

Sytuacja zdrowotna młodzieży

REDAKTOR

Jadwiga Daszykowska-Tobiasz

Tom 11

SERIA: Współczesne problemy wychowania



Publikacja dofinansowana ze środków budżetu państwa w ramach programu Ministra Edukacji i Nauki pod nazwą „Nauka dla Społeczeństwa” nr projektu NdS/552407/2022/2022. Kwota dofinansowania 1 954 655,00 zł. Całkowita wartość projektu 1 954 655,00 zł.

RECENZENCI

dr hab. Aleksandra Siedlaczek-Szwed, prof. UJD, Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytetu Jana Długosza w Częstochowie

dr hab. Danuta Grzesiak-Witek, prof. UJK, Instytut Literaturoznawstwa i Językoznawstwa
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

KOREKTA JĘZYKOWA Sławomir Błach (blach@wp.pl), Katarzyna Migdał-Rogóż

SKŁAD Tomasz Smółka

© **COPYRIGHT** by Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2024

ISBN 978-83-68313-02-4

ISBN 978-83-68313-03-1 [ebook]

WZÓR CYTOWANIA Daszykowska-Tobiasz, J. (red.). (2024). *Sytuacja zdrowotna młodzieży*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

SERIA Współczesne problemy wychowania, t. 11

REDAKTOR SERII dr hab. Piotr T. Nowakowski, prof. IBE

WYDAWCA Instytut Badań Edukacyjnych, ul. Górczewska 8, 01-180 Warszawa
tel. (22) 241 71 00; www.ibe.edu.pl

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY

Spis treści

JADWIGA DASZYKOWSKA-TOBIASZ	Słowo wstępne	5
RYSZARD POLAK	Pojęcie zdrowia	9
MIECZYŚLAW DUDEK	Zdrowie psychiczne młodzieży	29
JADWIGA DASZYKOWSKA-TOBIASZ	Kondycja fizyczna młodzieży	59
MIROŚLAW REWERA	Zachowania ryzykowne a zdrowie	91
LIDIA WIŚNIEWSKA-NOGAJ	Sytuacja zdrowotna młodych Polaków: przegląd badań	111
MAŁGORZATA PRZYBYSZ-ZAREMBA	Kształtowanie postaw zdrowotnych	155
	Przesłanki dla praktyki wychowawczej	179

Słowo wstępne

Zainteresowanie zdrowiem ma odległą historię, sięga bowiem starożytnych czasów prekursora współczesnej medycyny (nazywanego jej ojcem), to jest Hipokratesa, lekarza z greckiej wyspy Kos, twórcy zasad etyki lekarskiej i nauki o temperamentach. Warto podkreślić, że zdrowie od zarania dziejów stanowiło dla większości ludzi jedną z ważniejszych wartości i wskaźników jakości życia, a nawet jej zasadniczą cechę. Złożoność i wielokontekstowość tego pojęcia sprawia, że w nauce (głównie medycynie, psychologii i socjologii) od lat dokonywano prób jego gruntownego wyjaśnienia.

Obowiązujące początkowo patogenetyczne (biomedyczne) podejście, bazujące na negatywnych miernikach zdrowia, ujmujące je jako antytezę choroby, zaczęto z czasem zastępować alternatywnymi ujęciami, w których położono nacisk nie tylko na strukturę i fizjologię organizmu, ale także na psychologiczne i społeczne funkcjonowanie człowieka. Stąd w opracowaniach naukowych pojawiły się modele zdrowia uzależnione od jego interpretacji. Nie dziwi zatem ujmowanie go m.in. jako stanu równowagi poszczególnych sfer, łączenie z dobrostanem, zdolnością do adaptacji w zmieniającym się świecie, także jako swoistego kapitału – nie tylko indywidualnego, ale i społecznego, istotnego w osiągnięciu sukcesów na wielu polach życia.

Ważnym aspektem wskazującym na zmianę dokonującą się we współczesnym rozumieniu zdrowia jest postrzeganie go w kategoriach pozytywnych – jako swego rodzaju świadomości zdrowotnej,

a nawet „filozofii życia” człowieka, wraz z całością jego zachowań, motywów, postaw, preferencji, systemu wartości, co sygnalizuje wagę czynników indywidualnych. Co więcej, zdrowie nie jest ujmowane jako kategoria statyczna, ale dynamiczna, występująca w powiązaniu z ekonomicznymi warunkami życia, poziomem edukacji, stanem środowiska naturalnego oraz zmiennością współczesnego świata społeczno-kulturowego kształtowanego m.in. procesami globalizacji. To szerokie podejście czyni zdrowie przedmiotem zainteresowania nauk o wychowaniu, które notują na kartach swej historii troskę o zdrowie młodego pokolenia.

Wychowanie w duchu pedagogiki zdrowia jest niczym innym jak realizacją edukacji zdrowotnej, wspieraniem młodych ludzi w procesie wielowymiarowego rozwoju osobowego z naciskiem na ostateczne wykorzystanie wiedzy, umiejętności i ukształtowanych nawyków w celu utrzymania i wzmacniania swego zdrowia, ustanowienia go wysoko w hierarchii wartości życiowych, a także propagowania zachowań zdrowotnych na wszystkich etapach życia. W procesie tym warto podkreślić istotę czynników chroniących zdrowie młodego pokolenia, a są to m.in.: dobre relacje interpersonalne w rodzinie, kompetencje wychowawcze rodziców, cechy indywidualne (adekwatna samoocena, poczucie własnej wartości, przyjazny temperament, dobre funkcjonowanie poznawcze itp.), konstruktywne postawy rówieśników, sprzyjający klimat szkolny i otoczenia społecznego, ich wielowymiarowość i wieloczynnikowość oraz kumulatywny charakter. Dodatkowo, zgodnie ze współczesną ideą zdrowia, wymagającą podejścia pozytywnego i dynamicznego, wysoce pożądanym działaniem jest realizacja profilaktyki zdrowia w różnorodnych środowiskach życia i wychowania młodzieży (także w środowisku wirtualnym). Działanie to sprzyja ich ogólnemu rozwojowi i optymalizacji zdrowia, stanowiąc jednocześnie wyzwanie dla ich rodziców, opiekunów i wychowawców.

Materiał zawarty w tomie zatytułowanym *Sytuacja zdrowotna młodzieży* jest propozycją skierowaną do osób dążących do pogłębienia wiedzy na temat konceptualizacji – gruntownego wyjaśnienia – terminu „zdrowie” ujmowanego w powiązaniu z jakością życia. Znajdziemy w nim rozważania na temat zdrowia psychicznego i kondycji

fizycznej młodych ludzi, w tym czynników ryzyka i czynników chroniących, zachowań ryzykownych, ich rodzajów i konsekwencji, wreszcie wyzwań związanych ze zdrowiem oraz konieczności kształtowania postaw zdrowotnych młodych ludzi.

Autorami artykułów zawartych w tomie są przedstawiciele nauk społecznych, którzy dostrzegają potrzebę podejmowania aktualnych i pilnych problemów w obrębie wychowania, a takim bez wątpienia jest sytuacja zdrowotna młodego pokolenia. Interdyscyplinarna refleksja nad zdrowiem młodzieży jest jednocześnie ważnym głosem w dyskusji o kondycji współczesnej rodziny, szkoły, placówek opiekuńczo-wychowawczych, mediów itp., a dokładniej o stanie realizacji powierzonych im funkcji w obrębie edukacji, profilaktyki i promocji zdrowia.

Być może lektura tomu pozwoli Czytelnikowi na skonfrontowanie swego stanowiska na temat zdrowia ze stanem nauki (teorii i badań) dzięki wprowadzeniu nowej perspektywy w jego postrzeganiu, wartościowaniu, a może nawet będzie motorem do pozytywnej zmiany w zakresie jego ochrony i pomnażania w najbliższym środowisku wychowawczym. Warto o to zadbać, chodzi bowiem o zdrowie i przyszłość nas wszystkich – obecnych i kolejnych pokoleń.

O REDAKTORCE:

dr hab. Jadwiga Daszykowska-Tobiasz, prof. UR – pedagog,
Uniwersytet Rzeszowski, ORCID 0000-0001-6182-1855,
KONTAKT: jdasykowska@ur.edu.pl

Pojęcie zdrowia

ABSTRAKT

- W niniejszym rozdziale dokonano analizy modeli zdrowia w rozumieniu potocznym, biomedycznym, holistycznym, społecznym i personalistycznym
- Pełnia zdrowia jest pewnym ideałem, którego w ludzkim życiu nie da się osiągnąć, jednak owa pełnia winna być celem, do którego dąży każdy człowiek i każdy lekarz opiekujący się pacjentem
- Istnieje konieczność pogłębiania wiedzy w zakresie zdrowia przez rodziców, nauczycieli i wychowawców, przede wszystkim zaś należy uwrażliwiać młode pokolenie na punkcie zachowań prozdrowotnych.

SŁOWA KLUCZOWE: zdrowie psychiczne, zdrowie fizyczne, potoczne ujęcie zdrowia, biomedyczny model zdrowia, holistyczny model zdrowia, społeczny model zdrowia, personalistyczna koncepcja zdrowia.

Uwagi wstępne

Pojęcie zdrowia nie jest ściśle określone na gruncie medycyny i nauk społecznych. Jak pisał Stanisław Kowalczyk: „Definiowanie pojęcia zdrowia nie jest łatwe, podobnie jak definiowanie istoty życia ludzkiego. Człowiek jest rzeczywistością wielopłaszczyznową i wieloaspektową, dlatego pojęcie zdrowia odnosi się do wszystkich poziomów jego

bytowości. Zdrowie człowieka może być ujmowane w kategoriach biologicznych, psychicznych, socjologicznych i kulturowych” (2002, s. 72). Stąd też, mając na uwadze wspomniane słowa, warto dokonać krótkiego przeglądu najważniejszych stanowisk na ten temat, ponieważ są one wyrazem określonych poglądów obecnych w przestrzeni publicznej. W niniejszym rozdziale dokonano analizy modeli zdrowia w rozumieniu potocznym, biomedycznym, holistycznym, społecznym i personalistycznym.

Współczesne koncepcje zdrowia i choroby

W potocznym, subiektywnym ujęciu choroba jest kojarzona ze złym samopoczuciem, brakiem możliwości i chęci wykonywania czynności i podejmowania wysiłków wcześniej nie sprawiających bólu i cierpienia, a nawet dających zadowolenie (np. uprawianie niektórych sportów, spożywanie ulubionych potraw, szybkie poruszanie się). W takiej sytuacji osoba chora może ujawniać brak chęci do aktywnego życia i działania, staje się bierna, przestaje być życiowo samodzielna i twórcza.

Model biomedyczny zdrowia ukształtował się pod wpływem koncepcji świata i człowieka opracowanej przez Kartezjusza. Uczony ten dokonał podziału rzeczywistości na dwie substancje: duchową i materialną, różniące się pomiędzy sobą pod każdym względem (Kowalczyk, 2009; Pańpuch, 2015). Świat ducha cechuje się, według francuskiego myśliciela, m.in. tym, że jest to świat myśli, nierozciągłości, wątpienia, niezeterminowanej woli. Z kolei świat materii to rzeczywistość zeterminowana ściśle określonymi prawami przyrody, mechanistyczna, podzielna w nieskończoność, podlegająca pomiarowi i dająca się opisać za pomocą ujęć matematycznych, ilościowych (Paż, 2007). W ujęciu kartezjańskim człowiek jako byt duchowo-materialny winien być badany i opisywany przez nauki humanistyczne (gdy przedmiotem badań jest świat ducha) i przez nauki empiryczne (gdy przedmiotem obserwacji jest materialne ciało). Medycyna jako nauka empiryczna ma za zadanie badać ludzkie ciało, jego właściwe lub wadliwe funkcjonowanie (Bednarczyk, 1989), lekarze zaś powinni zdobywać wiedzę

o materii ludzkiego ciała, której wykorzystanie jest możliwe dzięki temu, że świat materii, jak już wspomniano, jest zdeterminowany, a prawa przyrody raz już odkryte przez uczonych dają się zastosować w każdym innym przypadku – dotyczy to również medycyny. Lekarze powinni dążyć do zdobywania szczegółowej wiedzy o ludzkim ciele, co skłaniałoby ich do podejmowania specjalistycznych badań, a nie pogłębiania wiedzy ogólnej.

Kartezjusz przewidywał, że rozwój medycyny będzie w przyszłości ściśle związany z wyłanianiem się jej poszczególnych dyscyplin, które szczegółowo mają opisywać ludzkie ciało i ewentualne patologiczne zmiany w nim zachodzące, a lekarz powinien przypominać raczej dobrego mechanika, który potrafi znaleźć przyczyny ludzkich chorób i je naprawić. Jak przekonywał Kartezjusz, zadaniem lekarzy jest koncentrowanie się na ludzkim ciele, gdyż jest ono poznawalne, natomiast świat ducha, niepodlegający determinizmowi przyrody, nie może być przez nich obiektywnie opisany w kategoriach ilościowych (Kopania, 2007). Zarówno Kartezjusz, jak i jego następcy nie uwzględniali wpływu społeczeństwa na stan ludzkiego zdrowia, skupiając się na „technologii” medycznej i procedurach związanych z jej stosowaniem w leczeniu. W modelu opartym na kartezjańskiej wizji świata i człowieka często przeciwstawia się pojęciu zdrowia pojęcie choroby. W medycynie akceptującej to stanowisko określa się ją jako zmiany w organizmie mające charakter obiektywny, tj. dający się określić ilościowo za pomocą badań laboratoryjnych (np. analiza składu krwi, moczu, kału, śliny), pomiarów i bezpośrednich obserwacji człowieka (np. wykonywanie pomiarów wagi ciała, obwodu talii czy klatki piersiowej), w tym dokonywanych za pomocą specjalistycznej aparatury (USG, rentgen, rezonans magnetyczny).

W polskiej i światowej literaturze medycznej funkcjonuje tzw. holistyczny model zdrowia i choroby (Woynarowska, 2008). W tym przypadku pojęcie „holizm” ma charakter bardzo ogólny i wieloznaczny, a zwolennicy tej koncepcji zakładają generalnie konieczność całościowego i wieloaspektowego traktowania zagadnień związanych z egzystencją człowieka i jego kondycją zdrowotną (Zwoliński, 2013). Podkreśla się w tym stanowisku potrzebę uwzględniania

indywidualnych cech każdej osoby, zarówno cielesnych, jak i duchowych, jej bytowania w społeczeństwie, nawiązywanych relacji, ujmując ludzkie życie w szeroko rozumianym świecie przyrody żywej i nieożywionej. Od tych wszystkich elementów zależy stan ludzkiego zdrowia, ryzyko zachorowania na określone choroby, możliwość ich skutecznego leczenia, długość życia człowieka i jego ogólne samopoczucie. Orędownikiem takiego podejścia był w Polsce znany lekarz Julian Aleksandrowicz. W swych publikacjach zwracał on uwagę na to, że samo leczenie człowieka, zwłaszcza metodami farmaceutycznymi, bez poprawy jego warunków życia w środowisku przyrodniczym i społecznym, nie da w dłuższej perspektywie korzystnych rezultatów. W walkę o zdrowie poszczególnych osób i całych społeczeństw powinni angażować się wszyscy, a nie tylko wybrane instytucje, osoby czy urzędy. „Nie ulega już dziś wątpliwości, że zdrowia ludzkości nie można powierzyć wyłącznie lekarzom. Za zdrowie wszystkich mieszkańców ziemi i zdrowie biosfery, która nas żywi, musimy ponosić odpowiedzialność wszyscy, a nie wyłącznie lekarze. Stanowi to niemalże wyzwanie do opracowania nowej taktyki, która pozwoliłaby urzeczywistnić wyższą formę lecznictwa, jaką jest profilaktyka globalna, a inaczej – międzynarodowa polityka ochrony zdrowia. Jednym z jej atrybutów jest nieustanna oświata zdrowotna ludzkości” – pisze Aleksandrowicz (1979, s. 55).

W ramach holistycznego pojmowania ochrony zdrowia coraz częściej wskazuje się na konieczność dbania o środowisko naturalne. Słusznie się zauważa, że dla dobra człowieka, będącego wszak częścią przyrody i bytującego w niej jako jedna z istot żywych, zachowanie równowagi w przyrodzie jest jednym z podstawowych warunków dających nadzieję na utrzymanie zdrowia fizycznego i psychicznego (Blaxter, 2009). Kontakt ze światem przyrody, jego obfitością i różnorodnością, ubogaca człowieka pod każdym względem, czyniąc go zdrowszym i odpornym na choroby. Z kolei odżywianie się produktami nieprzetworzonymi przez nowoczesny przemysł, nieskażonymi środkami chemicznymi i pestycydami, czyni człowieka zdrowszym, a nawet długowiecznym (Wiśniewska-Roszkowska, 1995). Przebywanie zaś w środowisku wyizolowanym od przyrody, sztucznym, połączone

z brakiem ruchu i wysiłku fizycznego, jest niebezpieczne dla zdrowia i skraca życie (Demel, 1980).

Istnieje również model społeczny, który ujmuje chorobę jako stan utrudniający albo wręcz uniemożliwiający współdziałanie jednostki z otoczeniem ze względu na jej upośledzenie fizyczne (np. wrodzone lub nabyte wady wymowy, utrata słuchu, brak możliwości samodzielnego poruszania się), umysłowe (schizofrenia, fobie różnego rodzaju, autyzm) lub brak uznawanych za normalne w danym środowisku predyspozycji psychicznych (np. nadmierna nieśmiałość, elementarny brak umiejętności słuchania). W tym ujęciu funkcjonowanie osoby chorej odbiega od tzw. normy, wykazuje ona brak dostosowania do warunków istniejących w społeczeństwie, wymaga opieki lub wręcz odizolowania od ogółu. Z kolei cechą osoby zdrowej jest możliwość aktywnego współdziałania w życiu społecznym – nie wykazuje ona w tym względzie ani obiektywnych, ani subiektywnych przeszkód (Woynarowska, 2008).

Wreszcie model personalistyczny, przeciwstawiający się kartezjańskiemu paradygmatowi podziału człowieka na substancję duchową i cielesną, traktuje jednostkę ludzką jako byt duchowo-materialny, który – po pierwsze – cechuje się odrębnością, wyjątkowością i niepowtarzalnością (nie jest możliwe spotkanie na ziemi dwóch osób, które byłyby identyczne zarówno pod względem duchowym, jak i cielesnym), po wtóre zaś – posiada wiele cech wspólnych z innymi ludźmi, co umożliwiłoby badaczom gromadzenie wiedzy służącej poznaniu praw rządzących jego naturą (Krąpiec, 2020). Tego rodzaju pogląd pozwala sformułować szereg ważnych wniosków, które wydają się pomocne dla pacjentów, lekarzy oraz badaczy pragnących zgłębić istotę ludzkiego zdrowia w celu wyeliminowania chorób i ich następstw. W świetle filozofii personalizmu, zwłaszcza w jej neotomistycznym ujęciu, istnienie człowieka jako istoty duchowo-cielesnej jest możliwe dzięki temu, że dusza jako forma ciała organizuje je do życia na poziomie wegetatywnym, sensorywnym (zmysłowym) i umysłowym. Tym się on właśnie różni od roślin i zwierząt, że nie tylko wyposażony jest w określone komórki i organy, lecz odznacza się także zdolnością myślenia, poznawania świata i twórczego bytowania w nim (Krąpiec,

1991). Rozpatrując więc ludzką naturę, lekarz musi podchodzić do zdrowia i choroby w sposób całościowy, skupiając swą uwagę zarówno na ludzkiej duszy, jak i na ciele. Powinien mieć też pełną świadomość, że choroba jednego organu wpływa na ogólne samopoczucie organizmu, mogąc przyczynić się do wystąpienia chorób nieorganicznych, które mają zupełnie inny charakter i są niejednokrotnie trudne do zdiagnozowania i wyleczenia. Dodajmy, że nawet gdy człowiek traci zdolność do samodzielnego funkcjonowania ze względu na defekty cieleśne, nie traci jednak własnej podmiotowości i osobowej godności.

W perspektywie personalistycznej, ale również w innych koncepcjach doceniających wartość człowieka jako osoby, zdrowe społeczeństwo oznacza sumę jednostek dobrze współdziałających ze sobą w celu realizacji dobra wspólnego. Jest to dobro rozumiane bardzo szeroko, obejmując – poza dobrami materialnymi, kulturowymi i religijnymi – również zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka (Krąpiec, 2007). Jeśli w jakiejś wspólnocie państwowej brakuje zrozumienia i troski o kondycję fizyczną jednostki, to także inne sfery życia indywidualnego i społecznego ulegają degradacji lub zniszczeniu. Na zdrowie społeczeństwa można spoglądać z perspektywy socjologii medycyny, która zwraca uwagę na skalę występowania groźnych dla jego egzystencji chorób lub niedostatków (Sokołowska, 1986), a także z punktu widzenia psychologa lub filozofa, według którego zdrowe społeczeństwo umożliwia jednostce nieskrępowany rozwój moralny i duchowy (Fromm, 2017; Kowalczyk, 2011).

Zdrowie fizyczne i psychiczne

Zdrowie człowieka można opisywać poprzez uwzględnienie różnych aspektów jego życia oraz poszczególnych sfer aktywności fizycznej i psychicznej (Wiśniewska-Roszkowska, 1980). W przypadku zdrowia fizycznego mamy na względzie stan ludzkiego ciała i poszczególnych jego organów. Zwraca się uwagę na prawidłowość funkcjonowania określonych części ciała oraz poziom sprawności i fizycznej wydolności organizmu, a także podatności na zmęczenie podczas wykonywania

codziennych czynności (Demel, 1990). Zauważmy, że przedmiotem szczególnej troski okazuje się dzisiaj kondycja fizyczna młodych ludzi. Z jednej strony, mają oni bardzo dobre warunki do realizowania aktywności sportowej, takie jak nowoczesne boiska, baseny czy siłownie. Z drugiej zaś, w stylu życia młodzieży charakterystyczne są długie godziny spędzane biernie przed ekranem komputera lub smartfona, co ma negatywny wpływ na sprawność fizyczną. „Brak aktywności fizycznej powoduje nie tylko wzrost ryzyka zachorowań na choroby niezakaźne takie jak otyłość, cukrzyca, choroby układu krążenia, płuc i nowotwory, ale także pogarsza zdrowie psychiczne, zwiększa podatność na stres, utrudnia relacje społeczne. Dobroczynny wpływ aktywności fizycznej wynika także z tego, że wpływa ona korzystnie na zmianę stylu życia osób regularnie ćwiczących, tj. ich dietę i redukcję stosowania używek” – czytamy w raporcie Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk (Drygas, Gajewska i Zdrojewski, 2021, s. 6).

Z kolei zdrowie psychiczne określa się, biorąc pod uwagę dwa jego najważniejsze komponenty, czyli sprawność umysłową i emocjonalną. W świetle psychiatrii, „pełne zdrowie to nie tylko niewystępowanie choroby, lecz także zachowanie rezerwy sił oraz zdolności rozwoju i doskonalenia” (Jarosz, 1990, s. 39). Pełnia zdrowia jest ideałem, którego w ludzkim życiu nie da się osiągnąć, jednak owa pełnia winna być celem, do którego dąży każdy człowiek i każdy lekarz opiekujący się pacjentem. Sprawność umysłowa umożliwi prawidłowe myślenie, zgodne z zasadami logiki, najczęściej związane z bezbłędnym wnioskowaniem dedukcyjnym i indukcyjnym. Istotną częścią zdrowia psychicznego jest zdolność uczenia się i poszerzania zakresu wiedzy zarówno ogólnej, jak i szczegółowej, związanej ze zdobywaniem wiadomości potrzebnych do uzyskiwania kwalifikacji i uprawiania zawodu (Pieter, 1976). Marek Jarosz pisze, że „zmiany jakościowe życia psychicznego, jakie charakteryzują chorobę psychiczną, znajdują m.in. wyraz w zaburzeniach poznania” (1976, s. 202). Polegają one na niewłaściwej percepcji otaczającej rzeczywistości (bywają połączone z przeświadczeniem o rzekomej prawidłowości odbieranych wrażeń). Najbardziej charakterystycznym przypadkiem tego rodzaju zaburzeń są halucynacje – chory widzi przedmioty, których w rzeczywistości nie

ma, słyszy jakieś głosy, czuje zapachy. Najważniejszymi zaś objawami zaburzeń myślenia są urojenia, np. prześladowcze, wielkościowe, hipochondryczne czy zdrady małżeńskiej (Michalska, 1964).

W odniesieniu do zdrowia psychicznego wymienia się bardzo często, jako ważny jego element, zdrowie emocjonalne. Jest to przede wszystkim zdolność kontrolowania własnych emocji w różnych sytuacjach życiowych i wyrażania ich w relacjach z innymi ludźmi. Zdrowie emocjonalne oznacza też umiejętność sprawnego radzenia sobie z lękiem, stresem i napięciami psychicznymi związanymi z pokonywaniem trudności w myśleniu i działaniu. W przypadku stresu, brak odporności na czynniki wywołujące go lub nasilające wiąże się nierzadko z brakiem aktywności życiowej oraz bierną postawą wobec świata i innych ludzi. Jak pisał Marek Jarosz: „Człowiek, który przez lata nie zaprawia się do pokonywania przeszkód, nie może być psychicznie silny. Nie znaczy to oczywiście, że ma głównie myśleć o swoim «psychicznym treningu». Powinien jednak, i to od wczesnej młodości, utrzymywać w sobie nastawienie ukierunkowane na rozwiązywanie zadań, a nie wycofywanie się przed nimi” (2004, s. 45). Zaburzenia emocjonalne, zwane niekiedy zaburzeniami nastroju, mogą powodować pojawienie się u jednostki nadmiernego przygnębienia (mogącego zakończyć się nawet samobójstwem) lub stanów maniackalnych, które kolei wywołują efekt nadmiernej aktywności, niecierpliwości, złości, płaczu czy śmiechu.

Zdrowie indywidualne i społeczne

Ochrona ludzkiego zdrowia ma charakter indywidualny i społeczny. Indywidualny wymiar dbałości o zdrowie oznacza naturalną dążność człowieka do zachowania jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej; choć zdrowie może też być przez niego zaniedbywane z powodu wad charakteru i niewiedzy dotyczącej zasad prozdrowotnego postępowania w codziennym życiu (Wiśniewska-Roszkowska, 1991). Z kolei społeczne uwarunkowania zdrowotności są złożone i nie da się ich wszystkich opisać w sposób syntetyczny bez przeprowadzenia badań interdyscyplinarnych w tym zakresie. Z pewnością jednak wydaje

się zasadne stwierdzenie, że duże znaczenie ma tutaj ogólny poziom kultury duchowej i materialnej społeczeństwa, jego zamożność czy ubóstwo, ustrój społeczny oraz poziom technicznego i cywilizacyjnego rozwoju. O zdrowiu społecznym można mówić w sensie przenośnym, gdy ma się na myśli społeczeństwo wolne od zideologizowanego myślenia, niepoddane indoktrynacji i propagandowemu oddziaływaniu totalitarnej władzy, funkcjonujące w ustroju umożliwiającym indywidualny rozwój jego poszczególnych członków, niezbiurokratyzowane oraz posiadające jasne, czytelne i przyjazne prawo służące pozytywnym inicjatywom obywateli (Chałubiński, 2000).

Spółczeństwo można określić jako chore, gdy tłamsi inicjatywę i swobodny rozwój jego członków, przyczyniając się do występowania różnego rodzaju patologii mających charakter masowy i trudny do wyeliminowania (zob. Cekiera, 1985). W znaczeniu dosłownym o chorym społeczeństwie mówimy wtedy, gdy duża jego część cierpi na różnego rodzaju schorzenia fizyczne lub psychiczne. Do tych pierwszych niewątpliwie należy zaliczyć choroby popromienne (w Japonii i na Ukrainie), choroby metabolizmu będące skutkiem niewłaściwego odżywiania i braku ruchu – cukrzyca i otyłość (Dawidowicz, 1970), choroby nowotworowe (których etiologia jest tylko częściowo znana, jednak wiemy z pewnością, że do ich powstania przyczynia się zanieczyszczenie środowiska naturalnego i żywności) oraz choroby zakaźne. Jeśli chodzi o ostatnie z wymienionych, warto zaznaczyć, że masowe zachorowania, określane mianem zarazy, mają różną genezę, przebieg i skutki. Do przyczyn ich występowania zalicza się m.in. masową migrację ludzi i zwierząt spowodowaną wojnami lub klęską głodu. Jak wiadomo, masowe zgony ludności miały m.in. miejsce w starożytnym Rzymie, gdy napływ plemion barbarzyńskich ze wschodu Europy i z Azji przyczynił się do depopulacji dużej części imperium i pośrednio do upadku Cesarstwa (Suder, 2003; Zwoliński, 2020).

W czasach nam bliższych, znanym i powszechnie opisywanym w literaturze przypadkiem była wśród Indian epidemia grypy przywiezionej do Ameryki przez Europejczyków. Także pojawianie różnych gatunków fauny i flory, niespotkanych na określonym obszarze geograficznym, przyczynia się niekiedy do wybuchu zarazy dziesiątkującej

ludność (Clark, 2011). Tak było np. w przypadku epidemii dżumy, cholery czy malarii w średniowieczu i w czasach nowożytnych (Ducan i Scott, 2008). Istotną przyczyną szybkiego rozprzestrzeniania się chorób bywa rozprężenie obyczajowe. Historia zna wiele takich przypadków i choć część autorów zdaje się nie dostrzegać tej przyczyny, jest ona ewidentna i nie budzi wątpliwości wśród większości badaczy tej problematyki. Przykładem jest epidemia kiły, choroby wyniszczającej ludzki organizm, która została przywieziona przypuszczalnie przez marynarzy z Ameryki do Europy, a w XVI stuleciu stała się plagą trudną do opanowania i leczenia (Quetel, 1991). Obecnie jedną z najmniejbezpieczniejszych chorób przenoszonych drogą płciową jest AIDS, a jej rozprzestrzenianiu się z pewnością sprzyja permissywny seksualny. Dlatego walka z tą chorobą musi mieć wymiar nie tylko medyczny, ale i moralny. Jak pisze Stanisław Warzeszak, „biorąc pod uwagę społeczne uwarunkowania tej choroby, napotyka tu pewne obszary ludzkich zachowań i obyczajów, które w przeważającym stopniu warunkują rozprzestrzenianie się wirusa epidemii, a nadto podlegają negatywnej ocenie moralnej” (2011, s. 180).

Historia i przyszłość walki z chorobą i troski o zdrowie

Wiedza lekarska jako dyscyplina naukowa pojawiła się w starożytnej Grecji wraz z powstaniem nauki w ogóle, gdy człowiek podjął wysiłek intelektualny mający na celu dociekanie przyczyn zjawisk zachodzących w przyrodzie i ich racjonalne wyjaśnianie. Ojcem medycyny europejskiej był Hipokrates, który wiedzę lekarską traktował nie tylko jako umiejętność diagnozowania chorób, ale również jako sztukę zwalczania ludzkiego cierpienia i służbę człowiekowi potrzebującemu pomocy (Hołub, 2014). Sztuka lekarska miała więc wymiar moralny i zakładała konieczność jej praktykowania przez ludzi uczciwych i prawych. Leczenie chorób miało na celu przywrócenie równowagi i harmonii u pacjenta, czyli utraconego zdrowia (Biesaga, 2006). Taki paradygmat myślenia o medycynie i zdrowiu, w którym stopniowo

eliminowano wpływ czarów, zabobonów i zjawisk niewytłumaczalnych racjonalnie, zastępując go metodycznie uporządkowanym dociekaniem przyczynowo-skutkowym i opartym na doświadczeniu empirycznym, przeważał w starożytnej kulturze grecko-rzymskiej.

W czasach średniowiecznych, kiedy z powodu upadku Imperium Rzymskiego w kryzysie pogrążyła się także medycyna i nauki o zdrowiu, pojawiły się różnorodne poglądy, które w sposób dla siebie charakterystyczny tłumaczyły problematykę zdrowia i choroby. Nurty odwołujące się do tradycji neoplatońskiej i idealistycznej, dominujące w Europie do połowy XIII stulecia, traktowały chorobę jako skutek moralnych zaniedbań człowieka, a źródeł zdrowia upatrywały przede wszystkim w jego duchowo nienagannej postawie moralnej i przestrzeganiu przykazań Dekalogu. Nie kwestionowano jednak innych niż duchowe metod uzdrawiania chorych i dbałości o zdrowie, czego przykładem jest system medycyny św. Hildegardy z Bingen zajmującej się ziołolecznictwem i leczeniem za pomocą diety. Uczona ta zwracała uwagę na naturalną więź człowieka z kosmosem i konieczność respektowania ustanowionych przez Boga praw natury po to, aby miał zdrowie i siłę moralną do godnego życia (Kowalewska, 2007). W średniowieczu obficie czerpano także z wiedzy lekarskiej arabskiego uczonego Awicenny, zwolennika i propagatora antycznej wiedzy medycznej opartej na koncepcji Arystotelesa i Galena (Brzeziński, 1988; Wojciechowska, 2022). Średniowieczna myśl lekarska, wbrew opiniom wyrażanym przez niektórych autorów, nie opierała się tylko na zabobonnych uprzedzeniach i nieracjonalnych uzasadnieniach, lecz miała również charakter racjonalny, a w wielu przypadkach postępowy, o czym świadczą chociażby przykłady zasygnalizowane powyżej. Powodem, jaki sprawiał, że nie rozwijała się ona tak dynamicznie jak w późniejszych czasach, był brak dostatecznej wymiany doświadczeń i poglądów pomiędzy środowiskami lekarskimi. Dopiero wynalezienie druku i związany z tym szybszy obieg informacji przyczyniły się do bujnego rozkwitu tej dziedziny wiedzy i skuteczniejszego leczenia pacjentów.

