyjnych, poszanowanie lub brak poszanowania zdrowia), podatności na choroby, analizy zysków i strat (przekonanie o skuteczności nowo podjętych zachowań); teoria opóźnienia kulturowego, która wyjaśnia zachowania zdrowotne (prozdrowotne i antyzdrowotne) w kategoriach niepoddawania się działalności prewencyjnej służby zdrowia oraz w kategoriach norm społeczno-kulturowych; model ten odwołuje się do różnie przebiegającego procesu socjalizacji w różnych grupach społecznych (różnych klasach społecznych); model społecznych porównań opierający się na założeniu, że wszelkie zachowania jednostki mają podstawę w pewnych nawykach, poglądach, wierzeniach i motywach. Ze względu na socjologiczne zmienne, warunkujące style życia i jego przemiany, konieczne jest zróżnicowanie edukacji zdrowotnej oraz dostosowanie jej do potrzeb jednostkowych i grupowych.

Szczególną rolę w kształtowaniu zachowań zdrowotnych odgrywa wychowanie i socjalizacja. Pewne zachowania zdrowotne są wyuczone przez naśladownictwo oraz interakcje społeczne w rodzinie, grupie rówieśniczej lub stanowią skutek działań wychowawczych szkoły, wpływu środków masowego przekazu, są one stale interpretowane i testowane w różnych sytuacjach społecznych i dlatego podlegają zmianom wynikającym ze zdobywanego doświadczenia i z ponownych interpretacji⁵⁹.

Zachowania zdrowotne dotyczą wyborów (prozdrowotnych lub antyzdrowotnych) w zakresie: diety, higieny osobistej, aktywności fizycznej, snu, wypoczynku, życia seksualnego, stresu i umiejętności radzenia sobie z nim,

⁵⁸ Ibidem, s. 27–28.

⁵⁹ M. Misiuna: *Styl życia a zdrowie*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1–2, s. 102.

stosowania używek (papierosy, alkohol), narkotyków i środków psychotropowych, stosowania się do przepisów bezpieczeństwa drogowego (zapinanie pasów bezpieczeństwa), agresji i przemocy, pozyskiwania wsparcia społecznego, badań kontrolnych.

W potocznym rozumieniu określeniu „styl życia” nadaje się różne znaczenia⁶⁰. Przykładowo⁶¹:

[...] to swoista filozofia życia, szereg czynników określających sposób, model codziennego życia — godzenie aktywności zawodowej z życiem rodzinnym, to dbałość o wypoczynek, higiena psychiczna, sposób odżywiania, troska o zdrowie własne i rodziny, to zdobywanie wiedzy z różnych dziedzin nauki — zwłaszcza dotyczących zdrowia.

kobieta, wykształcenie wyższe

Pod pojęciem stylu życia rozumiem sposób spędzania wolnego czasu, a także sposób odżywiania, forma zaś zależy od wieku i zdrowia, np. spacer, pływanie, gimnastyka.

kobieta, wykształcenie wyższe

Zdrowy styl życia to odpowiednie odżywianie, spacer i przebywanie na świeżym powietrzu, dużo ruchu, to niepalenie papierosów i ograniczanie picia kawy.

kobieta, wykształcenie średnie

[...] to sen, prawidłowe odżywianie, ruch na świeżym powietrzu, prawidłowa waga ciała, odpoczynek, unikanie stresu.

kobieta, wykształcenie zawodowe

Respondentki, jak wskazują wypowiedzi, akcentują przede wszystkim najczęściej poruszane kwestie związane ze stylem życia, tj. ruch, odżywianie, unikanie stresu. Inne elementy stylu życia nie zostały uwzględnione w wypowiedziach 60 respondentek.

Znaczącym elementem warunkującym zdrowie lub chorobę jest *środowisko fizyczne*, które może sprzyjać zdrowiu człowieka lub być dla niego zagrożeniem wywołującym liczne choroby. W literaturze przedmiotu sygnalizuje się termin „zdrowie środowiskowe” (*environmental health*), którego jednoznaczne określenie jest nadal trudne, ponieważ jedni autorzy definiują zdrowie środowiskowe jako stan uwarunkowany działaniem czynników środowiska, będący skutkiem bezpośredniego oddziaływania na człowieka czynników chemicznych, promieniowania, niektórych czynników biologicznych

⁶⁰ A. Jawłowska: *Styl życia a wartości...*, s. 207.

⁶¹ R. Grecka: *Styl życia a problem osteoporozy u kobiet*. Katowice 2005, s. 107. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

mających znaczenie dla zdrowia w fizycznym, psychicznym i społecznym środowisku, do którego zaliczane jest mieszkalnictwo, rozwój urbanistyczny, użytkowanie gruntów i transport. Inni autorzy traktują zdrowie środowiskowe jako dziedzinę zajmującą się zdrowiem i jakością życia, które są warunkowane czynnikami fizycznymi, chemicznymi, biologicznymi, społecznymi i psychicznymi środowiska, a także obejmującą założenia teoretyczne i praktyczne, dotyczące oceny, eliminacji i zapobiegania obecności w środowisku tych czynników, które niekorzystnie działają na zdrowie obecnych i przyszłych pokoleń⁶². Do najważniejszych czynników mających wpływ na zdrowie zalicza medycyna środowiskowa między innymi: warunki klimatyczne (nasłonecznienie, czynniki termiczno-wilgotnościowe, zmienność ciśnienia atmosferycznego itp.), mikroklimat, który jest zespołem elementów meteorologicznych, charakterystycznych dla niewielkiej miejscowości lub pomieszczenia (szkoły, mieszkania, biura itp.)⁶³, pyłowe i biologiczne zanieczyszczenia powietrza, promieniowanie elektromagnetyczne, hałas i wibracje, biologiczne skażenie wody i ścieków, skażenie biologiczne gleby⁶⁴.

Można mówić o ścisłej zależności między zanieczyszczeniem powietrza i dużym ryzykiem zaburzeń i chorób układu oddechowego. Około 30–40% ludzi żyjących w miastach Regionu Europejskiego jest narażonych na średnie stężenia zanieczyszczeń powietrza. Około 90% całkowitej emisji siarki pochodzi ze spalania ropy naftowej w sektorze energetyki, a transport drogowy stanowi największe źródło emisji tlenku azotu i lotnych związków organicznych do atmosfery. Gromadzenie się kwasów siarkowych i azotowych powoduje rozległe zniszczenia lasów, gleby i zbiorników wodnych. Rozproszenie kadmu, rtęci, ołowiu i miedzi w glebie i wodzie stanowi największe zagrożenie ludzkiego zdrowia skutkujące uszkodzeniami systemu nerwowego przez rtęć i ołów, uszkodzeniami nerek przez kadm oraz wątroby przez miedź. Dużym ryzykiem zdrowotnym jest także niewłaściwe gospodarowanie (zbieranie, utylizacja) odpadami prowadzące do bakteryjnego, chemicznego zanieczyszczenia wody, powietrza, gleby czy żywności. Polityczne zaangażowanie w Regionie Europejskim w działania na rzecz środowiska i zdrowia zostało wyrażone przyjęciem europejskiej *Karty na temat środowiska i zdrowia* we Frankfurcie w 1989 roku oraz w 1994 roku *Deklaracji helsińskiej na temat działań na rzecz środowiska i zdrowia w Europie*, a także ustanowieniem

⁶² Cyt. za: J.B. Karński: *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Wyd. 1. Warszawa 2003, s. 144–145.

⁶³ T. Mikulski, H. Kirschner, R. Lutyński, R. Dukat: *Środowisko bytowania*. W: *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*. Red. Z. Jethon, A. Grzybowski. Warszawa 2000, s. 49.

⁶⁴ Zob. *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa...*, s. 49–129; zob. także np.: A. Bańka: *Spółeczna psychologia...*, rozdział IX; J. Norska-Borówka, J. Bursa, J. Kasznia-Kocot: *Wpływ zdegradowanego środowiska na zdrowotność dzieci śląskich*. Katowice 1992.

Europejskiego Komitetu do spraw Środowiska i Zdrowia (EEHC)⁶⁵. Badania fizycznych czynników środowiska, które zakłócają codzienne funkcjonowanie człowieka i zagrażają zdrowiu, określane są w psychologii środowiskowej mianem *stresu środowiskowego* (*environmental stress*), który wiąże się nie tylko z destrukcyjnym działaniem parametrów środowiska na organizm człowieka, ale także z „kosztami, które jednostka ponosi w pełnionych rolach i interakcjach społecznych w wyniku zmagania się z destrukcyjnymi wpływami środowiska materialnego. Stres środowiskowy jest ogólnym kosztem życia ponoszonym przez jednostkę w destrukcyjnym środowisku fizycznym. Podstawy teoretyczne stresu środowiskowego wiążą się z ogólną teorią stresu wyjaśniającą sytuację, w których wymagania środowiskowe przekraczają możliwości jednostki i wpływają na jej reakcje i zachowania związane z procesami fizjologicznymi i procesami psychicznymi”⁶⁶. Współczesny człowiek coraz częściej narażony jest na totalne skutki kataklizmów i katastrof. Kataklizmy najczęściej związane są ze zdarzeniami żywiołowymi, z klęskami typu powodzie, huragany, trzęsienia ziemi, susze, wybuchy wulkanów, lawiny itp. Zwykle są one nieprzewidywalne. Charakteryzują je cztery podstawowe elementy: obiektywność zdarzenia, konsekwencje społeczne, zróżnicowany wpływ, reakcje widoczne we wszystkich sferach i na wszystkich poziomach życia społecznego. Katastrofy zazwyczaj wiążą się z czynnikiem ludzkim, różnią się od wypadków przyczynami, rodzajem i rozmiarami szkód⁶⁷. W tych sytuacjach, ze względu na konsekwencje psychologiczne i społeczne, niezbędne stają się wszelkie działania pomocowe, ale i edukacyjne pomagające jednostkom i grupom/społecznościom radzić sobie z zaistniałymi problemami.

W 1999 roku Unia Europejska, Europejska Fundacja Nauki i WHO określiły priorytetowe obszary badawcze zdrowia środowiskowego dla krajów w Europie. Należą do nich takie problemy, jak: zmiany klimatyczne, ubytek ozonu stratosferycznego, wpływ czynników środowiskowych na funkcje poznawcze, zanieczyszczenie pyłowe powietrza, jakość powietrza w pomieszczeniach zamkniętych, jakość wody, substancje zaburzające czynności hormonalne, ocena skutków zdrowotnych narażenia na czynniki immunotoksyczne, ocena ryzyka chemicznego i związane z tym problemy toksykologiczne. Strategię tę potwierdziła Unia Europejska w polityce zdrowia publicznego i zasadach przeciwdziałania chorobom zależnym od zanieczyszczenia środowiska⁶⁸.

⁶⁵ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Tłum. J.B. Kar s k i. Warszawa—Kraków 2001, s. 112—115.

⁶⁶ A. B a ń k a: *Spółeczna psychologia...*, s. 184—185.

⁶⁷ Ibidem, s. 216—222; zob. także P.G. Z i m b a r d o: *Psychologia i życie*. Warszawa 2004.

⁶⁸ *Narodowy Program Zdrowia na lata 2006—2015 (projekt)...*, s. 27.

Zmniejszenie narażania ludności na czynniki szkodliwe w środowisku życia, pracy i nauki oraz ich skutków zdrowotnych to 8. cel operacyjny *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006 — 2015...*⁶⁹. Wyznacza on konieczność działań w tym zakresie wielu sektorów państwowych, ale też podnoszenia świadomości i odpowiedzialności społecznej w tym zakresie.

Środowisko kulturowe i psychospołeczne. Omawiając kwestie środowiskowych uwarunkowań zdrowia czy choroby oraz stylu życia, nie sposób pominąć jego wymiarów kulturowych. Kultura odnosi się do wszystkich wymiarów życia człowieka, a także jest regulatorem, w sensie aksjologicznym i normatywnym, współżycia społecznego. W danym społeczeństwie na określonym etapie rozwoju cywilizacyjnego spotykamy się ze znacznym zróżnicowaniem poglądów dotyczących kryteriów zdrowotnych, zagrożeń zdrowia, zdrowia jako wartości, zróżnicowań stylów życia w różnych grupach i warstwach społecznych, zróżnicowań w postawach wobec osób chorych i niepełnosprawnych, wyobrażeń o zdrowiu i chorobie, ogólnej wiedzy o zdrowiu⁷⁰. Możemy mówić o kulturze zdrowotnej, że składa się na nią system wartości przypisywanych zdrowiu obiektywnemu i subiektywnemu, jednostkowemu i publicznemu. Przejawia się ona w świadomej regulacji człowiek — środowisko, w poczuciu odpowiedzialności za własne i publiczne zdrowie oraz w uwrażliwieniu na potrzeby zdrowotne, zwłaszcza ludzi potrzebujących pomocy⁷¹. Każda zbiorowość społeczna ma charakterystyczny dla jej członków tryb życia związany z pewnym wzorcem myślenia i działania. Charakteryzuje ją tzw. heterogeniczność zewnętrzna dotycząca różnic między różnymi grupami/zbiorowościami oraz homogeniczność wewnętrzna związana z uniformizacją w myśleniu i działaniu⁷². Dlatego myślenie i działanie na rzecz zdrowia oraz miejsce zdrowia jako wartości są w społeczeństwie bardzo zróżnicowane. Nie pozostaje to bez znaczenia dla działań związanych z promocją zdrowia, uwzględniających kulturowo-społeczne zróżnicowania w przygotowywaniu różnych strategii na rzecz zdrowia na przykład w środowisku lokalnym.

Czynniki środowiskowe o charakterze psychospołecznym dotyczą różnych społeczności (grup), w których funkcjonuje człowiek, a więc rodziny, grupy rówieśniczej, środowiska szkolnego, miejsca pracy i wypoczynku. W każdym z tych środowisk człowiek wchodzi w relacje z innymi ludźmi, są one różne w poszczególnych fazach życia i w różnych grupach, odgrywają też różne role społeczne. Społeczne relacje międzyludzkie mają związek z konfliktami,

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ Zob. B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy...*, s. 57—58.

⁷¹ Ibidem, s. 57.

⁷² P. Sztołpka: *Socjologia...*, s. 233.

sytuacjami trudnymi, ze stresem, z przejawami przemocy czy agresji. Radzenie sobie z nowymi wyzwaniami życia codziennego jest zróżnicowane, zależy między innymi od kondycji, zasobów indywidualnych i środowiskowych, od wykształcenia, statusu społecznego, umiejętności i możliwości pozyskiwania wsparcia społecznego, dostępu do informacji. Budowanie pozytywnych relacji międzyludzkich w środowisku życia, nauki, pracy i wypoczynku odgrywa bardzo ważną rolę w tworzeniu dobrostanu zdrowotnego jednostek i zbiorowości. Izolacja społeczna (samotne życie) stanowi ważny czynnik ryzyka ze względu na brak integracji i więzi emocjonalnej z innymi osobami, które w życiu codziennym stanowią oparcie i pomoc w trudnościach życiowych.

Warunki społeczno-ekonomiczne, a zwłaszcza przychody, edukacja i zatrudnienie, w znaczącym stopniu wpływają na zdrowie jednostek i społeczności. Różnice w dochodach są, niezależnie od klasy społecznej, powiązane ze stanem zdrowia, z natężeniem umieralności na wszystkich poziomach hierarchii społecznej. Nierówności w stanie zdrowia przejawiają się we wszystkich grupach wiekowych, jednak w grupach najuboższych społeczno-ekonomicznie odnotowuje się większą liczbę przedwczesnych porodów i niską masę urodzeniową noworodków, więcej przypadków chorób serca i niektórych nowotworów⁷³. Wiele krajów Europy dotkniętych jest wysokim bezrobociem, które uważa się za jeden z podstawowych czynników występowania ubóstwa społecznego. Utrata pracy i bezrobocie są dla jednostki dużym stresem ze względu na następstwa tej sytuacji w postaci obniżenia lub braku dochodów, podjęcia roli społecznej bezrobotnego, zmiany stylu życia rodziny, obniżenia ogólnego standardu życia, okresowego lub stałego uzależnienia od instytucji pomocy społecznej. Wykształcenie i dostęp do edukacji mają kluczowe znaczenie w dokonywaniu wyborów prozdrowotnych i stylu życia. Poznawanie społeczno-środowiskowych uwarunkowań zdrowia i ich wzajemnych relacji jest ważne także w działalności leczniczej i rehabilitacyjnej i stanowi podstawę strategii działania w obszarze polityki społecznej państwa. Człowiek jest nieodłącznym elementem środowiska i jego egzystencja pozostaje w nierozzerwalnych z nim związkach, zatem nie sposób wymienić wszystkich czynników determinujących zdrowie, a wskazanie wszystkich współzależności między znanymi czynnikami okazuje się niezwykle trudne. Wcześniej wymienione uwarunkowania/problemy są współcześnie przedmiotem zainteresowań naukowych wielu dziedzin w obszarze nauk społecznych ze względu na ich interdyscyplinarny charakter. Badaniem zależności społecznych i interpersonalnych oraz związanych z nimi zaburzeń, które mogą prowadzić do powstania chorób psychosomatycznych i nerwic, zajmuje się między innymi socjopsychosomatyka, która stanowi część medycyny społecznej. Uwzględnia ona sytuację społeczną pacjenta jako potencjalne źródło choro-

⁷³ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*

by, wiąże się także z teorią systemów ogólnych, które ujmują człowieka jako osobowość funkcjonującą w obrębie układu społeczno-kulturowego⁷⁴. Współczesna psychologia społeczna poświęca wiele uwagi tzw. sytuacjonizmowi (*situationism*), zwracając uwagę na znaczenie zmiennych sytuacyjnych dla zachowania człowieka i opisując między innymi zjawisko facylitacji społecznej, próżniactwa społecznego, pełnienia ról społecznych⁷⁵.

Czynniki genetyczne odgrywają istotną rolę w dziedziczeniu pewnych skłonności do chorób. Osoby obciążone genetycznie znajdują się w grupie ryzyka, co oznacza, że powinny wykonywać w odpowiednich przedziałach czasowych badania lekarskie. Istota rzeczy polega jednak na tym, aby podnosić świadomość osób będących w grupach ryzyka, by odpowiednio wcześnie poddawały się medycznym badaniom diagnostycznym. Wczesna diagnoza w wielu przypadkach ratuje życie (np. badania mammograficzne kobiet).

Służba zdrowia jest czynnikiem w najmniejszym stopniu warunkującym zdrowie jednostki, ale niezbędnym dla zdrowia populacji. W różnych krajach jest ona różnie zorganizowana, a w wielu krajach Europy dokonano licznych reform⁷⁶. Sektor zdrowia dostarcza świadczeń zdrowotnych jednostkowych (obywatel, pacjent) i zbiorowych (populacja). W zakres świadczeń zdrowotnych wchodzi struktury oraz personel zajmujący się leczeniem, rehabilitacją, profilaktyką i promocją zdrowia, a są pokrywane z odpowiednio wydzielonych i przeznaczonych na nie środków. Świadczenia zdrowotne mają na celu dobro publiczne i obejmują całe spektrum różnych działań, na przykład walkę z chorobami społecznymi, szczepienia ochronne, działania profilaktyczne, oświatę zdrowotną, nadzór nad żywnością i żywieniem, opiekę nad matką i dzieckiem, opiekę nad osobami przewlekle chorymi. Odrębną, ale kluczową kwestię związaną z opieką zdrowotną stanowi jej finansowanie. Warto jednak podkreślić, że udział państwa (interwencja rządu) w sprawach zdrowia publicznego jest konieczny, „gdyż niektóre aspekty ochrony zdrowia są w każdym państwie równie niezbędne jak funkcjonowanie innych służb publicznych typu policji, bezpieczeństwa wewnętrznego, obrony czy powszechnej edukacji, kultury itp.”⁷⁷ Zmiany demograficzne, ekonomiczne, polityczne i społeczne są warunkiem zmian świadczeń zdrowotnych. W kra-

⁷⁴ J. Kocur, A. Grzybowski: *Psychospołeczne uwarunkowania zdrowia człowieka*. W: *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa...*, s. 238.

⁷⁵ Zob. F.G. Zimbardo: *Psychologia i życie...*, s. 586–603.

⁷⁶ Zob. np. W.C. Włodarczyk: *Reformy zdrowotne*. Uniwersalny kłopot. Kraków 2003.

⁷⁷ *Promocja zdrowia*. Wydanie nowe..., s. 47.

jach Europy zaznaczają się duże dysproporcje w świadczeniach opieki zdrowotnej. Konferencja w Lublanie (1996) poświęcona była reformom w zakresie opieki zdrowotnej w Europie. Tak zwaną *Kartę lublańską* przyjęły wszystkie kraje Europy w 1996 roku. Podstawowym jej przesłaniem było rozwijanie polityki zdrowia dla wszystkich i opracowanie strategii reform. Podkreślono w niej między innymi: konieczność uwzględniania w opiece zdrowotnej zasad godności ludzkiej, równości, solidarności i etyki zawodowej, reagowania na potrzeby zdrowotne obywateli, podnoszenie jakości opieki zdrowotnej, zapewnienie finansowania opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom w zrównoważony sposób, konieczność zorientowania na podstawową opiekę zdrowotną⁷⁸.

W sprawach szeroko rozumianej ochrony zdrowia społeczeństwa bardzo ważną rolę odgrywa polityka zdrowotna, która jest częścią polityki społecznej. Polityka zdrowotna wiąże się z celową i zorganizowaną działalnością państwa oraz jego podmiotów na rzecz poprawy warunków życia obywateli i zaspokojenia potrzeb w zakresie ochrony zdrowia, jego poprawy i niedopuszczenia do jego pogorszenia. Działania te mają charakter ponadjednostkowy i są związane z polityką państwa⁷⁹. W wielu krajach, w tym także w Polsce, zakres i efektywność działań polityki zdrowotnej budzą wiele kontrowersji, a w wyniku przeprowadzania kolejnych reform i reorganizacji wywołują w społeczeństwie ogromne niezadowolenie. W literaturze przedmiotu odnajdujemy jednak propozycje pewnego wzorca racjonalnej polityki zdrowotnej, który przytaczam za C. Włodarczykiem⁸⁰. W skład tego wzorca wchodzi 14 następujących elementów (etapów):

- decyzja o konieczności podjęcia decyzji — ośrodki władzy politycznej podejmują decyzje o konieczności otwarcia nowej sekwencji działań;
- tworzenie struktury decyzyjnej — angażowanie się różnych organów państwowych (np. sejm, komisji sejmowych, ministerstw) w podjęcie stosownych działań i określenie ośrodka wiodącego, odgrywającego rolę organizacyjną i stymulującą;
- definiowanie faktów jako problemów — czasami zachodzi potrzeba podjęcia decyzji o zorganizowaniu badań nakierowanych na pozyskanie informacji o problemie zdrowotnym, stanowiących uzupełnienie już poznanych faktów;
- etyczna ocena problemów — wiele problemów koniecznych do rozwiązania jest uwikłanych w wybory etyczne; wysoka dzietność może być róż-

⁷⁸ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 159 i nast.

⁷⁹ Zob. W.C. Włodarczyk: *Wartości a nowa polityka zdrowotna państwa*. „Polityka Społeczna” 1992, nr 10; Idem: *Polityka zdrowotna: aktualne aspekty krajowe*. W: *Promocja zdrowia. Wydanie nowe...*, s. 55; *Reformy opieki zdrowotnej — w poszukiwaniu nowych funkcji*. W: *Zdrowie i choroba...*

⁸⁰ W.C. Włodarczyk: *Polityka zdrowotna...*, s. 62–65.

nie oceniana jako problem polityki zdrowotnej w zależności od światopoglądu osoby oceniającej;

- pozyskiwanie sojuszników — ośrodek wiodący poszukuje sojuszników, ponieważ pewne problemy wymagające rozwiązania w ramach polityki zdrowotnej mogą stać się źródłem gry różnych grup interesu;
- hierarchizowanie problemów — jest ono niezbędne, ponieważ służy określeniu preferencji i może stanowić kryterium konfliktu w sytuacjach, w których konieczny jest wybór;
- dobór środków — związany jest z efektywnością realizacji celów i opiera się na kryterium skuteczności i mobilizacji ośrodków eksperckich;
- ocena alternatyw — wiąże się z akceptowanym standardem aksjologicznym oraz z oceną zasobów finansowych, potencjału ludzkiego i rzeczowego;
- polityczna ocena alternatyw — dotyczy ona społecznego oporu i świadczy o znaczeniu pozyskiwania sojuszników;
- wybór — ma on na celu wybranie wariantu optymalnego i najbardziej racjonalnego w danych warunkach;
- mobilizacja zasobów finansowych i kadrowych — jest warunkiem racjonalnego postępowania w fazie realizacji celów polityki zdrowotnej;
- akcja propagandowa — dotyczy stałego pozyskiwania wsparcia opinii publicznej i tych grup społeczeństwa, które mają szansę poprawy swego położenia;
- ocena — kryterium stosowanym w ocenie faktów są cele przyjęte przez decydentów;
- redefinicja polityki zdrowotnej — tworzenie i wdrażanie polityki zdrowotnej jest procesem, wiele kwestii zostaje zatem nierozwiązanych i wiąże się z cyklicznością działań.

Przedstawiony model ma, oczywiście, charakter idealny, a więc trudny do pełnej realizacji, ale z pewnością jest przydatny w podejmowaniu działań w zakresie polityki zdrowotnej i projektowania jej strategii.

Nowoczesny system ochrony zdrowia obejmuje nie tylko działania diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne, profilaktyczne, ale także działania w zakresie promocji zdrowia. Podstawowym jego celem jest zaspokajanie potrzeb zdrowotnych populacji, niwelowanie nierówności w zdrowiu połączone z zapewnieniem obywatelom równych szans rozwoju i ochrony zdrowia, zapobieganie chorobom, zgonom, niepełnosprawności, a także odpowiednia organizacja procesu leczenia zapewniająca troskę o pacjenta i jego godność osobistą. Aby zrealizować te cele, konieczne staje się⁸¹: zapewnienie całej populacji pełnego zakresu świadczeń medycznych, bez względu na różnicujące ją cechy

⁸¹ A. Frączkiewicz-Wronka, J. Jasłowski, B. Owcorz-Cydzik, D. Sobusik: *Samorządowa polityka zdrowotna...*, s. 31.

ekonomiczne, demograficzne, społeczne, kulturowe i geograficzne; zapewnienie usług i świadczeń medycznych na jak najwyższym poziomie, stosowanym do poziomu wiedzy i sztuki medycznej oraz zasad dobrej praktyki; organizowanie opieki zdrowotnej w taki sposób, aby optymalnie spożytkować dostępne zasoby materialne, finansowe i osobowe; doskonalenie systemu opieki zdrowotnej, tak by satysfakcjonował pacjentów i personel medyczny; dbałość o kompetentną kadre, przygotowaną do działań w odpowiednich sektorach ochrony zdrowia. Odwołując się do *Karty lublańskiej*, należy podkreślić, że „poprawa stanu zdrowia ludności jest wskaźnikiem rozwoju społeczeństwa. Opieka zdrowotna jest bardzo ważnym — ale nie jedynym — czynnikiem wpływającym na dobry stan zdrowia ludności. Inne sektory niż ochrony zdrowia mają także dużą rolę do spełnienia i ponoszą odpowiedzialność za zdrowie. Dlatego też podejście międzysektorowe musi być niezbywalną cechą reformy opieki zdrowotnej”⁸².

Realizacja zadań polityki zdrowotnej winna — jak wynika z dotychczasowych ustaleń — uwzględniać kilka podstawowych zasad: dostępności do opieki zdrowotnej, jakości i ciągłości opieki medycznej, efektywności, organizacji i zarządzania odpowiednich do poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego, kompetentności⁸³. Zmiany w zakresie polityki społecznej dotyczącej ochrony zdrowia związane są ze wstąpieniem Polski do Unii Europejskiej, która do realizacji wspólnej polityki społecznej wykorzystuje regulacje prawne, procedury dialogu społecznego oraz wsparcie finansowe⁸⁴. Zważywszy na przemiany społeczno-gospodarcze w Polsce oraz aktualną działalność w zakresie opieki medycznej wynikającą z reform służby zdrowia, pogłębiające się nierówności w zdrowiu, można stwierdzić, że polityka zdrowotna w naszym kraju ma do wypełnienia poważne zadania, których realizacja z pewnością nie będzie łatwa.

W literaturze przedmiotu związanej z promocją zdrowia w środowisku życia podkreśla się znaczenie zaangażowania ludzi i sił społecznych. Pojęcie sił społecznych wprowadziła do pedagogiki społecznej H. Radlińska; jest ono nadal aktualne w działaniach na rzecz zdrowia w środowisku. Siły społeczne to czynniki i wartości, które funkcjonują w środowisku w postaci jednostkowych i zbiorowych, jawnych bądź ukrytych uzdolnień wyrażających się w pozytywnym działaniu, dodajmy: na rzecz zdrowia⁸⁵. Pojęcie środowi-

⁸² Cyt. za: J.B. Karński: *Praktyka i teoria...*, 2003, s. 44.

⁸³ Ibidem.

⁸⁴ *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*. Red. A. Frączkiewicz-Wronka. Katowice 2005, s. 28–29.

⁸⁵ A. Olubiński: *Zasady aktywizacji sił społecznych w pracy socjalno-wychowawczej*. W: *Pedagogika społeczna. Dokonania — aktualność — perspektywy*. Red. S. Kawula. Toruń 2001, s. 176 i nast. Zob. także: W. Ciczkowski: *Teoria sił społecznych i inne koncepcje promujące podmiotowość*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce — między stagnacją a zaangażowaniem*. Red.

ska lokalnego, do którego odnosi się wiele działań związanych z promocją zdrowia, stanowi także podstawową kategorię pojęciową pedagogiki społecznej. Środowisko życia człowieka to nie tylko bezpośrednie oddziaływanie otoczenia, ale to wszystkie bodźce docierające pod różną postacią do jednostek i grup społecznych. Oddziaływanie środowiska jako zespołu warunków, w których bytuje jednostka, oraz tkwiących w nim sił społecznych było i jest nadal podstawowym problemem w teorii i praktyce pedagogiki społecznej⁸⁶. Warto przypomnieć, że H. Radlińska była organizatorką zespołowych badań środowiskowych⁸⁷. Należy podkreślić użyteczność tych i innych terminów wypracowanych w pedagogice społecznej dla współczesnej pedagogiki zdrowia⁸⁸. Czynniki środowiskowe, jak starano się wykazać wcześniej, odgrywają niebagatelną rolę w kształtowaniu zdrowia społeczności, a ponieważ są one niezwykle zróżnicowane, przeto w działaniach związanych z promocją zdrowia należy brać pod uwagę ich specyfikę zarówno w skali makro-, mezo-, jak i mikrostruktury społecznej. Biuro Światowej Organizacji Zdrowia zainicjowało wiele działań, współpracując z International Centre for Health and Society University College w Londynie i wskazując czynniki mające wpływ na zdrowie całej populacji, które odnoszą się do⁸⁹: potrzeb prowadzenia polityki celem zapobiegania życiu ludzi w niewłaściwych warunkach, wpływu środowiska społecznego i psychicznego na zdrowie, znaczenia odpowiedniego środowiska życia we wczesnym dzieciństwie, wpływu warunków pracy na zdrowie ludzi, znaczenia życia w przyjaźni i spójności społecznej, problemów związanych z bezrobociem, problemów i niebezpieczeństw wiążących się z wykluczeniem społecznym, znaczenia wpływu alkoholu i innych substancji powodujących uzależnienie oraz mających wpływ na zdrowie, potrzeby zapewnienia bezpiecznej żywności, potrzeb związanych z transportem.

E. Górnikowska-Zwolak, A. Radziejewicz-Winnicki. Katowice 1999; A. Radziejewicz-Winnicki: *Spółeczeństwo w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańsk 2004; *Spółeczne procesy modernizacyjne w środowisku lokalnym średniego miasta. (Doświadczenia i propozycje)*. Red. T. Frąckowiak, P. Mosiek, A. Radziejewicz-Winnicki. Rawicz—Leszno 2005.

⁸⁶ H. Radlińska: *Egzamin z pedagogiki społecznej*. W: Eadem: *Pedagogika społeczna*. Wrocław—Kraków 1961, s. 366.

⁸⁷ Zob. np.: H. Radlińska: *Poznajemy warunki życia dziecka*. Warszawa 1934; Eadem: *Planowanie pracy wychowawczej na tle środowiska*. „Ruch Pedagogiczny” 1933/1934, nr 6; Eadem: *Rola badań społeczno-pedagogicznych w planowaniu życia społecznego*. „Chowanna” 1935, nr 6. Zob. także W. Theiss: *Heleny Radlińskiej koncepcja pomiaru środowiska wychowawczego*. W: *Wychowanie i środowisko*. Red. B. Passini, T. Pilch. Warszawa 1979.

⁸⁸ Zob. *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. Woynarowska, M. Kapica. Warszawa 2001.

⁸⁹ Cyt. za: J.B. Karński: *Praktyka i teoria...*, 2003, s. 44.

Współczesne zmiany społeczne, ekonomiczne i demograficzne na świecie powodują, że poszukuje się nowych metod działań wielosektorowych dla ochrony i poprawy zdrowia ludzi żyjących w różnych regionach i środowiskach. Aktualnie istnieje kilka metod i podejść w promocji zdrowia⁹⁰:

1. Podejście „od ludzi do problemu”, polegające na zachęcaniu ludzi, by sami starali się identyfikować własne problemy zdrowotne i sami starali się te problemy rozwiązywać, poszukując wsparcia innych osób i instytucji.

2. Podejście siedliskowe („siedlisko” — *setting*), którego zwolennicy zwracają uwagę na to, że ludzie żyją, pracują w różnych siedliskach, a każde z nich ma swoje specyficzne cechy (wartości, normy, problemy zdrowotne itp.). Siedliskiem jest na przykład szkoła, zakład pracy, rodzina. Siedliska są z sobą powiązane systemowo, choć same także stanowią system.

3. Zmodyfikowane uczestnictwo społeczności, dotyczące konieczności informowania o planach i działaniach na rzecz zdrowia. Wiodącą rolę odgrywa tu koordynator lub grupa ludzi danej społeczności wspierani przez inne osoby.

4. Rozwiązywanie problemów — to proces obejmujący następujące fazy: wybór problemu priorytetowego, planowanie działań, działanie, monitorowanie-ewaluację procesu, ewaluację wyników.

5. Model ukierunkowany na upodmiotowienie (*empowerment*)⁹¹ jednostek i społeczności. Tu akcent pada na aktywizację jednostek i społeczności, dobrovolność, swobodę wyborów. Jego istota polega na tworzeniu odpowiednich warunków, sprzyjających uczeniu się o zdrowiu i chorobach. Ważną kwestią jest także oddziaływanie na decydentów wywierających wpływ na politykę publiczną i środowisko wspierające zdrowie.

Takie podejście do promocji zdrowia w środowisku/siedlisku jest w zasadzie tożsame ze spojrzeniem na środowisko i jego znaczenie wychowawcze/edukacyjne w pedagogice społecznej, i to nie tylko w sensie teoretycznej koncepcji, ale także w praktycznej działalności. Światowa Organizacja Zdrowia określiła siedlisko jako miejsce, w którym ludzie żyją, pracują i korzystają z różnych świadczeń⁹². Natomiast w *Karcie ottawskiej* podkreśla się także „uznanie społeczności lokalnej za miarodajne źródło opinii na temat zdrowia, jej warunków życia i dobrego samopoczucia”⁹³. Podejście środowisko-

⁹⁰ Cyt. za: *Promocja zdrowia. W: Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 1995, s. 17.

⁹¹ *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 2005, s. 23.

⁹² Cyt. za: *Promocja zdrowia...*, s. 367.

⁹³ J.B. Kariski: *Promocja zdrowia (wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe)*. Pierwsza Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia, 17–21 listopada 1986. Warszawa 1992; *Wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe dotyczące promocji zdrowia*. W: *Promocja zdrowia...*, 1994, s. 423.

we/siedliskowe odgrywa podstawową rolę w promocji zdrowia ze względu na rozwój organizacyjny. Jest ono traktowane jako system społeczny, który zmienia się celem promowania zdrowia. Istota podejścia siedliskowego polega na tym, że obiektem interwencji w promowaniu zdrowia są systemy społeczne, a nie jednostki. Oto podstawowe cechy siedliska⁹⁴:

- są to organizacje mające specyficzną strukturę, zasoby, funkcje oraz zasięg;
- jest w nich wielu partnerów cechujących się specyficzną kulturą (pracownicy, klienci itp.);
- posiadają specyficzne agendy, których działania mogą być ukierunkowane na zdrowie;
- modyfikowane jest uczestnictwo w społeczności w sensie traktowania jej problemów.

Opracowanie programu działań w zakresie promocji zdrowia w środowisku lokalnym (siedlisku) wymaga realizacji siedmiu grup zadań dla społeczności lokalnej. Należą do nich analizy dotyczące następujących kwestii⁹⁵:

- demograficznych (populacja, struktura wieku, liczba urodzeń i zgonów, przyrost naturalny, trendy demograficzne);
- stanu zdrowia mieszkańców (średnia oczekiwana długość życia, zachorowalność i chorobowość, hospitalizacja, pacjenci poradni, absencja chorobowa);
- stylu życia mieszkańców (palenie papierosów, alkohol, leki i narkotyki, rekreacja i sport, odżywianie, patologie społeczne);
- warunków życia mieszkańców (dochody, struktura wydatków, warunki mieszkaniowe, bezdomność, bezrobocie, opieka socjalna, edukacja, życie kulturalne);
- nierówności w zdrowiu (stan zdrowia w środowisku według wieku i płci, porównania krajowe z innymi środowiskami);
- środowiska fizycznego (jakość wody i powietrza, hałas, promieniowanie, jakość żywności, zanieczyszczenia, tereny zielone i otwarte przestrzenie);
- świadczeń zdrowotnych i polityki społecznej (promocja zdrowia i ochrona środowiska, świadczenia profilaktyczne, polityka edukacyjna, dostępność do świadczeń zdrowotnych, polityka w ochronie środowiska).

Opracowanie programu/projektu promocji zdrowia dla środowiska lokalnego należy podzielić na pięć etapów⁹⁶. Etap pierwszy dotyczy działań wstęp-

⁹⁴ *Promocja zdrowia...*, s. 368.

⁹⁵ Cyt. za: J.B. KarSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia...*, s. 124–125. Zob. także A. Frąckiewicz-Wronka, J. Jasłowski, B. Owczorż-Cydzik, D. Sobusik: *Samorządowa polityka zdrowotna...*

⁹⁶ Cyt. za: J.B. KarSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia...*, s. 125–126. Zob. także *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej*. Red. Z. Słonińska, B. Woynarowska. Warszawa 2002; L. Barcić, H. Osińska: *Ludzie w środowiskach*. Warszawa 1999.

nych związanych z opisem aktualnej sytuacji demograficznej, epidemiologicznej i stanu środowiska, oceny przyczyn danego stanu rzeczy, wstępnego określenia priorytetów. Etap drugi to opracowanie wstępne, które obejmuje skrótową konfrontację aktualnej sytuacji lokalnej z posiadaną wiedzą na temat uwarunkowań zdrowia, sporządzenie listy problemów oraz osób i instytucji, które będą zaangażowane w działania, opracowanie listy materiałów niezbędnych do przedstawienia zespołowi operacyjnemu, wysunięcie propozycji co do organizacji działań, personelu oraz wyposażenia ośrodka koordynacyjnego, ocenę potrzeb i metod pozyskiwania zasobów na realizację programów (w tym ośrodka koordynacyjnego). Etap trzeci dotyczy programu wdrożeniowego i jest związany z ustaleniem strategii działania, określeniem elementów monitoringu, działań ewaluacyjnych i korekcyjnych, szacunkową oceną kosztów i efektów, z zarysem programu współdziałania z innymi agendami w środowisku. Etap czwarty wiąże się z przygotowaniem programu pozyskiwania partnerów i rozszerzania działalności. Etap piąty to prezentacja: zgłoszonych projektów, dyskusja, poprawki i uzupełnienia, akceptacja ostatecznych projektów, dyskusja na temat przeprowadzonych zajęć.

Analizując kolejne etapy opracowywania programu promocji zdrowia, zauważamy, że nie są one łatwe do realizacji, wymagają bowiem zaangażowania wielu ludzi i zespołów o określonych kompetencjach. Szczególnie ważną rolę ma do odegrania koordynator (lider) lokalnego programu promocji zdrowia, ponieważ na ogół w środowiskach lokalnych brakuje osób o odpowiednim przygotowaniu merytorycznym i organizacyjnym. Koordynator programu powinien posiadać niezbędną wiedzę dotyczącą źródeł danych o zdrowiu i szeroko rozumianą wiedzę o uwarunkowaniach zdrowia i sposobów jej wykorzystania, podstaw prawnych związanych z promocją zdrowia i prewencją chorób. Istotne są także umiejętności planowania programów, wiedza o zasadach ich wdrażania oraz ewaluacji, zasadach współpracy ze środkami masowego przekazu, zasadach marketingu, lobbingu, o formach edukacji i ich wykorzystaniu. Ważną rolę odgrywają także doradcy/konsultanci, którzy asystują w tworzeniu zespołów, udzielają wskazówek merytorycznych i metodologicznych, pomagają w rozwiązywaniu konfliktów, pełnią funkcję eksperta⁹⁷.

Problemy związane z promocją zdrowia w środowisku/siedlisku są w aspekcie teoretycznych rozważań analizowane w literaturze przedmiotu, natomiast podstawową trudność stanowi ich przełożenie na praktykę społeczną w aktualnych warunkach zmiany społecznej. Nie jest to tylko kwestia trudności ekonomicznych, ale przygotowania odpowiednich warunków organizacyjnych dla środowiskowej promocji zdrowia, a także grup kompe-

⁹⁷ *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej...*, s. 50–52 i 57–60.

tentnych edukatorów zdrowia⁹⁸. Środowisko zawsze było i wciąż pozostaje w centrum uwagi pedagogiki społecznej wraz z ideami klasycznej pedagogiki społecznej, tj. ideą edukacji społecznej, podmiotowości, sprawiedliwości społecznej i pomocniczości⁹⁹. Tradycja i dorobek pedagogiki społecznej, a także jej obecne poszukiwania i problemy wyznaczają w zmieniającej się rzeczywistości społecznej swoisty paradygmat dla pedagogiki zdrowia, której źródła tkwią w pedagogice społecznej.

⁹⁸ Zob. *Potencjał promocji zdrowia w Polsce. Kształcenie i doskonalenie zawodowe pracowników i realizatorów. Streszczenia Konferencji Krajowej. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 6 listopada 2006 r.*

⁹⁹ Zob. np.: *Pedagogika społeczna. Kręgi poszukiwań*. Red. A. Przecławska. Warszawa 1996, s. 11; E. Marynowicz-Hetka: *Pedagogika społeczna...*

Zdrowie i start w życie a ryzyko egzystencjalne

Zdrowy start dzieci w życie powinien należeć do priorytetów każdego społeczeństwa. Nie wszystkie jednak dzieci na świecie i w Polsce mają jednakowe szanse dobrego startu życiowego ze względu na ogromne zróżnicowania kulturowe, społeczno-ekonomiczne oraz związane ze środowiskiem życia. Zaznaczają się w tym zakresie duże dysproporcje między poszczególnymi państwami, a także w ich obrębie. Dobre samopoczucie dzieci i młodzieży łączy się w sposób zasadniczy z jakością stosunków w rodzinie i z innymi osobami dorosłymi, grupami rówieśniczymi, a opiekuńcza i wspierająca rodzina ma zasadnicze znaczenie dla rozwoju zdrowia i pozytywnych postaw. Wysoki poziom własnej wartości, umiejętność rozwiązywania problemów i konfliktów stanowią wartościowe zasoby determinujące samodzielność życiową¹. Zdrowie jest powszechnie pożądanym dobrem/wartością, które/która jest źródłem indywidualnej satysfakcji, a także warunkiem osiągania innych wartości — wykształcenia, bogactwa, prestiżu społecznego itd. Choroba/niepełnosprawność ogranicza lub uniemożliwia dostęp do tych i innych dóbr². Problemy i zagrożenia zdrowia, które tu pokrótce omawiam, są jedynie zasygnalizowaniem zagadnienia, które traktuję jako wyzwanie współczesności nie tylko dla działań polityki społecznej w obszarze zdrowia, ale przede wszystkim jako wyzwanie edukacyjne w kontekście pedagogicznym, z pełną świadomością, że są to także niebagatelne wyzwania medyczne. Przybywa dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi — młodych ludzi, którzy

¹ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Tłum. J.B. Karński. Warszawa—Kraków 2001, s. 67.

² P. Szto m p k a: *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków 2002, s. 336.

mają trudności w pełnieniu roli ucznia. Choroba/niepełnosprawność przeszkadza im często w realizacji zadań edukacyjnych, wpływa na poczucie dyskomfortu w relacjach społecznych z rówieśnikami, a bywa, że postawa nauczycieli nie jest wystarczająco wspierająca w przezwyciężaniu trudności wynikających z choroby/niepełnosprawności, ponieważ nauczyciele nie zawsze mają świadomość konsekwencji edukacyjnych i społecznych zachowań dziecka chorego. W wielu środowiskach rodzina z dzieckiem chorym/niepełnosprawnym czuje się bezradna i marginalizowana, nie wie, gdzie szukać pomocy i wsparcia. Wiele problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży można by zminimalizować, prowadząc szeroko zakrojoną edukację zdrowotną o charakterze profilaktyczno-kompensacyjnym i wdrażając systemowe rozwiązania związane z działalnością służby zdrowia w ochronie zdrowia dzieci i młodzieży. Analiza problemów i zagrożeń zdrowotnych dzieci i młodzieży oraz ich rozwiązywanie powinny być udziałem osób wykorzystujących wiedzę interdyscyplinarną.

Jednym z podstawowych założeń reformowanego systemu edukacji w Polsce jest jak najwcześniejsze dotarcie do dziecka, rozpoznanie jego rozwoju za pomocą zorganizowanej działalności psychologicznej, pedagogicznej i edukacyjnej. Efektem tych działań powinno być: zapobieganie niepowodzeniom szkolnym i trudnościom wychowawczym, wyrównywanie szans edukacyjnych, zapewnienie dzieciom z grupy ryzyka rozwojowego optymalnych warunków rozwojowych oraz zapewnienie wsparcia społecznego i pomocy ich rodzinom³. Ważnym elementem rozpoznania rozwoju dziecka jest stan jego zdrowia, ponieważ zdrowie stanowi jeden z podstawowych wyznaczników osiągania indywidualnego sukcesu edukacyjnego, zawodowego, który z kolei gwarantuje dobrostan jednostkowy i społeczny oraz generuje rozwój kulturowy, ekonomiczny i społeczny.

Kondycja zdrowotna populacji mierzona jest negatywnymi i pozytywnymi *miernikami zdrowia*⁴.

W roku 2002 przeprowadzono w Polsce badania na próbie reprezentatywnej w ramach międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej, wykonanych we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia Biurem Regionalnym dla Europy – HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children. A WHO Cross-National Study) i przygotowano stosowny raport, który zawiera interesujące dane statystyczne dotyczące: statusu ekonomiczno-społecznego rodzin badanej młodzieży; struktury rodziny oraz relacji młodzieży z rodzicami, rodzeństwem i rówieśnikami; środowi-

³ T. Wejner: *Wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się*. W: *Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzieci*. Warszawa, 23 – 24 maja 2003. *Materiały i dokumenty*. Rzecznik Praw Dziecka. Warszawa 2003, s. 127 – 128.

⁴ Zob. rozdział II niniejszego opracowania.

ska psychospołecznej szkoły (uczestnictwo uczniów w życiu szkoły oraz ich autonomia, wsparcie uczniów otrzymywane od nauczycieli, wsparcie ze strony innych uczniów w klasie, wsparcie związane ze szkołą, jakiego udzielają dzieciom rodzice, satysfakcja uczniów ze szkoły, postrzeganie wymagań szkolnych, osiągnięcia w nauce, droga do szkoły); zachowań zdrowotnych (aktywność fizyczna, inne zajęcia w czasie wolnym, sposób żywienia, inne zachowania, palenie papierosów, picie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych przez młodzież 15-letnią, zachowania seksualne); samooceny zdrowia i zadowolenia z życia; urazów i przemocy wśród uczniów w szkole⁵. Kierownikiem badań HBSC w Polsce była Barbara Woynarowska. Badania HBSC wykonywane są od dwudziestu lat, co cztery lata (w Polsce przeprowadzono je w latach 1990, 1994, 1998, 2002), w ostatnich badaniach 2001/2002 uczestniczyło 36 krajów Europy oraz Kanada, USA i Izrael. Celem podjęcia tych badań było⁶:

- rozwijanie krajowych i międzynarodowych badań dotyczących zachowań zdrowotnych młodzieży w szerokim kontekście społecznym;
- pogłębianie wiedzy teoretycznej i metodologicznej w sferze badań nad zachowaniami zdrowotnymi, a także nad społecznym aspektem zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym;
- gromadzenie danych, monitorowanie zdrowia i zachowań zdrowotnych w krajach, które uczestniczą w badaniach;
- upowszechnianie wyników badań wśród między innymi naukowców, decydentów w resorcie zdrowia i edukacji, promotorów zdrowia, nauczycieli, rodziców i młodzieży;
- monitorowanie postępów w realizacji programu WHO *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* dotyczących zachowań zdrowotnych młodych ludzi;
- wspieranie rozwoju promocji zdrowia w środowisku szkolnym;
- wspieranie tworzenia ekspertyz krajowych w dziedzinie zachowań zdrowotnych i społecznych oddziaływań na zdrowie młodzieży szkolnej;
- rozwijanie i umacnianie międzynarodowej sieci ekspertów w omawianej dziedzinie.

W roku 2006 opublikowano raport z ogólnopolskich badań wykonanych w ramach projektu badawczego Ministerstwa Nauki i Informatyzacji, kierowanych przez Annę Oblacińską, a dotyczących *Zdrowia subiektywnego, zadowolenia z życia i zachowań zdrowotnych uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*. Badania przeprowadzono wśród uczniów pierwszych i trzecich klas szkół po-

⁵ *Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku*. Oprac. B. Woynarowska, J. Mazur. Warszawa 2002.

⁶ Ibidem, s. 13.

nadgimnazjalnych. Ankiety wypełniły 3 123 osoby, a do analizy zakwalifikowano 2 893 uczniów z wylosowanych województw (zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego, podlaskiego, łódzkiego, lubelskiego, opolskiego, śląskiego i małopolskiego)⁷. Na wiele danych statystycznych z wymienionych raportów powołuje się w niniejszym rozdziale.

Zarówno liczba dzieci w Polsce w wieku 0–18 lat, jak i ich udział w ogólnej liczbie ludności Polski maleją⁸. Dzieci i młodzież⁹ to grupa 13-milionowa, stanowiąca około 32% ogółu ludności. Zgodnie z prognozą demograficzną liczba dzieci w przedziale wiekowym 0–18 lat wyniesie 7,9 miliona do roku 2030¹⁰. J. Szyborski, powołując się na analizy opublikowane przez Państwowy Zakład Higieny, podaje, że w latach 1990–2000 nastąpił spadek udziału zgonów dzieci i młodzieży w przedziale wiekowym 0–19 lat w ogólnym procesie zgonów z 3,6% do 1,6%. W roku 1990 najwyższy odsetek zgonów przypadał na pierwszy miesiąc życia. W ostatnich dziesięciu latach obniżył się co prawda dwukrotnie współczynnik umieralności niemowląt, jest on jednak w Polsce nadal wyższy w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej w roku 2000 — na przykład w Szwecji 3,4%, we Włoszech 4,6%¹¹. Współczynnik umieralności niemowląt obniżył się do 7,0% na 1 000 urodzeń żywych w 2003 roku¹². Najczęstszą przyczyną umieralności niemowląt są, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, wady rozwojowe, choroby noworodków powstające w okresie okołoporodowym (82,0% w Unii Europejskiej), w dalszej kolejności zespół nagłej śmierci, choroby zakaźne pasożytnicze i choroby układu oddechowego. Warto jednak podkreślić, że w Polsce umieralność noworodków o niskiej masie urodzeniowej (poniżej 2 500 gramów) jest dwukrotnie wyższa niż w innych krajach Unii Europejskiej¹³. Waga urodzeniowa dzieci wykazuje związek z dochodami rodziny, stanowi wyznacznik wskaźnika ubóstwa społecznego i wykazuje kumulowane ryzyko ponadpokoleniowe, ale jest też zależna od innych zmiennych, na przykład od

⁷ *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*. Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa 2006.

⁸ J.Z. Holzer: *Demograficzna charakterystyka populacji dziecięcej. Prognozy demograficzne. Co należy rozumieć przez pojęcie polityki rodzinnej (tezy wystąpienia)*. W: *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*. Red. B. Balcerzak-Paradowska. Warszawa 1999, s. 24.

⁹ B. Woynarowska: *Zdrowie dzieci i młodzieży — problemy, zagrożenia, szanse*. W: *Sytuacja dzieci w Polsce...*, s. 97.

¹⁰ J. Szyborski: *Sytuacja zdrowotna dzieci w Polsce — aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych*. W: *Polska dla Dzieci...*, s. 146.

¹¹ *Ibidem*, s. 149.

¹² *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2003*. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2004, s. 122.

¹³ B. Wojtyniak, P. Goryński: *Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej w Polsce. Porównanie międzynarodowe*. Warszawa 2002, s. 30–31.

palenia papierosów. W porównaniu z innymi dziećmi z tej samej grupy społecznej dzieci o małej masie urodzeniowej narażone są na większe ryzyko złego stanu zdrowia, ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej, zły stan zdrowia psychicznego w dzieciństwie i życiu dorosłym. Pierwszy rok życia jest przełomowy dla późniejszego zdrowia i rozwoju umysłowego. Dzieci urodzone w niekorzystnych warunkach rodzinnych charakteryzuje ryzyko opóźnionego wzrostu i rozwoju. Ważne jest także karmienie piersią zapewniające optymalne odżywienie, wzmacniające system odpornościowy i zacieśniające więź z matką, zabezpieczające przed chorobami zakaźnymi i alergiami w okresie dzieciństwa. Tworzenie środowiska zapewniającego dziecku rozwój potencjału fizycznego, psychicznego i społecznego jest inwestycją o długofalowych efektach. W pierwszych siedmiu latach życia dziecka trwałe relacje międzyludzkie mają ogromne znaczenie dla formowania osobowości i zdolności radzenia sobie w sytuacjach stresogennych. Inicjatywa bezpiecznego macierzyństwa powstała w 1987 roku na wniosek WHO, UNICEF, UNPF (Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych), Banku Światowego oraz wielu lokalnych i międzynarodowych organizacji pozarządowych celem zmniejszenia umieralności i zachorowalności matek i noworodków¹⁴. W Polsce skoordynowane działania w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku na rzecz poprawy opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i nad noworodkiem przyniosły wymierne efekty w postaci spadku wskaźnika wcześniactwa (8,4% — 1990 r., 5,7% — 2000 r.), obniżenia współczynnika umieralności okołoporodowej (19,5% na 1 000 urodzeń — 1990 r., 9,7% na 1 000 urodzeń — 2000 r.). Obniżył się też współczynnik umieralności niemowląt (19,3% na 1 000 urodzeń — 1990 r., 8,1% na 1 000 urodzeń — 2000 r., 7,0% na 1 000 urodzeń żywych w 2003 r.). Niestety, od 2001 roku drastycznie zmniejszono nakłady finansowe w tym zakresie, a w 2002 roku wstrzymano realizację ważnych programów opieki nad matką i dzieckiem¹⁵.

W roku 2000 najwyższy odsetek zgonów odnotowano w grupie wiekowej 15—19 lat¹⁶. W roku 2003 na 100 tysięcy przedstawicieli danej grupy wiekowej odnotowano 19 zgonów w przedziale wiekowym 10—14 lat i 46 zgonów w przedziale wiekowym 15—19 lat¹⁷. Jak podaje B. Woynarowska¹⁸, najczęstszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży w tym przedziale wiekowym (52,0% ogółu zgonów) są wypadki, urazy i zatrucia. Udział wypadków w ogólnej umieralności zwiększa się z wiekiem, zgony są częstsze wśród chłopców niż wśród dziewcząt, na wsi niż w mieście. Urazy i zatrucia są także najczęstszą

¹⁴ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 62—65.

¹⁵ J. Szymborski: *Sytuacja zdrowotna dzieci w Polsce...*, s. 148.

¹⁶ *Ibidem*, s. 151.

¹⁷ *Sytuacja demograficzna Polski...*

¹⁸ *Zdrowie i szkoła*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 2000, s. 74.

przyczyną hospitalizacji; w roku 1999 w przedziale wiekowym 15–19 lat nastąpił, w stosunku do roku 1990, wzrost o 3,0%¹⁹. Przykładowo, w roku szkolnym 1997/1998 największą liczbę wypadków odnotowano w szkołach podstawowych (75,0%) w stosunku do innych typów szkół (licea ogólnokształcące 9,0%, szkoły zawodowe 13,0%)²⁰. Dzieci ulegają często wypadkom także w domu, gdzie wiele czynników zagraża ich zdrowiu i życiu, na przykład brak uziemienia obwodów elektrycznych, dostęp do gorącej wody bez zabezpieczenia, brak zabezpieczenia środków czystości i innych chemikaliów. Wiele dzieci ulega wypadkom z powodu niedostatecznej opieki ze strony rodziców bądź opiekunów, a niski poziom świadomości i brak wyobraźni wielu rodziców odbijają się na dziecku tragicznie – chorobą, kalectwem lub śmiercią.

Z badań na próbie reprezentatywnej opublikowanych w raporcie w 2006 roku²¹, a prowadzonych w 2005 roku wynika, że urazów wymagających pomocy medycznej doznało 35,5% badanych chłopców i 26,4% dziewcząt i odpowiednio – 34,0% i 27,9% uczniów w wieku 16 i 18 lat. Badana młodzież doznała urazów najczęściej w wyniku zajęć sportowo-rekreacyjnych (55,9%), uczestniczenia w bójce, wypadków drogowych, w czasie pracy lub zajęć praktycznych. Za pilną należy uznać potrzebę promowania bezpieczeństwa wśród dzieci i młodzieży, jednak w Polsce działania te są niewystarczające. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje promocję bezpieczeństwa jako proces działań na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym podejmowanych przez jednostki, społeczności i organizacje w celu osiągnięcia i utrzymania stanu bezpieczeństwa. Działania te obejmują wszelkie wysiłki, wspólnie ustalone i podejmowane celem zmodyfikowania struktur środowiska fizycznego, technologicznego, politycznego, ekonomicznego i organizacyjnego oraz postaw ludzi i ich zachowań związanych z bezpieczeństwem²². Chciałabym tu zwrócić uwagę na konieczność kształcenia dzieci, młodzieży i dorosłych, tak by zdołali nabyć wiedzę i umiejętność niesienia pomocy przedmedycznej. Współczesne zagrożenie wypadkami, urazami, katastrofami nakłada obowiązek edukacji w zakresie niesienia pierwszej pomocy osobom poszkodowanym dla ratowania ich zdrowia i życia.

Inna grupa problemów zdrowotnych dotyczy zaburzeń rozwoju zdrowia psychospołecznego, które określa się terminem „nowa zachorowalność”. Wiąże się ona ze zmianą społeczno-ekonomiczną, a dotyczy trudności w zaspokojeniu podstawowych potrzeb psychicznych. Brak ujednoliconych kryteriów diagnostycznych uniemożliwia ustalenie częstotliwości występowania tych

¹⁹ J. Szymborski: *Sytuacja zdrowotna dzieci w Polsce...*, s. 151.

²⁰ *Promocja zdrowia. Wydanie nowe.* Red. J.B. Karński. Warszawa 1999, s. 127 i 131.

²¹ *Zdrowie subiektywne...*, s. 45–49.

²² *Narodowy Program Zdrowia na lata 2006–2015 (projekt).* Ministerstwo Zdrowia. Państwowy Zakład Higieny, s. 30.

zaburzeń. Dane statystyczne świadczą o pogarszaniu się kondycji psychicznej młodzieży, czego pewnym wskaźnikiem może być liczba samobójstw: w 1996 roku zmarło w wyniku samobójstw 349 osób w przedziale wiekowym 5–19 lat²³. Z wyników badań przedstawionych w raporcie (HBSC) wynika, że częściej niż raz w tygodniu przygnębienie odczuwa 10,2% młodzieży w wieku 11–15 lat, a trudności w zasypianiu (prawie codziennie) ma 7,7% badanej populacji²⁴. Z przeglądu literatury przedmiotu i opisanych obserwacji klinicznych z ostatnich lat wynika, że dziecięce i młodzieńcze depresje coraz częściej stanowią część psychopatologii dziecięcej. Depresja dotyczy uczuciowości dziecka, ma związek ze sferą patologii psychosomatycznej, nierzadko towarzyszy wielu chorobom fizycznym, ukrywa się pod wieloma zaburzeniami zachowania i występuje wraz z licznymi problemami związanymi z niepowodzeniami szkolnymi. Warto zwrócić uwagę, że przyczyny depresji dzieci i młodzieży są złożone i można je podzielić na biologiczne oraz wynikające z doświadczeń życiowych, w tym z tzw. doświadczenia społecznego, natomiast do innych czynników ryzyka zaliczyć należy: wiek, płeć, temperament²⁵.

Doświadczenia pochodzenia społecznego związane są z okolicznościami, które je wywołują — z interakcją, doświadczeniem współuczestnictwa i z funkcjonalną zależnością od środowiska, głównie w rodzinie, szkole czy na ulicy. Rodzina jest jednym z doświadczeń kontekstowych, które w największym stopniu decydują o konfliktach w otoczeniu dziecka. Szkoła często bywa środowiskiem, w którym dziecko zdobywa inne niż w rodzinie doświadczenia o znaczeniu negatywnym. Ulica natomiast jest źródłem różnorodności bodźców trudnych do zidentyfikowania i opanowania przez młodego człowieka²⁶. Kondycja i samopoczucie psychiczne są równie ważne, jak kondycja fizyczna dzieci i młodzieży, warunkują bowiem prawidłowy rozwój oraz dobre samopoczucie.

Związek depresji z samobójstwem wielokrotnie podkreślano w literaturze przedmiotu. Osoby depresyjne należą do grup ryzyka zagrożonego samobójstwem. Czynniki determinujące tendencje samobójcze można podzielić na kilka grup²⁷: czynniki psychopatologiczne — lęk, poczucie beznadziejności, zmienność emocjonalna, agresja i wrogość, poczucie winy, chęć bycia ukara-

²³ B. Woynarowska: *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 99.

²⁴ *Zachowania zdrowotne...*, s. 148 i 151.

²⁵ Zob. J.C. Zorraquino: *Depresja u dzieci i młodzieży*. Przekład J. Masłoń. Kraków 2002, s. 21 i 67–79.

²⁶ Ibidem, s. 73–76. Zob. także *Postrzeganie środowiska psychospołecznego szkoły przez uczniów w Polsce i innych krajach. Raport z badań*. Oprac. B. Woynarowska, J. Mazur. Warszawa 2004.

²⁷ J. Kołodziej: *Sposoby przeżywania kryzysu jako źródło zagrożenia życia ludzkiego. Badania młodzieży po próbach samobójczych*. W: *Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy, katastrofy, kataklizmy*. Red. K. Popiołek. Poznań 2001, s. 245. Zob. także *Zdrowie i szkoła...*, s. 226–227.

nym; czynniki somatyczne — zaburzenia snu, przewlekłe schorzenia somatyczne, choroby terminalne; czynniki społeczne — brak wsparcia ze strony bliskich, wycofanie się z życia społecznego, poczucie izolacji i osamotnienia. Z przeprowadzonych w 2005 roku badań na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej uczniów klas drugich i trzecich szkół ponadgimnazjalnych różnych typów wynika, że prawie 40% młodzieży odczuwało podwyższony poziom stresu psychologicznego (51,0% dziewcząt i 29,0% chłopców)²⁸. Przeżywanie trudnych sytuacji życiowych, z którymi młodzież nie zawsze umie sobie poradzić, między innymi ze względu na brak umiejętności życiowych, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, brak wsparcia społecznego najbliższych, może prowadzić do depresji wieku dziecięcego i depresji młodzieńczej. Ze wspomnianego raportu wynika, że ogółem u 15,0% badanych uczniów stwierdzono niski poziom wsparcia społecznego, średni — u 48,0% uczniów, a wysoki — u 37,0% badanych. Ponad jedna trzecia uczniów (38,0%) odpowiedziała, że bardzo łatwo może zyskać wsparcie rodziny, znajomych czy sąsiadów²⁹. Warto dodać, na podstawie Raportu GUS przygotowanego w kwietniu 2007 roku, dotyczącego stanu zdrowia dzieci i młodzieży, że w ostatnich pięciu latach wzrosła liczba dzieci objętych leczeniem ambulatoryjnym z powodu zaburzeń psychicznych. W tej sytuacji niepokojące jest zmniejszenie psychiatrów dziecięcych o 18,1%.

Nie sposób pominąć problemu zdrowotnego, który dotyka coraz więcej dzieci na całym świecie, a dotyczy ADHD (nazwa amerykańska — Attention Deficit Hyperactivity Disorder), czyli zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej przejawia się w trudnościach poznawczych i zaburzeniach zachowania, a ponadto zwiększa ryzyko innych zaburzeń zachowania w ważnych aspektach życia społecznego w domu, szkole, w grupach rówieśniczych³⁰. Z punktu widzenia medycznego nadpobudliwość psychoruchowa oznacza zespół hiperkinetyczny, będący schorzeniem o charakterystycznych objawach i wymagający odpowiedniego leczenia³¹. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest schorzeniem, które ma silne podłoże genetyczne, co zostało po-

²⁸ I. Tabak: *Psychologiczne determinanty zdrowia i choroby* W: *Zdrowie subiektywne...*, s. 32.

²⁹ A. Małkowska-Szkućnik: *Spostrzegane wsparcie społeczne*. W: *Zdrowie subiektywne...*, s. 92—110. Zob. także: A. Bujnowska, P. Gindrich: *Sieć i natężenie społecznego wsparcia młodzieży z trudnościami w uczeniu się*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2003, nr 1 (25); G. Teusz: *Znaczenie wsparcia społecznego w doświadczaniu przez młodzież krytycznych wydarzeń życiowych*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2005, nr 3/4 (35/36).

³⁰ P. Cooper, K. Ideus: *Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*. Przygotowanie wersji w j. polskim J. Głodkowska, S. Przybylski. Warszawa 2001, s. 25.

³¹ T. Wolańczyk, A. Kołakowski, M. Skotnicka: *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko, co chcielibyście wiedzieć. Książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy*. Lublin 1999, s. 15—16.

twierdzone licznymi badaniami, a czynniki środowiskowe spełniają w tym wypadku funkcję nasilającą, wyzwalającą lub wspomagającą czynniki biologiczne. Częstość występowania ADHD wśród dzieci w wieku 7–13 lat jest szacowana na 3–5% dzieci, a w przypadku 60,0% pacjentów objawy utrzymują się do okresu dorosłości. Pierwszy Międzynarodowy Kongres na temat ADHD odbył się w czerwcu w Würzburgu. Uczestniczyło w nim 1 300 osób z 68 krajów³². Ostatnie lata przyniosły większe zainteresowanie problemem ADHD wśród osób zainteresowanych pomocą dzieciom, rodzinie i nauczycielom. Edukacja bowiem stanowi warunek sukcesu pomocowego³³. Zwiększa się także liczba młodzieży, która zgłasza różnego rodzaju dolegliwości psychosomatyczne, na przykład na bóle głowy (ostatnie 6 miesięcy – według badań wcześniej wspomnianego raportu HBSC) częstsze niż raz w tygodniu narzeka 10,9% ogółu młodzieży w przedziale wiekowym 11–15 lat, na bóle brzucha częstsze niż raz w tygodniu skarży się 7,4% badanych, a na bóle pleców – 5,2% badanych w podanym przedziale wiekowym³⁴.

Ważnymi problemami związanymi ze stylem życia współczesnej młodzieży są także palenie papierosów, picie alkoholu i zażywanie środków psychoaktywnych. Wszystko to określa się mianem zachowań ryzykownych, a konsekwencje tych zachowań mają charakter zdrowotny i społeczny. Z badań na grupie reprezentatywnej przeprowadzonych w Polsce w roku 2005, na które powoływałam się wcześniej, wynika, że 23,7% uczniów pali codziennie tytoń, przy czym w większym procencie chłopcy (26,4%) i uczniowie mieszkający w mieście (24,7%). W ostatnich piętnastu latach wzrasta odsetek młodzieży często spożywającej alkohol. Spośród uczniów pijących alkohol 27,1% rozpoczęło picie przed 12. rokiem życia lub wcześniej. Ponad 25% badanych spożywa go co najmniej raz w tygodniu. Z tego samego badania wynika, że prawie połowa nastolatków używała już marihuany lub haszysz, z czego, jak podaje wspomniany raport, 40,0% w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie. Warto podkreślić, że około 70% badanych użyło środków wziewnych przed 16. rokiem życia. Zasygnalizowane zachowania ryzykowne, obserwowane wśród młodzieży, stanowią, zwłaszcza w okresie adolescencji, perspektywiczne zagrożenie zdrowia w dorosłym życiu.

Warto wspomnieć, że w 1998 roku opracowano tzw. *Kartę madrycką*, zawierającą dziesięć działań strategicznych na rzecz Europy wolnej od dymu

³² Oficjalna strona Polskiego Towarzystwa ADHD – www.ptadhd.pl (z dnia 21 sierpnia 2007).

³³ Zob. między innymi: T.A. Kołakowski, T. Wolańczyk, A. Pisula, M. Skotnicka, A. Bryńska: *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i nauczycieli*. Gdańsk 2006; E.M. Hallowell, J.J. Ratey: *W świecie ADHD*. Poznań 2004; I. Górka: *Mały nieszczęśliwy człowiek z ADHD*. Kraków 2005; K. Neuhaus: *Dziecko nadaktywne*. Warszawa 2003.

³⁴ *Zachowania zdrowotne...*, s. 145–147; także B. Zawaadzka: *Dorastająca młodzież wobec problemu własnego zdrowia*. Kraków 2007.

tytoniowego, w której czytamy między innymi o zakazie reklam i promocji produktów tytoniowych, nakładaniu kar finansowych, informowaniu społeczeństwa o zagrożeniach i skali problemu, monitorowaniu skutków pandemii, a także o wielu innych działaniach zmierzających do uznania i przestrzegania prawa ludzi do wspólnych środowisk wolnych od dymu tytoniowego. Opracowano również *Europejską kartę na temat alkoholu*, w której określono dziesięć strategii przeciwalkoholowych³⁵. Do roku 2015 we wszystkich krajach Unii Europejskiej powinny zostać ograniczone szkodliwe skutki zdrowotne związane z używaniem substancji uzależniających, takich jak alkohol, tytoń i środki psychoaktywne, a szczególnie³⁶:

- we wszystkich krajach niepalący powinni stanowić 80%, a w grupie wiekowej poniżej 15 lat — 100%;
- konsumpcja alkoholu na głowę nie powinna wzrosnąć i przekraczać 6 litrów na rok oraz powinna być bliska zeru w grupie wiekowej do 15 lat;
- we wszystkich krajach powszechność używania nielegalnych środków psychotropowych powinna zostać ograniczona o 25%, a umieralność z tym związana — o 50%.

Zadania te są bardzo trudne do realizacji, zwłaszcza w krajach, których społeczeństwa doświadczają bolesnych skutków transformacji społecznej.

Choroby przewlekłe i niepełnosprawność to grupa różnego rodzaju zaburzeń, wpływających w znacznym stopniu na funkcjonowanie dziecka w roli ucznia, a zarazem warunkujących jakość życia w dzieciństwie, młodości i wieku dojrzałym. Różnorodność definicji niepełnosprawności oraz kryteriów jej pomiaru utrudnia określenie epidemiologii tych zaburzeń³⁷. Ze wspomnianego raportu wynika, że 12,7% osób w przedziale wiekowym 11–15 lat cierpi na choroby przewlekłe, a przede wszystkim na uczulenia i alergie (4,9%), astmę i nieżyt oskrzeli (2,2%), choroby serca i układu krążenia (1,2%)³⁸. Z badań reprezentatywnych przeprowadzonych w 1996 roku (zgodnie z zaleceniami WHO) wynika, że co czwarta osoba w wieku 5–19 lat cierpi na choroby przewlekłe typu: alergie, zaburzenia i choroby układu ruchu, choroby układu oddechowego, nerwice i choroby psychiczne, a odsetek ich zwiększał się wraz z wiekiem³⁹. Z raportu z badań⁴⁰ przeprowadzonych w 2005 roku wynika, że co siódmy badany uczeń (14,5%) cierpi z powodu choroby przewlekłej, niepełnosprawności lub innych przewlekłych dolegliwości. W większym stopniu dotyczy to dziewcząt (17,3%) niż chłopców (12,4%); częściej młodzie-

³⁵ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 134 i 137.

³⁶ *Ibidem*, s. 29.

³⁷ B. Woynarowska: *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 100.

³⁸ *Zachowania zdrowotne...*, s. 144; zob. także A. Nowicka: *Psychospołeczna integracja dzieci przewlekłe chorych w szkole podstawowej*. Kraków 2001.

³⁹ B. Woynarowska: *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 101.

⁴⁰ *Zdrowie subiektywne...*, s. 38–41.

ży w mieście (16,5%) niż mieszkającej na wsi (11,3%). Do najczęstszych przyczyn przewlekłych dolegliwości należały trudności w oddychaniu, widzeniu, poruszaniu się, słyszeniu, chwytaniu, mówieniu. W ostatnich latach obserwujemy zwiększanie się liczby osób, w tym dzieci i młodzieży, z problemem alergicznym. Szacunkowo podaje się, że objawy alergii ma 35,0% populacji ogólnej oraz 10,0–30,0% Europejczyków. Atopowe zapalenie skóry występuje u 4,7% dzieci, alergiczny nieżyt nosa — u 2,1% dzieci, natomiast astma — u 8,6% dzieci w Polsce⁴¹. Problem alergii u dzieci wiąże się nie tylko z koniecznością odpowiedniego leczenia, ale także ze zmianą stylu życia dziecka i jego rodziny. Choroba przewlekła, jaką jest alergia, ma również określony wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole.

Współcześnie także cukrzyca stała się chorobą społeczną, chorują na nią osoby w różnym wieku. Cukrzyca jest chorobą metaboliczną o wieloczynnikowej etiologii. Charakteryzuje się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku wydzielania lub działania insuliny. Długotrwała hiperglikemia wiąże się z dysfunkcją i uszkodzeniem różnych narządów — oczu, nerek, nerwów, serca, naczyń krwionośnych. Dzieci i młodzież chorują przeważnie na cukrzycę typu pierwszego i na całym świecie obserwuje się znaczny wzrost zachorowań. Przewiduje się, że zachorowalność na cukrzycę w roku 2010 będzie o około 40% wyższa niż w 1998 roku. Jak się prognozuje, w roku 2010 na świecie na cukrzycę insulinozależną będzie chorowało 23,7 miliona osób, a chorych na cukrzycę niezależną od insuliny (typu drugiego) będzie 215,6 miliona⁴². Jednym z ważnych elementów działań edukacyjnych jest ukierunkowanie na zmianę stylu życia, szczególnie w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej i stosowania właściwej diety.

Z danych szacunkowych wynikających z Ogólnopolskiego Ankietowego Badania Stanu Zdrowia (1996 r.) wynika, że w Polsce jest około 4,4 miliona osób niepełnosprawnych z orzeczeniem prawnym (15,0% całej populacji w wieku 15 lat i powyżej tej granicy)⁴³. Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce wynosi 5,5 miliona, w tym 2,6 miliona mężczyzn i 2,9 miliona kobiet (2002 r.)⁴⁴. Wiele dzieci chorych i niepełnosprawnych nie ma dostatecznej opieki zdrowotnej i rehabilitacyjnej, a bariery dostępności do edukacji stanowią ograniczenie możliwości rozwojowych. Edukacja osób niepełnosprawnych powinna być rozumiana jako element szeroko pojętej rehabilitacji. Powinna ona spełniać funkcje dydaktyczne, wychowawcze i ułatwić adaptację do śro-

⁴¹ A. Kucharska, H. Trzcińska, A. Pawlik, A. Rozwadowska: *Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce i na świecie w świetle współczesnych badań*. „Polska Medycyna Rodzinna” 2004, nr 6 (1), s. 30–35.

⁴² J. Tatoń: *Epidemiologia cukrzycy*. W: *Diabetologia*. Red. J. Tatoń, A. Czech. T. 1. Warszawa 2001, s. 17–18.

⁴³ B. Wojtyński, P. Goryński: *Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej...*, s. 30.

⁴⁴ „Rocznik Demograficzny” 2002.

dowiska, integrację społeczną, umożliwić pokonywanie barier psychologicznych i wspierać rozwój osobisty. Warunkiem dobrego przygotowania do życia jest przede wszystkim społeczne funkcjonowanie w środowisku rówieśniczym, przedszkolu, szkole, co w konsekwencji zapewnia nabywanie umiejętności harmonijnego współżycia społecznego w życiu dorosłym⁴⁵.

Obecnie próchnica zębów zaliczana jest do chorób społecznych. W naszym społeczeństwie atakuje ona 92,0% dzieci 7-letnich oraz 98,0% młodzieży 18-letniej⁴⁶. Przyczyna takiego stanu tkwi głównie w braku higieny jamy ustnej (raz dziennie czyści zęby 27,7% dzieci w wieku 11–15 lat, rzadziej niż raz w tygodniu – 2,4%, nigdy zębów nie czyści 1,4% badanych)⁴⁷, w niewłaściwym odżywianiu i zaniedbaniu opieki stomatologicznej ze strony rodziców. Ponadto wiele szkół nie ma gabinetów stomatologicznych. Zdrowie jamy ustnej ma duże znaczenie w zapobieganiu innym chorobom i pomaga w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia. Zapobieganie próchnicy u dzieci w niektórych krajach wymaga znacznie mniejszych nakładów finansowych niż te, które trzeba by przeznaczyć na świadczenia stomatologiczne mające na celu jej zwalczanie. Redukcję próchnicy w skali populacji można prowadzić prostymi metodami, na przykład fluoryzacją wody, mleka i soli. Ponad dwadzieścia lat temu Dania miała najwyższy w Europie wskaźnik próchnicy u dzieci. Wprowadzono systematyczną profilaktyczną opiekę stomatologiczną, promocję zdrowia jamy ustnej, łącznie z zastosowaniem fluorowania, oraz system informacji ukierunkowanych na jakość zdrowia jamy ustnej. Obecnie Dania ma jeden z najniższych wskaźników próchnicy w Europie⁴⁸.

W Regionie Europejskim wraz z przemianami politycznymi i społeczno-ekonomicznymi w wielu krajach centralnej i wschodniej Europy ponownie zaczęto stwierdzać przypadki zapadania na choroby zakaźne, takie jak cholera, błonica, malaria, kiła, a zapadalność na gruźlicę stała się problemem wielu regionów⁴⁹.

W Polsce program szczepień obejmuje około 96% lub większy odsetek dzieci i uwzględnia wszystkie choroby wieku dziecięcego⁵⁰. W ostatnich latach odnotowano w Polsce wzrost liczby nowych zachorowań na gruźlicę (choroba zakaźna) w kategorii wiekowej 5–19 lat (3,0% ogółu zachorowań),

⁴⁵ B. Bobel: *Postawy rodziców wobec możliwości integracji szkolnej dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych*. W: *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*. Red. Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowska. Lublin 2003, s. 327. Zob. także M. Chodkowska: *Socjopedagogiczne problemy edukacji integracyjnej dzieci z obciążeniami biologicznymi i środowiskowymi*. Warszawa 2004.

⁴⁶ B. Wojnarowska: *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 101.

⁴⁷ *Zachowania zdrowotne...*, s. 117.

⁴⁸ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 97–98 i 101.

⁴⁹ *Ibidem*, s. 84.

⁵⁰ B. Wojtyński, P. Goryński: *Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej...*, s. 31.

współczynniki zapadalności zwiększają się wraz z wiekiem. Dominującą postacią jest gruźlica układu oddechowego. Źródłem zakażenia są osoby prątkujące (jedna osoba zakaża w roku 10 osób)⁵¹. W 2001 roku w porównaniu do roku 2000 odnotowano 20% wzrost zapadalności na gruźlicę dzieci w przedziale wiekowym 0–14 lat, zwiększyła się także liczba prątkujących, odnotowano też ponowne pojawienie się najczęstszej postaci gruźlicy pozapłucnej, tj. zapalenia opon i mózgu. Sytuacja ta jest sygnałem znaczących zakłóceń w systemie nadzoru i opieki profilaktycznej nad populacją w wieku rozwojowym⁵².

Działania przeciw gruźlicy są konieczne i powinny obejmować⁵³:

- realizację krajowego programu zwalczania gruźlicy, opracowanego według zaleceń WHO dla poszczególnych społeczności lokalnych, którego podstawą jest dobrze zorganizowane świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej;
- wykrywanie choroby w praktyce lekarza rodzinnego za pomocą badania mikroskopowego płwociny;
- standaryzowany, krótki cykl chemioterapii dla osób, u których wykryto prątki gruźlicy;
- regularne i ciągle zaopatrzenie dużych aptek w leki przeciwgruźlicze;
- prowadzenie systemu monitoringu;
- posiadanie specjalnego pakietu świadczeń dla emigrantów, ubogich, osób z infekcją HIV i innych grup ryzyka.

Ostre infekcje układu oddechowego dzieci, przede wszystkim zapalenie płuc, stanowią istotne problemy, których rozwiązanie pozwoliłoby zmniejszyć zachorowalność i umieralność, szczególnie w południowych i wschodnich częściach Regionu Europejskiego⁵⁴. W Polsce w roku 1999 główną przyczyną hospitalizacji dzieci w wieku 1–4 lat były choroby układu oddechowego. Udział tych chorób w porównaniu z rokiem 1990 zmalał o 5,0%⁵⁵. Warto jednak zaznaczyć, że choroby układu oddechowego w regionach zanieczyszczonych ekologicznie, na przykład w regionie Śląska, ujawniają się z większym nasileniem niż w innych regionach Polski⁵⁶. Aby zredukować problem infekcji układu oddechowego dzieci, należałoby podjąć następujące działania⁵⁷:

⁵¹ B. Woynarowska: *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 101–102.

⁵² J. Szyborski: *Sytuacja zdrowotna dzieci w Polsce...*, s. 151.

⁵³ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 93.

⁵⁴ *Ibidem*, s. 88.

⁵⁵ J. Szyborski: *Sytuacja zdrowotna dzieci w Polsce...*, s. 151. Zob. także *Zdrowie naszych dzieci*. Red. J. Szyborski, K. Szamotulska, A. Sito. Warszawa 2000.

⁵⁶ Zob. *Problemy edukacyjne i zdrowotne regionu uprzemysłowionego*. Red. J. Sztumski. Katowice 1998; A. Frączkiewicz-Wronka: *Stan zdrowia dzieci regionu uprzemysłowionego w okresie przemian*. W: *Sytuacja dzieci...*

⁵⁷ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 93–94.

- działania niespecyficzne, polegające na poprawie odżywiania, warunków mieszkaniowych, zapewnieniu środowiska wolnego od dymu tytoniowego dzieciom i niemowlętom w domach i instytucjach, karmieniu noworodków piersią celem poprawy odporności i odżywienia;
- zapewnić stosowne leczenie, zgodnie z wymogami WHO, dzięki kompleksowemu postępowaniu z chorymi dziećmi;
- rozszerzyć stosowanie szczepień.

Do grupy chorób zakaźnych zalicza się AIDS. Może ją wywołać wirus ludzkiego niedoboru odporności (HIV), który może być przenoszony drogą płciową, stanowić rezultat transfuzji zakażoną krwią, podania preparatów krwiopochodnych, przeszczepu zakażonych narządów, a także zażywania narkotyków i używania zakażonych strzykawek. Może też nastąpić zakażenie w łonie matki (80,0%). W Polsce współczynnik zachorowalności na AIDS w roku 1999 wynosił 0,3% na 100 tysięcy ludności. Osoby zażywające narkotyki stanowiły w latach 1986–1999 50,0% spośród ogółu chorych⁵⁸. Do końca roku 1997 odnotowano około 4 milionów zakażeń dzieci wirusem HIV. Liczba dzieci poniżej 15. roku życia zmarłych z powodu AIDS wynosiła na świecie w 1997 roku 460 tysięcy⁵⁹. Od początku lat osiemdziesiątych XX wieku AIDS oraz zakażenia wirusem HIV stały się jednym z największych wyzwań związanych z ludzkim zdrowiem.

Wskaźnikiem zdrowia i zachowań seksualnych młodzieży jest współczynnik porodów wśród nastolatek. W 1998 roku współczynnik urodzeń na 1 000 kobiet w kategorii wiekowej 15–19 lat wynosił 19 i był większy niż w krajach Unii Europejskiej. Od roku 1980 wskaźnik ten obniżył się o 43%⁶⁰. W 1996 roku urodziło dziecko 415 dziewcząt poniżej 15. roku życia⁶¹. Porody wśród nieletnich dziewcząt uwarunkowane są wieloma czynnikami, między innymi zmianami obyczajowości seksualnej, niskim poziomem świadomości, ograniczonymi możliwościami dostępu do środków antykoncepcyjnych oraz wieloma innymi zmiennymi środowiskowymi⁶². Z ogólnopolskich badań przeprowadzonych wśród młodzieży ponadgimnazjalnej w 2005 roku wynika, że 52,1% młodzieży (40,0% chłopców i 70,3% dziewcząt), która rozpoczęła współżycie seksualne, miało do czasu przeprowadzania badania jednego partnera seksualnego, ale co czwarty badany miał trzech lub więcej partnerów⁶³. Edukacja seksualna współczesnej młodzieży pozostawia wiele do życzenia, w zasadzie brak dotąd koncepcji edukacji seksualnej w polskim systemie edukacji.

⁵⁸ B. Wojtyniak, P. Goryński: *Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej...*, s. 28.

⁵⁹ *Promocja zdrowia. Wydanie nowe...*, s. 183–184.

⁶⁰ B. Wojtyniak, P. Goryński: *Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej...*, s. 32.

⁶¹ B. Woynarowska: *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 103.

⁶² Zob. np. M. Zarzeczna-Baran, B. Balkowska: *Matki nastoletnie i ich rodzice — charakterystyka ogólna*. *Annales Academiae Medicae Gedanensis* 2001, T. 31.

⁶³ B. Woynarowska: *Zachowania seksualne*. W: *Zdrowie subiektywne...*, s. 78–82.

W roku 1984 Biuro Regionu Europejskiego WHO i Kraje Członkowskie rozpoczęły szeroko zakrojoną, intensywną kampanię celem zwalczania tego zagrożenia, w wielu krajach działania te przyniosły efekty⁶⁴. Minister zdrowia Szwecji w 1996 roku na otwarciu Światowego Kongresu AIDS w Sztokholmie wygłosił myśl, która w dalszym ciągu jest aktualna: informacja i edukacja zdrowotna to jedyna „szczepionka” przeciw AIDS, jaką posiadamy⁶⁵. Celem zwalczania AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową niezbędne jest przygotowanie stosownych programów spełniających następujące warunki⁶⁶:

- dostarczanie niezbędnych informacji dotyczących zapobiegania przenoszeniu się choroby i uprawiania bezpiecznego seksu, konieczności wymiany igieł przez osoby stosujące leki drogą iniekcji oraz osoby przyjmujące tą drogą narkotyki, a także kształtowanie umiejętności dotyczących podejmowania ważnych życiowo decyzji;
- zapewnienie szerokiej dostępności do prezerwatyw;
- zabezpieczenie bezpiecznej krwi;
- podjęcie działań prawnych, ekonomicznych i innych celem tworzenia środowiska dla bezpiecznych zachowań seksualnych i „bezpiecznego” zażywania narkotyków.

Niepokojącym zjawiskiem w Polsce jest odnotowany w roku 2000 znaczący wzrost zachorowań na krztusiec o 155,0%, głównie wśród dzieci powyżej 10. roku życia, a także znacznie częstsze biegunki u dzieci do lat 2 (o 37,0%) i bakteryjne zatrucia pokarmowe (o 32,0%)⁶⁷. Eliminacja krztuśca jest trudna z powodu zróżnicowania dostępności do bezkomórkowych szczepionek oraz roli starszych dzieci i dorosłych w przenoszeniu infekcji. Krztusiec to poważna choroba, a możliwość jej opanowania zapewniają szczepienia, podobnie jak błonicy, różyczki i zapalenia przyusznicy, odry czy wirusowego zapalenia wątroby typu B. Wszystkie programy szczepień powinny zawierać potrójną serię podstawowych szczepień, przede wszystkim w skojarzeniu: błonica/tężec/krztusiec⁶⁸.

Podejmując działania zmierzające do redukcji chorób biegunkowych w Regionie Europejskim, zwraca się uwagę, by obejmowały przede wszystkim⁶⁹:

- zapewnienie bezpiecznej wody do picia w każdym gospodarstwie domowym;
- zapewnienie bezpieczeństwa produktów żywnościowych;
- poprawę higieny osobistej dzięki świadczeniom zdrowotnym i edukacji;

⁶⁴ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 86–87.

⁶⁵ Cyt. za: *Promocja zdrowia. Wydanie nowe...*, s. 186.

⁶⁶ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 92.

⁶⁷ J. S z y m b o r s k i: *Sytuacja zdrowotna dzieci w Polsce...*, s. 151.

⁶⁸ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 86–87 i 91.

⁶⁹ *Ibidem*, s. 94.

- zapewnienie szerokiej dostępności doustnego uzupełniania płynów i soli we wszystkich świadczeniach podstawowej opieki zdrowotnej, tam gdzie choroby biegunkowe dzieci stanowią poważny problem.

Istotny, aczkolwiek trudny do jednoznacznego oszacowania (brak kompleksowych danych), jest problem niedożywienia dzieci w naszym kraju. W żywieniu populacji w wieku rozwojowym stwierdza się błędy i niedostatki, ustalono je w odniesieniu do 60,0% populacji w wieku rozwojowym. Szacuje się, że około 10,0% dzieci jest stale niedożywionych, a 24,0% — sporadycznie⁷⁰. Niedożywienie jest skutkiem niedostosowania podaży substancji odżywczych do aktualnych potrzeb i możliwości dziecka w danym okresie rozwojowym. Chodzi zatem nie tylko o ilość pożywienia, ale także o odpowiedni jego skład odżywczy. Konsekwencje niedożywienia dzieci mogą się przejawiać między innymi w zaburzeniach rozwoju centralnego układu nerwowego (opóźnienie rozwoju intelektualnego), zaburzeniach emocjonalnych, zaburzeniach rozwoju społecznego, zaburzeniach dojrzewania płciowego i wzrastania, w zmniejszeniu się siły mięśniowej i sprawności fizycznej, zaburzeniach odporności. Niedożywienie wpływa także na przebieg choroby u dzieci⁷¹. Przewlekłe niedobory żywieniowe białkowo-kaloryczne oraz witaminowo-mineralne mogą być przyczyną śmiertelności niemowląt i małych dzieci. Na przyczyny niedożywienia składa się wiele czynników: brak pożywienia, stosowanie różnych diet niedoborowych, brak apetytu w przebiegu niedokrwistości, zakażenia i zaburzenia żołądkowo-jelitowe, trudności w przyjmowaniu pokarmów (np. uszkodzenie błony śluzowej przewodu pokarmowego), nieprawidłowe trawienie i wchłanianie (np. w mukowiscydozie czy celiakii), choroby metaboliczne. Dienne zalecenia żywieniowe dla dzieci i młodzieży zostały opracowane przez Komisję Żywienia Dzieci i Młodzieży Komitetu Żywienia Człowieka Polskiej Akademii Nauk oraz Sekcję Gastroenterologii i Żywienia Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego oraz uzgodnione z zespołem ekspertów z Instytutu Żywienia i Żywności⁷².

Podstawowe zmienne społeczno-ekonomiczne, takie jak status społeczny rodziny, wykształcenie rodziców, mają decydujący wpływ na sposób odżywiania dzieci, a ten z kolei wpływa na rozwój fizyczny. „Osiągany wzrost i wiek dojrzewania w różnych grupach społecznych można traktować jako najlepsze biologiczne wskaźniki rozwarstwienia społecznego”⁷³. Niedożywienie dzieci przekłada się na nierówności w stanie zdrowia dzieci i mło-

⁷⁰ Cyt. za: B. Balcerzak-Paradowska: *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*. Warszawa 2004, s. 88.

⁷¹ J. Socha: *Niedożywienie dzieci w Polsce. Fakty, wyzwania i inicjatywy na rzecz walki z problemem*. Warszawa 2003. Cyt. za: A. Blumsztajn: *Niedożywienie dzieci w Polsce. Korelat ubóstwa czy problem zdrowia publicznego?* „Polityka Społeczna” 2004, nr 9, s. 5–6.

⁷² *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa...*, s. 295–296.

⁷³ A. Blumsztajn: *Niedożywienie dzieci...*, s. 7.

dzieży, które znajdują wymierne odzwierciedlenie w nierównościach edukacyjnych.

W ostatnich latach coraz większym problemem dzieci i młodzieży stają się zaburzenia odżywiania, do których zaliczyć należy: anoreksję, bulimię i otyłość. Jedzenie nieodłącznie wiąże się z biologicznym funkcjonowaniem człowieka, ale nie bez znaczenia jest jego kulturowy aspekt w sensie kultywowania tradycji co do jakości i ilości spożywania pokarmów. Zapotrzebowanie organizmu człowieka na niezbędne składniki odżywcze zmienia się w ciągu jego życia; inne są wymogi dotyczące odżywiania niemowląt, dzieci, młodzieży, a inne — człowieka starszego. Odżywianie stanowi element stylu życia, który ulega ciągłym przemianom pod wpływem nowych trendów kulturowych okresu zmiany społecznej, ale element ów podlega także zróżnicowaniu wskutek oddziaływania zmiennych demograficzno-społecznych, ekonomicznych, środowiskowych i geograficznych. Zmienność postrzegania ideału ciała kobiecego, jaki preferuje współczesna kultura masowa, to jeden z elementów wywierających wpływ na postrzeganie własnego ciała przez dziewczęta i młode kobiety. Wywołany zaburzeniem postrzegania obrazu własnego ciała, niezadowoleniem z własnej sylwetki, lęk przed otyłością powoduje stosowanie różnego rodzaju drakońskich diet odchudzających⁷⁴. Z ogólnopolskich badań przeprowadzonych w 2005 roku wynika, że dietę lub inne działania odchudzające stosowało 16,4% badanych, w większości 16-lletnich dziewcząt (26,3%), a 34,4% dziewcząt chciałoby schudnąć, ale nie stosowały one diet odchudzających. H. Kołoto podaje, że zagrożenia związane z nieuzasadnionym nadmiarem masy ciała, odchudzaniem się w okresie dorastania można podzielić na dwie grupy. Pierwsza to nieprawidłowe zbilansowanie diety, niedostosowanie diety do norm rozwojowych, niedobory w odżywianiu, zła organizacja i skład posiłków; druga zaś to zwiększanie ryzyka występowania zaburzeń w odżywianiu — takich jak anoreksja (jadłowstręt psychiczny — *anorexia-nervosa*), bulimia (kompulsywne objadanie się związane z prowokowaniem wymiotów) — spowodowanych uleganiem modzie na szczupłą sylwetkę, i stosowanie diet bez konsultacji z lekarzem⁷⁵.

⁷⁴ Zob.: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. Melosik. Toruń—Poznań 1999; *Kultura popularna i (re)konstrukcje tożsamości*. Red. A. Gromkowska-Melosik. Poznań—Leszno 2007.

⁷⁵ H. Kołoto: *Sposób odżywiania*. W: *Zdrowie subiektywne...*, s. 60; zob. także: M. Szaryńska-Lichtoń: *Leczenie jadłowstrętu psychicznego w Oddziale Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego w Opolu*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2000, nr 2 (914); J.W. Barnhill, N. Taylor: *A jeśli to... zaburzenia odżywiania*. Warszawa 2001; M. Starzomska: *Anoreksja: trudne pytania*. Kraków 2006; G. Simmel: *Filozofia mody*. W: *Socjologia. Lektury*. Red. P. Sztopka, M. Kucia. Kraków 2005.

Zaburzenia odżywiania związane z otyłością dotyczą zarówno dzieci, młodzieży, jak i populacji ludzi dorosłych. Dostępność do atrakcyjnych produktów żywnościowych, ich agresywna reklama, spożywanie nadmiaru kalorii przy niedostatecznym ich spalaniu spowodowanym za małą aktywnością fizyczną, spożywanie dużej ilości tłuszczów zwierzęcych i cukrów — wszystko to powoduje niekontrolowany przyrost wagi. Społeczeństwo amerykańskie należy do najbardziej otyłych społeczeństw na świecie, ponad 65% populacji boryka się z nadwagą lub otyłością. Obecnie szacuje się, że nadwagę ma blisko 22% dzieci i młodzieży w Stanach Zjednoczonych, 6,0–15,0% dzieci w Europie i 2,5–12,0% w Polsce⁷⁶. Szacuje się, że w Polsce 53,0% Polaków ma nadwagę lub otyłość⁷⁷. Z badań polskich (POL MONIKA i POL MONIKA II) wynika, że w latach 1984–2001 odsetek osób otyłych w wieku średnim wzrósł o 66,0%⁷⁸. Wyniki badań, jakie przeprowadził Instytut Żywności i Żywienia, wykazały, że w populacji warszawskiej nadwaga występowała u 8,0% chłopców i 7,2% dziewcząt od 1. do 18. roku życia⁷⁹.

Otyłość jest stanem, w którym patologiczne zwiększenie tkanki tłuszczowej może powodować uszkodzenie czynności i struktury poszczególnych narządów lub układów, co zwiększa ryzyko skrócenia średniego oczekiwanego życia⁸⁰. Jak podaje A. Oblacińska, w raporcie z ogólnopolskich badań uczniów szkół ponadgimnazjalnych, które przeprowadzono w 2005 roku, otyłość należy współcześnie do najczęstszych zaburzeń rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży, zaliczana jest ona obecnie do głównych problemów zdrowia publicznego i uznana przez WHO za „globalną epidemię”. Warto dodać, że największa liczba nastolatków z otyłością występowała na Maltzie, w Grecji, Hiszpanii, a najmniejszy jej odsetek stwierdzono w Polsce, na Łotwie i Litwie. W Polsce odsetek nadwagi sięgał 8,0% wśród chłopców i 5,0% wśród dziewcząt w wieku 15 lat. Z przeprowadzonych z zastosowaniem wskaźnika BMI (Body Mass Index) badań wynika, że w grupie reprezentatywnej nadwagę i otyłość stwierdzono ogółem u 13,5% młodzieży. Odsetek ten był większy

⁷⁶ A. Szadkowska, J. Bodalski: *Otyłość u dzieci i młodzieży*. „Przewodnik Lekarza” 2003, nr 9, s. 54.

⁷⁷ K. Leksy: *Rola stylu życia w powstawaniu chorób cywilizacyjnych (na przykładzie nadwagi i otyłości)*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2005, nr 2 (34), s. 273.

⁷⁸ B. Krzyżanowska i współaut.: *Otyły pacjent w przychodni i szpitalu*. W: *Epidemie XXI wieku: otyłość, cukrzyca, choroby układu krążenia i osteoporoza. Od patogenezy do prewencji i terapii*. Wrocław 2003, s. 20.

⁷⁹ J.W. Klish: *Otyłość w dzieciństwie*. „Pediatria po Dyplomie” 1999, nr 3; I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk: *Jedzenie*. Lublin 2005; N. Ogińska-Bulik: *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmian*. Łódź 2004.

⁸⁰ J. Tatoń: *Otyłość — patofizjologia, diagnostyka, leczenie*. Warszawa 1985. Zob. także W. Drygas: *Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne*. „Medycyna Metaboliczna” 2003, T. 7, nr 2.

w grupie chłopców (16,1%) niż w grupie dziewcząt (10,7%)⁸¹. Wszystkie rodzaje zaburzeń w odżywianiu mają istotne konsekwencje zdrowotne w postaci zaburzeń rozwoju dzieci i młodzieży.

Wielokrotnie przetwarzana żywność typu *fast food*, ale także nieprawidłowo zbilansowana dieta, nie dostarczająca dzieciom i młodzieży odpowiednich składników odżywczych, powodują różnego rodzaju problemy zdrowotne. Przykładowo, brak odpowiedniej ilości wapnia w pożywieniu może skutkować osteoporozą (przyczyn tej choroby jest wiele), która określana jest jako choroba układu szkieletowego charakteryzująca się niską masą kości, w konsekwencji czego dochodzi do łamliwości kości. Około 90% masy kostnej formuje się w okresie dziecięcym i młodzieńczym do 20. roku życia. W przebiegu osteoporozy u dzieci i młodzieży ujawniają się wady postawy ciała wskutek skoliozy lub kifozy odcinka piersiowego kręgosłupa. W leczeniu osteoporozy ważną rolę odgrywa odpowiednia dieta⁸². Europejska strategia dla zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w priorytetowych obszarach działania w zakresie żywienia podkreśla: zapewnienie odpowiedniego żywienia kobietom ciężarnym i matkom, chronienie i wspieranie karmienia piersią, zapobieganie niedożywieniu i niedoborom mikroelementów, zapobieganie nadwadze i otyłości, promowanie zdrowia jamy ustnej, stworzenie systemu monitorowania stanu odżywiania dzieci i młodzieży (badania ogólnokrajowe).

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej zawiera zapis obligujący władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom. Aktualna ochrona zdrowia dzieci odbiega od rozwiązań wynikających z naszej konstytucji. Obecny system nie spełnia wymogów tej ochrony nawet w stopniu minimalnym. Dotychczas nie wprowadzono szczególnych systemowych rozwiązań prawnych, które uwzględniałyby specyficzne potrzeby dzieci związane z ochroną zdrowia. Konieczne staje się ustawowe unormowanie zagadnień dotyczących tylko dzieci, a w szczególności zasad funkcjonowania medycyny szkolnej oraz opieki zdrowotnej nad dzieckiem od 3. miesiąca życia do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego. W tej sytuacji bez podejmowania działań skoordynowanych, całościowych, systemowych i powszechnych, opartych na rzetelnych ocenach sytuacji, uwzględnieniu zasadniczej roli rodziny, oraz bez egzekwowania odpowiedzialności państwa i społeczeństwa nie będzie możliwe zapewnienie dzieciom odpowiedniego poziomu ochrony zdrowia. Rzecznik Praw Dziecka wnioskował o wydzielenie w budżecie państwa, w ramach ochrony zdrowia, środków finansowych na realizację powszechnie obowiązującego Narodowego Programu Badań Profilaktycznych

⁸¹ A. Oblacińska: *Występowanie otyłości i spostrzeganie własnej masy ciała*. W: *Zdrowie subiektywne...*, s. 42–43.

⁸² B. Tymolewska, K. Gendek, M. Latek: *Wskazania optymalnego żywienia dzieci i młodzieży z rozpoznaniem osteoporozy*. Warszawa 2000, s. 3–4.

Dzieci do lat 18, a także o przygotowanie i wdrożenie Zintegrowanego Systemu Ochrony Zdrowia Uczniów, który obejmowałby promocję zdrowia, edukację zdrowotną, odżywianie, profilaktykę zagrożeń i chorób, badania przesiewowe, zapobieganie przemocy, a także dostosowaną do potrzeb uczniów kompleksową opiekę diagnostyczno-leczniczą, rehabilitacyjną wraz z korektą i orzecznictwem na potrzeby ucznia i szkoły, w tym całkowicie aktualnie zaniedbaną sferę orzekania w sprawie wychowania fizycznego i sportu, oraz Narodowego Programu Zapobiegania Wypadkom i Urazom Dzieci i Młodzieży, uwzględniając rolę wszystkich resortów, instytucji i organizacji⁸³. Europejska Strategia dla Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży⁸⁴, kierowana do rządów krajów członkowskich, ukierunkowana jest na realizację następujących celów:

- stworzenia systemu gromadzenia danych opartych na dowodach i poprawienia polityki oraz programowania działań w zakresie zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży, z uwzględnieniem perspektywy jej dalszego rozwoju;
- rozwijania działań międzysektorowych, ukierunkowania ich na rozwiązywanie głównych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży;
- określenia roli resortu zdrowia w koordynowaniu polityki państwa w zakresie ochrony i promocji zdrowia dzieci i młodzieży oraz tworzenia odpowiednich służb, które będą zaspokajać potrzeby tej grupy populacji.

Priorytety dotyczące zdrowia młodzieży odnoszą się do: wspomagania zdrowia, dobrego samopoczucia nastolatków, zapobiegania niechcianym ciążom wśród nastolatek i zapewnienia odpowiedniego wsparcia nieletnim matkom, zapobiegania zakażeniom HIV i chorobom przenoszonym drogą płciową oraz zapewnienia opieki zakażonym i chorym nastolatkom, zapewnienia opieki i wsparcia nastolatkom chorym przewlekle i niepełnosprawnym, zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych, zapobiegania nadwadze i otyłości, zapobiegania zachowaniom agresywnym wśród nastolatków, zapobiegania zaburzeniom w jedzeniu i zapewnienia opieki młodzieży z tymi zaburzeniami.

Nawiązując do działań podjętych w Polsce, należy dodać, że we wstępnym ramowym projekcie *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006–2015...*⁸⁵ określono trzy kierunki działań w zakresie:

- umacniania zdrowia oraz wyrównywania różnic terytorialnych i społecznych przez wpływ na styl życia, a także wyrównywania szans osób starszych i niepełnosprawnych;

⁸³ M. Dercz: *Prawne podstawy ochrony zdrowia dzieci*. W: *Polska dla Dzieci...*, s. 177 i 181–182.

⁸⁴ Cyt. za: *Zdrowie subiektywne...*, s. 170–171.

⁸⁵ *Narodowy Program Zdrowia na lata 2006–2015 (projekt)...*, s. 10–11.

- wczesnego wykrywania i leczenia najczęściej występujących chorób w odwracalnych ich stadiach, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i pomocy doraźnej w stanach zagrożenia;
- ochrony zdrowia ludności przed najczęstszymi zagrożeniami.

Celem strategicznym *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006 – 2015...* jest „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia”. Realizacji tego celu służy 12 celów operacyjnych. W grupie celów dotyczących wybranych populacji (III) określa się poprawę opieki nad matką i dzieckiem, usprawnienie wczesnej diagnostyki zaburzeń zdrowotnych i czynnej opieki nad dziećmi i młodzieżą, ponadto zapewnienie warunków zdrowego i aktywnego życia osób starszych oraz tworzenie warunków sprzyjających aktywnemu życiu osób niepełnosprawnych⁸⁶.

Warto też podkreślić, że polityka zdrowotna leży również w sferze za interesowań 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 działań zmierzających do poprawy zdrowia populacji, monitorowania nowych problemów zdrowotnych państw członkowskich⁸⁷. W wytycznych określających politykę — *Zdrowie dla wszystkich...* — akcentuje się zasadnicze zależności między zdrowiem i ubóstwem społecznym Regionu Europejskiego. Jednym z celów jest wspieranie wysiłków prowadzących do poprawy zdrowia populacji w wyniku promocji i ochrony zdrowia ludzi przez całe życie, a także redukcji zapadalności na główne choroby i urazy oraz łagodzenie ich następstw. Podstawą normatywną *Zdrowia 21...* są trzy główne wartości: zdrowie jako podstawowe prawo człowieka; równość w zdrowiu i solidarność w działaniu między krajami oraz ich społecznościami lokalnymi, z uwzględnieniem zróżnicowania płci; współuczestnictwo i monitorowanie działań jednostek, grup, instytucji i społeczności lokalnych na rzecz rozwoju zdrowia. Określono cztery podstawowe strategie 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 w zakresie opieki zdrowotnej działań na rodzinę oraz społeczność lokalną; uczestnictwo w rozwijaniu zdrowia, angażujące odpowiednich partnerów w środowisku życia oraz na poziomie społeczności lokalnej i kraju.

⁸⁶ Ibidem, s. 14.

⁸⁷ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*

Przygotowanie licznych niezbędnych strategii i programów w obszarze ochrony zdrowia nie rozwiązuje jednak problemów jednostkowych ani też problemów zdrowia publicznego. Działaniem niezbędnym do ich realizacji staje się z jednej strony współpraca międzysektorowa w prowadzonej polityce zdrowotnej⁸⁸, a z drugiej — edukacja zdrowotna realizowana na kolejnych etapach kształcenia, począwszy od przedszkola, a skończywszy na szkolnictwie wyższym. Pożądane są wszelkie inne formy podnoszenia świadomości zdrowotnej społeczeństwa polskiego dzięki edukacji zdrowotnej, która jest narzędziem promocji zdrowia.

Wychowanie zdrowotne i promocja zdrowia mają w Polsce ogromne tradycje i wiele znaczących dokonań, które opisuje M. Demel w pracy *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*⁸⁹. Sygnalizuję tutaj dokonania dotyczące wprowadzania edukacji zdrowotnej w polskiej szkole w ostatnich dziesięciu latach, korzystając z materiału informacyjnego opracowanego przez Barbarę Woynarowską⁹⁰, a udostępnionego na spotkaniu zespołu ekspertów, które poświęcone było edukacji zdrowotnej w projekcie podstawy programowej, a odbyło się 5 maja 2005 roku w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie. I tak, *Zarządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 maja 1997 roku w sprawie podstaw programowych obowiązkowych przedmiotów w szkole podstawowej i ponadpodstawowej* (Dz.U. MEN 1997, nr 5, poz. 23) edukacja zdrowotna została uwzględniona w podstawach programowych po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce, bez określenia jej miejsca w planie lekcji i zasadach organizacji. W roku 1999 wprowadzono reformę systemu edukacji, a w podstawie programowej dla szkoły podstawowej i gimnazjum uwzględniono ścieżkę edukacyjną „edukacja prozdrowotna” (*Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 roku w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego* — Dz.U. 1999, nr 14, poz. 129). Następnie w roku 2001 wprowadzono ścieżkę edukacyjną „edukacja prozdrowotna” w podstawie programowej dla liceów (*Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego, kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół* — Dz.U. 2001, nr 61, poz. 625). Ścieżkę tę wprowadzono także w podstawie programowej dla szkół zawodowych w roku 2002 (Dz.U. 2002, nr 51, poz. 458). W roku 2004 Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu zleciło Instytutowi Spraw Publicznych opracowanie projektu nowej podstawy programowej kształcenia

⁸⁸ Zob. np.: A. Frączkiewicz-Wronka, J. Jasłowski, B. Owczorz-Cydzik, D. Sobusik: *Samorządowa polityka zdrowotna*. Katowice 2004; Z. Słońska, B. Woynarowska: *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej*. Warszawa 2002.

⁸⁹ M. Demel: *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*. T. 1—3. Kraków 2000.

⁹⁰ Zob. także *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 2005.

ogólnego. Umieszczenie w podstawach programowych przedmiotu „edukacja zdrowotna” stało w tym projekcie pod dużym znakiem zapytania.

W szkolnictwie wyższym przedmiot „edukacja zdrowotna” wprowadzono po raz pierwszy w 2000 roku w „minimach programowych” na kierunku pedagogika (studia magisterskie) w grupie przedmiotów kierunkowych (Dz.U. MEN 2000, nr 1, poz. 3). Trzy lata później, w roku 2003, wprowadzone zostały standardy nauczania na kierunku pedagogika (wyższe studia zawodowe i magisterskie), a w nich przedmiot „edukacja zdrowotna”⁹¹ oraz przedmiot „wychowanie zdrowotne i ochrona środowiska” na kierunku wychowanie fizyczne w akademiach wychowania fizycznego. Były to pierwsze kroki w kształceniu pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej. Warto jednak dodać, że w aktualnie obowiązujących standardach kształcenia nauczycieli⁹² nie uwzględniono zagadnień dotyczących edukacji zdrowotnej.

W minionym dziesięcioleciu, przy ogromnym zaangażowaniu zespołów ludzi różnych resortów, podjęto wiele działań organizacyjnych, badawczych i edytorskich związanych z realizacją idei promocji zdrowia w różnych środowiskach, lecz działania te nadal nie są wystarczające, jeśli zważyć na potrzeby w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia⁹³.

Wielu przedstawicieli różnych dziedzin nauk humanistycznych poszerzyło obszar swych zainteresowań, włączając w ten sposób problemy związane ze zdrowiem, z jego uwarunkowaniami, a także z możliwościami podejmowania różnorodnych działań społecznych na rzecz jego poprawy.

Pedagogika nie może pozostać, więc nie pozostaje obojętna wobec „nowego” wyzwania współczesnej rzeczywistości społecznej. Jak bowiem analizować/badać proces wychowawczy, jak modyfikować jego efektywność, jak analizować jego zagrożenia, nie uwzględniając kwestii zdrowia? Bez udziału nauk o wychowaniu w promocji zdrowia trudno oczekiwać zakładanych w różnych dokumentach (np. *Narodowym Programie Zdrowia na lata 2006 – 2015...*) realizacji określonych celów, na przykład kształtowania prozdrowotnego stylu życia we wszystkich fazach życia człowieka.

⁹¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 13 czerwca 2003 zmieniające rozporządzenie w sprawie określania standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia. Dz.U. 2003, nr 144, poz. 1401.

⁹² Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 września 2004 roku w sprawie standardów kształcenia nauczycieli. Dz.U. 2004, nr 207, poz. 2110.

⁹³ Zob. *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej...*

Rozdział IV

Rodzinny kontekst deprywacji potrzeb, zagrożeń rozwojowych i zdrowia

Rodzina, będąc małą grupą społeczną (grupą pierwotną), jest także uniwersalną instytucją społeczną, tj. „utrwalonym w tradycji wszystkich kultur, zrytualizowanym zespołem działań ludzkich, ukierunkowanym na zaspokojenie określonych potrzeb swoich członków”¹. W różnych kulturach różne są modele życia rodzinnego, ale i w obrębie jednej kultury współistnieje wiele różnych modeli i stylów życia rodzinnego. Rodzina uważana jest za najstarszy, a zarazem najtrwalszy element organizacji społecznej i kojarzy się z małżeństwem, prokreacją oraz wychowaniem dzieci². Posiadając szczególny potencjał, wykorzystuje go do tworzenia środowiska wychowawczego, zapewniając tym samym warunki optymalnego, wszechstronnego rozwoju dzieciom i młodzieży, którego podstawę stanowi dbałość o zdrowie w codzienności życia rodzinnego. Niewydolność socjalizacyjna, wychowawcza i opiekuńcza wielu współczesnych rodzin sprawia, że rodzina bywa dla dziecka takim środowiskiem życia, w którym zagrożona jest jego codzienna egzystencja, zdrowie i rozwój.

Małżeństwo i rodzina ulegały stałym przemianom, a obraz jej funkcjonowania jest związany z etapem rozwoju społecznego, ekonomicznego i kulturowego społeczeństwa. Dokonująca się w Polsce zmiana społeczna ma także pewne cechy charakteryzujące małżeństwo i rodzinę o wymiarze demogra-

¹ T. Szlendak: *Rodzina*. W: *Encyklopedia socjologii*. Kom. Red. T. 3. Warszawa 2000, s. 313. Zob. także: S. Kawula: *Rodzina*. W: *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Red. D. Lalak, T. Pilch. Warszawa 1999; M. Winiarski: *Rodzina — ujęcie genetyczno-funkcjonalne*. W: *Elementarne pojęcia pedagogiki...*

² T. Szlendak: *Rodzina...*, s. 312.

ficznym. Z analiz danych demograficznych wynika, że kierunki rozwoju demograficznego Polski wykazują tendencje pozytywne i negatywne, trwające dłuższy lub krótszy okres. Do zmian pozytywnych zalicza się między innymi to, że nie jest zagrożona instytucja małżeństwa w Polsce. Wynika to z faktu, że większość zawieranych małżeństw stanowią związki wyznaniowe i nadal wzrasta jednorodność cech partnerów zawierających małżeństwa, co stanowi przesłankę więzi małżeńskiej, utrzymuje się spadek skłonności do zawierania małżeństw przez nastolatków oraz przesuwanie się rozpadu małżeństwa na coraz późniejszy wiek i dłuższy okres pożycia małżeńskiego. Do tendencji negatywnych zalicza się między innymi nabierający przyspieszenia proces starzenia się ludności (15,2% ogółu populacji w 2003 r.) oraz zasobów pracy. Nie stwierdza się jednoznacznie, że niewielki wzrost liczby zawartych w roku 2003 małżeństw może oznaczać odwrócenie się trwającej od 20 lat malejącej skłonności do zawierania małżeństw. Nadal jednak trwa proces „starzenia się” partnerów zawierających małżeństwa, co wiąże się z odkładaniem czasu założenia rodziny. Obserwuje się też odwrócenie spadkowej tendencji wzrostu liczby rozwodów z pierwszego okresu transformacji i jego nasilenie się od 1994 roku (na 100 zawieranych małżeństw 25 się rozwodzi), narasta tym samym problem małoletnich dzieci w rozwodzących się małżeństwach (o 18,0% wzrósł wskaźnik dzieci w wieku poniżej 18 lat dotkniętych rozwodem rodziców). Już 20 lat trwa spadek rozrodczości, dalsze „starzenie się” matek rodzących pierwsze dziecko, a konsekwencją tego stanu jest spadek dzietności kobiet³. Przedstawiona krótka charakterystyka przemian demograficznych poszerza nieco *spectrum* widzenia problemów rodziny we współczesnym społeczeństwie ryzyka, ale pozwala także uświadomić, że sytuacja zdrowotna polskich rodzin, które stanowią element makrostruktury społecznej, jest warunkowana wieloma problemami społecznymi.

Ryzyko egzystencjalne wynikające z procesu gwałtownych przemian modernizacyjnych i globalizacyjnych ma często charakter zinstytucjonalizowany. Wiąże się ono z koniecznością funkcjonowania jednostek i grup społecznych w sytuacji utrudnionej przewidywalności skutków wyborów indywidualnych i zbiorowych⁴. Zmiana społeczna ma przecież różne społeczne skutki; z jednej strony napawa nadzieją na modernizację wielu obszarów życia społecznego i postęp, z drugiej zaś strony przynosi kryzys wartości oraz uznawanych sposobów i wzorów zachowań, określanych w socjologii mianem anomii. Do socjologii pojęcie „anomia” wprowadził E. Durkheim, podkreślając, że

³ *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2003*. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2004, s. 6–8.

⁴ Zob. A. Radziejewicz-Winnicki: *Spółeczeństwo w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańsk 2004; S. Kawula: *Pedagogika społeczna w społeczeństwie ryzyka*. Olsztyn 2004.

występuje ona w okresie zmian społecznych spowodowanych narastającym w społeczeństwie podziałem pracy i wzrostem specjalizacji. R.K. Merton wyróżnił dwa typy anomii: anomię depriwacji i anomię sukcesu. Anomia jest — według R.K. Mertona — teorią zachowań dewiacyjnych, na której podstawie wyróżnił typy indywidualnego przystosowania do społeczeństwa⁵.

Z myślą o uchwyceniu negatywnych skutków szybkiej, gwałtownej, głębokiej i radykalnej zmiany społecznej P. Sztompka⁶ wprowadza pojęcie traumy. Zmiana, która ma charakter traumatogenny, nawet gdy jest postępową, oddziałuje na społeczeństwo niekorzystnie, ponieważ wiąże się z dezorganizacją, dezlokalizacją, narusza stan równowagi społecznej. Trauma zmiany wiąże się z zaburzeniem ciągłości, stabilności, przewidywalności sytuacji społecznych. Wspomniane procesy przebiegające we współczesnym społeczeństwie znajdują odzwierciedlenie w niekorzystnych wieloczynnikowych zaburzeniach współczesnej rodziny, i to w każdej kategorii wiekowej — dzieci, młodzieży, dorosłych w wieku produkcyjnym oraz ludzi starych.

Mówiąc o funkcjonowaniu rodziny w społeczeństwie ryzyka, należy wskazać liczne zagrożenia występujące we współczesnym społeczeństwie polskim, a będące konsekwencją zmiany społecznej, przede wszystkim bezrobocie i ubóstwo społeczne wraz ze wszystkimi ich konsekwencjami⁷. Nie są one jednak dla wszystkich jednakowo odczuwalne. Istotne znaczenie mają w tym wypadku zmienne społeczne, takie jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan zdrowia, status społeczny, zamożność, przynależność do określonych grup społecznych (w tym zawodowych), miejsce zamieszkania. We współczesnym społeczeństwie polskim obserwujemy pogłębiające się nierówności społeczne, związane z posiadaniem dóbr powszechnie pożądaných, do których należą przede wszystkim: bogactwo, władza i prestiż społeczny. Posiadanie dóbr materialnych pozwala na zaspokajanie potrzeb egzystencjalnych, takich jak pożywienie, ubranie, mieszkanie, oraz potrzeb o wymiarze kulturowym, na przykład spędzania wolnego czasu, rozwijania zainteresowań, podnoszenia wykształcenia. Posiadanie jest cechą charakterystyczną współczesnego społeczeństwa konsumpcyjnego. Wiele jednak rodzin w Polsce jest zmuszonych do ograniczania wydatków na żywność, ubranie, lekarstwa, wypoczynek itp.⁸ W społeczeństwie godne pożądanía są jeszcze inne wartości, wśród których

⁵ M. Pacholski, A. Słaboń: *Słownik pojęć socjologicznych*. Kraków 1997.

⁶ P. Sztompka: *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków 2002, s. 456 i nast. Zob. także *Tradycja i nowoczesność*. Red. J. Szacki. Warszawa 1984.

⁷ Zob.: B. Balcerzak-Paradowska: *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*. Warszawa 2004; A. Kwak, G. Pascall: *Państwo a rodzina. Oceny i postulaty matek małych dzieci*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2005, nr 1 (33).

⁸ Zob.: *Polska bieda. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie*. Red. A. Golinowska. Warszawa 2006; *Pedagogika społeczna w perspektywie europejskiej. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*. Red. S. Kawula, S. Marynowicz-Hetka, A. Przecławska. Olsztyn 2003.

istotne miejsce zajmuje wykształcenie; ono bowiem umożliwia zdobycie lepszej pracy, zapewnia wyższy standard życiowy. Wykształcenie stanowi jeden z elementów generujących nierówności społeczne. Zdrowie jest wartością pożądaną powszechnie, warunkuje ono zdobywanie innych dóbr i wartości, w sposób decydujący wpływa na jakość życia, stanowi także czynnik różnicowania społecznego. Nierówności społeczne wynikają z sytuacji, gdy ludzie są nierówni z powodu przynależności do różnych grup społecznych lub zajmowania różnych pozycji społecznych, a nie z powodu różnic osobowościowych czy fizycznych⁹. Źródłem agresji i konfliktów społecznych jest zjawisko deprywacji społecznej, którą określa się jako rozbieżność między aktualnym dostępem osób do pożądaných dóbr a przekonaniem, że dostęp ten jest niesłusznie ograniczony. Zgodnie z progresywnym ujęciem deprywacji społecznej stanowi ona efekt zmian społecznych z jednej strony, a trudności adaptacyjnych indywidualnych oraz instytucjonalnych z drugiej strony¹⁰.

Nierówności społeczne i różne aspekty tego zjawiska od zarania dziejów stanowiły źródło konfliktów społecznych i były przedmiotem zainteresowań filozofii, a później także innych nauk społecznych, w tym pedagogiki społecznej¹¹.

Socjologiczne refleksje teoretyczne dotyczące nierówności społecznych skupione są wokół różnych ideologii i teorii. Ideologie elitarystyczne (arystokratyczne) wyjaśniają zjawisko nierówności społecznych faktem istnienia w społeczeństwie grup „wyższych” od innych, co wiąże się z licznymi przywilejami, jakie zyskują te grupy. Podstawą przynależności do tych grup jest urodzenie, specjalne predyspozycje, na przykład talenty, mądrość. Zwolennicy ideologii egalitarnych sprzeciwiają się wszelkim nierównościom, żądają jednakowych warunków życia dla wszystkich. Za niezbędne uważają zaspokojenie potrzeb egzystencjalnych (wyżywienie, ubranie, mieszkanie, praca, bezpieczeństwo) wszystkim grupom społecznym, zapewnienie równych szans w ich zaspokojeniu i osiąganiu innych dóbr. W teoriach tych akcent pada na równość wobec prawa i równość praw podmiotowych, tzn. gwarantowanie każdej osobie realizacji uprawnień jej przysługujących, niezależnie od jej położenia społecznego. Teorie merytokratyczne głoszą, że nierówności są usprawiedliwione wtedy, kiedy są efektem indywidualnych zasług. Nierówność społeczna jest pozytywnym wynagrodzeniem za własny wysiłek i społeczną przydatność¹². Nawiązując do ideologii nierówności społecznych, warto wspomnieć o dokumencie WHO — *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszyst-*

⁹ P. Szto mpka: *Socjologia...*, s. 332 i 335–336.

¹⁰ *Socjologia ogólna. Wybrane problemy*. Red. J. Polakowska-Kujawa. Warszawa 1999, s. 221–222.

¹¹ Zob. *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych*. Red. K. Białobrzaska, S. Kawula. Toruń 2006.

¹² P. Szto mpka: *Socjologia...*, s. 356–358.

kich w XXI wieku¹³, który jest zbiorem celów i zadań dotyczących zdrowia i jego ochrony w państwach Regionu Europejskiego, ponieważ problem nierówności w zdrowiu dotyczy nie tylko poszczególnych państw na świecie, ale i w Regionie, a także różnych grup społecznych i środowisk w obrębie poszczególnych państw. Realizacja celów i zadań przez poszczególne państwa ma się przyczynić do zmniejszenia różnic w zdrowiu między państwami oraz w ich obrębie, stworzyć równe szanse zaspokajania potrzeb zdrowotnych, dostępu do opieki zdrowotnej. Są to zadania niezwykle trudne do realizacji także w Polsce — Polska posiada już czwarty *Narodowy Program Zdrowia na lata 2006 — 2015 (projekt)* — ze względu na ograniczenia środków finansowych oraz brak wielu uregulowań legislacyjnych i związanych z opieką zdrowotną oraz socjalną obywateli, w tym także dzieci, o czym wspomniałam wcześniej.

Wyjaśnienie przyczyn nierówności społecznych mieści się w obszarze zainteresowań naukowych nauk społecznych, w tym pedagogiki społecznej, ze względu na ich przydatność w analizowaniu między innymi problemów zdrowia związanych z uwarunkowaniami społeczno-środowiskowymi. Socjologia prezentuje tu dwa punkty widzenia w obrębie funkcjonalnej teorii stratyfikacji społecznej, która odwołuje się do koniecznych imperatywów organizacji życia zbiorowego oraz teorii skumulowanych przewag, poszukującej wyjaśnienia nierówności społecznych w dominacji i władzy. Teoria funkcjonalna akcentuje odwieczność i niezbędność istnienia nierówności społecznych w przeciwieństwie do tej drugiej teorii, która nierówności społeczne postrzega jako efekt warunków historycznych i wskazuje możliwość ich ograniczania oraz przezwycięzania ze względu na ich dezorganizujący wpływ na życie społeczne. Jak podkreśla P. Bourdieu, środowiska społeczne różnią się regułami kulturowymi i posiadaniem odmiennego kapitału kulturowego¹⁴. Zdobywanie zatem własnej pozycji społecznej jest w jakimś stopniu powiązane z dziedziczeniem pozycji (podobnie jak z dziedziczeniem bezradności przez dzieci z rodzin dotkniętych ubóstwem społecznym), z dziedziczeniem zachowań zdrowotnych i stylu życia w procesie socjalizacji. Wyraźnie zaznaczają się różnice w stanie zdrowia poszczególnych osób (dorosłych i dzieci) i grup społecznych, a różnice te wypływają z wielu zmiennych. Przykładowo, mogą istnieć znaczące różnice w zdrowiu dzieci w tym samym przedziale wiekowym, nie zawsze jednak przyczyna tkwi w uwarunkowaniach genetycznych. Nierówności w zdrowiu poszczególnych jednostek i grup społecznych (np. rodzin) wynikają ze społecznego usytuowania w strukturze społecznej. Warto się w tym miejscu odwołać do raportu (*The Black Report*) opublikowanego w 1980 roku w Wielkiej Brytanii, a dotyczącego nierówności w zdrowiu. W ra-

¹³ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Tłum. J.B. Karński. Warszawa—Kraków 2001.

¹⁴ Cyt. za: P. Sztoplaka: *Socjologia...*, s. 358—363.

porcie tym posłużono się wskaźnikami chorobowości, niepełnosprawności, oczekiwanej długości życia i umieralności niemowląt. Okazało się, że poprawa wskaźników zdrowia dokonała się wyłącznie w klasach średnich i wyższych. Interpretując zaistniałą sytuację, wskazywano następujące potencjalne wyjaśnienia: trudności w dokonywaniu pomiaru analizowanych zjawisk, w wyniku czego nierówności mogą się okazać artefaktem; fakt, że nierówności mogły być efektem selekcji w procesie ruchliwości społecznej, deprywacji materialnej i deprywacji kulturowej¹⁵.