Z kolei w czasach nowożytnych spektakularny rozwój medycyny wiązał się z wyodrębnieniem chemii jako dyscypliny wspierającej rozwój farmakologii i pojawieniem się nowych medykamentów, a także

nauk określanych wspólnym mianem przyrodoznawstwa (Nusbaum, 1926). Ponadto, dzięki badaniom eksperymentalnym i obserwacjom (m.in. sekcje zwłok ludzkich), które zyskiwały coraz większą aprobatę społeczną, nastąpił znaczny rozwój anatomii. Instytucje zajmujące się leczeniem chorych (szpitale, instytuty badawcze) były też w coraz większym stopniu wspierane przez państwo, dzięki czemu zyskała na znaczeniu pozycja lekarzy oraz naukowców zajmujących się problematyką zdrowia. Dzięki rozwojowi sieci szkolnictwa podniósł się poziom oświaty zdrowotnej w europejskich społeczeństwach oraz stan ich higieny, co przyczyniło się do poprawy zdrowotności i spadku umieralności. Rozwój gospodarczy i industrializacja, chociaż sprzyjały występowaniu chorób cywilizacyjnych związanych z rozbudową przemysłu, zwłaszcza ciężkiego, z pewnością wpłynęły na zlikwidowanie licznych ognisk szerzących się chorób (nowoczesna kanalizacja i mieszkania, melioracja gruntów itp.). W XX wieku pojawiły się większe możliwości wykorzystania nowych technologii w medycynie, co skutkowało wydłużeniem się życia i poprawą ogólnej sprawności człowieka. Miało to także negatywne następstwa wynikające z faktu wykorzystywania zdobyczy techniki przez jednostki wpływowe, lecz zdeprawowane (np. manipulacje genetyczne, handel ludzkimi organami) oraz z nieprawidłowego rozdziału środków finansowych na cele zdrowotne (np. nadmierna komercjalizacja usług medycznych i związany z tym problem ograniczonych możliwości korzystania z nich przez ludzi mniej majątnych, biurokratyzacja służby zdrowia) (Fukuyama, 2004).

W czasach nam współczesnych świat medycyny będzie musiał zmierzyć się z wieloma problemami zdrowotnymi, które nasiliły się w ostatnich latach, chociaż towarzyszyły ludzkości od zarania dziejów. Jednym z palących problemów jest niewątpliwie fakt, że pomimo wynalezienia licznych sposobów leczenia chorób, szereg z nich jest nadal przyczyną cierpienia milionów ludzi. Dotychczas nie wynaleziono skutecznych metod ostatecznego wyeliminowania nowotworów złośliwych. Wprawdzie znamy już w dużym stopniu mechanizmy ich powstawania, przebiegu i rozwoju, jesteśmy też w stanie zmniejszyć prawdopodobieństwo ich zaistnienia albo złagodzić cierpienie pacjentów i wpłynąć

na poprawę ich samopoczucia, ale nadal są to przeważnie choroby śmiertelne.

Jednym z problemów, z którymi boryka się współczesna medycyna, jest zagadnienie starości i jej zdrowotnych skutków. Jak się okazuje, są dostępne dosyć skuteczne metody przedłużania okresu młodości i fizycznej sprawności. Należą do nich m.in.: zbilansowana dieta dostosowana do indywidualnych potrzeb organizmu (Wiśniewska-Roszkowska, 1990), umiarkowana (ale codzienna) aktywność fizyczna, unikanie stresu i przebywanie w środowisku pozbawionym zanieczyszczeń chemicznych. Nie da się jednak postępu starości powstrzymać w nieskończoność i kończy się ona – wcześniej czy później – śmiercią. Ze względu na obserwowalny proces starzenia się społeczeństwa, bardzo potrzebny staje się rozwój gerontologii i geriatry, który winien obejmować interdyscyplinarne badania pozwalające na pogłębienie wiedzy z zakresu procesów starzenia się i przynajmniej łagodzenia związanych z nimi dolegliwości zdrowotnych. Badając powyższe kwestie, być może należałoby skupić się nie tylko na wynikach zaawansowanych technologicznie eksperymentów i doświadczeń, ale też sięgać do tradycyjnych, często zapomnianych i niepotrzebnie pomijanych rozwiązań (por. Siejak i in., 2021; Smulek i in., 2023) europejskich, azjatyckich i prekolumbijskich. Dużym wyzwaniem dla współczesnych środowisk lekarskich jest też konieczność prowadzenia niezależnych, obiektywnych badań w zakresie podnoszenia jakości życia i zdrowia człowieka oraz nieuleganie wpływowi świata biznesu, który sponsorując badania w dziedzinie medycyny, przedkłada niekiedy zyski finansowe nad dobro człowieka i społeczeństwa (Galewicz, 2009).

Ważnym problemem nurtującym współczesnego człowieka jest szerzenie się chorób zakaźnych, które mimo postępów w zakresie ich zwalczania, nadal są obecne i zbierają śmiertelne żniwo. Okazuje się, że wiele z nich, nawet po wiekach uśpienia, wyłania się na nowo, a środki służące ich zwalczaniu, ze względu na mutowanie się chorobotwórczych wirusów i bakterii, muszą być stale doskonalone, aby były skuteczne. Jak zauważa Agnieszka Pasztak-Opiłka: „Choć współczesna medycyna niemal z dnia na dzień przynosi nowe rozwiązania diagnostyczne i nowe metody leczenia, to jednak często pojawiają się

problemy pacjentów z objawami trudnymi do wyjaśnienia w kategoriach medycznych, które w istotny sposób obniżają jakość ich życia” (2016, s. 104). Wynika stąd, że fundusze przeznaczane współcześnie na ochronę zdrowia nie tylko muszą być utrzymane na dotychczasowym poziomie, ale powinny też systematycznie wzrastać. Ochrona zdrowia musi z pewnością obejmować, w stopniu większym niż dotychczas, również psychiczną i umysłową stronę życia człowieka. Postęp wiedzy w zakresie psychologii i psychiatrii był od XIX stulecia do dzisiejszych czasów bardzo duży i przyniósł szereg rozwiązań korzystnych dla pacjentów. Przede wszystkim zaś problem braku zdrowia psychicznego przestał być tematem tabu, a prawna i medyczna ochrona osób cierpiących na choroby psychiczne została zagwarantowana w większości cywilizowanych krajów.

Również postęp w dziedzinie leczenia objawów tego rodzaju schorzeń ulegał ciągłej poprawie. Współcześnie słusznie zauważa się, że najważniejszym sposobem postępowania z pacjentem jest zapewnienie mu bezpieczeństwa, atmosfery przyjaźni, akceptacji i duchowego wsparcia. Dawniejszą terapię opartą na leczeniu farmakologicznym, której zwolennikiem był m.in. wybitny polski psychiatra Tadeusz Bilikiewicz (por. 1955; Bilikiewicz i Sęp-Kowalikowa, 1974), ze względu na dalekosiężne skutki uboczne jej stosowania, zaczęto uzupełniać, a niekiedy nawet zastępować psychoterapią (Kępiński, 2002a; 2002b). Docenia się także osobiste zalety wielu pacjentów mających problemy psychiczne, ich ukryte talenty i ponadprzeciętne zdolności intelektualne i artystyczne (Dąbrowski, 1996). Słusznie zauważa się, że możliwy jest wszechstronny rozwój ludzi mających specyficzną, niespotykaną u przeciętnych jednostek, wrażliwość i motywację do działania i pracy (Dąbrowski, 1974). Wydaje się, że zasygnalizowany kierunek badań i leczenia w psychiatrii oraz jego interdyscyplinarny charakter jest bardzo cenny, umożliwiając pogłębienie naszego rozumienia chorób psychicznych i zapobiegania im (Pieter, 1976). Jednak obecna niekiedy wśród psychiatrów tendencja do traktowania niektórych schorzeń psychicznych jako rzekomo mieszczących się w granicach szeroko pojętej „normalności” jest szkodliwa dla pacjentów i społeczeństwa,

stąd należy ją poddać gruntownej naukowej krytyce i w konsekwencji odrzucić (Shorter, 2005).

Implikacje dla współczesnej pedagogiki

W dzisiejszych czasach istotne z punktu widzenia pedagogicznego jest upowszechnianie wyników badań naukowych na temat zdrowia, jego aspektów medycznych, psychologicznych, społecznych i kulturowych. Wypada zwrócić szczególną uwagę na konieczność pogłębiania wiedzy w tym zakresie przez rodziców, nauczycieli i wychowawców, przede wszystkim zaś potrzebne jest uwrażliwianie młodego pokolenia na punkcie zachowań prozdrowotnych (Borzucka-Sitkiewicz, 2009). Należy bowiem mieć na uwadze, że zaniedbania w tym zakresie skutkują występowaniem różnych chorób nie tylko wśród najmłodszej części społeczeństwa, ale także u przedstawicieli starszego pokolenia, zwłaszcza gdy nie zadbano wystarczająco o ich zdrowie w okresie dzieciństwa.

Literatura

- Aleksandrowicz, J. (1979). *Sumienie ekologiczne*. Warszawa: „Wiedza Powszechna”.
- Bednarczyk, A. (1989). Wstęp. W: R. Descartes, *Człowiek. Opis ciała ludzkiego* (s. VII–XLVII). Przeł. A. Bednarczyk. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Biesaga, T. (2006). *Elementy etyki lekarskiej*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Blaxter, M. (2009). *Zdrowie*. Przeł. M. Okła. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Chałubiński, M. (2000). *Niepokoje i afirmacje Ericha Fromma*. Poznań: Dom Wydawniczy „Rebis”.
- Bilikiewicz, T. (1955). *Leczenie lergaktylem w psychiatrii*. Katowice: [bw].
- Bilikiewicz, T., i Sep-Kowalikowa, B. (1974). *Leki psychotropowe*. Warszawa: Wydawnictwo Katalogów i Cenników.

- Borzucka-Sitkiewicz, K. (2009). Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. W: E. Syrek i K. Borzucka-Sitkiewicz (red.), *Edukacja zdrowotna* (s. 68–131). Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Brzeziński, T. (1988). Wiedza o budowie i czynnościach organizmu ludzkiego. W: T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny* (s. 95–130). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Cekiera, C. (1985). *Toksykomania*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Clark, D. (2011). *Zarazki, geny a cywilizacja. Jak epidemie ukształtowały świat, w którym obecnie żyjemy*. Przeł. A. Olesiejuk. Katowice: Wydawnictwo Sonia Draga.
- Dawidowicz, A. (1970). *Zdrowie ludzkie w czasie i przestrzeni*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Dąbrowski, K. (1974). *Zdrowie psychiczne a wartości ludzkie*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Dąbrowski, K. (1996). *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Demel, M. (1980). *Pedagogika zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Drygas, W., Gajewska, M., i Zdrojewski, T. (2021). *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego: raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Ducan, C., i Scott, S. (2008). *Czarna śmierć. Epidemie w Europie od starożytności do czasów współczesnych*. Przeł. A. Siennicka. Warszawa: Bellona.
- Fromm, E. (2017). *Zdrowe społeczeństwo*. Przeł. A. Tanalska-Dulęba. Warszawa: Wydawnictwo vis-à-vis Etiuda.
- Fukuyama, F. (2004). *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*. Przeł. B. Pietrzyk. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Galewicz, W. (2009). O etyce badań naukowych. W: W. Galewicz (red.), *Etyczne i prawne granice badań naukowych* (s. 59–69). Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Hołub, G. (2014). *Osoba ludzka w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w ofercie personalistycznej*. Kraków: Wydawnictwo św. Stanisława BM.

- Jarosz, M. (1976). Nerwice. W: M. Jarosz i S. Cwynar (red.), *Podstawy psychiatrii* (s. 200–214). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Jarosz, M. (1990). *Lekarz psychiatra i jego pacjent*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Jarosz, M. (2004). *Jak skutecznie radzić sobie z lękiem*. Łódź: „Piątek Trzynastego”.
- Kępiński, A. (2002a). *Poznanie chorego*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kępiński, A. (2002b). *Psychopatologia nerwic*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kopania, J. (2007). Człowiek jako res cogitans. W: A. Maryniarczyk i K. Stępień (red.), *Dusza – umysł – ciało. Spór o jedność bytową człowieka* (s. 341–350). Lublin: Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu.
- Kowalczyk, S. (2002). *Elementy filozofii i teologii sportu*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Kowalczyk, S. (2009). *Ciało człowieka w refleksji filozoficznej*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kowalczyk, S. (2011). *Współczesny kryzys ideowo-aksjologiczny*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kowalewska, M. (2007). *Bóg – kosmos – człowiek w twórczości Hildegardy z Bingen*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Krąpiec, M.A. (1991). *Ja – człowiek*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Krąpiec, M.A. (2007). *Człowiek i polityka*. Lublin: Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu.
- Krąpiec, M.A. (2020). Ciało jako współ-czynnik konstytutywny człowieka. W: A. Maryniarczyk i N. Gondek (red.), *Kim jest człowiek? Współczesne debaty antropologiczne* (s. 325–353). Lublin: Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu.
- Michalska, H. (1964). *Zdrowie psychiczne. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: „Wiedza Powszechna”.
- Nusbaum, H. (1926). *Filozofia medycyny*. Poznań: Archiwum Historji i Filozofji Medycyny oraz Historji Nauk Przyrodniczych.
- Quetel, C. (1991). *Niemoc z Neapolu, czyli historia syfilisu*. Przeł. Z. Podgórska-Klawe. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Pańpuch, Z. (2015). *Spór o cielesność. Analiza ujęć wybranych problemów u tomistów egzystencjalnych oraz propozycja wprowadzenia do*

- antropologii filozoficznej rozróżnienia między ciałem a organizmem.* Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Pasztak-Opiłka, A. (2016). Wybrane aspekty funkcjonowania współczesnego człowieka w odniesieniu do zdrowia i choroby. W: K. Borzucka-Sitkiewicz (red.), *Psychospołeczne i środowiskowe konteksty zdrowia i choroby* (s. 101–123). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Paź, B. (2007). Problem jedności bytu ludzkiego w ujęciu Kartezjusza i Leibniza. W: A. Maryniarczyk i K. Stępień (red.), *Dusza – umysł – ciało. Spór o jedność bytową człowieka* (s. 263–296). Lublin: Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu.
- Pieter, J. (1970). *Psychologia uczenia się i nauczania*. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Pieter, J. (1976). *Historia psychologii*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Shorter, E. (2005). *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*. Przeł. P. Turcki. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Siejak, P., Smułek, W., Fathordobady, F., Grygier, A., Baranowska, H.M., Rudzińska, M., Masewicz, Ł., Jarzębska, M., Nowakowski, P.T., Makiej, A., Kazemian, P., Drobnik, P., Stachowiak, B., Jarzębski, M., i Pratap-Singh, A. (2021). Multidisciplinary studies of folk medicine „five thieves’ oil” (olejek pięciu złodziei) components. *Molecules*, 26(10), 2931.
- Smułek, W., Jarzębski, M., Ochowiak, M., Matuszak, M., Kaczorek, J., Stangierski, J., Pawlicz, J., Drobnik, P., Nowakowski, P.T., Dyrda-Muskus, J., Fiutak, G., Gorzelak, M., Ray, S.S., i Pal, K. (2023). Microscopic droplet size analysis (MDSA) of „five thieves’ oil” (olejek pięciu złodziei) essential oil after the nebulization process. *Molecules*, 28(11), 4368.
- Sokołowska, M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Suder, W. (2003). *Census populi. Demografia starożytnego Rzymu*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Warzeszak, S. (2011). *Bioetyka. W obronie życia człowieka*. Kraków: Petrus.
- Wiśniewska-Roszkowska, K. (1980). *Asceza, moralność, zdrowie*. Warszawa: „Pax”.

- Wiśniewska-Roszkowska, K. (1990). *Rewitalizacja i długowieczność*. Poznań: „Róźdzkarz”.
- Wiśniewska-Roszkowska, K. (1991). *Zdrowie a postawy moralne*. Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej.
- Wiśniewska-Roszkowska, K. (1995). *Zdrowie i długowieczność*. Warszawa: Wydawnictwo „Wiedza Powszechna”.
- Wojciechowska, B. (2022). O lekach i ich działaniu w świetle „Kanonu medycyny” Awicenny. Wybrane zagadnienia. W: P. Łozowski i R. Poniat (red.), *Jednostka, rodzina i struktury społeczne w perspektywie historycznej* (s. 817–822). Białystok: Instytut Badań nad Dziedzictwem Kulturowym Europy.
- Woynarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zwoliński, A. (2013). *Leksykon terapii alternatywnych*. Kraków: Wydawnictwo M.
- Zwoliński, A. (2020). *Od powietrza... Ludzie w czas zarazy*. Kraków: Petrus.

O AUTORZE:

dr hab. Ryszard Polak, prof. AWF – historyk, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie,
 ORCID 0000-0002-5617-2333,
 KONTAKT: ryszard.polak@awf.edu.pl

Zdrowie psychiczne młodzieży

ABSTRAKT

- Trudności wychowawcze nie muszą od razu oznaczać zaburzeń psychicznych. Mogą stanowić przejściowe (fizjologiczne), typowe dla tego okresu problemy dojrzewania
- Dla prawidłowego rozwoju dziecka, zwłaszcza jego poczucia bezpieczeństwa i pewności siebie, konieczna jest spokojna, przyjazna i akceptująca atmosfera w domu rodzinnym
- Profesjonalna i wcześnie podjęta diagnoza pozwala określić wpływ zaburzeń psychicznych na życie młodego człowieka. Jest też warunkiem rozpoczęcia skutecznego leczenia i wsparcia psychologicznego.

SŁOWA KLUCZOWE: zdrowie psychiczne, zaburzenia zachowania, zaburzenia psychiczne, okres adolescencji, profilaktyka, rodzina, szkoła.

Wprowadzenie

Zdrowie i jego ochrona stanowią jedno z najważniejszych globalnych dóbr publicznych. Problematyką tą zajmują się przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych, m.in. medycy, biomedycy, genetycy, psycholodzy, socjolodzy, prawnicy, filozofowie czy pedagodzy specjaliści. Przegląd literatury przedmiotu wskazuje na brak uniwersalnej definicji

zdrowia. Definicje spotykane na gruncie nauk medycznych, psychologicznych, socjologicznych, pedagogicznych i nauk o kulturze fizycznej nie pozwalają na ich jednoznaczną interpretację i uznanie kryteriów, na podstawie których dokonano objaśnienia. Większość spotykanych definicji odpowiada na pytanie: „co to znaczy być zdrowym?”, lecz nie mówią one o „zdrowiu samym w sobie”. Przegląd historycznych i współczesnych definicji zdrowia ukazuje dwie możliwe drogi jego opisu:

- 1) z perspektywy aksjologicznej (zdrowie jako wartość);
- 2) z perspektywy ontologicznej (sposób istnienia i lokalizacja).

W potocznym rozumieniu zdrowie to brak choroby. Do takiego ujęcia nawiązuje model biomedyczny. Zgodnie z jego założeniami, jeśli u danej osoby wyklucza się chorobę, wówczas można uznać ją za zdrową (McClelland, 1985). Jest to tzw. negatywna koncepcja zdrowia, która więcej budzi zastrzeżeń i wątpliwości, niż daje podstaw do trafnego postępowania diagnostycznego. Należy podkreślić, że już od dawna profesjonaliści uznają takie rozumienie zdrowia za niewystarczające.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) tuż po drugiej wojnie światowej zaproponowała następującą definicję: „Zdrowie jest pełnią dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby lub niepełnosprawności” (1948, s. 100). Definicja ta ma charakter dość szeroki i posługuje się pojęciem stanu jako kategorii nadrzędnej. To klasyczne ujęcie jest najczęściej cytowane i zarazem najczęściej krytykowane. Akceptując leżące u jego podstaw całościowe i pozytywne podejście, zarzuca się mu idealizację, gdyż tak rozumiane zdrowie jest praktycznie nie do osiągnięcia. Ponadto kwestionowany jest statyczny charakter tej definicji i niejednoznaczność pojęcia „dobrostan” (Słońska, 1994). Zdaniem Kazimierza Dąbrowskiego (1996), wyjaśnienie zaproponowane przez WHO nie ujmuje hierarchicznych i rozwojowych elementów zdrowia, kładzie bowiem nacisk na równowagę fizyczną (w odniesieniu do organizmu), stan przyjemnościowy (aspekt psychiczny) oraz konformizm (aspekt społeczny). Brak jest jasnego określenia, czym jest dobrostan.

Autorzy z obszaru nauk społecznych, nawiązując do definicji WHO, proponują nowe ujęcia zdrowia, nadając im bardziej szczegółowy

i dynamiczny charakter (np. Sęk i in., 1992; Heszen-Niejodek, 1997). Można tu wyróżnić dwa sposoby konceptualizacji. W pierwszym zdrowie traktowane jest jako dyspozycja. Wyraża się to w definicji, wedle której zdrowie to „poddająca się zmianom zdolność człowieka zarówno do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i reagowania na wyzwania środowiska” (Heszen-Niejodek, 1997, s. 22). Takie ujęcie zdrowia oznacza zasób, pewną ogólną zdolność organizmu do wszechstronnego rozwoju i do stawiania czoła aktualnym wymaganiom. Ujęcie to bywa określane również jako poziom kompetencji życiowych jednostki. W drugiej perspektywie zdrowie traktowane jest jako proces poszukiwania i utrzymywania równowagi w obliczu obciążeń nieustannie nakładanych przez otoczenie. Ten punkt widzenia podkreśla dynamiczność i interakcyjność zdrowia. Będąc postrzegane jako proces mający określoną dynamikę, na przestrzeni czasu zmienia się ono pod wpływem czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Choroba stanowi następstwo niewydolności tego procesu, czyli załamanie zdrowia w sytuacji, gdy brakuje energii lub umiejętności, aby sprostać wymaganiom i obciążeniom oraz zachować poczucie równowagi i harmonii (Antonovsky, 1995).

Wspólne dla obu ujęć jest założenie, że podstawę zdrowia stanowi złożony i różnorodny zespół czynników, m.in. genetyczne i psychospołeczne zasoby odpornościowe (np. wsparcie społeczne), poziom tożsamości (tj. wiara w siebie) czy strategie radzenia sobie (Antonovsky, 1979; Sęk, 1997b). Ujęcia te uzupełniono o zdolność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego oraz o wymiar duchowy. Wyróżniono ponadto zdrowie: fizyczne, psychiczne, umysłowe i emocjonalne. Zdrowie jest więc pojęciem wielowymiarowym i troszcząc się o nie, należy zadbać o każdy z tych wymiarów. Pogorszenie zdrowia w jednym obszarze powoduje pogorszenie w pozostałych. Podobnie, jeśli np. zdrowie fizyczne ulega poprawie, to poprawia się także aspekt psychiczny (lepsze samopoczucie), umysłowy (lepsza koncentracja) i emocjonalny (zwiększenie cierpliwości). Podstawowym działaniem wyrażającym troskę o zdrowie jest zapobieganie jego pogarszaniu, czyli profilaktyka (Daszykowska, 2006).

Gdy mowa o zdrowiu psychicznym, w literaturze przedmiotu spotyka się jego ujęcia medyczne, psychologiczne i socjologiczne. Przedstawiciele nauk medycznych interpretują zdrowie psychiczne jako niewystępowanie objawów psychopatologicznych, wskazują też na homeostazę w procesach fizjologicznych oraz na brak defektów w strukturze i funkcjach psychicznych. Autorzy reprezentujący środowisko psychologów określają zdrowie psychiczne jako zdolność do twórczego rozwoju i samorealizacji jednostki poprzez poczucie własnej wartości, akceptację swej tożsamości, zdolność osiągania satysfakcji z życia oraz realistyczną percepcję rzeczywistości (Sęk, 1997a). W definicjach socjologicznych akcentowana jest zdolność przystosowania się jednostki do norm kulturowych i środowiska społecznego, uwewnętrzniania norm w trakcie socjalizacji, a także umiejętność prawidłowej koegzystencji w grupie i właściwego funkcjonowania w rolach społecznych (Uramowska-Żyto, 1992).

Zdrowie jako kategoria pedagogiczna

Współcześnie zdrowie przestało być obiektem zainteresowania wyłącznie medycyny. Do lamusa odeszła kartezjańska teoria naprawiania człowieka jak zepsutej maszyny. Zdrowie stało się wartością, dzięki której zarówno jednostka, jak i grupa mogą realizować własne aspiracje, czerpać z tego satysfakcję, oddziaływać na środowisko. Jest zasobem umożliwiającym rozwój i życie. Dotyczy to również zdrowia psychicznego, które Kazimierz Dąbrowski ujmuje jako „zdolność do wielopłaszczyznowego i wielopoziomowego rozwoju psychicznego” (1996, s. 22–23). W pedagogice zdrowie rozumiane jest jako kategoria dynamiczna, która podlega rozwojowi m.in. na skutek aktywnego uczestnictwa w procesie edukacyjnym. Z tego powodu najskuteczniejszym obszarem służącym chronieniu, wzmacnianiu i budowaniu zdrowia jest powszechny system oświaty (Krawański, 2001).

Definicję zdrowia odpowiadającą potrzebom pedagogiki prezentuje Maciej Demel, określając zdrowie jako „poziom sprawności funkcji ustrojowych w stosunku do środowiska (tzn. potencjał adaptacyjny)

oraz jako sztukę panowania nad własnym ciałem i psychiką. Takie zdrowie stanowi cechę podlegającą rozwojowi jakościowemu i ilościowemu” (1980, s. 100). W tym ujęciu zdrowie podlega zmianom umożliwiającym adaptację organizmu do otaczającego środowiska. Tak rozumiane zdrowie można nie tylko chronić, ale także je tworzyć. Służą temu wszelkie działania służące podnoszeniu takich wskaźników organizmu jak wydolność, sprawność, odporność, dzięki czemu zwiększa się jego potencjał.

Problemy współczesnej młodzieży

Etap dojrzewania określany jest często okresem buntu. Jest to czas, w którym dorastające dziecko zaczyna sprzeciwiać się rodzicom i nauczycielom. Podkreśla swą odrębność i stara się być samodzielne, ustalając własne zasady. W relacjach z dorosłymi często wytyka im błędy, bywa złośliwe lub nawet agresywne. Towarzyszą mu wahania nastroju – od euforii po przygnębienie (Dudek, 2014). Duże znaczenie dla dorastającej młodzieży ma przynależność do grupy rówieśniczej, a pojawiające się w tych relacjach problemy stają się dla nastolatka trudnym doświadczeniem. Zachowanie młodych ludzi w tym czasie nacechowane jest różnymi sprzecznościami (Namysłowska, 2013). Z jednej strony potrzebują oni autonomii i przestrzeni do eksperymentowania z rzeczywistością oraz nawiązywania bliskich relacji z rówieśnikami, z drugiej zaś – nadal ważna jest dla nich opieka i troska ze strony rodziców.

Dla rodziców z kolei okres dorastania ich dziecka jest bardzo trudny. Zwykle ciężko rozmawia się z nim i nierzadko dochodzi do konfliktów. Młody człowiek zamyka się w sobie, chroniąc swą prywatność, niechętnie odpowiada na pytania rodziców, którzy muszą na nowo nauczyć się go słuchać i rozumieć w tym trudnym dla niego okresie rozwojowym. W sytuacji gdy rodzice nie są w stanie samodzielnie rozwiązywać pojawiających się problemów, powinni poprosić o pomoc bliskich albo skorzystać z porady profesjonalistów.

Jak wspomnieliśmy, w okresie adolescencji najistotniejszą grupą odniesienia dla nastolatków zaczynają być rówieśnicy. Młodzi ludzie próbują tworzyć własną kulturę, wspólne normy, wartości i styl życia (Pytka, 2000). Grupa staje się miejscem poszukiwania kompromisów, rozwoju zainteresowań i sprawdzania granic. Ponadto, ma ona ogromny wpływ na rozwój osobowości nastolatków, kształtowanie ich światopoglądu. Utrzymując relacje z rówieśnikami, młody człowiek koncentruje się też na życiu osobistym, np. nabywaniu kompetencji do przyszłej pracy zawodowej lub aktywności społeczno-politycznej.

Problemy wychowawcze a zaburzenia psychiczne u młodzieży

Analiza literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, że lista problemów współczesnej młodzieży jest dość szeroka. Można jednak wyróżnić te problemy, które z racji częstotliwości ich występowania oraz skutków stanowią szczególne wyzwanie dla nauczycieli, pedagogów i psychologów. Są to:

- nadużywanie internetu, smartfona, gier komputerowych, mediów społecznościowych (por. Augustynek, 2011a; Rębisz, Sikora i Smoleń-Rębisz, 2016);
- cyberprzemoc – polegająca na nękanii i zastraszaniu, groźeniu publikacją wizerunku itp. (por. Pyżalski, 2012);
- eksperymentowanie z używkami (por. Michalczyk, 2018);
- wczesna inicjacja seksualna (por. Jankowiak i Gulczyńska, 2014);
- problemy w szkole, grupie rówieśniczej (por. Coloroso, 2015; Wójcik i Kozak, 2015);
- zaburzenia odżywiania (por. Michalska i in., 2016);
- nieradzenie sobie z presją otoczenia (por. Wielchorski, 2012);
- stany depresyjne (por. Bomba, 1982; 2007; Dudek, 2015).

Należy zauważyć, że trudności wychowawcze nie muszą od razu oznaczać zaburzeń psychicznych. Mogą stanowić przejściowe (fizjologiczne), typowe dla tego okresu problemy dojrzewania. Jednak

utrzymywanie się dużego nasilenia zachowań nieakceptowanych u młodego człowieka może w konsekwencji prowadzić do pojawienia się i pogłębienia stanów chorobowych. Wśród specjalistów dominuje przekonanie, że problemy wychowawcze mogą stanowić z jednej strony przyczynę chorób, z drugiej zaś – ich skutek. Trudno w praktyce określić, co może być przyczyną, a co skutkiem.

Systemy klasyfikacyjne zaburzeń psychicznych

W literaturze na temat zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży najczęściej przywoływane są dwa systemy klasyfikacyjne chorób: DSM-5 i ICD-10 (lub ICD-11). Podręcznik DSM-5 (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), opublikowany 18 maja 2013 roku, jest kolejną edycją klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. W Polsce klasyfikacja DSM-5 została przetłumaczona i wprowadzona w roku 2015. Z kolei WHO opracowuje podręcznik pod nazwą: *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych* (ang. *International statistical classification of diseases and related health problems* – oznaczone symbolami ICD-10 lub ICD-11).

Lekarze na ogół odnoszą się do systemu ICD-10 (lub ICD-11), natomiast psychologowie i pedagodzy specjaliści – często do DSM-5. Główna różnica między tymi klasyfikacjami polega na tym, że ICD dotyczy wszelkiego rodzaju chorób, nie tylko związanych ze zdrowiem psychicznym, z kolei DSM uwzględnia problemy bezpośrednio związane z psychiką i zachowaniem.

Polska, tak jak inne państwa, ma czas do 2026 roku, aby w pełni wdrożyć system klasyfikacyjny ICD-11. Spotykane obecnie na rynku wydawniczym propozycje stanowią jedynie autorskie tłumaczenia i interpretacje tego podręcznika. Jak dotąd, nie ukazał się jeszcze krytyczny przekład, który miałby w naszym kraju charakter obowiązujący. Z tego też powodu lekarze i niektórzy psychologowie kliniczni nadal posługują się klasyfikacją ICD-10.

Kryteria klasyfikacyjne zaburzeń psychicznych według ICD-10

Specjaliści zatrudnieni w poradnictwie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży nadal stosują międzynarodową klasyfikację chorób i problemów zdrowotnych ICD-10, która w części F uwzględnia zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Mając na uwadze najczęściej rozpoznawane w dzieciństwie i adolescencji zaburzenia, należy wymienić:

- zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40–F48), które charakteryzują się występowaniem lęków, nawracających uporczywych myśli lub czynności przymusowych, dezadaptacyjnych reakcji na ostry lub przewlekły stres – lęki, fobie;
- zaburzenia odżywiania (F50–F59);
- zaburzenia rozwoju psychologicznego (F80–F89) obejmujące specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych (np. czytania, ortografii, umiejętności arytmetycznych), całościowe zaburzenia rozwojowe (np. autyzm, zespół Aspergera, zespół Retta);
- zaburzenia zachowania i emocji, które rozpoczynają się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90–F98), a obejmują: zaburzenia hiperkinetyczne lub zespoły nadpobudliwości ruchowej (ADHD), zaburzenia zachowania (depresyjne, opozycyjno-buntownicze), zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie (lęk separacyjny, fobie), tiki (np. zespół Tourette'a).

Kryteria klasyfikacyjne zaburzeń psychicznych według ICD-11

Kolejna już rewizja chorób pod nazwą ICD-11 służy uporządkowaniu ogromnego zbioru chorób i zaburzeń. Poszczególne rozdziały tego podręcznika zawierają uszeregowany spis chorób, wykaz zaburzeń

zdrowotnych, zespołów zaburzeń, objawów przedmiotowych i podmiotowych, rozmaitych klinicznie istotnych znalezisk, obrażeń, zewnętrznych przyczyn chorób i zgonów, czynników wpływających na stan zdrowia i przyczyn zgłoszenia się po pomoc medyczną.

Propozycja ICD-11 polega na odejściu od sztywnych form klasyfikowania poszczególnych zaburzeń psychicznych w kierunku oceny ich nasilenia i wymiarowości. Służy uporządkowaniu i ułatwia rozpoznania choroby. I tak np. w nowej klasyfikacji nie znajdziemy podziału na 10 typów zaburzeń osobowości. Głównym celem procesu diagnostycznego ma być ustalenie, czy dane zaburzenie występuje oraz z jakim nasileniem. WHO zwraca uwagę na to, że kryzys zdrowia psychicznego występuje w połączeniu z indywidualną odpornością jednostki, jej poczuciem afiliacji i umiejętnością w zakresie funkcjonowania społecznego. Wskazane czynniki w sposób istotny są ze sobą powiązane, co uzasadnia potrzebę multimodalnego podejścia do zdrowia psychicznego (por. WHO, 2024).

Przyczyny zaburzeń psychicznych

Przyjmuje się, że rozwój i nasilenie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży mogą być uwarunkowane przyczynami o charakterze zarówno biologicznym, jak i środowiskowym. W literaturze przedmiotu najczęściej wymienia się czynniki genetyczne, neurobiologiczne, środowiskowe i rówieśnicze.

Czynniki genetyczne

Część autorów wskazuje na podłoże genetyczne powstawania zaburzeń psychicznych. Potwierdzeniem tego są badania prowadzone z udziałem bliźniąt, które wskazują na istnienie dziedzicznej skłonności do występowania takich problemów. Z kolei badania nad międzypokoleniową transmisją depresji dowodzą, że dzieci depresyjnych rodziców są obciążone sześciokrotnie wyższym ryzykiem depresji w porównaniu

z dziećmi zdrowych rodziców. Przy czym zależność ta wzrasta jeszcze bardziej, jeśli oboje rodzice cierpią na depresję (Downey i Coyne, 1990). Jednak brak jest jednoznacznie zidentyfikowanych genów związanych z tymi zaburzeniami. Ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych zwiększa obecność zaburzenia neurorozwojowego, takiego jak ADHD, które łączy się z trudnościami w zakresie regulacji emocji (Dudek, 2009; 2015).

Czynniki neurobiologiczne

Badania neuroobrazowe mózgu wykazały różnice w zakresie jego aktywności i struktury u osób z zaburzeniami psychicznymi w porównaniu do osób bez zaburzenia. Istnieją również dowody na związek między zaburzeniami psychicznymi a dysregulacją układu limbicznego, który jest zaangażowany w kontrolę emocji.

Na podstawie badań nad niektórymi rodzajami zaburzeń psychicznych można stwierdzić, że wpływ na ich powstanie i rozwój ma budowa oraz działanie mózgu (np. Walsh i Darby, 2008). Głównymi ich przyczynami są anomalie w strukturze mózgu, które mogą mieć podłoże genetyczne lub są skutkiem uszkodzenia mózgu podczas ciąży lub porodu. W opinii innych badaczy, zaburzenia psychiczne mogą być spowodowane redukcją asymetrii półkul oraz zwiększeniem ciała modzelowatego (Walsh i Darby, 2008; Davidson i in., 2003; Kayser i in., 2014). Wskazuje się też na nieprawidłowe funkcjonowanie systemów neuroprzekazników, takich jak dopamina czy serotonina (Dziedzicka-Wasylewska, 2009). Udowodniono, że nadaktywność neuroprzekazników jest główną przyczyną zaburzeń lękowych (Longstaff, 2006). W opisie zaburzeń nastroju jako przyczynę wskazuje się również neuroprzekazniki, takie jak noradrenalina, serotonina i dopamina.

Czynniki środowiskowe

Powszechnie przyjmuje się, że środowisko rozwoju dziecka ma istotny wpływ na pojawianie się zaburzeń psychicznych. Szczególnie istotne są negatywne doświadczenia z okresu wczesnego dzieciństwa. Dotyczy to m.in. bycia ofiarą lub świadkiem przemocy, zaniedbania ze strony dorosłych, długotrwałej rozłąki z rodzicami lub niewłaściwych metod wychowawczych. Choć wymienione czynniki nie determinują, to jednak znacząco zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych. Wśród czynników związanych z niewłaściwymi metodami wychowawczymi wymienia się brak empatii, stosowanie agresywnej dyscypliny, ograniczoną komunikację, brak wsparcia emocjonalnego oraz nadopiekuńczość (Bartkowicz, 1996; Pytka, 2000; Dudek, 2009; Nowakowski, 2013). Obecność zaburzeń psychicznych jest w sposób istotny statystycznie skorelowana z niskim statusem społeczno-ekonomicznym rodziny, a także brakiem wsparcia społecznego i edukacyjnego ze strony otoczenia.

Czynniki związane z rówieśnikami

Jeszcze jednym czynnikiem mającym wpływ na występowanie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży jest specyfika środowiska szkolnego i rówieśniczego. Trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji społecznych, wykluczenie społeczne, etykietowanie, problemy w adaptacji szkolnej i niedojrzałość społeczna mogą przyczynić się np. do zachowań opozycyjno-buntowniczych, zaburzeń emocji i depresji (por. Brendgen, Vitaro i Bukowski, 2000; Bukowski i Adams, 2005; Parker i in., 2006).

Wybrane zaburzenia psychiczne okresu adolescencji

Nie sposób w tak krótkim opracowaniu zaprezentować wszystkie zaburzenia psychiczne okresu adolescencji. Z konieczności omówiono te,

które z racji swej liczebności oraz potencjalnych skutków stanowią szczególne wyzwanie dla nauczycieli, pedagogów szkolnych, psychologów i innych specjalistów pracujących z młodym pokoleniem. Są to następując zaburzenia:

- stany lękowe i nerwice,
- depresja,
- zaburzenia zachowania,
- ADHD,
- uzależnienia,
- zaburzenia odżywiania.

Stany lękowe i nerwice

Słowo „lęk” jest często zastępowane pojęciem strachu. Jest to dość niefortunny i mylny sposób traktowania tych dwóch niezależnych zjawisk. Strach stanowi naturalną fizjologiczną reakcję organizmu na niebezpieczną sytuację. Powoduje wydzielanie substancji, które wywołują stan gotowości do ucieczki lub walki. Wytwarzana w sytuacji stresowej adrenalina prowadzi do przyspieszonego bicia serca, wzrostu ciśnienia krwi, rozszerzenia oskrzeli, żrenicy i napięcia mięśni. Pobudza odruchy mające pomóc w ucieczce lub walce.

Lęk, w przeciwieństwie do strachu, dotyczy sytuacji wyobrażonej i nie jest wywołany realnym zagrożeniem, a jedynie negatywnym nastawieniem wynikającym ze wcześniejszych przeżyć. Objawia się jako swoisty stan oczekiwania na bliżej nieokreślone nieprzyjemne doświadczenie. Najczęściej trudno jest ustalić, z czego objawy lęku wynikają. Brak możliwości wskazania na jego przyczyny jest źródłem stałego dyskomfortu u jednostki i prowadzi do tzw. mechanizmu błędnego koła, nasilając lęk.

Lęk jest cechą różnych chorób (Horecka-Lewitowicz, Lewitowicz i Springer, 2010). Charakterystyczny jest zwłaszcza dla niektórych schorzeń somatycznych. I tak np. identyfikowany jest w zaburzeniach hormonalnych oraz problemach kardiologicznych. Lęk występuje również w przebiegu uzależnień jako objaw zespołu abstynencyjnego czy

zatrucia. Przede wszystkim jednak lęk ma podstawowe znaczenie w zaburzeniach nerwicowych (Nitka-Siemińska, 2014). Według klasyfikacji ICD-10, zaburzenia lękowe obejmują dwie duże grupy:

- 1) zaburzenia lękowe w postaci fobii (agorafobia, fobie społeczne i izolowane postaci fobii) (F40);
- 2) inne zaburzenia lękowe, do których należą m.in. zaburzenia lękowe z napadami lęku (epizodyczny lęk napadowy) oraz zaburzenia lękowe uogólnione (F41).

Na przeszkodzie ujmowania zaburzeń lękowych jako całości stoi różnorodność obrazów klinicznych. Grupa ta nie jest homogenna, każda z jednostek różni się istotnie od pozostałych.

Zaburzenia lękowe są przez wielu autorów traktowane jako najczęstsze formy zaburzeń psychicznych. Mogą prowadzić do upośledzenia funkcjonowania w wymiarze osobistym (zwłaszcza psychologicznym), zawodowym i społecznym, a nawet być bezpośrednią przyczyną tzw. inwalidyzacji jednostki. Istnieje więc pilna potrzeba prawidłowego diagnozowania oraz odpowiedniego leczenia osób z zaburzeniami lękowymi. Przyjmuje się, że w procesie leczniczym konieczne jest łączenie leków z psychoterapią. Istnieje dość duża grupa środków farmakologicznych stosowanych w leczeniu lęków. Dobór odpowiedniej kuracji musi być zawsze podyktowany indywidualnym podejściem do każdego pacjenta (Konopka, Wroński i Samochowiec, 2013).

Depresja

Depresja jest poważnym zaburzeniem psychicznym, które dotyka nie tylko dorosłych, ale także dzieci i młodzież (Bomba, 1982; 2007; Dudek, 2015). Problem ten u osób młodych może przebiegać inaczej niż u dorosłych, co wymaga adekwatnych metod diagnostycznych. Główne jej objawy u młodego człowieka wiążą się m.in. z utratą zainteresowania, obniżonym nastrojem, zmianami we wzorcach snu i apetycie, z trudnościami w koncentracji oraz wycofywaniem się z aktywności społecznej. Ponadto, depresja może powodować zmiany psychosomatyczne w organizmie.

Diagnoza depresji jest procesem złożonym, nie zaś aktem jednorazowym. Może być realizowana jedynie przez odpowiednio przygotowanych specjalistów. Całościowej diagnostyki tego zaburzenia dokonuje lekarz psychiatra, często wspomagany przez psychologa klinicznego. Jedną z najważniejszych metod diagnostycznych jest w tym wypadku prawidłowo zebrany wywiad od pacjenta i jego rodziny oraz testy i obserwacja.

Wspomniane wyżej objawy depresji mają szkodliwy wpływ na sytuację rozwojową, edukacyjną i społeczną młodego człowieka. Dość szybko pogarsza się samoocena, pojawia się poczucie winy, podwyższony poziom lęku oraz pesymistyczne nastawienie dotyczące własnej przyszłości. Dodatkowo, mogą występować dolegliwości somatyczne utrudniające lub uniemożliwiające aktywne funkcjonowanie. Jednostka doświadcza dojmującego spadku sprawności, któremu towarzyszy złe samopoczucie, zmienna motywacja i obniżenie sił witalnych, i to niezależnie od obiektywnych warunków. Skutkiem depresji mogą też być zachowania suicydalne (Kicińska i Palma, 2024).

Szkoła jest miejscem, w którym młody człowiek, oprócz domu, spędza najwięcej czasu. Nauczyciel przebywa z uczniem kilka godzin dziennie, mając bezpośredni wgląd w jego rozwój i trudności życiowe. Może on – a nawet powinien – zwrócić uwagę na nietypowe zachowanie podopiecznego, kierując go do pedagoga lub psychologa szkolnego, oni zaś – do lekarza specjalisty. Można więc powiedzieć, że nauczyciel rozpoczyna – w uzasadnionych przypadkach – całą procedurę diagnozy i wsparcia młodego człowieka.

Postępowanie terapeutyczne w depresji opiera się na psychoterapii, a jeśli jest taka potrzeba – na podawaniu środków farmakologicznych.

Zaburzenia zachowania

Termin „zaburzenia zachowania” jest bardzo często używany, a nawet nadużywany w środowisku pedagogicznym. Stosuje się go w odniesieniu do uczniów, którzy w potocznym rozumieniu podejmują działania będące dla dorosłych trudne i denerwujące. Niepożądane zachowania

młodego człowieka mogą wynikać z braku znajomości zasad życia społecznego, co mogłoby wskazywać na pewne zaniedbania ze strony rodziców i nauczycieli. Zachowania te mogą też być celowe i wynikać ze specyfiki okresu adolescencji, tj. z teoretycznie uznanego rozwojowego łamania zasad, co wyraża się w świadomym przekraczaniu granic przez nastolatków w celu sprawdzenia, na ile dorośli im pozwolą (Kořakowski, 2018).

W literaturze przedmiotu termin „zaburzenia zachowania” określa odchylenie od normy w postępowaniu danego dziecka (np. Radochoński, 2000). Jednocześnie przez normę rozumie się zasady moralne, obyczaje i zwyczaje przyjęte w danym środowisku. Stopień odchylenia od normy świadczy o sile lub zaawansowaniu zaburzenia zachowania (por. Pytka, 2000). Z zaburzeniami zachowania mamy do czynienia wtedy, gdy zachowanie nieadekwatne do sytuacji staje się regułą, a młody człowiek w różnych warunkach prezentuje stały schemat działania (Karasowska, 2006). Inaczej mówiąc, o zaburzeniach zachowania możemy mówić dopiero wtedy, gdy łamanie norm społecznych ulega utrwaleniu, zwłaszcza jeśli towarzyszy temu element okrucieństwa, agresji, zagrożenia dla zdrowia i życia innych osób (Domurat, 2016).

Z uwagi na doraźną dolegliwość i spodziewane negatywne następstwa zaburzeń zachowania prowadzone są poszukiwania adekwatnych rozwiązań wychowawczych i terapeutycznych (Bartkiewicz, 1996; Dudek, 2009; 2015). Pojęcie „zaburzenia zachowania” bywa używane w następujących kontekstach:

- W rozumieniu potocznym – oznacza najczęściej łamanie reguł.
- Jako kategoria orzecznicza wynikająca z prawa oświatowego – obejmuje różnorodne trudne zachowania młodych osób (Kořakowski, 2018).
- Rozpoznanie stawiane w oparciu o kryteria diagnostyczne systemów klasyfikacyjnych DSM-5 i ICD-10. Ujęcie zaburzeń zachowania w tych systemach jest zgodne z przyjętym w nauce sposobem rozumienia omawianych problemów w aspekcie etiologii, istoty i perspektyw terapeutycznych. We wskazanych systemach pojęcie „zaburzenia zachowania” jest wolne od oceny moralnej, co niekoniecznie potwierdza

się w przypadku przyjęcia innych perspektyw analizy (Morrison, 2016).

Wymienione systemy klasyfikacyjne wskazują, że istotę omawianych problemów stanowią trudności w zakresie regulacji emocji i zachowań (Morrison, 2016). W kategorii zaburzeń dezorganizujących, kontroli impulsów i zachowania wyróżnionych w DSM-5 mieszczą się m.in. zaburzenia opozycyjno-buntownicze (ODD). Postępowanie terapeutyczne oparte jest w tym przypadku na psychoterapii, socjoterapii i metodach resocjalizacyjnych.

ADHD

Istnieje długoletni spór co do uwarunkowań nadpobudliwości psychoruchowej, którą określa się często skrótem ADHD (ang. *attention deficit hyperactivity disorder*). Wskazuje się na podłoże genetyczne, organiczne albo środowiskowe tego zaburzenia neurorozwojowego.

ADHD jest często mylone (lub współwystępujące) z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi bądź zaburzeniami zachowania. Wszystkie umieszczone są w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w jednej grupie określanej mianem zachowań eksternalizacyjnych (Dudek, 2015; Kołakowski, 2020). Sytuacja ta odzwierciedla pewne podobieństwo w zakresie objawów, etiologii, a po części leczenia. Nie brak również badań zmierzających do ustalenia, który z tych syndromów jest pierwszy (przyczyna), a który wtórny (skutek) (Dudek, 2009). Współwystępowanie wspomnianych zaburzeń zdecydowanie pogarsza sytuację ucznia oraz rokowania w zakresie intensywności i trwania objawów, jego przyszłości szkolnej i zawodowej oraz relacji osobistych i społecznych (Dudek, 2009; Kołakowski, 2020). Dostępne wyniki badań dowodzą, że młodzież dotknięta tymi syndromami narażona jest w sposób szczególny na ryzyko związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych czy przekraczania prawa (np. Dudek, 2009; Kołakowski, 2020).

Diagnozę ADHD przeprowadza się w oparciu o wywiad, obserwację i ocenę zachowania ucznia w dwóch niezależnych środowiskach. Do

oceny służy skala obserwacyjna ADHD opracowana w systemie DCM. Składa się ona z 18 opisów (itemów) odnoszących się do zaburzeń uwagi, nadruchliwości i impulsywności. Chociaż zdiagnozowanie u ucznia zespołu ADHD nie pociąga za sobą potrzeby kształcenia specjalnego, to jednak z racji dokuczliwości objawów oraz ich niekorzystnego wpływu na sytuację rozwojową, edukacyjną i społeczną młodego człowieka, konieczne jest zaoferowanie mu odpowiednio wczesnego wsparcia. Terapia ucznia z zespołem ADHD opiera się na stosowaniu środków farmakologicznych i psychoterapii.

Uzależnienia

Uzależnienia wśród młodzieży uznaje się za wyraz najpoważniejszych współcześnie problemów społecznych. Nie wszystkie rodzaje uzależnień traktowane są jednakowo. Część z nich jest oceniana przez społeczeństwo jako osobisty problem danej osoby, mimo potencjalnych szkód, jakie przynosi zarówno jej, jak i innym osobom (Husak i Martyniuk, 2014). Literatura przedmiotu przedstawia uzależnienia jako przejaw patologii społecznej. Stanowią one wyjątkowo dotkliwe zaburzenie będące źródłem cierpienia nie tylko dla osoby uzależnionej, lecz również dla jej otoczenia, zwłaszcza rodziny. Wśród najbliższych uzależnienie może powodować syndrom współuzależnienia. Omawiane zaburzenie ma wpływ na całą sferę życia psychicznego, fizycznego, ekonomicznego i społecznego jednostki. Przejmuje kontrolę nad jej życiem, często prowadząc do zachowań autodestruktywnych.

Istnieje wiele opracowań z obszaru nauk medycznych i społecznych dotyczących uzależnienia, jego definicji, rodzajów, objawów i skutków (np. Michalczyk, 2018; Michalska i in., 2016). Różnorodność perspektyw powoduje, że brak jest jednej ogólnie przyjętej definicji. Teoretycy i praktycy najczęściej przywołują definicję zawartą w klasyfikacji ICD-10, według której „uzależnieniem nazywamy kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji dominuje nad innymi

zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość” (por. Pużyński i Wciórka, 2000).

Identyfikacja określonego rodzaju uzależnienia pozwala na jego zrozumienie i uruchomienie terapii. W polskiej literaturze wyróżnia się:

- uzależnienie fizyczne (fizjologiczne),
- uzależnienie psychiczne (psychologiczne),
- uzależnienia społeczne (środowiskowe).

Uzależnienie fizyczne charakteryzuje się nabytą silną potrzebą ciągłego spożywania określonej substancji, np. alkoholu, papierosów, narkotyków czy innych substancji psychoaktywnych. Przymus ten odczuwany jest w kontekście szeregu różnych dolegliwości fizycznych, takich jak: bezsenność, rozdrażnienie, drganie mięśni, odczuwanie zimna, wymioty, biegunki, bóle. W sytuacji odstawienia danej substancji osoba uzależniona ujawnia zespół objawów określanych jako zespół odstawienia (zespół abstynencyjny). W trakcie leczenia stosuje się odtrucie, czyli detoksykację (Röhr, 2016; Kostowski, 2006; Bukowska, Czabała i Jabłoński, 2012).

Uzależnienie psychiczne, zwane też uzależnieniem behawioralnym, przebiega w zbliżony sposób do uzależnienia fizjologicznego (Augustynek, 2011b). Rozumiane jest jako silna potrzeba stałego wykonywania danej czynności bądź przyjmowania określonej substancji, której niespełnienie może, ale nie musi, prowadzić do poważnych następstw fizjologicznych. Poza wspomnianą właściwością, ten typ uzależnienia cechują następujące kryteria: sprzyjanie zmianie nastroju i redukcja napięcia wewnętrznego, ograniczenie zdolności kontroli nad zachowaniem związanym z uzależnieniem, zmiana tolerancji na działanie danego zachowania, pojawienie się objawów abstynencyjnych, głównie w postaci rozdrażnienia, niepokoju i innych niespecyficznych dolegliwości, wydłużenie czasu na wykonywanie danej czynności (uporczywe i nałogowe jej wykonywanie, mimo szkód, jakie przynosi), sztywny system przekonań podtrzymujący nałogowe zachowania (Grzegorzewska i Cierpiałkowska, 2018). Przykładem uzależnienia behawioralnego jest uzależnienie od internetu (Nowakowski, 2009), hazardu (Hoffmann, 2013) lub pracy (Wojdyło, 2016).

Uzależnienie społeczne, zamiennie nazywane uzależnieniem socjologicznym, powstaje na skutek przywiązania do określonej grupy społecznej (Rewera, 2016). Jednostka uzależniona odwzorowuje zachowania osób z bliskiego sobie środowiska, nawet wbrew swej woli, ponieważ boi się odrzucenia. Z czasem zaczyna automatycznie respektować wszystkie zasady panujące w grupie i samoistnie wykonywać określone czynności. Wraz ze wzmocnieniem uzależnienia, rezygnuje ona z ważnych dla siebie wcześniej form aktywności. Najczęściej prowadzi to do utraty pracy, konfliktów w rodzinie, problemów z prawem, usunięcia ze szkoły i zawężenia kontaktów społecznych (Husak i Martyniuk, 2014).

W celu zapobiegania uzależnieniom stosuje się kilka połączonych strategii opartych na czterech głównych filarach, to jest:

- 1) edukacji – polegającej na propagowaniu wiedzy dotyczącej istoty uzależnień, ich szkodliwości i negatywnego wpływu na życie;
- 2) profilaktyce – działaniu nastawionym na jednostki lub grupy w celu ograniczenia rozmiarów używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych oraz zapobieżenia problemom, zanim wystąpią;
- 3) farmakologii – polegającej na zastosowaniu leków;
- 4) terapii wszelkiego rodzaju – najczęściej wykorzystywaną terapią przynoszącą wymierny efekt w przypadku uzależnień jest terapia poznawczo-behawioralna.

Diagnoza i terapia uzależnień prowadzona jest przez zespoły specjalistów, w skład których wchodzi odpowiednio przygotowani lekarze, psychologowie, pedagodzy i terapeuci.

Zaburzenia odżywiania

Zaburzenia odżywiania klasyfikowane są według ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i umieszczone zostały w grupie zaburzeń behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami psychicznymi. Zaburzenia odżywiania łączą się z okresem dojrzewania

i przynoszą poważne skutki dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10, dzielą się one na kilka typów:

- jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*);
- jadłowstręt psychiczny atypowy;
- żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*);
- żarłoczność psychiczna atypowa;
- przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi;
- wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi;
- inne zaburzenia odżywiania;
- zaburzenia odżywiania nieokreślone.

Przyjmuje się, że na anoreksję najbardziej narażone są dziewczęta w wieku 14–18 lat z tendencją do obniżania dolnej granicy wieku. Istotną rolę w rozwoju zaburzeń odżywiania u młodzieży odgrywają:

- 1) czynniki biologiczne, m.in. predyspozycje genetyczne, wrodzone uszkodzenie ośrodków regulujących poczucie głodu i funkcje reprodukcyjne w podwzgórzu, zaburzenia w percepcji i interpretacji sygnałów z układu pokarmowego, obecność chorób afektywnych – szczególnie depresji (u osób z bulimią);
- 2) dążenie do uzyskania szczupłej sylwetki;
- 3) zespół różnych czynników wpływających na rozwój emocjonalny i osobowościowy dziecka, proces separacji i indywidualizacji, brak akceptacji siebie i własnego ciała;
- 4) charakterystyczne cechy osobowości chorego, w tym wygórowana ambicja, perfekcjonizm, silna wola, determinacja w dążeniu do osiągnięcia celu;
- 5) dysfunkcja systemu rodzinnego, m.in. konflikty, brak prywatności, nadopiekuńczość, sztywność reguł, nadmierna kontrola i stawianie wysokich wymagań;
- 6) doświadczenia traumatyczne, w tym przemoc fizyczna lub seksualna;
- 7) normy społeczno-kulturowe, m.in. trendy kulturowe i swoista presja społeczna, tendencje w modzie i lansowanie ideału szczupłego ciała.

W początkowej fazie jadłowstrętu psychicznego ograniczanie jedzenia może pełnić funkcję czynnika wzmacniającego. Daje to osobie chorej poczucie kontroli, satysfakcji czy nawet sukcesu. Objawy pojawiają się na ogół skrycie, począwszy od stopniowego usuwania wybranych pokarmów z diety, np. słodczy, pieczywa, mięsa, oraz wprowadzania zasad „zdrowego żywienia”. Znaczna część osób cierpiących na anoreksję doświadcza myśli i prób samobójczych (Michalska i in., 2016).

Leczenie pacjentów z zaburzeniami odżywiania jest procesem długotrwałym i skomplikowanym. Oprócz stopniowego wprowadzania zmian w zakresie nawyków żywieniowych, konieczna jest stała opieka psychiatryczna, psychoterapia indywidualna, psychoedukacja opiekunów i terapia rodzinna. Przyjmuje się, że skuteczność terapii uzależniona jest od czasu trwania choroby. W związku z tym bardzo ważne jest wczesne rozpoczęcie leczenia.

Organizacja pracy z uczniem z zaburzeniami psychicznymi

Zgodnie z obowiązującym prawem, uczeń z zaburzeniami psychicznymi powinien mieć zapewnione kształcenie specjalne. Oznacza to, że wobec ucznia dotkniętego zaburzeniami psychicznymi należy dostosowywać sposób nauczania i oceniania adekwatny do jego możliwości i wynikający ze stanu zdrowia, co zostało uregulowane w prawie oświatowym. Podstawę prawną stanowią: ustawa z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty, ustawa z dnia 14 grudnia 2016 roku – Prawo oświatowe, a także rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 roku w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych.

Zaburzenia psychiczne są czynnikiem, który w znaczącym stopniu utrudnia, a czasem wręcz uniemożliwia uczniowi realizację obowiązku szkolnego w standardowej formie. Zalecone jest wówczas dostosowanie wymagań edukacyjnych do możliwości psychofizycznych młodej osoby poprzez modyfikację tego procesu opartą w szczególności na indywidualnych potrzebach i zindywidualizowanym podejściu.

W odniesieniu do ucznia z objawami zaburzeń psychicznych zawsze obowiązuje zasada: „najpierw leczenie, potem wychowanie”.

Należy zauważyć, że w celu uzyskania porady psychiatry nie jest wymagane skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza rodzinnego). Zgodę na hospitalizację dziecka w wieku do 15. roku życia wyrażają rodzice (opiekunowie). Natomiast po ukończeniu przez dziecko 16 lat wymagana jest zarówno zgoda dziecka, jak i jego rodziców. W sytuacji gdy np. dziecko doświadczające depresji nie wyraża takiej zgody, a istnieje ryzyko, że zagraża ono własnemu życiu, wówczas zgoda dziecka nie jest konieczna. W takich przypadkach decyzję o hospitalizacji osoby niepełnoletniej podejmuje sąd rodzinny.

Wychowawca klasy i psycholog szkolny winni być informowani na bieżąco o stanie zdrowia ucznia oraz o zaleceniach lekarskich i terapeutycznych. Z kolei jego rodzice winni pozostawać w stałym kontakcie ze szkołą i być zachęcani do rozmowy ze specjalistami. Zadaniem szkoły jest powołanie zespołu wsparcia, w skład którego wchodzi: dyrektora, wychowawca, psycholog, pedagog szkolny i przynajmniej jeden nauczyciel prowadzący zajęcia w klasie, do której uczęszcza dziecko z problemami. Nauczyciele pracujący z uczniem stale go obserwują i informują zespół o wszelkich zmianach i postępach. Grono pedagogiczne wspólnie opracowuje sposób komunikacji z rówieśnikami ucznia i sposób ich zaangażowania w sprawę.

Należy pamiętać, że zarówno dziecko ciche, wycofane, wyglądające na smutne lub przygnębione, jak i dziecko drażliwe, sprawiające problemy wychowawcze, może cierpieć z powodu lęku, nerwicy, depresji. Rola pracownika szkoły polega na byciu uważnym, otwartym i empatycznym wobec ucznia z problemami psychicznymi i systematycznym obserwowaniu jego zachowania.

Zakończenie

Panuje zgodność co do tego, że najważniejszym czynnikiem zapobiegającym zaburzeniom psychicznym jest bezpieczne, stabilne otoczenie, w którym dziecko spędza pierwsze lata życia. Dla jego prawidłowego

rozwoju, zwłaszcza poczucia bezpieczeństwa i pewności siebie, konieczna jest spokojna, przyjazna i akceptująca atmosfera w domu rodzinnym. Poza tym, istotne znaczenie w podtrzymaniu zdrowia psychicznego ma stabilna atmosfera w środowisku szkolnym, stąd działania placówki oświatowej winny być ukierunkowane na zapobieganie i eliminowanie takim negatywnym sytuacjom jak:

- przemoc w szkole,
- nasilona rywalizacja i presja ze strony rówieśników,
- nadmierny nacisk na osiągnięcia szkolne.

Podjęcie zbyt późno diagnozy i leczenia pierwszych objawów zaburzeń psychicznych może negatywnie wpłynąć na rozwój zdrowia psychicznego i społecznego młodego człowieka. Profesjonalna i wcześniej podjęta diagnoza pozwala określić wpływ zaburzeń psychicznych na jego życie, w tym na edukację, relacje społeczne i ogólny rozwój. Jest też warunkiem rozpoczęcia skutecznego leczenia i wsparcia psychologicznego.

Szkoła ma kluczowe znaczenie w identyfikacji i wspieraniu leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. W trakcie wielu szkolnych godzin wzajemnych interakcji to właśnie uważny nauczyciel czy wychowawca może być pierwszą osobą, która dostrzeże niepokojące objawy u wychowanka (Hładush i Stupak, 2023). Po zachowaniu młodej osoby jest w stanie stwierdzić, czy sytuacja, w jakiej się ona znalazła, przekracza jej możliwości skutecznego radzenia sobie i trzeba udzielić jej wsparcia.

Nikt nie oczekuje, aby każdy nauczyciel, psycholog czy pedagog szkolny był specjalistą w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Warto jednak, aby pracownicy szkoły umieli rozpoznawać podstawowe zaburzenia psychiczne u swych wychowanków oraz mieli je na względzie w postępowaniu dydaktycznym i wychowawczym. Znajomość kluczowych objawów i obrazu klinicznego najczęściej występujących zaburzeń oraz umiejętność ich różnicowania ułatwi pracę z uczniem (Jeżak, 2016).

Literatura

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington; London: American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Przeł. H. Grzegołowska-Klarkowska. Warszawa: Fundacja IPN Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Augustynek, A. (2011a). *Jak walczyć z uzależnieniami?* Warszawa: Difin.
- Augustynek, A. (2011b). Uzależnienia komputerowe: diagnoza, rozpowszechnienie, terapia. *Psychiatria Polska*, 45(2), 303–304.
- Bartkowicz, Z. (1996). *Pomoc terapeutyczna nieletnim agresorom i ofiarom agresji w zakładach resocjalizacyjnych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Bomba, J. (1982). Depresja dzieci i młodzieży. Analiza kliniczna, *Psychiatria Polska*, 1/2(16), 25–30.
- Bomba, J. (2007). Depresja młodzieńcza. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży* (s. 363–378). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Brendgen, M., Vitaro, F., i Bukowski, W. (2000). Deviant friends and early adolescents' emotional and behavioral adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 10(2), 173–189.
- Bukowska, B., Czabała, J.C., i Jabłoński, P. (red.). (2012). *Uzależnienie od narkotyków: podręcznik dla terapeutów*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Bukowski, W.M., i Adams, R. (2005). Peer relationships and psychopathology: markers, moderators, mediators, mechanisms, and meanings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 3–10.
- Coloroso, B. (2015). *The bully, the bullied and the not-so-innocent bystander*. Toronto: Collins.
- Daszykowska, J. (2006). Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2, 122–128.
- Davidson, R.J., Irwin, W., Anderle, M.J., i Kalin, N.H. (2003). The neural substrates of affective processing in depressed patients treated with venlafaxine. *The American Journal of Psychiatry*, 160(1), 64–75.
- Dąbrowski, K. (1996). *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Demel, M. (1980). *Pedagogika zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Domurat, M. (2016). Zaburzenia zachowania. W: M. Jerzak (red.), *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość* (s. 40–55). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Downey, G., i Coyne, J. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108(1), 50–76.
- Dudek, M. (2009). *Nieprzystosowanie społeczne dzieci z ADHD*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Dudek, M. (2014). Depresja wśród młodzieży licealnej. *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*, 67, 139–151.
- Dudek, M. (2015). *Dzieci z zespołem ADHD w środowisku rodzinnym. Studium empiryczne*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Dziedzicka-Wasylewska, M. (2009). Biochemiczne podstawy chorób mózgu. W: R. Tadeusiewicz (red.), *Neurocybernetyka teoretyczna* (s. 249–268). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Heszen-Niejodek, I. (1997). Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. W: I. Heszen-Niejodek i H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia: praca zbiorowa* (s. 21–39). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grzegorzewska, I., i Cierpiątkowska, L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hladush, V., i Stupák, B. (2023). Development of teacher's professional skills in the context of innovative process. *SWorldJournal*, 3(18), 14–21.
- Hoffmann, B. (2013). Uzależnienie od hazardu: specyfika, przyczyny, terapia. *Problemy Opiekuńczo Wychowawcze*, 52(7), 23–30.
- Horecka-Lewitowicz, A., Lewitowicz, P., i Springer, M. (2010). Sprawozdanie z konferencji naukowej III Kliniki Psychiatrycznej IPIN i Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ „Kontrowersje w psychiatrii 2010 – zaburzenia lękowe i lęk jako objaw”, Kraków 23–24.04.2010. *Studia Medyczne*, 20, 49–51.
- Husak, P., i Martyniuk, T. (2014). Istota i swoistość uzależnienia od substancji psychoaktywnych: podstawowe koncepcje naukowe, definicja i kryteria. *Studia i Prace Pedagogiczne*, 1, 213–219.
- Jankowiak, B., i Gulczyńska, A. (2014). Wczesna inicjacja seksualna młodzieży – przyczyny i konsekwencje. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja*, 1(5), 171–187.