Na podstawie wielu badań (co prawda cząstkowych) prowadzonych w Europie i Stanach Zjednoczonych podkreśla się znaczenie statusu społeczno-ekonomicznego jako wyznacznika stanu zdrowia i długości życia, a wykształcenie uważa się za najistotniejszy pojedynczy predyktor stanu zdrowia. Wykształcenie jest odzwierciedleniem typu socjalizacji, poziomu wiedzy, umiejętności gromadzenia oraz wykorzystania zasobów psychologicznych, społecznych i ekonomicznych¹⁶. Interesujące analizy dotyczące uwarunkowań zdrowia w aspekcie nierówności społecznych oraz zróżnicowania stanu zdrowia ze względu na płeć przedstawione zostały w pracy A. Ostrowskiej *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Współcześnie podkreśla się, że zdrowie populacji determinują głównie czynniki pozamedyczne, do których zalicza się na przykład czynniki biologiczne i genetyczne, zarobki, status społeczny, sieci wsparcia społecznego, zatrudnienie i warunki pracy, środowisko fizyczne (naturalne i tworzone przez człowieka), edukację, indywidualne działania dla zdrowia i umiejętności radzenia sobie, zdrowy rozwój w dzieciństwie, służbę zdrowia¹⁷. W teorii społeczno-środowiskowej jako przyczyny chorób wymienia się następujące czynniki ryzyka środowiskowego: ubóstwo społeczne, niski poziom wykształcenia, status zawodowy, stresującą, niebezpieczną pracę, niebezpieczne, zanieczyszczone środowisko życia, dyskryminację, ubóstwo polityczne i słabość ekonomiczną, dochód niewystarczający na zaspokojenie potrzeb, złe warunki mieszkaniowe, odżywianie nie odpowiadające wymogom zdrowotnym, a także społeczno-kulturową zmianę, wydarzenia życiowe, wsparcie społeczne, pracę i miejsce zamieszkania¹⁸. Nierówności społeczne są efektem wielu złożonych czynników, które można podzielić na kilka grup: czynniki socjoekonomiczne, kulturowe i środowiskowe, mierzone na poziomie krajowym jako produkt krajowy brut-

¹⁵ Cyt. za: A. Ostrowska: *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa 1999, s. 125–129.

¹⁶ Ibidem, s. 127.

¹⁷ B. Woynarowska: *Zdrowie dzieci i młodzieży — problemy, zagrożenia, szanse*. W: *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*. Red. B. Balcerzak-Paradowska. Warszawa 1999, s. 103–105.

¹⁸ L. Przewoźniak: *Społeczne przyczyny choroby*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk. T. 1. Kraków 2000, s. 104 i 105.

to, stopa bezrobocia, programy polityki społecznej; indywidualne czynniki związane z warunkami życia, mające wpływ na pozycję społeczną, między innymi wykształcenie, zatrudnienie, dochody, więzi społeczne, których brak prowadzi do marginalizacji, izolacji społecznej, poczucia bezradności, zachowania zdrowotne mierzone i podlegające modyfikacji na poziomie indywidualnym, które są warunkowane pozycją i środowiskiem społecznym; inne zmienne indywidualne, tj. wiek, płeć, uwarunkowania genetyczne¹⁹. Czynniki społeczno-ekonomiczne wpływają na zróżnicowanie warunków egzystencjalnych jednostek i grup społecznych, w tym także rodzin.

Zdrowy rozwój w dzieciństwie, a także wskazywanie zagrożeń zdrowotnych i społecznych są przedmiotem zainteresowań różnych grup badaczy – lekarzy, pedagogów i reprezentantów innych nauk o wychowaniu, a walka z nimi należy do obowiązków państwa i całego społeczeństwa, ponieważ zdrowie przyszłych pokoleń jest nieocenionym zasobem rozwoju społecznego, ekonomicznego i kulturowego każdego społeczeństwa. J. Modrzewski podkreśla, że zróżnicowanie doświadczenia świata społecznego w dzieciństwie odgrywa znaczącą rolę w dynamice kształtowania się kompetencji uczestnictwa społecznego. Można mówić o wielości zróżnicowanych czynników warunkujących ukształtowanie kompetencji społecznego uczestnictwa w okresie dzieciństwa. Biorąc pod uwagę aspekt zdrowia, podkreślić należy takie kwestie, jak: upośledzenie organiczne, psychiczne i społeczne dzieci z różnego rodzaju uszkodzeniami (wzroku, słuchu, układu kostnego, mięśniowego, nerwowego, zaburzeniami w zakresie percepcji, myślenia, komunikacji interpersonalnej), dzieci cierpiące na przewlekłą chorobę, dzieci po urazach, dzieci z deprivacją potrzeb, brak materialnego, socjalnego zabezpieczenia potrzeb dziecka z powodu nieporadności lub nieodpowiedzialności rodziców, opiekunów (trudna sytuacja socjalna dzieci zmuszonych do żebractwa, świadczenia usług seksualnych itp., zbyt wcześnie się usamodzielniających); brak kontroli wychowawczej, z jednoczesnym prezentowaniem patologicznych wzorów zachowań społecznych, którym często towarzyszy prymitywizm poznawczy i emocjonalny, na przykład maltretowanie dzieci, deprawowanie, porzucenie, osamotnienie; zaniedbanie kulturowe w warunkach braku stymulacji edukacyjnej²⁰. Nabywanie kompetencji uczestnictwa społecznego w procesie socjalizacji jest jednym z najważniejszych elementów przygotowania młodego pokolenia do pełnienia ról społecznych, a zdrowie jednostki i jego zasoby stanowią tego podstawę.

¹⁹ *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań.* Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa 2006, s. 114.

²⁰ J. Modrzewski: *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne.* Poznań 2004, s. 106–119. Zob. także A. Roter: *Proces socjalizacji dzieci w warunkach ubóstwa społecznego.* Katowice 2005.

Zmienne makrostrukturalne (zewnętrzne) mają istotny wpływ na funkcjonowanie rodzin, przebieg procesu socjalizacji, styl życia, wybory zachowań zdrowotnych. Do najistotniejszych współczesnych zmiennych społecznych i demograficznych, wywierających bezpośredni wpływ na rodzinę, a będących efektem zmiany społecznej, należą: bezrobocie i zmiany struktury zatrudnienia, opóźnienie zawierania małżeństw i wzrost roli związków nieformalnych, osłabienie trwałości małżeństwa, wzrost liczby rodzin z jednym dzieckiem, zmiany struktury wieku (starzenie się społeczeństwa), zmiany we wzorcach płodności, wzrost liczby urodzeń pozamałżeńskich przy rosnącej akceptacji społecznej, postępujący zanik więzi międzypokoleniowej w wielopokoleniowych rodzinach, rozdział miejsca pracy od miejsca zamieszkania, wydłużenie się czasu trwania edukacji, zmiany w ilości i sposobie spędzania czasu wolnego, zmiany stylu życia²¹. Niektórzy badacze sugerują, iż połowa wszystkich chorób podlega tym uwarunkowaniom. Całkowity poziom dochodu narodowego ma wpływ na stan zdrowia ludności, a względne różnice w dochodach powiązane są ze stanem zdrowia, z natężeniem umieralności we wszystkich grupach hierarchii społecznej. Pogłębiające się różnice w dochodach determinują wzrost zachorowań, a w najsłabszych społeczno-ekonomicznie grupach notuje się większą liczbę przedwczesnych porodów i niską masę urodzeniową noworodków, więcej przypadków chorób serca, udarów mózgu i niektórych nowotworów u ludzi starszych. Czynniki ryzyka, takie jak zaniechanie karmienia piersią, brak aktywności fizycznej, palenie papierosów, otyłość, nieprawidłowa dieta, nadciśnienie tętnicze, przeważają w grupach o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Nawet w krajach o niskich dochodach stan zdrowia dzieci może ulec poprawie, jeżeli podjęte zostaną stosowne działania w zakresie czynników społeczno-ekonomicznych, takich jak: zatrudnienie i warunki materialne rodziców, koszty utrzymania dzieci, dostęp dzieci do edukacji, zmiana stylu życia, otrzymywanie wsparcia przez rodziny²².

W ostatnich dziesięciu latach bezrobocie w Unii Europejskiej wzrosło i wynosi 12,0%, a w krajach Europy środkowej i wschodniej — około 6%. Bezrobocie w Polsce sięga 18,0%, wiele rodzin żyje poniżej minimum socjalnego i minimum egzystencji. Szacuje się, że w roku 2002 skutków bezrobocia doświadczyło — w różnej skali — 9,5 miliona ludzi. Według danych BAEL liczba rodzin z dziećmi do lat 24 pozostającymi na utrzymaniu rodziny, w której przynajmniej jedno z rodziców było osobą bezrobotną, wynosiła 1 230 tysię-

²¹ J.H. Holzer: *Demograficzna charakterystyka populacji dziecięcej*. W: *Sytuacja dzieci...*, s. 23—24. Zob. także F. Adamski: *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków 2002.

²² *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 119. Por. A. Radziejewicz-Winiński: *Dramatyzm społeczny rodzinnej codzienności. (Racjonalność ekonomiczna a zmiana realiów społecznych)*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2005, nr 1 (33); I d e m: *Oblicza zmieniającej się współczesności. Szkice z pedagogiki społecznej, etnografii edukacyjnej i socjologii transformacji*. Kraków 2001.

cy, co stanowi 21,0% rodzin z dziećmi do lat 24 na utrzymaniu²³. W Polsce bezrobocie od stycznia do czerwca 2007 roku sięgało 12,1%.

Prowadzone w Polsce w roku 2001 badania HBSC²⁴, na które powołuję się w poprzednim rozdziale, wskazują, że w badanej populacji reprezentatywnej w przedziale wiekowym 11–15 lat 18,0% badanych wskazało, że ojciec nie ma pracy, a 36,9% stwierdziło, że pracy nie ma matka. Znacznie większy odsetek bezrobotnych rodziców odnotowano na wsi (odpowiednio 24,3% i 47,3%) niż w mieście²⁵. Z badań przeprowadzonych na reprezentatywnej populacji w roku 2005 wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych wynika, że 80,0% młodzieży określiło swe rodziny jako przeciętnie zamożne, 9,0% rodzin zostało zakwalifikowanych do klasy skrajnego ubóstwa według skali FAS, a 12,0% młodzieży podało, że oboje rodzice nie mają pracy²⁶. Z raportu badań prowadzonych na grupie reprezentatywnej ($N = 2\,879$) dotyczących zdrowia i stylu życia młodzieży u progu dorosłości, opublikowanego w 2005 roku²⁷, wynika, że 63,2% matek badanych uczniów szkół ponadgimnazjalnych ma pracę, w tym w województwie śląskim 65,1% (dla $N = 699$), a 9,7% matek szuka pracy. Ojcowie badanej populacji uczniów w 73,5% ($N = 2\,839$) mają pracę, w tym w województwie śląskim 74,5% ($N = 689$) ojców ma pracę, a 6,5% szuka pracy.

Rodziny, w których rodzice pozostają bez pracy, są zagrożone ubóstwem społecznym, a dzieciom zagraża niezaspokojenie podstawowych potrzeb egzystencjalnych. Wydatki na utrzymanie dzieci są w rodzinie istotnym wskaźnikiem zaspokajania podstawowych potrzeb egzystencjalnych dzieci. W roku 1998 maksymalne wydatki na dzieci w przedziale wiekowym 7–10 lat wynosiły 1 800 złotych miesięcznie, a minimalne zamykały się w granicach 90–100 złotych, natomiast w grupie wiekowej 15–18 lat maksymalne wydatki miesięczne wynosiły ponad 3 000 złotych, a minimalne – 120 złotych miesięcznie. Wiele rodzin jest przeciążonych kosztami utrzymania dzieci²⁸. W roku 1997 odsetek rodzin o wydatkach niższych od minimum socjalnego wahał się od około 23% w małżeństwach bezdzietnych, 50% w rodzinach z dwójką dzieci, do około 85% w rodzinach z co najmniej czwórką dzieci²⁹. Rodziny

²³ B. Balcerzak-Paradowska: *Rodzina i polityka rodzinna...*, s. 110.

²⁴ *Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku*. Oprac. B. Woynarowska, J. Mazur. Warszawa 2002.

²⁵ *Ibidem*, s. 26 i 27.

²⁶ *Zdrowie subiektywne, zadowolenie...*, s. 135. Zob. także *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne*. Red. D. Graniewska. Warszawa 2004.

²⁷ A. Małkowska, I. Tabak, M. Jodłowska, A. Oblacińska, W. Ostrega: *Zdrowie i styl życia młodzieży u progu dorosłości. Raport techniczny z badań uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce*. Warszawa 2005, s. 131–132.

²⁸ A. Olejniczak-Merta: *Szanse, bariery i zagrożenia dla dzieci i młodzieży w okresie przemian społeczno-gospodarczych*. W: *Sytuacja dzieci...*, s. 27–28.

²⁹ A. Szukiełojć-Bieńkuńska: *Sytuacja materialna rodzin. Ubóstwo i jego skutki dla dzieci*. W: *Sytuacja dzieci...*, s. 44.

w Polsce wychowujące dzieci są relatywnie częściej narażone na ubóstwo społeczne niż małżeństwa bezdzietne lub osoby starsze. Pojawienie się dziecka w rodzinie dwukrotnie zwiększa ryzyko zagrożenia ubóstwem społecznym wskutek znaczącej w Polsce korelacji biedy i wielodzietności³⁰. W roku 2001 odsetek dzieci i młodzieży w przedziale wiekowym 0–19 lat, żyjących w gospodarstwach domowych o dochodach poniżej minimum egzystencji, wzrósł do 14,0%, a zatem co siódme dziecko żyje na granicy zaspokojenia potrzeb biologicznych. Biedę zwykło się w schematycznym myśleniu kojarzyć raczej z grupami ludzi starszych, samotnych matek czy rodzin wielodzietnych albo wiązać z określonymi strukturami życia rodzinnego niż z określonymi kategoriami ich członków. Dzieci wychowywane w rodzinach zagrożonych biedą mają trudniejsze warunki rozwojowe. Bieda wśród dzieci stanowi zagrożenie rozwoju indywidualnego i społecznego. W. Warzywoda-Kruszyńska³¹ wylicza następujące źródła niedostrzegania faktu istnienia biedy wśród dzieci:

- powszechne traktowanie rodziny jako niezróżnicowanej całości, podczas gdy pozytywne i negatywne zdarzenia członkowie rodziny odbierają niejednakowo, jako że mają one niejednakowe skutki;
- postrzeganie dzieci raczej jako „przyczyny” biedy, a nie jako jej ofiary;
- uznawanie biedy dzieci za temat drażliwy politycznie;
- traktowanie biedy dzieci jako sprawy nie należącej do kategorii spraw „pilnych”, skupiających uwagę polityków, czyli takich, którymi należałoby się zająć natychmiast;
- brak świadomości faktu, że bieda wśród dzieci ma jakościowo większe znaczenie niż niedostatek w innej fazie życia ze względu na to, że decyduje o przyszłości naszego społeczeństwa.

Warto tu dodać, że w domach dziecka wychowuje się ponad 60 tysięcy dzieci, 1/3 przebywa w nich właśnie z powodu biedy, a nie śmierci rodziców lub pozbawienia ich praw rodzicielskich³². W pełni podzielając zdanie autorki, należy podkreślić, że podobnie w naszym kraju traktuje się zdrowie dzieci, a bieda jest jednym z podstawowych elementów wywierających wpływ na zdrowie dzieci i młodzieży. Sytuacja ta generuje jakość życia rodzin, a więc zarówno dzieci, młodzieży, dorosłych w wieku produkcyjnym, jak i ludzi starych.

Jakość życia dzieci i młodzieży kształtują trzy podstawowe środowiska wychowawcze: rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza, a pośrednio — środowi-

³⁰ J. Bana ch: *Założenia systemu zabezpieczenia społecznego rodzin i dzieci w Polsce*. W: *Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzieci*. Warszawa, 23–24 maj 2003. *Materiały i dokumenty*. Rzecznik Praw Dziecka. Warszawa 2003.

³¹ W. Warzywoda-Kruszyńska: *Przeciwdziałanie międzypokoleniowej transmisji biedy — proponowanym celem rozwoju społecznego Polski*. W: *Polska dla Dzieci...*, s. 95–96.

³² L. Tranda: *Państwowe domy dziecka a alternatywne formy wychowania*. W: *Polska dla dzieci...*, s. 104.

sko lokalne i kultura masowa. Do zmiennych psychospołecznych warunkujących optymalny rozwój dzieci i młodzieży oraz pomnażających zdrowie w rodzinie zaliczyć należałoby:

- stan zdrowia dziecka według standardów medycznych zgodnych z normami wieku i płci;
- stan zdrowia rodziców (opiekunów) nie ograniczający pełnienia ról rodzicielskich (opiekuńczych);
- sposób i zakres pełnienia ról rodzicielskich;
- świadomość zdrowotną rodziców (wiedza i umiejętności zaspokajania potrzeb zdrowotnych w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego dzieci w poszczególnych okresach rozwojowych);
- prozdrowotny styl życia rodziny (wybory zachowań prozdrowotnych w zakresie: odżywiania, aktywności fizycznej, higieny osobistej, aktywnych form spędzania czasu wolnego, okresowej medycznej kontroli zdrowia, radzenia sobie ze stresem, umiejętności pozyskiwania wsparcia społecznego z zewnątrz, udzielania wsparcia społecznego członkom rodziny, umiejętności wykorzystania zasobów indywidualnych i rodzinnych, umiejętności komunikacji, umiejętności rozwiązywania konfliktów);
- atmosferę życia rodzinnego, która wyraża się w pozytywnych relacjach emocjonalnych między członkami rodziny, sprzyjających kształtowaniu pozytywnej więzi rodzinnej (tj. między rodzicami wzajemnie oraz między rodzicami a dzieckiem/dziećmi i między rodzeństwem), podmiotowość we wzajemnych relacjach członków rodziny, umiejętność reagowania na zagrożenia zewnętrzne;
- życie społeczne w rodzinie wolne od patologii (alkoholizm, narkomania, przemoc, krzywdzenie dziecka, przestępczość, prostytucja);
- strukturę rodziny (rodzina pełna);
- liczbę dzieci w rodzinie;
- status ekonomiczny rodziny;
- wykształcenie i zawód rodziców;
- miejsce zamieszkania (miasto, wieś);
- ekologiczne warunki środowiska;
- dostępność i jakość świadczeń służby zdrowia.

Jeżeli dziecko jest uczniem, przebywa także w środowisku szkolnym, które ma niebagatelne znaczenie dla jakości jego życia codziennego. Warunki psychospołeczne niezbędne do utrzymania i pomnażania zdrowia uczniów w szkole, kształtujące ich jakość życia, to przede wszystkim³³:

- osiąganie pozytywnych wyników w nauce, nabywanie kompetencji;

³³ Por. *Postrzeganie środowiska psychospołecznego szkoły przez uczniów w Polsce i innych krajach. Raport z badań*. Oprac. B. Woynarowska, J. Mazur. Warszawa 2004.

- wymagania edukacyjne dostosowane do możliwości uczniów i rozwijające aspiracje edukacyjne (np. niekorzystnie wpływa na ucznia przeciążenie nauką szkolną, trudności w przyswajaniu wiedzy — w uczeniu się);
- umiejętność walki ze stresem szkolnym i umiejętność nabywania kompetencji radzenia sobie;
- pozytywne relacje interpersonalne z rówieśnikami (między innymi pozyskiwanie wsparcia);
- pozytywne relacje uczniów z nauczycielami (między innymi podmiotowe traktowanie uczniów, udzielanie im wsparcia);
- autonomia uczniów (między innymi uczestnictwo uczniów w życiu szkoły, podejmowanie decyzji co do sposobów uczenia się);
- ogólna satysfakcja z uczęszczania do danej szkoły.

Wyliczone czynniki środowiska domowego i szkolnego kształtują jakość życia ucznia i wzajemnie na siebie wpływają.

W podpisanej przez Polskę deklaracji *Świat przyjazny dzieciom*, która jest dokumentem Światowego Szczytu w sprawach Dzieci z maja 2002 roku, znajduje się wiele priorytetów dotyczących zabezpieczenia społecznego dzieci. Dotyczy to przede wszystkim wyrównywania startu życiowego dzieci, udzielania rodzinom niezbędnego wsparcia, wszechstronnej opieki i pomocy, zmniejszania różnic bytowych i eliminowania ubóstwa, wyrównywania szans dzieci niepełnosprawnych i dzieci specjalnej troski, popierania idei wspólnej odpowiedzialności rodziców za edukację i wychowanie dzieci, podejmowania działań zmierzających do niwelowania nierówności między dziećmi mieszkającymi w mieście a tymi, które mieszkają na wsi, między dziećmi bogatymi a biednymi, zdrowymi a niepełnosprawnymi, opracowania skutecznych krajowych regulacji prawnych, wytyczenia kierunków i planów działania, zapewnienia środków celem zaspokojenia ochrony praw dziecka³⁴. Realizacja przedstawionych zadań jest bardzo trudna, wymaga bowiem zaangażowania wielosektorowego, sformułowania i konsekwentnej realizacji licznych programów działania.

W dokumencie *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* jednym z podstawowych celów (cel 2.)³⁵ działania państw do roku 2020 jest zredukowanie różnic zdrowotnych między grupami społeczno-ekonomicznymi w poszczególnych krajach członkowskich o jedną czwartą dzięki istotnej poprawie stanu zdrowia grup znajdujących się w niekorzystnym położeniu. Oczekuje się zatem realizacji w szczególności następujących postulatów:

- różnica w oczekiwanej długości życia między grupami społeczno-ekonomicznymi powinna ulec redukcji co najmniej o 25%;

³⁴ J. B a n a c h: *Założenia nowego systemu zabezpieczenia społecznego...*, s. 80.

³⁵ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 56.

- wartości większości wskaźników, tj. chorobowości, niepełnosprawności i umieralności, w różnych grupach społecznych powinny być bardziej wyrównane;
- powinny ulec poprawie warunki społeczno-ekonomiczne, które mają niekorzystne następstwa zdrowotne, a w szczególności różnice w dochodach, wykształceniu i dostępie do rynku pracy;
- powinien zostać ograniczony odsetek osób żyjących w ubóstwie;
- osoby o specjalnych potrzebach zdrowotnych powinny być chronione przed alienacją społeczną i mieć łatwy dostęp do odpowiedniej opieki.

Niezbędne staje się, by każdy kraj Regionu Europejskiego przygotował własny program działania dostosowany do sytuacji. Punktem wyjścia przygotowania tych programów może być skupienie uwagi na problemach zdrowotnych, wśród których widoczne są znaczące różnice między poszczególnymi grupami społeczno-ekonomicznymi, bądź kierowanie się ostatnio uzyskanymi dochodami, które wskazują, że branie pod uwagę czynników ryzyka i czynników leżących u podstaw nierówności w zdrowiu jest bardziej odpowiednie, bądź też identyfikowanie grup szczególnego ryzyka. Ze względu na to, że czynniki ryzyka zwykle gromadzą się w tej samej grupie społecznej, można też zastosować podejście mieszane³⁶. Zastosowanie podejścia mieszanego wydaje się w warunkach Polski najbardziej uzasadnione, jeśli zważyć na sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży w Polsce wychowujących się w rodzinach szczególnego ryzyka.

Aktualna definicja zdrowia i choroby jest związana z biopsychospołecznym funkcjonowaniem człowieka. Zdrowie oznacza więc stan, w którym jednostka (dziecko) wykazuje optymalne umiejętności normalnego, sprawnego wywiązywania się z ról społecznych i zadań wyznaczonych w procesie socjalizacji. Warto podkreślić, że w grupie dzieci w wieku szkolnym zachodzą bardzo istotne zmiany w zakresie rozwoju, a jeśli chodzi o sferę psychiczną, to dotyczą one przede wszystkim rozwoju procesów poznawczych, sfery uczuciowej, rozwoju moralnego, motywacji i podejmowania różnych form aktywności, rozwoju osobowości, a w jej obrębie — w obrazie własnej osoby, w samoocenie oraz rozwoju tożsamości³⁷.

Zdrowie psychiczne stanowi jeden z elementów ogólnie pojętego zdrowia, ujmowanego holistycznie. Zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne wzajemnie się warunkują, a zaburzenie w którejś z tych sfer powoduje zaburzenia w innych sferach. Systemowe podejście do zdrowia to podejście związane z kategoriami procesów. Zdrowie jest procesem dynamicznym, zwróconym ku przywracaniu równowagi w stale zakłócaniej równowadze organizmu zarówno wewnątrz niego, jak i w środowisku. Proces ten zmienia się w za-

³⁶ Ibidem, s. 57.

³⁷ *Zdrowie i szkoła*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 2000, s. 52.

leżności od wymagań wewnętrznych i zewnętrznych³⁸. Zdrowie psychiczne uwarunkowane jest rozwojowo, ponieważ stanowi proces budowania zintegrowanej osobowości, zdolnej do podejmowania zadań i celów życiowych, rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze stresem i czerpania satysfakcji z życia.

Definicja WHO określa „umiejętności życiowe” jako umiejętności dobrego przystosowania, pozwalające skutecznie radzić sobie z wymogami (zadaniami) życia codziennego. Termin ten odnosi się do kompetencji psychospołecznych. Wyróżnia się dwie grupy umiejętności³⁹:

- umiejętności podstawowe, niezbędne w życiu codziennym, mające znaczenie dla dobrego samopoczucia, relacji interpersonalnych i zachowań prozdrowotnych — są to następujące umiejętności: podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów, twórcze i krytyczne myślenie, nawiązywanie pozytywnych relacji interpersonalnych, samoświadomość i empatia, radzenie sobie z emocjami i stresem;
- umiejętności specyficzne, związane z radzeniem sobie z różnymi zagrożeniami (np. z zachowaniami asertywnymi, uczestnictwem w aktach przemocy).

Podział umiejętności życiowych według UNICEF wydaje się jeszcze bardziej interesujący. Umiejętności życiowe podzielono tu na następujące grupy: interpersonalne (np. empatia, negocjowanie, rozwiązywanie konfliktów), budowania samoświadomości (np. samoocena, pozytywne myślenie), budowania własnego systemu wartości (np. rozumienie różnych norm społecznych, tworzenie hierarchii postaw i zachowań, tolerancja), podejmowania decyzji (np. krytyczne i twórcze myślenie, identyfikacja ryzyka, pozyskiwanie informacji i ich wykorzystywanie, stawianie sobie celów), radzenia sobie i kierowania stresem (np. samokontrola, radzenie sobie z lękiem, poszukiwanie pomocy). Rozwijanie tych umiejętności ma wyjątkowe znaczenie w dzieciństwie i młodości, ponieważ sprzyja właściwemu rozwojowi psychospołecznemu, jest przygotowaniem do zmieniającego się świata, radzenia sobie z trudnościami żywotnymi, do profilaktyki problemów zdrowotnych i społecznych, zwiększenia odpowiedzialności za swoje życie⁴⁰. Warto jednak zwrócić uwagę, że w zasadzie rodzina powinna „wprowadzać” dziecko w życie, uczyć je kompetencji życiowych i sprzyjać ich rozwojowi, tworząc środowisko przyjazne rozwojowi osobowości. Wiele rodzin jest jednak dysfunkcyjnych i niewydolnych wychowawczo. Ludzie dorośli we współcześnie zmieniającym się

³⁸ I. Heszen-Niejodek: *Rozwój zastosowań psychologii do obszaru zdrowia i choroby*. „Przegląd Psychologiczny” 1991, T. 1; Eadem: *Lekarz i pacjent*. Kraków 1992. Zob. także Z. Bartkowiak: *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*. „Pediatria Praktyczna” 1999, T. 7, nr 2.

³⁹ B. Woynarowska: *Kształtowanie umiejętności życiowych u dzieci i młodzieży — wyzwania dla szkoły*. „Chowanna” 2002, T. 1 (18), s. 59—60.

⁴⁰ Ibidem, s. 61.

świecie, pełnym trudności, zagrożeń i ryzyka, sami mają problemy przystosowawcze. Kształtowanie umiejętności życiowych stanowi podstawę tworzenia wielu programów profilaktycznych, ale niezbędnym czynnikiem jest kształtowanie umiejętności życiowych przez instytucje edukacyjne w ramach różnych programów kształcenia, z nadzieją że w tym względzie wzrośnie rola kompensacyjna szkoły. Jest to dziś pewna szansa, że jakość życia przyszłych pokoleń będzie bardziej satysfakcjonująca.

Różnego rodzaju problemy rozwojowe dzieci są wynikiem splotu różnorodnych czynników o charakterze organicznym pozostających w sferze zainteresowań medycyny, która zajmuje się ich etiologią, terapią, a także odpowiednią rehabilitacją czy profilaktyką, ale coraz częściej zwraca uwagę na powstawanie zaburzeń rozwojowych, które mają nieorganiczne podłoże i związane są przede wszystkim z wieloaspektowymi problemami funkcjonowania środowiska rodzinnego.

„Zaburzenie rozwoju jest rozumiane jako zróżnicowany syndrom ostrego opóźnienia wzrostu i dojrzewania kostnego oraz problemów w rozwoju psychosomatycznym, które są często powiązane z chorowitością, niewłaściwym dla wieku odżywianiem, poważnymi trudnościami z jedzeniem, zaburzonymi interakcjami między matką a dzieckiem, brakiem poczucia bezpieczeństwa lub zaburzeniami w przywiązaniu do rodziców, dysfunkcyjnością rodziny lub ubóstwem”⁴¹. W literaturze przedmiotu używanych jest wiele określeń nieorganicznych przyczyn zaburzonego rozwoju, na przykład „opóźnienie środowiskowe”, „deprywacja środowiskowa”. D. Iwaniec podaje następujący zespół cech charakterystycznych dla dzieci z zaburzeniami rozwoju o podłożu nieorganicznym⁴²:

- zaburzenia rozwoju: waga, wzrost, obwód głowy dziecka są poza normą wiekową;
- wygląd fizyczny: dziecko jest małe, wychudzone, ma powiększony żołądek, matowe i wypadające włosy, cienie pod oczami;
- cechy charakterystyczne: częste trudności z jedzeniem, wymioty i wzdęcia, biegunki, odmowa przeżuwania i połykania, podatność na infekcje i przeziębienia;
- niepewne formy przywiązania lub zachowania unikające: dziecko jest napięte w obecności matki, przebywanie z matką nie jest dla niego przyjemnością;

⁴¹ H. Sneddon, D. Iwaniec: *Definicja, klasyfikacja i przejawy zespołu zaburzenia rozwoju dzieci*. W: *Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie. Rozpoznanie i interwencja psychospołeczna w doświadczeniach brytyjskich i polskich*. Red. D. Iwaniec, J. Szmałski. Warszawa 2002, s. 32.

⁴² D. Iwaniec: *The Emotionally Abused and Neglected Child: Identification, Assessment and Intervention*. Chichester 1995.

- opóźnienia w rozwoju: motorycznym, językowym, intelektualnym, społecznym, emocjonalnym, poznawczym;
- opis psychologiczny i zachowanie dziecka: smutek, wycofanie się, ogólna senność, brak ekspresji w wyrazie twarzy, płaczliwość, zanik wokalizacji, brak uśmiechu, obojętne wpatrywanie się w ludzi i przedmioty, brak reaktywności, niechęć do pieszczot, bierność lub hiperaktywność;
- zachowania sprawiające problemy: płacz i łkanie, niepokój, drażliwość, obawa i lęk, niechęć do kontaktów społecznych, problemy ze snem, z karmieniem i jedzeniem.

Wielu badaczy tego problemu podaje przykłady różnorodnych skutków rozwojowych wynikających z nieorganicznego zaburzenia rozwoju, na przykład: opóźnienia wzrostu w pierwszym roku życia prowadzące do opóźnienia umysłowego dziecka (R.S. Illingworth), wskutek czego dochodzi do opóźnienia motoryki (nieumiejętność siedzenia, utrzymywania równowagi, chodzenia i stania), opóźnienia rozwoju mowy i procesów poznawczych (C.F. Whitten, M.G. Pettit, J. Fischhoff); dzieci są zagrożone słabym rozwojem intelektualnym i mogą przejawiać spadek IQ (L. Dowdney, D. Skuse i inni); mają problemy z jedzeniem (C.C. Ayoub, J.S. Milner, P. Raynor, M.C.J. Rudolf i inni)⁴³. Zaburzenia wzrastania mają wiele przyczyn, według danych autorów amerykańskich po wykluczeniu przyczyn wewnątrzwydzielniczych (10,2%), genetycznych (56,7%) czynniki środowiskowe stanowią 33,0%⁴⁴.

Badania polskie wykazują, że masa ciała dzieci niskorosłych średnio nie przekraczała 3 tysięcy gramów i była niższa o 90 gramów w przypadku noworodków matek palących tytoń w okresie ciąży, „dzieci z niedoborem wzrostu były w większości”⁴⁵ przypadków karmione sztucznie, dzieci niskorosłe miały trudności w nauce i problemy adaptacyjne w środowisku rówieśniczym.

Warto wspomnieć, że wcześniejsze analizy dotyczące nieorganicznego zaburzenia rozwoju dzieci skupiały się głównie na problemach skutków umieszczania dzieci w różnych instytucjach typu dom dziecka, szpital, czy też pozbawienia dziecka matki. W literaturze przedmiotu ostatnich lat coraz większą uwagę zwraca się na relacje między matką a dzieckiem oraz na relacje z innymi osobami w rodzinie. Nadal toczą się dyskusje w przedmiotowym problemie. Są badacze, którzy kwestionują znaczenie relacji między rodzicami a nieorganicznym zaburzeniem rozwoju lub są przeciwni dychotomicznemu podziałowi na organiczne i nieorganiczne zaburzenia rozwoju dzieci⁴⁶.

⁴³ Cyt. za: H. Sneddon, D. Iwaniec: *Definicja, klasyfikacja i przejawy...*, s. 40—45.

⁴⁴ Cyt. za: W. Szymaniak, M. Krawczyński, E. Mądry: *Niektóre cechy rodzicielskie i środowiska rodzinnego dzieci niskorosłych*. „Nowiny Lekarskie” 1997, nr 66, suplement 1, s. 49.

⁴⁵ Ibidem, s. 53—54. Zob. także Z.J. Brzeziński, K. Szamotulska: *Spóecznie zróżnicowany wzrost częstości występowania niskiej masy urodzeniowej w Polsce — biologiczne skutki recesji?* „Przegląd Epidemiologiczny” 1993, nr 3.

⁴⁶ Cyt. za: H. Sneddon, D. Iwaniec: *Definicja, klasyfikacja i przejawy...*, s. 48—49.

Przedstawiony problem jest niezwykle trudny z diagnostycznego, a także terapeutycznego punktu widzenia, niemniej jednak trudno dziś przecenić znaczenie środowiska rodzinnego w ogólnym rozwoju dziecka, mając na uwadze złożoność wzajemnych relacji i uwarunkowań. Interesujące wydają się cechy charakterystyczne rodzin dzieci z zaburzeniami rozwoju, które podaje D. Iwaniec⁴⁷: ubóstwo społeczne, wyższy od przeciętnego poziom stresu w rodzinie, niski poziom wykształcenia matki, niski poziom wiedzy dotyczącej pełnienia ról rodzicielskich, słabe wsparcie społeczne rodziny, wysoki poziom ograniczeń dietetycznych preferowany przez rodziców (opiekunów), depresyjne skłonności matki, niska samoocena rodziców, negatywne nastawienie do dziecka, dystans fizyczny i emocjonalny w stosunku do dziecka ograniczający kontakty, postrzeganie dziecka jako trudnego do dyscyplinowania.

Należy wspomnieć o badaniach i dyskusjach dotyczących rodzin, których członkowie wykazują predyspozycje do schorzeń o psychogennej etiologii. Badania te znalazły zastosowanie w analizach dotyczących dziecięcych chorób. Jak podaje V. Tuszyńska-Bogucka (2003), twórcami pierwszego strukturalnego „modelu rodziny psychosomatycznej” byli S. Minuchin, L. Baker, B.L. Rosman i inni. Według nich rozwój chorób u dzieci zależy od: typu organizacji rodziny i jej funkcjonowania, udziału dziecka chorego w konfliktach między rodzicami oraz od podatności na czynniki natury psychologicznej. Autorzy ci wyodrębnili tzw. wzór (matrycę) rodziny psychosomatycznej: splątanie (*enmeshment*) dotyczy rodziny jako systemu, który cechuje silna więź (spójność), nadopiekuńczość (*overprotectiveness*), a więc nadmierna opieka rodziców wobec dzieci, przejawiana zarówno przez rodziców, jak i dziecko, sztywność (*rigidity*), która dotyczy braku pewnej elastyczności wynikającej ze zmian, jakie zaszły, w różnych sytuacjach. Konsekwencją badań B.L. Wood nad znaczeniem rodziny w powstawaniu/przebiegu schorzeń u dzieci było opracowanie „biobehawioralnego modelu rodziny psychosomatycznej”. Najważniejszymi aspektami modelu były: bliskość, która dotyczy podziału przestrzeni osobistej, informacji, emocji, decyzji; hierarchia pokoleniowa związana z wzorami wzajemnych relacji władzy i podporządkowania między rodzicami a dziećmi; wciąganie w trójkąty, które przejawiało się w tworzeniu dysfunkcjonalnych struktur, najczęściej międzypokoleniowych (np. tworzenie koalicji typu rodzic — dziecko przeciwko drugiemu rodzicowi); negatywne relacje rodzicielskie dotyczące dysfunkcji między sposobami pełnienia ról rodzicielskich w kontekście negatywnych emocji; rodzinna reaktywność, czyli wzory interpersonalne behawioralnej i emocjonalnej reaktywności; reaktywność biobehawioralna stanowiąca rodzaj aktywności na poziomie odpowiedzi fizjologicznej (wzory rodzinne i procesy chorobowe wpływające na siebie); aktywność chorobowa dotycząca aktywacji patofizjologicznych podczas

⁴⁷ Ibidem, s. 37.

choroby dziecka (np. zwiększenie poziomu cukru we krwi, trudności w oddychaniu spowodowane astmą)⁴⁸. Autorka, analizując wnikliwie wspomniane modele, opisuje także nowatorski „model pobudzenia-adaptacji”, którego autorami są A.M. Meijer i L. Oppenheimer. Model ów opiera się na założeniu istnienia dwóch cyklicznych procesów wzajemnie uwarunkowanych. Pierwszy ma związek z postępem choroby oraz ze sposobem radzenia sobie rodziców i dziecka z terapią. Drugi dotyczy czynników wpływających na terapię związanych ze współpracą rodziców, rodziny i dziecka⁴⁹.

Zainteresowanie zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży, a zwłaszcza problematyką zaniedbywania w tej sferze zdrowia, sprawia, że coraz bardziej odczuwalna staje się konieczność podkreślenia znaczenia zaspokajania potrzeb psychicznych niezbędnych do prawidłowego rozwoju osobowości, a także wskazania konsekwencji ich niezaspokajania. Jednym z podstawowych warunków rozwijania i utrzymywania zdrowia psychicznego jest zaspokojenie prawidłowo ukształtowanych potrzeb człowieka i realizacja zadań życiowych w różnych fazach rozwojowych⁵⁰.

Zaspokojenie potrzeb biologicznych, takich jak odpowiednie odżywianie, sen, ubranie stosowne do pór roku czy mieszkanie, jest podstawą egzystencji człowieka jako organizmu żywego. Hierarchiczny układ potrzeb człowieka autorstwa A.H. Masłowa wskazuje, że na tej podstawie rozwijają się potrzeby tzw. wyższego rzędu⁵¹: potrzeby samorealizacji, potrzeby uznania i szacunku, potrzeby społeczne (przynależności, akceptacji, miłości, przyjaźni, współpracy), potrzeby bezpieczeństwa, tj. ochrony przed zagrożeniami, opieki, stabilności. Z punktu widzenia psychologicznego konieczność zaspokajania tych potrzeb jest niezbędna wszystkim dzieciom do ich prawidłowego rozwoju. Należy jednak zaznaczyć, że sposób zaspokajania potrzeb jest uwarunkowany kulturowo w sensie preferowanych wartości, norm moralnych, a także oczekiwań przypisywanych poszczególnym rolom społecznym, na przykład roli dziecka, czy też rolom rodzicielskim.

Istnieją zróżnicowane społecznie sposoby definiowania i traktowania granic między: dzieciństwem a dorosłością, formułowaniem oczekiwań związanych z relacjami rodzice — dziecko, zachowaniami dzieci, z podziałami dzieciństwa, czy też z obrządkami i rytuałami towarzyszącymi zmianom w trakcie

⁴⁸ Cyt. za: V. Tuszyńska-Bogucka: *Wartość modeli rodziny psychosomatycznej w diagnostyce i terapii przewlekłych schorzeń psychosomatycznych u dzieci*. W: L. Niebrój, M. Kosińska: *Rodzina: dziecko i jego potrzeby zdrowotne*. „Eukrasia” 2003, vol. 2, s. 58—61.

⁴⁹ Cyt. za: ibidem, s. 64—66. Zob. także V. Tuszyńska-Bogucka, J. Bogucki: *Zmienne rodzinne w przebiegu dziecięcych przewlekłych chorób dermatologicznych*. W: L. Niebrój, M. Kosińska: *Rodzina: dziecko i jego potrzeby zdrowotne...*

⁵⁰ *Promocja zdrowia*. Wydanie nowe. Red. J.B. Kariski. Warszawa 1999, s. 277.

⁵¹ Cyt. za: A. Kwak, A. Mościskier: *Rzeczywistość praw dziecka w rodzinie*. Warszawa 2002, s. 31.

i po zakończeniu okresu dzieciństwa⁵². Jak pisze A. Giddens, relacje rodzice — dzieci stanowią szczególny przypadek z powodu drastycznej asymetryczności, a także przebiegu procesu socjalizacji. Bliskie więzi między rodzicami i dziećmi są konsekwencją zależności niemowlęcia od dorosłych, tworzy się węzeł psychiczny, który w przyszłości umożliwi dziecku ukształtowanie zdolności nawiązywania więzi intymnych w dalszym jego życiu. Fakt, że dziecko przez pierwsze lata życia nie potrafi samo o siebie zadbać, ma fundamentalne znaczenie dla kondycji ludzkiej. Codzienne czynności związane z pielęgnacją dziecka stanowią podwaliny środowiska zaufania, w którym dziecko żyje⁵³.

Warto zaznaczyć, że sposób zaspokajania potrzeb jest także uwarunkowany wiekiem; inaczej bowiem zaspokaja się potrzebę opieki niemowlęcia, a inaczej — dziecka starszego. A. Kwak, powołując się na J. Bowlby'ego i innych badaczy teorii przywiązania, podkreśla, jak bardzo istotna jest potrzeba bliskich i trwałych kontaktów z opiekunami, by dziecko mogło mieć poczucie bezpieczeństwa i prawidłowo rozwijać się emocjonalnie. Proces ten może jednak ulec zaburzeniu wtedy, gdy dziecko nie ma stałego opiekuna lub kiedy relacje te zostaną zerwane. Dziecko ma wówczas poczucie bycia niechcianym. Gdy rodzice lub opiekunowie przejawiają postawy obojętności bądź wrogości, w dziecku rozwija się przywiązanie ambiwalentne. Styl przywiązania matek do niemowląt może przybierać postać opartą na poczuciu bezpieczeństwa, na unikaniu lub może być lękowo ambiwalentny. Typ więzi we wczesnym dzieciństwie wywiera istotny wpływ na relacje z innymi w dorosłym życiu⁵⁴. Zaufanie dziecka do rodziców (opiekunów) pozwala mu wykształcić poczucie bezpieczeństwa ontologicznego, dlatego też dziecko wciąż przeżywa lęk przed opuszczeniem⁵⁵.

Przemoc wobec dziecka to problem odwieczny, mający zróżnicowane przyczyny społeczno-kulturowe i różną społeczną ocenę, zdeteterminowaną środowiskowo dominującymi wzorami zachowań wobec dziecka, sposobem realizacji ról rodzicielskich oraz poziomem świadomości indywidualnej i zbiorowej. Godzenie w osobistą wolność jednostki i zmuszanie jej do zachowań niezgodnych z jej wolą traktuje się jako przejawy przemocy wobec dziecka. Najczęściej wyróżnia się takie kategorie przemocy, jak: przemoc fizyczna, przemoc psychiczna, wykorzystywanie seksualne i zaniedbywanie⁵⁶. Do ak-

⁵² Zob. ibidem, s. 18. Por. B. Malinowski: *Zwyczaj i zbrodnia w społeczności dzikich. Życie seksualne dzikich w północno-zachodniej Melanezji*. Przekład J. Chałasiński, A. Waliński. Warszawa 1984.

⁵³ A. Giddens: *Nowoczesność i tożsamość*. Warszawa 2002, s. 136.

⁵⁴ A. Kwak, A. Mościskier: *Rzeczywistość praw...*, s. 34—35.

⁵⁵ A. Giddens: *Nowoczesność i tożsamość...*, s. 92—93. Zob. także I. Namysłowska, A. Siewierska: *Lęk w systemie rodzinnym*. „Psychiatria Polska” 1994, nr 5.

⁵⁶ Cyt. za: J.M. Stanik: *Przemoc wobec dziecka — wprowadzenie w problematykę*. W: *Przemoc w rodzinie; diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka*. Red. J.M. Stanik, Z. Majchrzyk. Ka-

tów przemocy wobec dziecka dochodzi w różnych środowiskach jego życia (grupa rówieśnicza, szkoła itd.), ale najczęściej zdarzają się w rodzinie w relacjach rodzice — dzieci, między rodzeństwem, między małżonkami. Przemoc wobec innych stosują osoby, które mając zdecydowaną przewagę fizyczną, psychiczną, wykorzystują relację zależności. Egzystencja dziecka i jego rozwój zależą niewątpliwie od rodziców (opiekunów). W literaturze przedmiotu używa się także określenia „złe traktowanie” na oznaczenie sytuacji, w której jedna osoba odnosi się do drugiej niezgodnie z łączącą je relacją. Badacze tych problemów, na przykład E. Bielawska-Batorowicz, A. Piekarska, I.H. Jundziłł, wyróżniają następujące formy złego traktowania: przemoc fizyczną (*physical abuse*), przemoc seksualną (*sexual abuse*), przemoc emocjonalną (*emotional abuse*), zaniedbanie (*neglect*), opóźnienie rozwoju fizycznego (nieorganiczne), zaniedbania prenatalne (*interuterine abuse*), wykorzystywanie rytualne (*ritual abuse*)⁵⁷. Maltretowanie dziecka (*maltreatment child*) to, jak podaje WHO, „każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby dorosłej, społeczeństwa lub państwa, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny lub psychospołeczny dziecka”⁵⁸. Definicja ta jest wyrazem dość szerokiego ujęcia zagadnienia. Niektórzy autorzy proponują jeszcze szersze ujęcie, wprowadzając pojęcie „zespół dziecka krzywdzonego” (*child abuse*), w którym zawierają się wszystkie rodzaje przemocy, wraz z zaniedbywaniem potrzeb⁵⁹.

W literaturze przedmiotu używa się także określenia „krzywdzenie emocjonalne dzieci” na oznaczenie formy maltretowania innej niż krzywdzenie fizyczne, wykorzystanie seksualne i zaniedbywanie. Ma ono najbardziej destrukcyjny wpływ na zachowanie, uczucia, świadomość i na fizyczne funkcjonowanie dziecka. Definicja krzywdzenia emocjonalnego jest niezwykle trudna; można z jednej strony położyć nacisk na przykład na agresywne zachowanie rodziców, z drugiej — na konsekwencje rozwojowe z tego wynikające⁶⁰.

towice 1998, s. 15—16. Zob. także: E. J a r o s z: *Przemoc wobec dzieci. Reakcje środowisk szkolnych*. Katowice 1998; E a d e m: *Dom, który krzywdzi*. Katowice 2001; E a d e m: *Ograniczanie zjawiska krzywdzenia dzieci w rodzinie — idee działań międzysektorowych*. „Dziecko Krzywdzone” 2006, nr 6; E a d e m: *Badanie problemów przemocy w rodzinie występujących w środowisku lokalnym — główne kierunki w świetle przesłanek i standardów*. W: *Rodzina jako środowisko pracy socjalnej. Teoria i praktyka*. Red. B. Matyjas, J. Biała. Kielce 2007.

⁵⁷ Cyt. za: B. Pawlica, A. Woźniak-Krakowian: *Psychologiczna i socjologiczna analiza zjawiska przemocy w rodzinie na terenie województwa częstochowskiego w latach 1990—1995*. W: *Przemoc w rodzinie...*, s. 47.

⁵⁸ Cyt. za: B. Mossakowska: *Zespół maltretowanego dziecka — z doświadczeń lekarza*. W: *Prawa dziecka — deklaracje i rzeczywistość*. Red. J. Bińczycka. Kraków 1993.

⁵⁹ J. Kordacki: *W sprawie definicji i klasyfikacji wydarzeń dotyczących krzywdzenia dziecka*. „Polski Tygodnik Lekarski” 1991, nr 17—18, s. 338—341.

⁶⁰ D. Iwaniec, H. Sneddon, M. Monteith: *Definicja i przejawy krzywdzenia emocjonalnego dzieci*. W: *Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie...*, s. 15—17.

D. Iwaniec, powołując się między innymi na S.N. Harta i M.R. Brassarda, wymienia pięć typów krzywdzenia emocjonalnego: odtrącanie (wrogość, poniżanie, odrzucenie), szantażowanie (groźenie porzuceniem, śmiercią lub kalectwem), izolację (unikanie kontaktu, np. przez zamykanie w pokoju, izolowanie od rówieśników), wykorzystywanie/przekupywanie (wzmacnianie i modelowanie zachowań społecznych, aprobata zachowań dewiacyjnych), chłód emocjonalny (ignorowanie uczuć, niezaspokajanie potrzeby kontaktu emocjonalnego)⁶¹.

Używając określenia „zaniedbywanie emocjonalne”, mam na uwadze przede wszystkim niezaspokajanie potrzeb emocjonalnych dziecka przez rodziców (opiekunów). Zaniedbywanie emocjonalne jest jedną z form krzywdzenia dziecka, podobnie jak zespół Munchausena, który charakteryzuje się wmawianiem dziecku choroby, mimo że diagnoza lekarska choroby nie potwierdza. Rodzice podają dziecku różne leki, stosują diety i inne zabiegi mogące w konsekwencji faktycznie doprowadzić do choroby⁶². Niektórzy autorzy⁶³ zwracają uwagę na zaniedbania lecznicze (*neglect of medical care*) związane z brakiem zapewnienia dziecku podstawowej opieki medycznej, a przejawiające się na przykład w braku aparatu słuchowego czy okularów. Zaniedbywanie emocjonalne dotyczy głównie niezaspokajania potrzeb kontaktu emocjonalnego związanego z okazywaniem uczuć, wyrażanego w komunikacji werbalnej i niewerbalnej; potrzeby akceptacji, bez względu na płeć dziecka, stan zdrowia, zdolności intelektualne czy niepełnosprawność; potrzeby bezpieczeństwa wyrażającej się w tworzeniu środowiska rodzinnego wolnego od agresji, odrzucenia, przemocy i innych zagrożeń (np. alkoholizmu, narkomanii); potrzeby sukcesu i samorealizacji możliwej dzięki wspieraniu i motywowaniu działań rozwijających różne sfery osobowości, budowaniu poczucia własnej tożsamości, interesowaniu się osiągnięciami dziecka; potrzeby opieki i wsparcia, która gwarantuje odpowiednią do wieku troskę w zdrowiu, chorobie, niepełnosprawności, wielostronną pomoc w napotykanym trudnościach i radzeniu sobie z problemami⁶⁴.

Więź emocjonalna dziecka z rodzicami stanowi nie tylko ważny, z psychologicznego punktu widzenia, element jego rozwoju emocjonalnego, ale także podstawę zaspokajania potrzeb emocjonalnych. Wzorzec ukształtowania się więzi w znaczący sposób determinuje psychospołeczny rozwój

⁶¹ Ibidem, s. 17.

⁶² Zob. K. Browne, M. Herbert: *Zapobieganie przemocy w rodzinie*. Warszawa 1999.

⁶³ J. Kasznia-Kocot, J. Gruszczyński, A. Staszewska-Kwak, M. Kozowicz: *Zespół dziecka krzywdzonego (Child Abuse) w materiałach IV Katedry I Kliniki Pediatrii Śląskiej Akademii Medycznej: „Annales Academiae Silesiensis”. „Pediatria” 1995, cz. 1, suplement 18.*

⁶⁴ Por.: E. Jarosz: *Dom, który krzywdzi...*; I. Pospiszyl: *Przemoc w rodzinie*. Warszawa 1998.

dziecka⁶⁵. Lekarze sygnalizują, że konsekwencją zaburzeń rozwoju emocjonalnego mogą być samobójstwa dzieci oraz zaburzenia psychosomatyczne, na przykład niechęć do jedzenia, zaburzenia snu, nawracające zespoły bólowe⁶⁶. Dzieci uciekają się do różnego rodzaju zachowań obronnych opartych na dysocjacji, fragmentaryzacji tożsamości i patologicznym regulowaniu stanów emocjonalnych⁶⁷.

Badania psychologiczne potwierdzają znaczenie ukształtowania się różnych stylów przywiązania jako rozwojowych uwarunkowań jakości życia, które zależą od jakości zachowań opiekuńczych prezentowanych przez osoby (figury) przywiązania. Wyróżniono cztery typy więzi⁶⁸: bezpieczną (*secure*), „niebezpieczną” (*insecure*), czyli unikową (*avoidant*), ambiwalentną (*ambivalent*) i zdeorganizowaną (*disorganized/disoriented*). Z przeprowadzonych badań wynika, że rodzaje tych więzi są jednocześnie strategiami radzenia sobie przez dzieci, stanowiącymi reakcje na typowe dla ich matek zachowania. Dzieci matek reagujących wrażliwie, dobrze odczytujących potrzeby dzieci posługiwały się strategią bezpieczną. Dzieci, które uciekały się do strategii unikowej, miały matki ignorujące ich potrzeby, te zaś, które przyjmowały strategię ambiwalentną, miały matki niekonsekwentne — czasami czułe, a czasami zanedbujące. Natomiast dzieci obierające strategię zdeorganizowaną miały matki zanedbujące lub maltretujące. A. Bańka⁶⁹ w swych rozważaniach, opierając się na wielu przytoczonych badaniach naukowych dotyczących relacji między jakością życia a jakością rozwoju, analizuje skutki, jakie wytworzenie się niebezpiecznej więzi ma dla jakości życia w okresie dzieciństwa. Podkreśla, że tego typu więź (niebezpieczna) we wczesnym dzieciństwie skutkuje w postaci dwóch zaburzeń: choroby sierocy (*maternal depravity syndrome*) oraz reaktywnego zaburzenia więzi (*reactive attachment disorder*). Rozwinięcie choroby sierocy uwarunkowane jest dłuższą separacją od matki nie tylko w okresie niemowlęcym. Dzieci cierpiące na nią charakteryzują się pozornym i sztucznym przystosowaniem, sprawiając wrażenie uspołecznionych. Deficyty w relacjach emocjonalnych stanowią, jak podkreśla autor, problem centralny, z którego wynikają wszystkie inne problemy.

⁶⁵ Zob. D. Senator: *Więź w triadzie matka — ojciec — dziecko jako matryca rozwoju psychicznego dziecka*. W: „Psychologia Rozwojowa”. Nr 2 (9): *Rodzina jako środowisko rozwoju dzieci i rodziców*. Red. B. Szmigiel ska. Kielce 2007.

⁶⁶ K. Bożkowska: *Warunki życia w rodzinie a zdrowie*. W: *Opieka zdrowotna nad rodziną*. Red. K. Bożkowska, A. Sito. Warszawa 1994, s. 92—96. Zob. także I. Radziejewicz-Winiński: *Czynnościowe bóle brzucha jako zaburzenie funkcjonowania psychospołecznego dzieci*. „Chowanna” 2008, nr 2 (31) [w druku].

⁶⁷ B. Rojek: *Portret psychologiczny dziecka maltretowanego w rodzinie oraz bliskie i odległe skutki przemocy*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2002, nr 1.

⁶⁸ Cyt. za: *Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny*. Red. A. Bańka. Poznań 2005, s. 24—25.

⁶⁹ Ibidem, s. 27—29.

Starsze dzieci i młodzież, dotknięte wcześniej chorobą sierocą, cechuje także nieznajomość siebie i innych, a co za tym idzie — brak świadomości motywów własnego postępowania, brak inicjatywy, brak koncentracji uwagi, słaba wyobraźnia, zachowania agresywne, kradzieże, kłamstwa, a nawet przestępczość. Wśród osób dorosłych, doświadczonych w dzieciństwie syndromem choroby sieroczej, obserwuje się brak zdolności do prawidłowych kontaktów emocjonalnych, z tendencją do nasilonego poszukiwania osoby bliskiej, lub oziębłość uczuciową, egoizm, egocentryzm oraz brak aktywności na rzecz środowiska społecznego. Sygnalizowany wcześniej symptom reaktywnego zaburzenia przywiązania objawia się, jak podkreśla autor, zaburzonym i nieadekwatnym rozwojowo zachowaniem społecznym, a swój początek ma przed piątym rokiem życia. Wyodrębniono dwa podtypy tego zaburzenia: powściągliwy (*inhibited*) oraz niepowściągliwy (*disinhibited*). Pierwszy z nich charakteryzuje się wysoce ambiwalentnymi i sprzecznymi reakcjami społecznymi, drugi natomiast cechuje się brakiem jakiejkolwiek selektywności w wyborze obiektów przywiązania. Jednym z kryteriów jest wcześniejsze doświadczenie patologicznej opieki sprowadzającej się do ciągłej ignorancji potrzeb emocjonalnych i fizycznych dziecka, a także wielokrotne zmiany głównego opiekuna, które uniemożliwiają stałą więź z kimkolwiek z nich.

Nie sposób, oczywiście, opisać wszystkich konsekwencji zaburzeń emocjonalnych, osobowościowych i społecznych, jakie wynikają z zaniedbywania emocjonalnego dzieci. Zaburzenia te różni bowiem wiele zmiennych indywidualnych, środowiskowych i społecznych⁷⁰. Dla przykładu przytaczam za D. Iwaniec problemy emocjonalne małych dzieci⁷¹: nie rozmawiają z dorosłymi poza rodzicami ani z innymi dziećmi, nie wykazują zainteresowania zabawami z rówieśnikami, są zbyt zależne od obecności dorosłych, są bezczynne w potencjalnie interesujących miejscach (np. pokój z zabawkami), nie chcą się rozdzielić z rodzicami, okazują więcej strachu przed zwykłymi obiektami (np. zabawka, pies). Charakterystyczny jest też smutny, nieszczerśliwy wygląd, brak emocjonalnych reakcji tych dzieci na ludzi i wydarzenia, skarżenie się na złe samopoczucie (np. bóle, mdłości, wymioty), częste pytania skierowane do dorosłych o różne przyszłe wydarzenia, nawykowe zachowania powodujące dobry nastrój (np. ssanie palca), moczenie się, zmienność nawyków żywieniowych (np. objadanie się), zmiany w rytmie spania, koszmary nocne.

⁷⁰ Zob.: B. Izdorscyk: *Psychologiczne uwarunkowania zespołu dziecka krzywdzonego*. W: *Przemoc w rodzinie...*; K. Leksy: *Dziecko zaniedbane — charakterystyka problemu na przykładzie wychowanków świetlicy środowiskowej*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2004, nr 3/4 (31/32).

⁷¹ D. Iwaniec: *Neglect and Emotional Abuse in Children Who Fail to Thrive*. „Northern Ireland Journal of Multi-Disciplinary Child-Care Practice” 1994, vol. 1 (2), s. 17—27.

Wielu autorów akcentuje wpływ doświadczeń wczesnodziecięcych na rozwój wielu chorób somatycznych. Podkreślają oni, że zaburzenia rozwoju emocjonalnego, a także procesu socjalizacji w dzieciństwie, związane z wczesną utratą osoby znaczącej (w wyniku śmierci, separacji czy uczuciowego odrzucenia), są czynnikami znaczącymi dla osób zapadających na nowotwory. Inni autorzy zwracają z kolei uwagę na konsekwencje utraty miłości matki i wpływ tego faktu na wystąpienie dolegliwości astmatycznych. Jeszcze inni podkreślają, że „rodzice dzieci alergicznych są kontrolujący, rodzice dzieci z migrenami i zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi nadmiernie opiekuńczy, rodzice zaś dzieci astmatycznych okazują niechęć i odrzucenie”⁷². Wieloaspektowe badania zjawiska krzywdzenia i zaniedbywania dzieci dostarczają coraz więcej dowodów na to, że różnego typu zaburzenia (w sferze zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego) dobrej kondycji zdrowotnej dziecka mają swe źródło w niewłaściwym/złym jego traktowaniu. Wyniki badań neurobiologicznych zwracają uwagę na liczne zaburzenia emocjonalne i behawioralne, jakie przejawiają dzieci będące ofiarami krzywdzenia, co znacznie lepiej pozwala rozumieć powszechne w tej grupie dzieci zachowania agresywne, reakcje dysocjalne, nadpobudliwość, problemy z nauką. D. Glaser⁷³, dokonując przeglądu prowadzonych przez neurobiologów i psychologów badań rozwojowych, a poświęconych zaburzeniom rozwijającego się mózgu, które można przypisać krzywdzeniu i zaniedbywaniu (z pominięciem nieprzypadkowych urazów głowy u dzieci), podkreśla, że osoby zajmujące się zagadnieniami krzywdzenia i zaniedbywania dzieci powinny korzystać z tych źródeł wiedzy jako implikacji dla działań praktycznych.

Nieco inny aspekt przybiera termin „przemoc emocjonalna” lub „przemoc psychiczna” („krzywdzenie emocjonalne”). Można ją określić jako ciągły atak na dobre samopoczucie psychiczne dziecka. Zachowania rodziców są zatem specyficznie aktywne, takie jak: straszenie, terroryzowanie, upokarzanie, nadmierne kontrolowanie, stawianie dziecka w sytuacji sprzecznych wymagań, deprawowanie, wzbudzanie poczucia winy, nieposzanowanie godności osobistej. Konsekwencją stosowania przemocy emocjonalnej wobec dziecka są, jak podkreślają badacze tego zjawiska: zaburzenia mowy związane z napięciem nerwowym, zaburzenia snu, dolegliwości psychosomatyczne (ból głowy, brzucha, mdłości, wymioty itp.), mimowolne ruchy mięśni (głównie twarzy), brak akceptacji siebie, lęk przed niepowodzeniem, zachowania regresyjne (np. ssanie palca, kołysanie się), zachowania agresywne i autodestrukcyjne, nadmierne podporządkowanie dorosłym, częste kłamstwa,

⁷² Cyt. za: G. Dolińska-Zygmunt: *Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby*. W: *Podstawy psychologii zdrowia...*, s. 171.

⁷³ D. Glaser: *Krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci a funkcjonowanie mózgu — przegląd badań*. „Dziecko Krzywdzone” 2006, nr 14, s. 6–38.

prezentacja zachowań typowo dorosłych (np. kierowanie innymi, opiekowanie się rodzeństwem)⁷⁴. Warto zwrócić uwagę, że podstawowym warunkiem rozwoju mowy u dziecka jest odpowiednie reagowanie rodziców na wszelkie próby nawiązania kontaktu, jakie podejmuje dziecko. Badania wskazują, że dzieci krzywdzone i zaniedbywane przez rodziców mają problemy z nabywaniem zdolności poznawczych i językowych. Badania M. Lynch i innych wskazują, że u około 30% dzieci przedszkolnych wychowywanych w rodzinach obciążonych przemocą obserwowano opóźnienia rozwoju mowy przeciągające się na wiek szkolny⁷⁵. Obciążenie młodzieży doświadczeniem przemocy wywiera znaczący wpływ na jakość jej relacji społecznych⁷⁶.

Współczesne funkcjonowanie rodziny jest tak bardzo uwarunkowane różnymi zmiennymi, funkcjonalnymi i strukturalnymi, że rodzina stale narażona jest na przeżywanie różnego rodzaju konfliktów i kryzysów, w których biorą udział rodzice i dzieci. W literaturze psychologicznej podkreśla się, że rozwiązanie kryzysu według modelu: wygrywający rodzice — pokonane dziecko, jest powszechne w rodzinach, w których stosuje się przemoc i nadużycie władzy rodzicielskiej. Przykładem może być krzyk rodziców jako sposób radzenia sobie z kryzysem (o różnym podłożu), co świadczy także o specyficznej relacji między rodzicami a dzieckiem, powodującej kryzys u dziecka — dziecko „przeżywa” krzyczących rodziców, co może nosić znamiona przemocy emocjonalnej⁷⁷. B. Bulla, powołując się na wielu autorów, w swej analizie problemu krzyczących rodziców w kontekście wpływu na dziecko podaje następujące opisy rodziców:

- tyrani słowni, niszczący słowem, atakujący otwarcie, złośliwie, używają wyzwisk, poniżając dziecko, atakując, mogą ukrywać tyranie pod maską wychowania, usprawiedliwiają swe okrucieństwo słowne przekonaniem, że próbują „pomóc” dziecku stać się lepszym;

⁷⁴ Cyt. za: E. Bielecka, M. Niesiobędzka: *Dziecko krzywdzone*. W: *Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie...*, s. 154–156. Zob. także: J. Brągiel: *Zrozumieć dziecko krzywdzone*. Opole 1996; J. Cielecka-Krusz: *Medyczne aspekty krzywdzenia dzieci*. W: *Rodzice i dzieci — psychologiczny obraz sytuacji problemowych*. Red. E. Milewska, A. Szymanowska. Warszawa 2000; E. Czyż, J. Szymańczak: *Dziecko krzywdzone. Próba opisu zjawiska*. Warszawa 1995; E. Jarosz: *Dom, który krzywdzi...*; *Razem przeciw przemocy*. Red. I. Pospiszyl. Warszawa 1999; E. Jundziłł: *Potrzeby psychiczne dzieci i młodzieży*. Gdańsk 1998; R. Grochocińska: *Przemoc wobec dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*. Gdańsk 1999.