- Jeżak, M. (2016). Wstęp. W: M. Jeżak (red.), *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Karasowska, A. (2006). *Uczeń z zaburzeniami zachowania. Budowanie strategii pracy w środowisku szkolnym*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Kayser, J., Tenke, C.E., Abraham, K., Alschuler, D.M., Alvarenga, J.E., Skipper, J., Warner, V., Bruder, G.E., i Weissman, M.M. (2014). Event-related potential (ERP) asymmetries to hemifield presentations of emotional stimuli differ between individuals at high and low risk for major depression. *Biological Psychiatry*, 73, 151S–152S.
- Kicińska, L., i Palma, J. (2024). *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012–2021 na podstawie danych Komendy Głównej Policji*. Pobrano z https://backend.zwjrp.pl/media/attachments/Raport_za_lata_2012-2021_zachowania_samobojcze_mlodziemy_2_JVEHSu1.pdf.
- Kołąkowski, A. (2018). Diagnostyka zaburzeń zachowania. W: A. Kołąkowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 152–192). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kołąkowski, A. (2020). *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Konopka, A., Wroński, M., i Samochowiec, J. (2013). Możliwości medycyny w zakresie leczenia lęku – historia i współczesność. *Psychiatria*, 10(2), 55–62.
- Kostowski, W. (2006). Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień. *Alkoholizm i Narkomania*, 19(2), 139–168.
- Krawański, A. (2001). Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej a kultura fizyczna. W: B. Woynarowska i M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania* (s. 26–38). Warszawa: KOWEZ.
- Longstaff, A. (2006). *Neurobiologia*. Przeł. A. Wróbel i in. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- McClelland, D.C. (1985). *Human motivation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Michalczyk, Z. (2018). *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania: zrozumieć i pomóc rodzinie z dzieckiem zażywającym substancje psychoaktywne*. Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

- Michalska, A., Szejko, N., Jakubczyk, A., i Wojnar, M. (2016). Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się – subiektywny przegląd. *Psychiatria Polska*, 50(3), 497–507.
- Morrison, J.R. (2016). *DSM-5 bez tajemnic: praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Przeł. R. Andruszko. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Namysłowska, I. (2013). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość. *Postępy Nauk Medycznych*, 26(1), 4–9.
- Nitka-Siemnińska, A. (2014). Zaburzenia lękowe – charakterystyka i zasady leczenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 8(1), 37–43.
- Nowakowski, P.T. (2009). Uzależnienie od mediów. *Cywilizacja: o nauce, moralności, sztuce i religii*, 28, 149–157.
- Nowakowski, P.T. (2013). The problem of overprotectiveness. *Journal of Educational Review*, 6(4), 559–563.
- Parker, J.G., Rubin, K.H., Erath, S.A., Wojslawowicz, J.C., i Buskirk, A.A. (2006). Peer relationships, child development, and adjustment: a developmental psychopathology perspective. W: D. Cicchetti i D.J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology* (t. 1, 419–493). New York: Wiley.
- Przybysz-Zaremba, M. (2018). Kilka refleksji i konstatacji wokół zdrowia. Przegląd wybranych modeli zdrowia oraz czynników dynamizujących i dezorganizujących zdrowie człowieka. W: L. Kataryńczuk-Mania i M. Przybysz-Zaremba (red.), *Health: an interdisciplinary study* (s. 9–36). Vilnius: Mykolas Romeris Universitetas.
- Pużyński, S., i Wciórka, J. (red.). (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Przeł. C. Brykczyńska i in. Kraków: „Vesalius”; Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Pytka, L. (2000). *Pedagogika resocjalizacyjna: wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Pyżalski, J. (2012). *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Radochoński, M. (2000). *Osobowość antyspołeczna: geneza, rozwój i obraz kliniczny*. Rzeszów: Wydawnictwo WSP.

- Rewera, M. (2016). *Zjawisko psychoaktywnych środków zastępczych jako przedmiot zainteresowania pracy socjalnej*. Stalowa Wola: Wydział Zamiejscowy Prawa i Nauk o Społeczeństwie KUL.
- Rębisz, S., Sikora, I., i Smoleń-Rębisz, K. (2016). Poczucie samotności a poziom uzależnienia od internetu wśród adolescentów. *Edukacja – Technika – Informatyka*, 7(1), 90–98.
- Röhr, H.P. (2016). *Uzależnienia: przyczyny i terapia*. Przeł. Ł. Masny. Poznań: Wydawnictwo Polskiej Prowincji Dominikanów „W drodze”.
- Sęk, H. (1997a). Psychologia wobec promocji zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek i H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia: praca zbiorowa* (s. 40–60). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (1997b). Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka i A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 159–169). Kraków: „All”.
- Sęk, H., Ścigała, L., Pasikowski, T., Beisert, M., i Bleja, A. (1992). Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania. *Przegląd Psychologiczny*, 35(3), 351–363.
- Słowska, Z. (1994). Promocja zdrowia – zarys problematyki. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1(1/2), 37–52.
- Uramowska-Żyto, B. (1992). *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN.
- Walsh, K.W., i Darby, D. (2008). *Neuropsychologia kliniczna Walsha*. Przeł. B. Mroziak. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wojdyło, K. (2016). *Uzależnienie od pracy: teoria, diagnoza, psychoterapia*. Lublin: Stowarzyszenie Natanaelum. Instytut Psychoprophylaktyki i Psychoterapii.
- World Health Organization. (1948). *Summary reports on proceedings, minutes and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD)*. Pobrano z <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.
- Wielchorski, M. (2012). *Jak pomóc nastolatкови radzić sobie z presją rówieśników?* Pobrano z <https://naszeinspiracje.com/numery/zima-2012/jak-pomoc-nastolatкови-radzic-sobie-z-presja-rowiesnikow/>.

Wójcik, M., i Kozak, B. (2015). Bullying and exclusion from dominant peer group in Polish middle schools. *Polish Psychological Bulletin*, 46(1), 2–14.

Akty prawne

Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 750).

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 737).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2572).

O AUTORZE:

dr hab. Mieczysław Dudek, prof. WSNP – pedagog, Wyższa Szkoła Nauk Pedagogicznych w Warszawie, ORCID 0000-0002-4108-7128,
KONTAKT: M.Dud@interia.pl

Kondycja fizyczna młodzieży

ABSTRAKT

- Stan kondycji fizycznej, będący jednym z wyznaczników zdrowia, jest uwarunkowany wieloma czynnikami, w tym głównie stylem życia
- Badania kondycji fizycznej młodzieży z ostatnich lat dowodzą z jednej strony trendu ich wysokorosłości i przyśpieszonego dojrzewania płciowego, z drugiej – wskazują na pogarszającą się wydolność fizyczną i sprawność ruchową, nadwagę, a nawet otyłość
- Utrzymanie optymalnego stanu kondycji fizycznej młodego człowieka wymaga wsparcia ze strony rodziców i pozostałych osób odpowiedzialnych za wychowanie. Konieczne jest wielowymiarowe ujęcie zdrowia i uwzględnienie szerokiego spektrum jego uwarunkowań.

SŁOWA KLUCZOWE: kondycja fizyczna, zdrowie, czynniki ryzyka, czynniki ochronne.

Wprowadzenie

Zachodzące we współczesnym świecie zmiany społeczno-kulturowe, polityczne i ekonomiczne oraz procesy globalizacyjne niosą szereg zagrożeń dla zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży. W obliczu tych zmian ujawniają się postawy rywalizacyjne i konsumpcyjne, narastają

obawy młodego pokolenia związane z przyszłością, przeobrażeniom ulegają aspiracje, narasta poczucie społecznych nierówności, obniżeniu ulega ranga rodziny. Tendencje te występują nie tylko w Polsce czy – szerzej – w Europie, lecz także w innych miejscach globu. Organizacje międzynarodowe, takie jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA) czy Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF), wskazują na konieczność kształtowania zachowań prozdrowotnych u dzieci i młodzieży, co będzie decydujące dla jakości ich zdrowia w dorosłym życiu (Maszczak, 2005).

Kondycja fizyczna stanowi jedno z kryteriów zdrowia (Przewęda, 2009), którym zainteresowanie wykazują zasadniczo nauki medyczne, nauki o zdrowiu, nauki o kulturze fizycznej, ale także nauki społeczne (m.in. socjologia, pedagogika i psychologia). Kondycję fizyczną można określić mianem aktualnego stanu fizjologicznego organizmu, jego wydolności, wytrzymałości w trakcie podejmowania aktywności fizycznej. Kondycja fizyczna jest cechą indywidualną człowieka, choć uwarunkowaną wieloma czynnikami (zob. Daszykowska-Tobiasz, 2022). To podejście wiąże się z obowiązującym dziś modelem zdrowia, a podjęcie rozważań o kondycji fizycznej młodego pokolenia wymaga przedstawienia właśnie tej perspektywy. Omawiając jedno z kryteriów zdrowia, jakim jest kondycja fizyczna, autorka niniejszego opracowania ma na względzie współcześnie obowiązującą koncepcję zdrowia wraz z szerokim wachlarzem jego uwarunkowań.

Wokół modeli zdrowia

Zainteresowanie kwestią zdrowia ma w nauce długą historię (Opolski, 2011; por. Starzyńska-Kościszko, 2018), jednak dopiero w latach 80. ubiegłego stulecia Światowa Organizacja Zdrowia zmieniła jego tradycyjne, biomedyczne, obiektywne ujęcie poprzez pryzmat negatywnych mierników (Juczyński, 1999), takich jak chorobowość, zachorowalność, śmiertelność i umieralność. Zmiana rozumienia zdrowia objęła także jego czynniki. Marc Lalonde, prócz organizacji opieki medycznej

uznawanej jako wiodący czynnik zdrowia, wyłonił tzw. pola zdrowia (i odpowiadające im rangi), tj. styl życia, środowisko fizyczne i społeczne oraz determinanty genetyczne. W świetle tego podejścia, największe znaczenie dla zdrowia ma styl życia (53 proc.), mniejsze odgrywa środowisko fizyczne i społeczne (21 proc.) oraz determinanty genetyczne (16 proc.), najmniejsze zaś – opieka medyczna (10 proc.) (Kasperczyk, 2018). Stanowisko to bywa krytykowane. Na przykład Tadeusz Kasperczyk uważa, że „Marc Lalonde popełnił [...] błąd natury metodologicznej, ustawiając czynnik endogeny – wrodzony – na równym poziomie z pozostałymi czynnikami, które mają zasadniczo odmienną naturę. To geny decydują o zapadalności na choroby i śmiertelności oraz występowaniu wad wrodzonych” (2018, s. 20). Mimo to wspomniana koncepcja zmieniła postrzeganie zdrowia i jego uwarunkowań.

Nowa definicja zdrowia WHO całościowo ujmuje kliniczne, psychologiczne i socjalne aspekty zdrowia oraz uwzględnia czynniki środowiskowe występujące w określonym czasie (zob. Zięba i Cisoń-Apanasewicz, 2017). Nowe podejście akcentuje identyfikowanie i eliminowanie czynników ryzyka, które nie zawsze są bezpośrednią przyczyną choroby, ale mogą sprzyjać jej wystąpieniu. Dotyczy to także niepełnosprawności i zaburzeń rozwoju. Tradycyjną koncepcję zdrowia można określić mianem patogenetycznej, gdyż zdrowie rozpatrywano w niej przede wszystkim w ujęciu biologicznym, to znaczy doszukiwano się w nim przyczyn chorób i dysfunkcji somatycznych bez powiązania z całościowym zagadnieniem ludzkiego życia (Juczyński, 2009). Aktualnie zdrowie oznacza dynamiczną równowagę wszystkich sfer (fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej), a do jego zasobów należą głównie odporność biologiczna i energia witalna człowieka, przyrodnicze i społeczno-kulturowe zasoby otoczenia, prozdrowotne i proekologiczne systemy wartości, a przede wszystkim cechy psychiczne, jak np. wiedza, racjonalność postępowania, optymizm i poczucie sprawstwa (Sęk, 1993). Dodajmy, że dostrzeżenie związku pomiędzy duchowością i zdrowiem człowieka ma zaledwie kilkudziesięcioletnią tradycję, uznanie zaś duchowości za wymiar zdrowia to historia jeszcze krótsza. Z pewnością jednak zdrowie duchowe stanowi swoisty pomost

pośród pozostałymi jego obszarami w wymiarze indywidualnym i społecznym (Madej-Babula i Noszczyk, 2009).

Piotr Błajet dokonał uporządkowania koncepcji zdrowia występujących w literaturze przedmiotu poprzez wyłonienie trzech paradygmatów: społeczno-ekologicznego modelu zdrowia, salutogenetycznego modelu zdrowia oraz modelu logicznych poziomów zdrowia (za: Maszczak, 2005). Pierwszy z nich, społeczno-ekologiczny, jest wprawdzie paradygmatem nowym, jednak szeroko rozpowszechnionym w kontekście promocji zdrowia. W modelu tym uwzględnia się trzy grupy determinant zdrowia: biologiczne, środowiskowe i styl życia. Całość zachowań składających się na styl życia człowieka zyskuje tu szczególną wagę w zakresie zachowania zdrowia (za: Maszczak, 2005).

Salutogenetyczny model zdrowia (od łac. *salus* – dobre zdrowie, pomyślność), nazywany także modelem edukacji zorientowanej na zdrowie, jest bliski modelowi społeczno-ekologicznemu. Podkreśla się w nim odpowiedzialność człowieka za własne zdrowie (za: Maszczak, 2005). Autor koncepcji Aaron Antonovsky do zasobów zdrowia zalicza uogólnione zasoby odpornościowe (ang. *generalized resistance resources*, GRR) oraz poczucie koherencji (ang. *sense of coherence*, SOC). Zasoby te wskazują na cechy osobnicze, biologiczne i psychologiczne człowieka z uwzględnieniem kontekstu społeczno-kulturowego, przy czym poczucie koherencji w zakresie zachowania zdrowia pełni rolę kluczową, gdyż mobilizuje człowieka do aktywności w tym kierunku (por. Juczyński, 2009). Poczucie koherencji oznacza złożone, globalne i względnie trwałe przekonanie, że świat wewnętrzny i zewnętrzny jest przewidywalny, a zmiany w nim się dokonujące możliwe są do opanowania oraz będą przebiegały w oczekiwanym kierunku (Sęk, 1993).

Omawiany model uwzględnia poszukiwanie zasobów i czynników zdrowia nawet pomimo działania szkodliwych bodźców (Dudek, 2017). Chodzi tu o utrzymanie dynamicznego stanu chwiejnej równowagi przy wykorzystaniu dostępnej energii (Juczyński, 2009). Jest to stanowisko całościowe i uwzględnia ono wszystkie wymiary zdrowia. Zachowanie zdrowia wiąże się wedle tego podejścia z opracowaniem wskaźników dobrostanu (Daszykowska, 2006). Tadeusz Maszczak (2005) podaje, że model ten, mimo swych zalet, jest rzadko stosowany w praktyce

oświatowej, bowiem zdrowie pozytywne i jego kreacja są wychowawcom wciąż nieznane.

Z kolei model logicznych poziomów zdrowia nie tylko wskazuje na środowiskowe i behawioralne uwarunkowania zdrowia, ale również uwzględnia takie czynniki jak przekonania, system wartości, tożsamość, duchowość. W modelu tym akcent kładzie się na znaczenie osobowości i stylu życia (Maszczak, 2005).

Zygfryd Juczyński (2009) podaje zbliżony podział modeli zdrowia, wyróżniając model biomedyczny, salutogenetyczny, biopsychospołeczny, holistyczno-funkcjonalny oraz zdrowie w perspektywie biegu życia. Autor podkreśla rolę modelu holistyczno-funkcjonalnego, w świetle którego „zdrowie jawi się jako stan normalny, charakteryzujący się różnymi właściwościami pozytywnymi. Są one związane z rozwojem człowieka we wszystkich sferach i wiążą się z procesami dojrzewania fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego. Ich funkcjonalność polega na odpowiednim dostosowaniu właściwości człowieka do zadań życiowych, odpowiednich dla danego okresu życia jednostki” (2009, s. 21).

Reasumując, współczesne rozumienie zdrowie stanowi wypadkową oddziaływania czynników, które rzutują na nie lub zmieniają jego stan. Podstawę tego podejścia stanowi ukierunkowanie na zdrowie w aspekcie codziennego życia oraz na działania w obszarze czynników zdrowia (Cipora i Smoleń, 2015). Taka perspektywa jest wynikiem humanizacji nauki (głównie medycyny), w tym holistycznego podejścia do człowieka jako całości (Słopiecka, 2012). Powoduje to przeniesienie punktu ciężkości z leczenia na profilaktykę i jednocześnie dostrzeganie pozytywnych aspektów zdrowia. Jak podaje Ryszard Przewęda, to już nie wyłącznie epidemiologiczne, a aukuologiczne kryteria zdrowia przyjmowane są do jego oceny: „W przypadku dzieci i młodzieży wykrytuje się najczęściej przejawy rozwoju fizycznego (procesy rośnięcia, tempo dojrzewania), wydolność fizyczną, sprawność ruchową, samopoczucie i samoocenę siebie” (2009, s. 57).

Warto zauważyć, że w ocenie stanu zdrowia dzieci i młodzieży występują dodatkowe trudności, które wynikają z powiązania zdrowia z przebiegiem rozwoju osobniczego; występowania w rozwoju tzw.

okresów krytycznych, w których ujawniają się lub pogłębiają niektóre zaburzenia (np. boczne skrzywienie kręgosłupa w okresie dojrzewania płciowego); zmiennego nasilenia objawów (w niektórych chorobach, np. w astmie oskrzelowej; często zmniejszają się one z wiekiem); rodzajem mierników zdrowia zmieniających się w zależności od etapu rozwoju; odrębności w czynnikach warunkujących zdrowie dzieci i młodzieży w stosunku do ludzi dorosłych (Woynarowska i Oblacińska, 2014).

Odniesienie czynników ryzyka i czynników chroniących wyłącznie do sfery zdrowia fizycznego nie jest do końca możliwe i wskazane ze względu na konieczność całościowego postrzegania człowieka. Ma to związek choćby ze wzajemnym powiązaniem obszarów zdrowia i jego czynników (niekiedy ich krzyżowaniem się). Z tego powodu czynniki ryzyka i czynniki chroniące omówiono poniżej z uwzględnieniem holistycznie ujmowanego zdrowia.

Czynniki ryzyka w zakresie zdrowia młodzieży

Zwrot „czynniki ryzyka” wskazuje na zainteresowanie epidemiologów przyczynami chorób lub zaburzeń. Termin rozpowszechniono w związku z badaniami epidemiologicznymi nad etiologią chorób serca, realizowanymi pod nazwą *Framingham Heart Study*, które stanowiły ponad pięćdziesięcioletnie obserwacje mieszkańców amerykańskiego miasta Framingham w stanie Massachusetts. Badania te przyczyniły się do odkrycia kilku znaczących czynników ryzyka chorób serca (w tym czynników cywilizacyjnych), co w efekcie spowodowało podjęcie w drugiej połowie XX wieku szeroko zakrojonych działań edukacyjnych i profilaktycznych. „W wyniku tych działań wielu ludzi w krajach rozwiniętych porzuciło «niezdrowe nawyki» i świadomie wybrało tzw. zdrowy styl życia” – pisze Krzysztof Ostaszewski (2008, s. 20). Czynniki ryzyka mogą przekładać się na pojawianie się u młodych osób zachowań ryzykownych, które są sprzeczne z obowiązującymi normami społecznymi oraz zagrażają ich zdrowiu (Jessor, Turbin i Costa, 1998).

Anna Dzielska i Anna Kowalewska (2014) przekonują, że zachowania ryzykowne zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia

niekorzystnych psychologicznych, społecznych i zdrowotnych następstw, a tym samym mogą powodować zaburzenia rozwoju. Zdaniem autorek, podejmowanie przez młode osoby zachowań ryzykownych stanowi naturalny przejaw okresu rozwojowego, o ile takie zachowania nie utrwalają się. Jednocześnie ta kategoria wiekowa wykazuje niedostatki w zakresie zachowań korzystnych dla zdrowia (Dudek, 2009).

Krzysztof Ostaszewski (2008), na podstawie analizy literatury przedmiotu i dostępnych wyników badań, dokonał szczegółowej kategoryzacji czynników ryzyka zachowań problemowych lub ryzykownych dzieci i młodzieży (odnoszących się również do szeroko rozumianego zdrowia). Należą do nich:

- czynniki indywidualne – trudny temperament (impulsywność, nadpobudliwość, agresywność); wczesne zachowania problemowe (zachowania agresywne, buntownicze, wczesna inicjacja alkoholowa, papierosowa); duże zapotrzebowanie na stymulację (potrzeba wrażeń, poszukiwanie stymulacji); deficyty poznawcze (niski poziom inteligencji, problemy z nauką czytania);
- czynniki związane z rodzicami i rodzeństwem – niski status socjoekonomiczny rodziny (niskie dochody, niski poziom edukacji rodziców, brak stałej pracy); alkoholizm lub inne uzależnienia rodziców; choroby psychiczne rodziców (depresja u matki); chroniczne konflikty rodzinne z udziałem dziecka (rozwód rodziców, wrogość między rodzicami, nadmierny krytycyzm itp.); negatywne wzory starszego rodzeństwa (stosowanie używek, stosowanie przemocy przez starsze rodzeństwo); doświadczenia traumatyczne (wykorzystywanie seksualne dziecka, przemoc w rodzinie);
- czynniki związane z realizacją ról rodzicielskich – niekorzystne czynniki prenatalne (palenie papierosów lub picie alkoholu przez matkę w czasie ciąży); zakłócenia w relacji rodzic–dziecko (wrogość wobec dziecka, emocjonalne odrzucenie, trudności w porozumiewaniu się); nieprawidłowa realizacja ról rodzicielskich (niespójne

i niekonsekwentne postępowanie, kary cielesne, brak granic w okresie dorastania, zaniedbywanie);

- czynniki związane ze szkołą i nauką w szkole – niepowodzenia w szkole (brak postępów w nauce, ubogie słownictwo, kłopoty z nauką pisania i czytania); negatywny stosunek do szkoły i obowiązków szkolnych (wagary, negatywny stosunek do nauczycieli itp.); problemy z zachowaniem w szkole (zachowania agresywne wobec rówieśników, bójki, konflikty z nauczycielami);
- czynniki związane z rówieśnikami – rówieśnicy, którzy używają lub przejawiają inne zachowania problemowe (picie, palenie, używanie narkotyków, wykroczenia, gangi dziecięce lub młodzieżowe); spostrzeganie u znaczących rówieśników aprobaty dla zachowań ryzykownych; odrzucenie przez rówieśników;
- czynniki związane ze środowiskiem lokalnym – niski poziom nauczania i opieki w szkole (zły klimat społeczny szkoły, niski poziom nauczania, brak wsparcia nauczycieli); dostępność substancji psychoaktywnych, broni palnej; wysoki poziom zagrożenia (przestępczość, przemoc, nieprzestrzeżenie prawa); niekorzystne warunki ekonomiczne (bieda, bezrobocie itp.);
- czynniki makrospołeczne związane z działaniem mediów i popkulturą – ekspozycja na negatywne przekazy medialne (akty przemocy, reklama alkoholu).

Ostaszewski konstatuje, że „zachowania problemowe lub ryzykowne młodzieży są wypadkową statusu społeczno-ekonomicznego rodziny, relacji interpersonalnych w rodzinie, umiejętności rodziców, cech indywidualnych dziecka, postaw i zachowań rówieśników, klimatu społecznego szkoły i cech środowiska zamieszkania. Trudno z tej listy wyłonić jedną dominującą przyczynę lub grupę przyczyn. W przypadku zachowań ryzykownych młodzieży mamy do czynienia ze zmieniającą się w czasie konstelacją czynników ryzyka. W sensie statystycznym czynniki ryzyka to korelaty lub predyktory badanych zachowań. Na podstawie wiedzy o czynnikach ryzyka możemy tylko

z mniejszym lub większym błędem szacować prawdopodobieństwo wystąpienia tych zachowań. W związku z tym jako badacze tego zjawiska jesteśmy skazani na większą lub mniejszą niepewność naszych ustaleń. W naukach społecznych czynniki ryzyka są niedoskonałym ekwiwalentem tego, co w naukach biologicznych, w medycynie lub w fizyce ma status przyczyny” (2008, s. 24).

Autor dodatkowo rozpatruje czynniki ryzyka w ujęciu rozwojowym, podkreślając ich wieloczynnikową i interakcyjną etiologię, upatrując wspólne czynniki ryzyka dla różnych zachowań, a także sygnalizując ich kumulatywny charakter. W okresie dojrzewania, stanowiącym trudny dla młodego człowieka etap rozwojowy, może dochodzić do nasilenia zachowań problemowych. Podobnie niekorzystne determinanty w środowisku społecznym (grupie rówieśniczej, rodzinie, szkole) mogą wzmacniać skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych (2008; por. Juczyński, 2009). Aktualnie dostrzega się przesunięcie uwagi badaczy (m.in. wymienionych niżej) z czynników ryzyka na czynniki chroniące.

Czynniki chroniące zdrowie młodzieży

Zainteresowanie czynnikami chroniącymi zdrowie idzie w parze z odejściem od biomedycznego rozumienia zdrowia, humanizacją medycyny oraz rozwojem psychologii zdrowia (Ostaszewski, 2008; Juczyński, 2009). Do autorów podejmujących badanie czynników ryzyka i czynników chroniących należą między innymi: Norman Garnezy (1985), Emma E. Werner (2000), Michael Rutter (2006), Jolanta Jarczyńska (2009), Joanna Mazur, Izabela Tabak, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Hanna Kołło, Anna Dzielska i Anna Kowalewska (zob. Mazur i in., 2008; Mazur, 2011; Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2011), Krzysztof Ostaszewski, Krzysztof Bobrowski, Anna Borucka, Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Agnieszka Pisarska, Joanna Raduj i Daria Biechowska (2013).

Czynniki chroniące stanowią indywidualne zasoby człowieka oraz właściwości środowiska, które kompensują bądź redukują wpływ czynników ryzyka, umożliwiając zmniejszenie prawdopodobieństwa

wystąpienia zachowań problemowych lub ryzykownych czy też ograniczenie ich intensywności (Dzielska i Kowalewska, 2014). „W sensie technicznym są one korelatami lub predyktorami pozytywnej adaptacji. Ich obecność nie usuwa z życia dorastającego człowieka negatywnych doświadczeń lub niekorzystnych czynników, lecz pomaga zmagać się z nimi z dobrym skutkiem. Są to więc czynniki, które mogą neutralizować lub kompensować negatywne działanie ryzyka, zwiększając ogólną odporność jednostki, uruchamiać procesy odwrotne do tych, które prowadzą do choroby, zaburzenia lub nieprzystosowania” – tłumaczy Krzysztof Ostaszewski (2014, s. 84). Czynniki te sprzyjają zwiększeniu potencjału zdrowotnego człowieka, zneutralizowaniu ryzyka, wzmocnieniu ogólnej odporności organizmu oraz czynników wywołających procesy odwrotne do tych, które prowadzą do choroby, zaburzenia lub nieprzystosowania. Ich obecność nie usuwa negatywnych doświadczeń lub niekorzystnych czynników z życia dorastającego człowieka, lecz pozwala mu zmagać się z nimi z dobrym skutkiem (Ostaszewski, 2008).

Przyczynkiem do rozwoju interdyscyplinarnych badań nad czynnikami chroniącymi – w literaturze występują ich nurty (Borucka i Pisarska, *bdw*) – jest koncepcja *resilience*. W dosłownym tłumaczeniu słowo to oznacza: elastyczność, sprężystość, prężność, odporność, zdolność do regeneracji sił (Borucka i Ostaszewski, 2008). Ogółem, spotykane są dwa bliskie sobie terminy: *resilience*, który jest utożsamiany z „procesem skutecznego przewycięzania negatywnych skutków wydarzeń życiowych”, a *resiliency* oznacza „względnie trwałą właściwość człowieka determinującą proces jego elastycznej adaptacji do zmieniających się wymagań życiowych” (Juczynski, 2009).

W naukach społecznych pojęcie *resilience* rozpropagowali pionierzy badań nad rozwojem dzieci i młodzieży w niekorzystnych warunkach życiowych: Emma E. Werner, Norman Garmezy i Michael Rutter (zob. Borucka i Ostaszewski, 2008). Tak genezę tej teorii opisuje Krzysztof Ostaszewski: „myślenie w kategoriach czynników i mechanizmów chroniących zrodziło się z obserwacji wskazujących jednoznacznie na to, że spora grupa dzieci mimo przeciwności i zagrożeń rozwija się normalnie [...]. W latach 70. i 80. XX wieku ukazały się publikacje zwiastujące przełom w dotychczasowym myśleniu skoncentrowanym

na czynnikach ryzyka i psychopatologii [...]. Do schematu badań nad czynnikami ryzyka zaburzeń psychicznych i problemów behawioralnych włączono obserwację pozytywnych doświadczeń i czynników ochronnych. Do tradycyjnych pytań w rodzaju: «dlaczego młodzi ludzie chorują, popadają w kłopoty z prawem lub rozwijają się nieprawidłowo?» dodano nowe: «dlaczego mimo przeciwności młodzi ludzie są zdrowi?», «co daje im siłę do walki z trudnościami?», «co ich wzmacnia i uodpornia?», «jakie czynniki i mechanizmy sprzyjają pozytywnej adaptacji dzieci w sytuacjach zagrożeń dla rozwoju?». Zaczęto również w sposób systematyczny analizować wzajemne interakcje «ryzyka» i «ochrony» (2014, s. 71–72).

Najogólniej rzecz ujmując, koncepcja *resilience* odnoszona jest do okresu dzieciństwa, adolescencji i wczesnej dorosłości, choć aktualnie jest też stosowana w odniesieniu do osób dorosłych narażonych na traumatyczne doświadczenia. W świetle tej koncepcji młode jednostki wzrastające w niekorzystnych warunkach, narażone na chroniczny stres i traumę stanowią pewien fenomen dobrego przystosowania się (adaptacji), w tym szczególnie: funkcjonowania znacznie lepszego niż można było się tego spodziewać na podstawie wiedzy o czynnikach ryzyka; utrzymywania się dobrego funkcjonowania pomimo wystąpienia stresujących doświadczeń; dochodzenia do zdrowia po traumatycznych doświadczeniach (Ostaszewski, 2008; 2014).

Jak podaje Zygfryd Juczyński, „przyjmuje się dwa modele wpływu czynników chroniących, tj. bezpośredniego wpływu na zachowanie i w ten sposób równoważenie ryzyka oraz pośredniego, poprzez interakcje z czynnikami ryzyka i dzięki temu redukcję ich wpływu na zachowanie. Poprzez różnego rodzaju warsztaty czy treningi uczy się zachowań asertywnych, umiejętności komunikowania się, rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze stresem, rozpoznawania emocji, rozwijania inteligencji emocjonalnej itp.” (2009, s. 22).

Krzysztof Ostaszewski wymienia takie sposoby czynników chroniących jak: model kompensowania ryzyka (ang. *compensatory model*) i model ochrony przed ryzykiem (ang. *risk-protective model*) (2014). Jak podaje autor, w modelu kompensowania ryzyka czynniki chroniące i czynniki ryzyka rzutują na zachowanie człowieka niezależnie od

siebie, przy czym czynniki chroniące determinują zachowanie w kierunku przeciwnym do wpływu czynników ryzyka. Zgodnie z tym podejściem, odpowiednia ilość czynników chroniących może skutecznie kompensować negatywny wpływ czynników ryzyka i umożliwić prawidłowy rozwój mimo ekspozycji na zagrożenia. „Czynniki chroniące w tym modelu można porównać do roli witamin w świecie organizmów żywych. Ich obecność jest niezbędna dla prawidłowego przebiegu procesów życiowych w organizmie człowieka, choć zwykle nie są one bezpośrednio odpowiedzialne za zwalczanie czynników chorobotwórczych” – pisze autor (2014, s. 86). Z kolei zgodnie z modelem ochrony przed ryzykiem, działanie czynników chroniących jest zależne od występowania i nasilenia czynników ryzyka. Czynniki chroniące uaktywniają się w wyniku ekspozycji na zagrożenie (czynniki ryzyka) i w efekcie ograniczają negatywny wpływ czynników ryzyka na zachowanie (Ostaszewski, 2014).

Z pewnością w odniesieniu do utrzymania zdrowia (w tym kondycji fizycznej) to prozdrowotny styl życia stanowiący podejmowanie świadomych działań sprzyjających zwiększaniu jego potencjału oraz eliminowanie zachowań zagrażających mu (Woynarowska, 2007) stanowi elementarny czynnik warunkujący zdrowie młodych ludzi. Utrzymaniu zdrowia służy między innymi podejmowanie aktywności fizycznej, racjonalne odżywianie (zbilansowana dieta), radzenie sobie ze stresem, właściwe kontakty międzyludzkie (korzystanie ze wsparcia społecznego), dbanie o higienę osobistą, przeprowadzanie badań profilaktycznych (Ponczek i Olszowy, 2012), właściwa ilość snu, bezpieczne zachowania seksualne, ostrożna ekspozycja na słońce, unikanie używek, zachowanie zasad bezpieczeństwa w ruchu drogowym, rozsądne korzystanie z mediów itp.