⁷⁵ Cyt. za: E. Bąk, W. Taylor, E. Stecko: *Czy opóźniony rozwój mowy może być jednym z symptomów zespołu dziecka krzywdzonego?* „Pediatria Polska” 1998, nr 10, s. 1001–1002.

⁷⁶ Zob. np. M. Niesiobędzka: *Przemoc emocjonalna w doświadczeniu młodzieży*. W: „Psychologia Rozwojowa”. Nr 2 (9): *Rodzina...*

⁷⁷ B. Bulla: *O niektórych przeżyciach dziecka doświadczającego krzyku rodziców*. W: *Doświadczenie kryzysu — szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń*. Red. I. Heszen-Niejodek. Katowice 1995, s. 63–64.

- rodzice, którzy krzywdzą dziecko emocjonalnie, uciekają się najpierw do nadużycia werbalnego, obrzucając je wyzwiskami, wyśmiewając się, kierując ironiczne uwagi pod adresem dziecka, w końcu zaczynają je bić „bo nie słucha”;
- furioholicy, których wściekłość w kontakcie z dzieckiem jest wynikiem tłumienia gniewu, ich reakcje nie są adekwatne do zaistniałej sytuacji (np. zachowania dziecka);
- rodzice, którzy zadają dziecku cierpienia emocjonalne, znęcają się nad dzieckiem, przedstawiają negatywne możliwości i wzbudzają w dziecku poczucie winy;
- rodzice poniżający dziecko w imię władzy rodzicielskiej, osądzający, krytykujący, poniżający, zawstydzający⁷⁸.

Wspomniana autorka przeprowadziła interesujące badania w grupie 500 uczniów klas IV – VIII, z których wynikają wartościowe dla praktyki pedagogicznej wnioski. Najczęstszym powodem krzyku rodziców jest w grupie badanych zachowanie dziecka, a przeżycia dzieci z tym związane pozostają zgodne z opisanymi w literaturze przedmiotu sposobami radzenia sobie. Tak więc dziecko, które poszukiwało sensu w zaistniałej sytuacji, by usprawiedliwić rodziców i obronić siebie, odcina się od zaistniałej sytuacji, lekceważy rodziców, próbuje unikać trudnej sytuacji przez minimalizowanie znaczenia zachowania, które spowodowało wybuch krzyku, przeżywa lęk, przerażenie, ból i strach, bywa, że ogarnia je gniew i wściekłość, następuje ekspresja negatywnych uczuć, zostaje zaburzone poczucie bezpieczeństwa i poczucie własnej wartości⁷⁹. Często agresji słownej towarzyszą stosowane wobec dzieci kary cielesne. Niektórzy autorzy sugerują istnienie mechanizmów transformowania przemocy doświadczanej lub obserwowanej w dzieciństwie w psychologiczną agresję, którą przejawia ofiara przemocy w założonej przez siebie rodzinie. Rodzina jest jednym z podstawowych środowisk, w których dziecko uczy się przemocy, ponieważ większość osób doznaje przemocy po raz pierwszy w życiu właśnie w rodzinie i utrwala sobie emocjonalnie i społecznie kontekst doznawanej przemocy. Podejmowano wiele badań w tym zakresie, wskazując, że doznawana w dzieciństwie przemoc może prowadzić do rozwoju wielu niebezpiecznych symptomów, takich jak: uporczywe poszukiwanie ryzyka, tendencje samobójcze, niski poziom empatii, depresyjny nastrój, agresywny styl życia, zachowania psychotyczne, brak stabilności emocjonalnej. Nie oznacza to jednak, że z tych analiz wynika prosta i bezpośrednia zależność⁸⁰.

⁷⁸ Ibidem, s. 64 – 65.

⁷⁹ Ibidem, s. 81 – 86.

⁸⁰ Cyt. za: M. Kliś: *Mechanizmy międzypokoleniowej transmisji przemocy przejawianej wobec rodziny*. W: *Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy, katastrofy, kataklizmy*. Red. K. Półtek. Poznań 2001, s. 59 – 62.

W literaturze psychologicznej zaniedbywanie emocjonalne, przemoc psychologiczna, seksualna, fizyczna stosowana wobec dzieci czy też obserwowanie przemocy w środowisku rodzinnym, srogie kary, odrzucenie przez rodzica, porzucenie — wszystko to traktuje się jako zdarzenia urazowe, traumatyczne, w których wyniku może się rozwinąć „zespół zaburzeń po stresie urazowym” (*Post-Traumatic Disorders* — PTSD). Definicja zdarzenia urazowego obejmuje trzy typy zdarzeń⁸¹: sytuacje zagrożenia życia lub zdrowia, w których wyniku osoba przeżywa stan ciężkiego wyczerpania (*distress*); sytuacje, kiedy osoba jest świadkiem przemocy wobec innych; sytuacje, gdy otrzymuje informacje o przemocy lub niespodziewanej śmierci bliskiej osoby. Jeden z typów traumy dotyczy ostrych, nagłych, pojedynczych i niespodziewanych zdarzeń (np. katastrofy, gwałty, wojny, wypadki drogowe), a drugi typ, interesujący dla naszych analiz, związany jest z chronicznymi, powtarzającymi się doświadczeniami (np. akty przemocy fizycznej, seksualnej, emocjonalnej czy gwałtowne zachowania rodzica alkoholika). Jeżeli konsekwencje pourazowe utrzymują się dłużej niż trzy miesiące i utrudniają funkcjonowanie, to mówimy o chronicznej postaci zaburzeń pourazowych. Wystąpienie PTSD zależy od rodzaju traumy, indywidualnej historii dzieciństwa, od sposobu adaptacji, odporności psychicznej jednostki, sposobu komunikacji i innych czynników⁸². Skutki urazu doznanego w dzieciństwie mają co najmniej trzy etapy⁸³:

- reakcję początkową na wiktymizację (*initial reactions to victimization*) — jest to reakcja na zagrażające zdarzenia, która obejmuje stres pourazowy, zaburzenia w rozwoju dziecka, bolesny afekt oraz poznawcze zniekształcenia;
- przystosowanie się do trwającej przemocy (*accommodation to ongoing abuse*) — związane jest ono ze sposobami radzenia sobie z ciągle wzrastającym bólem w sytuacji przemocy, a ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa;
- długoterminowe, wtórne przepracowanie i dostosowanie się (*long-term elaboration and secondary accommodation*) do zdarzenia traumatycznego — obejmuje ono: depresję, unikanie intymności, zniekształcenia w relacjach, dystymię, zachowania lękowe, zachowania impulsywne, somatyzację.

⁸¹ Cyt. za: A. Widera-Wysoczańska: *Zdrowotne konsekwencje chronicznego urazu doznanego w dzieciństwie*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław 2001, s. 228.

⁸² Ibidem, s. 228 — 230.

⁸³ Cyt. za: ibidem, s. 231. Zob. także R. Smoczkievicz, H. Dziatkowiak, E. Wiślicka: *Wpływ sytuacji kryzysowych na dzieci i młodzież chore na cukrzycę insulinozależną*. „Pediatrya Polska” 1994, nr 8.

Można wyróżnić kilka typów problemów psychologicznych występujących u dzieci i młodzieży, ale także u osób dorosłych, które doznały chronicznej przemocy w dzieciństwie. Są to⁸⁴:

- konsekwencje pourazowe typu: szok, niepokój, zmęczenie, irytacja, zmiany nastroju, nagle pojawiające się wspomnienia sensoryczne związane z traumatyzującą sytuacją, problemy ze snem, płacz, unikanie miejsc przypominających urazowe wydarzenie;
- zniekształcenia poznawcze, które wynikają z faktu, że ofiara przemocy podejmuje próbę nadania sensu doświadczanej przemocy; dziecko wówczas ma poczucie winy i niskiej własnej wartości, bezradności, bezradzności i odpowiedzialności za wydarzenie, nie widzi możliwości zmiany sytuacji;
- zmieniona emocjonalność, czego konsekwencją jest częsta depresja, dystymia (ciągły smutek, brak poczucia szczęścia, samoobwinianie, bezradność, niskie poczucie własnej wartości), desforia (wybuchy złości, przerażenie, gniew, żal, poczucie pustki i samotności), niepokoje związane z pojawianiem się problemów somatycznych;
- dysocjacje, określane jako zaburzenia i zmiany w zintegrowanym funkcjonowaniu osobowości (tożsamości), zaburzenia pamięci czy świadomości wynikające z traumy, są mechanizmami obronnymi, skierowanymi przeciwko konsekwencjom pourazowym, których celem jest wyłączenie traumatycznych zdarzeń ze świadomości, zmiana postrzegania siebie jako uczestnika sytuacji traumatycznej (przypisywanie zdarzenia komuś innemu); następuje także depersonalizacja, polegająca na tym, że „ogląda się” traumatyczne zdarzenie z boku, i derealizacja, która w konsekwencji pozwala spostrzegać daną sytuację jako nierzeczywistą;
- osłabienie „ja” — jest to konsekwencja zagrażającego traktowania w dzieciństwie, na przykład kar, separacji, odrzucenia, uzależnienia, która wyraża się problemami z tożsamością, brakiem poczucia siły, niską samooceną, poczuciem własnej i innych odrębności, lękiem przed porzuceniem, co w konsekwencji może prowadzić do problemów interpersonalnych.

Akty krzywdzenia, jakich w dzieciństwie doświadczyli rodzice, uważa się współcześnie za jeden z istotnych czynników zwiększających ryzyko krzywdzenia dzieci⁸⁵.

J. Rola, analizując wieloaspektowo depresję u dzieci, zwraca uwagę na etiologię zaburzeń depresyjnych. W koncepcji psychoanalitycznej podkreśla się znaczenie etiologiczne nasilonego w dzieciństwie narcyzmu, a także

⁸⁴ Zob.: A. Widea-Wysoczańska: *Zdrowotne konsekwencje chronicznego urazu doznanego w dzieciństwie...*, s. 231–232; W. Trendak, J. Kocur, J. Bukowski: *Stan psychiczny i rozwój psychoruchowy dzieci maltretowanych*. W: *Przemoc w rodzinie...*

⁸⁵ D. Glaser: *Krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci...*, s. 10.

konfliktów związanych z niezaspokojeniem potrzeb emocjonalnych okresu edypalnego⁸⁶. W A. Becka teorii negatywnych schematów i zniekształceń poznawczych deformacje procesów poznawczych zostały uznane za zasadniczy czynnik w etiologii zaburzeń depresyjnych. Autor tej koncepcji zwraca uwagę na wyuczone w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania depresyjne schematy poznawcze, które są konsekwencją: traumatycznych przeżyć (np. utrata osób bliskich), powtarzających się negatywnych doświadczeń (np. odrzucenie), negatywnych ocen osób znaczących, naśladownictwa modeli depresyjnych występujących w rodzinie. Z kolei Lewinsohna społeczno-środowiskowy model depresji szczególnie podkreśla rolę czynników środowiskowych, tj. cech najbliższego otoczenia społecznego dziecka w interakcji z cechami podmiotowymi, w etiologii zaburzeń depresyjnych. Znaczenie czynników środowiskowych akcentuje się także w innych koncepcjach (np. w Billingsa i Mosa modelu psychospołecznym czy Coyne'a interakcyjnym modelu depresji). Zasygnalizowane koncepcje wskazują na znaczenie środowiska życia, szczególnie kwestie emocjonalne w doświadczeniach jednostki, a także możliwości otrzymywania wsparcia społecznego w najbliższym otoczeniu. Styl myślenia związany z interpretowaniem otaczającej rzeczywistości jest w dużym stopniu kształtowany we wczesnym dzieciństwie. Wielu autorów poszukuje odpowiedzi na pytanie o związek negatywnego stylu myślenia cechującego depresyjnych dorosłych z ich relacjami z rodzicami. Z badań opartych na relacjach pacjentów wynika, że w ich rodzinach generacyjnych rodzice byli mało zaangażowani w aktywność dzieci, nie okazywali im czułości, nadmiernie je kontrolowali, odrzucali, często dochodziło do konfliktów rodzinnych, których byli świadkami. Pacjentów leczonych z powodu depresji endogennej charakteryzuje przewaga negatywnego obrazu rodziny generacyjnej. Szczególnie negatywnie postrzegany jest ojciec, matka natomiast jest postrzegana jako osoba bezradna wobec trudnej sytuacji rodzinnej⁸⁷.

⁸⁶ Por. J. Rola: *Depresja u dzieci*. Kraków 2001, s. 53—66. Zob. także: J. Bomba, H. Jaklewicz: *Depresja u dzieci podejmujących naukę szkolną. Rozpowszechnienie zjawiska i jego zależność od możliwości przystosowawczych dziecka*. „Psychoterapia” 1990, nr 4; J. Bomba: *Psychopatologia i przebieg depresji u młodzieży*. „Psychoterapia” 1991, nr 39; Z. Dołęga: *Samotność młodzieży — analiza teoretyczna i studia empiryczne*. Katowice 2003; J.C. Zorrano: *Depresja u dzieci i młodzieży*. Kraków 2002.

⁸⁷ Cyt. za: A. Zięba, D. Dudek, M. Jawor: *Relacje w rodzinach generacyjnych pacjentów depresyjnych*. „Psychiatria Polska” 1997, nr 4, s. 445—470. Zob. także: B. de Barbaro: *Wpływ czynników wewnątrzrodzinnych na okoliczności pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej osób chorych na schizofrenię*. „Psychiatria Polska” 1992, nr 1—2, s. 78—85; M. Małkiewicz-Borkowska, I. Namyłowska, A. Siewierska, E. Pużyńska, H. Średniawa, C. Zechowski, A. Iwanek, E. Ruszkowska: *Cechy rodziny a obciążenia organiczne, obraz psychopatologiczny i przystosowanie przedchorobowe hospitalizowanych pacjentów młodzieżowych*. „Psychiatria Polska” 1996, nr 6, s. 889—906.

A. Widera-Wysoczańska, powołując się na liczne badania, zwraca uwagę także na problemy somatyczne, jakie wynikają z sytuacji traumatycznych występujących w rodzinach z problemem alkoholowym. Dzieci w tego typu środowisku rodzinnym częściej niż inne narzekają na bóle głowy, problemy ze snem, bóle brzucha, rozstrój żołądka, zmęczenie, chorują na alergię, astmę, przeziębienia i mają problemy związane z zaburzeniem odżywiania (nadwaga lub niedowaga), a dzieci alkoholików obciążone są zwiększonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych⁸⁸. Kwestie związane z funkcjonowaniem rodziny z problemem alkoholowym są w literaturze pedagogicznej, psychologicznej i medycznej opisane wieloaspektowo⁸⁹.

Warto jednak zwrócić uwagę także na Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS), który występuje u dzieci matek nadużywających alkoholu. Już w momencie urodzenia dziecka najlepiej je diagnozować. U dzieci z FAS stwierdza się duże organiczne uszkodzenia mózgu w obrębie płata czołowego, odpowiedzialnego za koncentrację, samokontrolę, samoświadomość, cechy osobowe i emocjonalność, pamięć, zdolności poznawcze, mowę i ruch. Dzieci te charakteryzują się małą masą urodzeniową, wolno rozwijają się fizycznie i umysłowo, często zapadają na choroby serca i nerek, mają napady padaczki. Niemowlęta mają widoczne problemy ze ssaniem i z przelitykaniem, słabą kondycję fizyczną, a uszkodzenia centralnego układu nerwowego powodują opóźnienia w rozwoju intelektualnym i emocjonalnym. W późniejszym życiu ujawniają się zaburzenia związane z nadpobudliwością psychoruchową, problemy z koncentracją uwagi. Osoby z FAS mają widoczne zniekształcenia w wyglądzie fizycznym i niskie IQ⁹⁰. Występowanie FAS stanowi jeden z elementów zaniedbania prenatalnego (*interuterine abuse*) przybierającego postać krzywdzenia dziecka w okresie płodowym. Zaniedbywanie prenatalne polega na nieodpowiednim stylu życia matki w okresie ciąży, które może stanowić zagrożenie zdrowia, życia i rozwoju dziecka spowodowane spożywaniem alkoholu, narkotyków, paleniem papierosów, zażywaniem lub nadużywaniem

⁸⁸ A. Widera-Wysoczańska: *Zdrowotne konsekwencje chronicznego urazu doznanego w dzieciństwie...*, s. 235. Zob. także Eadem: *Proces zdrowienia osób, które doznały urazu w dzieciństwie*. W: *Postępy psychoterapii*. Red. L. Gapiak. T. 2. Poznań 1999.

⁸⁹ Zob. np.: J. Anuszkiewicz: *Sytuacja dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym*. „Problemy Rodziny” 2000, nr 4; D. Bartnicka: *Alkoholizm wśród dzieci i młodzieży*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 1999, nr 3—4; *Badania nad dziećmi alkoholików*. Red. R. Durda. Warszawa 2000; Z. Sobolewska: *Odebrane dzieciństwo*. Warszawa 2000; H. Langer, B. Kisiel, A. Balcerska: *Dziecko zaniedbane a jego środowisko rodzinne (z uwzględnieniem alkoholizmu)*. „Pediatria Polska” 1983, nr 1; K. Grabowski, M. Rabenda: *Dziecko zaniedbane a środowisko rodzinne*. „Przegląd Pediatryczny” 1990, nr 1, s. 49—54; A. Bodys: *Choroba alkoholowa w rodzinie a sytuacja życiowa uczniów szkół ponadpodstawowych*. „Antidotum” 2003, nr 12 (8).

⁹⁰ Zob. A. Widera-Wysoczańska: *Zdrowotne konsekwencje chronicznego urazu doznanego w dzieciństwie...*, s. 236—237.

nieodpowiednich leków, zaniechaniem badań lekarskich niezbędnych w okresie ciąży, niewłaściwym odżywianiem, pracą w warunkach szkodliwych dla zdrowia, brakiem odpowiedniej ilości snu i wypoczynku. Zaniedbywanie prenatalne może ze strony matki być rozmyślne lub wynikać z niskiej świadomości dotyczącej konieczności zmiany trybu życia w okresie ciąży na taki, który zapewni prawidłowy rozwój płodu, oraz z nieznanomości czynników mogących stanowić zagrożenie płodu⁹¹. Jak podają środki masowego przekazu, codziennie tysiąc kobiet ciężarnych (około 5%) sięga po alkohol, a parę razy w tygodniu robi to 34–38%. Podkreśla się, iż ponad 30% kobiet będących w ciąży nie wie, że jest w odmiennym stanie, a dla kobiet ze środowisk biedy picie alkoholu uchodzi za coś naturalnego⁹².

W literaturze przedmiotu funkcjonuje także pojęcie zaniedbywania zdrowotnego, które nazywane jest też zaniedbywaniem leczniczym. Polega ono na niezaspokojeniu potrzeb leczniczych bądź zdrowotnych⁹³. Definicja ta nie jest jednak na tyle jasna, by odpowiedzieć na pytanie, czy bardziej chodzi o zaniedbywanie dziecka w stanie jego złego samopoczucia/choroby, czy też o dbałość o zdrowie wyrażającą się w zaspokajaniu potrzeb z zakresu dobrogo zdrowia. Proponuję, by pojęcie zaniedbywania leczniczego zawierało te działania lub brak działań rodziców/opiekunów, które są związane z:

brakiem dbałości o dziecko w okresie prenatalnym, nieudzielaniem pomocy dziecku w przypadku złego samopoczucia psychofizycznego, objawów choroby lub wypadku, lekceważeniem skarg dziecka dotyczących zdrowia, niezapewnieniem specjalistycznej opieki zdrowotnej w chorobie/niepełnosprawności, zaniechaniem szczepień, opieki dentystycznej i pediatrycznej stosownie do wieku dziecka, nieprawidłową opieką nad dzieckiem przewlekłe chore/niepełnosprawnym, brakiem utrzymywania higieny codziennej dziecka, nie stosowaniem się do zaleceń medycznych i rehabilitacyjnych, podejmowaniem takich działań „leczniczych”, które są zagrożeniem zdrowia i życia dziecka, pozostawieniem dziecka chorego bez opieki, opuszczeniem dziecka w sensie fizycznym i/lub emocjonalnym.

⁹¹ Zob. np.: Z. Kończewska: *Wpływ czynników egzogennych i endogennych na rozwój psychofizyczny dziecka w okresie prenatalnym*. W: *Problemy współczesnej psychologii*. Red. A. Biela. T. 2. Lublin 1989; *Oblicza dzieciństwa*. Red. D. Kornas-Biela. Lublin 2001; J. Piotrowski, J. Lisiewicz: *Palenie tytoniu. Matka — ciąża — dziecko*. Kraków 1983; J. Włodek-Chronowska: *Psychopedagogiczna diagnostyka prenatalna w profilaktyce niepowodzeń szkolnych*. W: *Niepowodzenia szkolne*. Red. J. Łysek. Kraków 1998; W. Wójcik: *Zaniechanie prenatalne — wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej od chwili poczęcia*. „Chowania” 2008, T. 2 (31) [w druku].

⁹² B. Pietkiewicz, A. Mikołajczyk: *Paw ciężarnej*. „Polityka” 2007, nr 34.

⁹³ H.H. Skórzyńska, E. Rudnicka-Drożak: *Krzywdzenie dzieci przez dorosłych. Ocena skali zjawiska i rozpoznawania go przez nauczycieli*. „Zdrowie Publiczne” 2002, nr 3, s. 351–355.

Pielęgniarki pracujące na oddziałach dziecięcych mają bezpośredni kontakt z chorymi dziećmi pochodzącymi z różnych środowisk. Badaniami ankietowymi i wywiadami objęto, w ramach prowadzonego seminarium magisterskiego, grupę 60 pielęgniarek pracujących na oddziałach dziecięcych w szpitalach specjalistycznych w Bytomiu, Tarnowskich Górach, Sosnowcu i Piekarach Śląskich⁹⁴. Pielęgniarki podały, że w swej pracy zawodowej stykają się z różnymi rodzajami zaniedbywania dzieci — z zaniedbywaniem: materialnym, bytowym, zdrowotnym, edukacyjnym, emocjonalnym i fizycznym. Jak wynika z wypowiedzi badanej grupy pielęgniarek, zwracały one uwagę na następujące formy zaniedbywania leczniczego, które obserwują w swojej pracy:

zaniedbanie szczepień, zaniedbanie stanu uzębienia, zaniedbanie rozwoju fizycznego, nieprawidłowa higiena lub brak higieny dziecka, samodzielne leczenie dziecka, nieprawidłowa opieka nad dzieckiem przewlekle chorym, brak opieki nad dzieckiem matki uzależnionej, zaniechanie leczenia ciężkiej choroby dziecka, brak dbałości o dziecko w okresie prenatalnym i postnatalnym.

Połowa badanych pielęgniarek podała, że w ich odczuciu zwiększa się drastyczność form zaniedbania dzieci (33 osoby), a 44 pielęgniarki podkreśliły, że rodzice dziecka zaniedbywanego sporadycznie interesują się postępami w jego leczeniu szpitalnym. Respondentki, zapytane o przyczynę hospitalizacji dziecka zaniedbywanego zdrowotnie, wyraziły opinię, że najczęściej jest to (według liczby wskazań):

niewłaściwa ocena objawów chorobowych dziecka przez rodziców i niepojęmowanie leczenia, brak prawidłowej opieki i leczenia w warunkach domowych, przewlekła choroba, urazy i wypadki, brak środków finansowych na leczenie dziecka.

W powiatowych komendach policji prowadzone są statystyki dotyczące zaniedbywania i przemocy w rodzinie. I tak, z dokumentacji Powiatowej Komendy Policji w Tarnowskich Górach wynika, że od 1999 roku zwiększyła się liczba interwencji dotyczących zaniedbywania i przemocy w rodzinie ze 182 do 258 w roku 2005. W przypadku dzieci do lat 13 w roku 2003 było 205 interwencji, a w 2005 roku odnotowano 164 interwencje dotyczące zaniedbywania i przemocy⁹⁵. Charakterystyka zjawiska zaniedbywania psychofizyczne-

⁹⁴ M. Pilot: *Rodzaje i formy zaniedbania zdrowotnego dziecka w rodzinie i jego konsekwencje*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2005. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

⁹⁵ A. Garczarczyk: *Zaniedbywanie psychofizyczne dzieci i jego konsekwencje zdrowot-*

go dzieci w świetle analizy *Niebieskiej karty* obrazuje podstawowe przejawy zaniedbywania psychofizycznego w rodzinie, tj.

głodzenie dziecka, niedożywienie, brak dbałości o higienę dziecka, niedbanie o zdrowie dziecka, nieleczenie chorób wrodzonych fizycznych i psychicznych (dziecko stale jest przeziębione, często trafia do szpitala z różnymi powikłaniami wynikającymi z zaniedbania rodziców), nieposyłanie dziecka do szkoły, zakazywanie dziecku kontaktu z rówieśnikami bez wyraźnego powodu, brak ubrania dostosowanego do pory roku, brak książek i przyborów szkolnych, nieodrabianie zadań domowych, niedostosowanie rozwoju fizycznego i psychicznego dziecka do jego wieku, pozostawianie dziecka bez opieki (chodzi samo po mieście, samo zostaje w domu).

Tak więc dziecko musi samo zaspokajać swe potrzeby fizyczne, nie ma własnego łóżka ani miejsca do odrabiania zadań szkolnych, mieszkanie, w którym dziecko żyje, jest nieogrzewane i brudne, liczba osób w mieszkaniu jest zbyt duża, a dopełnienie tych niedogodności stanowi brak kontaktu emocjonalnego z rodzicami, brak okazywania uczuć w rodzinie, wyzywanie, obrażanie i poniżanie dziecka⁹⁶. Drastyczna sytuacja życiowa dziecka w rodzinie, uniemożliwiająca prawidłowy rozwój, przekonuje, że rodzina może stanowić największe zagrożenie dziecka i jego rozwoju. Dla przykładu podaję sytuację pięciorga rodzeństwa (na podstawie *Niebieskiej karty*), które zostało umieszczone z postanowienia sądu w placówce opiekuńczo-wychowawczej.

Siedmioosobowa rodzina mieszkała w dwupokojowym mieszkaniu w starej kamienicy. Rodzinie odcięto, w wyniku niepłacenia rachunków, prąd i wodę. Sytuacja materialna rodziny była bardzo trudna, gdyż utrzymywała się głównie z zasiłku i dorywczej pracy ojca dzieci. Obydwoje rodzice nadużywali alkoholu i na oczach dzieci odbywały się częste awantury, kończące się bójką. W mieszkaniu panował brud, a większość sprzętu była zniszczona, ponieważ ojciec dzieci niszczył meble siekierą w upojeniu alkoholowym i używał przemocy fizycznej wobec żony i dzieci. Dzieci po awanturach domowych często spały przytulone do siebie na klatce schodowej. Dzieci były brudne, niedożywione, a ich ubrania zniszczone i niedostosowane do pory roku. Rodzice nie posyłali dzieci do szkoły. W 2003 roku rodzicom zostały odebrane prawa rodzicielskie, a dzieci aktualnie przebywają w placówce opiekuńczo-wychowawczej⁹⁷.

ne. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

⁹⁶ Ibidem, s. 121 – 122.

⁹⁷ Ibidem, s. 123.

Badania prowadzone w ramach seminarium magisterskiego, na które wcześniej się powołałam, obejmowały także problem zaniedbywania psychofizycznego dzieci umieszczonych w Rodzinnym Domu Dziecka w Tarnowskich Górach. Potrzebne do badań informacje zaczerpnięto z teczek indywidualnych wychowanków i z kart zdrowia. Z analizy tej dokumentacji wynika, że najczęstszymi konsekwencjami zaniedbywania psychofizycznego w rodzinach pochodzenia były:

zaawansowane, ostre zapalenie wątroby typu C, próchnica zębów, anemia, świerzb, wszawica, alergie skórne spowodowane brakiem higieny, nadpobudliwość, agresja (przypadek Anny — lat 11); wiek niezgodny z normami rozwojowymi, celiakia niedożywieniowa, skrzywienie kręgosłupa, krzywica, zanikowy nieżyt żołądka, zmiany skórne, opóźnienie pokwitania, wychudzenie spowodowane celiakią, zanik mięśni kończyn górnych i dolnych, owrzodzenie skóry, świerzb, wszawica, zaburzenia emocjonalne, dziecko nie potrafiło mówić, nadpobudliwość psychiczna, niemożność nawiązania kontaktu z dzieckiem, brak higieny (dziecko bało się wody), natręctwa i fobie, koszmary nocne, moczenie nocne, dziecko zostało kilkakrotnie odroczone w podjęciu obowiązku w szkole specjalnej (przypadek Sebastiana — lat 12); u innych wychowanków występowały ponadto problemy związane z chorobami, takimi jak: ołowica, zapalenie nerek, astma, wady wzroku, depresja⁹⁸.

Przedstawiony, często przerażający stan zdrowia dzieci, będący wynikiem ich psychofizycznego zaniedbywania przez rodziców, nie obrazuje skali zjawiska, ale pozwala uświadomić, że w wielu przypadkach konsekwencje zaniedbywania zdrowotnego trudno leczeniem zlikwidować w pełni. Trwałe zmiany w organizmie i psychice dziecka uniemożliwiają całkowitą kompensację przez podjęcie leczenia i zapewnienie opieki poza rodziną dziecka. W *Konwencji praw dziecka* zapisano, że „rodzina jako podstawowa komórka społeczeństwa oraz naturalne środowisko rozwoju i dobra wszystkich jej członków, a w szczególności dzieci, powinna być otoczona ochroną oraz wsparciem, aby mogła w pełnym zakresie wypełniać obowiązki w społeczeństwie, uznając, że dziecko dla pełnego i harmonijnego rozwoju swej osobowości powinno wychowywać się w środowisku rodzinnym, w atmosferze szczęścia, miłości i zrozumienia”⁹⁹. Jak bardzo sytuacja dziecka w wielu rodzinach w Polsce odbiega od tej optymalnej powinności rodziny wobec dziecka?

Nie sposób dokonać wszechstronnej analizy wpływu zaniedbywania psychospołecznego, leczniczego, emocjonalnego na zdrowie dzieci i młodzieży, ponieważ jest to złożony problem o charakterze interdyscyplinarnym: z jed-

⁹⁸ Ibidem, s. 171 — 180.

⁹⁹ *Konwencja praw dziecka*; zob. także A. Nowak: *Zarys prawa dla pedagogów społecznych*. Katowice 2005.

nej strony wymaga badań medyczno-psychologicznych o charakterze diagnostycznych analiz, z drugiej zaś strony — podjęcia działań terapeutycznych i pomocowych wobec dziecka i rodziny, a przede wszystkim wdrożenia założeń polityki społecznej. Konieczne są rozwiązania systemowe, wdrażanie nawet najlepszych programów będzie bezskuteczne bez współpracy międzysektorowej. Pilna staje się także potrzeba zacieśnienia współpracy między lekarzami oraz psychologami i pedagogami, podejmowanie wspólnych, interdyscyplinarnych badań naukowych, obrazujących złożoność zjawiska zaniedbywania, celem ich wykorzystania w praktyce polityki społecznej, w działaniach pedagogiczno-pomocowych i edukacyjnych osób profesjonalnie związanych ze służbą społeczną.

Niezwykle ważną rolę odgrywa w tym względzie edukacja i podnoszenie świadomości społecznej w zakresie znaczenia środowiska rodzinnego (wszystkich zmiennych, które je tworzą) dla optymalnego rozwoju i zdrowia dzieci. W życiu rodzinnym jest wiele czynników mogących sprzyjać zaniedbywaniu emocjonalnemu, psychofizycznemu i leczniczemu dzieci. Są to między innymi: niski poziom świadomości rodziców w zakresie zaspokajania potrzeb dziecka, brak więzi emocjonalnej w rodzinie, rodzicielskie postawy odrzucenia i wrogości wobec dziecka, uprzedmiotowienie dziecka, niedojrzała osobowość rodziców, brak umiejętności komunikowania się rodziców z dziećmi, niska kultura pedagogiczna rodziców, nieumiejętność rozwiązywania konfliktów, stosowanie negatywnych metod wychowawczych, występowanie zjawisk patologii społecznej w rodzinie (np. alkoholizm, prostytutka, rozpad rodziny). Już na etapie wychowania przedszkolnego można wśród dzieci zaobserwować objawy zaniedbywania psychofizycznego w rodzinie. Badania przeprowadzone w roku 2003 w Jastrzębiu-Zdroju wśród dzieci uczęszczających do przedszkola wykazują wiele konsekwencji zaniedbywania dziecka w rodzinie. Badania przeprowadzono, wykorzystując: obserwację (posłużono się arkuszem obserwacji), analizą dokumentów (karty zdrowia, wywiady zdrowotne przeprowadzone przez higienistkę z rodzicami, opinie poradni psychologiczno-pedagogicznej dostarczone do przedszkola przez rodziców, dzienniki zajęć prowadzone przez wychowawczynie przedszkola), wywiady (z wychowawczyniami przedszkola, dyrektorem, higienistką i pracownikiem socjalnym), i na tej podstawie dokonano analizy dziesięciu indywidualnych przypadków¹⁰⁰. Oto charakterystyka jednego z nich.

Przypadek Jarka (grupa sześciolatków). Chłopiec powinien znajdować się w pierwszej klasie szkoły podstawowej, ze względu na brak dojrzałości

¹⁰⁰ M. J a n t o Ń: *Zaniedbania rodzinne wśród dzieci uczęszczających do przedszkola*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2003. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

szkolnej powtarza „zerówkę”. Z dostępnej dokumentacji wynika, że wskaźniki wagi i wzrostu są poniżej przeciętnej dla tego wieku. Chłopiec posiada liczne problemy zdrowotne: od urodzenia wadę serca, która została zoperowana i aktualnie chłopiec znajduje się pod opieką poradni kardiologicznej oraz gastrologicznej ze względu na zwężenie jelit. W wyniku badań przesiewowych wzroku został skierowany do poradni okulistycznej, dziecko ma ponadto zaawansowaną próchnicę zębów, niskorosłość (nieorganiczny syndrom dziecka nierosłego) oraz znaczny niedobór wagi ciała. Sprawność motoryczna odbiega od [sprawności — E.S.] reszty rówieśników, ruchy chłopca są powolne i nieskoordynowane. Nie potrafi sam wykonać zadania, np. podczas liczenia do dziesięciu nie potrafi dodawać, podczas zabaw ruchowych biega powoli, nie potrafi posługiwać się nożyczkami i nieprawidłowo trzyma kredki czy inne przybory do pisania. Pomimo wady wzroku nie nosi szkieł korygujących, ma także problemy z lateralizacją (diagnoza: lateralizacja skrzyżowana). Z wywiadu z wychowawczynią wynika, że chłopiec bardzo długo nie rozpoznawał prostych przedmiotów na obrazku, nie znał nazw tych przedmiotów, miał też kłopoty z adaptacją do warunków przedszkolnych. Chłopiec mieszka z matką i babką, brak jest kontaktów z ojcem, który opuścił rodzinę. Sytuacja finansowa rodziny nie jest zadowalająca, matka utrzymuje się z alimentów w kwocie 250 złotych, wsparciem finansowym jest renta babki, a przedszkole w części jest finansowane przez ośrodek pomocy społecznej. Matka chłopca nie pracuje zawodowo (wiek ok. 40 lat), posiada wykształcenie podstawowe. Z wywiadu przeprowadzonego z pracownikiem socjalnym wynika, że dziecko mieszka w starym, małym domu jednorodzinnym, gdzie jest tylko bieżąca zimna woda, chłopiec dzieli pokój z matką. W mieszkaniu jednak jest wilgoć i chłód. Dyrektor przedszkola i wychowawczynie podkreślali, że chłopiec nie opuszcza zajęć bez uzasadnionego powodu, ale matka chłopca nadużywa alkoholu, co zauważyli, kiedy matka przychodziła odebrać dziecko z przedszkola [...] wówczas dziecko nie zostało jej wydane i po chłopca przychodziła babka. Matka nie interesuje się postępami edukacyjnymi syna. Higienistka przedszkolna, dyrektor oraz wychowawczynie oceniają, że sytuacja zdrowotna dziecka oraz brak postępów edukacyjnych niewątpliwie wynikają z niskiego poziomu kultury rodziny dziecka, braku należytego zaplecza socjalnego oraz braku dbałości o dziecko.

Dzieci, które znajdują się w takiej sytuacji, jest w polskich przedszkolach z pewnością bardzo wiele. Zależne od dorosłych pod każdym względem, często nie mogą liczyć na ich pomoc. Pragnę zatem zwrócić uwagę na konieczność podnoszenia świadomości dotyczącej symptomów zaniedbywania oraz na możliwość pomocy dzieciom zaniedbywanym w rodzinie ze strony nauczycieli, wychowawców, pracowników socjalnych, kuratorów, personelu medycznego w szpitalach i przychodniach celem niesienia pomocy dziecku krzywdzonemu. Uważliwienie społeczeństwa na problemy krzywdzenia dzieci w środowisku ich życia może przyczynić się do pomocowego aktywizowania społeczności sąsiedzkiej i lokalnej, a tym samym stać się elementem

walki z obojętnością społeczną wobec tego społecznego problemu. Problemy opieki/pomocy dziecku i rodzinie, choć różne w różnych krajach, stanowią problem nie tylko rodziny, ale są także znaczącą kwestią w nowych tendencjach opieki/pomocy i wspomagania rodziny w Europie. Walter Hellinckx, przewodniczący European Scientific Association for Residential and Foster Care, mówiąc o nowych tendencjach w opiece nad dzieckiem w Europie, podkreśla znaczenie następujących zagadnień: ekologicznego podejścia do rodzicielstwa, zachowania równowagi między ochroną dziecka i utrzymaniem rodziny, respektowania punktów widzenia rodziców, zwrócenia uwagi na prawa dziecka i ich respektowanie oraz troskę o zachowanie właściwych proporcji¹⁰¹. W ekologicznym spojrzeniu na rodzicielstwo podkreśla się, że w opiece nad dziećmi należy traktować dziecko i rodziców jako indywidualne jednostki, a rodzinę — jako system oraz środowisko. Perspektywa ekologiczna stwarza możliwość wieloaspektowego podejścia do dzieci i ich rodzin, z zachowaniem kontekstu sytuacji oraz środowiska. W wielu krajach, aby łągodzić zaniedbania psychospołeczne w rodzinie, odstępuje się od ochrony dziecka idącej w kierunku opieki instytucjonalnej na rzecz jednoczesnej realizacji wielu programów skierowanych na rozwiązywanie problemów rodziny. Podkreśla się również, co pragnę szczególnie zaakcentować, „edukacyjne wsparcie rodziny”, stanowiące element zapobiegawczy w umieszczaniu dziecka poza domem. W większości krajów europejskich nacisk położono na utrzymanie, reintegrację i normalizowanie rodziny, utrzymanie, jeśli to tylko możliwe, rodziny w całości. Istnieje wiele argumentów wynikających z badań, a przemawiających za tym, by interesować się punktem widzenia rodziców i respektować go w opiece nad dzieckiem umieszczonym poza domem. Zwiększenie liczby i siły argumentów w procesie wsparcia, przemawiających za umieszczeniem dziecka poza domem, rodzice oceniali negatywnie. Zauważono także, że stopień, w jakim rodziny angażują się w proces opieki nad dzieckiem, zależy w dużej mierze od ich pierwszych doświadczeń w sytuacji pomocy. Problem stanowi także wzajemne przekazywanie informacji związanej na przykład z opiniami specjalistów oraz liczenie na to, że specjaliści — pracownicy socjalni — zrobią pierwszy krok, by pomóc rodzinie, i że owa pomoc będzie ciągła i skuteczna. Model negocjacyjny, którego istota polega na stałym negocjowaniu między rodzicami a profesjonalistami najlepszych rozwiązań w pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach, ma także w swym założeniu realizowanie programów wczesnej interwencji, polegające na udzielaniu wsparcia rodzinom dzieci do 3. roku życia z problemami zdrowotnymi lub rozwojowymi, i obejmuje pracę pomocową z całą rodziną.

¹⁰¹ W. Hellinckx: *Nowe tendencje w opiece nad dzieckiem w Europie*. W: *Zmiany w systemie opieki nad dziećmi i młodzieżą. Perspektywa europejska*. Red. Z.W. Stelmaszuk. Katowice 2001, s. 119.

Ratyfikowanie *Konwencji praw dziecka* nakłada na społeczeństwo obowiązek zapewnienia wysokiej jakości opieki dziecku, które stało się ofiarą przemocy, zaniedbania. Dzieci mają zatem pełne prawo do korzystania z wszelkich świadczeń w zakresie ochrony zdrowia, edukacji, a także uczestnictwa w kulturze¹⁰².

Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla w swej konstytucji, że „zdrowie dzieci ma podstawowe znaczenie: zdolność do życia w harmonii ze zmieniającym się otoczeniem jest jego istotą. Wykorzystanie znajomości medycyny, psychologii i innych nauk jest podstawą osiągnięcia pełnego zdrowia. Wymienianie informacji i aktywna współpraca międzyludzka mają olbrzymie znaczenie dla poprawy zdrowia narodu”¹⁰³. Wydaje się, że w naszych warunkach społecznych w wielu grupach zawodowych związanych z kształceniem i wychowaniem przywiązywanie wagi do zdrowia dzieci i młodzieży bywa często marginalizowane, spychane na plan dalszy. W moim przekonaniu ważna jest zatem nie tylko promocja zdrowia *sensu stricto*, ale też podnoszenie świadomości społecznej w zakresie promowania wartości zdrowia jako zasobu indywidualnego i społecznego. I to traktuję jako szczególne zadanie społecznej aktywności dla elit zawodowych oraz intelektualnych.

¹⁰² Ibidem, s. 117–132; zob. także Z.W. Stelmaszuk: *Zmiana paradygmatów w opiece nad dzieckiem*. W: *Zmiany w systemie...*, s. 72–86.

¹⁰³ J.B. Karński: *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa 2003, s. 144.

Jakość życia rodziny a sytuacja socjalizacyjna dziecka chorego

Rodzina jest, jak podaje Z. Tyszką, „ustrukturalizowanym i funkcjonalnie powiązanym zbiorem jednostek i specyficznych subkultur oraz mikroelementów społecznych tworzących mikrogrupę i zarazem instytucję społeczną, powiązaną wewnętrzną więzią małżeńską, więzią pokrewieństwa, powinowactwa lub adopcji oraz wypełniającą jednocześnie szereg istotnych, ważnych, zintegrowanych ze sobą funkcji wobec jednostek i społeczeństwa, opierających się na regulatorach występujących w kulturze behawioralnej”¹. W definicji tej akcent pada przede wszystkim na wewnętrzne wzajemne relacje i więzi między członkami rodziny, z czego wynika, że rodzina nie jest luźnym zbiorem jednostek. Dlatego też przyjęta definicja okazuje się szczególnie przydatna w prowadzonych tu rozważaniach.

Rodzina stanowi specyficzny układ, który można rozpatrywać i analizować w różnych aspektach. Spojrzenie na rodzinę przez pryzmat jej analizy jako pierwotnej grupy społecznej było udziałem wielu socjologów. Najczęściej jednak przytacza się definicję H. Cooleya, który określił rodzinę ze względu na jej wewnętrzną specyfikę i organizację, podkreślając, że jej charakterystycznymi cechami są: współpraca oraz bezpośredni „twarzą w twarz” kontakt jej członków, i że odgrywa ona podstawową rolę w kształtowaniu społecznej natury ideałów jednostki. Rodzinę cechuje specyficzny rodzaj więzi wyznaczony bliskimi i bezpośrednimi kontaktami, a indywidualności zespalają się w pewną całość². Szczegółne znaczenie przypada więzi moralnej związanej

¹ Z. Tyszką: *System metodologiczny wieloaspektowej integralnej analizy życia rodzinnego*. Poznań 2001, s. 43.

² Zob. F. Adamski: *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków 2002, s. 29.

z wymiarem kulturowym, łączącej się z wzajemnymi relacjami międzyludzkimi, objętymi kategorią „my”, i mającej charakter powinnościowy. Kategoria „my” wyznacza trzy powinności moralne: obdarzanie zaufaniem, lojalność wobec innych i solidarność, czyli troskę o interesy innych i gotowość do podjęcia działań na rzecz innych nawet kosztem własnych interesów³. Ten rodzaj więzi odgrywa w rodzinie rolę fundamentalną. Każda bowiem rodzina tworzy własną rodzinną tożsamość, wypracowując swą wewnętrzną organizację, sposób zaspokajania potrzeb i własny styl życia. Funkcjonuje ona także zawsze w określonych warunkach kulturowych i one są wyznacznikami życia rodzinnego. Należą do nich: sposób komunikowania się członków rodziny, preferowany system wsparcia społecznego, uczenie szacunku wobec innych, poczucie zaufania, honor i uczciwość w postępowaniu, uczenie tego, co jest „dobre”, a co „złe”, przekazywanie tradycji kulturowych, przekazywanie religii, przekazywanie systemu wartości, poszanowanie własności prywatnej, przekazywanie i uczenie wzorów spędzania czasu wolnego, uczenie sposobów poszukiwania innych form pomocy, w tym instytucjonalnych, także w przypadku choroby⁴. Rodzina podlega ciągłym przemianom wyznaczanym zmianami wzorów współżycia rodzinnego oraz zmianami społeczno-ekonomicznymi. Każdą analizę życia rodzinnego należy odnieść do określonego etapu rozwoju kulturowego, społecznego i ekonomicznego. Jednym z elementów przemian współczesnej rodziny jest zmiana pozycji dziecka w rodzinie wyrażająca się w nowych rolach rodzinnych, w zmienionych relacjach między rodzicami i dziećmi, a także w miejscu, jakie dziecko zajmuje w systemie hierarchicznej zależności rodzinnej. Z upływem czasu dziecko przeszło z peryferii życia rodzinnego do centrum wartości rodziny. Dziecko stanowi wartość samą w sobie, a z rodzicami łączy je więź emocjonalna. Rodzina przestaje być jedynym, ale pozostaje podstawowym środowiskiem kształtującym jego rozwój. Współcześnie przedłuża się jednak czas zależności od rodziny nie tylko w sensie materialnym, ale i duchowym. Dzieje się tak ze względu na wydłużenie się czasu kształcenia, a także poszukiwania pracy. Zmienia się też pojmowanie rodzicielstwa, związanej z nim opieki i zaspokajania potrzeb dziecka⁵. Społeczne doświadczenia oraz liczne badania naukowe wskazują, że pozycja dziecka w rodzinie we współczesnym społeczeństwie polskim jest bardzo różna; wiele rodzin jest niewydolnych wycho-

³ P. Sztompka: *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków 2002, s. 187. Zob. np.: U. Sokal: *Czynniki wpływające na kształtowanie się więzi w rodzinie*. W: *Współczesne rodziny polskie — ich stan i kierunek przemian*. Red. Z. Tysocka. Poznań 2001; M. Ogryzko-Wiewiórowska: „My” — o zdrowiu w relacjach rodzinnych. W: *Zdrowie. Choroba. Społeczeństwo*. Red. W. Piątkowski. Lublin 2004.

⁴ Zob. B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 2000, s. 162.

⁵ F. Adamski: *Rodzina...*, s. 165–167.

wawczo, dysfunkcyjnych i marginalizowanych, a jakość życia dzieci w tych rodzinach w znacznym stopniu odbiega od przyjętych kulturowych i ekonomicznych standardów. Jak już podkreślałam, rodziny w Polsce, które wychowują dzieci, są relatywnie częściej narażone na ubóstwo społeczne niż małżeństwa bezdzietne lub osoby starsze. W Polsce występuje znacząca korelacja biedy i wielodzietności⁶. Bieda wśród dzieci stanowi zagrożenie rozwoju indywidualnego i społecznego, ma jakościowo większe znaczenie niż niedostatek w innej fazie życia ze względu na to, że decyduje o przyszłości naszego społeczeństwa⁷. Jest wszak jednym z podstawowych elementów wpływających na zdrowie dzieci, a w sytuacji choroby — na leczenie, rehabilitację i zapewnienie warunków optymalnych dla zdrowienia. Rozwój i zdrowie dziecka zależne są więc nie tylko od czynników genetycznych, ale także od wielu czynników natury społecznej i środowiskowej. M. Sokołowska już w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia (1981) zwracała uwagę na grupy zależne, do których zaliczała ludzi starych, przewlekle chorych, niepełnosprawnych, umysłowo chorych itd., podkreślając, że odpowiedzialność społeczna wobec nich przybiera postać konkretnego działania. Grupy zależne, do których zaliczyła autorka także osoby chore/niepełnosprawne, nie są zdolne do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie, a zaspokojenie ich potrzeb zależy od innych osób bądź instytucji. Choroba przewlekła charakteryzuje się długim okresem trwania, często nieodwracalnymi zmianami patologicznymi w organizmie, koniecznością długotrwałej opieki medycznej i odpowiedniej rehabilitacji. Dziecko dotknięte przewlekłą chorobą jest narażone na zaburzenia funkcji różnych organów ciała oraz na wiele dolegliwości, takich jak ból, osłabienie, ograniczenie sprawności fizycznej, a często i psychicznej. Choroba przewlekła może negatywnie wpływać na rozwój dziecka i prowadzić do zaburzeń (np. sprawności intelektualnej, procesów poznawczych). Przewlekła choroba wpływa na dziecko stresująco, narusza jego równowagę i odporność endogenną⁸. A zatem jakość życia dzieci, także tych chorych/niepełnosprawnych, jest zależna od funkcjonowania rodziny i wielu różnych instytucji, między innymi medycznych, oświatowych czy opiekuńczych. Zależność w tym przypadku rozumiana jest jako cecha położenia społecznego osoby chorej/niepełnosprawnej. Składa się na nią zależność fizyczna, psychiczna i opie-

⁶ J. Banach: *Założenia systemu zabezpieczenia społecznego rodzin i dzieci w Polsce*. W: *Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzieci*. Warszawa, 23—24 maj 2003. Materiały i dokumenty. Rzecznik Praw Dziecka. Warszawa 2003, s. 80.

⁷ W. Warzywoda-Kruszyńska: *Przeciwdziałanie międzypokoleniowej transmisji biedy — proponowanym celem rozwoju społecznego Polski*. W: *Polska dla Dzieci...*, s. 95—96. Zob. także Z. Kwieciński: *Bezbronni. Odpad szkolny na wsi*. Toruń 2002.

⁸ A. Maciarz: *Dziecko przewlekle chore*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Red. T. Pilch. T. 1. Warszawa 2003.

kuńcza dziecka od rodziców/opiekunów w zaspakajaniu potrzeb egzystencjalno-zdrowotnych w chorobie/niepełnosprawności⁹.

Rodzina jest specyficzną wspólnotą, ponieważ wypływa z natury ludzkiej, wymaga od jej członków (przede wszystkim od małżonków) zespolenia celów i dążeń, jest konsekwencją miłości i zapewnia jej ochronę, daje swym członkom poczucie radości, uspołecznia uczucia i dążenia swych członków¹⁰. Relacje między rodziną a zdrowiem można rozpatrywać co najmniej z trzech punktów widzenia: znaczenia rodziny dla zdrowia jej członków (głównie preferowanie zachowań prozdrowotnych, styl życia, sposób realizacji funkcji rodziny), znaczenia rodziny w sytuacji choroby któregoś z członków rodziny (między innymi opieka i udział w terapii i rehabilitacji) oraz wpływu choroby członka rodziny na funkcjonowanie rodziny (między innymi modyfikacja ról społecznych, zmiany organizacji i stylu życia rodzinnego, udzielanie wsparcia społecznego)¹¹. Znacznie bardziej poszerzony kontekst tej relacji podaje Z. Kawczyńska-Butrym, zwracając uwagę na to, że rodzina może być zarówno czynnikiem ochrony zdrowia, jak i jego zagrożeniem, a choroba może być czynnikiem zagrożenia rodziny albo jej umacniania¹². To, w jaki sposób rodzina radzi sobie z chorobą któregoś z członków, także z chorobą dziecka, zależy od wielu zmiennych: sytuacji materialnej rodziny, warunków mieszkaniowych, ogólnej wiedzy i umiejętności, wykształcenia, sposobu pełnienia ról społecznych, wzorów zachowań, preferowanych norm, miejsca zamieszkania (miasto, wieś), aktywizacji zawodowej, liczby i wieku dzieci, ogólnej liczby członków rodziny, stanu zdrowia czy niepełnosprawności osób w rodzinie, możliwości otrzymywania wsparcia społecznego od innych członków rodziny bądź instytucji¹³. Dla przykładu można podać charakterystyczne czynności modyfikujące rolę społeczną matki dziecka chorego czy niepełnosprawnego. Podejmuje ona czynności związane z opieką i pielęgnacją, jakich nie podejmuje w stosunku do dziecka zdrowego czy pełnosprawnego. Są to także specjalne zabiegi, jakich wymaga socjalizacja ze względu na rodzaj choroby czy niepełnosprawności — wykonuje czynności związane z leżeniem, rehabilitacją i rewalidacją dziecka, współpracując z lekarzami czy ze specjalistami wspomagającymi rozwój, podejmuje własne działania edukacyjne związane z chorobą lub rodzajem niepełnosprawności dziecka, udzie-

⁹ M. Sokołowska: *Odpowiedzialność społeczna a grupy zależne*. „Studia Socjologiczne” 1981, nr 3, s. 8–15.

¹⁰ F. Adamski: *Rodzina...*, s. 32.

¹¹ *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. Barański, W. Piątkowski. Wrocław 2002, s. 105.

¹² Z. Kawczyńska-Butrym: *Rodzinny kontekst zdrowia i choroby*. Warszawa 1995, s. 7–25.

¹³ Por. ibidem, s. 112.

la wsparcia psychicznego dziecku. Analiza tej roli może mieć charakter behawioralny, ale i normatywny¹⁴.

B. Tobiasz-Adamczyk, analizując zdrowie rodziny jako przedmiot badań socjologii medycyny, podkreśla relacje między zdrowiem i chorobą a funkcjonowaniem rodziny i proponuje następujące ujęcia rodziny: ujęcie psychoanalityczne, cechujące się traktowaniem rodziny jako dynamicznej całości — istotne znaczenie ma tu koncentracja na grupie rodzinnej oraz wewnętrzne i zewnętrzne możliwości adaptacji do społeczności, jej funkcjonowanie, stosunki między członkami rodziny, struktura osobowości poszczególnych członków rodziny, stosunki między rodzicami a dziećmi; ujęcie systemowe — analiza rodziny przebiega na tle szerszego układu społecznego; ujęcie interakcyjne, związane z wzorami komunikacji, wzorami podejmowania decyzji, pełnieniem ról społecznych, cechuje się aktywnością relacji rodzice — dzieci, kohezją (szczęście, spójność i satysfakcja rodzinna, mechanizmy komunikacji); podejście rozwojowe uwzględnia fazy cyklu życia małżeńskiego i rodzinnego¹⁵.

Choroba jest zjawiskiem medycznym, psychologicznym i społecznym. Te trzy wymiary choroby wzajemnie się przenikają. Wypracowane w socjologii teorii choroby jako zjawiska społecznego wydają się niezwykle przydatne w pedagogice, pozwalają bowiem na osadzenie choroby w kontekście społecznym, który wyznacza w pewien sposób rodzaj społeczno-pedagogicznej pomocy i wsparcia społecznego. W S.V. Kasla i S. Cobba koncepcji choroby w kategoriach zachowań wyróżniono trzy stany: pełnego zdrowia, złego samopoczucia i choroby, a zatem zachowania związane ze zdrowiem i z chorobą warunkują odgrywanie ról społecznych¹⁶. T. Parsons wyróżnił następujące cechy choroby jako roli społecznej¹⁷: jednostka może być zwolniona z odgrywania ról i pełnienia zadań społecznych, a zakres i czas trwania choroby mogą być różne; postawa wyrażająca chęć powrotu do zdrowia jest warunkiem koniecznym, aczkolwiek nie jedynym, wyzdrowienie wymaga bowiem odpowiednich zabiegów terapeutycznych; osoba chora powinna uważać chorobę za stan niepożądany i podejmować wysiłki w celu powrotu do zdrowia; osoba chora lub inne osoby odpowiedzialne są obowiązane do skorzystania z kwa-

¹⁴ Zob. M. Chodkowska: *Teoria ról społecznych a badania socjopedagogicznych problemów zdrowia i choroby*. „Chowanna” 2002, T. 1 (18), s. 47–51.

¹⁵ B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 2000, s. 169–170.

¹⁶ Cyt. za: B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 1998, s. 18–19.

¹⁷ T. Parsons: *Struktura społeczna a osobowość*. Cyt. za: M. Sokołowska: *Idee zdrowia i choroby w socjologii*. W: *Spółczesność i socjologia. Księga poświęcona Profesorowi Janowi Szczepańskiemu*. Red. J. Kulpińska. Warszawa—Wrocław—Kraków—Gdańsk—Łódź 1985, s. 385.

lifikowanej pomocy w placówkach służby zdrowia. Koncepcję choroby jako dewiacji społecznej, zapoczątkowaną przez T. Parsonsa, kontynuował między innymi E. Freidson, który w koncepcji choroby wyróżnił dwa typy dewiacji¹⁸: pierwotną, gdy anomalie w stanie zdrowia powodują modyfikowanie sposobu odgrywania ról społecznych, i wtórną, gdy choroba wymusza przyjęcie nowych ról. Uważał on, że istotne znaczenie mają cztery wymiary choroby: czas trwania, zakres i możliwości wyleczenia, stopień niezdolności, potencjalna degradacja w sensie piętna społecznego. Traktowanie choroby jako dewiacji jest częścią szerszej, socjologicznej teorii strukturalno-funkcjonalnej podejmującej próbę wyjaśniania reguł życia społecznego. Choroba traktowana jest jako rodzaj zakłócenia porządku społecznego (*social order*). Ujęcie choroby w kategoriach stygmatyzacji (*stigma*) po raz pierwszy przedstawił w latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia E. Goffman w pracy *Asylum* w odniesieniu do położenia społecznego pacjentów klinik psychiatrycznych¹⁹. Osoby (grupy) napiętnowane społecznie są bardzo często marginalizowane. Współcześnie zarówno w literaturze socjologicznej, jak i pedagogicznej analizuje się kwestie marginalizacji społecznej różnych grup społecznych, zwracając uwagę przede wszystkim na ubóstwo społeczne czy niepełnosprawność, które są najczęstszymi wyznacznikami marginalizacji społecznej²⁰.

Choroba może być jednym z takich czynników, może ona dyskryminować osoby (grupy) pod względem nie tylko możliwości szeroko rozumianego uczestnictwa społeczno-kulturowego, ale, a może przede wszystkim, ze względu na bariery społecznego (środowiskowego) przyzwolenia. Ludzie chorzy i niepełnosprawni bardzo często narażeni są na społeczną depryzację, na przykład w sytuacji ograniczenia możliwości dostępu do edukacji w szkolnictwie wyższym. Choroba jest także źródłem zależności nie tylko fizycznej czy psychicznej, ale i społecznej. Wiele chorób, zwłaszcza przewlekłych, czy niepełnosprawność ruchowa uniemożliwiają fizyczną aktywność związaną z funkcjonowaniem w życiu codziennym. Stopień zależności od innych jest wyznaczony zakresem ograniczeń wywołanym daną chorobą lub niepełnosprawnością. Zależność psychiczna wiąże się głównie z udzielaniem wsparcia psychicznego w chorobie, będąc często znaczącym bodźcem do walki z chorobą. Zależność społeczna ma raczej wymiar prawno-instytucjonalny stwarzający lub ograniczający możliwości leczenia, rehabilitacji, dostępu do edukacji, zatrudnienia, pełnienia ról społecznych wyznaczonych możliwościami chorego.

¹⁸ Cyt. za: B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia...*, 1998, s. 17–18.

¹⁹ *Zdrowie i choroba...*, s. 26.

²⁰ Zob. np. A. Radziejewicz-Winnicki: *Spółczesność w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańsk 2004, s. 44–66.

W koncepcjach socjologicznych choroba analizowana jest także przez pryzmat konfliktu pacjent — lekarz polegającego między innymi na różnym pacjenta i lekarza wyobrażeniu o chorobie, czy też sposobie jej leczenia²¹.

Odwołując się natomiast do teorii konfliktów wypracowanych w socjologii i psychologii, warto zwrócić uwagę, że w społecznym systemie szkolnym choroba ucznia może stać się źródłem sytuacji konfliktowych między rówieśnikami na różnych płaszczyznach (np. nauki szkolnej, spędzania czasu wolnego), doprowadzając do izolacji społecznej chorego. Do sytuacji konfliktowych może dochodzić także między nauczycielem a uczniem z powodu niemożliwości, której przyczyną jest choroba, spełnienia oczekiwań nauczyciela, na przykład w zakresie nauki szkolnej. Dzieje się tak zwykle wówczas, gdy nauczyciel nie ma informacji o chorobie ucznia lub/i jej konsekwencjach dla pełnienia roli ucznia. Do sytuacji konfliktowych, których źródłem jest choroba któregoś z jej członków, może też dochodzić w rodzinie. Mogą one dotyczyć stosunku do objawów chorobowych, które nie są zrozumiałe z uwagi na niską świadomość (np. choroba Alzheimera), możliwości leczenia, rehabilitacji, form i sposobów opieki nad chorym, podporządkowania się zmianom stylu życia rodziny itp. Niska świadomość członków rodziny dotycząca danej choroby skutkuje zwykle niewłaściwym sposobem zachowania wobec chorego — lekceważeniem objawów chorobowych, agresją wobec chorego itp.

Zainteresowanie problematyką zdrowia i choroby w kontekście rodziny wymaga odwołania się do teorii systemów. Ogólna teoria systemów powstała w 1954 roku, w którym L. von Bertalanffy założył Society for General Systems Theory, przemianowane w późniejszym czasie na Society for General Systems Research. Ogólna teoria systemów zaczęła wkraczać w różne dziedziny nauki i życia, pozwalając zrozumieć powiązanie i współdziałanie wielu zjawisk pozornie z sobą nie związanych. System jest uporządkowaną kompozycją elementów wzajemnie na siebie oddziałujących, która tworzy spójną całość, a nie sumę poszczególnych części. Elementy te wraz z wzajemnymi relacjami stanowią strukturę systemu, która wyznacza jego funkcje. Zasady opisu systemu wiążą się z ekwipotentjalnością i ekwifinalnością. Ekwipotentjalność oznacza, że ta sama przyczyna może wywoływać różne skutki, a ekwifinalność — że różne przyczyny mogą wywołać te same skutki. Cechą charakterystyczną systemów jest przede wszystkim tendencja do przetrwania. Samostabilizacja systemu lub transformacja systemu są sposobami zahamowania wadliwych cykli prowadzących do destrukcji. Transformacja jest warunkiem rozwoju i wiąże się z tendencją do stałości oraz tendencją do zmiany. Procesy te są względem siebie komplementarne²². Zgodnie zatem

²¹ *Zdrowie i choroba...*, s. 25.

²² Cyt. za: L. Drożdżowicz: *Ogólna teoria systemów*. W: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Red. B. de Barbaro. Kraków 1999, s. 10–16.

z teorią systemów każde wydarzenie w rodzinie wpływa na jej funkcjonowanie i traktowane jest jako informacja naruszająca równowagę systemu. Choroba któregoś z członków rodziny jest takim wydarzeniem. Może wówczas nastąpić radykalna zmiana w funkcjonowaniu rodziny jako systemu, może na przykład zmienić się jej styl życia, relacje i sposób interakcji między członkami, realizacja funkcji rodziny²³. W przypadku choroby dziecka może nastąpić także modyfikacja pełnienia ról rodzicielskich. Biorąc pod uwagę wspomniane wcześniej kwestie, określenie „rodzina z problemem zdrowotnym” rozumiem jako istnienie u któregoś z członków rodziny problemu zdrowotnego (choroby/niepełnosprawności) generującego zmiany (pozytywne lub negatywne) w funkcjonowaniu rodziny i we wzajemnych relacjach między chorym a członkami rodziny.