Trzeba jednak zauważyć, że istnieje gama czynników chroniących, które mogą podtrzymywać zachowania prozdrowotne i stanowić swoisty bufor redukujący wystąpienie czynników ryzyka. Krzysztof Ostaszewski (2014) na podstawie analizy literatury przedmiotu grupuje je na: zasoby indywidualne, zasoby wynikające z relacji z osobami z najbliższego otoczenia rodzinnego i społecznego, jakość szkoły, zasoby środowiska lokalnego (środowiska pozarodzinnego i miejsca

zamieszkania). Do pierwszej grupy należą m.in. cechy i zdolności, przyjazny temperament, wewnątrzsterowność, pozytywny obraz siebie, poczucie własnej wartości, samoakceptacja, dobre funkcjonowanie poznawcze (np. koncentracja uwagi), umiejętności wykonawcze (np. podejmowanie decyzji), poczucie sensu życia i zaangażowania w codzienne aktywności. Drugą grupę czynników chroniących stanowią m.in.: posiadanie przynajmniej jednego rodzica, który dobrze wypełnia obowiązki rodzicielskie, monitorowanie zachowań nastolatków przez rodziców, dobre relacje z rodzicami, którzy okazują dziecku wsparcie, typ przywiązania do matki lub innego dorosłego opiekuna, dobre relacje z pozostałymi osobami dorosłymi (np. dziadkami, nauczycielami), utrzymywanie kontaktów towarzyskich z prospołecznymi rówieśnikami. Dalej, na zasoby ułożone w środowisku szkolnym składają się: pozytywny klimat szkoły, wsparcie nauczycieli, więź ze szkołą lub nauczycielami oraz wysoka jakość nauczania. Ostatnią grupę stanowią następujące czynniki: przynależność do klubów młodzieżowych, wspólnoty religijnych, grup wolontariackich, udział w innych zorganizowanych zajęciach pozalekcyjnych lub pozaszkolnych, dostęp do ośrodków rekreacji, klubów, poradni, ośrodków interwencji kryzysowej, bezpieczne sąsiedztwo itp. (Ostaszewski, 2014).

W odniesieniu do dzieci i młodzieży ważnymi czynnikami chroniącymi zdrowie i rozwój są przede wszystkim zasoby wynikające z pozytywnych relacji rodzic–dziecko oraz doświadczeń życiowych wynikających z funkcjonowania rodziny (Juczyński, 2009; por. Szwejka, Więckiewicz i Nowakowski, 2021). Wspieranie zdrowia i rozwoju młodego człowieka, w tym jego kondycji fizycznej, odbywa się w rodzinie przez wychowanie. Jędrzej Śniadecki pisał: „Wychowywać dziecko to jak najlepiej wykształcić jego ciało, rozwinąć, wydobyć, usprawnić i udoskonalić jego władze cielesne oraz siły, a także utwierdzić i zabezpieczyć zdrowie. Takie wychowanie powinno także nazywać się wychowaniem lekarskim” (za: Zabolotna i in., 2019, s. 44). „O wychowaniu refleksyjnym mówimy wówczas, gdy towarzyszy mu wysiłek myślowy i świadoma działalność osób wychowujących. [...] Rodzina jest pierwszym środowiskiem socjalizacji i wychowania, która wprowadza małe dziecko w świat zabawy ruchowej, naucza prostych umiejętności

sportowych poprzez zabawę i różne gry ruchowe, jest także pierwszym środowiskiem wychowania zdrowotnego i ekologicznego poprzez rekreację fizyczną i turystykę” (za: Zabolotna i in., 2019, s. 39, 45). To rodzice jako pierwsi nauczyciele dostarczają wzorców zachowań w zakresie pielęgnacji ciała, troski o zdrowie, w tym o sprawność fizyczną, a także form spędzania wolnego czasu. To w głównej mierze dzięki wychowaniu w rodzinie młodzi ludzie poznają wartość zdrowia oraz sposoby zachowania go przez długie lata. Jak podaje Zygfryd Juczyński (2009), również rozwijanie umiejętności umożliwiających skuteczne radzenie sobie z wyzwaniami codziennego życia oznacza pomnażanie zasobów całościowo rozumianego zdrowia. Zadanie to w głównej mierze spełnia rodzina jako podstawowe środowisko życia i wychowania.

Stan kondycji fizycznej młodzieży w oparciu o przegląd badań

Omówienie stanu kondycji fizycznej współczesnej młodzieży winno mieć odniesienie do określonej perspektywy rozumienia zdrowia. W niniejszym opracowaniu jest to zdrowie ujmowane holistycznie z naciskiem na zdrowie pozytywne.

Jak podaje Tadeusz Maszczak (2005), określenie jakości zdrowia pozytywnego dzieci i młodzieży przez pryzmat kondycji fizycznej wymaga uwzględnienia procesów rośnięcia i dojrzewania oraz poziomu sprawności fizycznej i wydolności organizmu. Według autora, kondycja fizyczna w ujęciu jednostkowym jest świadectwem wartości biologicznej całego społeczeństwa. Człowiek mający „dobrą” kondycję fizyczną jest sprawny i zaradny ruchowo, to znaczy potrafi przystosować się do zmiennych warunków egzystencji. Maszczak przywołuje koncepcję sprawności jako „zaradności ruchowej” Ryszarda Przewędy, która opiera się na trzech filarach: „móc” określa możliwości motoryczne człowieka; „umieć” oznacza umiejętności ruchowe, wiedzę i doświadczenie nabyte w procesie uczenia się; „chcieć” decyduje o zaangażowaniu człowieka w wykonanie zadania ruchowego w oparciu o motywację,

nastawienie, silną wolę i wytrwałość w dążeniu do celu. Zatem dążeniem społeczeństwa winno być usprawnienie i przygotowanie każdego człowieka od najmłodszych lat życia do samodzielnego dbania o swą sprawność fizyczną przez całe życie.

Roman Trześniowski przedstawia to zadanie następująco: „w procesie wychowania mamy rozwijać, podnosić i jak najdłużej utrzymywać gotowość organizmu ludzkiego do podejmowania i rozwiązywania różnych zadań życiowych, które wymagają nabytych i ukształtowanych umiejętności i nawyków ruchowych, sprawności działania aparatu ruchowego, dobrego stanu zdrowia, odpowiedniej zaprawy, a także kształtowania cech motoryki jak szybkość, siła, zręczność, zwinność, gibkość, wytrzymałość itp.” (1963, s. 27). W tym ujęciu kwestia kondycji fizycznej młodzieży wymaga uwzględnienia nie tylko jej wyznaczników, ale również uwarunkowań.

Badania zdrowia i kondycji fizycznej dzieci i młodzieży oraz jej mierników i determinant mają w Polsce bogatą tradycję. Ich wyniki zawierają liczne prace autorstwa m.in. Jana Mydlarskiego, Wiesława Osińskiego, Romana Trześniowskiego, Ryszarda Przewędy, Stefana Pilicza, Sylwii Nowackiej, Janusza Dobosza, Barbary Woynarowskiej, Joanny Mazur i Agnieszki Małkowskiej-Szkutnik (Mydlarski, 1934/1935; Osiński, 1988; Trześniowski, 1990; Przewęda, 1991; Przewęda i Trześniowski, 1996; Przewęda, 2002; Pilicz i in., 2002; Przewęda i Dobosz, 2003; Woynarowska i Mazur, 2012; Mazur, 2015; Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018).

Badania kondycji fizycznej nie należą do łatwych, mimo to w Polsce były prowadzone na szeroką skalę, czego przykładem są badania zdrowia fizycznego dzieci i młodzieży w wieku 7–19 lat realizowane przez Ryszarda Przewędę, Romana Trześniowskiego i Janusza Dobosza co dziesięć lat w wylosowanych szkołach na terenie całego kraju. I tak, w 1979 roku badaniami objęto ponad 233 tysięcy uczniów, w roku 1989 wzięło w nich udział ponad 219 tysięcy, a w roku 1999 przebadano ponad 73 tysiące (Przewęda, 2009). Wyniki powtarzanych przez autorów pomiarów nakreśliły obraz kondycji fizycznej dzieci i młodzieży oraz wykazały „wieloletnie tendencje zmienności, tzw. trendy sekularne, pozwalające przewidywać dalsze przemiany w tym

zakresie, co może być pomocne w podejmowaniu ogólnokrajowych lub regionalnych decyzji społecznych, zdrowotnych, edukacyjnych i kulturowych, czyli w prowadzeniu racjonalnej polityki zapobiegającej potencjalnym dewiacjom i asymetriom rozwojowym młodzieży” (2009, s. 58). Wyniki badań potwierdziły tendencję wyrażającą się w osiąganiu przez młodzież coraz większego wzrostu, ale także coraz częstsze występowania nadwagi, a nawet otyłości. Materiał pochodzący z ostatniego dwudziestolecia XX wieku – jak słusznie zauważa Ryszard Przewęda (2009) – ma tę znaczącą wartość, że pokazuje, jak zmieniała się kondycja fizyczna dziewcząt i chłopców w latach, kiedy w Polsce dokonywały się transformacje ekonomiczne i społeczne, a tym samym formowały się nowe warunki wzrastania i dojrzewania badanych. Ze względu na ograniczone ramy artykułu przytoczmy jedynie wybrane wnioski z tych badań. Są one następujące:

- Rozwój fizyczny dzieci i młodzieży szkolnej oceniany na podstawie wskaźników somatycznego wzrastania i osobniczego dojrzewania jest prawidłowy. Wyniki badań potwierdzają trendy wysokorosłości i przejawy przyspieszania dojrzewania płciowego przypadające na coraz młodsze osoby, co zdaniem autorów dowodzi istnienia rezerw rozwojowych oraz świadczy o zdrowiu pozytywnym młodych polskich generacji, o ich „biologicznej wartości”.
- Wcześniejsze dojrzewanie jest zjawiskiem pożądanym, dowodzi potencjalnych zdolności rozwojowych ujawniających się wraz z poprawą warunków życia uczniów.
- Badania ujawniają wyraźne zjawisko smuklenia sylwetki dziewcząt po okresie pokwitania, co prawdopodobnie jest wyrazem podyktowanych modą świadomych regulowań masy ciała (dla uzyskania u dziewcząt szczupłej sylwetki, u chłopców zaś – masy mięśniowej).
- W przeciwieństwie do pozytywnego wniosku o zadowalającym zdrowiu młodzieży (z pomiarów somatycznych i akceleracji dojrzewania) wydolność fizyczna i sprawność ruchowa badanych uczniów nie napawa optymizmem. Okazuje się, że wyższy poziom wydolności fizycznej występuje u uczniów

z terenów ekologicznie korzystnych, choć czynnik środowiskowy nie jest jedynym różnicującym wyniki badań. Na przykład, wyższy poziom wykształcenia rodziców korzystnie rzutuje na rozwój fizyczny i motoryczny badanych, z kolei uwzględnienie czynnika diety w rodzinie pokazuje, że jest on ujemnie skorelowany z procesami wzrastania i dojrzewania, ale dodatkowo koreluje z poziomem sprawności i wydolności fizycznej. Może to wskazywać, że potencjalnie najgorszy rozwój motoryczny prezentują jedynacy, którzy odznaczają się najlepszymi osiągnięciami we wzrastaniu i dojrzewaniu, za to im jest więcej dzieci w rodzinie, tym lepiej rozwijają się one pod względem ruchowym (Przewęda, 2009).

Kolejnymi wynikami badań godnymi uwagi z punktu widzenia podjętego zagadnienia są rezultaty mających kilkudziesięcioletnią tradycję międzynarodowych cyklicznych badań ankietowych nad zachowaniami zdrowotnymi i zdrowiem subiektywnym młodzieży szkolnej HBSC (ang. *Health Behaviour in School-aged Children*). Polska uczestniczy w nich od 1990 roku. „Dostarczają one danych o zdrowiu i stylu życia młodzieży w okresie dorastania w kontekście środowiska rodzinnego, rówieśniczego i szkolnego, które stanowią podstawę do porównań międzynarodowych oraz planowania programów promocji zdrowia młodzieży w poszczególnych krajach członkowskich sieci HBSC” – piszą Barbara Woynarowska i Joanna Mazur (2012, s. 7). Przywołane w tym miejscu polskie badania realizowano cyklicznie w latach 1990–2010. Pozwoliły one ustalić tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia uczniów we wspomnianym okresie. W badaniu uczestniczyła młodzież z całej Polski w wieku szkolnym, to jest 11-, 13- i 15-latkowie (średni wiek badanych wynosił odpowiednio 11,7, 13,7 i 15,7 lat). Z reguły próby w poszczególnych latach nie były mniejsze (jeśli tak, to nieznacznie) niż zalecane przez HBSC 1536 osób. W okresie od 1990 do 2010 roku, w odstępach czteroletnich, zbadano łącznie 30 684 uczniów z wymienionych trzech roczników. Narzędziem badań był międzynarodowy standardowy kwestionariusz HBSC. W tym miejscu zostaną przywołane przede

wszystkim wnioski dotyczące zdrowia fizycznego i zachowań zdrowotnych młodzieży jako zasadniczego elementu stylu życia stanowiącego istotną determinantę zdrowia i samopoczucia. Zachowania zdrowotne obejmują przekonania (ang. *beliefs*), oczekiwania i przewidywania (ang. *expectations*), motyw, myślenie i emocjonalne mechanizmy osobowości, a także wewnętrzne wzorce zachowań związane ze zdrowiem (jego utrzymaniem, ochroną itp.) (zob. Nowicki i in., 2018). Na podstawie analizy uzyskanych wyników sformułowano m.in. następujące wnioski:

- W grupie 11-latków zauważalne są tendencje pozytywne. W obszarze zachowań zdrowotnych odnotowano poprawę wskaźnika MVPA (ang. *moderate to vigorous physical activity*), to jest wskaźnika pozwalającego na diagnozowanie codziennej umiarkowanej (tzw. ogólnej) aktywności fizycznej, który umożliwia określenie, czy jej poziom odpowiada międzynarodowym zaleceniom (zob. Mazur, 2015); odnotowano też wyższy poziom aktywności fizycznej aniżeli w starszych grupach wiekowych w ostatnich latach realizacji badań, korzystniejsze nawyki żywieniowe oraz sporadyczne przypadki sięgania po substancje psychoaktywne. Do negatywnych tendencji wśród 11-latków należą w obszarze zachowań zdrowotnych: częstszy udział w bójkach (w porównaniu ze starszymi rocznikami), wzrostowy trend stosowania diet odchudzających (również wśród młodzieży o prawidłowej masie ciała), spędzanie coraz większej ilości czasu przy grach komputerowych. Z kolei w obszarze zdrowia zwraca uwagę częstsze niż w starszych grupach wiekowych odczuwanie bólu brzucha oraz wzrostowy trend dotyczący dolegliwości subiektywnych o podłożu somatycznym; z kolei w badaniach z ostatnich lat – gwałtowny wzrost częstości występowania nadwagi oraz liczniejsze przypadki urazów wymagających pomocy medycznej. Warto także nadmienić dużo korzystniejsze niż w starszych grupach wartości większości wskaźników zdrowia subiektywnego.
- W grupie 13-latków obserwuje się przyjmowanie wzorca zachowań typowych dla 15-latków, choć osiągnane wskaźniki

zdrowia i stylu życia niejednokrotnie są bliższe 11-latkom. Pozytywnym zjawiskiem jest spadek częstości kontaktu z przemocą. Do negatywnych tendencji występujących w tej grupie należą w obszarze zachowań zdrowotnych: nasilenie zachowań sedenteryjnych (częste przesiadywanie przed telewizorem, wzrostowy trend liczby godzin spędzanych przy komputerze), bardzo częste sięganie po słodkie napoje gazowane, niewystarczająca dbałość o higienę jamy ustnej, trend wzrostowy w zakresie palenia tytoniu (zwłaszcza wśród dziewcząt) i liczby osób często upijających się. W obszarze zdrowia fizycznego odnotowano coraz częstsze występowanie nawracających bólów głowy i innych dolegliwości o podłożu somatycznym oraz gwałtowny (choć nie tak duży jak w młodszej grupie) wzrost przypadków nadwagi.

- Wśród 15-latków dostrzega się pozytywne tendencje typowe dla tej grupy wiekowej. W obszarze zachowań zdrowotnych odnotowano dużo lepszą niż w młodszych grupach dbałość o higienę jamy ustnej i stała się poprawą w ostatnich latach realizacji badań; także częstsze stosowanie metod antykoncepcyjnych przez osoby aktywne seksualnie. W obszarze zdrowia występuje mniejsze niż wśród 11- i 13-latków zagrożenie nadwagą i otyłością. Do tendencji negatywnych należą w obszarze zachowań zdrowotnych: nasilenie zachowań sedenteryjnych (częste przesiadywanie przy komputerze), mniej korzystne zachowania żywieniowe, podejmowanie (zwłaszcza przez dziewczęta) prób nieuzasadnionego odchudzania, częstsze niż w młodszych grupach sięganie po substancje psychoaktywne. W obszarze zdrowia odnotowano mniej korzystny poziom większości wskaźników zdrowia subiektywnego oraz częstsze uleganie urazom wymagającym pomocy medycznej (Woynarowska i Mazur, 2012).

Do interesujących należą, będące kontynuacją poprzednich, badania HBSC 2014 zrealizowane w roku szkolnym 2013/2014. Nowością było w tym przypadku dodanie pytań pozwalających uzyskać szersze tło socjodemograficzne i analizę zmian krótkoterminowych,

a dotyczących m.in. motywacji do aktywności fizycznej, środowiska fizycznego sprzyjającego aktywności fizycznej, aktywności fizycznej w czasie drogi do szkoły lub ze szkoły, chorób przewlekłych, liczby wypalanych papierosów, motywów picia alkoholu, form przemocy rówieśniczej w szkole, wspólnego spędzania czasu z rodziną czy kontaktów z rodzicami za pośrednictwem nowoczesnych mediów. W badaniu wzięło udział 4545 uczniów z całej Polski, a średni wiek wynosił odpowiednio 11,6, 13,6 i 15,6 lat. Interpretacja uzyskanych wyników uwzględnia cztery zasadnicze grupy czynników: płeć, wiek, zmiany w latach 2010–2014 oraz pozostałe uwarunkowania społeczne.

W zakresie zachowań zdrowotnych widoczne są tendencje negatywne (palenie papierosów, upijanie się, inicjacja seksualna itp.). Chłopcy okazują się bardziej podatni na kontuzje, przejawiają zachowania agresywne, prowadzą siedzący tryb życia, notują wyższe wskaźniki otyłości, z kolei dziewczęta nie są zadowolone z własnego wyglądu, bez powodu stosują diety redukcyjne, unikają aktywności fizycznej i regularnych posiłków. Uwzględnwszy kryterium wieku, autorzy badania stwierdzają, że u obu płci analizowane wskaźniki mają tendencję bardziej negatywną ze względu na wiek. Jedynymi pozytywnymi symptomami w obrębie zdrowia, głównie u starszych dziewcząt, są: poprawa dbałości o higienę jamy ustnej oraz nieznaczny spadek liczby osób z nadwagą. Za autorami warto podkreślić, że dziewczęta nadal przejawiają niezadowolone z wyglądu i stosują diety. Natomiast u starszych chłopców pozytywnym wskaźnikiem w zakresie zachowań zdrowotnych jest rzadszy udział w bójkach.

Porównanie wyników badań z 2010 i 2014 roku nasuwa wniosek, że w całej próbie zmiany dotyczą głównie stanu zdrowia. Pozytywna zmiana w tym względzie zbiega się ze spadkiem tendencji do występowania nadwagi, młodzież rzadziej upija się, niestety częściej pali marihuanę. W obszarze związanym z urazami i przemocą dostrzega się częstsze urazy wymagające pomocy medycznej i większą liczbę osób dotkniętych przemocą ze strony rówieśników. W stosunku do poprzedniego badania pogorszeniu uległy aspekty życia rodzinnego i szkolnego. W latach 2010–2014 odnotowano u dziewcząt częstsze palenie papierosów. W zakresie pozostałych czynników społecznych

okazuje się, że rodzina (szczególnie pełna) stanowi silny indikator ochronny, z tym że u młodzieży z rodzin mniej zamożnych nasilają się zjawiska negatywne (w tym częstotliwość doznawania urazów wymagających pomocy medycznej). Zażywanie przez badanych konopi indyjskich i podejmowanie zachowań seksualnych występuje zarówno w rodzinach o niższym statusie ekonomicznym, jak i w rodzinach zamożnych. Na obszarach wiejskich nadal obserwuje się gorszą higienę jamy ustnej (Mazur, 2015).

Inne badanie nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC zrealizowano w Polsce w roku szkolnym 2017/2018. Łączna próba obejmowała 7767 uczniów w wieku 11–18 lat w czterech rocznikach szkolnych, w tym 1700 uczniów drugich klas szkół ponadpodstawowych. Badania dowodzą, że dziewczęta dokonują lepszych wyborów żywieniowych (poza słodyczami) i są mniej narażone na nadwagę, a także rzadziej wykazują zachowania związane z przemocą. Chłopcy lepiej oceniają własne zdrowie i zadowolenie z życia, wykazują lepszą aktywność fizyczną i mniejszą skłonność do korzystania z komputera (poza grami komputerowymi). Nie podejmują też nieuzasadnionych nadmiarem masy ciała prób odchudzania się. W większości przypadków analizowane wskaźniki zdrowia i zachowań związanych ze zdrowiem pogarszały się w wraz kolejnymi grupami wiekowymi (Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018).

Dziewiąta runda badań HBSC z udziałem około 6500 uczniów z całej Polski w wieku 11, 13, 15 i 17 lat miała miejsce w drugiej połowie roku szkolnego 2021/2022 (zob. Rakić i in., 2024). U polskiej młodzieży notuje się najwyższe wskaźniki (częstotliwość) samotności w porównaniu do młodych ludzi z 44 pozostałych badanych krajów. Badanie miało miejsce podczas trwającej pandemii COVID-19, która według autorek rzutowała na uzyskane wyniki, choć nie była jedynym indykatorem (mowa tu o silnym wsparciu społecznym – czynnikiem chroniącym, jak też o nadmiernym korzystaniu z mediów społecznościowych – uznany za czynnik ryzyka). Dziewczęta częściej doświadczały samotności aniżeli chłopcy, co ujawniało się wyraźnie na poziomie szkoły średniej. Sytuacja ta negatywnie przekładała się między innymi na zdrowie fizyczne badanych (Kleszczewska i in., 2024).

Według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia, młodzi ludzie w celu zachowania dobrego zdrowia (w tym kondycji fizycznej) powinni podejmować średnią i intensywną aktywność fizyczną w wymiarze 60 minut dziennie, z kolei ćwiczenia aerobowe oraz wzmacniające mięśnie i kości – co najmniej trzy dni w tygodniu. WHO rekomenduje również ograniczenie czasu spędzanego w pozycji siedzącej (WHO, 2024; por. Dudkowski-Sadowska, 2021). Wyniki badań dowodzą jednak, że zaleceń tych nie spełnia większość młodzieży na świecie (Guthold i in., 2010).

Spośród wielu raportów z badań na temat zdrowia fizycznego młodego pokolenia przytoczenia wymaga projekt *Aktywny powrót do szkoły* pod redakcją Bartosza Molika (2022). Celem projektu była poprawa kondycji fizycznej dzieci i młodzieży w związku z pandemią COVID-19. We wprowadzeniu do raportu redaktor napisał: „Prowadzone przez 70 lat w Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie ogólnopolskie populacyjne badania rozwoju fizycznego i sprawności fizycznej dzieci i młodzieży zaowocowały wyjątkowym w skali światowej materiałem badawczym, co było impulsem do utworzenia Narodowego Centrum Badania Kondycji Fizycznej (NCBKF). [...] Od kilkunastu lat odnotowywany jest systematyczny spadek poziomu sprawności fizycznej dzieci i młodzieży” (2022, s. 7). Molik zauważa, że jednym z najbardziej widocznych symptomów pogarszającego się stanu kondycji fizycznej młodych Polaków jest największy na tle Europy wzrost liczby osób z otyłością i nadwagą. Dodaje, że główną tego przyczyną jest brak regularnej aktywności fizycznej, a konsekwencją – coraz częstsze diagnozowanie wad postawy. Przy czym przytacza wnioski z badań zrealizowanych w 2020 roku w województwie podlaskim, lubelskim i podkarpackim, które dowiodły, że aż 74 proc. dzieci i młodzieży odczuwa bóle kręgosłupa, co ma związek z coraz mniejszą liczbą młodych ludzi podejmujących aktywność fizyczną. „Niestety, jeszcze przed okresem pandemii COVID-19 do rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczących podejmowania regularnej aktywności fizycznej nie stosowało się około 80 proc. populacji polskich dzieci i młodzieży” – pisze Molik (2022, s. 7).

Współautorka wspomnianego raportu Agnieszka Maciejewska-Skrendo (2022) podkreśla, że w czasie pandemii życie dzieci i młodzieży, w związku z *lockdownem*, toczyło się ze znacznym niedoborem lub zupełnym brakiem aktywności fizycznej. Wyniki badań dowodzą, że mogło to prowadzić do poważnych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu i obniżać jakość życia. Autorka w odwołaniu do dostępnych wyników badań sygnalizuje, że wśród młodych ludzi dramatycznie wzrosła ilość czasu spędzanego przed monitorem, zwiększyła się długość snu, ale obniżyła się jego jakość, co spowodowało zaburzenie wskaźników fizjologicznych i biochemicznych organizmu. Stan ten skutkował np. wzrostem masy ciała, wadami postawy, zaburzeniami widzenia i objawami psychosomatycznymi. Do czynników jednostkowo obciążających kondycję fizyczną dzieci i młodzieży należały między innymi: wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19, czyli *paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2* (PIMS-TS) lub *multisystem inflammatory syndrome in children* (MIS-C), którego objawy przypominają chorobę Kawasaki; zespół zaburzeń po intensywnej terapii (*post-intensive care syndrome*, PICS), szczególnie u osób intubowanych; traumatyczne objawy związane z leczeniem na oddziale intensywnej terapii (*intensive care unit-related trauma*); zespół pocovidowy (*long COVID*); zmiany neurodegeneracyjne (*neuroCOVID*) (Daszykowska-Tobiasz, 2022). Na świecie aż 1,6 miliarda dzieci i młodzieży doświadczyło negatywnych zdrowotnych skutków pandemii (zob. Ravens-Sieberer i in., 2021). Przytoczone wyniki badań nie stanowią pełnego odzwierciedlenia, a jedynie rzucają światło na zdrowie i kondycję fizyczną młodzieży, która w ostatnich latach została szczególnie nadwyrężona przez pandemię koronawirusa.

Rozważając kwestię zdrowia młodego pokolenia, warto podjąć ją w kontekście jakości życia, gdyż zdrowie (w tym kondycja fizyczna) traktowane jest jako jeden z jej ważniejszych czynników (Daszykowska, 2006). Ewa Wysocka definiuje jakość życia dzieci i młodzieży jako „wypadkową dwóch czynników: specyfiki rozwojowej, właściwej tym okresom rozwoju, co zwykle analizuje się w perspektywie psychologicznej, oraz specyfiki świata, w którym dzieci i młodzież żyją

i rozwijają się; cechy owej specyfiki świata determinuje zmienność cywilizacyjna i transformacyjna, co analizuje się zwykle w perspektywie socjologicznej i pedagogicznej. Jednak oczywistością jest, że obie kategorie czynników wzajemnie się wzmacniają, łącznie wyznaczając jakość życia doświadczanego przez młode pokolenie” (2014, s. 25). W medycynie powstały teoretyczne modele jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (ang. *Health related quality of life*, HRQOL), a ich autorzy (zob. Schipper i in., 1996; por. Daszykowska, 2006) wśród wielu jej uwarunkowań wymieniają funkcje biologiczne organizmu, stan fizyczny i sprawność ruchową (także ogólną energię życiową) (zob. Daszykowska-Tobiasz, 2022; por. Levine, 1995). Jakość życia młodych ludzi determinowana jest przede wszystkim więziami społecznymi, poczuciem własnej wartości, poczuciem bezpieczeństwa i wsparciem ze strony dorosłych oraz wpływem najbliższego otoczenia (Ogińska-Bulik, 2015). W tych czynnikach warto upatrywać możliwości wspierania i ochrony całościowo i wielopłaszczyznowo postrzeganego zdrowia młodej generacji.

Wyzwania zdrowotne i rekomendacje

Ukazywanie młodemu człowiekowi wartości zdrowia i wdrażanie go do dbałości o jego jakość wymaga podejmowania określonych działań wychowawczych już od najmłodszych lat życia dziecka i utrwalania w młodości. Obserwowane współcześnie trendy wysokorosłości i przyspieszone dojrzewanie płciowe u coraz młodszych jednostek dowodzą ich potencjalnych zdolności rozwojowych, które mają miejsce w związku z poprawą warunków życia. Optylizmem nie napawa jednak stan wydolności fizycznej, sprawności ruchowej, samoocena i dobrostan młodych ludzi. Występowanie tzw. rezerw biologicznych (co można określić mianem bilansu pozytywnego zdrowia) nie jest jedynym warunkiem dobrego zdrowia. W tym aspekcie już od najmłodszych lat życia młodego człowieka znacząca jest jego aktywność życiowa (w tym ruchowa) będąca wyznacznikiem stopnia przystosowania do otaczającego świata, kształtowanie cech osobowościowych

(w tym wartości, postaw, motywacji, aspiracji, poglądów, m.in. określonej filozofii życia) oraz funkcjonowanie społeczne (głównie jakość relacji interpersonalnych w rodzinie i szkole).

W oparciu o dokonaną powyżej analizę kondycji fizycznej młodzieży jako jednego z kryteriów holistycznie definiowanego zdrowia (w oparciu o przywołane założenia teoretyczne i wybrane wyniki badań) przedstawić należy następujące wyzwania i rekomendacje:

1. Ludzkie zdrowie (w tym kondycja fizyczna) ma dynamiczny charakter, stąd wymaga ono rozpatrywania w kategoriach procesu oraz monitorowania w obrębie wszystkich jego obszarów i czynników.
2. Znajomość mechanizmów i przemian rozwoju ontogenetycznego młodego człowieka stanowi warunek podejmowania przez niego konstruktywnych działań w obrębie własnego zdrowia, a w przypadku rodziców, nauczycieli i wychowawców jest ona podstawą skutecznej realizacji wychowania zdrowotnego i profilaktyki.
3. Doświadczenia z dzieciństwa rzutują na stosunek do zdrowia w dalszym życiu (zob. Tyszkowa, 1988; Liberska, 2017), stąd włączanie dzieci od najmłodszych lat do aktywności fizycznej w ramach zajęć przedszkolnych, szkolnych i w czasie wolnym oraz kształtowanie zachowań i postaw prozdrowotnych stwarza płaszczyznę do ich świadomego przejawiania na dalszych etapach życia.
4. Kształtowanie prawidłowego stosunku młodych ludzi do zdrowia (w tym troski o kondycję fizyczną) wymaga traktowania go holistycznie. Do czynników ochronnych zdrowia (zob. Black i Lobo, 2008, s. 33–55) należą m.in.: kształtowanie pozytywnego nastawienia do życia, rozwijanie duchowości i elastyczności (dopasowania do zmiennych warunków życia) oraz poczucia własnej wartości, rozwijanie otwartości i komunikacji z innymi, podtrzymywanie bliskich relacji (z członkami rodziny, przyjaciółmi, znajomymi), pielęgnowanie rodzinnych rytuałów i celebrowanie wspólnych chwil, faktyczne zainteresowanie sprawami (sukcesami

i problemami) młodego człowieka, dbanie o dobrą atmosferę w szkole, zapewnienie kontaktów z innymi ludźmi (spędzanie z nimi aktywnie czasu wolnego), wreszcie troska o środowisko (rozwijanie postaw proekologicznych).

5. Ukazywanie młodemu człowiekowi wagi zdrowego stylu życia (w tym aktywności fizycznej jako istotnego czynnika chroniącego zdrowie oraz doskonałego remedium na problemy takie jak: wady postawy, niski poziom wydolności i sprawności fizycznej, nadwaga, otyłość, złe samopoczucie czy niska samoocena) stanowi zasadnicze zadanie w ramach troski o zdrowie jednostkowe, a także o przyszłość młodego pokolenia.