Pojawienie się choroby może zmniejszyć napięcie emocjonalne w systemie rodzinnym w rezultacie skierowania uwagi na chorego i sprawowania nad nim opieki. Choroba może być odzwierciedleniem lęku w rodzinie, a lęk może ulec redukcji, gdy choroba staje się przewlekła. Wtedy system utrzymuje równowagę dzięki stabilizacji na niższym od optymalnego poziomie funkcjonowania, równowaga rodzinna zależna jest od obecności objawów chronicznych. Choroba powoduje zaburzenie emocjonalne w jednostce, co wpływa na zaburzenia relacji w systemie rodzinnym²⁴. W literaturze psychologicznej podkreśla się kilka sposobów radzenia sobie z chorobą, które można także odnieść do rodziny. Jednym ze sposobów jest walka z chorobą, kiedy jednostka lub/i rodzina usiłuje poszukiwać optymalnych sposobów leczenia w przeświadczeniu o jej pokonaniu. Może ona również popaść w stan rezygnacji i poddać się biernie biegowi wydarzeń albo na przemian przeciwstawiać się i ulegać chorobie²⁵. Pod tym względem rodzina staje się indywidualnym przypadkiem, z cechami wyłącznie swojej tożsamości.

W literaturze socjologicznej, pedagogicznej i psychologicznej wiele miejsca poświęca się analizom związanym z pełnieniem funkcji rodziny w różnych kontekstach. Literatura przedmiotu bogata jest w różnorodne klasyfikacje i podziały funkcji rodziny²⁶. Interesujący wydaje się podział na dwie grupy funkcji²⁷: funkcje instytucjonalne (prokreacyjna, ekonomiczna, opiekuńczo-zabezpieczająca, socjalizacyjna, stratyfikacyjna i integracyjna) oraz funkcje osobowe, dotyczące rodziny jako grupy społecznej: funkcja małżeńska zaspokajająca potrzeby życia intymnego małżonków, funkcja zaspokajająca potrzeby

²³ Zob. np. E. Ziarkowski: *Choroba psychiczna a wybrane funkcje rodzin pacjentów*. „Problemy Rodziny” 1990, nr 29 (4), s. 48–53.

²⁴ I. Kołbik: *Procesy emocjonalne w rodzinie*. W: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny...*, s. 38.

²⁵ B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia...*, 2000, s. 58–59.

²⁶ Zob. np. Z. Tyszką: *Socjologia rodziny*. Warszawa 1979.

²⁷ F. Adamski: *Rodzina...*, s. 36–43.

emocjonalne (uczuciowe) rodziców i dzieci oraz funkcja braterska związana z relacjami uczuciowymi braci i sióstr.

Na potrzeby prowadzonych rozważań można przytoczyć jeszcze inny podział, a mianowicie na funkcje biopsychiczne rodziny (prokreacyjna, seksualna), funkcje ekonomiczne (materialno-ekonomiczna, opiekuńczo-zabezpieczająca), funkcje społeczno-wyznaczające (stratyfikacyjna, legalizacyjno-kontrolna), funkcje socjopsychologiczne (socjalizacyjno-wychowawcza, kulturalna, religijna, rekreacyjno-towarzyska, emocjonalno-ekspresyjna)²⁸. Wszystkie te funkcje wzajemnie się warunkują i są z sobą ściśle powiązane. Wydaje się zasadne, w kontekście prowadzonych rozważań dotyczących rodziny z problemem zdrowotnym, zwrócenie szczególnej uwagi na funkcję opiekuńczo-zabezpieczającą, która zawiera trzy główne nurty²⁹: szczególną pomoc materialną ukierunkowaną na specyficzne osoby, pomoc fizyczną oraz psychiczne wsparcie osób, które potrzebują opieki. Funkcję tę można rozumieć za A. Kotlarską-Michalską jako zespół czynności pielęgnacyjnych nad chorym okresowo lub przewlekłe, niepełnosprawnym bądź zniedołężniałym członkiem rodziny. Należy jednak uwzględnić rodzaj czynności, określoną sytuację, kategorie osób obligujących członków rodziny do realizacji tej funkcji oraz potrzeby, jakie powinny być zaspokojone w ramach tej funkcji³⁰.

Cytowana autorka wyróżnia także pewne podfunkcje funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej, uwzględniając: czynności, działania i postawy. Zalicza do nich: sprawowanie nadzoru nad małymi dziećmi, pielęgnację małych dzieci, zapewnienie bezpieczeństwa dzieciom w domu i poza nim, zapewnienie dobrych warunków mieszkaniowych, preferowanie życzliwych postaw i gotowości pomocowej, podnoszenie kwalifikacji w zakresie opieki, świadczenie opieki osobom przewlekłe i okresowo chorym, osobom kalekim, zniedołężniałym i starym, dbałość o fachowość pomocy medycznej, zapewnienie leków i środków higienicznych, zapewnienie startu życiowego dzieciom, służenie radą i wsparciem społecznym, gwarantowanie utrzymania bezrobotnym członkom rodziny, świadczenie różnorodnej pomocy bliższym i dalszym członkom rodziny w trudnych sytuacjach życiowych³¹. Funkcja ta będzie inaczej realizowana wobec dziecka zdrowego, a inaczej — wobec dziecka czasowo czy przewlekłe chorego. W odniesieniu do dziecka zdrowego będzie wiązała się z zaspokojeniem podstawowych potrzeb niezbędnych do prawidłowego rozwoju (np. pielęgnacja małego dziecka, zapewnienie opieki medycznej, odpowiednie do wieku odżywianie, roztaczanie opieki, ochrona

²⁸ Z. Ty s z k a: *System metodologiczny...*, s. 70—85.

²⁹ Ibidem, s. 74.

³⁰ Cyt. za: ibidem, s. 74—75. Zob. A. Olubiński: *Realizacja funkcji opiekuńczej w rodzinach toruńskich*. Toruń 1998.

³¹ Podaje za: Z. Ty s z k a: *System metodologiczny...*, s. 75—76.

przed zagrożeniami zdrowia i życia). Jeśli zaś chodzi o dziecko chore/niepełnosprawne, to niezbędne staje się (w realizacji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej) zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej, stosowanie się do zaleceń lekarskich i rehabilitacyjnych, podejmowanie zabiegów pielęgnacyjnych w chorobie, rehabilitacji (w zależności od typu choroby/niepełnosprawności), pogłębianie wiedzy o chorobie lub niepełnosprawności, wsparcie psychiczne i pomoc w rehabilitacji społecznej, stwarzanie dziecku choremu/niepełnosprawnemu możliwości edukacyjnych. Ważnym aspektem realizacji tej funkcji rodziny staje się zabezpieczenie dzieciom, które tego potrzebują: okularów, aparatów słuchowych, wózków inwalidzkich i innego zgodnego z potrzebami sprzętu rehabilitacyjnego. Realizacja tej funkcji, zwłaszcza w stosunku do dziecka chorego/niepełnosprawnego, jest zależna nie tylko od poziomu świadomości rodziców, ale także ich statusu społeczno-ekonomicznego.

Dzieci i osoby starsze w rodzinie są najbardziej zależne od innych członków rodziny, zobligowanych prawnie i moralnie do opieki nad nimi w trosce o jakość ich życia. Inne czynności staną się niezbędne w opiece rodzinnej nad człowiekiem starym ze względu na stan jego zdrowia, stopień samodzielności i ogólną sprawność psychofizyczną oraz stan społecznych kontaktów.

Funkcja emocjonalno-ekspresyjna będzie ściśle korespondowała z poprzednio wymienioną, z uwagi na fakt, że skupiona jest na zaspokajaniu potrzeb emocjonalnych, niezbędnych w zdrowiu i chorobie, a także odnosi się do potrzeby — jak to nazywa Z. Tyszka — „manifestowania” swej osobowości, indywidualności wobec osób bliskich³². Natomiast funkcja socjalizacyjno-wychowawcza wiąże się z wprowadzaniem dziecka w kulturę danego społeczeństwa i z przygotowaniem do pełnienia ról społecznych. Socjalizacja jest procesem, który w sposób naturalny przebiega w rodzinie i realizowany jest za pomocą³³: naśladownictwa i przykładu osób znaczących, systemu nakazów i zakazów, działalności inspirującej ze strony osób socjalizujących, systemu kontroli społecznej. Realizacja wymienionej funkcji przebiega w drodze przekazywania dziecku wiedzy o świecie przyrodniczym i społecznym, kształtowania umiejętności rozumienia kultury symbolicznej i umiejętności posługiwania się nią, zinternalizowania kultury behawioralnej środowiska i społeczeństwa, przekazywania systemu wartości uznawanych i stosowanych w środowisku i społeczeństwie. Cytowany przez Z. Tyszkę B. Zięba prezentuje poszerzony zakres zadań służących realizacji tej funkcji³⁴. Wzajemne relacje między funkcją opiekuńczo-zabezpieczającą, emocjonalno-ekspresyjną a socjalizacyjno-wychowawczą są bardzo znaczące, ponieważ mają wiele wspólnych elementów, różniących się kontekstami funkcjonalnymi.

³² Ibidem, s. 86.

³³ Ibidem, s. 80.

³⁴ Ibidem, s. 80—81.

Socjalizacja jest procesem wdrażania jednostki do sposobu życia grupy społecznej, w której żyje, ucząc się reguł i idei zawartych w kulturze³⁵. Socjalizacja pierwotna (początkowa) dokonuje się w rodzinie, a następnie w innych grupach społecznych. Rodzina zatem odgrywa kluczową rolę w tym procesie, jej celem jest przygotowanie do pełnienia ról społecznych.

Podając problematykę zdrowia i choroby w rodzinie, nie sposób pominąć zagadnienia socjalizacji zdrowotnej. Socjalizacja zdrowotna jest procesem obejmującym przekazywanie wartości i wiedzy związanej ze zdrowiem i z kształtowaniem umiejętności dokonywania wyboru zachowań sprzyjających zdrowiu (fizycznemu, psychicznemu i społecznemu) przez preferowanie wzorów zachowań prozdrowotnych i stylu życia rodzinnego celem optymalnego pełnienia ról społecznych.

Współczesne zmiany społeczno-ekonomiczne, demokratyzacja życia społecznego, możliwości pełniejszego wykorzystania swych indywidualnych zasobów intelektualnych i ogólnorozwojowych, zwiększenie odpowiedzialności za własne życie powodują, że wiele jednostek i grup społecznych nie traktuje już zdrowia tylko jako wartości autotelicznej, ale w większym stopniu jako wartość instrumentalną, niezbędną do poprawienia pozycji zawodowej, społecznej, podniesienia statusu ekonomicznego³⁶. Socjalizacja zdrowotna polega na wdrażaniu dziecka do kultury zdrowotnej, zdrowie zaś jest wartością i zasobem indywidualnym pozwalającymi optymalnie i satysfakcjonująco wypełniać role społeczne, a zarazem decydującymi w znaczącym stopniu o jakości życia. Zdrowie jest także zasobem społecznym, który trudno przecenić. Traktowanie zdrowia jako wartości jest w społeczeństwie zróżnicowane kulturowo, podobnie jak stosunek społeczeństwa do choroby, ludzi chorych czy starych. Rodzice przekazują dziecku wartości preferowane w danym społeczeństwie, a jedną z nich jest właśnie zdrowie. W procesie socjalizacji zdrowotnej w rodzinie następuje także przekazywanie niezbędnej wiedzy dotyczącej utrzymania i pomnażania zdrowia oraz ochrony przed zagrożeniami zdrowotnymi. Wiedza ta sprzyjać będzie kształtowaniu umiejętności dokonywania wyborów zachowań prozdrowotnych obserwowanych w działaniu. Pierwszą fazę socjalizacji stanowi internalizacja, a drugą jej fazą jest działanie, czyli eksternalizacja³⁷. Rodzice, jako osoby znaczące, przekazują dziecku wzory zachowań zdrowotnych (prozdrowotnych lub antyzdrowotnych, określanych także jako zachowania ryzykowne — *risk behaviour*), wyznaczone w znacznej mierze przez kontekst społeczny i kulturowy, a dziecko uczy

³⁵ P. Sztompka: *Socjologia...*, s. 391.

³⁶ A. Ostrowska: *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa 1999, s. 17.

³⁷ P. Sztompka: *Socjologia...*, s. 395.

się ich w drodze naśladownictwa. Decydującą rolę w kształtowaniu zdrowia przypisuje się stylom życia³⁸.

Styl życia jest socjologiczną kategorią pojęciową wykorzystywaną w badaniach zachowań zdrowotnych czy w promocji zdrowia. Socjologiczne koncepcje stylu życia związane są z nazwiskami M. Webera, P. Bourdieu, A. Giddensa, S. Ossowskiego, A. Sicińskiego. A. Siciński określa styl życia jako zakres i formy codziennych zachowań, charakterystyczne dla określonej zbiorowości społecznej lub określonej jednostki, tj. charakterystyczny „sposób bycia jednostki”. Funkcje stylu życia są, według tego autora, następujące: styl życia jest świadectwem przynależności do danej grupy społecznej, co powoduje samoidentyfikację społeczną, zapewniając poczucie bezpieczeństwa; wyodrębnia daną grupę z szerszej zbiorowości, przyczynia się do trwałości i ciągłości danej grupy, zakreśla możliwości ekspresji osobowościowej jednostki w sposób społecznie akceptowany³⁹.

Konsekwencją zaistnienia choroby dziecka lub innego członka rodziny mogą być zaburzenia w sferze pełnienia poszczególnych funkcji, na przykład konieczność rezygnacji z pracy zawodowej bądź jej zmiany na inną w razie potrzeby zintensyfikowania opieki nad chorym, co może pogorszyć zabezpieczenie materialne rodziny, a w rezultacie ograniczyć możliwości leczenia czy rehabilitacji. Mogą też nastąpić zaburzenia więzi między małżonkami, zmiany w komunikacji rodzinnej, zmiana stylu życia rodzinnego i inne. Czynnikiem znaczącym będzie w tym wypadku rodzaj choroby (krótkotrwała, przewlekła, terminalna), niepełnosprawność nabyta, czy też urodzenie dziecka niepełnosprawnego, możliwości leczenia i rehabilitacji. Choroba może także emocjonalnie konsolidować rodzinę, jednoczyć w działaniach pomocowych i wspierających osobę chorą⁴⁰. Reakcja rodziny na chorobę zależy również od zasobów emocjonalnych i funkcjonalnych rodziny, od systemu wartości i wierzeń, poziomu wiedzy medycznej, doświadczeń związanych z chorobą, od fazy życia rodzinnego, sposobu interakcji wewnątrzrodzinnych i ze środowiskiem zewnętrznym, systemu wsparcia wewnątrzrodzinnego i zewnętrznego⁴¹. Warto w tym miejscu wspomnieć o badaniach B. Karakiewicz⁴²

³⁸ Z. Sadowski: *Promocja zdrowia — szansa i konieczność*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 3—4.

³⁹ Cyt. za: A. Ostrowska: *Styl życia a zdrowie...*, s. 18—26.

⁴⁰ Zob. B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia...*, 2000, s. 174; Z. Kawczyńska-Butrym: *Rodzinny kontekst zdrowia i choroby*. Warszawa 1995, s. 56—79; Eadem: *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Lublin 2008.

⁴¹ B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia...*, 2000, s. 176.

⁴² B. Karakiewicz: *Wpływ warunków życia w rodzinie na stan zdrowia dzieci niepełnosprawnych*. „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2000, nr 46, s. 231—239. Zob. B. Zawadzka: *Uwarunkowania stanu zdrowia dzieci 9-letnich przez niektóre czynniki środowiska rodzinnego*. W: *Auksologia a promocja zdrowia*. Red. A. Jopkiewicz. Kielce 1997, s. 339—343.

dotyczących wpływu warunków rodzinnych na stan zdrowia dzieci niepełnosprawnych. Badania obejmowały dzieci i młodzież obojga płci w wieku 10–18 lat. Badaniom poddano 160 osób niepełnosprawnych i 165 osób z grupy kontrolnej, a jako wyznaczniki warunków życia przyjęto następujące zmienne: kompletność rodziny, liczbę dzieci w rodzinie, poziom wykształcenia rodziców, gęstość zaludnienia, liczbę i powierzchnię mieszkań oraz zatrudnienie rodziców. Wnioski z tych badań są następujące: dzieci niepełnosprawne intelektualnie pochodzące z rodzin wielodzietnych mają zaburzenia wzrostu i masy ciała, dzieci z rodzin wielodzietnych mieszkających w złych warunkach sanitarno-higienicznych i w przeludnionych mieszkaniach obciążone są większą liczbą problemów zdrowotnych, dzieci oceniane w skali Apgar poniżej 4 punktów częściej są nadpobudliwe psychoruchowo, wielodzietność i przeludnienie mieszkań sprzyjają nadpobudliwości, nasilają stres psychospołeczny mający wpływ na rozwój psychofizyczny dziecka. Podejmowanie długofalowych skoordynowanych działań profilaktycznych obejmujących rodziny z grupy ryzyka socjoekonomicznego mogą znacząco wpłynąć na poprawę funkcjonowania społecznego dzieci niepełnosprawnych. Inne badania prowadzone na małej, co prawda, populacji (23 osoby w wieku 12–20 lat) dowodzą, że sytuacje kryzysowe w rodzinie, takie jak: rozbiecie rodziny, utrata jednego z rodziców, choroby psychiczne, alkoholizm jednego z rodziców, kryzys adolescencyjny, są przyczyną kryzysu psychologicznego w grupie badanej młodzieży z cukrzycą insulinozależną. Kryzys ten jest z kolei przyczyną złych wyników leczenia cukrzycy spowodowanej zaniedbywaniem kontroli i leczenia, rezygnacją z diety, wahaniami masy ciała, wahaniami glikemii, odmową współpracy z lekarzem, paleniem papierosów. Na podstawie długofalowych badań stwierdzono, że najlepsze wyniki leczenia cukrzycy osiągają dzieci, których rodziny funkcjonowały prawidłowo, a ich członkowie współdziałali i czuli się odpowiedzialni za przestrzeganie zasad leczenia dzieci⁴³.

Choroba w rodzinie, a zwłaszcza choroba dziecka to sytuacja szczególnie traumatyczna. Choroba jest stresorem zarówno dla dziecka, jak i rodziców. Ważną rolę odgrywają w tej sytuacji zasoby odporności na stres mające charakter indywidualny, ale i środowiskowy (rodzinny). Bardzo ważną rolę odgrywają też zasoby materialne, fizyczne, interpersonalne, informacyjne, kulturowe, społeczne i psychologiczne⁴⁴. Radzenie sobie może być skoncentrowane na problemie lub na emocjach. W literaturze psychologicznej wskazuje się, że radzenie sobie skoncentrowane na problemie dotyczy taktyki monitorowania stresu (jest to uświadomienie sobie zwiększonego napięcia i jego przyczyny),

⁴³ R. Smockiewicz, H. Działkowiak, E. Wisłocka: *Wpływ sytuacji kryzysowych na dzieci i młodzież chore na cukrzycę insulinozależną*. „Pediatria Polska” 1994, nr 69 (8), s. 595–599.

⁴⁴ Ch.L. Sheridan, S.A. Radmacher: *Psychologia zdrowia*. Warszawa 1998, s. 207–213.

strukturalizacji (gromadzenia informacji o stresorze i możliwości wykorzystania zasobów) i możliwości posłużenia się umiejętnościami społecznymi związanymi z wykorzystaniem wsparcia społecznego, negocjacji i komunikacji interpersonalnej. Ważne staje się tu uwzględnienie komponentów poznawczych. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach wymaga ponownej oceny poznawczej w celu opanowania napięcia. Unikanie i zaprzeczanie bywają najczęściej stosowanymi strategiami, skoncentrowanymi na emocjach. Unikanie jest fizycznym usunięciem się z danej sytuacji, w której występuje stresor, a zaprzeczenie stanowi psychiczną ucieczkę od stresora polegającą na jego ignorowaniu lub poszukiwaniu jakiegoś wytłumaczenia. Oczywiście, jest wiele innych taktyk radzenia sobie z negatywnymi emocjami (np. praca)⁴⁵. Dla przykładu odwołam się do badań przeprowadzonych w ramach seminarium magisterskiego wśród 12 matek wychowujących dzieci z ADHD, w których zastosowano wywiad narracyjny. Większość badanych matek podała, że najbardziej stresujące sytuacje, których doświadczają, wiązały się z problemami wychowawczymi z dziećmi. Problemy te wynikały z agresywnych zachowań dziecka, jego impulsywności, nadmiernej ruchliwości, problemów z koncentracją. Badane kobiety podkreślały, że stres powoduje ich nadmierną drażliwość, co źle wpływa na satysfakcjonujące relacje społeczne, prowadzi do konfliktów w rodzinie i trudności w organizacji wspólnego czasu wolnego. Jako najczęstsze sposoby radzenia sobie ze stresem kobiety wymieniały częstą prośbę o pomoc i wsparcie kierowaną do swej rodziny i instytucji (poradnie psychologiczno-pedagogiczne, grupy wsparcia dla rodziców dzieci z ADHD), a także przestrzeganie, jeśli to tylko możliwe, organizacyjnego planu dnia. Matki, które sygnalizowały brak wsparcia rodzinnego uzyskiwanego przede wszystkim od męża, podkreślały, że mają poczucie osamotnienia i niezrozumienia. W wielu przypadkach matki sygnalizowały, że nauczyciele nie rozumieją zaburzenia, na które cierpi ich dziecko⁴⁶.

Opieka nad chorym może wywołać kryzys emocjonalny i kryzys wypalenia wiążący się z poczuciem emocjonalnego, psychicznego i intelektualnego wyczerpania, którym towarzyszy poczucie beznadziejności i bezradności. W literaturze przedmiotu podkreśla się następujące komponenty tego zjawiska: wyczerpanie fizyczne objawiające się niskim poziomem energii, słabością i chronicznym zmęczeniem, wyczerpanie emocjonalne z uczuciami depresyjnymi, bezradnością i beznadziejnością, wyczerpanie umysłowe związane

⁴⁵ Ibidem, s. 225–226. Zob. *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać?* Red. I. Heszen-Niejo-dek. Katowice 2000; A. Kwak: *Spółeczny wymiar choroby w rodzinie*. „Auxilium Sociale – Wsparcie Społeczne” 2000, nr 3/4 (15/16).

⁴⁶ M. Nowak: *Sposoby radzenia sobie ze stresem matek dzieci z ADHD*, s. 110–112. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2007. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

z negatywną postawą wobec siebie i życia⁴⁷. Dla zobrazowania problemu odwołam się, po raz kolejny, do badań prowadzonych w ramach seminarium magisterskiego, którymi objęto 14 rodziców (11 matek i 3 ojców), posługując się techniką wywiadu. Droga badań starano się uzyskać odpowiedź na pytanie: Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób rodzice dzieci przewlekle chorych radzą sobie ze stresem wywołanym chorobą ich dzieci?⁴⁸

Przypadek Ewy (lat 39, wykształcenie zawodowe, mieszkanka Katowic)⁴⁹. Respondentka stres definiuje jako „coś trudnego do pokonania, wielki szok”. Samotnie wychowuje swoje dzieci: dziesięcioletnią córkę Annę i trzech synów: ośmioletniego Pawła, dwunastoletniego Marcina i pięcioletniego Roberta. Z powodu stanu zdrowia nie pracuje, korzysta z pomocy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej [w Katowicach – E.S.]. Kłopoty ze zdrowiem ma syn Marcin, są one następstwem wypadku, który wydarzył się trzy lata temu – wracając ze szkoły do domu, został potrącony przez samochód. Przed wypadkiem syn był bardzo pogodnym i radosnym dzieckiem, nie sprawiał żadnych kłopotów wychowawczych, bardzo dobrze się uczył i był lubiany przez rówieśników. Obecnie Marcin cierpi na epilepsję pourazową, ma problemy z zatokami, zaburzenia zachowania. Przez dwa lata poruszał się na wózku inwalidzkim. Choroba dziecka wymaga leczenia farmakologicznego i rehabilitacji. Oprócz tego syn raz w miesiącu ma wizyty w poradni psychologicznej. Ponieważ życie dziecka było poważnie zagrożone, w czasie pierwszej rozmowy z lekarzem ten przede wszystkim starał się uspokoić badaną. Już na samym wstępie została ona poinformowana o wszelkich zagrożeniach i najgorszych wariantach. Respondentka uważa, że lekarz udzielił jej wystarczających informacji, i podkreśla, że w czasie rozmowy dbał o jej samopoczucie, proponował pomoc. Na początku, zaraz potem, jak się dowiedziała o wypadku, najważniejsze było życie syna, dlatego rozmowa z lekarzem trochę ją uspokoiła i dała nadzieję. Z czasem, kiedy jego życie nie było już zagrożone, jego stan się ustabilizował, podjęła aktywność, aby zaczął chodzić.

Do czasu wypadku respondentka pracowała zawodowo, miała wielu przyjaciół i prowadziła aktywne życie towarzyskie. Wypadek syna załamał ją, nie potrafiła sobie z tym poradzić. W tych najtrudniejszych chwilach największym oparciem był dla badanej jeden z jej synów, który zajął się prowadzeniem domu, opieką nad młodszym rodzeństwem, dzięki czemu respondentka mogła zająć się dzieckiem przebywającym w szpitalu. Dla respondentki szczególnie bolesne było to, że wszyscy ludzie, którym wcześniej sama chętnie

⁴⁷ B. Pilecka: *Kryzys psychiczny u bliskich chorego somatycznie*. W: *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*. Red. D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski. Kraków 2005, s. 140.

⁴⁸ M. Chrzastek: *Radzenie sobie ze stresem przez rodziców dzieci przewlekle chorych*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2007. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

⁴⁹ Ibidem, s. 76–78.

nie pomagała, opuścili ją. Jak podkreśla respondentka, w swoim życiu, szczególnie jako samotna matka, miała wiele trudnych sytuacji, jednak wypadek syna przerósł ją. Były nawet momenty, że myślała o odebraniu sobie życia, jednak odpowiedzialność za dzieci, a także względy religijne nie pozwoliły jej na ten ostateczny krok. Aktualnie stan zdrowia dziecka poprawia się, od roku chodzi, często jednak zdarza się, że nieoczekiwanie staje się agresywny, krzyczy, rzuca zabawkami, jest niegrzeczny, co nie zdarzyło mu się nigdy przed wypadkiem. W takich sytuacjach respondentka czuje się bezradna, dlatego często konsultuje się z psychologiem, który udziela jej niezbędnych wskazówek, jak ma postępować z synem. [...] te wszystkie informacje są dla respondentki bardzo ważne, dają jej nadzieję na to, że wszystko będzie jak dawniej, przed wypadkiem. Niestety, są takie momenty, że nawet drobne przeszkody, jak na przykład przeziębienie, kolejny atak syna, sprawiają, że traci poczucie sensu jakiegokolwiek działania. Na pytanie, co sprawia, że jednak podejmuje walkę i nie rezygnuje, odpowiada, że w trudnych chwilach pomagają jej wizyty u specjalisty. Jeżeli pojawiają się jakiekolwiek problemy zdrowotne, konsultuje się z lekarzem i psychologiem, kiedy niepokoi ją zachowanie syna. Dzięki tym rozmowom potrafi odnaleźć się w trudnej sytuacji. Pomimo to tylko gwarancja całkowitego wyzdrowienia syna pozwoliłaby badanej całkowicie poradzić sobie ze stresem spowodowanym chorobą dziecka. Lekarze i jeden z synów są dla respondentki jedynym oparciem w trudnych chwilach, a odpowiedzialność za dzieci mobilizuje ją do działania. Jeżeli chodzi o przyjaciół i znajomych, to respondentka nie ma nikogo takiego, wcześniejsze doświadczenia sprawiły, że nie wierzy w przyjaźń i nie potrafi już nikomu zaufać⁵⁰.

Z postawy badanej wobec problemu zdrowotnego syna wynika, że ma duże trudności w poradzeniu sobie z chorobą dziecka, jest wyczerpana i często się załamuje, brak jej wsparcia społecznego, rodziny i bliskich. Rodzice dzieci przewlekłe chorych, udzielając wsparcia swoim dzieciom, sami także potrzebują wsparcia rodziny, instytucji, bliskich oraz grup samopomocowych. Matki samotnie wychowujące dzieci pozostają same ze swoimi problemami, są bezradne i nierzadko marginalizowane w swoim środowisku życia⁵¹. Z innych wywiadów (tej samej grupy badawczej) z rodzicami dziecka chorego wynika, że różnie też definiują stres, na przykład *niemoc, bezsilność, bezradność w sytuacjach przerastających moje możliwości; uczucie dyskomfortu, niepokój, obawa; zamknięcie w sobie, łzy, złość; ciągły niepokój, strach przed tym, co będzie; pewna trauma, niepewność, strach; stan napięcia nerwowego, emocjonalne pobudzenie, człowiek pomimo pobudzenia jest w sta-*

⁵⁰ Ibidem, s. 78.

⁵¹ Zob.: K. Kuźniak: *Matki samotnie wychowujące dzieci — marginalizacja czy wykluczenie społeczne*. W: *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych*. Red. K. Biało-brzeska, S. Kawula. Toruń 2006; *Samotne macierzyństwo a polityka społeczna*. Red. M. Rymśza. Warszawa 2001.

nie niemożności. Stres rodziców związany z chorobą przewlekłą dziecka jest przeżywany w sposób indywidualny. Odwołując się do prezentowanych badań, pragnę także zwrócić uwagę na sposób, w jaki rodzice przeżywają wiadomość o przewlekłej chorobie dziecka. Oto typowe wypowiedzi badanych: *Początkowo nie wiedziałam, co mam robić, jak się zachować, czułam się zagubiona i bezradna, pomogła mi wtedy rozmowa z psychologiem; Kiedy usłyszałam, że moja córka jest chora, nie mogłam w to uwierzyć, przez długi czas powtarzałam sobie, że to jakaś pomyłka, bo moje dziecko na pewno jest zdrowe; Wiadomość o chorobie była dla mnie ciosem, czułam wielki gniew i złość; Kiedy dowiedziałam się o chorobie, byłam bardzo przygnębiona i smutna, ta cała sytuacja była dla mnie niezastępowaną karą losu.* Przykłady wypowiedzi rodziców wskazują, jak bardzo traumatyczna jest wiadomość o przewlekłej chorobie dziecka, a to jest przecież dopiero początek walki o zdrowie, o godną jakość życia dziecka chorego.

Z chwilą ujawnienia się choroby w rodzinie konieczna staje się rozmowa o chorobie i jej objawach połączona z wysłuchaniem informacji osoby chorej. Dziecko jednak nie zawsze potrafi takich informacji udzielić (np. niemowlę). Rodzice orientują się, wykorzystując niewerbalne informacje nietypowe dla danego wieku i sytuacji; poszukują zwykle możliwości fachowej pomocy lub podejmują próby samodzielnego niesienia pomocy nieprofesjonalnej.

W opiece nad dzieckiem potrzebne staje się poszerzenie zakresu realizacji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej polegającej na zapewnieniu opieki, leczenia i zdrowienia. Szczególnie istotna jest realizacja funkcji emocjonalno-ekspresyjnej w drodze zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych zapewniających poczucie bezpieczeństwa, redukcji lęku i otrzymywania wsparcia⁵². Dziecko jest osobą bezradną i całkowicie zależną od rodziców, niesienie pomocy, leczenie, zdrowienie, rehabilitacja, zaspokojenie potrzeb są silnie powiązane ze środowiskiem rodzinnym, z jego funkcjonowaniem i umiejętnościami radzenia sobie w sytuacji kryzysu (związanego ze stresem), a choroba taką sytuację stwarza.

Rodzina jest predestynowana nie tylko do zaspokajania potrzeb, ale i praw swego potomstwa. Stanowi ona dynamiczny system podlegający ciągłym zmianom zdeterminowanym zewnętrznymi warunkami społeczno-kulturowymi, ale i przemianami wewnętrznymi wynikającymi z różnych zdarzeń, sytuacji i faz, przez które przechodzi⁵³.

Wiadomo, że rodzina bardzo różnie wywiązuje się z nałożonych na nią praw i obowiązków względem swojego potomstwa, warto zatem podkreślić, że „zgodnie z kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, zasadnicza treść wła-

⁵² Por. B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia...*, 2000, s. 173–174.

⁵³ Zob. K. Ostoja-Zawadzka: *Cykl życia rodzinnego*. W: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny...*

dzy rodzicielskiej dotyczy nie tylko uprawnień rodziców wobec dziecka, ale także obowiązków wobec niego. A zatem sprawowanie władzy jest nie tylko prawem, ale i obowiązkiem rodziców”⁵⁴. Treść władzy rodzicielskiej obejmuje trzy elementy:

- Pieczę nad osobą dziecka, która polega na stałej trosce i staraniu o dziecko wyrażających się w tworzeniu mu odpowiednich warunków do życia, ochronie przed niebezpieczeństwami i w zapewnieniu warunków jego prawidłowego rozwoju. Piecza nad dzieckiem jest prawem i obowiązkiem wychowania i kierowania dzieckiem. Przez wychowanie rozumie się oddziaływanie na dziecko w czasie jego rozwoju zgodnie z zasadami współżycia społecznego, w kierunku zapewnienia pełnego rozwoju osobowości. Kierowanie dzieckiem polega na ukierunkowywaniu jego postępowania i podejmowaniu decyzji, dopóki samo nie będzie do tego zdolne.
- Reprezentację ustawową dziecka, polegającą na wykonywaniu czynności prawnych, gdy dziecko jest niepełnoletnie.
- Zarządzanie majątkiem dziecka, obejmujące nie tylko zarząd majątkiem dziecka, ale także czynności przekraczające zakres zwykłego zarządu⁵⁵.

Rodzice nie mają władzy nieograniczonej i dlatego nie mogą jej w sposób dowolny wykonywać. Ważne jest podkreślenie podstawowej zasady realizacji władzy rodzicielskiej, która zobowiązuje rodziców do dbania o „dobro dziecka”, z uwzględnieniem interesu społecznego. Dobro dziecka definiuje się jako „zespół wartości o charakterze materialnym i niematerialnym, niezbędnych do zapewnienia dziecku prawidłowego rozwoju i do należytego przygotowania do pracy odpowiednio do jego uzdolnień”⁵⁶. Zdrowy rozwój w dzieciństwie, a także wskazywanie zagrożeń są przedmiotem zainteresowań badawczych lekarzy, pedagogów i reprezentantów innych nauk o wychowaniu, a walka z nimi jest obowiązkiem państwa i całego społeczeństwa. Zdrowie przyszłych pokoleń jest nieocenionym zasobem rozwoju społecznego, ekonomicznego i kulturowego naszego społeczeństwa. Zróżnicowanie doświadczania świata społecznego w dzieciństwie odgrywa znaczącą rolę w dynamice kształtowania się kompetencji uczestnictwa społecznego. Można mówić o wielości zróżnicowanych czynników warunkujących ukształtowanie kompetencji społecznego uczestnictwa w okresie dzieciństwa. Biorąc pod uwagę aspekt zdrowia, podkreślić należy takie kwestie, jak: defekty organiczne, psychiczne i społeczne dzieci z różnego rodzaju upośledzeniami (wzroku, słuchu, układu kostnego, mięśniowego, nerwowego), zaburzeniami w zakresie percepcji, procesów myślowych, komunikacji interpersonalnej, przewlekła

⁵⁴ A. Kwak, A. Mościskier: *Rzeczywistość praw dziecka w rodzinie*. Warszawa 2002, s. 91.

⁵⁵ Ibidem, s. 91–92.

⁵⁶ Cyt. za: ibidem, s. 93.

choroba, urazy, deprywacja potrzeb, brak materialnego i socjalnego zabezpieczenia potrzeb dziecka z powodu nieporadności lub nieodpowiedzialności rodziców/opiekunów (trudna sytuacja socjalna dzieci zmuszonych do żebractwa, świadczenia usług seksualnych itp., zbyt wcześnie usamodzielniających się), brak kontroli wychowawczej, z jednoczesnym prezentowaniem patologicznych wzorów zachowań społecznych, którym często towarzyszy prymitywizm poznawczy i emocjonalny, na przykład maltretowanie dzieci, deprawowanie, porzucenie, osamotnienie, zaniedbanie kulturowe w warunkach braku stymulacji edukacyjnej⁵⁷.

Jakość życia wzbudza w ostatnich latach coraz większe zainteresowanie wśród przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych⁵⁸, ale także wśród polityków i organizatorów różnych form życia społecznego. Warto wspomnieć, że onkologia była pierwszą dziedziną medycyny, która zainteresowała się problemem jakości życia pacjentów⁵⁹. Literatura przedmiotu wskazuje, że pojęcie jakości życia bywa definiowane różnie i zwykle bierze się pod uwagę ujęcie subiektywne bądź ujęcie obiektywne. Subiektywne ujęcie jakości życia analizowane jest w kontekście indywidualnej satysfakcji z życia. Dla przykładu można podać opracowany przez Cummins⁶⁰ homeostatyczny model subiek-

⁵⁷ J. Modrzewski: *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*. Poznań 2004, s. 106–119.

⁵⁸ Podaję dla przykładu kilka opracowań, obrazując rosnące zainteresowanie problematyką jakości życia: H. Sęk: *Jakość życia a zdrowie*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1993, nr 2; *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Red. A. Bańka, R. Derbis. Poznań–Częstochowa 1994; *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych*. Red. A. Bańka, R. Derbis. Poznań–Częstochowa 1995; R. Derbis: *Doświadczenie codzienności. Poczucie jakości życia. Swoboda działania. Odpowiedzialność. Wartości osób bezrobotnych*. Częstochowa 2000; J. Czapieński: *Jakość życia Polaków w czasie zmiany społecznej. Raport końcowy z realizacji projektu badawczego*. Warszawa 1998; *Jakość życia w chorobie. Społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków*. Red. E. Syrek. Kraków 2002; *Diagnoza społeczna 2003. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapieński, T. Panek. Warszawa 2004; *Jakość rozwoju a jakość życia*. Red. R. Derbis. Częstochowa 2000; B. Tobiasz-Adamczyk, P. Brzyski, J. Bajka: *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego. Badania porównawcze*. Kraków 2004; *Psychologia jakości życia*. Red. A. Bańka. Poznań 2005; *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychologiczne*. Red. Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska. Lublin 2006; *Oblicza jakości życia. Człowiek w sytuacji pracy*. Red. W. Błaszczak, K. Januszkiewicz, J. Śmigieński. Łódź 2006; *Jakość życia w niepełnosprawności — mity a rzeczywistość*. Red. M. Flanczewska-Wolny. Kraków 2007; A. Zawislak: *Pomiar jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*. „Nasze Forum” 2007, z. 1–2.

⁵⁹ Zob. K. Janowski: *Jakość życia związana ze stanem zdrowia i jej pomiar*. W: *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Problemy człowieka chorego*. Red. S. Steuden, M. Ledwocha. Lublin 2005, s. 143.

⁶⁰ Cyt. za: A. Zawislak: *Koncepcja jakości życia osób z upośledzeniem umysłowym w niektórych współczesnych ujęciach teoretycznych*. W: *Jakość życia a niepełnosprawność...*, s. 155–156. Zob. także *Wielowymiarowość procesu rehabilitacji*. Red. J. Rottermund. Kraków 2007.

tywnej jakości życia (*homeostatic model for subjective quality of life*) oparty na założeniu, że czynnikami warunkującymi satysfakcję życiową są czynniki osobowościowe, genetyczne — ekstrawersja i neurotyzm, grupa czynników określona mianem tzw. wewnętrznych buforów, tj. kontrola, samooce-
na i optymizm, oraz grupa czynników związanych ze światem zewnętrznym i z doświadczeniem jednostki. Subiektywna jakość życia jest — według cytowanego autora — efektem procesów równoważenia się wymienionych elementów poszczególnych grup czynników. Inny model opisany w literaturze przedmiotu, a nawiązujący do koncepcji zdrowia WHO definiuje jakość życia jako egzystencję jednostki, grupy lub społeczności w sensie ogólnym, opisaną jako wynik pomiaru czynników subiektywnych i obiektywnych dokonanego przez jednostkę, grupę lub społeczność. W tej koncepcji wyróżnione zostały cztery sfery egzystencji ludzkiej: globalna, odnosząca się do ekologicznych, społeczno-politycznych i prawnych aspektów; zewnętrzna, związana ze społeczno-ekonomicznymi aspektami życia; międzyludzka, dotycząca relacji interpersonalnych, głównie w rodzinie, i pozyskiwania wsparcia społecznego, oraz osobista obejmująca kondycję fizyczną, umysłową i duchową człowieka⁶¹. Innym przykładem może także być wypracowana przez The Quality of Live Special Interest Group koncepcja, zgodnie z którą jakość życia opiera się na dwóch podstawowych założeniach⁶²: że jakość życia jest pewną koncepcją, niekoniecznie jednoznacznie zdefiniowaną, mającą związek z polityką społeczną i oceną usług przez nią oferowanych oraz z różnymi działaniami i programami o zasięgu lokalnym, narodowym i ponadnarodowym, oraz że jej kluczowym aspektem jest subiektywne odczucie związane z jakością życia. Według innej definicji jakość życia to postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w którym funkcjonuje, w relacji do zadań, oczekiwań, standardów i zainteresowań⁶³.

W analizach medycznych nad jakością życia odróżnia się pojęcie całkowitej jakości życia (*overall quality of life*) od pojęcia jakości życia związanej ze zdrowiem (*health-related quality of life*) i pojęcie to odnosi się do tych aspektów jakości życia, które w sposób specyficzny dotyczą zdrowia osoby⁶⁴. Pojęcie jakości życia związane ze stanem zdrowia można określić jako⁶⁵:

- funkcję efektu choroby i jej leczenia przeżywanych przez chorego;
- zdolność do codziennej aktywności, stosownej do wieku i głównej roli społecznej;

⁶¹ Cyt. za: A. Zawiaślak: *Koncepcja...*, s. 150—151.

⁶² Ibidem, s. 150.

⁶³ B. Tobiasz-Adamczyk: *Společne uwarunkowania...*, s. 15.

⁶⁴ K. Janowski: *Jakość życia...*, s. 145.

⁶⁵ Ibidem, s. 147.

- wartość określaną w życiu, a modyfikowaną przez różne zaburzenia, stany funkcjonalne, postrzeganie i cele społeczne, na co mają wpływ choroby, urazy, leczenie, polisy ubezpieczeniowe;
- znaczenie leczenia choroby w inwalidztwie i codziennym funkcjonowaniu.

Analiza koncepcji i modeli jakości życia różnych autorów, reprezentantów różnych dziedzin nauki, przekonuje, że wypracowanie jednej definicji czy koncepcji jakości życia nastęrcza wielu trudności, podobnie jak wypracowanie wskaźników jej pomiaru w zależności od tego, czy przyjmimy perspektywę subiektywnej czy obiektywnej oceny. W medycynie pomiarów jakości życia pacjentów dokonuje się najczęściej za pomocą różnych kwestionariuszy, skal czy indeksów. Mają one szczególne znaczenie, ponieważ poziom jakości życia wywiera istotny wpływ na wyniki leczenia i może się różnić od oceny personelu medycznego. Większość narzędzi do badania jakości życia dokonuje pomiaru różnych aspektów funkcjonowania chorego (np. fizyczny, społeczny), na które choroba może mieć wpływ⁶⁶. Ponieważ rodzaj choroby/niepełnosprawności oraz jej przebieg i efekty leczenia/rehabilitacji są ogromnie zróżnicowane indywidualnie, przeto zróżnicowana jest i jakość życia osób chorych na różnych etapach przebiegu choroby/niepełnosprawności. Ponadto jakość życia osób chorych na tę samą chorobę jest znacznie zróżnicowana i zależy nie tylko od leczenia/rehabilitacji, cech osobowościowych czy subiektywnie określonego samopoczucia, ale od wielu zmiennych demograficzno-społecznych, takich jak wiek, płeć, wykształcenie, zawód, status ekonomiczny, miejsce zamieszkania. A zatem zainteresowanie jakością życia człowieka w chorobie/niepełnosprawności wydaje się w naukach społecznych znaczącym uzupełnieniem dociekań prowadzonych w tym zakresie w naukach medycznych. W tych ostatnich choroba jest diagnozowana i wiązana z jakimś rodzajem zmian patologicznych w organizmie człowieka, natomiast w naukach społecznych zwraca się uwagę na jej wymiar społeczno-kulturowy i psychologiczny. Aktualnie bowiem definicje zdrowia i choroby wiążą się z biopsychospołecznym funkcjonowaniem człowieka. Chorobę możemy zatem analizować w trzech wymiarach: obiektywnym, ujmowanym w aspekcie biologiczno-medycznym; subiektywnym, w ujęciu psychologicznym — jako stan odczuwania, przeżywania, indywidualnej interpretacji choroby; socjologicznym, związanym między innymi z udziałem ludzi uznanych przez innych lub siebie za chorych, z etykietowaniem, udzielaniem wsparcia społecznego⁶⁷.

Według A. Schutza choroba jest rzeczywistością dnia codziennego tworzącą nową rzeczywistość, ponieważ może prowadzić do ograniczenia lub utraty

⁶⁶ Ibidem, s. 150–151.

⁶⁷ B. Tobiasz-Adamczyk: *Społeczne uwarunkowania...*, s. 33.

kontaktu ze światem zewnętrznym, oraz zmieniającą jego postrzeganie, ponieważ chory postrzega wszystko przez pryzmat własnej choroby. Choroba wywołująca ból i cierpienie niejako automatycznie kieruje uwagę chorego na swoje ciało oraz modyfikuje lub uniemożliwia działania w środowisku życia (praca zawodowa, nauka w szkole itd.). Zmusza człowieka do skupienia uwagi na sobie, a człowiek, czyniąc to, ogranicza własną tożsamość. Doświadczenie choroby jest niedostępne dla innych, co z kolei powoduje osamotnienie w cierpieniu. Istotny jest także fakt, że choroba przewlekła stanowi zwykle istotną barierę życiową, wpływa na zmianę planów oraz aspiracji edukacyjnych i życiowych⁶⁸. W ramach prowadzonego przeze mnie seminarium magisterskiego podjęte zostały badania dotyczące jakości życia dzieci dotkniętych cukrzycą typu 1., polegające na charakterystyce ich subiektywnego przeżywania choroby, relacji z otoczeniem, kontaktów z rodziną, reakcji rodziców, radzenia sobie z codziennymi obowiązkami i problemami, uczestnictwa w życiu towarzyskim, aktywności własnej, stopnia samodzielności chorych bądź zależności od innych, ich zainteresowań, sytuacji materialnej i planów życiowych. Badaniem zostali objęci pacjenci (i ich rodzice) leczący się w 2003 roku w Klinice i Katedrze Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka i Matki w Katowicach (Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 SAM)⁶⁹. Jako przykład prezentuję jeden z 10 opisanych przypadków, przypadek Michała (lat 16)⁷⁰.

Michał był uczniem trzeciej klasy gimnazjum. Niepokojące objawy, polegające na picciu nadmiernej ilości płynów, które nastąpiły dwa i pół roku temu, zmobilizowały Michała do pójścia do lekarza rodzinnego. Lekarz zalecił chłopcu wykonanie podstawowych badań, które jednoznacznie wykazały podwyższony poziom glukozy we krwi. Następnie skierowano Michała do specjalistycznej poradni diabetologicznej, by móc potwierdzić lub wykluczyć podejrzenie cukrzycy. Niestety, po przeprowadzeniu kolejnych badań lekarze postawili diagnozę — *diabetes mellitus*. Sięgając pamięcią dnia, w którym Michał dowiedział się, że zachorował na cukrzycę typu 1., mówi: „Dzień ten zapowiadał się tak, jak każdy inny w roku, rano wstałem i normalnie poszedłem do szkoły. Minęły wszystkie lekcje, więc razem z kolegami wracałem do domu. Wszedłem do domu i zobaczyłem płaczącą mamę. Na początku trochę się przeraziłem i dlatego od razu spytałem, co się stało. Wtedy to właśnie z ust mamy poznałem swój wyrok, mówiący o tym, że jestem chory na cukrzycę”. Pierwszą reakcją pacjenta był płacz i chęć ucieczki gdzieś dale-

⁶⁸ Zob. *Elementy socjologii dla pielęgniarek*. Red. I. Taranowicz, A. Majchrowska, Z. Kawczyńska-Butrym. Lublin 2000, s. 175–176.

⁶⁹ A. Koszek: *Jakość życia dzieci chorujących na cukrzycę typu I w rodzinie*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2003. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

⁷⁰ Ibidem, s. 100–111.

ko, powrót do dni, w których był jeszcze całkowicie zdrowy. Ową „słabość” pacjent tłumaczy kompletnym brakiem wiedzy dotyczącej cukrzycy. „Raczej czułem, że choroba ta jest bardzo poważna, niż wiedziałem, że w rzeczywistości taka jest”. Następnie Michał dowiedział się, że jego choroba nie minie, wręcz przeciwnie — będzie go „dręczyć do końca życia” — mówi pacjent. Michał postanowił wtedy, że nie pozwoli swojej chorobie na całkowitą zmianę życia. W związku z daną sobie obietnicą pacjent na samym początku miał ogromne problemy z dostosowaniem się do nowych realiów życia, z poddawaniem się koniecznym zabiegom, z samokontrolą. Dodatkowym utrudnieniem prowadzenia systematycznego leczenia był brak chęci do zaakceptowania jego choroby przez mamę, siostrę, a także ojca. Mama Michała cały czas płakała. „Była w tym okresie strasznie nerwowa, o każdą, nawet najdrobniejszą głupotę krzyczała. Nie mogłem sobie z tym poradzić” — wspomina respondent. Ojciec chłopca ciągle chodził po domu, szukając odpowiedniego dla siebie miejsca. Michał był zmuszony pójść do szpitala, by tam nauczyć się podstawowych zasad leczenia cukrzycy, umożliwiających mu prowadzenie normalnego życia z chorobą. Podczas edukacji diabetologicznej Michałowi towarzyszyła już cała rodzina, która mimo to, że nie pogodziła się z chorobą Michała, próbowała być gotowa do udzielania mu pomocy i wsparcia. Mama zobowiązała się do przygotowywania posiłków oraz nocnych kontroli glikemii, gdyż pacjent ignorował i nadal ignoruje dźwięk budzika. Choroba Michała miała duży wpływ na funkcjonowanie rodziny, mama zrezygnowała z pracy zawodowej, ponieważ chciała być „zawsze w domu, by móc kontrolować chorobę syna i przygotowywać posiłki o określonych porach”. Pogorszyło to sytuację finansową rodziny, ale rodzice w wywiadzie podkreślili, że „zdrowie syna było wtedy i nadal jest najważniejsze”. Najbliżsi koledzy Michała byli poinformowani o chorobie Michała i ich reakcja, jak mówi Michał, „nie była jakaś specjalna, powiedziałem im, że jestem chory, i tyle. Odpowiedzieli, że O.K. i nadal traktują mnie tak samo”. Rodzice Michała poinformowali też wychowawczynię syna o jego chorobie, prosząc o przekazanie tej informacji innym nauczycielom, wręczyli jej ulotki o cukrzycy oraz udzielili niezbędnych informacji dotyczących pomocy, skontaktowali się także z higienistką, u której zostawili glukagon potrzebny w przypadku ciężkiej hipoglikemii. Michał uwielbia spędzać czas z kolegami. Wspólnie wyjeżdżają na wycieczki rowerowe, grają w koszykówkę i siatkówkę. Zapytany o plany na przyszłość, Michał informuje, że jako chłopiec, chciał pracować w sądzie, chciał zostać adwokatem. Jednak na razie żyje dniem dzisiejszym, gdyż cukrzyca uświadomiła mu, że w każdej chwili może się stać coś, co zmieni jego przyszłość. Jego jedynym marzeniem jest odkrycie naukowe, które pozwoli jemu i innym osobom chorującym na cukrzycę być znowu zdrowym, całkowicie zdrowym.

Jak obrazuje opisany przypadek, choroba i jej skutki są zwykle źródłem stresu dla chorego i jego rodziny. Sytuacja ta może być różnie oceniana: jako wyzwanie uznawane za sytuację trudną, która wymaga przezwyciężenia,

jako kara zasłużona lub niesprawiedliwa, co utrudnia leczenie ze względu na bierną postawę chorego i/lub jego rodziny. Bywa także, że chorobę odcenia chory jako ulgę — sposób na uwolnienie się od innych problemów, bądź jako strategię, dzięki której chory dobrze czuje się w roli chorego, a choroba stwarza możliwość uzyskania różnego rodzaju korzyści, na przykład materialnych, czy też umożliwia zaspokojenie niektórych potrzeb⁷¹. Warto dodać, że radzenie sobie z chorobą w sensie pokonywania stresu z nią związanego jest przedmiotem zainteresowań poznawczych psychologii, między innymi analiz różnych strategii⁷².

Dziecko cierpiące na taką samą z nazwy chorobę, jak osoba dorosła, choruje jednak inaczej; w zależności bowiem od wieku dziecka ta sama choroba przebiega inaczej, inne są jej objawy, sposób leczenia i rokowania. Pogłębione badania problematyki zdrowotnej dziecka rozpoczęto w latach czterdziestych XX wieku, natomiast w połowie XIX wieku zaczęto stopniowo podejmować problematykę opieki nad chorym dzieckiem, zakładając pierwsze szpitale dziecięce⁷³. W problematyce dziecka chorego istotne są problemy jakości życia, zwłaszcza w chorobie przewlekłej (np. choroby przemiany materii, choroby układu oddechowego, alergie, nowotwory). Jak wspomniałam wcześniej, choroba jest źródłem stresu zarówno dla chorego, jak i jego rodziny. Rodzice wiadomość o chorobie dziecka najczęściej przyjmują z rozgoryczeniem, któremu towarzyszy lęk i poczucie bezradności. Dlatego tak ważny jest sposób, w jaki lekarz przekazuje informacje o chorobie i możliwościach leczenia. Rozmowa ta jest bowiem punktem wyjścia podjęcia konkretnych działań przez rodziców. Wielu z nich potrzebuje wsparcia emocjonalnego ze strony personelu medycznego⁷⁴. Można wyróżnić kilka charakterystycznych etapów przystosowywania się rodziców do nowej sytuacji, jaką jest choroba dziecka. W pierwszym momencie związanym z wiadomością o chorobie najczęstszą reakcją jest szok, a w konsekwencji — kryzys emocjonalny związany z poczuciem bezradności, zagubienia, gniewu, buntu, a także poczucie winy. Odczuciom tym towarzyszy niewiara w kompetencje lekarzy. Następnie rodzice wykazują pozorne przystosowanie i biernie wykonują polecenia lekarzy. Po pewnym czasie (indywidualnie dla każdej rodziny) następuje przystosowanie do sytuacji, które wyraża się w podjęciu aktywności mającej na celu niezbędną reorganizację życia rodziny⁷⁵. Przeżywanie choroby przez dziecko jako osobę zależną zdeterminowane jest postawą rodziców zarówno wobec choroby, jak i wobec dziecka. Akceptacja dziecka i jego choroby, współpra-

⁷¹ B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy zdrowia...*, 2000, s. 57–58.

⁷² Zob. *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać...*

⁷³ M. Rybakowa: *Sztuka rozmowy z chorym dzieckiem*. W: *Sztuka rozmowy z chorym*. Red. A. Grajcarek. Kraków 2001, s. 137–139.

⁷⁴ M.B. Pecyna: *Dziecko i jego choroba*. Warszawa 2000, s. 56–58.

⁷⁵ M. Chodkowska: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Lublin 1995, s. 31.

ca z lekarzem, modyfikacja organizacji i stylu życia — to niezbędne elementy warunkujące jakość życia dziecka w chorobie. Trudno jednak oczekiwać jednolitych dla wszystkich rodziców pozytywnych postaw w tej nowej i tak trudnej sytuacji. Wielokrotnie zdarza się, że rodzice przyjmują postawy niekorzystne dla dziecka chorego w sensie jego rozwoju i jakości życia. Jest to przede wszystkim zaniedbywanie zdrowotne związane z niezaspokajaniem potrzeb egzystencjalnych, potrzeb psychospołecznych, potrzeb związanych z leczeniem, a także zaniechanie współpracy z lekarzem i leczenia (np. podawania leków, rehabilitacji, opieki w chorobie). Bywa też, że rodzice przyjmują postawę nadmiernej opiekuńczości (pobłażania) lub odtrącenia dziecka chorego, przysparzającego problemów w rodzinie⁷⁶. Rodzice dziecka chorego podejmują wiele różnorodnych czynności o charakterze opiekuńczo-pielęgnacyjnym, wychowawczo-terapeutycznym i rehabilitacyjnym, które wymagają zmiany lub modyfikacji pełnionych ról rodzicielskich⁷⁷.

Dla przykładu podam, że badania nad jakością życia dzieci chorych, przeprowadzone w 136 rodzinach z dzieckiem w młodszym wieku szkolnym chorującym na alergię⁷⁸, wskazują, że w badanych rodzinach podejmuje się liczne działania mające na celu poprawę jakości życia dziecka z alergią, w zależności od rodzaju alergii i jej nasilenia. Zmiany w dotychczasowym trybie życia dotyczyły przede wszystkim: modyfikacji wyposażenia mieszkania, na przykład usunięcia alergenów, zmiany diety. Zmiany dokonywane przez rodziców z dzieckiem chorym związane były z ich świadomością o chorobie alergicznej oraz ze statusem społeczno-ekonomicznym. Oto opis przypadku dwóch dziewczynek — Mileny, lat 11, i Karoliny, lat 10, żyjących w tej samej rodzinie⁷⁹.

U dziewczynek objawy alergii pojawiły się w momencie pójścia do przedszkola, kiedy zaczęły chorować. Powtarzające się infekcje górnych dróg oddechowych były powodem nieobecności dzieci w przedszkolu. W 5. i 6. roku życia dziewczynkom wykonano pierwsze testy, które ostatecznie potwierdziły alergię na roztocza kurzu domowego, pleśnie, śladowo — na sierść psa i kota, kakao, jajka, mąkę pszenną i żytnią. W wieku 6–7 lat pojawiła się u dziewczynek astma. W rodzinie nie było zachorowań na alergię. W mieszkaniu zmieniono wszystko. Rodzina mieszkała w starym budownictwie, gdzie na ścianach i pod parkietem był grzyb. Zerwano parkiet, zało-

⁷⁶ A. Maciarz: *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych*. Kraków 1998, s. 35–42.

⁷⁷ Ibidem, s. 39–40. Zob. także A. Roter: *Proces socjalizacji dzieci w warunkach ubóstwa społecznego*. Katowice 2005.

⁷⁸ A. Dworak: *Środowisko rodzinne jako wyznacznik jakości życia dziecka z alergią*. Nieopublikowana praca doktorska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2007. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

⁷⁹ Ibidem, s. 206–207.

żono panele podłogowe, zerwano stare tynki. Zlikwidowano dywany, ciężkie zasłony, które były w każdym oknie, długie firanki zastąpiono firankami krótkimi, łatwymi do częstego prania. Pościel z pierza zastąpiono pościelą antyalergiczną. Dziewczynki bardzo domagały się zwierzątek, które miały wszystkie ich koleżanki. Rodzice kupili najpierw zółwia, który został polecany przez lekarza. Z czasem pojawił się królik, świnka, myszki. Niestety, ataki astmy u dziewczynek zaczęły pojawiać się prawie codziennie, co spowodowało kategoryczne pozbycie się zwierząt. Zmiany wprowadzone w mieszkaniu były bardzo dużym wydatkiem dla rodziny. Rodzina nie korzystała z żadnej formy pomocy materialnej. Niewielką pomoc materialną otrzymała od dziadków dziewczynek. Rodzice korzystali z pożyczek w zakładach pracy. Niestosowana jest u dziewczynek dieta eliminacyjna, gdyż alergeny pokarmowe nie wywołują u dziewczynek żadnych objawów. W przedszkolu [dziewczynki — E.S.] miały swoje poduszeczki do leżakowania. Nie wprowadzono dziewczynkom diety. Wychowawczynie wiedziały o chorobie, był kontakt telefoniczny z rodzicami, opisane leki były przechowywane u wychowawczynie. Dziewczynki chorowały głównie w okresie zimowym, wiosną i latem zdecydowanie mniej, co nie ograniczało przebywania dzieci na świeżym powietrzu. Szkoła została poinformowana o chorobie, ponieważ na pierwszym spotkaniu z wychowawczynią wszyscy rodzice wypisywali ankiety dotyczące zdrowia dziecka. Mama dziewczynek szczegółowo opisała chorobę dzieci, sytuacje, które mogą zainicjować wystąpienie objawów alergii. Dziewczynki nie ćwiczą na zajęciach z wychowania fizycznego. Powodem jest obecność na sali gimnastycznej maty antypoślizgowej, która jest siedliskiem kurzu, więc po zajęciach zawsze u dziewczynek występowały ataki astmy. W zajęciach ruchowych na świeżym powietrzu uczestniczą, latem dużo czasu spędzają na dworze, jeżdżą na rowerze, uczestniczą w zabawach z rówieśnikami. Mają dobry kontakt z rówieśnikami. Choroba nie ogranicza dziewczynek. Osiągają dobre wyniki w nauce. Jednakże po atakach astmy są nieco ospałe, senne, mają trudności z koncentracją. Wtedy mama informuje wychowawczynię i wobec dziewczynek stawiane są mniejsze wymagania. Nie były na zielonej szkole ze względu na duży koszt finansowy. Dwukrotnie były w sanatorium, raz z rodzicami, raz same. Rokrocznie na wakacje wyjeżdżają z rodzicami. Zawsze są to wczasy zorganizowane z myślą o potrzebach dziewczynek. Rodzice dowiadują się o jakości budynku (grzyb), zawsze wybierają te nowe, sprawdzają wyposażenie pokoi (stare — nowe), zabierają swoją pościel. Wiadomość o chorobie przyjęto z niedowierzaniem, zmieniano lekarzy, w nadziei że diagnoza będzie inna. „Z czasem pogodziliśmy się z faktem alergii i zaakceptowaliśmy chorobę”. Dziewczynki na początku nie rozumiały konieczności unikania pewnych sytuacji. Z czasem pogodziły się (uwielbiały bawić się na strychu u babci, gdzie jest dużo „dziecięcych skarbów” i jednocześnie dużo kurzu, ale zrozumiały, że muszą zrezygnować z tej przyjemności). Leczenie dziewczynek to duży wydatek finansowy dla rodziny, ponieważ miesięcznie wydają 200 złotych. Obydwoje rodzice pracują, mają wykształcenie średnie, mama studiuje zaocznie. Zdaniem mamy, choroba nie ogranicza dziewczynek w sposób drastyczny.

Wyniosła pewną wiedzę ze szkoły medycznej, co zdecydowanie ułatwia jej opiekę i zrozumienie zachowania dziewczynek oraz umożliwia normalne funkcjonowanie rodziny. Choroba nie pogłębia się, jest nawet pewna poprawa, gdyż dziewczynki nie chorują tak często. Mama ma nadzieję, że okres dojrzewania cofnie ich chorobę. Nieco inna jest postawa ojca. Według niego wszystko jest podporządkowane potrzebom dziewczynek, co postrzega jako „trzymanie ich pod kloszem”. Wiąże się to z konfliktami między ojcem a dziewczynkami i ojcem a matką. W ostateczności znajdują wspólne kompromisowe rozwiązania. Wiedzę o chorobie czerpią z ulotek od lekarza, serwisów internetowych, czasopism związanych z alergią.

Każdy analizowany przypadek rodziny z problemem zdrowotnym jest inny, dlatego wszelkie działania pomocowe powinny być dostosowane do potrzeb konkretnej rodziny. Ważne jest przede wszystkim zdiagnozowanie tych potrzeb⁸⁰.

Analizując czynniki decydujące o jakości życia dziecka chorego jako osoby zależnej, wskazać należy kilka podstawowych kwestii, które trzeba wziąć pod uwagę ze względu na ich znaczenie w podejmowanych badaniach. Wydaje się, że konieczny staje się udział nauk społecznych, w tym pedagogiki, psychologii i socjologii, w podejmowaniu badań nad społecznymi, psychologicznymi i wychowawczymi aspektami jakości życia dziecka chorego. W podejmowanych analizach należy przyjąć społeczno-ekologiczny model zdrowia podkreślający wzajemne relacje człowieka ze środowiskiem życia, który zakłada⁸¹: nierówny dostęp do zdrowia (opieki zdrowotnej); zależność od takich zmiennych, jak: płeć, wiek, warunki materialne, wykształcenie; obowiązek uwzględniania w edukacji zdrowotnej określonego znaczenia, jakie osoby — w tym przypadku rodzice — nadają zdrowiu w swym życiu codziennym.

Chorobę dziecka należy traktować jako podstawową zmienną, determinującą jakość życia dziecka chorego, z uwzględnieniem faktu, że dziecko chore jest osobą zależną od rodziców/opiekunów, którzy ponoszą za nie odpowiedzialność nie tylko w sensie moralnym, ale i prawnym. Jednym z elementów treści dotyczącej władzy rodzicielskiej jest piecza nad osobą dziecka, polegająca na stałej trosce i ciągłym staraniu o dziecko, co wyraża się w dążności do zapewnienia mu odpowiednich warunków do życia, ochrony przed niebezpieczeństwami, a także warunków prawidłowego rozwoju. Piecza nad dzieckiem jest prawem i obowiązkiem wychowania i kierowania dzieckiem, a pod pojęciem wychowania rozumie się oddziaływanie na dziecko w czasie jego rozwoju zgodne z zasadami współżycia społecznego, mające na celu zapew-

⁸⁰ Zob. E. Jarosz, E. Wysocka: *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*. Warszawa 2006.

⁸¹ *Promocja zdrowia. Wydanie nowe*. Red. J.B. Karński. Warszawa 1999, s. 309.

nienie pełnego rozwoju osobowości. Kierowanie dzieckiem polega na ukierunkowywaniu jego postępowania i podejmowaniu decyzji, dopóki samo nie będzie do tego zdolne⁸².

Traktując dziecko chore jako osobę zależną w wymiarze funkcjonowania w chorobie, należałoby wziąć pod uwagę następujące psychospołeczne wyznaczniki środowiska rodzinnego, mające znaczenie dla jego jakości życia:

1. *Rodzaj choroby* (zaburzenia, niepełnosprawności), prawidłową diagnozę, rokowania wyzdrowienia, możliwość dostępu do służby zdrowia, w tym do badań specjalistycznych. Ważne jest między innymi podjęcie optymalnych działań w walce z bólem w sytuacji choroby przewlekłej czy terminalnej. Warto dodać, że każdego roku rozpoznaje się nowotwory złośliwe u około 1 100–1 200 dzieci, a wskaźniki zachorowalności wahają się od 105–130 na milion dzieci⁸³.

2. *Dostępność do zabiegów leczniczych*, terapii, rehabilitacji i edukacji dziecka chorego/niepełnosprawnego; zaopatrzenie w odpowiedni sprzęt rehabilitacyjny i kompensacyjny.

3. *Status społeczno-ekonomiczny rodziny*, który ma związek z umożliwieniem zaspokajania potrzeb egzystencjalnych (odpowiednia dieta w określonej chorobie, warunki mieszkaniowe zabezpieczające dobre warunki funkcjonowania dziecka chorego w domu, ubranie odpowiednie do pór roku i problemów zdrowotnych), zdrowotno-terapeutycznych dziecka chorego/niepełnosprawnego. Status społeczno-ekonomiczny pozostaje we współzależności z wykształceniem i z zawodem rodziców. Bezrobocie, bieda, marginalizacja, które stanowią duże zagrożenie współczesnej rodziny, w przypadku choroby dziecka ograniczają, a w wielu przypadkach wręcz uniemożliwiają podjęcie wielu optymalnych działań na rzecz zdrowienia dziecka chorego⁸⁴.

4. *Atmosferę życia rodzinnego*, tzn. klimat emocjonalny i rodzaj więzi między członkami rodziny sprzyjający integracji członków rodziny w podejmowaniu opieki i walki z chorobą dziecka, wyrażający się między innymi w preferowanych postawach rodzicielskich i udzielaniu wzajemnego wsparcia społecznego w sytuacji szczególnie trudnej, jaką jest choroba dziecka⁸⁵.

5. *Preferowany system wartości i wzorów* postępowania społecznie akceptowany, związany między innymi z wieloma uznanymi kulturowo powinnościami wobec chorych i potrzebujących. W ujęciu socjologicznym wzory zachowań, wartości oraz cele życiowe, zainteresowania kulturalne, a także

⁸² A. Kwak, A. Mościskier: *Rzeczywistość praw...*, s. 91.

⁸³ J. Kowalczyk: *Onkologia dziecięca w Polsce — osiągnięcia i wyzwania*. W: *Polska dla Dzieci...*, s. 204.

⁸⁴ Zob. *Wykluczenie i marginalizacja społeczna. Wokół problemów diagnostycznych i reintegracji psychospołecznej*. Red. K. Biało-brzeska, S. Kawula. Toruń 2004.

⁸⁵ Zob. E. Syrek: *Zaniedbanie emocjonalne dzieci jako zagrożenie zdrowia — wybrane aspekty*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2004, nr 29.

kryteria ekonomiczne pozwalają opisać zróżnicowania stylów życia w społeczeństwie, które zaznaczają się między różnymi kategoriami społecznymi i środowiskami⁸⁶.

6. *Stan zdrowia rodziców/opiekunów*, który nie ogranicza bądź nie uniemożliwia pełnienia ról rodzicielskich, funkcji pielęgnacyjno-opiekuńczych i aktywności zawodowej.

7. *Sposób i zakres pełnienia ról rodzicielskich*, umiejętność modyfikacji ról ze względu na chorobę dziecka. W wielu przypadkach matki rezygnują z pracy zawodowej, by być w pełni dyspozycyjne w sprawowaniu opieki nad dzieckiem chorym/niepełnosprawnym⁸⁷.

8. *Świadomość zdrowotną rodziców* — stosowanie się do zaleceń lekarskich, zdobywanie wiedzy o chorobie dziecka, wiedzy i umiejętności zaspokajania potrzeb dziecka w określonej chorobie, współpraca w terapii i rehabilitacji z personelem medycznym.

9. *Styl życia* — umiejętności ułatwiające zmianę stylu życia w rodzinie ze względu na chorobę dziecka (odżywianie, wypoczynek, zmiana organizacji życia w rodzinie, radzenie sobie ze stresem, poszukiwanie wsparcia społecznego, dawanie wsparcia społecznego, wykorzystywanie zasobów indywidualnych i rodzinnych, umiejętność komunikacji i rozwiązywania konfliktów)⁸⁸.

10. *Brak patologii życia społecznego w rodzinie* (alkoholizm, narkomania, przemoc, krzywdzenie dziecka, przestępczość, prostytutka). Patologia społeczna w rodzinie uniemożliwia zaspokojenie podstawowych potrzeb egzystencjalnych i psychospołecznych dziecka chorego i może stanowić zagrożenie pogłębiania się choroby, narażenia dziecka na inne poza zdrowotnymi zagrożenia oraz w wyniku rażących zaniedbań prowadzić do zagrożenia życia⁸⁹.

11. *Strukturę rodziny* (pełna, niepełna, liczba dzieci w rodzinie). W rodzinie pełnej obowiązki związane z reorganizacją życia rodziny z dzieckiem chorym/niepełnosprawnym są podzielone między poszczególnych członków, w zdecydowanie trudniejszej sytuacji są samotne matki/samotni ojcowie. Ponadto rodzice i dzieci są spokrewnieni, stanowi to podstawę wszystkich typów za-

⁸⁶ M. Pacholski, A. Słaboń: *Słownik pojęć socjologicznych*. Kraków 1997.

⁸⁷ Zob.: A. Maciarz: *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*. Warszawa 2004; M. Chodkowska: *Teoria ról społecznych*...

⁸⁸ Zob.: *Pedagogika społeczna w perspektywie europejskiej. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*. Red. S. Kawula, E. Marynowicz-Hetka, A. Przecławska. Olsztyn 2003; J. Chodkiewicz: *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Łódź 2005.

⁸⁹ Zob. np.: E. Jarosz: *Dom, który krzywdzi*. Katowice 2001; A. Olejniczak-Merta: *Szanse, bariery i zagrożenia dzieci i młodzieży w okresie przemian społeczno-gospodarczych*. W: *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*. Red. B. Balcerzak-Paradowska. Warszawa 1999.

chowań altruistycznych⁹⁰. Natomiast matki samotnie opiekujące się dziećmi mają wysokie wskaźniki symptomów zespołu „wypalania się sił”, związane z poczuciem osamotnienia i niezrozumienia przez innych, zmęczenia, poczucia braku kompetencji i nieskuteczności, poczucia bezradności i apatii⁹¹.

12. *Miejsce zamieszkania* (miasto, wieś, ekologiczne warunki środowiska), które w wielu przypadkach decyduje o dostępności do służby zdrowia. W niektórych chorobach ważnym zaleceniem jest zmiana środowiska, na przykład ze względu na klimat, który dla dziecka jest bardziej korzystny w dochodzeniu do zdrowia lub zatrzymaniu rozwoju choroby. Środowisko naturalne ma znaczący wpływ na zdrowie. Aktualnie podejmuje się wiele działań na rzecz jego poprawy celem opanowania ryzyka zdrowotnego związanego z jego zanieczyszczeniem⁹².

Współczesna rodzina jako element makrostruktury społecznej narażona jest na wiele zagrożeń mających swe źródło w przemianach społeczno-ekonomicznych, staje się niewydolna ekonomicznie i wychowawczo, boryka się z wieloma problemami natury egzystencjalnej, ale także z wieloma problemami osobistymi swych członków. Funkcjonowanie rodzin w aktualnych warunkach społeczno-ekonomicznych jest niezwykle zróżnicowane w wyniku pogłębiających się nierówności społecznych, a zatem wymienione wyznaczniki jakości życia, związane ze środowiskiem rodzinnym, dla każdego dziecka chorego mają inny, bo indywidualny, wymiar.

Wymienione, pozostające we wzajemnych związkach, rodzinne wyznaczniki jakości życia dziecka chorego nie wyczerpują złożonego problemu, jakim jest jakość życia dziecka chorego we współczesnej, zróżnicowanej rzeczywistości społeczno-ekonomicznej w Polsce, są bowiem jedynie zasygnalizowaniem zagadnienia i zarysowaniem obszarów badawczych dla ich poznawania.

Wydaje się także zasadne zwrócić uwagę, że oprócz komplementarnych wyznaczników jakości życia dziecka chorego w środowisku rodzinnym, jest także wiele zmiennych związanych z działaniami medyczno-terapeutycznymi, rehabilitacyjnymi i z promocją zdrowia w zakładach opieki medycznej (np. poradnie, szpitale, sanatoria).

Sytuacja dziecka chorego i jakość jego życia w warunkach szpitala są zupełnie inne niż dziecka przebywającego w warunkach domowych. Także dla rodziców pobyt dziecka w szpitalu niesie z sobą specyfikę przeżywania tej sytuacji. Badania przeprowadzone w 2003 roku w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka i Matki miały na celu poznanie specyfiki sytuacji dziecka hospitalizowanego, jego przystosowania do warunków szpitalnych (także estetyki

⁹⁰ A. Giza-Poleszczuk: *Rodzina a system społeczny. Reprodukacja i kooperacja w perspektywie interdyscyplinarnej*. Warszawa 2005, s. 119.

⁹¹ A. Maciarz: *Macierzyństwo...*, s. 44–45.

⁹² Zob. P. Matczak: *Problemy ekologiczne jako problemy społeczne*. Poznań 2000.

otoczenia), kontaktów z rodziną i rówieśnikami oraz znalezienie odpowiedzi na pytanie, jak zmienia się życie rodzinne i zawodowe rodziców w związku z chorobą dziecka. W wyniku przeprowadzonych badań dokonano charakterystyki 12 indywidualnych przypadków, stosując wywiad i obserwację⁹³.

Marysia miała lat 10 i była uczennicą czwartej klasy szkoły podstawowej w czasie prowadzenia badań⁹⁴. W Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka i Matki przebywała drugi raz, ale był to jej siódmy pobyt w szpitalu. W szpitalu przebywała w chwili badania od trzech dni, cały czas ze swoją mamą. Dziewczynka była z tego zadowolona, ponieważ nie tęskniła za mamą, ona była zawsze obok. Marysi nie odwiedza nikt z pozostałych członków rodziny, koleżanek. Tłumaczy to tym, że wszyscy daleko mieszkają. Na wypadek nudy dziewczynka zabrała z sobą mnóstwo zabawek: lalkę wraz z wózkiem i ubrankami, dwa misie, z którymi zasypia, puzzle, grę komputerową, książeczki do kolorowania. W szpitalu przez trzy dni zdążyła poznać pięć koleżanek, wspólnie się bawią, wymyślają gry. Ulubioną rozrywką na oddziale jest gra w karty. Mówi, że zawsze koleżanki z nią przegrywają, dlatego tak jej się to podoba. W pierwszym dniu pobytu w szpitalu i przed przyjściem tu Marysia wspomina, że płakała. Hospitalizacja kojarzy jej się z nieprzyjemnymi uczuciami, bolesnymi zabiegami, których zawsze się boi. Następny dzień był już dużo lepszy i spokojniejszy, przed badaniami [...] jasno jej wytłumaczyli, na czym one [zabiegi — E.S.] polegają, więc wiedziała, co ją czeka. Popołudniami nie leżała na oddziale, mogła wychodzić razem z mamą poza teren szpitala, z czego korzystała jak najczęściej. Teraz jest już zadowolona i uśmiechnięta, ponieważ po ostatnim badaniu, które jest zupełnie bezbolesne, jedzie do domu. Marysi szpital się podoba, ponieważ ma tu koleżanki, jest miły personel medyczny. Na wystrój dziewczynka nie zwracała uwagi, to, z czego była zadowolona i co uprzyjemniało jej czas spędzony na oddziale, to możliwość przebywania we własnych ubraniach oraz wyjścia poza teren szpitala. Propozycje umilenia hospitalizacji to: basen dla pacjentów, komputery z dużą ilością gier oraz minizoo. Marysia chciałaby, żeby w czasie choroby jeszcze bardziej wszyscy jej usługiwali i spełniali życzenia — „tak, jak królowej”. Mama Marysi jest przyzwyczajona do chorób córki, do licznych pobytów w szpitalach. Twierdzi, że dziecko jest chorowite od narodzin. Ma jeszcze czwórkę dzieci, które także są chore. Matka nie obawia się o córkę i wpływ, jaki mają na dziecko hospitalizacje, dlatego że jest do tego przyzwyczajona, po drugie była pielęgniarką (obecnie jest na rencie). W wywiadzie mówi: „Wiem, na czym to wszystko polega, i nie martwię się niczym, ten szpital jest dobry, więc dziecko tutaj nie może mieć żadnych trudności”. Matka zauważyła jednak duży lęk przed kolejnymi pobytami Marysi w szpi-

⁹³ A. Kosmala: *Charakterystyka sytuacji dziecka chorego przebywającego w szpitalu*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2003. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

⁹⁴ Ibidem, s. 110–112.

talach. Twierdzi, że „dziecko nie przyzwyczaja się tak jak ja, wręcz odwrotnie, obawy córki za każdym razem się [...] nasilają”. Dziewczynka w szpitalu, zdaniem matki, ma bardzo zmienny nastrój — od radości do nagłego wybuchu złości, płaczu. Nowych obowiązków związanych z chorobą córki i koniecznością jej hospitalizacji nie przybyło, ponieważ od narodzin Marysi jest ich dużo, są męczące, ale się nie zmieniają. Podczas nieobecności matki wszystkie obowiązki związane z prowadzeniem domu i zajmowaniem się pozostałymi dziećmi spadły na najstarszą córkę.

W roku 2001 Fundacja „Porozumienie bez Barier” zaproponowała Górnośląskiemu Centrum Zdrowia Dziecka i Matki im. Jana Pawła II przystąpienie do programu Motylkowe Szpitale dla Dzieci. Na ten cel została przeznaczona odpowiednia kwota z zasobów fundacji. Szpital dołożył wszelkich starań, aby wnętrze i jego otoczenie były przyjazne dla pacjentów, a warunki pobytu dziecka w czasie hospitalizacji uległy poprawie. Dzięki pracy pielęgniarek mających zdolności plastyczne oraz dodatkowo zatrudnionej osoby z wykształceniem artystycznym upiększono wnętrze szpitala, które jest pozytywnie oceniane zarówno przez pacjentów, jak i ich rodziców. W wywiadach wypowiadali się następująco⁹⁵:

Szpital jest rewelacyjny, bardzo wygodny, można w każdej chwili skorzystać z kuchni, która jest do dyspozycji pacjentów, panuje tu świetna atmosfera, nie ma przytłaczających białych ścian i pościeli, nie czuć, tak jak w innych placówkach tego rodzaju, charakterystycznego — szpitalnego zapachu; Nowoczesna placówka, bardzo kolorowa, a to ma jednak duże znaczenie dla pacjentów. Bardzo istotne jest profesjonalne podejście personelu medycznego do dzieci i rodziców; Jest tutaj świetna pomoc medyczna i psychologiczna.

W trosce o zdrowie dzieci podjęto inicjatywę pod nazwą Szpital Przyjazny Dziecku (FHI — Baby-Friendly Hospital Initiative), którą zapoczątkowały WHO i UNICEF w 1991 roku w czasie Międzynarodowej Konferencji Towarzystwa Pediatricznego w Ankarze, i określono następujące jej cele: umożliwienie matkom, na podstawie uprzednio dostarczonych informacji, dokonywania właściwych wyborów dotyczących żywienia dzieci, popieranie karmienia piersią, promowanie wyłącznie karmienia piersią w pierwszych sześciu miesiącach, zakaz dostarczania do szpitali bezpłatnych odżywek dla dzieci oraz na potrzeby zdrowotne matek i dzieci, włączenie w razie potrzeby innych zagadnień⁹⁶. W Polsce aktualnie funkcjonuje ponad 40 szpitali przyjaznych dzieciom, które realizują wymienione cele.

⁹⁵ Ibidem, s. 91.

⁹⁶ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Tłum. J.B. Karński. Warszawa—Kraków 2001, s. 65.

Jeżeli dziecko chore/niepełnosprawne jest uczniem, to na jakość jego życia ma wpływ wiele czynników charakterystycznych dla środowiska szkolnego, do których zaliczyć należy między innymi: możliwość skorzystania z nauczania indywidualnego (w niektórych chorobach), postawy pomocniczości nauczycieli wobec ucznia chorego/niepełnosprawnego, ze szczególnym podkreśleniem wiedzy nauczyciela o chorobie dziecka i jego nastawienia na współpracę z rodzicami. Budowanie dobrych relacji z rówieśnikami przy znacznym udziale nauczyciela-wychowawcy pomaga uczniowi choremu identyfikować się z grupą rówieśniczą, nawiązywać stosunki dobrego koleżeństwa i dobrej przyjaźni⁹⁷. Ważny jest także dostęp ucznia z problemami zdrowotnymi do opieki medycznej w szkole, co aktualnie w szkołach stanowi duży problem wymagający odrębnego potraktowania. Wprowadzenie bowiem w 1999 roku *Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997* (Dz.U. nr 28, poz. 23) anulowało rozporządzenie z 1992 roku, w którym określono zasady udzielania uczniom świadczeń zdrowotnych. Wpłynęło to na załamanie się dotychczasowego systemu i ograniczyło bądź uniemożliwiło dostępność uczniów do profilaktyki i opieki medycznej w szkole. Do negatywnych cech ówczesnych rozwiązań należy zaliczyć⁹⁸: brak standardów (kwalifikacje, procedury postępowania) zabezpieczających odpowiednią jakość opieki zdrowotnej nad uczniami, brak uwzględnienia specyfiki świadczeń profilaktycznych w zakresie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w miejscu nauczania, likwidację prawie wszystkich placówek nadzoru w województwach oraz terenowych poradni medycyny szkolnej, znaczące zmniejszenie odsetka pielęgniarek szkolnych, likwidację Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego w dziedzinie Pediatrii i Medycyny Szkolnej. W wyniku licznych dyskusji publicznych z udziałem między innymi Instytutu Matki i Dziecka oraz Rządowej Rady Ludnościowej podkreślono, że najpilniejszą potrzebą wymagającą interwencji władz publicznych jest „odtworzenie i dostosowanie do warunków społecznych, prawnych, finansowych i organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą do 18. roku życia objętej obowiązkiem szkolnym”⁹⁹.

Jakość życia dziecka chorego ma wielowymiarowe uwarunkowania medyczne i społeczno-ekonomiczne, a ponieważ jego funkcjonowanie w chorobie zależy przede wszystkim od działań dorosłych, to koniecznością staje się wielosektorowa współpraca na rzecz pomocy dziecku choremu i jego rodzinie, jako że pokrewieństwa i rodzajów więzi rodzinnej nie sposób zastąpić

⁹⁷ Zob. np.: A. Nowicka: *Psychospołeczna integracja dzieci przewlekle chorych w szkole podstawowej*. Kraków 2001; M. Chodkowska: *Socjopedagogiczne problemy edukacji integracyjnej dzieci z obciążeniami biologicznymi i środowiskowymi*. Warszawa 2004.

⁹⁸ M. Oblacińska, M. Jodkowska, W. Ostręga, I. Tabak, A. Małkowska: *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami w Polsce w latach 2000–2005*. Warszawa 2005, s. 9.

⁹⁹ Ibidem, s. 10.

żadną inną instytucją społeczną, co nie oznacza, że wiele dzieci chorych/niepełnosprawnych, ze względu na różnego rodzaju problemy w środowisku rodzinnym, nie przebywa w instytucjach zapewniających im opiekę i godną egzystencję.

Rodzina jest jednym z podstawowych systemów realizacji środowiskowej strategii promocji zdrowia, przy założeniu jej powiązania z innymi systemami, ze środowiskiem lokalnym i z makrostrukturą społeczną. Istotną kwestią jest funkcjonowanie rodziny w określonych warunkach społeczno-ekonomicznych, które determinują główne kierunki promocji zdrowia¹⁰⁰. Promocję zdrowia rodziny można rozpatrywać z wielu punktów widzenia; można na przykład wziąć pod uwagę cykle (fazy) życia rodziny, funkcje rodziny czy styl życia. Ale zdrowie rodziny nie jest sumą zdrowia jej członków, ponieważ rodzina jest systemem o określonej strukturze (w rozumieniu liczby jej członków oraz rodzajów więzi społecznej). Promocja zdrowia to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego polepszanie i umacnianie. Jest ona ukierunkowana na ludzi zdrowych, ale nawet w sytuacji choroby/niepełnosprawności zapewnia możliwość osiągania swych psychicznych, fizycznych i społecznych możliwości, a dzięki temu — satysfakcjonującego życia. Promocja zdrowia w rodzinie z dzieckiem chorym/niepełnosprawnym jest związana z jednej strony z wieloma działaniami zewnętrznymi (między innymi polityka społeczna, służba zdrowia) na rzecz rodziny oraz dziecka chorego, a z drugiej — z działaniami wewnątrzrodzinnymi stwarzającymi warunki do zdrowienia/niepogarszania się zdrowia dziecka. Podstawowym narzędziem promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna, która umożliwia generowanie zmian w świadomości zdrowotnej, w tym wypadku rodziców. „Żadne w zasadzie kalectwo czy choroba przewlekła nie limituje funkcjonowania człowieka w takim stopniu, by nie można było twórczo korzystać z pozostałego potencjału, aby życie mogło być znaczące i satysfakcjonujące. Co więcej, istniejący potencjał może być wzmacniany i powiększany, a zaburzone czynności odtwarzane przy pomocy mechanizmów kompensacyjnych”¹⁰¹. W literaturze przedmiotu wyodrębnia się trzy etapy wprowadzania elementów promocji zdrowia do życia z chorobą/niepełnosprawnością: pierwszy etap dotyczy zaleceń związanych z prozdrowotnym stylem życia, które pełnią funkcję profilaktyczną (np. zapobieganie wypadkom); etap drugi, zwany etapem aktywnej choroby, kiedy ujawniają się trudności i problemy związane z chorobą/niepełnosprawnością i jej przeżywaniem (ból, depresja, poczucie bezradności itp.) — tu promocja zdrowia

¹⁰⁰ Zob. A. Sowińska: *Promocja zdrowia w warunkach przemian społecznych*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek. Katowice 1997.

¹⁰¹ *Promocja zdrowia. Wydanie nowe...*, s. 349.

powinna się koncentrować na kwestiach psychospołecznych, na sposobach skutecznego radzenia sobie z chorobą, na wsparciu społecznym udzielanym przez bliskich, a także działalności grup samopomocowych; trzeci etap wiąże się z funkcjonowaniem osoby chorej/niepełnosprawnej w szerszym społeczeństwie — konieczne jest nawiązywanie nowych kontaktów społecznych, czasami zmiana stylu życia i wejście w nowe role społeczne, tak by możliwe stało się prowadzenie satysfakcjonującego życia¹⁰². *Narodowy Program Zdrowia na lata 2006 — 2015...*¹⁰³ podkreśla, że promocja zdrowia obejmuje pięć obszarów: budowanie zdrowej polityki publicznej, tworzenie środowisk życia i pracy (nauki) sprzyjających zdrowiu, zachęcanie społeczeństwa do działań na rzecz zdrowia, rozwijanie w ludziach umiejętności (osobistych i społecznych) służących zdrowiu, reorientację służby zdrowia. Narodowy Program Zdrowia jest podstawowym elementem polityki zdrowotnej. Obecna, znowelizowana wersja określa priorytetowe kierunki działań w Polsce na lata 2006 — 2015 w następujących zakresach¹⁰⁴: umacniania zdrowia i wyrównywania różnic terytorialnych i społecznych dzięki wpływowi na styl życia, a także wyrównywania szans osób starszych i niepełnosprawnych, wczesnego wykrywania i leczenia chorób najczęściej występujących w odwracalnych ich stadiach, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i doraźnej w stanach zagrożenia życia, a także ochrony zdrowia ludności przed najczęstszymi zagrożeniami. Tylko wspólne wielosektorowe wysiłki zmierzające do realizacji Narodowego Programu Zdrowia mogą w znacznym stopniu poprawić stan zdrowia i jakość życia społeczeństwa polskiego, w tym dzieci i młodzieży — również tych chorych i niepełnosprawnych. Rozwój i zdrowie dziecka zależne są więc nie tylko od czynników genetycznych, ale także od wielu czynników natury społecznej i środowiskowej.

¹⁰² Ibidem, s. 354 — 357.

¹⁰³ *Narodowy Program Zdrowia na lata 2006 — 2015 (projekt)*. Ministerstwo Zdrowia. Państwowy Zakład Higieny, s. 9.

¹⁰⁴ Ibidem, s. 9 — 10.

Promocja zdrowego stylu życia rodzinnego — pedagogiczny aspekt zagadnienia

Problemy związane ze zdrowiem rodziny są społecznie i środowiskowo zróżnicowane pod względem jego uwarunkowań i znajdują się w sferze poznawczo-badawczych zainteresowań nauk medycznych oraz pozamedycznych. Poszukuje się również rozwiązań w projektach i planach działań różnego typu służb społecznych, także tych bezpośrednio nie związanych ze zdrowiem, ale mających znaczenie dla zdrowia rodziny (np. działania związane z walką z przemocą domową).

Zdrowie jako wartość ma swe miejsce w kulturze określonych społeczeństw jako swoiste zespoły poglądów, norm zwyczajów oraz wzorów zachowań. Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych wyznaczone są z jednej strony procesem akulturacji w socjalizacji pierwotnej, a z drugiej — postępowaniem cywilizacyjnym i działaniami instytucjonalnymi. Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych to „społecznie ujawniane przez jednostki sposoby chronienia uznawanych w danej grupie wartości, określonych w kulturze tej grupy mianem zdrowia i stanowiących nieodłączny element kultury grupy przekazywany w procesie socjalizacji”¹.

Odmienność obserwowalnych zachowań od oczekiwań profesjonalistów medycznych najczęściej wyjaśnia się w drodze odwoływania się do treści

¹ E. Roman: *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesu socjalizacji dzieci i młodzieży*. „Forum Oświatowe” 1994, nr 1, s. 213—218. Por. np.: D. Jankowski: *Wartości a strategię działalności kulturalnej*. W: *Socjalizacja a wartości*. Red. T. Frąckowiak, J. Modrzewski. Poznań 1995; W. Pasterniak: *Wiedza o wartościach w pedagogice społecznej*. W: *Socjalizacja a wartości...*; L. Witkowski: *Edukacja dla nowej formacji*. Toruń 1986, s. 166; A. Gaweł: *Pedagogizmy wobec wartości zdrowia*. Kraków 2003.

dominujących kulturowo przekonań, które dotyczą zdrowia, choroby, przyczyn i metod leczenia — tego typu zainteresowanie łączy się ze spojrzeniem etnologicznym². Zachowania zdrowotne, nawyki, zwyczaje, postawy, wartości uznawane przez jednostki i grupy społeczne wyrażają się w sposobie, w jaki człowiek postrzega zdrowie, jak je ocenia, jak nim dysponuje, jak reaguje na zdrowie innych, i stanowią element kultury społeczeństwa, przekazywanej z pokolenia na pokolenie. Wzory codziennych zachowań określają — najogólniej mówiąc — styl życia. Wzory te dotyczą różnych kwestii. Jest ich wiele — tak, jak wiele jest stylów życia znamiennych dla określonych zbiorowości społecznych. Styl życia determinują cechy osobowe jednostki, poziom wykształcenia, pozycja społeczna, dążenia, aspiracje oraz czynniki społeczno-kulturowe³. Komponentem kulturowym związanym z wzorami zachowań zdrowotnych jest z pewnością wiedza o problemach zdrowia, choroby, terapii, profilaktyki, kompensacji. W obliczu aktualnej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa polskiego podnoszenie świadomości zdrowotnej wydaje się zadaniem nader istotnym. Podnoszenie poziomu świadomości (*consciousness raising*) wiąże się z działalnością oświatową, której celem w tym wypadku byłaby zmiana zachowań zdrowotnych jednostek, co w konsekwencji mogłoby zmienić obraz sytuacji zdrowotnej naszego społeczeństwa. Podstawę codziennych zachowań członków społeczeństwa stanowi wiedza naukowa, filozoficzna, praktyczna i potoczna, która określa — jak to ujmuje J. Szczepański — stan oświecenia społeczeństwa nie związany z formalnymi świadectwami ukończenia takich czy innych szkół⁴. Istota tak rozumianej działalności oświatowej nie może być ograniczona do przekazywania wiedzy, wartości, sposobów postępowania, ideałów i celów życiowych tylko w warunkach nauczania i wychowania szkolnego. „Działania oświatowe” — to przedsięwzięcia w sensie, jaki nadaje temu terminowi F. Znaniecki, tzn. są działaniami człowieka w celu wywołania modyfikacji w zachowaniach tego, na kogo się oddziałuje. Centralny element działania społecznego, podkreślany także w pedagogice społecznej, stanowią środki, metody, od których skuteczności ono zależy i które stanowią podstawę kategoryzacji wzorów działań społecznych. Istotne znaczenie dla kwestii zdrowia mają wzory akomodacji⁵. Modyfikacji zachowań

² A. Gniazdowski: *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Łódź 1990, s. 31.

³ *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*. Red. A. Siciński. Warszawa 1978, s. 13–20. Zob. także A. Ostrowska: *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa 1999.

⁴ J. Szczepański: *Społeczne uwarunkowania rozwoju oświaty*. Warszawa 1989, s. 39. Zob. także B. Bernstein: *Odtwarzanie kultury*. Wrocław 1990.

⁵ Z. Bokszański: *Pojęcie działania społecznego w teorii socjologicznej Floriana Znanieckiego*. „Studia Socjologiczne” 1972, nr 2, s. 214 i nast. Zob. także E. Marynowicz-Hetka: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa 2006.

dokonuje się w drodze perswazji, zachęcania, naśladownictwa, przywództwa w wychowaniu, świadomego podporządkowania się w imię osiągnięcia celu. W rozwoju społeczeństw obserwuje się przeobrażenia związane ze zmianą metod i środków działania na te, które zyskują uznanie społeczne. Najszybciej jednak można obserwować zmiany w typie reakcji osób czy grup będących podmiotem działania. Działania społeczne odgrywają istotną rolę w kształtowaniu cech mikrostruktur społecznych, ponieważ elementarnym ich składnikiem są charakterystyczne dla danej zbiorowości sposoby społecznego zachowania się ludzi⁶. Znaczenie małych struktur społecznych (np. rodziny, grupy rówieśniczej) polega głównie na tym, że z jednej strony czerpią dobra właściwe całemu społeczeństwu, a z drugiej — tworzą wartości wtórne i wnoszą je we wspólnotę kulturową, wpływając na jej zróżnicowanie⁷.

Promocja zdrowia jest w sensie teoretycznych rozważań zagadnieniem interdyscyplinarnym, korzysta bowiem z wiedzy różnych dyscyplin naukowych, zarówno nauk biologicznych, jak i humanistycznych, w celu ukazania złożoności tego problemu, a następnie wyzyskuje ją do tworzenia wieloaspektowych i wielosektorowych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, w tym dzieci i młodzieży. Warto tu zasygnalizować, że według ostatnich dostępnych danych z roku 2002 choroby układu krążenia są w Polsce przyczyną 47,1% zgonów, nowotwory — 25,0%, urazy i zatrucia — 7,1%, choroby układu oddechowego — 4,3%, choroby układu trawiennego — 4,1%, pozostałe przyczyny dokładnie określone — 5,9%, a przyczyny niedokładnie określone stanowią 6,5%. W porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej (2004 r.) przeciętne trwanie życia mężczyzny w Polsce w 2001 roku było o 5,7 roku krótsze niż w krajach Unii, a kobiety — o 3,5 roku. Standaryzowany współczynnik umieralności ogółem był w tym czasie o 42,2% wyższy w Polsce (dla mężczyzn o 47,2% i dla kobiet o 36,2%) niż w Unii. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia ogółem był w 2001 roku o 81,0% wyższy (dla mężczyzn o 82,7% i dla kobiet o 15,2%) niż w Unii Europejskiej. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem osiągnął w tym samym roku poziom o 19,6% wyższy (wśród mężczyzn wzrósł o 24,6% i w grupie kobiet — o 15,2%)⁸. Ta przedstawiona pokrótce charakterystyka nie jest optymistyczna, zmiany wielosektorowych działań na rzecz zdrowia mogą wzorem innych krajów zawoalować poprawę stanu zdrowia naszego społeczeństwa i jego jakości życia.

Podjęmując problematykę zdrowia, choroby czy promocji zdrowia, należy mieć na uwadze nowy paradygmat nauk o ochronie zdrowia określany

⁶ J. Szczepański: *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa 1965, s. 30.

⁷ P. Rybicki: *Struktura społecznego świata*. Warszawa 1979, s. 216.

⁸ *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2003*. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2004, s. 116 i 123.

jako model społeczno-ekologiczny (*social and ecological model of health*), a nawiązujący do hipokratejskiej tradycji w medycynie. Ów model odnosi się do dynamicznie ujmowanego stanu relacji między podsystemami, które opisują funkcjonowanie człowieka w płaszczyźnie fizjologicznej, społecznej i ekologicznej. To holistyczne spojrzenie ujmowane jest w kontekście ochrony zdrowia. Skomplikowane powiązania między człowiekiem i jego środowiskiem ilustruje „mandala zdrowia” — model ekosystemu człowieka opracowany w aspekcie socjoekologicznego paradygmatu w początkach lat osiemdziesiątych XX stulecia przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto. „Mandala zdrowia” składa się z wielu kręgów, które otaczają człowieka pozostającego w centrum. Najszerszy krąg stanowią biosfera i kultura, najbliższy zaś — rodzina będąca pomostem między jednostką i instytucjami życia społecznego. Pozostałe czynniki wpływające na zdrowie: społeczny system opieki nad chorym, styl życia i praca, biologia człowieka, środowisko fizyczne i psychospołeczne, mają układ hierarchiczny i rozmieszczone są na pozostałych kręgach. Wobec wieloaspektowości wpływów szczególną funkcję w modelu tym przypisuje się: zaspokojeniu podstawowych potrzeb i aspiracji, dążeniu do samorealizacji, a także kwestiom społecznej aktywności człowieka związanym z odgrywaniem określonych ról społecznych. Model ten opiera się na założeniu, że istnieje nierówny dostęp do zdrowia, w zależności od zmiennych społecznych, na przykład statusu społecznego. Znaczenie ma tu brak możliwości przestrzegania zasad zdrowego stylu życia oraz brak równych szans w dostępie do służby zdrowia, kwestia subiektywnej interpretacji zdrowia i znaczenie, jakie przypisuje się zdrowiu w życiu codziennym. Warto także dodać, że społeczno-ekologiczny model zdrowia akcentuje przede wszystkim indywidualną odpowiedzialność za zdrowie, a analiza stylu życia odnosi się do całokształtu zachowań zdrowotnych człowieka⁹.

Jeśliby rozpatrywać model promocji zdrowia w kontekście reagowania na rzeczywistość społeczno-ekonomiczną, uwzględniając wieloczynnikowe uwarunkowania społeczno-ekonomiczne wpływające na stan zdrowia społeczeństwa, to model aktualny, jak proponuje Z. Słońska, należałoby nazwać modelem „normatywno-restrykcyjno-relatywnym” ze względu na fakt istnienia nierówności w zdrowiu. Koniecznością staje się zrelatywizowanie działań promocyjnych do rzeczywistych potrzeb i możliwości jednostek, przy uwzględnieniu także skali makrospołecznej, w celu przekraczania granic nierówności społecznych. Model „normatywno-restrykcyjny” nie uwzględniał nierówności w zdrowiu, ograniczał się do propagowania norm bez uwzględ-

⁹ Z. Słońska: *Promocja zdrowia — zarys problematyki*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1996, nr 1—2, s. 39—41. Por. np. M.D. Głowacka: *Proces kształtowania zachowań zdrowotnych*. W: *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*. Red. M.D. Głowacka. Poznań 2000.

niania faktu, że możliwość ich przestrzegania w znacznym stopniu zależy od społeczno-ekonomicznego kontekstu funkcjonowania człowieka¹⁰.

Współczesny model promocji zdrowia ukierunkowany jest na upodmiotowienie jednostek i grup społecznych (*empowerment model*) w aspekcie upodmiotowienia psychologicznego, tj. subiektywnego poczucia kontroli nad własnym zdrowiem i życiem doświadczanego w środowisku życia, a także upodmiotowienia społecznego związanego z procesem uczestnictwa oraz działania ludzi i organizacji w celu zwiększania kontroli nad warunkami i jakością życia, również tymi, które wiążą się ze zdrowiem¹¹.

Warto w tym miejscu podkreślić znaczenie upodmiotowienia społecznego, nawiązującego do koncepcji teoretycznych psychologii społecznej. Upodmiotowienie społeczne jest „procesem działań społecznych propagujących uczestnictwo ludzi, organizacji i wspólnot w celu zwiększania indywidualnej i wspólnej kontroli, skuteczności politycznej, doskonalenia jakości życia i społecznej sprawiedliwości”¹². Autorzy koncepcji wskazują trzy podstawowe składniki upodmiotowienia społecznego: mikrocynniki związane z procesami wewnątrzosobowymi; struktury pośredniczące — grupowe i czynniki makrostrukturalne związane z aktywnością społeczno-polityczną. Wyraźnie zatem jest widoczny układ systemowych i strukturalnych powiązań, który dla promocji zdrowia ma istotne znaczenie. Współczesny model promocji zdrowia ukierunkowany na upodmiotowienie ludzi wiąże się z dwukierunkowym podejściem do edukacji zdrowotnej, która jest podstawowym narzędziem promocji zdrowia, tj. z oddziaływaniem na ludzi (jednostki i grupy) oraz oddziaływaniem na grupy profesjonalistów i osoby, które tworzą politykę społeczną, zdrowotną i edukacyjną¹³.

Promocja zdrowia ma już pewną tradycję. Zaistniała jako ruch społeczny o charakterze prozdrowotnym. Ogromne znaczenie miał raport Marca Lalonde’a z 1974 roku, przygotowany pod nazwą *Nowa perspektywa dla zdrowia Kanadyjczyków*, a następnie przedstawiony parlamentowi Kanady. W 1978 roku w Alma Acie odbyło się Światowe Zgromadzenie Zdrowia, w którego trakcie na podstawie wcześniejszych analiz ustalono, że stan zdrowia społeczeństw stale się pogarsza i że należy w tej sytuacji podjąć działania prozdrowotne na szeroką skalę. Szczególne znaczenie w rozwoju promocji zdrowia miała I Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia w Ottawie w 1986 roku, na której powstała tzw. *Karta ottawska* (*Ottaw Charter for*

¹⁰ Z. Słóńska: *Promocja zdrowia w Polsce. Rozwiązania systemowe a rzeczywistość*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 2000, nr 19, s. 22–23.

¹¹ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa 2007, s. 136.

¹² Cyt. za: M. Cyłkowska-Nowak: *Problem podmiotowości w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. Melosik. Poznań 1999, s. 54.

¹³ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki...*, s. 138.

Health Promotion). Stała się ona dokumentem o podstawowym znaczeniu. Później odbyło się jeszcze pięć światowych konferencji promocji zdrowia — w Adelajdzie (Australia 1989), w Sundsvall (Szwecja 1991), w Dżakarcie (Indonezja 1997) i w Meksyku (2000) oraz w Bangkoku (2005). Wynikiem V Światowej Konferencji na temat Promocji Zdrowia w Meksyku była *Deklaracja uczestników i Stanowisko ministrów zdrowia uczestniczących w konferencji. (Od idei do czynów)*. Zebrani na konferencji ministrowie zdrowia uzgodnili (identyczne teksty w języku arabskim, chińskim, angielskim, francuskim, portugalskim, rosyjskim i hiszpańskim podpisano 5 czerwca 2000 r.) stanowisko oraz związane z nim działania dotyczące¹⁴:

- uznania, że zapewnienie najwyższego standardu zdrowia jest pozytywnym osiągnięciem, które warunkuje zadowolenie z życia i jest niezbędne do rozwoju społeczno-ekonomicznego oraz równości;
- potwierdzenia, że promocja zdrowia i rozwój społeczny to główne obowiązki, za które są odpowiedzialne rządy, a które spoczywają na wszystkich sektorach społecznych;
- wyrażania troski, by w ostatnich latach, w rezultacie zrównoważonych wysiłków rządów i społeczności, osiągnąć znaczącą poprawę zdrowia i postęp w dostarczaniu świadczeń zdrowotnych w wielu krajach świata;
- uświadomienia sobie, że wbrew temu postępowi wciąż jeszcze wiele jest problemów zdrowotnych wstrzymujących rozwój społeczno-ekonomiczny i dlatego muszą być pilnie rozpatrzone dla dobra przyszłej równości w zdrowiu;
- wyrażania troski, że w tym samym czasie nowe choroby zagrażają postępowi dokonującemu się w dziedzinie zdrowia;
- zdawania sobie sprawy z faktu, że potrzeba zwrócenia uwagi na społeczno-ekonomiczne i środowiskowe uwarunkowania zdrowia jest pilna, dlatego należy wzmacniać mechanizmy współpracy na rzecz promocji zdrowia wszystkich sektorów na różnych poziomach;
- dochodzenia do wniosku, że promocja zdrowia musi być podstawowym składnikiem polityk społecznych i programów we wszystkich krajach celem osiągnięcia stanu równości i polepszenia stanu zdrowia wszystkich;
- świadomości istnienia wystarczających dowodów na to, że strategie promocji zdrowia są skuteczne.

Podpisano się również pod następującymi działaniami¹⁵:

- ustanowieniem promocji zdrowia podstawowym priorytetem w lokalnych, regionalnych, krajowych i międzynarodowych politykach i programach;

¹⁴ Podaję za: J.B. Karski: *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa 2003, s. 14 i 257.

¹⁵ Ibidem, s. 257.

- przyjęciem wiodącej roli w zapewnieniu aktywnego uczestnictwa społeczeństwa obywatelskiego i wszystkich sektorów we wdrażaniu działań promocji zdrowia, co zapewni wzmocnienie i rozszerzenie partnerstwa dla zdrowia;
- ustanowieniem i wzmacnianiem krajowych i międzynarodowych sieci promujących zdrowie;
- preferowaniem stanowiska, by agendy Narodów Zjednoczonych były odpowiedzialne za wpływ ich działań na zdrowie;
- informowaniem Dyrektora Generalnego WHO na potrzeby jej raportu na 107. sesji Rady Wykonawczej o postępach poczynionych w realizacji wymienionych przedsięwzięć.

„Promocja zdrowia jest to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania. W celu osiągnięcia całkowitego dobrostanu (dobrego samopoczucia) fizycznego, psychicznego, społecznego zarówno jednostka, jak i grupa społeczna muszą umieć określić i urzeczywistniać swoje aspiracje, zaspokajać potrzeby, radząc sobie z wyzwaniami swojego środowiska w jego istniejącym stanie lub dokonując w nim odpowiednich zmian. Dlatego zdrowie należy rozpatrywać w kategoriach zasobu, na którym człowiek się opiera w swoim codziennym życiu, a nie traktować jako celu, do którego zmierza. Zdrowie to koncepcja pozytywna, kładąca nacisk zarówno na pełną sprawność fizyczną, jak i na sprawność życiową w wymiarze jednostkowym i społecznym. W związku z tym odpowiedzialność za rozwinięcie działań promujących dla zdrowia spada nie tylko i wyłącznie na służbę zdrowia, lecz spoczywa ona również na tych wszystkich dziedzinach aktywności społecznej, które wywierają swój wpływ na zdrowy tryb życia i szeroko pojmowane dobre samopoczucie wszystkich członków społeczeństwa”¹⁶. W literaturze przedmiotu sformułowano wiele różnych ujęć definicyjnych promocji zdrowia, a na uwagę zasługuje definicja określająca promocję zdrowia jako połączenie działań edukacyjnych, które sprzyjają zdrowiu, oraz różnego rodzaju wsparcia społecznego, środowiskowego, ekonomicznego, politycznego, prawnego i taktycznego/strategicznego¹⁷. Definicja ta jest szczególnie przydatna w analizach promocji zdrowia prowadzonej w ramach pedagogiki społecznej przez akcentowanie dwóch znaczących elementów: edukacji i wsparcia społecznego o szerokim spektrum. Zaznacza się tu także wielopoziomowość promocji zdrowia. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że prekursorem promocji

¹⁶ *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Karński, Z. Słoińska, B.W. Wasilewski. Warszawa 2004, s. 424–425.

¹⁷ Podają za: L. Kulmatycki: *Promocja zdrowia w kulturze fizycznej. Kryteria dobrej praktyki*. Wrocław 2003. Zob. także B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki...*

zdrowia w Polsce była higiena. Chociaż nadal pozostaje autonomiczna, ale badając jej historię i znaczący dorobek, poszukuje się owych zależności rozwojowych między higieną i promocją zdrowia, uważając, że „promocja zdrowia jest córką higieny”¹⁸.

W *Karcie ottawskiej* wymienia się współzależne działania, które podejmowane jednocześnie, tworzą strategię promocji zdrowia. Są nimi: określenie zdrowotnej polityki społecznej, tworzenie środowisk wspierających zdrowie, wzmacnianie działań społecznych na rzecz zdrowia, rozwijanie umiejętności osobniczych służących zdrowiu i reorientacja świadczeń zdrowotnych¹⁹. Zainteresowanie promocją zdrowia miało znaczący wpływ na powstanie koncepcji tzw. nowego zdrowia publicznego, według której „zdrowie ma być zasobem jednostki, społeczności lokalnej i społeczeństwa jako całości i musi być wspierane przez konkretne inwestowanie w warunki życia”²⁰. W promocji zdrowia zwrócono uwagę na to, że jej celem ma być, dzięki uwzględnieniu ekologii, wielosektorowości i strategii współpracy, poprawa zdrowia społeczności lokalnych stanowiąca wynik działań opartych na obronie środowisk wspierających zdrowie i zdrowotną politykę społeczną, umożliwianie społecznościom lokalnym i jednostkom uzyskania ich pełnego potencjału zdrowotnego oraz mediacja na rzecz zdrowia w środowisku zróżnicowanych interesów²¹.

Na VI Światowej Konferencji na temat Promocji Zdrowia, która odbyła się w Bangkoku (Tajlandia) w 2005 roku, podkreślono dotychczasowy dorobek w działaniach na rzecz promocji zdrowia, odwołując się do *Karty ottawskiej*, i podjęto decyzję o kontynuacji wcześniejszych ustaleń. Uczestnicy konferencji zwrócili szczególną uwagę na znaczenie procesów globalizacji, modernizacji, zmian społecznych (politycznych, społecznych i ekonomicznych) i środowiskowych, a więc procesów, które objęły wiele krajów. Na całym świecie wzrastają zagrożenia zdrowia (między innymi katastrofy, klęski żywiołowe, choroby zakaźne, niedożywienie i głód, przemoc i terroryzm) oraz nierówności w zdrowiu (zdrowie marginalizowanych populacji, zdrowie emigrantów, zdrowie w dzielnicach biedy, zdrowie ludzi starszych i inne). Konieczna staje się zatem nowa „dystrybucja” zdrowia. Istotną sprawą jest promowanie zdrowia na co dzień w wymiarze globalnym i narodowym, a sukcesy w promocji zdrowia leżą w zdolności zmobilizowania potencjału oraz zaangażowania ludzi i wielu sektorów²².

¹⁸ J.B. Kar ski: *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia...*, s. 12.

¹⁹ *Promocja zdrowia. Wydanie nowe*. Red. J.B. Kar ski. Warszawa 1999, s. 21–23. Zob. także *Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion. November 17–21, 1986*. Ottawa, Ontario, Canada.

²⁰ J.B. Kar ski: *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia...*, s. 13.

²¹ *Ibidem*, s. 14.

²² *Global Health Promotion Scaling up for 2015 — a Brief Review of Major Impact and Developments over the past 20-years and Challenges for 2015*. WHO Secretariat Background Do-

W 1985 roku powstał dokument dotyczący europejskiej strategii *Zdrowie dla wszystkich*, będący wynikiem prac Światowej Organizacji Zdrowia Biura Regionalnego dla Europy (WHO/EURO), aktualnie *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*²³. W konsekwencji wiele krajów opracowało narodowe programy zdrowia. W Polsce do tej pory przygotowano kilka wersji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ): w 1990 roku, 1993 roku i 1996 roku, na lata 1996–2006, 2006–2015 (projekt)²⁴.

Konstrukcja programów nawiązuje do koncepcji i strategii promocji zdrowia przedstawionej w *Karcie ottawskiej*. Szczególną uwagę zwraca się zatem na²⁵: czynniki warunkujące zdrowie, tj. fundamentalne warunki dla zdrowia (między innymi pokój, stabilny system ekonomiczny, bezpieczeństwo, mieszkanie, edukacja, sprawiedliwość i równość społeczna); „koło czynników zdrowia” według Lalonde’a (działania ukierunkowane na zmianę stylu życia, środowiska i funkcjonowania służby zdrowia); potrzebę budowania zdrowotnej polityki publicznej, przy założeniu że każda polityka społeczna ma związek ze zdrowiem; potrzebę „wbudowania” zdrowia w różne systemy społeczne (np. polityka, nauka, ekonomia, kultura fizyczna, rodzina). Promocję zdrowia uznaje się za sztukę interwencji w różne systemy społeczne. Odpowiedzialność za zdrowie nie pozostaje zatem wyłącznie w sferze indywidualnych wyborów.

W projekcie NPZ²⁶ podkreśla się, że jego podstawą jest koncepcja i strategia promocji zdrowia, przy czym promocję zdrowia definiuje się jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz poprawę zdrowia w wyniku podejmowania wyborów sprzyjających zdrowiu, kształtowania potrzeb i kompetencji w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych oraz w zwiększaniu potencjału zdrowia. Promocja zdrowia obejmuje pięć obszarów działań:

- budowanie zdrowej polityki publicznej;
- tworzenie środowiska życia i pracy sprzyjającego zdrowiu;
- zachęcanie całego społeczeństwa do działań na rzecz zdrowia;
- rozwijanie indywidualnych umiejętności sprzyjających zdrowiu;
- reorientację służby zdrowia.

W NPZ określa się trzy podstawowe kierunki działań, uznawane za podstawowe²⁷:

kument for 6-th Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand 7–11 August 2005.

²³ Zob. *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Tłum. J.B. Karski. Warszawa–Kraków 2001.

²⁴ *Narodowy Program Zdrowia na lata 2006–2015 (projekt)*. Ministerstwo Zdrowia. Państwowy Zakład Higieny.

²⁵ *Promocja zdrowia...*, s. 90–91.

²⁶ *Narodowy Program Zdrowia na lata 2006–2015 (projekt)...*, s. 9–10.

²⁷ *Ibidem*, s. 10–11.

- umacnianie zdrowia oraz wyrównywanie różnic terytorialnych i społecznych przez wpływ na styl życia, a także wyrównywanie szans osób starszych i niepełnosprawnych;
- wczesne wykrywanie i leczenie najczęściej występujących chorób w ich stadiach odwracalnych, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i pomocy doraźnej w stanach zagrożenia życia;
- ochronę zdrowia ludności przed najczęstszymi zagrożeniami.

Wiele zadań innych programów ogólnokrajowych zostało włączonych do NPZ, między innymi POLCARD, Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, Rządowy Program Polityki Zdrowotnej i Społeczno-Ekonomicznej, Krajowy Program Zapobiegania Narkomanii, Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorobami AIDS.

NPZ na lata 2006—2015 uzasadnia wybór do realizacji 19 celów operacyjnych służących realizacji celu strategicznego, dotyczącego poprawy zdrowia i związanej z nią jakości życia. Uczynienie tego celu priorytetowym to jednocześnie podkreślenie znaczenia zdrowia dla jakości życia obywateli. Cele operacyjne dotyczą:

- zmniejszenia różnic terytorialnych i społecznych w stanie zdrowia;
- aktywizacji jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa;
- zwiększenia aktywności fizycznej ludności;
- poprawy stanu żywienia ludności i jakości żywności oraz walki z otyłością;
- ograniczenia palenia tytoniu;
- zmniejszenia i zmiany struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenia szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;
- ograniczenia używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;
- zmniejszenia narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy;
- poprawy stanu sanitarnego kraju;
- zmniejszenia liczby wypadków i ich skutków;
- promocji i zapobiegania zaburzeniom psychicznym;
- poprawy opieki nad matką i dzieckiem;
- usprawnienia wczesnej diagnostyki zaburzeń zdrowotnych i czynnej opieki nad dziećmi i młodzieżą;
- tworzenia warunków zdrowego i aktywnego życia osób starszych;
- zapewnienia warunków aktywnego życia osobom niepełnosprawnym;
- poprawy jakości i efektywności usług świadczonych w ochronie zdrowia;
- rozbudowania kadr i infrastruktury na potrzeby promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;

- usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z chorobami nowotworowymi, układu krążenia, w tym udarów mózgowych, chorób układu oddechowego oraz chorób narządu ruchu;
- zwiększenia skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.

Określenie celów strategicznych jest wykładnią problemów zdrowotnych w naszym społeczeństwie i stanowi uzasadnienie ich wyboru.

Aktualnie można mówić o czwartym wymiarze promocji zdrowia. Pierwszy wymiar, charakterystyczny dla lat siedemdziesiątych XX wieku, dotyczył zainteresowań czynnikami ryzyka i chorobami, którym można było zapobiegać dzięki edukacji i informacji. Drugi wymiar, którym zajęto się w latach osiemdziesiątych XX wieku, wiązał się z działaniami podjętymi z myślą o realizacji dotychczasowych strategii (np. zdrowotna polityka społeczna), a trzeci wymiar realizowano w latach dziewięćdziesiątych XX wieku, kiedy zaczęto doceniać znaczenie docierania do konkretnych osób i grup przez siedliska i sektory (np. miasta, szkoły). Pożądane jest, aby aktualny wymiar promocji zdrowia skupić na działaniach w obrębie następujących zagadnień²⁸:

- miejsca zamieszkania (*habitat*) — wobec niepohamowanego wzrostu urbanizacji i zmniejszania się terenów uprawnych;
- rodziny (*family*) — w sytuacji zmian zachodzących w strukturze rodziny, odpowiedzialności oraz w pełnieniu ról społecznych;
- pracy (*work*) — uaktywnienie się konkurencji, powstanie nowych wzorców i zagrożeń;
- starzenia się (*ageing*) — związanego z wydłużaniem czasu życia i pogłębianiem się zależności od innych;
- przemocy (*violence*) — rosnąca agresja oraz konflikty;
- rynku (*market*) — postawy konsumpcyjne, prywatyzacja świadczeń;
- porozumiewania się (*communication*) — związanego z ogromnymi zmianami w przekazywaniu informacji i powstawaniu nowych technik uczenia się.

Rodzina jest jednym z podstawowych systemów realizacji środowiskowej strategii promocji zdrowia, przy założeniu jej powiązania z innymi systemami, ze środowiskiem lokalnym i z makrostrukturą społeczną. Istotną kwestią jest funkcjonowanie rodziny w określonych warunkach społeczno-ekonomicznych, które determinują główne kierunki promocji zdrowia²⁹.

Promocję zdrowia w rodzinie można rozpatrywać wieloaspektowo, biorąc pod uwagę na przykład cykle (fazy) życia rodzinnego, które według B. Neugartena (1976) można opisać w trzech aspektach czasowych: historycznym (obejmuje epokę, w której żyje rodzina), chronologicznym (tj. cza-

²⁸ *Promocja zdrowia. Wydanie nowe...*, s. 38–39.

²⁹ Zob. A. Sowińska: *Promocja zdrowia w warunkach przemian systemowych*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejo-dek. Katowice 1997.

su wpływu życia) i społecznym, zdeterminowanym głównymi wydarzeniami życiowymi (np. małżeństwo, macierzyństwo). Cykle życia rodziny można też bardziej uszczegółowić, wyróżniając na przykład fazę narzeczeństwa, wczesne małżeństwo, narodziny dziecka, średnią fazę małżeńską (rodzina z dziećmi w wieku szkolnym), oddzielenie rodziców od dzieci (zjawisko tzw. pustego gniazda), emeryturę i starość³⁰. W każdej z tych faz zmienia się funkcjonowanie rodziny — choć cykle życia są takie same, to jednak rodzina zawsze zachowuje swą odrębność i tożsamość. Zmianie lub/i modyfikacji ulegają role społeczne członków rodziny, we wszystkich fazach mogą nastąpić różne wydarzenia losowe (np. śmierć, wypadek, choroba, utrata pracy), często o charakterze traumatycznym, z którymi członkowie rodziny muszą się zmierzyć. W poszczególnych fazach życia rodzinnego, a także ze względu na różne wydarzenia zmieniają się relacje wewnątrzrodzinne, z którymi rodzina nie zawsze sobie radzi. Dlatego tak ważne jest otrzymywanie wsparcia wewnątrzrodzinnego, ale i pochodzącego z odpowiednich instytucji społecznych³¹. Należy jednak pamiętać, że zdrowie rodziny nie jest prostą sumą zdrowia jej członków, ponieważ jak już wcześniej akcentowano, rodzina jest systemem o określonej strukturze.

Promocję zdrowia rodziny można także rozpatrywać w kontekście realizacji jej funkcji. Zgodnie z klasyfikacją Z. Tyszki, na funkcję opiekuńczo-zabezpieczającą składają się trzy rodzaje działań³²: szczególna pomoc materialna adresowana do specyficznych osób, pomoc fizyczna, psychiczne wsparcie osób, nad którymi roztacza się opiekę.

Można też analizować promocję zdrowia rodzinnego przez pryzmat stylu życia³³, który jest specyficzny dla każdej rodziny, mając na uwadze proces socjalizacji zdrowotnej polegający głównie na przekazywaniu i preferowaniu wzorów zachowań prozdrowotnych, związanych z codziennymi wyborami żywieniowymi, formami spędzania czasu wolnego, aktywnością fizyczną, wypoczynkiem, narażeniem na stres i umiejętnością radzenia sobie ze stresem, z paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu, zażywaniem narkotyków, ze stosowaniem pasów bezpieczeństwa, z agresją i przemocą, zażywaniem leków psychotropowych. Chodzi tu o zróżnicowanie w zakresie elementów

³⁰ Por. K. O s t o j a - Z a w a d z k a: *Cykle życia rodzinnego*. W: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Red. B. de Barbaro. Kraków 1999, s. 19–21.

³¹ Zob. np. S. K a w u l a: *Pomocniczość i wsparcie. Kategorie pedagogiki społecznej*. Olsztyn 2002.

³² Z. T y s z k a: *System metodologiczny wieloaspektowej integralnej analizy życia rodzinnego*. Poznań 2001, s. 74.

³³ Zob. np.: *Promocja zdrowia...*; *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce...*; Z. S a d o w s k i: *Promocja zdrowia — szansa i konieczność*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 3–4; Ch.L. S h e r i d a n, S.A. R a d m a c h e r: *Psychologia zdrowia*. Warszawa 1998, rozdział 7.

stratyfikacji społecznej i statusu społecznego, a nie o zróżnicowanie na przykład ze względu na wiek czy płeć.

Innym aspektem promocji zdrowia rodzinnego jest koncentracja na pomocy w sytuacjach problemowych i kryzysowych. W sytuacjach problemowych źródłem mogą być sytuacje wewnątrzrodzinne, na przykład konflikty związane z wychowaniem dzieci, choroba, śmierć, a w sytuacjach kryzysowych, które stawiają rodzinę w czasowym lub długofalowym kryzysie, owym źródłem będzie pogorszenie warunków życia, na przykład utrata pracy. W dokumentach *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* wymienia się szczególnie krytyczne okresy rozwoju człowieka, tj. narodziny, przejście ze szkoły podstawowej do średniej, egzaminy szkolne, opuszczenie domu rodzicielskiego, założenie rodziny, wejście na rynek pracy, zostanie rodzicem, brak bezpieczeństwa pracy, zmiana lub utrata pracy, początek choroby przewlekłej, odejście z rynku pracy, utrata współmałżonka lub bliskich³⁴.

Wsparcie społeczne rodziny i wykorzystanie zasobów rodzinnych wydają się tu znaczące w utrzymaniu równowagi psychicznej i podtrzymywaniu motywacji do działania. Ogromną rolę odgrywa wsparcie emocjonalne, duchowe, wartościujące, instrumentalne i informacyjne w sytuacji rodziny z problemem zdrowotnym³⁵.

Bez względu na różne wcześniej zasygnalizowane, ale i wzajemnie uzupełniające się spojrzenia na promocję zdrowia w rodzinie wydaje się, że wiedza niezbędna do podnoszenia świadomości dokonywania wyborów związanych ze zdrowiem powinna być przekazywana z jednej strony w systemie edukacji dzieci i młodzieży, a z drugiej ukierunkowana na osoby dorosłe. Edukacja zdrowotna ukierunkowana na dorosłych członków społeczeństwa jest niezwykle trudna nie tylko w jej organizowaniu, ale przede wszystkim w pokonywaniu stereotypów przekonań zdrowotnych opartych na wiedzy potocznej. Dla przykładu podaję niektóre wyniki badań przeprowadzonych w środowisku wiejskim, a dotyczących wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi i szyjki macicy. Rak piersi stanowi najczęstszą przyczynę zgonów kobiet w Polsce. Badania były prowadzone w ramach prowadzonego przeze mnie seminarium magisterskiego, objęto nimi 100 kobiet mieszkających na wsi na terenie województwa małopolskiego, w przedziale wiekowym 24 –

³⁴ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 61.

³⁵ S. Kawula: *Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1996, nr 1; Idem: *Pomocniczość i wsparcie...* Zob. także: H. Sęk: *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*. W: *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*. Red. D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski. Kraków 2005; B. Matyjas: *Pedagogika społeczna i rodzina – obszary badań*. W: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. Red. E. Marynowicz-Hetka. T. 2. Warszawa 2007; I. Namysłowska: *Kondycja polskich rodzin a zdrowie psychiczne*. W: *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*. Red. Cz. Czabała. Warszawa 2000.

64 lat³⁶. Z badań tych wynika, że sposób badania palpacyjnego piersi znają przede wszystkim kobiety z wyższym wykształceniem, ponad 25% badanych błędnie określiło mammografię i ultrasonografię jako metody służące prześwietlaniu piersi, a 40,0% badanych kobiet nie wiedziało, na czym polega badanie cytologiczne. Natomiast 91,0% kobiet badanych potrafiło podać przynajmniej jeden czynnik ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy. Co interesujące, źródłem informacji o raku piersi i raku szyjki macicy były dla badanych kobiet przede wszystkim czasopisma kobiece oraz radio i telewizja (odpowiednio 55 i 57 wskazań), żadna z respondentek nie wymieniła jako źródła informacji o tych chorobach pielęgniarki lub położnej. Warto podkreślić, że tylko połowa badanych kobiet podała, że wykonała badania mammograficzne (były to kobiety powyżej 54. roku życia) lub ultrasonograficzne, reszta badanych nigdy takich badań nie wykonała. Z przeprowadzonych badań wynika, że większy jest zakres wiedzy o raku sutka i szyjki macicy wśród kobiet z wyższym wykształceniem i one też w większym stopniu niż kobiety z wykształceniem średnim czy zawodowym wykonują badania profilaktyczne. Innym problemem związanym z edukacją, ale i ze wsparciem społecznym jest funkcjonowanie psychospołeczne kobiet przygotowywanych do amputacji gruczołu piersiowego. Kobiety przygotowywane do mastektomii objawiają depresję związaną z podjęciem decyzji o operacji, lęk wynikający z poczucia zagrożenia i ze złych prognoz zdrowotnych, z niedostatecznej wiedzy o badaniach, z nieznajomości procesu rehabilitacji oraz obawy przed zabiegiem i fizycznym do niego przygotowaniem³⁷.

Aby tworzyć zdrowe środowisko rodzinne, mając na uwadze prawidłowy proces rozwoju dziecka, należałoby podjąć działania edukacyjne przyszłych rodziców już w okresie przedkoncepcyjnym³⁸, ponieważ o stanie zdrowia dzieci i młodzieży decydują najwcześniejsze okresy rozwoju. Wśród czynników środowiskowych, które mogą wpływać na rozwój zarodka, wymienia się następujące³⁹: zaburzenia metaboliczne w organizmie matki, leki i inne związki chemiczne przez nią przyjmowane, różnego rodzaju zakażenia oraz promieniowanie jonizujące, ciepłne i elektromagnetyczne. Edukacja zdrowotna

³⁶ K. Pietrzak: *Świadomość zdrowotna kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi i szyjki macicy (na przykładzie badań w środowisku wiejskim)*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

³⁷ K. Kuchtyń, M. Milan: *Problemy psychospołeczne kobiet przygotowywanych do amputacji gruczołu piersiowego*. W: *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby...*, s. 247.