Literatura

- Black, K., i Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 33–55.
- Borucka, A., i Ostaszewski, K. (2008). Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 12(2, cz. 1), 587–597.
- Borucka, A., i Pisarska, A. (bdw). *Koncepcja resilience – czyli jak można pomóc dzieciom i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka*. Ośrodek Rozwoju Edukacji. Pobrano 15 maja 2024 z <https://www.ore.edu.pl/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=6132>.
- Cipora, E., i Smoleń, A.E. (2015). Opinia mieszkańców powiatu sanockiego na temat determinantów zdrowia. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 5(2), 181–187.
- Daszykowska, J. (2006). Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 4(2), 122–127.
- Daszykowska-Tobiasz, J. (2022). *Spółeczeństwo w dobie pandemii COVID-19 – ujęcie interdyscyplinarne*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Dudek, M. (2009). *Nieprzystosowanie społeczne dzieci z ADHD*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

- Dudek, M. (2017). How parents of autistic children deal with stress. *Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy*, 19, 127–145.
- Dudkowski-Sadowska, A. (2021). Aktywność fizyczna i zdrowie polskiej młodzieży jako wartości. *Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II*, 64(4), 33–46.
- Dzielska, A., i Kowalewska, A. (2014). Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu. *Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu*, 2(38), 139–168.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: the search for protective factors. W: J. Stevenson (red.), *Recent research in developmental psychopathology* (s. 213–234). Oxford: Pergamon Press.
- Guthold, R., Cowan, M.J., Autenrieth, C.S., Kann, L., i Riley, L.M. (2010). Physical activity and sedentary behavior among schoolchildren: a 34-country comparison. *The Journal of Pediatrics*, 157(1), 43–49.
- Jarczyńska, J. (2009). *Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania a wybrane czynniki w środowisku rodzinnym*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
- Jessor, R., Turbin, M.S., i Costa, F.M. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 788–800.
- Juczyński, Z. (1999). Szlachetne zdrowie, niech każdy się dowie... *Wychoowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 3, 95–97.
- Juczyński, Z. (2009). Pomnażanie i wzbogacanie zasobów własnego zdrowia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14(1), 17–32.
- Kasperczyk, T. (2018). Pola zdrowotne Lalonde'a – mity czy rzeczywistość. *Promocja Zdrowia i Ekologia*, 1(2), 16–20.
- Kleszczewska, D., Mazur, J., Dzielska, A., i Małkowska-Szcutnik, A. (2024). Adolescent loneliness in the COVID-19 era. The perspective of health behavior in a study on school-aged children in Poland. *Family Medicine & Primary Care Review*, 26(2), 193–200.
- Levine, S. (1995). The meanings of health, illness and quality of life. W: I. Guggenmoos-Holtzmann, K. Bloomfield i U. Flick (red.), *Quality of life and health: concepts, methods and applications* (s. 7–14). Berlin: Blackwell Wissenschafts-Verlag.
- Liberska, H. (2017). Koncepcja strukturacji i restrukturacji doświadczenia Tyszkowej. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka: podręcznik akademicki* (s. 113–115). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Maciejewska-Skrendo, A. (2022). Aspekty zdrowotne – wpływ pandemii Covid-19 na zdrowie dzieci i młodzieży. W: B. Molik (red.), *Aktywny powrót do szkoły: raport merytoryczny projektu za rok 2021: wfz AWF* (s. 11–21). Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego.
- Madej-Babula, M., i Noszczyk, G. (2009). Zdrowie i jego postrzeganie jako znaczący wymiar ludzkiej duchowości. W: M. Madej-Babula i Z. Marek (red.), *Edukacyjne przestrzenie zdrowia* (s. 179–194). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Maszczyk, T. (2005). Zdrowie jako wartość uniwersalna. *Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu*, 54, 73–81.
- Mazur, J. (red.). (2011). *Společne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej. Raport z badań HBSC 2010*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mazur, J. (red.). (2015). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mazur, J., i Małkowska-Szkutnik, A. (red.). (2011). *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mazur, J., i Małkowska-Szkutnik, A. (red.). (2018). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mazur, J., Tabak, I., Małkowska-Szkutnik, A., Ostaszewski, K., Kołoto, H., Dzielska, A., i Kowalewska, A. (2008). *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC 2006*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Molik, B. (2022). Wprowadzenie. W: B. Molik (red.), *Aktywny powrót do szkoły: raport merytoryczny projektu za rok 2021: wfz AWF* (s. 7–11). Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego.
- Molik, B. (red.). (2022). *Aktywny powrót do szkoły: raport merytoryczny projektu za rok 2021: wfz AWF*. Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego.
- Mydlarski, J. (1934/1935). Sprawność fizyczna młodzieży w Polsce. *Przeгляд Fizjologii Ruchu*, 4, 403–486.
- Nowicki, G.J., Ślusarska, B., Zboina, B., Kocka, K., Bartoszek, A., i Wiśniewska, A. (2018). Zakres rozumienia pojęcia „zachowania zdrowotne” oraz uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka. *Acta*

- Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A. Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne*, 1(11), 372–387.
- Ogińska-Bulik, N. (2015). Wsparcie społeczne a poczucie jakości życia nastolatków – wychowanków domów dziecka. *Pedagogika Rodziny*, 5(4), 123–136.
- Opolski, J. (2011). Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia. W: J. Opolski (red.), *Zdrowie publiczne: wybrane zagadnienia* (t. 1, s. 9–29). Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
- Osiński, W. (1988). *Wielokierunkowe związki zdolności motorycznych i parametrów morfologicznych: badania dzieci i młodzieży wielkomiejskiej z uwzględnieniem poziomu stratyfikacji społecznej*. Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego.
- Ostaszewski, K. (2008). Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży. W: J. Mazur, I. Tabak, A. Małkowska-Szkutnik, K. Ostaszewski, H. Kołoto, A. Dzielska i A. Kowalewska (red.), *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC 2006* (s. 19–46). Warszawa: Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka.
- Ostaszewski, K. (2014). *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów „resilience”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ostaszewski, K., Bobrowski, K., Borucka, A., Okulicz-Kozaryn, K., Pisarska, A., Raduj, J., i Biechowska, D. (2013). *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Pilicz, S., Przewęda, R., Dobosz, J., i Nowacka, S. (2002). *Punktacja sprawności fizycznej młodzieży polskiej wg Międzynarodowego Testu Sprawności Fizycznej. Kryteria pomiaru wydolności organizmu testem Coopera*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego.
- Ponczek, D., i Olszowy, I. (2012). Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(2), 260–268.
- Przewęda, R. (1991). O społecznych uwarunkowaniach sprawności fizycznej. *Wychowanie Fizyczne i Sport*, 4, 3–14.
- Przewęda, R. (2002). Jak się zmienia kondycja fizyczna polskiej młodzieży? *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 6–7, 4–6.

- Przewęda, R. (2009). Zmiany kondycji fizycznej polskiej młodzieży w ciągu ostatnich dekad. *Studia Ecologiae et Bioethicae*, 7(1), 57–71.
- Przewęda, R., i Dobosz, J. (2003). *Kondycja fizyczna polskiej młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego.
- Przewęda, R., i Trzeźniowski R. (1996). *Sprawność fizyczna polskiej młodzieży w świetle badań z roku 1989*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego.
- Rakić, J.G., Hamrik, Z., Dzielska, A., Felder-Puig, R., Oja, L., Bakalár, P., Nardone, P., Ciardullo, S., Abdrakhmanova, S., Adayeva, A., Kelly, C., Fismen, A.S., Wilson, M., Brown, J., Inchley J., i Ng, K. (2024). *A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., i Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 879–889.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12.
- Schipper, H., Clinch, J.J., i Olweny, C. (1996). Quality of life studies: definitions and conceptual issues. W: B. Spilker (red.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (s. 11–24). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Sęk, H. (1993). Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 55(2), 110–117.
- Słopiecka A. (2012). Współczesna koncepcja zdrowia i jej determinanty. *Studia Medyczne*, 25(1), 85–88.
- Starzyńska-Kościszko, E. (2018). Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia. Zdrowie jako wartość. *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, 16, 319–326.
- Szwejka, Ł., Więckiewicz, B., i Nowakowski, P.T. (2021). *Między wspólnotą a wyobcowaniem. Człowiek w kontekście współczesnych przeobrażeń społeczeństwa i rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Trzeźniowski, R. (1963). *Miernik sprawności fizycznej uczniów i uczennic w wieku 7–19 lat*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.

- Trześniowski, R. (1990). *Rozwój fizyczny i sprawność fizyczna młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego.
- Tyszkowa, M. (1988). Rozwój psychiczny jednostki jako proces strukturyzacji i restrukturyzacji doświadczeń. W: M. Tyszkowa (red.), *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia* (s. 44–79). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Werner, E.E. (2000). Protective factors and individual resilience. W: J.P. Shonkoff i S.J. Meisels (red.), *Handbook of early childhood intervention* (s. 115–132). Cambridge: Cambridge University Press.
- World Health Organization. (2024). *Physical activity*. Pobrano z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
- Woynarowska, B. (2007). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woynarowska, B., i Mazur, J. (red.). (2012). *Wyniki badań HBSC 2010. Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego.
- Woynarowska, B., i Oblacińska, A. (2014). Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. *Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu*, 2(38), 41–64.
- Wysocka, E. (2014). Jakość życia jako kategoria pedagogiczna – doświadczanie życia przez młode pokolenie w perspektywie teoretycznej. *Chowanna*, 1(42), 21–43.
- Zabolotna, O., Skalski, D., Formela, M., Kowalski, D., Nesterchuk, N., i Grygus, I. (2019). Rodzina a kultura fizyczna. Socjologiczne aspekty rodziny w kontekście edukacji zdrowotnej. *Rehabilitacjni ta fizykulturno-rekreacijni aspekty rozvytku liudyny. Rehabilitation & Recreation*, 4, 37–48.
- Zięba, M., i Cisoń-Apanasewicz, U. (2017). Jakość życia w naukach medycznych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2(3), 57–62.

O AUTORCE:

dr hab. Jadwiga Daszykowska-Tobiasz, prof. UR – pedagog,
 Uniwersytet Rzeszowski, ORCID 0000-0001-6182-1855,
 KONTAKT: jdaszykowska@ur.edu.pl

Zachowania ryzykowne a zdrowie

ABSTRAKT

- Podejmowanie zachowań ryzykownych przypisuje się zazwyczaj młodzieży będącej w okresie adolescencji. Negatywne konsekwencje tych zachowań odbijają się zarówno na jednostce, jak i na jej otoczeniu
- Przeciwnieństwo zachowań ryzykownych to zachowania konwencjonalne, które nastawione są na podtrzymywanie tradycyjnych norm i wartości
- Negatywne konsekwencje zachowań ryzykownych mają w przypadku młodzieży poważniejszy charakter i następują szybciej niż u osób dorosłych z powodu niezakończonego jeszcze rozwoju biologicznego, emocjonalnego, intelektualnego i społecznego.

SŁOWA KLUCZOWE: zachowania ryzykowne, zachowania problemowe, profilaktyka, czynniki ryzyka, czynniki chroniące.

Wprowadzenie

Pojęcie zachowania stanowi podstawową kategorię w naukach socjologicznych. Według Piotra Sztompki, zachowanie to forma fizycznej aktywności, którą możemy zaobserwować z zewnątrz. Zachowanie staje się społeczne lub grupowe, gdy nakierowane jest na innych lub wykonywane jest wspólnie z innymi. W języku potocznym mówimy

o ludzkiej aktywności, wskazując na coś więcej niż wyłącznie czynności fizyczne. Mówimy, że ktoś pracuje, modli się, kłania się, uczy się, walczy, ucieka, maluje czy odpoczywa. Te słowa opisują już nie same zachowania fizyczne, ale zachowania z pewnym naddatkiem. Ten naddatek to sens tego, co robimy. Zachowanie wyposażone w znaczenie określa się w socjologii działaniem (Sztompka, 2009).

W stosunkach społecznych istnieje gama rozmaitych zachowań, które stanowią przedmiot zainteresowania nie tylko socjologów, lecz także, szerzej, badaczy z obszaru nauk społecznych. Jedną z kategorii zachowań, która budzi niepokój, wstrząsa podstawami ładu społecznego i narusza normy społeczne są zachowania ryzykowne. Pierwotnie były one określane również jako zachowania problemowe.

Ten typ zachowań przypisuje się zazwyczaj młodzieży będącej w okresie adolescencji. Negatywne konsekwencje tych zachowań odbijają się zarówno na jednostce, jak i na jej otoczeniu. Chodzi m.in. o palenie papierosów, w tym elektronicznych, picie alkoholu wraz z upijaniem się, zażywanie narkotyków, dopalaczy, leków i innych substancji psychoaktywnych, eksperymentowanie z dietami, wagary, ucieczki z domu, wandalizm, zachowania agresywne, cyberprzemoc, przestępstwa różnego kalibru, samookaleczanie się oraz próby samobójcze. Wachlarz zachowań ryzykownych pozostaje szeroki i otwarty, ponadto jest uzupełniany o wciąż nowe ich rodzaje, których konsekwencje jednostkowe i społeczne są tak samo zgubne jak tradycyjnych zachowań ryzykownych. Dodajmy, że z badań epidemiologicznych wynika, że od lat wzrasta liczba młodych ludzi podejmujących różne zachowania ryzykowne (Szymańska i Zamecka, 2002).

W niniejszym rozdziale skupiono się na eksplikacji terminu „zachowania ryzykowne”, omówieniu rodzajów tych zachowań oraz ich przyczyn, przedstawiono również wyniki badań międzynarodowych (*Health Behaviour in School-aged Children* z lat 2014 i 2018, PISA z 2022 roku) i odniesiono się do zagadnień profilaktycznych. Rozważania te wpisują się w szeroki obszar analiz na temat zachowań ryzykownych młodzieży, której sposób aktywności w świecie bywa dynamiczny, zmienny i nieprzewidywalny.

Ustalenia terminologiczne

Jak tłumaczy Anna Dzielska (2017), zachowania ryzykowne podejmowane przez dzieci i młodzież zagrażają ich zdrowiu fizycznemu i psychicznemu oraz są niezgodne z normami społecznymi. Ich przeciwieństwo to zachowania konwencjonalne, które nastawione są na podtrzymywanie tradycyjnych norm i wartości. Do tej grupy zalicza się zachowania prospołeczne, takie jak zaangażowanie w działalność rodziny i szkoły, przynależność do klubów sportowych, harcerstwa, grup religijnych czy samorządów szkolnych.

W literaturze przedmiotu, obok terminu „zachowania ryzykowne”, występuje także pojęcie „zachowania problemowe”. Oba są stosowane zamiennie i traktowane jako synonimy (Szymańska i Zamecka, 2002, s. 26). Spotkać się można również z określeniem „ryzykowne zachowania problemowe”, które łączy w sobie oba wcześniejsze (Kwiatkowska, 2019, s. 197). Małgorzata Przybysz-Zaremba zauważa, że na gruncie nauk społecznych występują różne terminy pokrewne, niejednokrotnie zamiennie używane przez badaczy w rozważaniach nad ryzykownymi zachowaniami zarówno młodego pokolenia, jak i dorosłych. W literaturze można się natknąć na takie określenia jak: „zachowania problemowe”, „zaburzenia zachowania”, „zachowania dewiacyjne”, „niedostosowanie społeczne”, „wykolejenie społeczne”, „patologia zachowania”, „trudności wychowawcze” czy „zaniedbanie moralne”. Wielorakość stosowanych określeń wywołuje swoisty chaos pojęciowy, który utrudnia sformułowanie jednolitej definicji odnoszącej się do zachowań ryzykownych (Przybysz-Zaremba, 2014, s. 37–38).

Przez wiele lat poszczególne zachowania ryzykowne traktowano odrębnie. Specjaliści wychodzili z założenia, że każde z nich ma swój specyficzny rys i zestaw przyczyn. Następstwem takiego myślenia była wąska specjalizacja, która polegała na tym, że badacze czy profilaktycy koncentrowali się wyłącznie na wybranym zachowaniu problemowym, np. nadużywaniu jakiejś substancji psychoaktywnej lub na agresji (Szymańska i Zamecka, 2002).

Tymczasem liczne badania potwierdzają tezę, że zachowania ryzykowne na ogół współwystępują ze sobą. Doskonałym przykładem jest

zjawisko politoksykomanii, o którym wspomina Mariusz Jędrzejko (por. Jędrzejko i Jabłoński, 2012). Bywa że jedno zachowanie pociąga za sobą pozostałe. Na przykład picie alkoholu czy odurzanie się narkotykami współwystępuje z zachowaniami agresywnymi, przestępczymi i wczesną aktywnością seksualną. Zachowania problemowe mogą też nawzajem się zastępować: jeśli któreś z nich jest niemożliwe do zrealizowania, młody człowiek wybiera zachowanie alternatywne. Twierdzi się nawet, że zachowania ryzykowne chodzą parami, co oznacza, że inicjacja w zakresie jednego zachowania niepożądanego zwiększa prawdopodobieństwo eksperymentowania z innymi zachowaniami tego typu (Szymańska i Zamecka, 2002; Dudek, 2015).

Rodzaje zachowań ryzykownych

Do najpoważniejszych zachowań ryzykownych należy zaliczyć: palenie tytoniu, używanie i nadużywanie alkoholu oraz innych środków psychoaktywnych: narkotyków (Jędrzejko 2013), dopalaczy (Rewera, 2014; 2016), leków (Łuka, 2011), jak również przedwczesną aktywność seksualną (Jankowiak i Gulczyńska, 2014), zachowania agresywne i przestępcze (Urban, 1997). Listę tę można jeszcze uzupełnić o porzucanie nauki szkolnej, ucieczki z domu, stosowanie ryzykownych diet mogących prowadzić do poważnych powikłań zdrowotnych w postaci anoreksji czy bulimii (Starzomska, 2006; Wycisk i Ziółkowska, 2010; Józefik, 1999; 2006). Uważa się, że negatywne konsekwencje zachowań ryzykownych mają w przypadku młodzieży poważniejszy charakter i następują szybciej niż u osób dorosłych z powodu niezakończonego jeszcze rozwoju biologicznego, emocjonalnego, intelektualnego i społecznego (Szymańska i Zamecka, 2002).

Obserwacja życia młodzieży szkolnej oraz prowadzone badania dowodzą, że niektóre zachowania problemowe są typowe dla wieku dorastania. Część z nich występuje pojedynczo, inne zaś – w wyniku interakcji szeregu czynników – stanowią zespół zachowań ryzykownych. Cechą reprezentatywną wspomnianego zespołu jest to, że jedno niepożądane zachowanie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia

innych zachowań tego typu, np. wagary czy ucieczki ze szkoły mogą sprzyjać picciu alkoholu, zażywaniu narkotyków, zachowaniom agresywnym i *vice versa* – spożywanie alkoholu lub zażywanie narkotyków prowadzi do problemów w nauce i wagarów. Takie błędne koło destrukcyjnych zachowań prowadzi do zagrożenia niedostosowaniem społecznym, a w skrajnych przypadkach – do wykolejenia społecznego (Przybysz-Zaremba, 2014, s. 39-40).

Przyczyny zachowań ryzykownych

Dlaczego młodzi ludzie w ogóle podejmują zachowania ryzykowne? Autorzy zajmujący się tą problematyką stworzyli wiele koncepcji wywodzących się z różnych źródeł. W teorii Edwarda O. Wilsona (1988), zachowania ryzykowne kształtują się pod wpływem kultury i nie podlegają dziedziczeniu. Elliot Aronson (2000) wskazuje, że są one skutkiem napięcia emocjonalnego wywołanego doświadczanymi sytuacjami frustracyjnymi. Zdaniem Alberta Bandury i Richarda H. Waltersa, są one modelowane w wyniku obserwowania działań podejmowanych przez osoby pełniące rolę „modela” oraz skutków tych działań. Istotne w tej teorii jest to, że jednostka podlegająca procesowi modelowania nabywa określone zachowania (umiejętności) z własnej woli, kierując się najczęściej atrakcyjnością „modela” (Bandura, 2007). Wydaje się, że najbardziej kompleksowo ujmuje interesujące nas zagadnienie teoria zachowań problemowych, którą opracowali Richard i Shirley Jessor (Przybysz-Zaremba, 2014, s. 38), a która jest pokłosiem wieloletnich badań.

W świetle tej teorii, zachowania problemowe mają znaczenie rozwojowe. Pełnią one podobną funkcję w życiu jednostki, mogą przynosić podobne korzyści i służyć podobnym celom. Najprościej mówiąc, zachowania problemowe stanowią nieprawidłowy sposób przystosowania się do życia społecznego, którego młody człowiek nie może lub nie potrafi zrealizować inaczej.

Szeroko rozumiane zachowania problemowe umożliwiają młodziem:

- 1) zaspokojenie najważniejszych potrzeb psychicznych (np. miłości, akceptacji, uznania, bezpieczeństwa, przynależności);
- 2) realizację ważnych celów rozwojowych (np. określenie własnej tożsamości, uzyskanie niezależności od dorosłych);
- 3) poradzenie sobie z przeżywanymi trudnościami życiowymi – w tym przypadku zachowania ryzykowne redukują lęk i frustrację, np. jeśli młody człowiek nie czuje się kochany w domu, uważa, że jest mało atrakcyjny i niczym się nie wyróżnia wśród rówieśników, może usiłować poprawić swoją pozycję i akceptację w grupie, pijąc alkohol czy sięgając po narkotyki (Szymańska i Zamecka, 2002).

Jessorowie są autorami interakcyjnego modelu funkcjonowania człowieka (Porzak, 2016), zgodnie z którym zachowanie danej osoby jest wypadkową oddziaływania kilku grup czynników. Są one umiejscowione w samej jednostce i w jej otoczeniu społecznym. Do czynników zewnętrznych badacze zaliczają: strukturę rodziny, wykształcenie, zawód, wyznanie, system przekonań i religijność rodziców, klimat domowy (kontrola i wymagania), wpływ rówieśników i mediów. Na czynniki wewnętrzne składają się: system osobowości dziecka, główne motywy, osobiste przekonania (w tym krytycyzm, samoocena, poczucie kontroli), samokontrola (np. religijność, tolerancja na dewiacje) oraz sposób postrzegania otoczenia. W tym ostatnim przypadku ważne jest, jak dziecko postrzega swą rodzinę i rówieśników (jak odczuwa wsparcie i kontrolę z ich strony, jak ocenia ich aprobatę dla zachowań dewiacyjnych oraz jak spostrzega wzorce rówieśnicze) (Szymańska i Zamecka, 2002).

Interakcja różnych kombinacji czynników wewnętrznych i zewnętrznych decyduje o tym, czy dziecko będzie się zachowywało zgodnie z normami i oczekiwaniami społecznymi, czy też przeciwnie – ujawni zachowania problemowe. Niektóre cechy jednostki i jej otoczenia sprzyjają występowaniu zachowań ryzykownych, inne natomiast je hamują. Czynniki ryzyka można zdefiniować jako cechy, sytuacje, warunki, które sprzyjają pojawianiu się zachowań ryzykownych. Z kolei czynniki chroniące to cechy, sytuacje, warunki zwiększające

odporność na wpływ czynników ryzyka. Zaobserwowano, że efekty oddziaływania czynników ryzyka kumulują się. Ponadto, prawdopodobieństwo pojawienia się zachowań ryzykownych jest tym większe, im więcej występuje czynników ryzyka, im bardziej są one szkodliwe i im dłużej trwa ich działanie. Celem interwencji profilaktycznych jest oddziaływanie zarówno na czynniki ryzyka, jak i na czynniki chroniące (Szymańska i Zamecka, 2002).

Zachowania ryzykowne w świetle badań międzynarodowych

Zachowania ryzykowne stanowiły przedmiot wielu dociekań. Warto w tym miejscu przywołać rezultaty badań *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) oraz PISA.

Badania HBSC ze swą unikalną metodologią stanowią cenne źródło wiedzy na temat zachowań nie tylko zdrowotnych, ale również ryzykownych młodego pokolenia, ich uwarunkowań psychologicznych i socjodemograficznych. Badania te obejmują ponad 40 państw na całym świecie. Polska uczestniczy w nich od 1989 roku, a Instytut Matki i Dziecka jest koordynatorem oraz w znacznej mierze fundatorem tego przedsięwzięcia w naszym kraju. Są to badania ankietowe uczniów prowadzone na terenie szkół. Dzięki współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia, ich wyniki są szeroko rozpowszechniane i przekazywane rządowi, twórcom polityki zdrowotnej i edukacyjnej, a także instytucjom naukowym i organizacjom samorządowym. W roku szkolnym 2013/2014 badaniem objęto 4 545 uczniów w Polsce (Mazur, 2014a). Pozyskany materiał wskazuje na najczęstsze zachowania ryzykowne wśród młodych Polaków:

- palenie tytoniu (Kowalewska, 2014),
- picie alkoholu, upijanie się (Dzielska, 2014),
- używanie marihuany i haszyszu (Woynarowska, 2014b),
- przedwczesna aktywność seksualna (Woynarowska, 2014c),
- udział w bójkach (Woynarowska, 2014a),
- przemoc w szkole (Małkowska-Szcutnik, 2014),

- cyberprzemoc (Malinowska-Cieslik, 2014).

Rezultaty badań HBSC to swoista fotografia polskiego nastolatka. Ich zaletą jest wielokierunkowa analiza z uwzględnieniem nie tylko zmiennych wieku i płci, jak również miejsca zamieszkania oraz struktury i zamożności rodziny. Uzyskane wyniki potwierdzają, że okres między 11. a 15. rokiem życia stanowi etap bardzo burzliwych zmian samopoczucia i stylu życia, co może wpływać na zdrowie w późniejszych latach i możliwość pełnienia funkcji społecznych. Zidentyfikowano szereg deficytów w zakresie zdrowia i zachowań zdrowotnych tej grupy wiekowej oraz szereg problemów związanych z funkcjonowaniem w środowisku rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym (Mazur, 2014b).

W kolejnych badaniach HBSC, przeprowadzonych w roku szkolnym 2017/2018 omówiono 15 wskaźników, a bloki pytań na temat zachowań ryzykownych były rozbudowane. Na niektóre pytania mogła odpowiadać tylko starsza młodzież. Wyniki korespondujące z tym blokiem tematycznym zamieszczono w krajowym raporcie z badań HBSC 2018. Badanie wykazało, że wszystkie analizowane wskaźniki pogarszają się po 15. roku życia, co dotyczy obu płci. Typ szkoły wykazywał istotny związek z następującymi zachowaniami ryzykownymi: nieuzasadnione odchudzanie się (częściej występujące wśród młodzieży licealnej), palenie e-papierosów i marihuany oraz wskaźniki inicjacji seksualnej (zachowania częściej przejawiane przez uczniów techników i szkół zawodowych). Największe różnice między skrajnymi grupami w zestawieniu z przeciętnym poziomem dla 17-latków notowane są dla podejmowania nieuzasadnionych diet odchudzających oraz palenia marihuany w ostatnich 30 dniach. W tym bloku tematycznym uczniów techników i innych szkół zawodowych zdecydowanie częściej identyfikowano jako grupę z najmniej korzystnymi wartościami (Mazur, Dzielska i Małkowska-Szutnik, 2020).

W bloku tematycznym *Urazy i przemoc* opisano częstość ulegania urazom wymagającym pomocy medycznej, częstość uczestnictwa w bójkach oraz kontakty z przemocą w szkole i cyberprzestrzeni. Kontakty z przemocą analizowane były z perspektywy sprawcy i ofiary. Wykazano, że w wieku 17 lat wyraźnie obniża się odsetek młodzieży deklarującej bycie sprawcą lub ofiarą zastraszania w szkole, jak również

odsetek sprawców i ofiar cyberprzemocy. W tym ostatnim przypadku tempo spadku jest szybsze dla dziewcząt niż dla chłopców. Starsza młodzież dużo rzadziej uczestniczy w bójkach, chociaż tempo spadku po 15. roku życia jest wolniejsze niż w okresie 13–15 lat. Starsza młodzież rzadziej też ulega urazom, co potwierdza się u obu płci. Typ szkoły różnicuje częstość bycia ofiarą i sprawcą zastraszania w szkole oraz cyberprzemocy. W pierwszym przypadku dotyczy to tylko chłopców, w drugim zaś – obu płci. Największe różnice ze względu na typ szkoły dotyczą sprawców cyberprzemocy. Grupą ryzyka są chłopcy z techników i szkół zawodowych (Mazur, Dzielska i Małkowska-Szkutnik, 2020).

Z badań PISA (*Programme for International Student Assessment*) przeprowadzonych w 2022 roku w 81 krajach i regionach OECD wynika, że wzrasta skala zachowań ryzykownych w cyberprzestrzeni. Sam fakt posiadania smartfona z dostępem do internetu naraża młodych ludzi na nadużywanie tej formy aktywności. W Polsce blisko 100 proc. 15-letnich uczniów deklaruje posiadanie własnego smartfona, a w prawie każdym domu znajduje się co najmniej jeden komputer. Polscy 15-latkowie częściej niż ich rówieśnicy z krajów OECD używają smartfonów, natomiast rzadziej – komputerów. W tym świetle nie dziwi fakt, że uczniowie polskich szkół wyraźnie częściej (w porównaniu ze średnią OECD) deklarują korzystanie z zasobów cyfrowych w szkole do celów rozrywkowych, a rzadziej – do celów edukacyjnych. Media społecznościowe są głównym obszarem aktywności niezwiązanej z nauką. Siedmiu na dziesięciu polskich 15-latków spędza na ich przeglądaniu ponad trzy godziny w ciągu dnia nauki. Przebywanie w *social mediach* przez ponad pięć godzin dziennie deklaruje 14 proc. polskich 15-latków w dni szkolne, a 20 proc. – w weekendy (Kaźmierczak i Bulkowski, 2024).

Badania PISA 2022 dostarczają alarmujących danych dotyczących liczby godzin spędzanych przed ekranem w czasie wolnym. Polscy 15-latkowie poświęcają na tę aktywność znacznie więcej czasu niż ich rówieśnicy z krajów OECD. W przeciętnym dniu wolnym (w ciągu weekendu) co trzeci badany korzysta z urządzeń cyfrowych przez siedem godzin lub więcej. Co istotne, uczniowie z tej grupy osiągają wyraźnie niższe wyniki w testach umiejętności w badaniu PISA i są mniej zadowoleni ze swego życia. Skala zjawiska skłania do przeprowadzenia

dogłębnej analizy i podjęcia działań w obszarach: edukacji i cyfryzacji, polityki rodzinnej, profilaktyki zdrowotnej, kultury, w tym kultury fizycznej.

Badanie PISA 2022 potwierdza również istnienie relatywnie dużego problemu dotyczącego bezpieczeństwa w sieci. Polscy 15-latkowie znacznie częściej niż ich rówieśnicy w krajach UE i OECD deklarują napotykanie w internecie treści dyskryminujących. Częściej stwierdzają, że padli ofiarą obraźliwych, niemiłych lub wulgarnych esemesów. Częściej też deklarują naruszenie prywatności i wizerunku. Doświadczenie ekspozycji na treści dyskryminujące w sieci jest wśród polskich 15-latków czymś powszechnym (ponad 80 proc. badanych). Nieco częściej styczeńność z tym zjawiskiem deklarują dziewczęta, u których łatwiej niż u chłopców wywołuje to negatywne emocje. Dane te skłaniają do gruntownego przemyślenia strategii zwiększania dostępu do zasobów cyfrowych przez nastolatków (Kaźmierczak i Bulkowski, 2024).

Wyniki badania PISA pokazują, że technologia cyfrowa jest silnie obecna w życiu polskich uczniów, jednak sposób jej funkcjonowania w ich środowisku – zarówno szkolnym, jak i domowym – niekoniecznie jest efektem implementacji rozwiązań systemowych wypracowanych na podstawie wiedzy eksperckiej. Wygląda na to, że technologia cyfrowa wchodzi do polskich szkół w sposób w dużym stopniu niekontrolowany, nie zawsze sprzyjający poprawie efektywności nauczania czy podnoszeniu komfortu pracy uczniów i nauczycieli, a także – co istotne – nie zawsze służy bezpieczeństwu młodych użytkowników. Wyzwanie, przed którym stoją projektanci cyfrowego środowiska edukacyjnego, nie tylko w Polsce, wymaga odejścia od myślenia o cyfryzacji w kategoriach prostego zaopatrywania uczniów w urządzenia cyfrowe. Potrzeba refleksji nad tym, jakie narzędzia tworzyć i w jaki sposób wdrażać je do codziennej pracy szkół. Warto przy tym nie tracić z pola widzenia zagrożeń, jakie niesie ze sobą funkcjonowanie w świecie cyfrowym (Kaźmierczak i Bulkowski, 2024).

Z badań HBSC i PISA wynika, że wśród zachowań ryzykownych na czoło wysuwają się zagrożenia związane z cyberaktywnością młodych ludzi. Sam fakt ich częstego przebywania w sieci musi poważnie niepokoić. Ponadto, korzystanie z treści świata cyfrowego odbywa

się w sposób niekontrolowany. Rodzice i nauczyciele nie potrafią w zadowalającym stopniu zapanować nad aktywnością młodych ludzi w internecie.

Uczniowie w wieku wczesnoszkolnym w dużym stopniu uczą się, relaksują i komunikują z rówieśnikami za pomocą mediów elektronicznych. Tworzą one ich środowisko społeczne, w którym spędzają dużą część czasu. Dlatego młodzież szkolna, rzadziej niż wcześniejsze pokolenie, przebywa poza domem, rzadziej też korzysta z tradycyjnych rozrywek i zabaw. Ta zmiana niesie ze sobą zarówno negatywne, jak i pozytywne konsekwencje (Ostaszewski i in., 2020). Do tych pierwszych należy zaliczyć rzadsze spędzanie wolnego czasu w plenerze, spadek aktywności fizycznej, co prowadzi np. do nadwagi (Fijałkowska, Oblacińska i Stalmach, 2017), a także do problemów ze zdrowiem psychicznym. Z drugiej strony, kiedy młodzi przebywają w domu przed ekranem komputera, to w mniejszym stopniu narażeni są na tradycyjne zachowania ryzykowne, np. sięganie po alkohol czy papierosy (Sierosławski, 2015; Pisarska, Ostaszewski i Sochocki, 2017). Mniejsza reprezentacja tej kategorii zachowań problemowych w pewnym stopniu wynika ze zmian w sposobie spędzania czasu wolnego.

Cyfrowa rewolucja przynosi nowe wyzwania profilaktyczne. Prawdopodobnie za kilka lat problemy zdrowia psychicznego staną się głównym przedmiotem troski ze strony specjalistów. Obecnie dużego znaczenia nabiera edukacja medialna, która z założenia może pomóc dzieciom i ich rodzicom w lepszej adaptacji do cyfrowego świata. Na potrzebę istnienia takiej edukacji wskazuje wiele badań ukazujących wzmoczoną aktywność uczniów w sieci. Z badań *EU Kids Online 2018* (Pyżalski, 2019) wynika, że niemal co drugie dziecko w wieku 9–10 lat posiadało swój profil w internecie, ponad połowa (prawie 60 proc.) spędzało w sieci od około pół godziny do dwóch godzin w dni robocze, a w weekendy czas ten był dłuższy (od dwóch do siedmiu godzin, a nawet więcej).