³⁸ Zob.: *Promocja zdrowia matki i dziecka w okresie ciąży, psychoprofilaktyka porodu i przygotowanie do rodzicielstwa*. W: I. Heszten, H. Sęk: *Psychologia zdrowia*. Warszawa 2007, s. 313–316; H. Sęk, M. Ziarko: *Działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego w Polsce na tle informacji z innych krajów*. W: *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja...*

³⁹ L. Marianowski: *Opieka prenatalna — diagnostyka i terapia w okresie życia wewnątrzmacicznego*. W: *Promocja zdrowia. Wydanie nowe...*, s. 172.

w okresie przedkoncepcyjnym, skierowana przede wszystkim do przyszłych rodziców, a szczególnie matek, musi zawierać informacje dotyczące planowania rodziny, zagrożeń, jakie stanowi dla płodu przyjmowanie niektórych leków, palenie tytoniu, zażywanie narkotyków, spożywanie alkoholu, praca w szkodliwych warunkach, zakażenia (w tym zakażenia wirusem HIV), a także informacje o odpowiednim odżywianiu i wypoczynku kobiety ciężarnej. Niezbędna staje się również poszerzona diagnostyka przed planowaną ciążą, natomiast w okresie ciąży odpowiednia opieka medyczna. Ze względu na możliwość zakażenia wirusem HIV także podczas ciąży, porodu czy karmienia piersią, niezbędna staje się edukacja mająca na celu zapobieganie odczynom zakażeniowym wirusem HIV, które w krajach Europy dotyczą 80,0% przypadków AIDS u dzieci⁴⁰.

Niezwykle ważną kwestią jest także suplementacja kwasu foliowego (*acidum folicum* — witamina z grupy B), którego stosowanie w okresie przedkoncepcyjnym zmniejsza ryzyko wystąpienia cewy nerwowej płodu. Wady cewy nerwowej są jedną z przyczyn wczesnej umieralności niemowląt. W populacji polskiej występują z częstością 1,2–2,0 na 1 000 urodzeń. Stwierdza się je także w 5,0% przypadków samoistnych poronień. Polska należy do krajów o największym współczynniku zgonów z powodu rozszczepu kręgosłupa i wodogłowia. Nieznaczne niedobory kwasu foliowego powodują poważne konsekwencje zdrowotne, do których zaliczyć należy, jeśli chodzi o kobiety w wieku rozrodczym, przede wszystkim wrodzone wady rozwojowe zarodka i płodu, w tym cewy nerwowej, samoistne poronienia oraz uszkodzenia łożyska. W grupie osób w każdym wieku niedobory kwasu foliowego powodują przede wszystkim nasilenie rozwoju procesów miażdżycowych i choroby niedokrwiennej serca, zwiększenie podatności komórek na zmiany nowotworowe, zaburzenia psychiczne o charakterze depresyjnym, niedokrwistość złośliwą⁴¹. Trudno przecenić znaczenie edukacji zdrowotnej, w której wyniku profilaktyczne zastosowanie prostych preparatów kwasu foliowego daje oczekiwane rezultaty zdrowotne.

Poradnictwo ma swą tradycję w naukach o wychowaniu, w tym w pedagogice społecznej, i wiąże się z działaniem społecznym. Przedmiotem działania społecznego w poradnictwie jest problem/sytuacja osoby radzącej się⁴². Ważny element promocji zdrowia stanowi poradnictwo genetyczne (specjalistyczne), które ma na celu przekazywanie informacji i zrozumienie przez

⁴⁰ B. Woynarowska: *Działania profilaktyczne w okresie przedkoncepcyjnym i prenatalnym*. W: *Promocja zdrowia*. Wydanie nowe..., s. 320–322.

⁴¹ Już teraz mogę zadbać o zdrowie swego przyszłego dziecka. Program edukacyjny dla młodzieży 16–24 lat. Materiały dla prowadzących zajęcia edukacyjne. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 1999, s. 33–36.

⁴² A. Kargulowa: *Pomoc przez porady. Statyczna versus procesualna struktura poradnictwa w przestrzeni życia społecznego*. W: *Pedagogika społeczna...*

parę przyszlých rodziców czynników medycznych związanych z diagnostyką i leczeniem patologii okresu prenatalnego, zrozumienia roli genetyki w powstawaniu wad wrodzonych i związanego z nią ryzyka ponownego ich wystąpienia, a także poznanie zasad optymalnego postępowania w planowaniu rodziny. Podstawowymi celami poradnictwa genetycznego jest przede wszystkim przekazanie informacji medycznych dotyczących określonej jednostki chorobowej, analiza uzyskanych informacji w kontekście planowania rodziny oraz ocena stanu emocjonalnego pary pod kątem możliwości wystąpienia poczucia winy, niepełnej wartości czy niespełnionych oczekiwań. Poradnictwo genetyczne obejmuje przypadki urodzenia dziecka z wadą wrodzoną, rodzinne występowanie wad wrodzonych, nosicielstwo tych samych genów recesywnych, patologię związaną z chromosomem X, zaawansowany wiek matki lub/i ojca, pokrewieństwo rodziców, konieczność wykluczenia wad genetycznych przed podjęciem inwazyjnej terapii w okresie prenatalnym. W Polsce tylko 10,0% z grupy ryzyka trafia do poradni genetycznych, a rocznie wykonuje się 1 500 badań genetycznych, czyli zdecydowanie mniej niż w innych krajach, na przykład w Czechach przeprowadza się ich około 10 000. Rozwój nauk medycznych oraz technicznych możliwości diagnostycznych — typu na przykład ultrasonografii — oraz biologii molekularnej pozwala na stosowanie odpowiednich metod diagnostyki prenatalnej. W momencie urodzenia stwierdza się wady rozwojowe u około 2% noworodków⁴³. Poradnictwo genetyczne wiąże się z działalnością medyczną i stanowi jeden z sektorów zaangażowanych w działania związane z promocją zdrowia. Postęp wiedzy medycznej w ogromnym stopniu ułatwia rozpoznawanie chorób matki i dziecka przed urodzeniem i po urodzeniu. Precyzyjna diagnostyka umożliwia skuteczne leczenie. Około 30–40% zarodków ludzkich ginie w najwcześniejszym okresie życia, wtedy gdy matka jeszcze nie wie, że jest w ciąży i kiedy ta nie jest rozpoznana przez lekarza. Trudno wówczas o leczenie zaburzeń rozwoju zarodka na podłożu genetycznym. Niekorzystne działanie czynników zewnętrznych (np. palenie papierosów, choroby matki) niesie z sobą zagrożenie płodu, w tym niedotlenienie, tak niebezpieczne dla jego życia. Położnictwo i medycyna ukierunkowane są raczej na leczenie, a za mało uwagi poświęca się profilaktyce zdrowia matki i dziecka oraz promocji zdrowego stylu życia⁴⁴. W edukacji zdrowotnej przedkonceptyjnej niezbędne jest przekazanie informacji, na czym polega poradnictwo genetyczne i jakie są wskazania do przeprowadzenia badań genetycznych

⁴³ L. Marianowski: *Opieka prenatalna — diagnostyka i terapia...*, s. 172–177.

⁴⁴ B. Chazan: *Ochrona zdrowia dziecka w najwcześniejszym okresie życia*. W: *Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzieci. Materiały i dokumenty*. Rzecznik Praw Dziecka. Warszawa 2003, s. 184–188; E. Gajewska: *Opieka nad noworodkiem: wczoraj, dziś — a jak ma być w przyszłości?* W: *Polska dla Dzieci...*

(choroba genetyczna lub podejrzenie takiej choroby, wady wrodzone, upośledzenie umysłowe o nieznannej etiologii, zaawansowany wiek kobiety ciężarnej — diagnostyka prenatalna, narażenie na działanie teratogenów, spokrewnienie rodziców, częste samoistne poronienia lub bezpłodność)⁴⁵. Wiele jest rodzin, których dzieci są obciążone chorobą genetyczną. Działające w Polsce Stowarzyszenie na rzecz Dzieci z Zaburzeniami Genetycznymi „GEN” z siedzibą w Poznaniu realizuje, dzięki współpracy z licznymi instytucjami, wiele celów skupiających się na: wszechstronnej pomocy dzieciom z zaburzeniami genetycznymi i ich rodzinom; organizowaniu i prowadzeniu różnych form leczenia, edukacji, rehabilitacji; opiece nad dziećmi z rzadkimi zaburzeniami genetycznymi; organizowaniu banku danych na temat rzadkich zaburzeń genetycznych; popularyzowaniu problemu; wspieraniu dobroczynności i działań humanitarnych. W czerwcu 2005 roku odbyła się Europejska Konferencja na temat Rzadkich Chorób (ECRD) w Luksemburgu, na której podejmowano bieżące problemy osób cierpiących na rzadkie choroby.

Dobrostan potomstwa zależy także od stylu życia kobiety ciężarnej, jej zachowań zdrowotnych, przestrzegania wyborów takich zachowań, które zapewniają prawidłowy rozwój dziecka w łonie matki. Do najważniejszych zachowań prozdrowotnych okresu ciąży i porodu należy zaliczyć: opiekę medyczną, odżywianie, niestosowanie używek, higienę, aktywność fizyczną, bezpieczne zachowania seksualne, karmienie piersią. Dla przykładu podaję wyniki badań ankietowych, przeprowadzonych w ramach prowadzonego przeze mnie seminarium magisterskiego, na populacji 100 kobiet (43 ciężarnych, 57 po porodzie) w wieku 19–40 lat. Badaniom poddano pacjentki oddziału ginekologii i położnictwa w Centralnym Szpitalu Klinicznym w Katowicach⁴⁶. Jeżeli chodzi o wizyty u ginekologa, to większość (89) kobiet podała, że powinno być 13 takich wizyt, tylko 1 respondentka podała, że kobieta powinna zgłosić się do lekarza w razie wystąpienia jakichkolwiek dolegliwości. Dla 78 respondentek była to ciąża planowana. Źródłem wiedzy o przebiegu ciąży, porodu i porodu dla większości kobiet (84) były przede wszystkim fachowe książki, jako źródło wiedzy respondentki wymieniły też: lekarza i prasę, a także rodzinę, znajomych, położną, Internet. Dwie kobiety podały, że źródłem wiedzy były doświadczenia z wcześniejszej ciąży. Zdecydowana większość kobiet (94) miała świadomość, że odpowiednie odżywianie wpływa korzystnie na rozwój płodu i przebieg ciąży, a 81 respondentek zmieniło odżywianie w okresie ciąży. Spośród 19 kobiet palących papierosy 14 zrezygnowało z palenia tytoniu. Ćwiczenia fizyczne przeznaczone dla kobiet w po-

⁴⁵ www.gen.org.pl z 25 sierpnia 2007.

⁴⁶ A. Toporska: *Wiedza kobiet na temat zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i porodu*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

łogu ułatwiają, w ocenie respondentek, powrót do formy po porodzie, relaksują, poprawiają samopoczucie i kondycję. 93 kobiety podzielały zdanie, że karmienie piersią zwiększa odporność dzieci na choroby infekcyjne, 32 kobiety twierdziły, że karmienie piersią zmniejsza ryzyko kolejnej ciąży, ale tylko 3 kobiety podkreśliły, że rozwija więź emocjonalną między matką i dzieckiem. Zaprezentowane wyniki badań są raczej optymistyczne, jeśli chodzi o wiedzę i zachowania zdrowotne kobiet w okresie ciąży i porodu, ale należy dodać, że w grupie badanych kobiet 51 miało wykształcenie wyższe magisterskie, a 84 były mieszkankami miast. Podobne wyniki badań uzyskano w grupie 50 pacjentek w trzecim trymestrze ciąży Wojewódzkiego Szpitala w Rybniku. I w tej grupie badawczej 22 kobiety miały wykształcenie wyższe⁴⁷. Także inne badania prowadzone wśród ciężarnych pacjentek w szpitalach miejskich w Sosnowcu, Dąbrowie Górniczej i Będzinie potwierdzają tezę, że wraz z wykształceniem wzrasta świadomość zdrowotna, która generuje zachowania zdrowotne i zmianę stylu życia w okresie ciąży⁴⁸.

Karmienie piersią i płynące z tego korzyści zdrowotne dla dziecka trudno przecenić. Sprawdzoną strategią poprawy zdrowia matki i dziecka jest wdrożenie inicjatywy bezpiecznego macierzyństwa (Safe Motherhood Initiative). Podjęto ją na wniosek WHO, UNICEF, UNPF (Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych) i Banku Światowego oraz wielu organizacji pozarządowych w celu zmniejszenia umieralności i chorobowości noworodków⁴⁹. W Polsce od kwietnia 1992 roku działa Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią (KUKP), który jest organizacją pozarządową, organizacją pożytku publicznego, skupiającą autorytety z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, Instytutu Żywności i Żywienia, członków UNICEF, Federacji Konsumentów, Fundacji „Rodzić po Ludzku”. Organizacja ta proponuje karmienie piersią jako element zdrowego stylu życia i pożądaných zachowań matek małych dzieci. Działania Komitetu ukierunkowane są na: wdrażanie w placówkach położniczo-noworodkowych wylansowanego przez WHO i UNICEF programu „Szpital Przyjazny Dziecku”, szkolenia w szpitalach, podstawowe szkolenia dla osób, które pragną pomagać matkom, kursy dla kandydatów na certyfikowanych doradców laktacyjnych, kursy dla kandydatów na międzynarodowych konsultantów laktacyjnych, publikacje dla pracowników służby zdrowia, dla matek i ich rodzin, informowanie o Międzynarodowym kodeksie marketingu sztucznej żywności, organizowanie obchodów Światowego Tygo-

⁴⁷ A. Knapik: *Styl życia w świadomości i zachowaniach kobiet ciężarnych*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2007. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

⁴⁸ W. Bąchór: *Ciąża kobiety jako czynnik zmiany stylu życia*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

⁴⁹ *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku...*, s. 64.

dnia Promocji Karmienia Piersią — 26 maja (Dzień Matki) i 1 czerwca (Dzień Dziecka). Cele statutowe Komitetu osiągnęte są w wyniku realizacji poszczególnych projektów. Podstawę działania stanowią cztery komisje: oceny, monitoringu i oceny Szpitali Przyjaznych Dziecku; edukacji i promocji zdrowia; poradnictwa laktacyjnego; informacji i marketingu⁵⁰.

Edukacja zdrowotna w okresie przedkoncepcyjnym w zakresie ciąży i porodu jest ważna nie tylko dla kobiety, ale także dla mężczyzny. Z pewnością nie może się ona ograniczać tylko do kwestii zachowań zdrowotnych związanych z wymienionymi wcześniej elementami stylu życia, ale powinna obejmować zagadnienia psychologiczne, socjologiczne i pedagogiczne, mające podstawowe znaczenie dla funkcjonowania związku, rodziny i wychowania dzieci. Sygnalizując problemy edukacyjne w okresie przedkoncepcyjnym, nie sposób pominąć kwestii bezpłodności, która współcześnie staje się problemem społecznym⁵¹. Problemy demograficzne w Polsce i innych krajach dotyczące małego przyrostu naturalnego i starzenia się społeczeństw wymagają zainteresowania się między innymi zagadnieniem bezpłodności, która w naszym kraju dotyczy około 25% par małżeńskich (1 200 000 par) i ma tendencję wzrostową⁵². Konsekwencje bezdzietności dla małżeństwa można rozpatrywać w aspekcie biologicznym, społecznym, psychospołecznym i ocenić je pozytywnie lub negatywnie⁵³. Przyczyn tego zjawiska społecznego jest wiele. Z jednej strony są to przyczyny, którymi interesuje się medycyna (między innymi bezpłodność), a z drugiej — przyczyny społeczno-ekonomiczne i środowiskowe, w które trudno się tu zagłębiać, ponieważ są złożone i wymagają odrębnego potraktowania. Warto jednak zwrócić uwagę na społeczne konsekwencje bezdzietności w sensie stereotypowego postrzegania przez środowisko społeczne pary bezdzietnej, a także postrzeganie problemu bezpłodności wśród kobiet dotkniętych tym problemem. Prowadzone w ramach seminarium magisterskiego badania ankietowe za pośrednictwem internetowego portalu (ze względu na trudny dostęp do grupy kobiet z problemem niepłodności) Stowarzyszenia na rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian” wśród 136 kobiet (w wieku 21 — 38 lat), które przynajmniej przez rok borykały się z problemem zajścia w ciążę, miały na celu ustalenie, czy przyczyna leży po stronie kobiety, czy też nie została określona⁵⁴. W podjętych badaniach skupiono się na kilku kwestiach: niepłodność a po-

⁵⁰ www.laktacja.pl — informacja w Internecie z 30 sierpnia 2007.

⁵¹ Zob. J. Pająk, B. Skwarek: *Bezdziethność w małżeństwie*. „Małżeństwo i Rodzina” 2003, T. 1—3, nr 1.

⁵² Zob. A. Kalus: *Zadowolenie ze swoich małżeństw par bezdzietnych niepłodnych*. „Małżeństwo i Rodzina” 2003, T. 7—8, nr 3.

⁵³ K. Slany, I. Szczepaniak-Wiecha: *Bezdziethność jako nowy fenomen w nowoczesnym świecie*. „Małżeństwo i Rodzina” 2003, T. 1—3, nr 1.

⁵⁴ A. Rodek: *Niepłodność jako problem psychospołeczny*. Nieopublikowana praca magister-

czucie krzywdy i niesprawiedliwości; niepełność a poczucie własnej wartości (poczucie atrakcyjności, poczucie krzywdy, poczucie winy); niepełność a relacje małżeńskie; niepełność a relacje z rodziną (rodziną pochodzenia, rodziną partnera, relacje towarzyskie). Dla 81,6% badanych kobiet urodzenie dziecka jest największym marzeniem, przekształceniem małżeństwa w rodzinę (63,2%), spełnieniem największego marzenia partnera (51,4%), długo oczekiwaną szansą realizacji potrzeb (33,0%), końcem bardzo dużych wydatków związanych z leczeniem (31,6%), końcem nieprzyjemnych pytań dotyczących braku dzieci (29,4%), rozwiązaniem większości problemów (16,1%), zyskaniem akceptacji partnera/męża (10,2%), końcem małżeńskich problemów (8,8%), zyskaniem akceptacji ze strony swojej rodziny pochodzenia (7,3%), możliwością szerszych kontaktów społecznych (7,33%). Warunkiem kobiecości w badanej grupie kobiet jest przede wszystkim macierzyństwo. Respondentki, w zdecydowanej większości (71,3%), obawiają się możliwości rozpadu związku z powodu własnej niepełności, ale podają, że największe wsparcie otrzymują od swoich partnerów (68,3%), a także od innych kobiet niepełnych, z którymi kontaktują się za pośrednictwem Internetu (14,7%), w dalszej kolejności kobiety wymieniają lekarza, rodzinę, przyjaciółkę, grupę wsparcia, a 2,7% kobiet nie otrzymuje wsparcia od nikogo. Niewielka grupa kobiet stwierdza (24,5%), że mówiąc innym osobom o swoim problemie, spotyka się z negatywną reakcją. Ponad połowa respondentek (52,9%) nie chce, z różnych powodów (np. obawa przed plotkami, brakiem zrozumienia, brak zaufania, obawy przed zarzutami) informować innych osób o swym problemie. Ponad 44% respondentek twierdzi, że były obiektem przykrych dla nich żartów z powodu bezdzietności, ale także 48,5% respondentek unikało kontaktu z niektórymi osobami z tego powodu, że mają dzieci, oraz z kobietami w ciąży. Wydaje się, że zasygnalizowane tu niektóre wyniki badań przekonują, że dla kobiet niepełnych problemem jest nie tylko niemożność posiadania dzieci. W wielu bowiem przypadkach borykają się z różnymi problemami w swoim środowisku społecznym. Edukacja zdrowotna związana z tym problemem powinna być skierowana przede wszystkim na orientację informacyjną o problemie bezpłodności, w tym skutków aborcji⁵⁵, i o możliwości leczenia oraz na tworzenie systemu wsparcia i grup samopomocowych, które rozpowszechniają wiedzę na temat bezpłodności i łagodzą poczucie osamotnienia kobiet, umożliwiając wymianę doświadczeń związanych z leczeniem i radzeniem sobie z problemami środowiska społecznego, w którym żyją. Stowarzyszenie na rzecz Leczenia Bezpłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”

ska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

⁵⁵ Zob. *Abortion In Europe*. „Entre Nous the European Magazine for Sexual and Reproductive Health” 2005, no 59.

to zrzeszenie osób borykających się z problemem bezpłodności i niezamierzonej bezdzietności. Jego celem jest: upowszechnianie wiedzy o współczesnych metodach leczenia niepłodności w Polsce i na świecie, udzielanie wszelkiej pomocy parom niepłodnym i bezdzietnym, prowadzenie działań na rzecz zwiększenia skuteczności leczenia, współpraca z różnymi instytucjami w Polsce i poza granicami w zakresie wyznaczonym celami Stowarzyszenia, dążenie do uznania bezpłodności za chorobę i działania na rzecz intensyfikacji leczenia, propagowanie idei adopcji jako rozwiązania problemu bezdzietności, pozyskiwanie środków na realizację celów statutowych, gromadzenie informacji o metodach leczenia bezpłodności w Polsce i na świecie, udostępnianie informacji o ośrodkach, klinikach, poradniach, specjalistach zajmujących się problemem bezpłodności, uczestniczenie w konferencjach i sympozjach naukowych, wydawanie publikacji i ulotek. Stowarzyszenie posiada, jak już wspomniano, serwis internetowy zapewniający powszechną dostępność do informacji związanych z działalnością Stowarzyszenia⁵⁶. Służba zdrowia nie przywiązuje należytej wagi do emocjonalnych i psychicznych skutków bezpłodności i nie zapewnia pod tym względem odpowiedniej opieki, dlatego wszelkie formy pomocowe, między innymi działalność wspomnianego Stowarzyszenia, odgrywają nieocenioną rolę informacyjną, a także udzielają wsparcia osobom tego potrzebującym. Konieczne jest, aby edukacja zdrowotna obejmowała zagadnienia dotyczące nie tylko prozdrowotnego stylu życia. Niezbędna jest również wiedza o funkcjonowaniu organizmu kobiety (np. umiejętność rozpoznawania faz cyklu menstruacyjnego) oraz uwrażliwienie na niepokojące sygnały organizmu kobiety, z którymi należy się zgłaszać do lekarza specjalisty, a także wiedza na temat zapłodnienia i rozwoju ciąży, stosowania antykoncepcji i skutków aborcji, o higienie życia seksualnego, czynnikach obniżających płodność kobiety. Nieodłącznym elementem przekazywania wiedzy o zdrowiu i możliwościach pozyskiwania wsparcia społecznego jest wzmacnianie wartości zdrowia w indywidualnych wyborach życia codziennego.

Przygotowanie do pełnienia ról społecznych w rodzinie i nabywanie kompetencji wiążą się z uczestnictwem społecznym młodego pokolenia w procesie reprodukcji kulturowej i umiejętnościami modyfikowania roli w zmieniającej się rzeczywistości społecznej. W edukacji młodego pokolenia w zakresie przygotowania do życia w rodzinie nie można pomijać kwestii ról rodzicielskich w kontekście zdrowia rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia/dobrostanu potomstwa.

Edukacja na rzecz zdrowia rodziny to proces upowszechniania wiedzy o zdrowiu rodziny i jego uwarunkowaniach oraz o kształtowaniu postaw

⁵⁶ Statut Stowarzyszenia na rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian” – www.nasz.bocian.pl z 27 sierpnia 2007.

i umiejętności prozdrowotnych, z uwzględnieniem podstawowych wartości kulturowych społeczeństwa. Wiąże się ona z wieloaspektowymi i systemowymi działaniami państwa i różnych podmiotów społecznych. Może przybierać postać informacji kierowanych do społeczeństwa za pośrednictwem środków masowego przekazu lub działalności instytucjonalnej (np. instytucje edukacyjne, medyczne i pomocy społecznej), skierowanej na jednostki i grupy społeczne, oraz stowarzyszeń i grup samopomocowych. W latach dwudziestych XX wieku powstało kilka programów rządowych dotyczących polityki rodzinnej, ponieważ edukacja na rzecz rodzin stanowiła jeden z instrumentów polityki społecznej. *Program polityki rodzinnej* (1997) oraz *Polityka prorodzinna państwa. Program* (1999) określiły zadania edukacji na rzecz rodzin. Pierwszy z nich był skierowany głównie do młodzieży oraz rodzin dysfunkcyjnych, drugi zaś — do całego społeczeństwa (dzieci, młodzież, rodzice, nauczyciele)⁵⁷. M. Raćław-Markowska⁵⁸ proponuje wiele działań w zakresie edukacji na rzecz rodzin jako pola wspomagania i powstawania rodzin. W zakresie edukacji dotyczącej poprawy warunków powstawania rodzin proponuje edukację szkolną uwzględniającą problematykę rodzinną, edukację profesjonalistów pozostających w kontakcie z osobami młodymi i mających wpływ na ich wybory, edukację decydentów, która miałaby na celu uwrażliwienie na tworzenie warunków umożliwiających założenie i stabilizację rodziny, oraz edukację społeczną w celu zapewnienia sprzyjającego klimatu dla małżeństwa i rodziny jako wzorów życiowych. W zakresie funkcjonowania rodzin działania edukacyjne kierować należałoby do elit rządowych celem informacji o kondycji polskich rodzin i konsekwencjach prowadzonej polityki, do profesjonalistów, tj. grup zawodowych, które pomagają rodzinom w sytuacjach problemowych i kryzysowych oraz w tworzeniu klimatu społecznego przychylnego rodzinom.

Promocja zdrowia kierowana do ogółu społeczeństwa za pośrednictwem mass mediów jest skoncentrowana przede wszystkim na propagowaniu zdrowia jako wartości jednostkowej i zbiorowej, propagowaniu prozdrowotnego stylu życia oraz na podstawowej wiedzy o chorobach i możliwościach zapobiegania im. Ważnym zagadnieniem jest także informowanie społeczeństwa o czynnikach zagrażających zdrowiu (np. palenie tytoniu). Instytucje edukacyjne typu przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, licea, uczelnie wyższe⁵⁹ realizują objęte programami nauczania (standardami) zagadnienia dotyczące zdrowia, określone dla danego etapu kształcenia. W propozycjach

⁵⁷ M. Raćław-Markowska: *Edukacja na rzecz rodziny jako obszar działań w celu poprawy warunków powstania i funkcjonowania rodzin*. W: *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne*. Red. D. Graniewska. Warszawa 2004, s. 239–241.

⁵⁸ Ibidem, s. 241–249.

⁵⁹ Zob.: *Uczelnia promująca zdrowie*. Red. Z. Kawczyńska-Butrym. Lublin 1995;

aktualnie obowiązujących treści programowych, zarówno w szkole podstawowej, gimnazjum, jak i liceum profilowanym, wyraźnie sformułowane zostały zadania szkoły realizującej wychowanie prozdrowotne. Należą do nich: stwarzanie warunków sprzyjających kształtowaniu zachowań prozdrowotnych, doskonalenie umiejętności odpowiedniego postępowania w sytuacjach zagrożenia, nabywanie umiejętności prozdrowotnych, zapoznanie się z zasadami pierwszej pomocy przedmedycznej, poznanie zagrożeń cywilizacyjnych i nabywanie umiejętności właściwego zachowania, stwarzanie warunków kształtowania i stosowania zasad zdrowego stylu życia, podnoszenie świadomości dotyczącej ochrony i doskonalenia zdrowia, pomoc w pozyskiwaniu odpowiednich wzorów życiowych, pomoc w przygotowaniu do pełnienia ról społecznych i uczestnictwa w tworzeniu zdrowych środowisk życia⁶⁰. Nie wystarczy jednak określenie treści programowych związanych z promocją zdrowia na kolejnych etapach kształcenia dzieci i młodzieży. Konieczne okazuje się przygotowywanie odpowiedniej kadry nauczycieli kompetentnych w nowoczesnej, w sensie metodycznym, realizacji edukacji zdrowotnej oraz włączenie rodziców i podmiotów społeczności lokalnej w działania promujące zdrowie (przykładem jest Szkoła Promująca Zdrowie)⁶¹.

W instytucjach medycznych, takich jak: szpitale, poradnie rodzinne, poradnie specjalistyczne, ośrodki rehabilitacyjne, szkoły rodzenia, personel medyczny prowadzi edukację zdrowotną w zależności od rodzaju placówki, potrzeb i wieku przebywających tam pacjentów (np. edukacja zdrowotna chorych na cukrzycę dotyczy informacji o chorobie, konieczności zmiany stylu życia chorego, a niekiedy i jego rodziny, systematycznego przyjmowania leków). Chodzi tu głównie o to, by osoby chore mogły podjąć samodzielne działania, a tym samym nie pogłębiać swej choroby, wybierając zachowania antyzdrowotne w danej chorobie. Ważne jest, by edukację zdrowotną prowadzić z poszanowaniem zasady autonomii oraz ze znajomością środowiska życia pacjentów, z zachowaniem wysokiego poziomu merytorycznego, który gwarantuje nabyta wiedza, i umiejętności pedagogicznych⁶². Na podstawie dotychczasowych badań psychologicznych przyjmuje się, że cztery grupy warunków mają znaczenie dla zachowań prozdrowotnych pacjentów. Są to przede wszystkim wiadomości na temat zdrowia i choroby, a w następnej kolejności — odpowiednie umiejętności w tym zakresie, nastawienie do

B. Woynarowska: *Uniwersytet promujący zdrowie*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1999, nr 6.

⁶⁰ Zob. *Projekt reformy systemu edukacji*. Warszawa 1998, *Standardy nauczania dla kierunku pedagogika*.

⁶¹ Zob.: *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 1995; *Zdrowie i szkoła*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 2000.

⁶² L. Niebrój: *Zasada autonomii: etyka edukacji zdrowotnej*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2003, nr 1.

podejmowania odpowiednich czynności oraz gotowość do posłużenia się wiadomościami i umiejętnościami w życiu codziennym lub w okresie leczenia⁶³. O wiele szersze spektrum działań w zakresie zapewnienia dobrej jakości świadczeń medycznych i opieki zdrowotnej zawiera Program⁶⁴ – Szpital Promujący Zdrowie.

Założenia polityki ludnościowej w Polsce⁶⁵ (przyjęte przez Rządową Radę Ludnościową 27 października 2004) określają cel ogólny (IV) oraz działania kierunkowe promocji zdrowia jako czynnika poprawy zdrowia ludności i związanej z nim jakości życia. Działania kierunkowe miałyby się skupiać na: intensyfikacji działań na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa przez uchwalenie ustawy o Narodowym Programie Zdrowia (dokończenie prac podjętych w latach dziewięćdziesiątych XX wieku); zintensyfikowaniu działań samorządów lokalnych w zakresie zdrowia publicznego; ustanowieniu Państwowego Monitoringu Zdrowia; utworzeniu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego; realizacji projektów i programów Światowej Organizacji Zdrowia w drodze realizacji takich programów i projektów, jak: Zdrowe Miasto, Zdrowe Miejsce Pracy, Szkoła Promująca Zdrowie, Szpital Promujący Zdrowie, Zdrowy Dom; promocji zdrowia w podstawowej opiece medycznej, tworzenie samorządowych ośrodków ekologii i zdrowia; organizacji i koordynacji działań w zakresie urazowości i wypadkowości w wyniku utworzenia Krajowego Centrum Zapobiegania Urazom i Zwalczania Następstw Wypadków; rozwoju istniejącego systemu opieki zdrowotnej i promocji zdrowia polegającej na rozwijaniu umiejętności odczytywania zdrowia (*health literacy*), ocenie przygotowanych i realizowanych programów polityki zdrowotnej, finansowaniu promocji zdrowia przez państwo, włączaniu instytucji społecznych do działań na rzecz promocji zdrowia.

⁶³ H. Jarosiewicz: *Gotowość do leczenia się jako jeden z warunków zachowań prozdrowotnych*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmont. Wrocław 2001, s. 254.

⁶⁴ Zob.: *Szpital Promujący Zdrowie oraz Deklaracja budapesztańska na temat szpitali promujących zdrowie*. W: *Promocja zdrowia...*, s. 465–472; W. Jędrucha: *Promocja zdrowia w działaniach pielęgniarki szpitalnej*. „Pielęgniarka i Położna” 1997, nr 2; Z. Kawczyńska-Butrym: *Rola pielęgniarki w promocji zdrowia. Przygotowanie i zakres roli*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1–2; L. Kulmatycki: *Kim jest promotor zdrowia w środowisku szpitalnym?* W: *Prawo pacjenta do edukacji zdrowotnej. Wyzwanie i konieczność dla współczesnych i przyszłych kierunków rozwoju medycyny. Materiały VI Ogólnopolskiej Konferencji Szpitali Promujących Zdrowie*. Wrocław 1999.

⁶⁵ *Założenia polityki ludnościowej w Polsce*. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2004, s. 110. Zob. także *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce...*

Zakończenie

Podjęte na łamach tej książki rozważania miały na celu przybliżenie Czytelnikowi kilku, moim zdaniem, ważnych z punktu widzenia społecznego i pedagogicznego problemów związanych z zagrożeniami zdrowia dzieci i młodzieży, ze zdrowotnymi konsekwencjami zaniedbywania dziecka w rodzinie, ze społecznymi i środowiskowymi uwarunkowaniami jego jakości życia w chorobie oraz wskazanie wybranych elementów promocji zdrowia rodzinnego. Jako autorka książki, jestem świadoma, że tematyczne zagadnienia analizowane w poszczególnych rozdziałach mogłyby stać się przedmiotem odrębnych opracowań edytorskich, niemniej jednak zamiarem moim, jako pedagoga społecznego, było przybliżenie tych zagadnień wszystkim tym, którzy swym zaangażowaniem badawczym oraz praktycznymi procesami wychowania i socjalizacji przyczyniają się do optymalnego rozwoju dziecka, a także dostrzegają wagę działań profilaktycznych, kompensacyjnych oraz rehabilitacji społecznej skierowanych na jednostkę i środowisko jej życia. Jakość życia dzieci zaniedbywanych w rodzinie, dzieci przewlekle chorych/niepełnosprawnych znacznie odbiega od przyjętych normatywnie i społecznie standardów. Są to dzieci specjalnej troski: z jednej strony ze względu na niekorzystne warunki środowiska rodzinnego, stanowiące zagrożenie osiągnięcia pełnego zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego i rozwoju intelektualnego, a z drugiej — z uwagi na stan zdrowia/niepełnosprawności będący niejednokrotnie źródłem ograniczonych możliwości w dostępie do dóbr społeczno-kulturowych. Konieczne staje się diagnozowanie problemów, a następnie wypracowanie zmian w społecznym środowisku życia dzieci zaniedbywanych w rodzinie oraz dzieci chorych/niepełnosprawnych za pomocą mechanizmów polityki społecznej, ochrony zdrowia,

opieki medyczno-rehabilitacyjnej, pracy socjalnej i wychowawczo-opiekuńczej¹.

Wyrażam przekonanie, że zagadnienia te, jak i wiele innych, związanych ze zdrowiem człowieka we wszystkich fazach jego życia w zróżnicowanych środowiskach społecznych, stanowić mogą przedmiot zainteresowań badawczych pedagogiki zdrowia jako subdyscypliny pedagogiki.

Wiedza o wieloaspektowych uwarunkowaniach i zagrożeniach zdrowia, także tych społecznych i środowiskowych, ciągle poszerza się o nowe aspekty. W działaniach związanych z promocją zdrowia ważną rolę odgrywa edukacja zdrowotna, służąca przekazywaniu wiedzy i nabywaniu umiejętności związanej z ochroną zdrowia indywidualnego i społecznego. Promocja zdrowia jest realizowana także dzięki wdrażaniu wielu programów, których celem jest rozwój odpowiednich instytucji, także na szczeblu środowiska lokalnego, które wspierałyby rodziny w trudnych sytuacjach życiowych. W dobie współczesnych zmian cywilizacyjnych i społecznych rodzina z problemem zdrowotnym, borykająca się z trudami życia codziennego, poszukująca pomocy i wsparcia instytucjonalnego, pozostaje osamotniona i zagubiona. Często bowiem ten problem zdrowotny dotyczy dzieci i młodzieży. *Narodowy Plan Działań na rzecz Dzieci 2004–2012*² określa główne zakresy działań zmierzających do poprawy sytuacji dzieci. Są to:

1. Promowanie zdrowego trybu życia, tak aby dzieci żyły w zdrowym środowisku, zapewniającym im najwyższy poziom ochrony zdrowia, profilaktykę oraz ochronę przed chorobami epidemicznymi. Oprócz edukacji zdrowotnej konieczne jest zapewnienie dostępności do opieki zdrowotnej oraz zapewnienie warunków praktykowania zachowań prozdrowotnych. Priorytetami w tej dziedzinie są: rozwijanie społecznej świadomości i umiejętności podejmowania działań na rzecz poprawy zdrowia w ujęciu holistycznym, kształtowanie właściwych postaw i zachowań wobec zagrożeń i chorób cywilizacyjnych — uzależnień, HIV/AIDS, zapewnienie odpowiedniej jakości i dostępności opieki zdrowotnej w środowisku rodzinnym i pozarodzinnym.

2. Zapewnienie właściwej jakości edukacji, tak by dzieci bez względu na sytuację ekonomiczną i trudne sytuacje życiowe miały równy dostęp do najwyższej jakości edukacji.

3. Pomoc i wsparcie dla rodziny, aby wszystkie dzieci były wychowywane w środowisku pełnej opieki, z uwzględnieniem prymatu form rodzinnych, oraz wspieranie rodzin dysfunkcyjnych w prawidłowym wypełnianiu obo-

¹ Zob.: K. Sawicka: *Rehabilitacja społeczna*. W: *Encyklopedia socjologii*. Kom. Red. Warszawa 2000, s. 285–287; K. Błeszyńska: *Rehabilitacja*. W: *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Red. D. Lalak, T. Pilch. Warszawa 1999, s. 227–229.

² *Narodowy Plan Działań na rzecz Dzieci 2004–2012*. Warszawa 2004, s. 1–25. www.men.gov.pl/oświata z 27 stycznia 2008.

wiązków opiekuńczo-wychowawczych, ale także zapewnienie dzieciom wychowywanym w rodzinach o trudnej sytuacji materialnej i społecznej wsparcia finansowego w celu zapobiegania ubóstwu społecznemu. Priorytetami są: opracowanie zintegrowanego systemu pomocy rodzinie, przeciwdziałanie ubóstwu rodzin, upowszechnianie i popularyzowanie wiedzy oraz kształtowanie umiejętności potrzebnych do pełnienia ról w rodzinie. Jednym z podstawowych celów jest podnoszenie poziomu wiedzy i tych umiejętności rodziców, które pozwalają zapewnić prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny dziecka, a także zadbać o jego potrzeby i relacje w rodzinie.

4. Ochrona przed molestowaniem, wykorzystywaniem i przemocą, aby uchronić dzieci przed krzywdą i wyzyskiem, ponieważ zjawisko przemycy jest naruszeniem fundamentalnych praw człowieka, stawianym na równi z problemem tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania. Priorytetami są: podnoszenie świadomości społecznej i prawnej, przeciwdziałanie bezradności w wychowaniu i dysfunkcjom w rodzinie, usprawnienie systemu prawnego, wykorzystanie środków masowego przekazu w walce z przemocą, doskonalenie instytucjonalnego systemu reagowania na przemoc wobec dzieci.

Warto zaznaczyć, że wspomniany plan jest wykonaniem zobowiązania Rzeczypospolitej Polskiej, wynikającego z postanowień zawartych w Deklaracji i Planie Działania zamieszczonego w dokumencie *Świat przyjazny dzieciom* przyjętym podczas 27. Sesji Specjalnej Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych poświęconej sprawom dzieci. Powstał on w wyniku współpracy administracji rządowej z organizacjami pozarządowymi oraz Polskim Komitetem Narodowym UNICEF i Biurem Rzecznika Praw Dziecka³.

Podejmowanie badań, analiz i działań społeczno-wychowawczych w zakresie obszarów ujętych w Narodowym Planie Działań na rzecz Dzieci stanowi aktualnie szczególne wyzwanie.

³ Ibidem.

Bibliografia

- Abortion In Europe*. „Entre Nous The European Magazine For Sexual And Reproductive Health” 2005, no 59.
- Adamski F.: *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków 2002.
- Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska. Warszawa 2005.
- Anuszkiewicz J.: *Sytuacja dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym*. „Problemy Rodziny” 2000, nr 4.
- Aries P.: *Historia dzieciństwa*. Gdańsk 1995.
- Auksologia a promocja zdrowia. Red. A. Jopkiewicz. Kielce 1997.
- Badania nad dziećmi alkoholików*. Red. R. Durda. Warszawa 2000.
- Balcerzak-Paradowska B.: *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*. Warszawa 2004.
- Banach J.: *Założenia systemu zabezpieczenia społecznego rodzin i dzieci w Polsce*. W: *Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzieci*. Warszawa, 23 — 24 maj 2003. *Materiały i dokumenty*. Rzecznik Praw Dziecka. Warszawa 2003.
- Barnhill J.W., Taylor N.: *A jeśli to... zaburzenie odżywiania*. Warszawa 2001.
- Bańka A.: *Społeczna psychologia środowiskowa*. Warszawa 2002.
- Barbaro B. de: *Wpływ czynników wewnątrzrodzinnych na okoliczności pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej osób chorych na schizofrenię*. „Psychiatria Polska” 1992, nr 1—2.
- Barić L., Osińska H.: *Ludzie w środowiskach*. Warszawa 1999.
- Bartkowiak Z.: *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*. „Pediatria Praktyczna” 1999, T. 7, nr 2.
- Bartnicka D.: *Alkoholizm wśród dzieci i młodzieży*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 1999, nr 3—4.

- Bąchór W.: *Ciąża kobiety jako czynnik zmiany stylu życia*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Bąk E., Taylor W., Stecko E.: *Czy opóźniony rozwój mowy może być jednym z symptomów zespołu dziecka krzywdzonego?* „Pediatria Polska” 1998, nr 10.
- Bernstein B.: *Odtwarzanie kultury*. Wrocław 1990.
- Bielecka E., Niesiołowska M.: *Dziecko krzywdzone*. W: *Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie. Rozpoznanie i interwencja psychospołeczna w doświadczeniach brytyjskich i polskich*. Red. J. Szmagalski, D. Iwaniec. Warszawa 2002.
- Bik B., Przewoźniak L.: *Edukacja zdrowotna w zdrowiu publicznym*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. Woynarowska, M. Kapica. Warszawa 2001.
- Blumsztajn A.: *Niedożywienie dzieci w Polsce. Korelat ubóstwa czy problem zdrowia publicznego?* „Polityka Społeczna” 2004, nr 9.
- Błeszyński K.: *Rehabilitacja*. W: *Lalak D., Pilch T.: Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa 1999.
- Bobel B.: *Postawy rodziców wobec możliwości integracji szkolnej dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych*. W: *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*. Red. Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowska. Lublin 2003.
- Bodys A.: *Choroba alkoholowa w rodzinie a sytuacja życiowa uczniów szkół ponadpodstawowych*. „Antidotum” 2003, nr 12 (8).
- Bokszański Z.: *Pojęcie działania społecznego w teorii socjologicznej Floriana Znanieckiego*. „Studia Socjologiczne” 1972, nr 2.
- Bomba J.: *Psychopatologia i przebieg depresji u młodzieży*. „Psychoterapia” 1991, nr 39.
- Bomba J., Jaklewicz H.: *Depresja u dzieci podejmujących naukę szkolną. Rozpowszechnienie zjawiska i jego zależność od możliwości przystosowawczych dziecka*. „Psychoterapia” 1990, nr 4.
- Borzucka-Sitkiewicz K.: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*. Kraków 2006.
- Bożkowska K.: *Warunki życia w rodzinie a zdrowie*. W: *Opieka zdrowotna nad rodziną*. Red. K. Bożkowska, A. Sito. Warszawa 1994.
- Bożkowska K., Sito A.: *Opieka zdrowotna nad rodziną*. Warszawa 1994.
- Brağiel J.: *Zrozumieć dziecko krzywdzone*. Opole 1996.
- Browne K., Herbert M.: *Zapobieganie przemocy w rodzinie*. Warszawa 1999.
- Brzeziński Z.J., Szamotulska K.: *Społecznie zróżnicowany wzrost częstości występowania niskiej masy urodzeniowej w Polsce — biologiczne skutki recesji?* „Przegląd Epidemiologiczny” 1993, nr 3.
- Bujnowska A., Gindrich P.: *Sieć i natężenie społecznego wsparcia młodzieży z trudnościami w uczeniu się*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2003, nr 1 (25).
- Bulla B.: *O niektórych przeżyciach dziecka doświadczającego krzyku rodziców*. W: *Doświadczenie kryzysu — szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń*. Red. I. Heszten-Niejodek. Katowice 1995.

- Bulska J., Syrek E.: *Promocja zdrowia w siedlisku lokalnym*. W: *Społeczne procesy modernizacyjne w środowisku lokalnym średniego miasta (doświadczenia i propozycje)*. Red. T. Frąckowiak, P. Mosiek, A. Radziejwicz-Winnicki. Rawicz—Leszno 2005.
- Chazan B.: *Ochrona zdrowia dziecka w najwcześniejszym okresie życia*. W: *Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzieci*. Warszawa, 23—24 maj 2003. *Materiały i dokumenty*. Rzecznik Praw Dziecka. Warszawa 2003.
- Chodkiewicz J.: *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Łódź 2005.
- Chodkowska M.: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Lublin 1995.
- Chodkowska M.: *Socjopedagogiczne problemy edukacji integracyjnej dzieci z obciążeniami biologicznymi i środowiskowymi*. Warszawa 2004.
- Chodkowska M.: *Teoria ról społecznych a badania socjopedagogicznych problemów zdrowia i choroby*. „Chowanna” 2002, T. 1 (18).
- Chrzastek M.: *Radzenie sobie ze stresem przez rodziców dzieci przewlekle chorych*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. Melosik. Toruń—Poznań 1999.
- Ciczkowski W.: *Teoria sił społecznych i inne koncepcje promujące podmiotowość*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce między stagnacją a zaangażowaniem*. Red. E. Górnikowska-Zwolak, A. Radziejwicz-Winnicki. Katowice 1999.
- Cielecka-Krusz J.: *Medyczne aspekty krzywdzenia dzieci*. W: *Rodzice i dzieci — psychologiczny obraz sytuacji problemowych*. Red. E. Milewska, A. Szymańska. Warszawa 2000.
- Cisowska K.: *Wybrane elementy stylu życia młodzieży licealnej*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Cooper P., Ideus K.: *Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*. Przygotowanie wersji w j. polskim J. Głodkowska, S. Przybylski. Warszawa 2001.
- Cylkowska-Nowak M.: *Problem podmiotowości w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. Melosik. Poznań 1999.
- Czapiński J.: *Jakość życia Polaków w czasie zmiany społecznej. Raport końcowy z realizacji projektu badawczego*. Warszawa 1998.
- Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych*. Red. K. Białobrzeska, S. Kawula. Toruń 2006.
- Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy, katastrofy, kataklizmy*. Red. K. Popiołek. Poznań 2001.
- Czyż E., Szymańczyk J.: *Dziecko krzywdzone. Próba opisu zjawiska*. Warszawa 1995.
- Danilewicz W., Izdebska J., Krzesińska-Żach B.: *Pomoc dziecku i rodzinie w środowisku lokalnym*. Białystok 1995.

- Dąbrowski K.: *Trud istnienia*. Warszawa 1986.
- Dąbrowski K.: *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa 1989.
- Demel M.: *O wychowaniu zdrowotnym*. Warszawa 1968.
- Demel M.: *Pedagogika zdrowia*. Warszawa 1980.
- Demel M.: *Wychowanie zdrowotne jako dyscyplina pedagogiczna*. „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1965, nr 3.
- Demel M.: *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*. T. 1—3. Kraków 2000.
- Demel M., Mazurkiewicz E., Wentlandtowa H.: *Pedagogika zdrowia*. (Oświata zdrowotna). W: *Stan i perspektywy rozwoju nauk pedagogicznych*. Red. W. Okoń. Warszawa 1976.
- Derbis R.: *Doświadczenie codzienności. Poczucie jakości życia. Swoboda działania. Odpowiedzialność. Wartości osób bezrobotnych*. Częstochowa 2000.
- Dercz M.: *Prawne podstawy ochrony zdrowia dzieci*. W: *Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzieci*. Warszawa, 23—24 maj 2003. *Materiały i dokumenty*. Rzecznik Praw Dziecka. Warszawa 2003.
- Diagnoza społeczna 2003. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapinski, T. Panek. Warszawa 2004.
- Dolińska-Zygmunt G.: *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky’ego*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław 2001.
- Dolińska-Zygmunt G.: *Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław 2001.
- Doliński G.: *Jak u nas chowano dzieci? Zarys dziejów pedagogiki polskiej*. Warszawa 1899.
- Dołęga Z.: *Samotność młodzieży — analiza teoretyczna i studia empiryczne*. Katowice 2003.
- Doświadczenie kryzysu — szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń*. Red. I. Heszen-Niejodek. Katowice 1995.
- Drożdżowicz L.: *Ogólna teoria systemów*. W: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Red. B. de Barbaro. Kraków 1999.
- Drygas W.: *Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne*. „Medycyna Metaboliczna” 2003, T. 7, nr 2.
- Dworak A.: *Środowisko rodzinne jako wyznacznik jakości życia dziecka z alergią*. Nieopublikowana praca doktorska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2007. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Dykcik W.: *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji problemów osób niepełnosprawnych*. Poznań 2005.
- Dylematy metodologiczne pedagogiki*. Red. T. Lewowicki. Warszawa—Cieszyn 1995.
- Dzieci ulicy. Profilaktyka. Resocjalizacja*. Red. G. Olszewska-Baka. Białystok 2000.
- Dziecko wśród dorosłych*. Red. J. Bińczycka. Warszawa 1990.
- Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 1995.

- Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Red. D. Lalak, T. Pilch. Warszawa 1999.
- Elementy socjologii dla pielęgniarek*. Red. I. Taranowicz, A. Majchrowska, Z. Kawczyńska-Butrym. Lublin 2000.
- Encyklopedia socjologii*. T. 2, 4. Warszawa 1999.
- Frączkiewicz-Wronka A.: *Stan zdrowia dzieci regionu uprzemysłowionego w okresie przemian*. W: *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*. Red. B. Balcerzak-Paradowska. Warszawa 1999.
- Frączkiewicz-Wronka A., Jasłowski J., Owczorz-Cydzik B., Sosbusik D.: *Samorządowa polityka zdrowotna*. Katowice 2004.
- Gajda J.: *Dziecko a konflikty małżeńskie*. Warszawa 1986.
- Gajewska E.: *Opieka nad noworodkiem: wczoraj, dziś — a jak ma być w przyszłości?* W: *Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w Sprawach Dzieci*. Warszawa, 23—24 maj 2003. *Materiały i dokumenty*. Rzecznik Praw Dziecka. Warszawa 2003.
- Garczarczyk A.: *Zaniedbywanie psychofizyczne dzieci i jego konsekwencje zdrowotne*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Gaweł A.: *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*. Kraków 2003.
- Giddens A.: *Nowoczesność i tożsamość*. Warszawa 2002.
- Giza-Poleszczuk A.: *Rodzina a system społeczny. Reprodukacja i kooperacja w perspektywie interdyscyplinarnej*. Warszawa 2005.
- Glaser D.: *Krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci a funkcjonowanie mózgu — przegląd badań*. „Dziecko Krzywdzone” 2006, nr 14.
- Głowacka B., Pytka L.: *Być dzieckiem i przetrwać*. Warszawa 2002.
- Głowacka M.D.: *Proces kształtowania zachowań zdrowotnych*. W: Głowacka M.D.: *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*. Poznań 2000.
- Głowacka M.D.: *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*. Poznań 2000.
- Głowacka M.D., Pawlaczek B.: *Organizacja i zarządzanie w opiece zdrowotnej. Choroby cywilizacyjne*. Poznań 1997.
- Gniazdowski A.: *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Łódź 1990.
- Górka I.: *Mały nieszczęśliwy człowiek z ADHD*. Kraków 2005.
- Grabowski K., Rabenda M.: *Dziecko zaniedbane a środowisko rodzinne*. „Przegląd Pediatryczny” 1990, nr 1.
- Grecka R.: *Styl życia a problem osteoporozy u kobiet*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2005. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Grochocińska R.: *Przemoc wobec dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*. Gdańsk 1999.
- Grochocińska R.: *Psychospołeczna sytuacja dzieci w rodzinach rozbitych*. Gdańsk 1990.

Grossmann R., Scala K.: *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*. Tłum. B. Woynarowska, M. Misiuna. Warszawa 1997.

Hallowell E.M., Ratey J.J.: *W świecie ADHD*. Poznań 2004.

Hellinckx W.: *Nowe tendencje w opiece nad dzieckiem w Europie*. W: *Zmiany w systemie opieki nad dziećmi i młodzieżą. Perspektywa europejska*. Biblioteka pracownika socjalnego. Red. Z.W. Stelmaszuk. Katowice 2001.

Heszen-Niejodek I.: *Lekarz i pacjent*. Kraków 1992.

Heszen-Niejodek I.: *Rozwój zastosowań psychologii do obszaru zdrowia i choroby*. „Przegląd Psychologiczny” 1991, T. 1.

Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. Warszawa 2007.

Holzer J.H.: *Demograficzna charakterystyka populacji dziecięcej. Prognozy demograficzne. Co należy rozumieć przez pojęcie polityki rodzinnej (tezy wystąpienia)*. W: *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*. Red. B. Balcerzak-Paradowska. Warszawa 1999.

Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych. Red. Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowska. Lublin 2003.

Iwaniec D.: *Neglect and Emotional Abuse in Children Who Fail to Thrive*. „Northern Ireland Journal of Multi-Disciplinary Child-Care Practice” 1994, vol. 1 (2).

Iwaniec D.: *The Emotionally Abused and Neglected Child: Identification, Assessment and Intervention*. Chichester 1995.

Iwaniec D., Sneddon H., Monteith M.: *Definicja i przejawy krzywdzenia emocjonalnego dzieci*. W: *Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie. Rozpoznanie i interwencja psychospołeczna w doświadczeniach brytyjskich i polskich*. Red. J. Szmagalski, D. Iwaniec. Warszawa 2002.

Izydorczyk B.: *Psychologiczne uwarunkowania zespołu dziecka krzywdzonego*. W: *Przemoc w rodzinie: diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka*. Red. J.M. Stanik, Z. Majchrzyk. Katowice 1998.

Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie? Doświadczenia z realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie” 1992—1995. Red. B. Woynarowska. Warszawa 1995.

Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać? Red. I. Heszen-Niejodek. Katowice 2000.

Jakość rozwoju a jakość życia. Red. R. Derbis. Częstochowa 2000.

Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny. Red. A. Bańka. Poznań 2005.

Jakość życia a niepełnosprawność. Red. Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska. Lublin 2006.

Jakość życia w chorobie. Społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków. Red. E. Syrek. Kraków 2002.

Jakość życia w niepełnosprawności — mity a rzeczywistość. Red. M. Flanczewska-Wolny. Kraków 2007.

Jankowski D.: *Wartości a strategię działalności kulturalnej*. W: *Socjalizacja a wartości*. Red. T. Frąckowiak, J. Modrzewski. Poznań 1995.

- Janowski K.: *Jakość życia związana ze stanem zdrowia i jej pomiar*. W: *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Problemy człowieka chorego*. Red. S. Steuden, M. Ledwocha. Lublin 2005.
- Jantoń M.: *Zaniedbania rodzinne wśród dzieci uczęszczających do przedszkola*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2003. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Jarosiewicz H.: *Gotowość do leczenia się jako jeden z warunków zachowań prozdrowotnych*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zyg-munt. Wrocław 2001.
- Jarosz E.: *Badanie problemów przemocy w rodzinie występujących w środowisku lokalnym — główne kierunki w świetle przesłanek i standardów*. W: *Rodzina jako środowisko pracy socjalnej*. Red. B. Matyjas, J. Biała. Kielce 2007.
- Jarosz E.: *Dom, który krzywdzi*. Katowice 2001.
- Jarosz E.: *Ograniczanie zjawiska krzywdzenia dzieci w rodzinie — idee działań międzysektorowych*. „Dziecko Krzywdzone” 2006, nr 6.
- Jarosz E.: *Przemoc wobec dzieci. Reakcje środowisk szkolnych*. Katowice 1998.
- Jarosz E., Wysocka E.: *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*. Warszawa 2006.
- Jawłowska A.: *Styl życia a wartości*. W: *Styl życia. Koncepcje i propozycje*. Red. A. Siciński. Warszawa 1976.
- Jędrocha W.: *Promocja zdrowia w działaniach pielęgniarki szpitalnej*. „Pielęgniarka i Położna” 1997, nr 2.
- Jundziłł E.: *Potrzeby psychiczne dzieci i młodzieży*. Gdańsk 1998.
- Już teraz mogę zadbać o zdrowie swego przyszłego dziecka. *Program edukacyjny dla młodzieży 16—24 lat. Materiały dla prowadzących zajęcia edukacyjne*. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 1999.
- Kalus A.: *Zadowolenie ze swoich małżeństw par bezdzietnych niepełnych*. „Małżeństwo i Rodzina” 2003, nr 3.
- Karakiewicz B.: *Wpływ warunków życia w rodzinie na stan zdrowia dzieci niepełnosprawnych*. „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2000, nr 46.
- Kargulowa A.: *Pomoc przez porady. Statyczna versus procesualna struktura poradnictwa w przestrzeni życia społecznego*. W: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. Red. E. Marynowicz-Hetka. Warszawa 2007.
- Karski J.B.: *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Wyd. 1. Warszawa 2003.
- Karski J.B.: *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Wyd. 2. Warszawa 2006.
- Karski J.B.: *Promocja zdrowia (wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe)*. Pierwsza Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia, 17—21 listopada 1986. Warszawa 1992.
- Kasznia-Kocot J., Gruszczyński J., Staszewska-Kwak A., Kozowicz M.: *Zespół dziecka krzywdzonego (Child Abuse) w materiałach IV Katedry I Kliniki Pediatrii Śląskiej Akademii Medycznej*. „Annales Academiae Silesiensis”. „Pediatria” 1995, cz. 1, suplement 18.

- Kawczyńska-Butrym Z.: *Rodzinny kontekst zdrowia i choroby*. Warszawa 1995.
- Kawczyńska-Butrym Z.: *Rola pielęgniarstwa w promocji zdrowia. Przygotowanie i zakres roli*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1–2.
- Kawczyńska-Butrym Z.: *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Lublin 2008.
- Kawula S.: *Dziecko w rodzinie ryzyka — zagrożenia socjalne*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 1997, nr 2.
- Kawula S.: *Pedagogika a kompleks i system nauk o wychowaniu*. „Ruch Pedagogiczny” 2000, nr 3/4.
- Kawula S.: *Pedagogika społeczna w społeczeństwie ryzyka*. Olsztyn 2004.
- Kawula S.: *Pomocniczość i wsparcie. Kategorie pedagogiki społecznej*. Olsztyn 2002.
- Kawula S.: *Rodzina*. W: *Elementarne pojęcia pedagogiki i pracy socjalnej*. Red. D. Lalak, T. Pilch. Warszawa 1999.
- Kawula S.: *Wsparcie społeczne — kluczowy wymiar pedagogiki społecznej*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1996, nr 1.
- Kawula S.: *Współczesny sens pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Dośkonanie — aktualność — perspektywy*. Red. S. Kawula. Toruń 2001.
- Klish J.W.: *Otyłość w dzieciństwie*. „Pediatria po Dyplomie” 1999, nr 3.
- Kliś M.: *Mechanizmy międzypokoleniowej transmisji przemocy przejawianej wobec rodziny*. W: *Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy, katastrofy, kataklizmy*. Red. K. Popiołek. Poznań 2001.
- Knapik A.: *Styl życia w świadomości i zachowaniach kobiet ciężarnych*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2007. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Kocur J., Grzybowski A.: *Psychospołeczne uwarunkowania zdrowia człowieka*. W: *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*. Red. Z. Jethon, A. Grzybowski. Warszawa 2000.
- Kołakowski T.A., Wolańczyk T., Pisula A., Skotnicka M., Bryńska A.: *ADHD — Zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i nauczycieli*. Gdańsk 2006.
- Kołbik I.: *Procesy emocjonalne w rodzinie*. W: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Red. B. de Barbaro. Kraków 1999.
- Kołodziej J.: *Sposoby przeżywania kryzysu jako źródło zagrożenia życia ludzkiego. Badania młodzieży po próbach samobójczych*. W: *Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy, katastrofy, kataklizmy*. Red. K. Popiołek. Poznań 2001.
- Kołoło H.: *Sposób odżywiania*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*. Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa 2006.
- Komendera A.: *Refleksje nad społecznością lokalną jako socjologiczną kategorią pojęciową*. „Studia Socjologiczne” 1982, nr 1–2.
- Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Dz.U. 1991, nr 20, poz. 526.
- Kończewska Z.: *Wpływ czynników egzogennych i endogennych na rozwój psychofizyczny dziecka w okresie prenatalnym*. W: *Problemy współczesnej psychologii*. Red. A. Biela. T. 2. Lublin 1989.

- Kordacki J.: *W sprawie definicji i klasyfikacji wydarzeń dotyczących krzywdzenia dziecka*. „Polski Tygodnik Lekarski” 1991, nr 17—18.
- Kosmala A.: *Charakterystyka sytuacji dziecka chorego przebywającego w szpitalu*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2003. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Koszek A.: *Jakość życia dzieci chorujących na cukrzycę typu 1. w rodzinie*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2003. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Kotarbiński T.: *Elementy teorii poznania i metodologii nauk*. Warszawa 1961.
- Kowalczyk J.: *Onkologia dziecięca w Polsce — osiągnięcia i wyzwania*. W: *Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzieci*. Warszawa, 23—24 maj 2003. *Materiały i dokumenty*. Rzecznik Praw Dziecka. Warszawa 2003.
- Kowalski S.: *Socjologia wychowania w zarysie*. Warszawa 1974.
- Krawański A.: *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*. Poznań 2003.
- Kroszel J.: *Podstawy polityki społecznej w gospodarce rynkowej*. Opole 2004.
- Krzyżanowska B. i inni: *Otyły pacjent w przychodni i szpitalu*. W: *Epidemie XXI wieku: otyłość, cukrzyca, choroby układu krążenia i osteoporoza. Od patogenazy do prewencji i terapii*. Wrocław 2003.
- Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*. Red. B. Woy-narowska. Warszawa 2005.
- Kucharska G., Trzcińska H., Pawlik A., Rozwadowska A.: *Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce i na świecie w świetle współczesnych badań*. „Polska Medycyna Rodzinna” 2004, nr 6 (1).
- Kuchtyń K., Milan M.: *Problemy psychospołeczne kobiet przygotowujących do amputacji gruczołu piersiowego*. W: *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*. Red. D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski. Kraków 2005.
- Kulmatycki L.: *Kim jest promotor zdrowia w środowisku szpitalnym?* W: *Prawo pacjenta do edukacji zdrowotnej. Wyzwanie i konieczność dla współczesnych i przyszłych kierunków rozwoju medycyny*. *Materiały VI Ogólnopolskiej Konferencji Szpitali Promujących Zdrowie*. Wrocław 1999.
- Kulmatycki L.: *Promocja zdrowia w kulturze fizycznej. Kryteria dobrej praktyki*. Wrocław 2003.
- Kultura popularna i (re)konstrukcje tożsamości*. Red. A. Gromkowska-Melosik. Poznań—Leszno 2007.
- Kuziak K.: *Matki samotnie wychowujące dzieci — marginalizacja czy wykluczenie społeczne*. W: *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych*. Red. K. Białobrzeska, S. Kawula. Toruń 2006.
- Kwak A.: *Społeczny wymiar choroby w rodzinie*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2000, nr 3/4 (15/16).
- Kwak A., Mościskier A.: *Rzeczywistość praw dziecka w rodzinie*. Warszawa 2002.
- Kwak A., Pascall G.: *Państwo a rodzina. Oceny i postulaty matek małych dzieci*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2005, nr 1 (33).
- Kwieciński Z.: *Bezbronni. Odpad szkolny na wsi*. Toruń 2002.

- Kwieciński Z.: *Między patosem a dekadencją. Studia i szkice socjopedagogiczne*. Wrocław 2007.
- Kwieciński Z.: *Młodzież wobec wartości i norm ładu społecznego*. Toruń 1987.
- Langer H., Kisiel B., Balcerska A.: *Dziecko zaniedbane a jego środowisko rodzinne (z uwzględnieniem alkoholizmu)*. „Pediatria Polska” 1983, nr 1.
- Leksy K.: *Dziecko zaniedbane — charakterystyka problemu na przykładzie wychowanków świetlicy środowiskowej*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2004, nr 3/4 (31/32).
- Leksy K.: *Rola stylu życia w powstawaniu chorób cywilizacyjnych (na przykładzie nadwagi i otyłości)*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2003, nr 2 (34).
- Lepalczyk I., Marynowicz-Hetka E.: *Instytucjonalna pomoc dziecku i rodzinie. Diagnozy i propozycje*. Wrocław—Łódź 1988.
- Lewicki C.: *Edukacja zdrowotna — systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów 2006.
- Lewowicki T.: *O tożsamości, kondycji i powinnościach pedagogiki*. Warszawa—Radom 2007.
- Libiszowska-Żółtkowska M.: *Zdrowie w religijnym systemie wartości i prozdrowotnej aktywności Kościoła katolickiego*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1997, nr 12—13.
- Maciarz A.: *Dziecko przewlekle chore*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Red. T. Pilch. Warszawa 2003.
- Maciarz A.: *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*. Warszawa 2004.
- Maciarz A.: *Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy*. Warszawa 2001.
- Maciarz A.: *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych*. Kraków 1998.
- Malinowski B.: *Zwyczaje i zbrodnie w społeczności dzikich. Życie seksualne dzikich w północno-zachodniej Melanezji*. Przekład J. Chałasiński, A. Waliński. Warszawa 1984.
- Małkiewicz-Borkowska M., Namysłowska I., Siewierska A., Pużyńska E., Średniawa H., Żechowski C., Iwanek A., Ruszkowska E.: *Cechy rodziny a obciążenia organiczne, obraz psychopatologiczny i przystosowanie przedchorobowe hospitalizowanych pacjentów młodzieżowych*. „Psychiatria Polska” 1996, nr 6.
- Małkowska A., Tabak I., Jodłowska M., Oblacińska A., Ostrega W.: *Zdrowie i styl życia młodzieży u progu dorosłości. Raport techniczny z badań uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce*. Warszawa 2005.
- Małkowska-Szcutnik A.: *Spostrzegane wsparcie społeczne*. 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 2006.
- Marianowski L.: *Opieka prenatalna — diagnostyka i terapia w okresie życia wewnątrzmacicznego*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Karński. Warszawa 1999.
- Marynowicz-Hetka E.: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. T. 1—2. Warszawa 2006—2007.

- Marzec-Holka K.: *Dzieciobójstwo*. Bydgoszcz 2004.
- Marzec-Holka K.: *Przemoc seksualna wobec dziecka. Studium pedagogiczno-kryminologiczne*. Bydgoszcz 1999.
- Matczak P.: *Problemy ekologiczne jako problemy społeczne*. Poznań 2000.
- Matyjas B.: *Dzieciństwo w kryzysie. Etiologia zjawiska*. Warszawa 2008.
- Matyjas B.: *Pedagogika społeczna i rodzina — obszary badań*. W: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. Red. E. Marynowicz-Hetka. T. 2. Warszawa 2007.
- Mazurkiewicz E.A.: *Pożytki z osiągnięć pedagogiki społecznej dla edukacji zdrowotnej*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. Wojnarowska, M. Kapica. Warszawa 2001.
- Mazurkiewicz E.A.: *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej*. Wrocław—Łódź 1983.
- Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*. Red. Z. Jethon, A. Grzybowski. Warszawa 2000.
- Melosik Z.: *Edukacja zdrowotna i kultura popularna: problemy i kontrowersje*. W: Korporowicz V.: *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*. Warszawa 2006.
- Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*. Red. J. Hryniewicz. Warszawa 2001.
- Mikulski T., Kirschner H., Lutyński R., Dukat R.: *Środowisko bytowania*. W: *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*. Red. Z. Jethon, A. Grzybowski. Warszawa 2000.
- Misiuna M.: *Styl życia a zdrowie*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1—2.
- Modrzewski J.: *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*. Poznań 2004.
- Mossakowska B.: *Zespół maltretowanego dziecka — z doświadczeń lekarza*. W: *Prawa dziecka — deklaracje i rzeczywistość*. Red. J. Bińczycka. Kraków 1993.
- Müller A.: *Zniewolone dzieciństwo*. Poznań 1999.
- Namysłowska I.: *Kondycja polskich rodzin a zdrowie psychiczne*. W: *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*. Red. C. Czabała. Warszawa 2000.
- Namysłowska I., Siewierska A.: *Lęk w systemie rodzinnym*. „Psychiatria Polska” 1994, nr 5.
- Narodowy Plan Działań na rzecz Dzieci 2004—2012. Polska dla dzieci*. Warszawa 2004.
- Narodowy Program Zdrowia 1996—2006*. W: Syrek E.: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej. Aneks*. Katowice 2000.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2006—2015 (projekt)*. Ministerstwo Zdrowia. Państwowy Zakład Higieny.
- Neuhaus K.: *Dziecko nadaktywne*. Warszawa 2003.
- Niebrój L.: *Zasada autonomii: etyka edukacji zdrowotnej*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2003, nr 1.
- Niebrój L., Kosińska M.: *Rodzina. Dziecko i jego potrzeby zdrowotne*. „Eukrasia” 2003, vol. 2.
- Niepowodzenia szkolne*. Red. J. Łysek. Kraków 1998.

- Niesiobędzka M.: *Przemoc emocjonalna w doświadczeniu młodzieży*. W: *Rodzina jako środowisko rozwoju dzieci i ich rodziców*. Red. B. Szmigielńska. „Psychologia Rozwojowa” 2004, T. 9, nr 2.
- Niewiadomska I., Kulik A., Hajduk A.: *Jedzenie*. Lublin 2005.
- Norska-Borówka I., Bursa J., Kasznia-Kocot J.: *Wpływ zdegradowanego środowiska na zdrowotność dzieci śląskich*. Katowice 1992.
- Nowak A.: *Zarys prawa dla pedagogów społecznych*. Katowice 2005.
- Nowak M.: *Sposoby radzenia sobie ze stresem matek dzieci z ADHD*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2007. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Nowicka A.: *Psychospołeczna integracja dzieci przewlekle chorych w szkole podstawowej*. Kraków 2001.
- Oblacińska A.: *Występowanie otyłości i spostrzeganie własnej masy ciała*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*. Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa 2006.
- Oblacińska A., Jodkowska M., Ostrega W., Tabak I., Małkowska A.: *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami w Polsce w latach 2000–2005*. Warszawa 2005.
- Oblicza dzieciństwa*. Red. D. Kornas-Biela. Lublin 2001.
- Oblicza jakości życia. Człowiek w sytuacji pracy*. Red. W. Błaszczyk, K. Januszkiewicz, J. Śmigielski. Łódź 2006.
- Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*. Red. A. Frączkiewicz-Wronka. Katowice 2005.
- Oficjalna strona Polskiego Towarzystwa ADHD* — www.ptadhd.pl z 21 sierpnia 2007.
- Ogińska-Bulik N.: *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmian*. Łódź 2004.
- Ograniczanie zjawiska krzywdzenia dzieci w rodzinie — idee działań międzysektorowych*. „Dziecko Krzywdzone” 2006, nr 6.
- Ogryzko-Wiewiórowska M.: „My” — o zdrowiu w relacjach rodzinnych. W: *Zdrowie. Choroba. Społeczeństwo*. Red. W. Piątkowski. Lublin 2004.
- Olejniczak-Merta A.: *Szanse, bariery i zagrożenia dzieci i młodzieży w okresie przemian społeczno-gospodarczych*. W: *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*. Red. B. Balcerzak-Paradowska. Warszawa 1999.
- Olubiński A.: *Praca socjalna. Aspekty humanistyczne i pedagogiczne. Teoria i praktyka*. Toruń 2004.
- Olubiński A.: *Realizacja funkcji opiekuńczej w rodzinach toruńskich*. Toruń 1998.
- Olubiński A.: *Zasady aktywizacji sił społecznych w pracy socjalno-wychowawczej*. W: *Pedagogika społeczna. Dokonania — aktualność — perspektywy*. Red. S. Kawula. Toruń 2001.
- Ostojka-Zawadzka K.: *Cykle życia rodzinnego*. W: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Red. B. de Barbaro. Kraków 1999.
- Ostrowska A.: *Promocja zdrowia ludzi chorych i niepełnosprawnych*. W: *Promocja zdrowia*. Wydanie nowe. Red. J.B. Karński. Warszawa 1999.

- Ostrowska A.: *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa 1999.
- Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion. November 17—21, 1986. Ottawa, Ontario, Canada.
- Pacholski M., Słaboń A.: *Słownik pojęć socjologicznych*. Kraków 1997.
- Pajak J., Skwarek B.: *Bezdzielnosc w małżeństwie*. „Małżeństwo i Rodzina” 2003, T. 1—3, nr 1.
- Palka S.: *Badawcze problemy pedagogiki*. „Edukacja” 1986, nr 2.
- Palka S.: *Współczesne sposoby kreowania pedagogiki w Polsce i ich metodologiczne konsekwencje*. W: *Dylematy metodologiczne pedagogiki*. Red. T. Lewowicki. Warszawa—Cieszyn 1995.
- Parsons T.: *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa 1993.
- Pasterniak W.: *Wiedza o wartościach w pedagogice społecznej*. W: *Socjalizacja a wartości*. Red. T. Frąckowiak, J. Modrzewski. Poznań 1995.
- Pawlica B., Woźniak-Krakowian A.: *Psychologiczna i socjologiczna analiza zjawiska przemocy w rodzinie na terenie województwa częstochowskiego w latach 1990—1995*. W: *Przemoc w rodzinie: diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka*. Red. J.M. Stanik, Z. Majchrzyk. Katowice 1998.
- Pecyna M.B.: *Dziecko i jego choroba*. Warszawa 2000.
- Pedagogika. Podręcznik akademicki*. Red. Z. Kwieciński, B. Śliwerski. Warszawa 2005.
- Pedagogika społeczna. Dokonania — aktualność — perspektywy*. Red. S. Kawula. Toruń 2001.
- Pedagogika społeczna. Kręgi poszukiwań*. Red. A. Przecławska. Warszawa 1996.
- Pedagogika społeczna jako dyscyplina akademicka. Stan i perspektywy*. Red. E. Marynowicz-Hetka, J. Piekarski, E. Cyrańska. Warszawa 1998.
- Pedagogika społeczna w perspektywie europejskiej. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*. Red. S. Kawula, E. Marynowicz-Hetka, A. Przecławska. Olsztyn 2003.
- Pedagogika społeczna w Polsce — między stagnacją a zaangażowaniem*. Red. A. Radziejewicz-Winnicki, E. Górnikowska-Zwolak. Katowice 1999.
- Pedagogika społeczna w Polsce po 1989 roku. Przemiany w nauce, obecność międzynarodowa, kręgi tematyczne prac badawczych*. Red. B. Kromolicka, A. Radziejewicz-Winnicki, M. Noszczyk-Bernasiewicz. Katowice 2007.
- Pedagogika we współczesnym dyskursie humanistycznym*. Red. T. Lewowicki. Warszawa—Kraków 2004.
- Pietkiewicz B., Mikołajczyk A.: *Paw ciężarnej*. „Polityka” 2007, nr 34.
- Pietrzak K.: *Świadomość zdrowotna kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi i szyjki macicy (na przykładzie badań w środowisku wiejskim)*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Pilch T.: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 1. Warszawa 2003.
- Pilecka B.: *Kryzys psychiczny u bliskich chorego somatycznie*. W: *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*. Red. D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski. Kraków 2005.

- Pilot M.: *Rodzaje i formy zaniedbania zdrowotnego dziecka w rodzinie i jego konsekwencje*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2005. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Piotrowski J., Lisiewicz J.: *Palenie tytoniu. Matka — ciąża — dziecko*. Kraków 1983.
- Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław 2001.
- Polska bieda. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie*. Red. S. Golinowska. Warszawa 1996.
- Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzieci*. Warszawa, 23 — 24 maja 2003. *Materiały i dokumenty*. Rzecznik Praw Dziecka. Warszawa 2003.
- Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych*. Red. A. Bańka, R. Derbis. Poznań — Częstochowa 1995.
- Pomocniczość i wsparcie. Kategorie pedagogiki społecznej*. Olsztyn 2002.
- Pospiszyl I.: *Przemoc w rodzinie*. Warszawa 1998.
- Postępy psychoterapii*. Red. L. Gapiak. T. 2. Poznań 1999.
- Postrzeganie środowiska psychospołecznego szkoły przez uczniów w Polsce i innych krajach. Raport z badań*. Oprac. B. Woynarowska, J. Mazur. Warszawa 2004.
- Potencjał promocji zdrowia w Polsce. Kształcenie i doskonalenie zawodowe pracowników i realizatorów. Streszczenia Konferencji Krajowej*. Państwowy Zakład Higieny. Warszawa — 6 listopada 2006 r.
- Poździejch S.: *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*. Kraków 2004.
- Pracownik socjalny. Wybrane problemy zawodu w okresie transformacji społecznej*. Red. J. Brągiel, A. Kurcz. Opole 2002.
- Prawa dziecka — deklaracje i rzeczywistość*. Red. J. Bińczyska. Kraków 2003.
- Problemy edukacyjne i zdrowotne regionu uprzemysłowionego*. Red. J. Sztumski. Katowice 1998.
- Problemy współczesnej psychologii*. Red. A. Biela. T. 2. Lublin 1989.
- Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej*. Red. Z. Słońska, B. Woynarowska. Warszawa 2002.
- Projekt reformy systemu edukacji*. Warszawa 1998.
- Promocja zdrowia*. Red. J.B. Karcki, Z. Słońska, B.W. Wasilewski. Warszawa 1994.
- Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. Ratajczak, J. Heszten-Niejodek. Katowice 1997.
- Promocja zdrowia. W: Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 1995.
- Promocja zdrowia. Wydanie nowe*. Red. J.B. Karcki. Warszawa 1999.
- Promocja zdrowia matki i dziecka w okresie ciąży, psychoprofilaktyka porodu i przygotowanie do rodzicielstwa*. W: I. Heszten, H. Sęk: *Psychologia zdrowia*. Warszawa 2007.
- Promocja zdrowia — zarys problematyki*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1996, nr 1 — 2.
- Przemoc w rodzinie, diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka*. Red. J.M. Stanik, Z. Majchrzyk. Katowice 1998.

- Przewoźniak L.: *Społeczne przyczyny choroby*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk. T. 1. Kraków 2000.
- Przewoźniak L., Bik B.: *Aspekty roli edukatora zdrowia w instytucjach zdrowia publicznego*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. Woynarowska, M. Kapica. Warszawa 2001.
- Psychologia jakości życia*. Red. A. Bańka. Poznań 2005.
- Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Red. A. Bańka, R. Derbis. Poznań—Częstochowa 1994.
- Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*. Red. D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski. Kraków 2005.
- Puchalski K.: *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1996, nr 1—2.
- Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowarska-Pościk L.: *Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna*. Łódź 1999.
- Racław-Markowska M.: *Edukacja na rzecz rodziny jako obszar działań w celu poprawy warunków powstania i funkcjonowania rodzin*. W: *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne*. Red. D. Graniewska. Warszawa 2004.
- Radlińska H.: *Egzamin z pedagogiki społecznej*. W: Radlińska H.: *Pedagogika społeczna*. Wrocław—Kraków 1961.
- Radlińska H.: *Pedagogika społeczna*. Wrocław—Kraków 1961.
- Radlińska H.: *Planowanie pracy wychowawczej na tle środowiska*. „Ruch Pedagogiczny” 1933—1934, nr 6.
- Radlińska H.: *Poznajemy warunki życia dziecka*. Warszawa 1934.
- Radlińska H.: *Rola badań społeczno-pedagogicznych w planowaniu życia społecznego*. „Chowanna” 1935, nr 6.
- Radlińska H.: *Stosunek wychowawcy do środowiska społecznego*. Warszawa 1935.
- Radziejewicz-Winnicki A.: *Dramatyzm społeczny rodzinnej codzienności. Racjonalność ekonomiczna a zmiana realiów społecznych*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2005, nr 1 (33).
- Radziejewicz-Winnicki A.: *Oblicza zmieniającej się współczesności. Szkice z pedagogiki społecznej, etnografii edukacyjnej i socjologii transformacji*. Kraków 2001.
- Radziejewicz-Winnicki A.: *Społeczeństwo w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańsk 2004.
- Radziejewicz-Winnicki I.: *Czynnościowe bóle brzucha jako zaburzenie funkcjonowania psychospołecznego dzieci*. „Chowanna” 2008, nr 2 (31) [w druku].
- Razem przeciw przemocy*. Red. I. Pospiszyl. Warszawa 1999.
- Reformy opieki zdrowotnej — w poszukiwaniu nowych funkcji*. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. Barański, W. Piątkowski. Wrocław 2002.
- „Rocznik Demograficzny” 2002. Warszawa 2003.
- Rodek A.: *Niepłodność jako problem psychospołeczny*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierunkiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

- Rodzice i dzieci — psychologiczny obraz sytuacji problemowych.* Red. E. Milewska, A. Szymanowska. Warszawa 2000.
- Rodzina jako środowisko pracy socjalnej. Teoria i praktyka.* Red. B. Matyjas, J. Białą. Kielce 2007.
- Rodzina jako środowisko rozwoju dzieci i rodziców.* Red. B. Szmigielska. Kielce 2007.
- Rojek B.: *Portret psychologiczny dziecka maltretowanego w rodzinie oraz bliskie i odległe skutki przemocy.* „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2002, nr 1.
- Rola J.: *Depresja u dzieci.* Kraków 2001.
- Roman E.: *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesu socjalizacji dzieci i młodzieży.* „Forum Oświatowe” 1994, nr 1.
- Roter A.: *Proces socjalizacji dzieci w warunkach ubóstwa społecznego.* Katowice 2005.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 13 czerwca 2003 zmieniające rozporządzenie w sprawie określania standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia.* Dz.U. 2003, nr 144, poz. 1401.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 września 2004 roku w sprawie standardów kształcenia nauczycieli.* Dz.U. 2004, nr 207, poz. 2110.
- Rybakowa M.: *Sztuka rozmowy z chorym dzieckiem.* W: *Sztuka rozmowy z chorym.* Red. A. Grajcarek. Kraków 2001.
- Rybicki P.: *Struktura społecznego świata.* Warszawa 1979.
- Sadowski Z.: *Promocja zdrowia — szansa i konieczność.* „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 3—4.
- Sahaj T.: *Jak założyć rodzinę i mieć zdrowe dzieci? Recepty życiowe Platona i Arystotelesa.* „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2003, nr 66 (2).
- Samotne macierzyństwo a polityka społeczna.* Red. M. Rymśa. Warszawa 2001.
- Sawicka K.: *Rehabilitacja społeczna.* W: *Encyklopedia socjologii.* Kom. Red. T. 3. Warszawa 2000.
- Senator D.: *Więź w triadzie matka — ojciec — dziecko jako matryca rozwoju psychicznego dziecka.* „Psychologia Rozwojowa” 2004, nr 2 (9).
- Sęk H.: *Jakość życia a zdrowie.* „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1993, nr 2.
- Sęk H.: *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu.* W: *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby.* Red. D. Kubacka-Jasiecka, A.M. Ostrowski. Kraków 2005.
- Sęk H., Cieślak R.: *Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne.* W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie.* Red. H. Sęk, R. Cieślak. Warszawa 2004.
- Sęk H., Ziarko M.: *Działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego w Polsce na tle informacji z innych krajów.* W: *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja.* Red. C. Czabała. Warszawa 2000.
- Sheridan Ch.L., Radmacher S.A.: *Psychologia zdrowia.* Warszawa 1998.
- Siciński A.: *Problemy teoretyczne i metodologiczne stylów życia.* Warszawa 1980.
- Simmel G.: *Filozofia mody.* W: *Socjologia. Lektury.* Red. P. Sztoimpka, M. Kucia. Kraków 2005.

- Skórzyńska H.H., Rudnicka-Drożak E.: *Krzywdzenie dzieci przez dorosłych. Ocena skali zjawiska i rozpoznawania go przez nauczycieli*. „Zdrowie Publiczne” 2002, nr 3.
- Slany K., Kluzowa K.: *Kształtowanie systemu wartości jako kierunek działań polityki ludnościowej*. W: *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne*. Red. D. Graniewska. Warszawa 2004.
- Slany K., Szczepaniak-Wiecha I.: *Bezdzietność jako nowy fenomen w nowoczesnym świecie*. „Małżeństwo i Rodzina” 2003, T. 1—3, nr 1.
- Słowska Z.: *Ewolucja modeli edukacji zdrowotnej*. „Kultura Fizyczna” 1994, nr 5—6.
- Słowska Z.: *Promocja zdrowia — zarys problematyki*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1996, nr 1—2.
- Słowska Z.: *Promocja zdrowia w Polsce. Rozwiązania systemowe a rzeczywistość*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 2000, nr 19.
- Słowska Z.: *Współczesna wizja edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. Woynarowska, M. Kapica. Warszawa 2001.
- Słowska Z.: *Wychowanie dla zdrowia*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Kariski, Z. Słowska, B. Wasilewski. Warszawa 1994.
- Słowska Z.: *Zdrowie*. W: *Encyklopedia socjologii*. Kom. Red. T. 4. Warszawa 2002.
- Słowska Z., Woynarowska B.: *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej*. Warszawa 2002.
- Smockiewicz R., Dziatkowiak H., Wisłocka E.: *Wpływ sytuacji kryzysowych na dzieci i młodzież chore na cukrzycę insulinozależną*. „Pediatria Polska” 1994, nr 8.
- Smolińska-Theiss B.: *Dzieciństwo*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Red. T. Pilch. T. 1. Warszawa 2003.
- Smolińska-Theiss B.: *Dzieciństwo w małym mieście*. Warszawa 1994.
- Smolińska-Theiss B.: *Trzy nurty badań nad dzieciństwem*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1995, nr 10.
- Sneddon H., Iwaniec D.: *Definicja, klasyfikacja i programy zespołu zaburzenia rozwoju dzieci*. W: *Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie. Rozpoznanie i interwencja psychospołeczna w doświadczeniach brytyjskich i polskich*. Red. D. Iwaniec, J. Szmagalski. Warszawa 2002.
- Sobolewska Z.: *Odebrane dzieciństwo*. Warszawa 2000.
- Socha J.: *Niedożywienie dzieci w Polsce. Fakty, wyzwania i inicjatywy na rzecz walki z problemem*. Warszawa 2003.
- Socjalizacja wartości*. Red. T. Frąckowiak, J. Modrzewski. Poznań 1995.
- Socjologia. Lektury*. Red. P. Sztompka, M. Kucia. Kraków 2005.
- Socjologia ogólna. Wybrane problemy*. Red. J. Polakowska-Kujawa. Warszawa 1999.
- Sokal U.: *Czynniki wpływające na kształtowanie się więzi w rodzinie*. W: *Współczesne rodziny polskie — ich stan i kierunek przemian*. Red. Z. Tyska. Poznań 2001.
- Sokołowska M.: *Funkcjonowanie szkoły jako potencjalne źródło zagrożeń zdrowia psychicznego. Założenia ogólne, definicje*. W: *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*. Red. C. Czubała. Warszawa 2000.

- Sokołowska M.: *Idee zdrowia i choroby w socjologii*. W: *Spółeczeństwo i socjologia. Księga poświęcona Profesorowi Janowi Szczepańskiemu*. Red. J. Kulpińska. Warszawa—Wrocław—Kraków—Gdańsk—Łódź 1985.
- Sokołowska M.: *Odpowiedzialność społeczna a grupy zależne*. „*Studia Socjologiczne*” 1981, nr 3.
- Sokołowska M.: *Socjologia medycyny*. Warszawa 1986.
- Sowińska A.: *Promocja zdrowia w warunkach przemian systemowych*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. Ratajczak, I. Heszten-Niejodek. Katowice 1997.
- Spółeczeństwo i socjologia. Księga poświęcona Profesorowi Janowi Szczepańskiemu*. Red. J. Kulpińska. Warszawa—Wrocław—Kraków—Gdańsk—Łódź 1985.
- Spółeczne procesy modernizacyjne w środowisku lokalnym średniego miasta. (Doświadczenia i propozycje)*. Red. T. Frąckowiak, P. Mosiek, A. Radziejewicz-Winnicki. Rawicz—Leszno 2005.
- Stanik J.M.: *Przemoc wobec dziecka — wprowadzenie w problematykę*. W: *Przemoc w rodzinie; diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka*. Red. J.M. Stanik, Z. Majchrzyk. Katowice 1998.
- Starzomska M.: *Anoreksja: trudne pytania*. Kraków 2006.
- Statut Stowarzyszenia na rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”* — www.nasz.bocian.pl z 27 sierpnia 2007.
- Stelmaszuk Z.W.: *Zmiana paradygmatów w opiece nad dzieckiem*. W: *Zmiany w systemie opieki nad dziećmi i młodzieżą. Perspektywa europejska*. Red. Z.W. Stelmaszuk. Katowice 2001.
- Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*. Red. A. Siciński. Warszawa 1978.
- Svensson P.G.: *The Concept of Health. Some Comments from a Social Science Perspective*. „*Scandinavian Journal of Social Medicine*” 1980.
- Syrek E.: *Wychowanie jako przedmiot analiz pedagogiki społecznej i socjologii wychowania*. Katowice 1987.
- Syrek E.: *Zaniedbanie emocjonalne dzieci jako zagrożenie zdrowia — wybrane aspekty*. „*Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne*” 2004, nr 29.
- Syrek E.: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice 2000.
- Syrek E.: *Zdrowie w obszarze zainteresowań pedagogiki społecznej*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. M. Kapica, B. Woynarowska. Warszawa 2001.
- Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2003*. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2004.
- Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*. Red. B. Balcerzak-Paradowska. Warszawa 1999.
- Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne. I Kongres Demograficzny w Polsce*. Red. D. Graniewska. Warszawa 2004.
- Szadkowska A., Bodalski J.: *Otyłość u dzieci i młodzieży*. „*Przewodnik Lekarza*” 2003, nr 9.
- Szarzyńska-Lichtoń M.: *Leczenie jądłowstrętu psychicznego w Oddziale Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuro-*

- psychiatrycznego w Opolu. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2000, nr 2 (914).
- Szczepański J.: *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa 1967.
- Szczepański J.: *Społeczne uwarunkowania rozwoju oświaty*. Warszawa 1989.
- Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat. Red. B. Woynarowska, M. Sokołowska. Warszawa 2000.
- Szlendak T.: Rodzina. W: *Encyklopedia socjologii*. Kom. Red. T. 3. Warszawa 2003.
- Szpital Promujący Zdrowie oraz Deklaracja budapesztańska na temat szpitali promujących zdrowie. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Karski, Z. Słowska, B.W. Wasilewski. Warszawa 1994.
- Sztompka P.: *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków 2002.
- Sztuka rozmowy z chorym. Red. A. Grajcarek. Kraków 2001.
- Szukielójc-Bieńkuńska A.: *Sytuacja materialna rodzin. Ubóstwo i jego skutki dla dzieci*. W: *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*. Red. B. Balcerzak-Paradowska. Warszawa 1999.
- Szymaniak W., Krawczyński M., Mądry E.: *Niektóre cechy rodzicielskie i środowiska rodzinnego dzieci niskorosłych*. „Nowiny Lekarskie” 1997, nr 66, suplement 1.
- Szymborski J.: *Sytuacja zdrowotna dzieci w Polsce — aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych*. W: *Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzieci*. Warszawa, 23 — 24 maj 2003. *Materiały i dokumenty*. Rzecznik Praw Dziecka. Warszawa 2003.
- Tabak I.: *Psychologiczne determinanty zdrowia i choroby* W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*. Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa 2006.
- Tatoń J.: *Epidemiologia cukrzycy*. W: *Diabetologia*. Red. J. Tatoń, A. Czech. T. 1. Warszawa 2001.
- Tatoń J.: *Otyłość — patofizjologia, diagnostyka, leczenie*. Warszawa 1985.
- Tatoń J., Czech A.: *Diabetologia*. T. 1. Warszawa 2001.
- Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. Woynarowska, M. Kapica. Warszawa 2001.
- Teusz G.: *Znaczenie wsparcia społecznego w doświadczaniu przez młodzież krytycznych wydarzeń życiowych*. „Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne” 2005, nr 3—4 (35—36).
- Theiss W.: *Heleny Radlińskiej koncepcja pomiaru środowiska wychowawczego*. W: *Wychowanie i środowisko*. Red. B. Passini, T. Pilch. Warszawa 1979.
- Theiss W.: *Zniewolone dzieciństwo. Socjalizacja w skrajnych warunkach społeczno-politycznych*. Warszawa 1996.
- Titkow A.: *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*. Wrocław 1984.
- Tobiasz-Adamczyk B.: *Nauki medyczne*. W: *Encyklopedia socjologii*. Kom. Red. T. 2. Warszawa 1999.
- Tobiasz-Adamczyk B.: *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego. Badania porównawcze*. Kraków 2004.

- Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 1998.
- Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 2000.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J.: *Spółeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego. Badania porównawcze*. Kraków 2004.
- Toporska A.: *Wiedza kobiet na temat zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i poro-
dów*. Nieopublikowana praca magisterska przygotowana pod moim kierun-
kiem. Katowice 2006. Archiwum Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersy-
tetu Śląskiego.
- Tradycja i nowoczesność*. Red. J. Szacki. Warszawa 1984.
- Tranda L.: *Państwowe domy dziecka a alternatywne formy wychowania*. W: *Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzieci*. Warszawa 2003.
- Trendak W., Kocur J., Bukowski J.: *Stan psychiczny i rozwój psychoruchowy dzieci maltretowanych*. W: *Przemoc w rodzinie: diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka*. Red. J.M. Stanik, Z. Majchrzyk. Katowice 1998.
- Turowski J.: *Spółeczność lokalna*. „*Studia Socjologiczne*” 1977, nr 3.
- Tuszyńska-Bogucka V.: *Wartość modeli rodziny psychosomatycznej w diag-
nostyce i terapii przewlekłych schorzeń psychosomatycznych u dzieci*. W: Nie-
brój L., Kosińska M.: *Rodzina: dziecko i jego potrzeby zdrowotne*. W: „Eu-
krasia”. Vol. 2. Katowice 2003.
- Tuszyńska-Bogucka V., Bogucki J.: *Zmienne rodzinne w przebiegu dzie-
cięcych przewlekłych chorób dermatologicznych*. W: Niebrój L., Kosiń-
ska M.: *Rodzina: dziecko i jego potrzeby zdrowotne*. W: „Eukrasia”. Vol. 2. Ka-
towice 2003.
- Tymolewska B., Gendek K., Latek M.: *Wskazania optymalnego żywienia
dzieci i młodzieży z rozpoznaniem osteoporozy*. Warszawa 2000.
- Tyska Z.: *Socjologia rodziny*. Warszawa 1979.
- Tyska Z.: *System metodologiczny wieloaspektowej integralnej analizy życia ro-
dzinnego*. Poznań 2001.
- Uczelnia promująca zdrowie*. Red. Z. Kawczyńska-Butrym. Lublin 1995.
- Walmsley D.J., Lewis G.J.: *Geografia człowieka. Podejście behawioralne*. War-
szawa 1997.
- Waloszek D.: *Dziecko*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Red. T. Pilch.
T. 1. Warszawa 2003.
- Warzywoda-Kruszyńska W.: *Przeciwdziałanie międzypokoleniowej transmisji
biedy – proponowanym celem rozwoju społecznego Polski*. W: *Polska dla Dzie-
ci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzieci*. Warszawa, 23 – 24 maj 2003. *Mate-
riały i dokumenty*. Rzecznik Praw Dziecka. Warszawa 2003.
- Wejner T.: *Wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów ze specyficznymi trudnoś-
ciami w uczeniu się*. W: *Polska dla Dzieci. Ogólnopolski Szczyt w sprawach Dzie-
ci*. Warszawa, 23 – 24 maj 2003. *Materiały i dokumenty*. Rzecznik Praw Dziec-
ka. Warszawa 2003.

- Widera-Wysoczańska A.: *Proces zdrowienia osób, które doznały urazu w dzieciństwie*. W: *Postępy psychoterapii*. Red. L. Gapiak. T. 2. Poznań 1999.
- Widera-Wysoczańska A.: *Zdrowotne konsekwencje chronicznego urazu doznanego w dzieciństwie*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław 2001.
- Wielowymiarowość procesu rehabilitacji*. Red. J. Rottermund. Kraków 2007.
- Winclawski W.: *Typowe środowiska wychowawcze współczesnej Polski*. Warszawa 1976.
- Winiarski M.: *Rodzina — ujęcie genetyczno-funkcjonalne*. W: *Elementarne pojęcie pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Red. D. Lalak, T. Pilch. Warszawa 1999.
- Witkowski L.: *Edukacja dla nowej formacji*. Toruń 1986.
- Witkowski L.: *W poszukiwaniu nowoczesnej formacji intelektualnej w polskiej pedagogice*. W: *Pedagogika we współczesnym dyskursie humanistycznym*. Red. T. Lewowicki. Warszawa—Kraków 2004.
- Włodarczyk W.C.: *Polityka zdrowotna: aktualne aspekty krajowe*. W: *Promocja zdrowia*. Wydanie nowe. Red. J.B. Karński. Warszawa 1999.
- Włodarczyk W.C.: *Reformy opieki zdrowotnej w poszukiwaniu nowych funkcji*. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycznej*. Red. J. Barański, W. Piątkowski. Wrocław 2002.
- Włodarczyk W.C.: *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*. Kraków 2003.
- Włodarczyk W.C.: *Wartości a nowa polityka zdrowotna państwa*. „Polityka Społeczna” 1992, nr 10.
- Włodek-Chronowska J.: *Psychopedagogiczna diagnostyka prenatalna w profilaktyce niepowodzeń szkolnych*. W: *Niepowodzenia szkolne*. Red. J. Łysak. Kraków 1998.
- Wojtyński B., Goryński P.: *Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej w Polsce. Porównanie międzynarodowe*. Warszawa 2002.
- Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M.: *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko, co chcielibyście wiedzieć. Książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy*. Lublin 1999.
- Wojnarowska B.: *Działania profilaktyczne w okresie przedkonceptyjnym i prenatalnym*. W: *Promocja zdrowia*. Wydanie nowe. Red. J.B. Karński. Warszawa 1999.
- Wojnarowska B.: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa 2007.
- Wojnarowska B.: *Kształtowanie umiejętności życiowych u dzieci i młodzieży — wyzwanie dla szkoły*. „Chowanna” 2002, T. 1 (18).
- Wojnarowska B.: *Uniwersytet promujący zdrowie*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1999, nr 6.
- Wojnarowska B.: *Zachowania seksualne*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*. Red. A. Oblacińska, B. Wojnarowska. Warszawa 2006.
- Wojnarowska B.: *Zdrowie dzieci i młodzieży — problemy, zagrożenia, szanse*. W: *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*. Red. B. Balcerzak-Paradowska. Warszawa 1999.

- Wójcik W.: *Zaniedbanie prenatalne — wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej od chwili poczęcia*. „Chowanna” 2008, nr 2 (31) [w druku].
- Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Red. B. de Barbaro. Kraków 1999.
- Wrońska I., Mróz-Duda M.: *Pedagogika a zdrowie*. W: Kulik T., Wrońska I.: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Stalowa Wola 2000.
- Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Red. H. Sęk, R. Cieślak. Warszawa 2004.
- Współczesne rodziny polskie — ich stan i kierunek przemian. Red. Z. Tyska. Poznań 2001.
- www.gen.org.pl z 25 sierpnia 2007.
- www.laktacja.pl — informacja w Internecie z 30 sierpnia 2007.
- www.menis.gov.pl/oświata z 27 stycznia 2008.
- Wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe dotyczące promocji zdrowia. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Karński, Z. Słomska, B. Wasilewski. Warszawa 1994.
- Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. *Problemy człowieka chorego*. Red. S. Steuden, M. Ledwocha. Lublin 2005.
- Wychowanie i środowisko. Red. B. Passini, T. Pilch. Warszawa 1979.
- Wykluczenie i marginalizacja społeczna. Wokół problemów diagnostycznych i reintegracji psychospołecznej. Red. K. Białobrzaska, S. Kawula. Toruń 2004.
- Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie. Rozpoznanie i interwencja psychospołeczna w doświadczeniach brytyjskich i polskich*. Red. D. Iwaniec, J. Szmagalski. Warszawa 2002.
- Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku*. Oprac. B. Woynarowska, J. Mazur. Warszawa 2002.
- Zalewska-Meler A.: *Tradycjonalizm i nowatorstwo edukacji zdrowotnej — przemiany i perspektywy*. „Edukacja” 2005, nr 2.
- Założenia polityki ludnościowej w Polsce*. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2004.
- Zarieczna-Baran M., Balkowska B.: *Matki nastoletnie i ich rodzice — charakterystyka ogólna*. Annales Academiae Medicae Gedanensis 2001, T. 31.
- Zawadzka B.: *Dorastająca młodzież wobec problemu własnego zdrowia*. Kraków 2007.
- Zawadzka B.: *Uwarunkowania stanu zdrowia dzieci 9-letnich przez niektóre czynniki środowiska rodzinnego*. W: *Auksologia a promocja zdrowia*. Red. A. Jopkiewicz. Kielce 1997.
- Zawiślak A.: *Koncepcja jakości życia osób z upośledzeniem umysłowym w niektórych współczesnych ujęciach teoretycznych*. W: *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychologiczne*. Red. Z. Palak, A. Bujnowska. Lublin 2006.
- Zawiślak A.: *Pomiar jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*. „Nasze Forum” 2007, nr 1—2.
- Zdrowie. Choroba. Społeczeństwo*. Red. W. Piątkowski. Lublin 2004.
- Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Tłum. J.B. Karński. Warszawa—Kraków 2001.

- Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny.* Red. J. Barański, W. Piątkowski. Wrocław 2002.
- Zdrowie i czynniki je warunkujące. W: Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie.* Red. B. Woynarowska. Warszawa 1995.
- Zdrowie i szkoła.* Red. B. Woynarowska. Warszawa 2000.
- Zdrowie naszych dzieci.* Red. J. Szymborski, K. Szamotulska, A. Sito. Warszawa 2000.
- Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja.* Red. C. Czubała. Warszawa 2000.
- Zdrowie publiczne.* Red. A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk. T. 1. Kraków 2000.
- Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań.* Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa 2006.
- Zdrowie w medycynie i naukach społecznych.* Red. B. Kulik, J. Wrońska. Stalowa Wola 2000.
- Ziarkowski E.: *Choroba psychiczna a wybrane funkcje rodzin pacjentów.* „Problemy Rodziny” 1990, nr 29 (4).
- Zięba A., Dudek D., Jawor M.: *Relacje w rodzinach generacyjnych pacjentów depresyjnych.* „Psychiatria Polska” 1997, nr 4.
- Zimbardo P.G.: *Psychologia i życie.* Warszawa 2004.
- Zmiany w systemie opieki nad dziećmi i młodzieżą. Perspektywa europejska.* Red. Z.W. Stelmaszuk. Katowice 2001.
- Znaniński F.: *Nauki o kulturze.* Warszawa 1971.
- Znaniński F.: *Socjologia wychowania.* T. 1—2. Warszawa 2001.
- Zorraquino J.C.: *Depresja u dzieci i młodzieży.* Przekład J. Masłoń. Kraków 2002.
- Żukowska Z.: *Rola uczelni pedagogicznych w zakresie kształcenia kadr dla edukacji zdrowotnej.* W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania.* Red. B. Woynarowska, M. Kapica. Warszawa 2001.

Indeks osobowy

- Adamski Franciszek 100, 131, 132, 134, 138, 195
Antonovsky Aaron 39, 40, 195
Anuszkiewicz Justyna 122, 195
Aries Philippe 8, 195
- Bajka Jadwiga 149, 214
Balcerska Anna 122, 204
Balcerzak-Paradowska Bożena 72, 84, 95, 98, 101, 159, 195, 199, 200, 206, 212, 213, 215
Banach Jolanta 104, 133, 195
Bańka Augustyn 43–45, 55, 56, 114, 149, 159, 200, 208, 209
Barański Jarosław 23, 38, 134, 209, 215, 217
Barbaro Bogdan de 121, 137, 178, 195, 198, 202, 206, 216
Barić Leo 65, 195
Barnhill John W. 85, 195
Bartkowiak Zbigniew 38, 106, 195
Bartnicka Dorota 122, 195
Bąchór Wioletta 184, 195
Bąk Elżbieta 117, 196
Bernstein Basil 168, 196
Biała Jolanta 31, 112, 201, 210
Białobrzaska Katarzyna 96, 146, 158, 197, 203, 216
- Biela Adam 123, 202, 208
Bielawska-Batorowicz Eleonora 112
Bielecka Elżbieta 117, 196
Bik Barbara 30, 196
Bińczycka Jadwiga 8, 112, 198, 205, 208
Blumsztajn Anna 84, 196
Błaszczyk Wanda 149, 206
Błęszyńska Krystyna 192, 196
Bobel Bożena 80, 196
Bodalski Jerzy 86, 212
Bodys Aneta 122, 196
Boksański Zbigniew 168, 196
Bomba Jacek 121, 196
Borzucka-Sitkiewicz Katarzyna 29, 196
Bourdeiu Pierre 50, 97
Bożkowa Krystyna 114, 196
Bragiel Józefa 30, 117, 196, 208
Browne Kevin 113, 196
Bryńska Anita 77, 202
Brzeziński Zbigniew Jan 108, 196
Brzyski Piotr 149, 214
Bujnowska Anna 76, 149, 196, 200, 216
Bukowski Jerzy 120, 214
Bulla Bernadetta 117, 196
Bulska Joanna 27, 196
Bursa Janusz 55, 206
- Chałasiński Józef 111, 204

- Chazan Bogdan 182, 197
 Chodkiewicz Jan 159, 197
 Chodkowska Maria 32, 80, 135, 154, 159, 163, 197
 Chrząstek Magdalena 145, 197
 Ciczkowski Wiesław 62, 197
 Cielecka-Krusz Joanna 117, 197
 Cieślak Roman 31, 210, 216
 Cisowska Katarzyna 40, 197
 Cockerham William 50
 Cooper Paul 76, 197
 Cylkowska-Nowak Mirosława 171, 197
 Cyrańska Ewa 21
 Czabała J. Czesław 37, 179, 205, 210, 211, 217
 Czapieński Janusz 8, 149, 197, 198
 Czech Anna 79, 213
 Czupryna Antoni 48, 98, 209, 217
 Czyż Elżbieta 117, 197

D
 Danilewicz Wioletta 8, 197
 Dąbrowski Kazimierz 37, 197, 198
 Demel Maciej 15–17, 18, 37, 198
 Derbis Romuald 149, 198, 200, 208, 209
 Dercz Maciej 88, 198
 Dolińska-Zygmunt Grażyna 39, 116, 119, 198, 201, 208, 215
 Doliński Gustaw 7, 198
 Dołęga Zofia 121, 198
 Drożdżowicz Lucyna 137, 198
 Drygas Wojciech 86, 198
 Dudek Dominika 121, 217
 Dukat Radosław 55, 205
 Durda Renata 122, 195
 Durkheim Emil 94
 Dworak Alina 155, 198
 Dykcik Władysław 32, 33, 198
 Dziatkowiak Hanna 119, 143, 211

F
 Flanczewska-Wolny Maria 149, 200
 Frąckowiak Tadeusz 27, 62, 167, 197, 200, 207, 211, 212
 Frączkiewicz-Wronka Aldona 46, 48, 49, 61, 62, 65, 81, 199, 206

G
 Gajda Janusz 8, 199
 Gajewska Elżbieta 182, 199
 Gapik Lechosław 122, 208, 215
 Garczarczyk Agnieszka 124, 199
 Gawęł Anna 167, 199
 Gendek Katarzyna 87, 214
 Giddens Anthony 50, 111, 142, 199
 Gindrich Piotr 76, 196
 Giza-Poleszczuk Anna 160, 199
 Glaser Danya 116, 120
 Głodkowska Joanna 76, 197
 Głowacka Barbara 8, 52, 199
 Głowacka Maria Danuta 170, 199
 Gniazdowski Andrzej 168, 199
 Golinowska Stanisława 95, 208
 Goryński Paweł 72, 79, 80, 82, 215
 Górka Iwona 77, 199
 Górnikowska-Zwolak Elżbieta 21, 63, 197, 207
 Grabowski Kazimierz 122
 Grajcarek Anna 154, 210, 213
 Graniewska Danuta 48, 101, 188, 211, 212
 Grecka Renata 54, 199
 Grochocińska Rita 8, 117, 199
 Gromkowska-Melosik Agnieszka 85, 203
 Grossmann Ralph 27, 200
 Gruszczyński Jan 113, 201
 Grzegółowska-Klarkowska Helena 39, 195
 Grzegorzewska Maria 31
 Grzybowski Andrzej 48, 55, 59, 202, 205

H
 Hajduk Agnieszka 86, 206
 Hallowell Edward M. 77, 200
 Hellinckx Walter 129, 200
 Herbert Martin 113, 196
 Heszen Irena 23, 38, 39, 41, 44–46, 52, 180, 200, 208
 Heszen-Niejodek Irena 38, 106, 117, 144, 164, 177, 196, 198, 200, 208
 Holzer Jerzy Z. 72, 100, 200
 Hryniewicz Józefina 48, 50, 205

I
 Ideus Katherine 76, 197
 Iwanek Anna 121, 204

- Iwaniec Dorota 107, 108, 112, 113, 115,
 196, 200, 211, 216
 Izdebska Jadwiga 8, 197
 Izydorczyk Bernadeta 115, 200
 Jaklewicz Hanna 121, 196
 Jankowski Dzierżymir 167, 200
 Janowski Kazimierz 149, 150, 201
 Jantoń Marta 127, 201
 Januszkiewicz Katarzyna 149, 206
 Jarosiewicz Henryk 190, 201
 Jarosz Ewa 112, 113, 117, 157, 159, 201
 Jasłowski Janusz 46, 48, 49, 61, 65, 199
 Jawłowska Aldona 51, 201
 Jawor Mirosława 121, 217
 Jethon Zbigniew 48, 55, 202, 205
 Jodkowska Maria 101, 163, 204, 206
 Jopkiewicz Andrzej 142, 195, 216
 Jundziłł Elżbieta 117, 201
 Jundziłł Irena H. 112
 Kalus Alicja 185, 201
 Kamiński Aleksander 30
 Kapica Marian 19, 63, 196, 205, 209,
 211–213, 217
 Karakiewicz Beata 142, 201
 Kargulowa Alicja 181, 201
 Karski Jerzy Bohdan 8, 23–25, 27, 28,
 33, 36, 39, 55, 56, 62–65, 69, 74, 97, 110,
 130, 157, 162, 172–174, 201, 204, 206,
 208, 211, 213, 215, 216
 Kasznia-Kocot Joanna 55, 113, 201, 206
 Kawczyńska-Butrym Zofia 134, 142, 152,
 188, 199, 202, 214
 Kawula Stanisław 8, 20, 21, 30, 62, 93–
 96, 146, 158, 159, 178, 179, 197, 202, 203,
 206, 207, 216
 Kazanowski Zdzisław 80, 196, 200
 Kirschner Henryk 55, 205
 Kisiel Bożena 122, 202, 204
 Klish William J. 86, 202
 Kliś Maria 118
 Kluzowa Krystyna 48, 211
 Knapik Agnieszka 184, 202
 Kocur Józef 59, 120, 202, 214
 Kołakowski Artur 76, 77, 202, 215
 Kołbik Ilona 138, 202
 Kołodziej Jakub 75, 202
 Kołoła Hanna 85, 202
 Komendera Antoni 27, 202
 Kończewska Zofia 123, 202
 Kordacki Jacek 112, 203
 Kornas-Biela Dorota 123, 206
 Korporowicz Violletta 205
 Korzeniowska Elżbieta 40, 209
 Kosińska Maria 110, 205, 214
 Kosmala Agnieszka 161, 203
 Koszek Agata 152, 203
 Kotarbiński Tadeusz 22, 203
 Kotlarska-Michalska Anna 139
 Kowalczyk Jerzy 158, 203
 Kowalski Stanisław 22, 42, 47, 203
 Kozowicz Małgorzata 113, 201
 Krawański Andrzej 20, 46, 203
 Krawczyński Marian 108, 213
 Kromolicka Barbara 18, 207
 Kroszel Janusz 48, 203
 Krzesińska-Żach Beata 8, 197
 Krzyżanowska Barbara 86, 203
 Kubacka-Jasiecka Dorota 145, 179, 203,
 207, 209, 210
 Kucharska Anna 79, 203
 Kuchtyń Krystyna 180, 203
 Kucia Marek 85, 210, 211
 Kulik Agnieszka 86, 206
 Kulik Teresa Bernadetta 20, 216, 217
 Kulmatycki Lesław 37, 45, 173, 203
 Kulpińska Jolanta 135, 212
 Kurcz Alicja 30, 208
 Kuziak Katarzyna 146, 203
 Kwak Anna 8, 95, 110, 111, 144, 148, 158,
 203
 Kwieciński Zbigniew 25, 133, 203, 204,
 207
 Łalak Danuta 93, 192, 196, 199, 202, 215
 Langer Halina 122, 204
 Latek Monika 87, 214
 Ledwocha Marian 149, 201, 216
 Leksy Karina 86, 115, 204
 Lepalczyk Irena 8, 204
 Lewicka Agnieszka 149, 200

Lewicki Czesław 20, 204
Lewis Gaddis John 42, 214
Lewowicki Tadeusz 21, 198, 204, 207,
215
Libiszowska-Żółtkowska Maria 47, 204
Lisiewicz Jerzy 123, 208
Lutyński Roman 55, 205

Łysek Jan 123, 205, 215

Maciarz Aleksandra 31, 133, 155, 159,
160, 204

Majchrowska Anita 152, 199

Majchrzyk Zdzisław 111, 200, 207, 208,
212, 214

Malinowski Bronisław 111, 204

Małkiewicz-Borkowska Magdalena 121,
204

Małkowska Agnieszka 101, 163, 204, 206

Małkowska-Szkutnik Agnieszka 76, 204

Marianowski Longin 180, 182, 204

Marynowicz-Hetka Ewa 8, 21, 26, 42, 67,
95, 159, 168, 179, 201, 204, 207

Marzec-Holka Krystyna 8, 205

Matczak Piotr 160, 205

Matyjas Bożena 8, 31, 112, 179, 201, 205,
210

Mazur Joanna 71, 75, 101, 103, 208, 216
Mazurkiewicz Edward A. 16, 18, 19, 198,
205

Mądry Ewa 108, 213

Melosik Zbyszko 8, 85, 171, 197, 205

Merton Robert K. 95

Mikołajczyk Agata 123, 207

Mikulski Tadeusz 55, 205

Milan Magdalena 180, 203

Milewska Ewa 117, 197, 210

Miller Alice 8, 205

Misiuna Małgorzata 27, 53, 200, 205

Modrzewski Jerzy 8, 99, 149, 167, 200,
205, 207, 211

Monteith Marina 112, 200

Mosiek Piotr 27, 63, 197, 212

Mossakowska Bibiana 112, 205

Mościskier Andrzej 8, 110, 111, 148, 203

Mról-Duda Małgorzata 20, 216

Namysłowska Irena 111, 121, 179, 204,
205

Neuhaus Cordula 77, 205

Niebrój Lesław 110, 189, 205, 214

Niesiobędzka Małgorzata 117, 196, 206

Niewiadomska Iwona 86, 206

Norska-Borówka Irena 55, 206

Noszczyk-Bernasiewicz Monika 18, 207

Nowak Anna 126, 206

Nowak Marta 144, 206

Nowicka Agnieszka 143, 206

Oblacińska Anna 71, 72, 86, 87, 99, 101,
163, 202, 204, 206, 213, 215, 217

Ogińska-Bulik Nina 86, 206

Ogryzko-Wiewiórowska Mirona 132, 206

Okoń Wincenty 16, 198

Olejniczak-Merta Anna 101, 159, 206

Olszewska-Baka Grażyna 8, 198

Olubiński Andrzej 30, 62, 139, 206

Osik-Chudowolska Danuta 80, 196, 200

Osińska Halina 65, 195

Ossowski Stanisław 50

Ostoja-Zawadzka Krystyna 147, 178, 206

Ostrega Wisława 101, 163, 204, 206

Ostrowska Antonina 24, 28, 50, 51, 98,
141, 142, 168, 206, 207

Ostrowski Tadeusz Marian 145, 179, 203,
207, 209, 210

Owczorz-Cydzik Barbara 46, 48, 49, 61,
65, 199

Pacholski Maksymilian 33, 51, 95, 159,
207

Pajak Jerzy 185, 207

Palak Zofia 149, 200, 216

Palka Stanisław 21, 22, 207

Panek Tomasz 8, 149, 198

Parsons Talcott 38, 135, 207

Pascall Gillian 95, 203

Passini Barbara 63, 213, 216

Pasterniak Wojciech 167, 207

Pawlaczyk Bogusława 52, 199

Pawlica Beata 112, 207

Pawlik Agata 79, 203

Pecyna Maria Bogumiła 154, 207

- Piątkowski Włodzimierz 23, 38, 132, 134,
 206, 209, 215–217
 Piekarska Anna 112
 Piekarski Jacek 21, 207
 Pieter Józef 47
 Pietkiewicz Barbara 123, 207
 Pietrzak Katarzyna 180, 207
 Pilch Tadeusz 63, 93, 133, 192, 196, 199,
 202, 204, 207, 211, 213–216
 Pilecka Barbara 145, 207
 Pilot Magdalena 124, 208
 Piotrowski Józef 123, 208
 Pisula Agnieszka 77, 202
 Piwowarska-Pościk Longina 40, 209
 Polakowska-Kujawa Jolanta 96, 211
 Popiołek Katarzyna 75, 118, 197, 202
 Pospiszyl Irena 113, 117, 208, 209
 Poździejch Stefan 48, 98, 208, 209, 217
 Przecławski Anna 21, 67, 95, 159, 207
 Przewoźnik Lucyna 28, 30, 98, 196, 209
 Przybylski Stefan 76, 197
 Puchalski Krzysztof 39, 40, 209
 Pużyńska Eliza 121, 204
 Pytko Lesław 8, 199

 Rabenda Małgorzata 122, 199
 Raclaw-Markowska Mariola 188, 209
 Radlińska Helena 11–13, 18, 19, 26, 27,
 28, 30, 209
 Radmacher Sally A. 143, 178, 210
 Radziejewicz-Winnicki Andrzej 18, 21, 23,
 27, 63, 94, 100, 136, 197, 207, 209, 212
 Radziejewicz-Winnicki Igor 114, 209
 Ratajczak Zofia 164, 177, 208, 212
 Ratey John J. 77
 Rodek Agnieszka 185, 209
 Rojek Barbara 114, 210
 Rola Jarosław 120, 121, 210
 Roman Ewa 167, 210
 Roter Adam 99, 155, 210
 Rottermund Jerzy 149, 215
 Rozwadowska Anna 79, 203
 Rudnicka-Drożak Ewa 123, 211
 Ruszkowska Ewa 121, 204
 Rybakowa Mariola 154, 210
 Rybicki Paweł 169, 210

 Rymsza Marek 146, 210
 Ryś Andrzej 48, 98, 217

 Sadowski Zygmunt 142, 178, 210
 Sahaj Tomasz 7, 210
 Sawicka Katarzyna 192, 210
 Scala Klaus 27, 200
 Senator Diana 114, 210
 Sęk Helena 23, 31, 38, 39, 41, 44–46, 52,
 149, 179, 180, 210, 216
 Sheridan Charles L. 143, 178, 210
 Siciński Andrzej 51, 142, 168, 201, 210,
 212
 Siewierska Anna 111, 121, 204, 205
 Simmel Georg 85, 210
 Sito Aldona 81, 196
 Skotnicka Magdalena 76, 77, 202, 215
 Skórzyńska Hanna H. 23, 211
 Skwarek Beata 185
 Slany Krystyna 48, 185, 211
 Słaboń Andrzej 33, 51, 95, 159
 Słońska Zofia 13, 24–27, 36, 44, 65, 170,
 171, 173, 208, 211, 213, 216
 Smockiewicz Renata 119, 143, 211
 Smolińska-Theiss Barbara 8, 211
 Sneddon Helga 107, 108, 112, 200, 211
 Sobolewska Zofia 122
 Sobusik Danuta 46, 49, 61, 65, 199
 Socha Jerzy 84
 Sokal Urszula 132, 211
 Sokołowska Magdalena 12, 23, 37, 133–
 135, 211–213
 Sowińska Anna 164, 177, 212
 Stanik Jan Maria 111, 200, 207, 208, 212,
 214
 Starzomska Małgorzata 85, 212
 Staszewska-Kwak Anna 113, 201
 Stecko Elżbieta 117, 196
 Stelmaszuk Zofia Waleria 129, 130, 200,
 212, 217
 Steuden Stanisław 149, 201, 216
 Svensson Per Gunnar 46, 212
 Syrek Ewa 11, 19, 20, 23, 27, 28, 149,
 158, 196, 200, 205, 212
 Szacki Jerzy 95, 214
 Szadkowska Agnieszka 86, 212

- Szamotulska Katarzyna 81, 86, 108, 196, 217
- Szarzyńska-Lichtoń Małgorzata 85, 212
- Szczepaniak-Wiecha Izabela 185, 211
- Szczepański Jan 47, 168, 169, 213
- Szlendak Tomasz 93, 213
- Szmagalski Jerzy 107, 196, 200, 211, 216
- Szmigielska Barbara 114, 206, 210
- Sztompka Piotr 22, 33, 57, 69, 85, 95—97, 132, 141, 210, 211, 213
- Sztumski Janusz 81, 208
- Szukielój-Bieńkuńska Anna 101, 213
- Szymaniak Wiesława 108, 213
- Szymanowska Aleksandra 117, 197, 210
- Szymańczak Jolanta 117, 197
- Szymborski Janusz 72—74, 81, 83, 213, 217
- Śliwerski Bogusław 25, 207
- Śmigielski Janusz 149, 206
- Średniawa Hanna 121, 204
- Tabak Izabela 76, 101, 163, 204, 206, 213
- Taranowicz Iwona 152, 199
- Tatoń Jan 79, 86, 213
- Taylor Nadine 85, 196
- Taylor Wendy 117, 196
- Teusz Grażyna 76, 213
- Theiss Wiesław 8, 63, 213
- Titkow Anna 38, 213
- Tobiasz-Adamczyk Beata 11, 38, 52, 57, 132, 135, 136, 138, 142, 147, 149, 150, 154, 213, 214
- Toporska Anna 183, 214
- Tranda Lech 102, 214
- Trendak Wiesława 120, 214
- Trzcińska Hanna 79, 203
- Turowski Jerzy 26, 214
- Tuszyńska-Bogucka Violetta 110, 214
- Tymolewska Bronisława 87, 214
- Tysza Zbigniew 131, 138—140, 178, 211, 214, 216
- Waligórski Andrzej 111, 204
- Walmsley D. Jim 42, 214
- Waloszek Danuta 8, 214
- Warzywoda-Kruszyńska Wielisława 102, 133, 214
- Wasilewski Bohdan Władysław 24, 36, 208, 211, 213, 215
- Weber Max 50, 142
- Wejner Teresa 70, 214
- Wentlandtowa Hanna 16, 198
- Widera-Wysoczańska Agnieszka 119, 120, 122, 215
- Winclawski Włodzimierz 24, 215
- Winiarski Mikołaj 93
- Wisłocka Ewa 119, 143, 211
- Witkowski Lech 22, 167, 215
- Włodarczyk W. Cezary 48, 59, 60, 98, 209, 215, 217
- Włodek-Chronowska Jadwiga 123, 215
- Wojtyniak Bogdan 72, 79, 80, 82, 215
- Wolańczyk Tomasz 76, 77, 202, 215
- Woynarowska Barbara 19, 22, 25, 27, 28, 50, 63—65, 71—73, 75, 78, 80—82, 98, 99, 101, 103, 105, 106, 171, 173, 181, 189, 196, 198, 200, 202—206, 208, 209, 211—213, 215—217
- Woźniak-Krakowian Agata 112, 207
- Wójcik Wioletta 123, 216
- Wroczyński Ryszard 30
- Wrońska Irena 20, 216, 217
- Wysocka Ewa 157, 201
- Zalewska-Meler Agnieszka 30, 216
- Zarzeczna-Baran Marzena 82, 216
- Zawadzka Bożena 77, 142, 216
- Zawiślak Aleksandra 149, 150, 216
- Ziarko Michał 180, 210
- Ziarkowski Eugeniusz 138, 217
- Zięba Andrzej 121, 140, 217
- Zimbardo Philip G. 56, 59, 217
- Znaniecki Florian 7, 10—12, 168, 217
- Zorraquino Jose Collados 75, 121, 217
- Żechowski Cezary 121, 204
- Żukowska Zofia 30, 217

Ewa Syrek

Health and up-bringing and the quality of life

Perspectives and humanistic cognitive orientations

S u m m a r y

Many documents of the World Health Organization underline not only the importance of health for the quality of life of individuals and social groups, but also the propitiousness of the cultural, social and economic development of societies. The interest in importance of social conditions for health was revealed in medics' and social reformers' works as early as in the mid-18th century. The development of social sciences largely influenced the spectrum of research and conceptual interests, meeting the need of getting to know new or changing spheres of human existence and consequences of numerous dangers of health deriving from the social change, civilization progress and globalization processes.

The book made an attempt to analyse several issues concerning the problem of health, up-bringing and quality of life. The first chapter describes the research areas of the pedagogy of health as a sub-discipline of pedagogy, defining the subject of its study in a new way. The second chapter the inter-relations between the environment, culture and health were presented, with a special emphasis put on social inequalities. Next, the third chapter discusses selected issues and dangers of child and teenager health in the context of existential risk. The fourth chapter, showing a family context of deprivation of needs, developmental danger and health, points out the issue of neglecting child health in families. Chapter five includes the analyses connected with the functioning of families with a health problem, and describes the indicators of the qualities of a sick child. The sixth chapter, on the other hand, signals the aspects of the family health promotion in the pedagogical context.

Ewa Syrek

Die Gesundheit, die Erziehung und die Lebensqualität Perspektiven und humanistische Erkenntnisrichtungen

Zusammenfassung

In zahlreichen Urkunden der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die Bedeutung der Gesundheit nicht nur für die Lebensqualität von einzelnen Personen und ganzen Gesellschaftsgruppen, sondern auch für erfolgreiche kulturelle, gesellschaftliche und ökonomische Entwicklung der Gesellschaften hervorgehoben. Schon die um die Hälfte des 18. Jhs lebenden Mediziner und Reformer haben in ihren Werken die Rolle der sozialen Verhältnisse für den menschlichen Gesundheitszustand beachtet. Die sich rasch entwickelnden Sozialwissenschaften hatten schon zur Folge, dass die Wissenschaftler ihr Forschungsspektrum erweitern mussten. Sie mussten zwar neue Gebiete der menschlichen Existenz und die Folgen der zahlreichen, mit dem zivilisatorischen Fortschritt und der Globalisierung verbundenen Gesundheitsbedrohungen in Rücksicht nehmen.

Im vorliegenden Buch werden wesentliche Probleme der Gesundheit, der Erziehung und der Lebensqualität berührt. Im ersten Kapitel werden die Forschungsgebiete und der Forschungsgegenstand der Gesundheitspädagogik näher bestimmt. Das zweite Kapitel betrifft die Wechselbeziehungen zwischen der Umwelt, der Kultur und der Gesundheit mit besonderer Rücksichtnahme auf soziale Ungleichheiten. Im dritten Kapitel werden ausgewählte Gesundheitsprobleme und -bedrohungen von Kindern und Jugendlichen angesichts des existentiellen Risikos charakterisiert. Im vierten Kapitel wird die familienbedingte Deprivation von Bedürfnissen, Entwicklungsbedrohungen und der Gesundheit geschildert; es wird dabei das Problem der in einer Familie gesundheitlich vernachlässigten Kinder hervorgehoben. Das fünfte Kapitel beinhaltet Informationen über den Zustand der Familie mit Gesundheitsproblemen und über die, die Lebensqualität eines kranken Kindes determinierenden Faktoren. In dem sechsten Kapitel wird die Förderung der Familiengesundheit unter dem pädagogischen Aspekt betrachtet.

Redaktor
Małgorzata Pogłódek

Projektant okładki
Paulina Tomaszewska-Cieply

Redaktor techniczny
Barbara Arenhövel

Korektor
Agnieszka Plutecka

Copyright © 2008 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-226-1782-3

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Nakład: 150 + 50 egz. Ark. druk. 14,25. Ark. wyd.
17,0. Przekazano do łamania w maju 2008 r. Podpisano do
druku w sierpniu 2008 r. Papier offset. kl. III, 90 g
Cena 26 zł

„TOM-COM” Tomasz Szmigel
ul. Stolarzowicka 96/6, 41-923 Bytom