W działaniach profilaktycznych istotne jest, aby młodzi ludzie nabywali umiejętności bezpiecznego i konstruktywnego korzystania z cyberprzestrzeni przy wsparciu najbliższych (głównie rodziców). Korzystanie z nowych mediów ujawnia procesy prefiguratywne, które

Margaret Mead opisała w pracy pt. *Kultura i tożsamość* (2000). Wzrasta autorytet dzieci jako specjalistów w dziedzinie nowych technologii przy jednoczesnym osłabieniu autorytetu rodziców. Ponieważ matka i ojciec nie nadążają za szybko zmieniającym się światem nowych technologii, nie mogą być w tym świecie przewodnikiem dla swych dzieci. Wzoruując się na podziale kultur Margaret Mead, można stwierdzić, że dla młodszych pokoleń szczególnego znaczenia nabiera konfiguracyjna płaszczyzna kontaktów, które są atrakcyjnym źródłem informacji, kształtowania umiejętności i aspiracji. Jednak biegłość w korzystaniu z nowych technologii nie jest równoznaczna z dojrzałością. Sytuacja ta powoduje szereg zagrożeń związanych ze szkodliwym użytkowaniem internetu, stanowiąc wyzwanie dla edukacji medialnej, która powinna swym zasięgiem obejmować zarówno młodsze, jak i starsze pokolenia (Ostaszewski i in., 2020).

Profilaktyka zachowań problemowych

Warunkiem skutecznej profilaktyki są skoordynowane działania we wszystkich obszarach funkcjonowania. Oznacza to, że interwencje powinny być skierowane na najważniejsze czynniki ryzyka tkwiące zarówno w samej jednostce, jak i w jej otoczeniu społecznym. W populacji nastolatków znajdują się osoby w różnym stopniu narażone na dysfunkcje i wynikające stąd szkody (Dudek, 2014). Od dawna podejmowano próby szacowania stopnia ryzyka na potrzeby diagnozy, terapii i profilaktyki. Zwykle za kryteria umożliwiające określenie stopnia zagrożenia danym problemem przyjmuje się obecność innych problemów, ich liczbę i głębokość (Szymańska i Zamecka, 2002).

W ograniczaniu zachowań ryzykownych optymalnym rozwiązaniem wydaje się profilaktyka uwzględniająca rozwój zainteresowań, umiejętności i kompetencji uczniów. Wszystkie te czynniki winny być ze sobą zharmonizowane. Fundamentalną kwestią w realizacji działań profilaktycznych winno być zastosowanie takich środków, które będą bodźcem do aktywnego uczestnictwa nie tylko uczniów, ale również nauczycieli, rodziców, opiekunów i całej społeczności

lokalnej (Przybysz-Zaremba, 2014). Odpowiednio do stopnia ryzyka profilaktyka prowadzona jest na trzech poziomach:

- profilaktyka pierwszorzędowa – przeznaczona dla grup niskiego ryzyka, gdzie działaniami prewencyjnymi obejmuje się szerokie niezdiagnozowane populacje; w takiej profilaktyce zakłada się dwa cele: promocję zdrowego stylu życia i opóźnienie wieku inicjacji, a przez to zmniejszenie zasięgu zachowań ryzykownych;
- profilaktyka drugorzędowa – adresowana do grup podwyższonego ryzyka, której celem jest ograniczenie głębokości i czasu trwania dysfunkcji oraz umożliwienie wycofania się z zachowań ryzykownych; profilaktyka tego rodzaju przyjmuje formy poradnictwa rodzinnego i indywidualnego oraz socjoterapii;
- profilaktyka trzeciorzędowa – skierowana do grup wysokiego ryzyka, która ma na celu przeciwdziałanie pogłębianiu się procesu chorobowego i degradacji społecznej oraz umożliwienie powrotu do normalnego życia w społeczeństwie; przejawia się ona głównie w takich formach jak leczenie, rehabilitacja i resocjalizacja (Szymańska i Zamecka, 2002, s. 28).

Te trzy poziomy profilaktyki zachowań ryzykownych określane są też jako profilaktyka uniwersalna, selektywna i wskazująca. We współczesnych programach profilaktycznych zwraca się uwagę na rozwijanie i wzmacnianie potencjału indywidualnego, czyli zasobów odpornościowych ich adresatów. Osiąga się to przez nabywanie przez młodego człowieka umiejętności życiowych, poprawę relacji z rodzicami i innymi osobami znaczącymi oraz tworzenie środowiska społecznego sprzyjającego osobistemu rozwojowi (Dzielska, 2017). Zakłada się, że im głębszy jest poziom profilaktyki, tym wyższe są jej koszty (konieczność zatrudniania wysoko kwalifikowanych specjalistów), dłuższy czas trwania i mniejsza skuteczność. Działania profilaktyczne, szczególnie drugo- i trzeciorzędowe, powinny być poprzedzone rzetelną diagnozą (Szymańska i Zamecka, 2002).

Oddziaływania profilaktyczne, niekiedy bardzo zróżnicowane, spoczywają głównie na szkole, którą nierzadko obwinia się za występowanie

zachowań ryzykownych. Stąd też konieczne jest poszukiwanie innowacyjnych pomysłów uwzględniających wielowymiarowość działań. Priorytetowym komponentem jest wykonanie holistycznej diagnozy, w oparciu o którą będą planowane poszczególne czynności. Istotne wydaje się tu głównie objęcie profilaktyką wszystkich osób i podmiotów pracujących z młodzieżą. W programach profilaktycznych młody człowiek powinien być najważniejszym podmiotem oddziaływań, a nie – jak to się zdarza – wyłącznie odbiorcą transmitowanych treści (Przybysz-Zaremba, 2014).

W profilaktyce zachowań ryzykownych istotne jest, aby osłabiać czynniki ryzyka i wzmacniać czynniki chroniące. Na to właśnie zwraca uwagę teoria *resilience*, podkreślając potrzebę nabywania przez młode osoby umiejętności korzystania z wewnętrznych i zewnętrznych zasobów. Dzięki temu osiąga się dobre przystosowanie (pozytywną adaptację), pomimo doświadczanych w przeszłości lub obecnie przeciwności losu bądź traumatycznych zdarzeń. W języku polskim termin *resilience* tłumaczony jest jako: 'elastyczność, sprężystość, prężność, odporność, zdolność do regeneracji sił' (Dzielska, 2017).

Zakończenie

We współczesnym świecie dotychczasowe więzi społeczne ulegają dekompozycji, a miejsce tradycyjnych zbiorowości zajmują masy złożone z indywidualnych atomów, których działanie jest nieskoordynowane i nie do końca przewidziane (Ścigaj, 2008). Zjawisko to zaczyna obejmować wszystkie sfery życia młodego człowieka, współwystępowanie zaś wielu determinant stało się impulsem do pojawienia się nowych form zachowań ryzykownych. Tadeusz Kaczmarek (2005) definiuje ryzyko jako zespół czynników, działań lub czynności powodujących szkodę cielesną lub stratę materialną bądź wywołujących szkody o innym charakterze. Ryzyko różni się od niebezpieczeństwa, które oznacza raczej bezpośrednie zagrożenie. O ryzyku mówi się z kolei wtedy, gdy następstwa są nieznane.

„Społeczeństwo ryzyka” (Beck, 2002) stanowi wyzwanie dla ogółu jego członków, a w szczególności dla dzieci i młodzieży. Niepokojący jest wzrost zaburzeń zachowania w grupie wiekowej 10–18 lat. Pogoń generacji dorosłych za pieniądzem i karierą, czasochłonne zdobywanie środków w celu utrzymania rodziny sprawiają, że rodzice zaniedbują obowiązki wychowawcze wobec własnych dzieci. W ten sposób młodzi ludzie, zdani sami na siebie w procesie kształtowania hierarchii wartości i nabywania postaw społecznie akceptowanych, narażeni są na zachowania ryzykowne. Przynosi to następstwa natury nie tylko zdrowotnej, ale i społecznej, czego wyrazem są nadwyrażone relacje z otoczeniem, zwłaszcza z najbliższymi. Stąd ważne jest, aby rodzice w procesie wychowania swych dzieci korzystali ze wsparcia specjalistycznych placówek, zwłaszcza że w obliczu występowania zjawisk, które były nieznane dla przeszłych generacji, proces wychowania stał się o wiele trudniejszy niż kiedykolwiek wcześniej (Matusiak i in., 2016).

W profilaktyce zachowań ryzykownych istotną rolę pełnią działania wielowymiarowe, w które winny być zaangażowane również środowiska pozarodzinne i pozaszkolne. Obszarem generującym szereg zachowań ryzykownych jest współcześnie internet. Do rangi poważnego problemu urosło zjawisko cyberprzemocy (Nowakowski, 2008), stąd istnieje nieustanna potrzeba podejmowania w tym obszarze innowacyjnych działań prewencyjnych. Autorzy ogólnopolskiego raportu *Nastolatki 3.0* zauważają, że specyfika internetu, zwłaszcza jego powszechna dostępność, łatwość użytkowania, pozorna anonimowość, a przez to atrakcyjność powoduje, że jest on środowiskiem skłaniającym do podejmowania aktywności, które mogą mieć charakter prorozwojowy i prospołeczny, ale również bywają związane z zachowaniami ryzykownymi (Lange, 2021).

Literatura

Aronson, E. (2000). *Człowiek – istota społeczna*. Przeł. J. Radzicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Przeł. J. Kowalczevska i J. Radzicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Beck, U. (2002). *Spółczesność ryzyka: w drodze do innej nowoczesności*. Przeł. S. Cieśla. Warszawa: „Scholar”.
- Dudek, M. (2014). Depresja wśród młodzieży licealnej. *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*, 67, 139–151.
- Dudek, M. (2015). Intensification of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) symptoms and social maladjustment of the middle school third year students. *Clinical Social Work*, 5(1), 19–28.
- Dzielska, A. (2014). Zachowania ryzykowne: picie alkoholu. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych* (s. 176–186). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Dzielska, A. (2017). *Zachowania ryzykowne*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Fijałkowska, A., Oblacińska, A., i Stalmach, M. (red.). (2017). *Nadwaga i otyłość u polskich 8-latków w świetle uwarunkowań biologicznych, behawioralnych i społecznych. Raport z międzynarodowych badań WHO*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Jankowiak, B., i Gulczyńska, A. (2014). Wczesna inicjacja seksualna młodzieży – przyczyny i konsekwencje. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja*, 1(5), 171–187.
- Jędrzejko, M. (red.). (2013). *Narkotyki i środki zastępcze: zjawisko, zagrożenia, profilaktyka. Rozpoznawanie zachowań narkotykowych i dopalaczowych*. Poznań; Warszawa: Oficyna Wydawnicza Aspra-JR.
- Jędrzejko, M., i Jabłoński, P. (red.). (2012). *Narkotyki i środki zastępcze: zjawisko, zagrożenia, profilaktyka*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Aspra-JR; Dąbrowa Górnicza: Wyższa Szkoła Biznesu.
- Józefik, B. (red.). (1999). *Anoreksja i bulimia psychiczna: rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B. (2006). *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kaczmarek, T. (2005). *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem. Ujęcie interdyscyplinarne*. Warszawa: Difin.
- Kaźmierczak, J., i Bulkowski, K. (red.). (2024). *Polscy piętnastolatki w perspektywie międzynarodowej. Wyniki badania PISA 2022*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

- Kowalewska, A. (2014). Zachowania ryzykowne: palenie tytoniu. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych* (s. 169–175). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Kwiatkowska, G.E. (2019). Poziom agresji a skłonność do zachowań ryzykownych młodzieży w okresie adolescencji. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 32(3), 197–216.
- Lange, R. (2021). *Nastolatki 3.0. Raport z ogólnopolskiego badania uczniów*. Warszawa: NASK – Państwowy Instytut Badawczy.
- Łuka, M. (red.). (2011). *Wokół nadużywania leków*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Socjologiczne.
- Malinowska-Cieślak, M. (2014). Zachowania ryzykowne: cyberprzemoc. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych* (s. 212–219). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Małkowska-Szkutnik, A. (2014). Zachowania ryzykowne: przemoc w szkole (bullying). W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych* (s. 204–211). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Matusiak, R., Sigda, K., Gutka, J.A., i Koziół, K. (2016). Przedmowa. W: R. Matusiak, K. Sigda i K. Koziół (red.), *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży. Problemy wychowawcze, uzależnienia* (s. 7–10). Lublin; Tarnów; Łapczyca: Wydawnictwo Regis; Wydawnictwo Progress.
- Mazur, J. (2014a). Podstawowe informacje. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych* (s. 12–21). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mazur, J. (2014b). Podsumowanie wyników badań HBSC 2014. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych* (s. 220–236). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mazur, J., Dzielska, A., i Małkowska-Szkutnik, A. (red.). (2020). *Zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów 17-letnich na tle zmian w drugiej dekadzie życia*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mead, M. (2000). *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*. Przeł. J. Hołówka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Nowakowski, P.T. (2008). Przemoc w sieci. Przyczynek do dalszych analiz. W: M. Kowalski (red.), *Internet: między edukacją, bezpieczeństwem a zdrowiem* (s. 57–77). Tychy: Maternus Media.
- Ostaszewski, K., Pisarska, A., Sochocka, K., Sochocki, M., i Van Laere, K. (2020). Skuteczność programu edukacji medialnej dla dzieci w wieku wczesnoszkolnym. *Edukacja*, 3(154), 6–22.
- Pisarska, A., Ostaszewski, K., i Sochocki, M. (2017). *Raport z drugiego etapu ewaluacji projektu: Wspólne kroki w Cyberswiecie – opracowanie, wdrożenie, ewaluacja. Wyniki, wnioski i rekomendacje wynikające z II etapu realizacji zadania*. Warszawa: Fundacja Poza Schematami [materiał niepublikowany, dostępny w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii].
- Porzak, R. (2016). „*Profilaktycy.pl*”. *System oddziaływań profilaktycznych w Polsce*. Warszawa: Fundacja „Masz Szansę”; Ministerstwo Edukacji Narodowej.
- Przybysz-Zaremba, M. (2014). Dynamizacja ryzykownych zachowań młodzieży: próby poszukiwań innowacyjnych oddziaływań profilaktycznych. W: L. Buller (red.), *Socjotechniczne aspekty bezpieczeństwa w szkole* (s. 37–54). Warszawa: Polskie Towarzystwo Socjologiczne.
- Pyżalski, J. (2019). Dzieci i młodzież jako użytkownicy Internetu – podstawowe informacje. W: J. Pyżalski, A. Zdrodowska, Ł. Tomczyk i K. Abramczuk (red.), *Polskie badanie EU Kids Online 2018*. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza.
- Rewera, M. (red.). (2014). *Wokół dopalaczy*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Socjologiczne.
- Rewera, M. (2016). *Zjawisko psychoaktywnych środków zastępczych jako przedmiot zainteresowania pracy socjalnej*. Stalowa Wola: Wydział Zamiejscowy Prawa i Nauk o Społeczeństwie KUL.
- Sierosławski, J. (2015). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r.* Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Starzomska, M. (2006). *Anoreksja: trudne pytania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Szymańska, J., i Zamecka, J. (2002). Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki. W: G. Świątkiewicz (red.), *Profilaktyka*

- w środowisku lokalnym (s. 19–32). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Sztompka, P. (2009). *Socjologia: analiza społeczeństwa*. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- Ścigaj, P. (2008). Potęga osamotnienia? Globalizacja a tożsamość jednostki. W: B. Krauz-Mozer i P. Borowiec (red.), *Globalizacja – nieznośne podobieństwo?* (s. 289–308). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Urban, B. (1997). Zaburzenia emocjonalne a przestępczość młodzieży. *Rocznik Naukowo-Dydaktyczny: Prace Pedagogiczne*, 20, 161–168.
- Wilson, E.O. (1988). *O naturze ludzkiej*. Przeł. B. Szacka. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Woynarowska, B. (2014a). Zachowania ryzykowne: uczestniczenie w bójkach. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych* (s. 200–204). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Woynarowska, B. (2014b). Zachowania ryzykowne: używanie marihuany/haszyszu przez młodzież 15-letnią. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych* (s. 187–192). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Woynarowska, B. (2014c). Zachowania ryzykowne: zachowania seksualne młodzieży 15-letniej. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych* (s. 193–199). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Wycisk, J., i Ziółkowska, B. (2010). *Młodzież przeciwko sobie: zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Warszawa: Difin.

O AUTORZE:

dr Mirosław Rewera – socjolog, Instytut Badań Edukacyjnych w Warszawie, ORCID 0000-0002-0129-1175,
KONTAKT: m.rewera@ibe.edu.pl

Sytuacja zdrowotna młodych Polaków: przegląd badań

ABSTRAKT

- Zdrowie dzieci i młodzieży należy traktować jako „kapitał ludzki” istotny dla rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju, stąd ogromne znaczenie mają oddziaływania w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej młodych osób
- Obserwuje się nie tylko spadek jakości zdrowia psychicznego młodego pokolenia, lecz także słabsze oddziaływanie czynników, które można uznać za chroniące
- Zdrowie młodych Polaków – w różnych jego wymiarach – wymaga przemyślanych i wielotorowych oddziaływań dostosowanych do specyfiki okresu adolescencji oraz uwzględniających współczesne wyzwania.

SŁOWA KLUCZOWE: zdrowie psychiczne, zdrowie fizyczne, nadwaga, otyłość, nałogi, uzależnienia, profilaktyka zdrowotna.

Wprowadzenie

Współczesne pokolenie młodych ludzi żyje w czasach pełnych paradoksów. Z jednej strony świat stał się „globalną wioską”, pozwalając na zdobywanie szeregu doświadczeń, które były trudno dostępne poprzednim generacjom, z drugiej zaś – czasy te naznaczone są piętnem różnych, niejednokrotnie trudnych zmian. Budowane przez lata poczucie

względego bezpieczeństwa, dobrobytu, stałości i przewidywalności zostało wystawione na próbę najpierw podczas pandemii COVID-19, a później w momencie wybuchu wojny na Ukrainie. Uznaje się, że sytuacje te mają znaczący i długofalowy wpływ na funkcjonowanie adolescentów, szczególnie na ich zdrowie psychiczne (por. Cosma i in., 2023).

Aleksandra Gromelska zauważa, że zdrowie dzieci i młodzieży należy traktować jako „kapitał ludzki” (2010, s. 270) istotny dla rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju, stąd ogromne znaczenie mają oddziaływanie w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej młodych osób. W Polsce regulowane są one m.in. poprzez Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025, którego celem jest „zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu” (2021, s. 2). Cele operacyjne obejmują m.in. promocję zdrowia psychicznego, profilaktykę nadwagi i otyłości oraz przeciwdziałanie uzależnieniom. Część zadań służących realizacji poszczególnych celów jest też adresowana do dzieci i młodzieży. Przedmiotem niniejszego rozdziału jest analiza sytuacji zdrowotnej młodzieży w Polsce z uwzględnieniem wymienionych powyżej wyzwań. Rozdział będzie składał się z trzech zasadniczych części: w pierwszej omówione zostaną zagadnienia związane ze zdrowiem psychicznym, w drugiej – problem nadwagi i otyłości, a w trzeciej – kwestia nałogów i uzależnień. Niezwykle palącym problemem jest zdrowie psychiczne młodych ludzi i temu poświęcona zostanie największa uwaga. Rozważania prowadzone będą w oparciu o wybrane raporty wymienione w dalszej części tekstu i dobrane tak, aby umożliwić jak najszerze omówienie sytuacji zdrowotnej młodych Polaków. Tekst zamykają konkluzje i rekomendacje.

Zdrowie psychiczne

Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) określa zdrowie psychiczne jako „stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka może realizować swój własny potencjał, radzić sobie z normalnymi stresami życia, pracować produktywnie i wносить wkład w społeczność” (2001).

Zdrowie psychiczne nie oznacza więc jedynie „braku choroby”, lecz jest stanem umożliwiającym osiągnięcie pełnego dobrostanu i możliwość samorealizacji. Działania w kierunku poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w tym zakresie nie mogą być adresowane wyłącznie do osób, u których problemy się rozwinęły, ale powinny obejmować też oddziaływania profilaktyczne (por. Szredzińska, 2022). Niestety, uruchamiane programy koncentrują się w większości na grupach już ujawniających trudności. W obliczu doniesień o fatalnej sytuacji polskiej psychiatrii dziecięcej (w tym złych warunkach materialnych na oddziałach, długim czasie oczekiwania na wizytę, wątpliwych etycznie praktykach) nie dziwią dość późno podejmowane działania naprawcze, które należy uznać za niewystarczające. Toteż tym bardziej istnieje konieczność realizacji oddziaływań prewencyjnych i profilaktycznych, szczególnie w kontekście dalej omówionych wyników badań pokazujących katastrofalną wręcz kondycję psychiczną polskiej młodzieży.

Należy oczekiwać uruchomienia takich form wsparcia, które pozwolą na niwelowanie wpływu czynników ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych. Czynniki ryzyka są złożoną grupą różnych właściwości (m.in. indywidualnych, społecznych, kulturowych) wzajemnie na siebie oddziałujących (por. Brzezińska, Ziółkowska i Appelt, 2016). Zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się danego zaburzenia, ale nie determinują jego wystąpienia. Wśród nich wymienia się nie tylko czynniki genetyczne (np. zaburzenia i choroby psychiczne wśród członków rodziny) czy biologiczne (np. stan zdrowia fizycznego, używanie substancji psychoaktywnych), ale także rodzinne (np. zaniedbanie rodzicielskie, przemoc wobec dziecka) oraz społeczne (np. przemoc rówieśnicza, niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna) (por. Szredzińska, 2022). Renata Szredzińska (2022) za kluczowe uznaje właśnie doświadczanie niekorzystnych zdarzeń w okresie dzieciństwa (m.in. emocjonalne krzywdzenie i zaniedbanie poprzez brak wsparcia emocjonalnego, poniżanie, stwarzanie poczucia bycie niekochanym czy niechcianym).

Według raportu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę (Makaruk i in., 2023), co szóste dziecko między 13. a 17. rokiem życia mieszka z osobą chorą psychicznie (17 proc.) lub z osobą, która nadużywa alkoholu

(16 proc.), a 3 proc. respondentów – z osobą używającą narkotyków. Przemocy rówieśniczej w ciągu całego życia doświadczyło 66 proc. badanych: w przypadku 48 proc. nastolatków była to przemoc fizyczna, 44 proc. – psychiczna, 17 proc. – napaść zbiorowa, a 18 proc. – znęcanie się ze strony rówieśników. W każdej z tych kategorii obserwuje się wzrost odsetka młodzieży doświadczającej danej formy krzywdzenia w porównaniu z badaniami z lat 2013 i 2018. Najsilniej zarysowany jest on w przypadku przemocy psychicznej. Zwiększa się też skala przemocy rówieśniczej doświadczanej w ciągu ostatniego roku. Ofiarą przemocy fizycznej i psychicznej padł co trzeci badany (29 proc. – przemoc fizyczna, 27 proc. – przemoc psychiczna), napaści zbiorowej – co piętnasty (8 proc.), a znęcania się – co dziesiąty (10 proc.). Niepokojący jest też rozmiar innego czynnika ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych, tj. przemocy i zaniedbania ze strony rodziców. Otóż zaniedbania emocjonalnego doświadczyło 23 proc. badanych, fizycznego zaś – 8 proc. Jedną z form zaniedbania emocjonalnego jest brak fizycznej bliskości – dotyczył on co piątego dziecka (19 proc.) do 12. roku życia. Inna forma – nieokazywanie uwagi – objął co dziesiątego badanego (10 proc.). Z kolei zaniedbania fizycznego w postaci braku opieki podczas choroby doświadczyło 6 proc. badanych, a w postaci braku czystych ubrań – 3 proc. Z parentyfikacją (w formie przejęcia opieki na rodzeństwem, poczucia bycia doradcą rodzica i pocieszenia rodziców) zetknął się co piąty badany (20 proc.) przed ukończeniem 12. roku życia. W ciągu całego życia przemocy od bliskich osób dorosłych doświadczyło 32 proc. badanych, w tym fizycznej – 24 proc., a psychicznej – 22 proc. W ciągu ostatniego roku było to odpowiednio 10 proc. i 16 proc. Wykorzystanie seksualne z kontaktem fizycznym było udziałem 8 proc. badanych, a bez kontaktu fizycznego – 26 proc. Wskaźniki te dla roku poprzedzającego badanie wynosiły odpowiednio 4 proc. i 14 proc. Wiktyimizacji pośredniej w ciągu całego życia (np. w formie bycia świadkiem przemocy wobec innych dzieci lub rodziców wobec siebie) doświadczył co siódmy badany (14 proc.), a w ciągu ostatniego roku – co dwudziesty (5 proc.). W trudnej sytuacji co dwunasty badany (8 proc.) nie ma do kogo się zwrócić o pomoc. Reasumując, nie można pominąć skali trudnych doświadczeń z okresu dzieciństwa, w tym

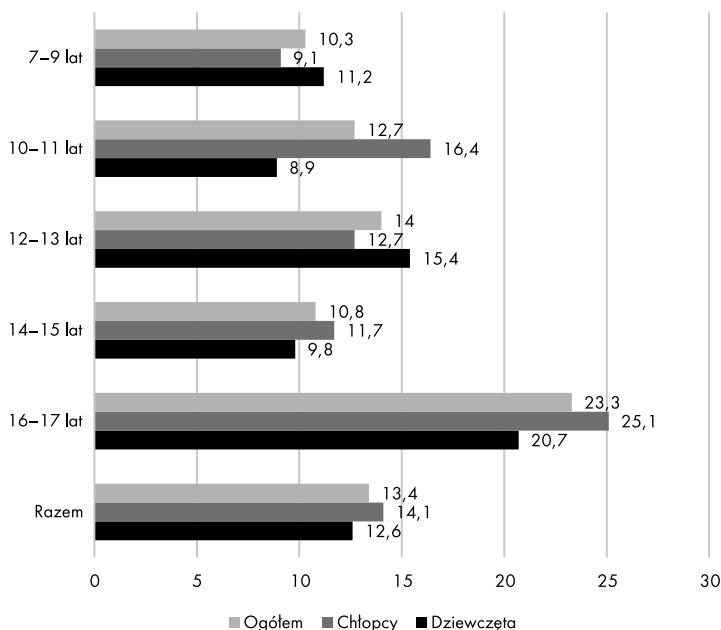
doświadczeń wiktyimizacyjnych, oraz ich potencjalnie negatywnego wpływu na zdrowie psychiczne, a tym samym nie da się podejmować kwestii profilaktyki dzieci i młodzieży w zakresie zaburzeń psychicznych czy zaburzeń zachowania bez – wykraczającej poza ramy tego tekstu – dyskusji o ochronie dzieci i młodzieży przed krzywdzeniem.

Joanna Wachowiak i Monika Rudnik (2020) zwracają uwagę na jeszcze inne czynniki ryzyka, takie jak życie w ciągłym stresie, niestanna presja czasu, wzrost znaczenia dóbr materialnych czy przedkładanie komunikacji internetowej nad komunikację bezpośrednią, podkreślając ich potencjalną rolę w rozwoju zaburzeń psychicznych. Autorki wymieniają także konsumpcyjny styl życia, zmiany w strukturze rodziny (związane m.in. z wyjazdami zarobkowymi, przeżywanym kryzysem czy wzrostem liczby rodzin niepełnych) oraz sytuację gospodarczą i stres związany z warunkami społeczno-politycznymi. Z kolei wśród czynników ochronnych można wymienić m.in.: właściwe stymulowanie rozwoju dziecka, sprzyjający klimat społeczny, aktywność fizyczną i właściwe odżywianie, w tym wspólne obiady rodzinne. Istotną rolę odgrywają ponadto osiągnięcia szkolne dziecka, zapobieganie przemocy rówieśniczej i zażywania substancji psychoaktywnych (Szredzińska, 2022).

Warto podkreślić, że jakość zdrowia psychicznego we wczesnym okresie życia ma wpływ nie tylko na rozwój psychomotoryczny czy kształtowanie właściwego stosunku do własnego zdrowia, ale przede wszystkim na relacje z innymi osobami, rozwój umiejętności zaradczych oraz funkcjonowanie poznawcze, co może przekładać się bezpośrednio na radzenie sobie z nauką szkolną i osiągnięcia szkolne (Wachowiak i Rudnik, 2020).

W ciągu ostatnich kilku lat dało się zaobserwować kilka niepokojących trendów związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży. Wyniki badań EZOP-II (Ostaszewski, Kucharski i Stokwiszewski, 2021) wskazują, że nawet jeden na czterech nastolatków ma objawy wskazujące na zaburzenia zdrowia psychicznego (zob. wykres 1).

Wykres 1. Występowanie objawów zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Ostaszewski, Kucharski i Stokwiszewski (2021).

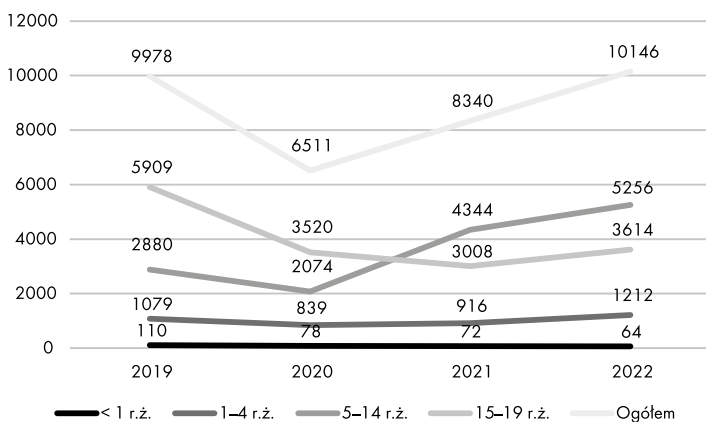
Różnice międzypłciowe nie są istotne statystycznie. Znaczenia ma za to status socjalny rodziny. W rodzinach, które korzystały z pomocy społecznej, obserwuje się wyższy wskaźnik zaburzeń zdrowia psychicznego. Wynosi on 20,4 proc. dla całej grupy (w tym 20,9 proc. dla chłopców i 19,8 proc. dla dziewcząt). W przypadku rodzin nieobjętych takim wsparciem wskaźnik ten był znacząco niższy – 12,5 proc. dla całej grupy (13,1 proc. dla chłopców i 11,9 proc. dla dziewcząt).

Ważny okazuje się wiek badanych. U dzieci młodszych najczęściej rozpoznawane są zaburzenia internalizacyjne – głównie lęk separacyjny i fobie, u starszych – eksternalizacyjne. Szczególną grupą jest młodzież starsza w wieku 16–17 lat. To w tej grupie notuje się najwyższe wskaźniki zaburzeń psychicznych (23,3 proc. dla całej grupy,

25,1 proc. dla chłopców i 20,4 proc. dla dziewcząt) oraz zaburzeń zachowania (5,91 proc. dla całej grupy, 7,35 proc. dla chłopców i 3,82 proc. dla dziewcząt) (Ostaszewski, Kucharski i Stokwiszewski, 2021).

Kolejnym wskaźnikiem problemów ze zdrowiem psychicznym jest liczba młodych osób, które wymagały leczenia szpitalnego z uwagi na zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania. W latach 2019–2022 liczba hospitalizacji dzieci i młodzieży z tego powodu wynosiła blisko 10 tys. rocznie (zob. wykres 2). W roku 2020 odnotowano spadek, ale wynikał on raczej z wprowadzonego stanu pandemii i związanych z tym trudności w dostępie do specjalistycznej pomocy (por. Szredzińska, 2022). W kolejnych latach obserwuje się wzrost hospitalizacji – szczególnie w grupie dzieci między 5. a 14. rokiem życia.

Wykres 2. Liczba hospitalizacji dzieci i młodzieży z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w latach 2019–2022 w podziale na wiek

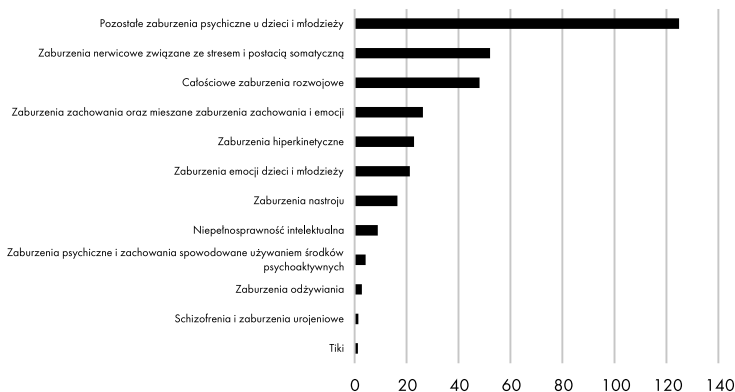


Opracowanie własne na podstawie: NIZP – PZH (2024).

W roku 2022, z uwagi na trudności w zakresie zdrowia psychicznego, opieką objęto 254,63 tys. dzieci i młodzieży do 18. roku życia, z czego opieka psychiatryczna dotyczyła 250,87 tys. osób, a leczenie uzależnień – 6,2 tys. osób (dane Ministerstwa Zdrowia). Pacjenci mieli

prawo w danym roku korzystać zarówno z leczenia psychiatrycznego, jak i z leczenia uzależnień, stąd mogli zostać ujęci w obu statystykach. Podział rozpoznań został przedstawiony na wykresie 3. Dla porównania, w 2021 roku z opieki psychiatrycznej skorzystało 215,2 tys. dzieci i młodzieży (w przypadku 211,88 tys. osób była to opieka psychiatryczna, a 5,33 tys. – leczenie uzależnień). Z kolei w 2020 roku opieką objęto 146,2 tys. dzieci i młodzieży (142,96 tys. – opieka psychiatryczna, a 4,65 tys. – uzależnienia). W latach 2018–2019 liczba pacjentów była zbliżona do danych z 2020 roku i wynosiła 146,46 tys. (2018) i 148,81 tys. (2019). Na przestrzeni kilku lat można dostrzec wyraźny wzrost liczby młodych osób objętych pomocą. Warto dodać, że od 2019 roku prowadzona jest reforma psychiatrii dzieci i młodzieży, której jednym z celów jest zwiększenie dostępności opieki w grupie osób do 18. roku życia.

Wykres 3. Liczba pacjentów (w tysiącach) objętych opieką w roku 2022 w podziale na zaburzenia



Opracowanie własne na podstawie: Ministerstwo Zdrowia (2024).

W 2022 roku udzielono dzieciom i młodzieży łącznie 2,6 mln porad związanych ze zdrowiem psychicznym (zob. tabela 1). Prawie równoliczna była liczba udzielonych porad psychologicznych (773 549) i porad lekarskich (720 081). Niespełna 10 proc. wszystkich porad odbyło się w formie teleporady.

Tabela 1. Liczba porad w zakresie zdrowia psychicznego udzielonych dzieciom i młodzieży do 18. roku życia w roku 2022 w podziale na rodzaje

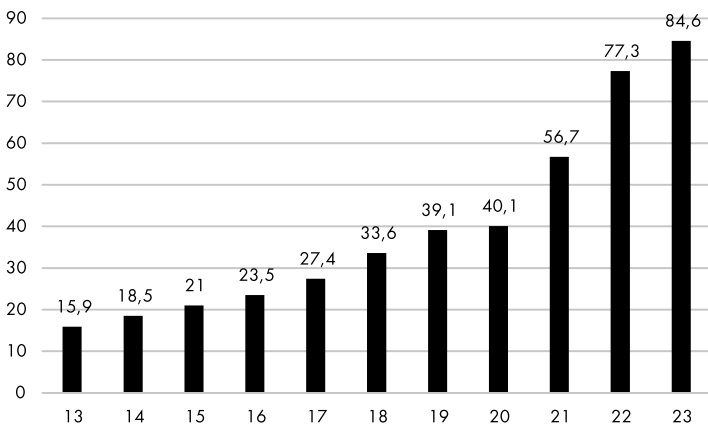
Rodzaj porady	Liczba porad
Porady psychologiczne	773 549
Porady lekarskie	720 081
Psychoterapia indywidualna	446 902
Wizyty/porady domowe/środowiskowe	381 992
Oddziaływania grupowe/rodzinne	195 729
Porady psychologiczne – teleporada	82 465
Porady lekarskie – teleporada	76 347
Psychoterapia indywidualna – teleporada	47 715
Oddziaływania grupowe/rodzinne – teleporada	21 164
Wizyty/porady domowe/środowiskowe – teleporada	8910
Interwencja kryzysowa – teleporada	1920
Interwencja kryzysowa – teleporada	295

Opracowanie własne na podstawie: Ministerstwo Zdrowia (2024).

W ciągu ostatnich 10 lat obserwuje się także znaczący wzrost diagnoz zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (por. Szredzińska, 2022), w tym depresji i zaburzeń nastroju wśród dzieci i młodzieży. W 2023 roku rozpoznanie to jako główne lub współwystępujące zostało postawione u 7937 chłopców i mężczyzn oraz u 24 024 dziewcząt i kobiet poniżej 18. roku życia. Ta grupa wiekowa stanowi około 4 proc. wszystkich diagnoz we wspomnianej kategorii zaburzeń (dane ze strony NFZ). Warto podkreślić, że procentowy udział diagnoz depresji wśród dzieci i młodzieży znacząco się zwiększył: w latach 2013–2017 wynosił on 1,2–1,6 proc., a w latach 2018–2020 było to 2–2,2 proc. W roku 2021 rozpoznania depresji u dzieci i młodzieży stanowiły 3,3 proc., w 2022 roku – 4,1 proc., w 2023 roku – 4 proc. Obserwuje się ponadto wzrost odsetka młodych osób, którym przepisane zostały refundowane leki przeciwdepresyjne. W latach 2013–2017 ta grupa wiekowa stanowiła 2 proc. ogółu osób, którym przepisano refundowane leki przeciwdepresyjne na receptę. Udział ten stopniowo się zwiększał: w latach

2018–2019 wynosił 3 proc., w latach 2020–2021 – 4 proc., a w 2023 roku – 5 proc. (zob. wykres 4).

Wykres 4. Liczba dzieci i młodzieży (w tysiącach), którym w latach 2013–2023 przepisano refundowane leki przeciwdepresyjne



Opracowanie własne na podstawie: NFZ (2024).

Warto jednak podkreślić, że według badania EZOP-II (Ostaszewski, Kucharski i Stokwiszewski, 2021), depresja zdecydowanie częściej występuje u młodzieży starszej – szczególnie w grupie 16–17 lat. W tej grupie wiekowej jej objawy ujawnia 8,67 proc. chłopców i 4,54 proc. dziewcząt (średnia 6,99 proc.). W grupie młodzieży w wieku 14–15 lat ów wskaźnik to 4,75 proc. dla chłopców i 3,33 proc. dla dziewcząt (średnia 4,04 proc.). Dane dla wszystkich badanych (7–17 lat) wynoszą 3,51 proc. dla chłopców i 1,94 proc. dla dziewcząt (średnia 2,73 proc.). Dla osób pochodzących z rodzin korzystających z pomocy społecznej wyniki są wyższe i wynoszą 7,93 proc. dla chłopców i 3,84 proc. dla dziewcząt (średnia 5,92 proc.). W przypadku osób pochodzących z rodzin nieotrzymujących wsparcia socjalnego objawy depresji ujawnia 2,75 proc. chłopców i 1,36 proc. dziewcząt (średnia 2,05 proc.). W ramach badania EZOP-II zapytano także młodzież w wieku 12–17

lat o objawy depresyjne w ciągu ostatnich dwóch tygodni – otóż występowały one u 1,5 proc. badanych.

Kolejnym niepokojącym trendem jest wzrost liczby prób samobójczych wśród młodych osób, zwłaszcza między 13. a 18. rokiem życia. Wzrost ten był szczególnie widoczny między rokiem 2020 a 2021 oraz między rokiem 2021 a 2022 – w każdym przypadku wynosił on około 600 prób. Rok 2023 przyniósł pewną stabilizację, choć na bardzo niepokojącym poziomie – według danych Komendy Głównej Policji ponad 2 tys. dzieci i młodzieży próbowało odebrać sobie życie. Próby samobójcze zakończyły się śmiercią dla 145 spośród nich (zob. tabela 2).

Tabela 2. Próby samobójcze wśród dzieci i młodzieży do 18. roku życia w latach 2017–2023

Próby samobójcze						
Rok	Zakończone śmiercią			Wszystkie		
	0–6	7–12	13–18	0–6	7–12	13–18
2017	0	1	115	0	28	702
2018	0	5	92	0	26	746
2019	0	4	94	0	46	905
2020	0	1	106	0	29	814
2021	0	2	125	0	85	1411
2022	0	6	150	0	85	2008
2023	0	7	138	0	85	2054

Opracowanie własne na podstawie: KGP (2024).

Wyniki badania EZOP-II wskazują, że tendencje samobójcze (tj. myśli i próby) w ciągu całego życia miało około 5,7 proc. badanych. Ocena bieżąca wskazywała na to, że wysokie ryzyko wystąpienia próby samobójczej dotyczyło 0,4 proc. osób, średnie – 0,5 proc., a niskie – 4,9 proc. Na pytanie o to, czy kiedykolwiek w życiu dana osoba próbowała popełnić samobójstwo, twierdząco odpowiedziało 0,61 proc. badanych. Z kolei 2,26 proc. przyznało się do tego, że próbowało zrobić sobie krzywdę, a 4,57 proc. – że czuło się tak źle, iż pragnęło nie żyć. Także

w tym obszarze znaczenie ma sytuacja społeczno-ekonomiczna. Wśród osób pochodzących z rodzin, które korzystały z pomocy społecznej, tendencje samobójcze wykazywało 11,72 proc. chłopców i 13,53 proc. dziewcząt (średnia 12,58 proc.). Wśród osób pochodzących z rodzin nieobjętych takim wsparciem wskaźniki te wynosiły odpowiednio 4,41 proc. i 3,85 proc. (średnia 4,15 proc.) (Ostaszewski, Kucharski i Stokwiszewski, 2021).

Dane pochodzące z raportu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę wskazują z kolei, że co jedenasty nastolatek (9 proc.) między 13. a 17. rokiem życia miał za sobą próbę samobójczą (Makaruk i in., 2023). Prawie trzykrotnie częściej usiłowały odebrać sobie życie dziewczęta (14 proc.) niż chłopcy (5 proc.). Zamachy na własne życie częściej były podejmowane przez nastolatów starszych (15–17 lat; 10 proc.) niż młodszych (13–14 lat; 8 proc.) oraz młodzież mieszkającą w mieście (10 proc.) niż na wsi (8 proc.). Wszystkie te różnice były istotne statystycznie. Warto dodać, że oficjalne statystyki obejmują jedynie próby zgłoszone, należy więc przyjąć, że skala problemu jest większa i nieznaną jest liczba młodych osób, które targnęły się na swoje życie i nie otrzymały odpowiedniej opieki, a ich rodziny nie zostały objęte wsparciem.

Niepokojące wskaźniki dotyczą również samookaleczania – do tego typu zachowań autodestruktywnych przyznał się co piąty badany nastolatek (22 proc.) między 11. a 17. rokiem życia. Różnice istotne statystycznie dotyczyły: 1) płci – samookaleczała się jedna na trzy nastolatki (29 proc.) oraz jeden na siedmiu nastolatków (14 proc.); 2) wieku – okaleczało się 14 proc. nastolatków młodszych i 26 proc. nastolatków starszych; 3) miejsca zamieszkania – tego rodzaju zachowania autodestrukcyjne prezentowało 18 proc. nastolatków mieszkających na wsi i 25 proc. mieszkających w mieście (Makaruk i in., 2023).

Reasumując, już powyższe dane wskazują na zły stan psychiczny młodych Polaków. Informacji dotyczących kondycji polskiej młodzieży dostarczają także publikowane cyklicznie raporty Światowej Organizacji Zdrowia poświęcone zachowaniom zdrowotnym młodzieży w wieku 11, 13 i 15 lat, a realizowane w 44 krajach (*Health Behaviour in School-aged Children*, HBSC). Dane pochodzące z najnowszego raportu wskazują na kilka niepokojących trendów związanych ze zdrowiem

psychicznym (Cosma i in., 2023). Mianowicie od roku 2014 praktycznie w każdym badanym kraju obserwuje się spadek deklarowanej przez nastolatków jakości życia i coraz gorszą percepcję własnego zdrowia oraz wzrost liczby deklarowanych problemów zdrowotnych. Widać również różnice między płciami: to dziewczęta – niezależnie od wieku – deklarują niższy poziom zdrowia psychicznego we wszystkich jego badanych wymiarach. Także status społeczno-ekonomiczny rodziny ma znaczenie: młodzież z bardziej majątnych rodzin odznacza się wyższą jakością życia i lepszym zdrowiem psychicznym. O ile ogólne trendy są niepokojące, o tyle dokładna analiza stanu psychicznego polskich nastolatków nasuwa zatrważające wnioski. Poniżej zostaną opisane najważniejsze dane pochodzące z raportu HBSC i uzupełnione o wyniki innych badań. Dane te będą prezentowane zgodnie z kolejnością ich występowania w raporcie i zostaną podzielone na kilka obszarów. Pierwszym z nich będzie ocena jakości zdrowia.

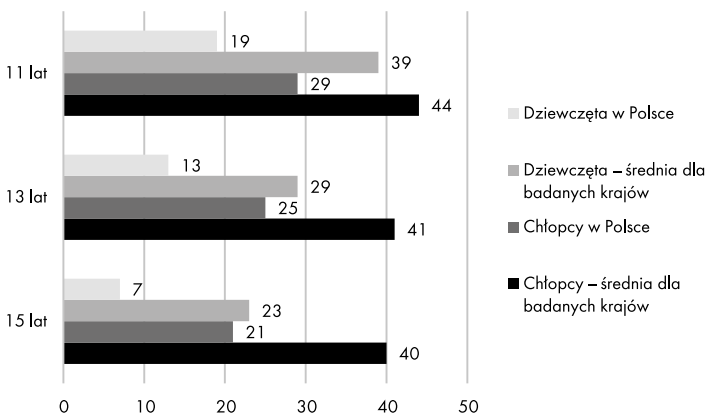
Dodajmy, że tłumaczenie, opracowanie i interpretacja danych zostały dokonane we własnym zakresie. Dołożono wszelkich starań, aby informacje przedstawić w sposób jasny i przejrzysty. Wykresy i tabele zawierają dane dotyczące wyników dla poszczególnych grup wiekowych w podziale na płeć oraz średnie dla wszystkich badanych krajów. Opisy uzupełniono o różnice istotne statystycznie.

Ocena jakości zdrowia

Odsetek polskich nastolatków oceniających swoje zdrowie jako doskonałe jest jednym z najniższych wśród badanych krajów: w grupie 11-latków Polska zajęła przedostatnie miejsce, w grupie 13-latków – trzecie od końca, w grupie 15-latków – ostatnie (Cosma i in., 2023). Warto zwrócić uwagę na duże różnice międzypłciowe, które są istotne statystycznie w każdej grupie wiekowej, ale najsilniej zarysowane w grupie najstarszej: 15-letni chłopcy oceniają własne zdrowie jako doskonałe trzy razy częściej niż ich rówieśniczki (zob. wykres 5). Co ciekawe, wpływ środowiska społeczno-ekonomicznego jest widoczny jedynie u chłopców: w grupie 20 proc. najlepiej sytuowanych chłopców zdrowie

jako doskonale ocenia 30 proc., a w grupie 20 proc. chłopców o najgorszej sytuacji materialnej – 21 proc. Jest to różnica istotna statystycznie. W grupie dziewcząt jest to odpowiednio 12 i 14 proc. i ta różnica nie jest istotna statystycznie. W raporcie Rzecznika Praw Dziecka z 2021 roku jako doskonale oceniało swoje zdrowie 36 proc. uczniów klasy drugiej szkoły podstawowej, 22 proc. uczniów klasy szóstej i 11 proc. uczniów klasy drugiej szkoły ponadpodstawowej. Porównując wyniki badań z lat 2003 i 2021, tylko w grupie dzieci najmłodszych obserwuje się wzrost oceny samopoczucia fizycznego. W pozostałych grupach widoczny jest jej spadek. Wynik ten jest interesujący i wymaga dalszych analiz.

Wykres 5. Odsetek młodzieży uznającej swoje zdrowie za doskonałe w podziale na wiek i płeć



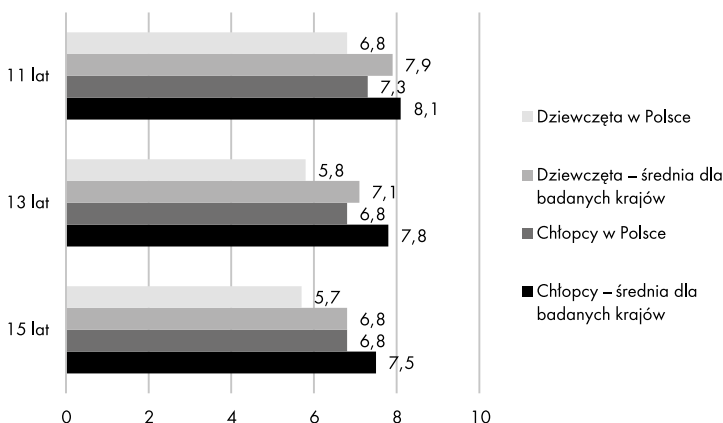
Opracowanie własne na podstawie: Cosma i in. (2023)

Ocena satysfakcji z życia

Polscy nastolatki nisko oceniają własną satysfakcję z życia – w grupie 11-latków jest to trzeci najgorszy wynik, a w grupie 13- i 15-latków – drugi najgorszy. Co ciekawe, poziom satysfakcji z życia spada wraz z wiekiem, ale silniej u dziewcząt niż u chłopców. Dla obu płci

jest on niższy od średniej dla ogółu krajów. We wszystkich badanych grupach wiekowych różnice międzypłciowe są istotne statystycznie (zob. wykres 6). Ponadto, zarówno w grupie dziewcząt, jak i chłopców wyższą satysfakcję odczuwa młodzież pochodząca z lepiej sytuowanych rodzin (i ta różnica też jest istotna statystycznie).

Wykres 6. Ocena satysfakcji z życia u młodzieży w podziale na wiek i płeć



Skala 0–10, gdzie wyższy wynik oznacza wyższą satysfakcję z życia.

Opracowanie własne na podstawie: Cosma i in. (2023).

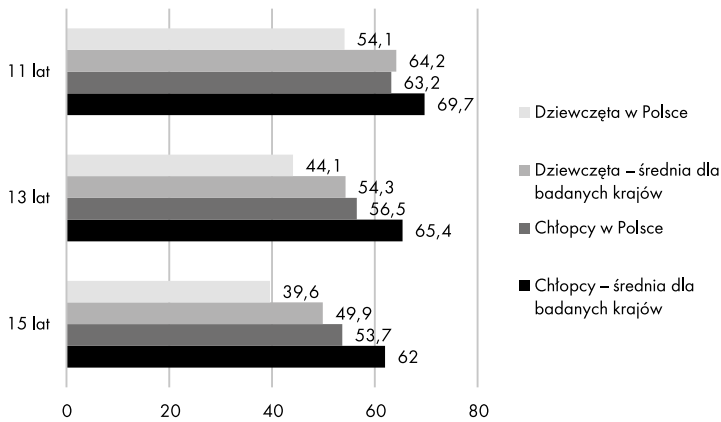
Ocena samopoczucia psychicznego

W badaniu HBSC (Cosma i in., 2023) młodych respondentów pytano o to, jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni czuli się radośni i w dobrym nastroju, spokojni i zrelaksowani, aktywni i pełni energii, a także jak często w tym czasie budzili się wypoczęci oraz mieli poczucie, że ich codzienne życie wypełnione jest treściami, które ich interesują.

Analiza danych zawartych w wykresie 7 wskazuje na złą kondycję psychiczną polskiej młodzieży, przy czym stan ten jest gorszy u dziewcząt (na poziomie istotnym statystycznie w każdej grupie wiekowej). Na tle innych krajów Polska uzyskała drugi najgorszy wynik w kategorii

11-latków i najgorszy wśród 13- i 15-latków. Ocena samopoczucia psychicznego spada wraz z wiekiem i jest niższa od średniej dla ogółu krajów.

Wykres 7. Poziom ogólnego samopoczucia w podziale na wiek i płeć



Skala 0–100, gdzie wyższy wynik oznacza lepsze psychiczne samopoczucie. Opracowanie własne na podstawie: Cosma i in. (2023).

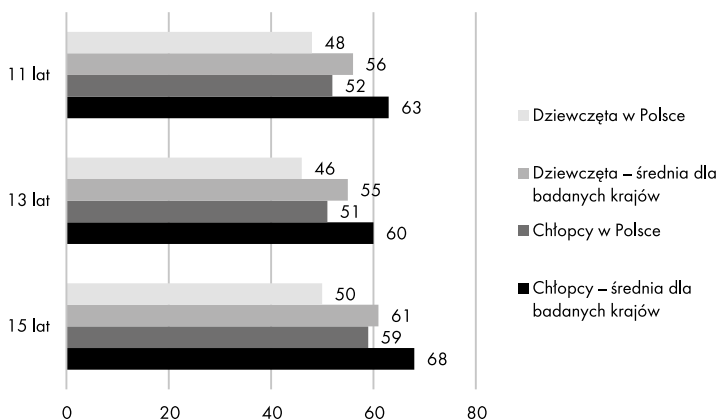
Podobnych wniosków na temat kondycji psychicznej dostarcza raport Rzecznika Praw Dziecka (2021) dotyczący jakości życia dzieci i młodzieży. Niskie samopoczucie psychiczne deklarowało 14 proc. badanych. W klasie drugiej szkoły podstawowej było to 17 proc. chłopców i 14 proc. dziewcząt (średnia dla tej grupy wiekowej to 15 proc.), a w klasach szóstej szkoły podstawowej i drugiej szkoły średniej – po 11 proc. chłopców i 15 proc. dziewcząt (średnia 13 proc.). W grupie dzieci najmłodszych i najstarszych najwięcej osób z niskim wynikiem mieszkało w dużym mieście (po 18 proc. w obu grupach). W każdej grupie wiekowej najgorzej swą kondycję psychiczną oceniali młodzi pochodzący z rodzin o trudnej sytuacji materialnej (określanej jako „nie wystarcza nam pieniędzy na bieżące wydatki”). Było to 46 proc. uczniów w klasie drugiej szkoły podstawowej, 48 proc. – w klasie szóstej i 36 proc. – w klasie drugiej szkoły ponadpodstawowej. Także dane z raportu HBSC (Cosma i in., 2023) pozwalają stwierdzić, że

wyżej swoją satysfakcję z życia ocenia młodzież (zarówno chłopcy, jak i dziewczęta) pochodząca z bardziej zamożnych domów.

Poczucie własnej skuteczności

Kolejnym badanym obszarem było poczucie własnej skuteczności (zob. wykresy 8 i 9), które definiowano w dwóch wymiarach. Pierwszym z nich było przekonanie o tym, że badani są w stanie znaleźć rozwiązanie problemów zawsze lub w większości sytuacji. Wśród wszystkich krajów uczestniczących w badaniu młodzi Polacy zajęli miejsce 34. (11-latkowie), 39. (13-latkowie) i 36. (15-latkowie). Jedynie w najstarszej grupie różnice między płciami były istotne statystycznie. Co ciekawe, obserwuje się nieznaczny wzrost odsetka młodzieży przekonanej o własnej skuteczności w zakresie rozwiązywania problemów w grupie najstarszej, przy czym silniejszy jest on u chłopców (o 7 pp.) niż u dziewcząt (o 2 pp.) w porównaniu do 11-latków. W grupie 13-latków niezależnie od płci widoczny jest nieznaczny spadek.

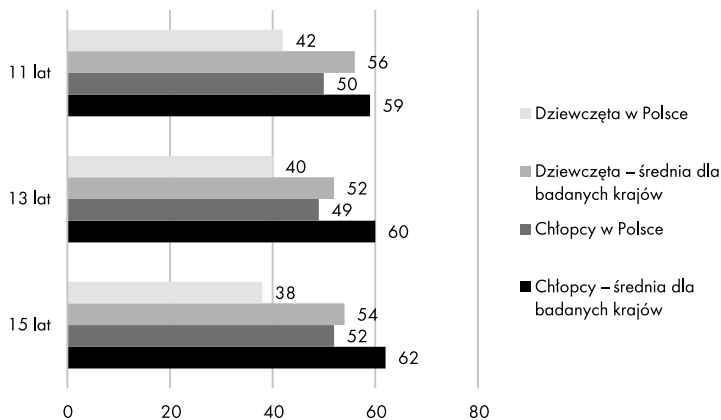
Wykres 8. Poczucie własnej skuteczności w zakresie rozwiązywania problemów w podziale na wiek i płeć



Skala 0–100, gdzie wyższy wynik oznacza wyższe poczucie własnej skuteczności. Opracowanie własne na podstawie: Cosma i in. (2023).

Podobnie słabe wyniki uzyskano w zakresie osobistego przekonania badanych o możliwości osiągnięcia celów – młodzi Polacy uplasowali się na miejscach: 38. (11-latkowie), 40. (13-latkowie) i 41. (15-latkowie) wśród badanych krajów. Jeśli chodzi o ten wymiar, różnice między chłopcami i dziewczętami były istotne we wszystkich kategoriach wiekowych, aczkolwiek można zaobserwować ciekawy trend: u chłopców następował nieznaczny wzrost, u dziewcząt zaś – spadek. Uwzględniając zarówno przekonanie o możliwości znalezienia rozwiązania problemów, jak i osiągnięcia wyznaczonych celów, wyższe wyniki uzyskali nastolatki z rodzin o lepszej sytuacji materialnej. W przypadku rozwiązywania problemów różnice te sięgały około 10 pp. (48 proc. chłopców z rodzin o niskim statusie i 57 proc. chłopców z rodzin o wysokim statusie jest przekonanych, że są w stanie znaleźć rozwiązanie problemu zawsze lub prawie zawsze; w przypadku dziewcząt jest to odpowiednio – 41 proc. i 51 proc.). W zakresie osiągnięcia celów różnice te są jeszcze bardziej widoczne, wynosząc 17 pp. dla dziewcząt (32 proc. dla grupy z rodzin o niskich dochodach i 49 proc. dla grupy o wysokich dochodach) oraz 15 pp. dla chłopców (odpowiednio 43 proc. i 58 proc.).

Wykres 9. Poczucie własnej skuteczności w zakresie osiągnięcia celów w podziale na wiek i płeć

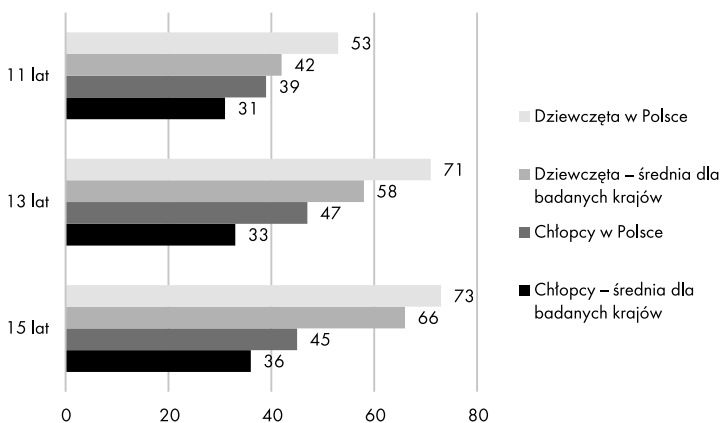


Skala 0–100, gdzie wyższy wynik oznacza wyższe poczucie własnej skuteczności. Opracowanie własne na podstawie: Cosma i in. (2023).

Dolegliwości zdrowotne

Następnie pytano o to, jak często nastolatki doświadczają dolegliwości zdrowotnych takich jak: bóle pleców, głowy, brzucha, trudności ze snem, poczucie bycia zdenerwowanym, poczucie rozdrażnienia, złe samopoczucie i zawroty głowy. Dane dotyczące poszczególnych wymiarów są zróżnicowane, tj. polscy nastolatki osiągają zarówno wysokie wyniki (np. związane z doświadczaniem złego samopoczucia, byciem zdenerwowanym i poczuciem rozdrażnienia), jak i dość przeciętne (np. związane z trudnościami ze snem). W większości badanych obszarów wyraźnie zarysowują się różnice międzypłciowe. Biorąc pod uwagę wszystkie wymienione powyżej dolegliwości, polscy nastolatki są w ścisłej czołówce wśród badanych krajów, tj. na miejscu piątym (11- i 15-latkowie) oraz trzecim (13-latkowie). Różnice między płciami okazały się istotne statystycznie w przeciwieństwie do różnic między nastolatkami z mniej i bardziej majątnych domów (zob. wykres 10).

Wykres 10. Odsetek młodzieży, która doświadczała dwóch lub więcej dolegliwości zdrowotnych częściej niż raz w tygodniu w ciągu ostatnich sześciu miesięcy w podziale na wiek i płeć

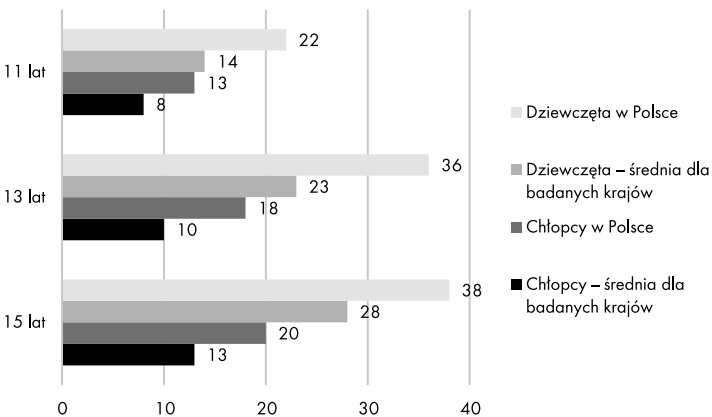


Opracowanie własne na podstawie: Cosma i in. (2023).

Poczucie osamotnienia

Polscy nastolatki czują się najbardziej osamotnieni spośród reprezentantów badanych krajów: jedynie w grupie 11-latków było to drugie miejsce, w pozostałych zaś – pierwsze. Warto zwrócić uwagę na istotne statystycznie różnice między płciami, zwłaszcza na dramatyczny wzrost odsetka dziewcząt, które w ciągu ostatniego roku doświadczały poczucia osamotnienia (przez większość czasu lub zawsze) w grupie najstarszej. Wskaźnik ten jest prawie dwukrotnie wyższy w grupie 15-latek (38 proc.) aniżeli 11-latek (22 proc.) (zob. wykres 11).

Wykres 11. Odsetek młodzieży, która czuła się w ciągu ostatniego roku przez większość czasu lub zawsze osamotniona w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Cosma i in. (2023).

Kolejnym ważnym wnioskiem płynącym z badań jest wzrost poziomu odczuwanego stresu szkolnego. Na przestrzeni lat spada odsetek uczniów, którzy deklarują, że nie czują stresu wcale (z 23,9 proc. w 2010 roku do 13 proc. w 2018 roku). Zwiększa się natomiast odsetek młodych, którzy doświadczają bardzo dużo (z 9,4 proc. w 2010 roku do 14,4 proc. w 2018 roku) i dużo stresu (z 12,4 proc. do 24,6 proc.). Co więcej, obserwuje się pewne trendy spadkowe dotyczące

kontaktów z rodzicami. Otóż poziom wysokiego i niskiego wsparcia ze strony rodziców jest prawie równoliczny (39 proc. – wysoki, 38 proc. – niski), jednak wraz z wiekiem zanika łatwość rozmów z rodzicami (Szredzińska, 2022). Renata Szredzińska (2022) zauważa, że tendencja ta jest niepokojąca także w porównaniu z innymi krajami europejskim. W Polsce jeszcze przed dwiema dekadami jakość kontaktów z rodzicami była oceniana wyjątkowo pozytywnie na tle pozostałych państw, ale od 2006 roku obserwuje się spadek tych ocen. W innych krajach tendencja jest odwrotna.

Reasumując, dostępne raporty wskazują na zły stan psychiczny młodego pokolenia oraz na nagłą wręcz potrzebę wprowadzenia działań naprawczych. Jak wspomniano wyżej, od 2019 roku wprowadzana jest reforma psychiatrii, ale jej omówienie wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Kolejne zagadnienie będzie dotyczyć problemu nadwagi i otyłości oraz profilaktyki w tym zakresie.

Nadwaga i otyłość

Problem nadmiernej masy ciała u dzieci i młodzieży jest podejmowany w literaturze przedmiotu od wielu lat. Zwraca się uwagę nie tylko na potencjalne obciążenia fizyczne, ale też na psychospołeczne konsekwencje, które w tej grupie wiekowej mogą być dalece negatywne (por. Wiśniewska, 2014). Jednak mimo coraz większej świadomości problemu i implementacji różnych oddziaływań, nadal obserwuje się wzrost liczby młodych osób z nadwagą i otyłością. Zjawisko to jest uwarunkowane wieloczynnikowo, a jego leczenie wymaga działań interdyscyplinarnych (por. Wiśniewska i Celińska-Miszczuk, 2017).

Wspomniany problem jest też omawiany w raporcie HBSC (Rakić i in., 2024). Proponowane rozwiązania obejmują nie tylko promowanie aktywności fizycznej oraz zdrowego żywienia w szkole i poza nią, ale także zwiększenie dostępności m.in. owoców, warzyw, chudego mięsa, pieczywa pełnoziarnistego i innych zdrowych produktów w stołówkach szkolnych. Równie ważne jest projektowanie otoczenia zachęcającego do ruchu (np. ścieżki rowerowe, bezpieczne chodniki umożliwiające

dostanie się do szkoły) oraz tworzenie regulacji prawnych ograniczających wpływ reklam niezdrowej żywności na dzieci i młodzież albo służących dodatkowemu opodatkowaniu produktów bogatych w cukier, sól, tłuszcze trans czy o niskiej wartości odżywczej. Ponadto, dostrzega się konieczność wprowadzania programów zachęcających do kontynuowania aktywności fizycznej w życiu dorosłym.

Autorzy raportu (Rakić i in., 2024) zwracają uwagę na występowanie różnic na poziomie krajów czy regionów, co może sugerować potencjalne wpływy kulturowe lub społeczne związane ze specyfiką danego miejsca (np. tradycja uprawiania sportu, kuchnia regionalna). Znaczenie ma też status społeczno-ekonomiczny: młodzi z domów o lepszej sytuacji materialnej częściej uczestniczą w aktywnościach fizycznych poza szkołą, co skłania do pytań o dostępność takich usług dla rodzin mniej zamożnych. Podobne społecznie nierówności obserwuje się w przypadku spożywania warzyw, owoców i picia słodzonych napojów. Dane dotyczące braku zadowolenia dzieci i młodzieży z własnego ciała (w tym postępujący wraz z wiekiem wzrost niezadowolenia lub dostrzegalne różnice między płciami) są zbieżne z literaturą przedmiotu (por. Wiśniewska, 2014).

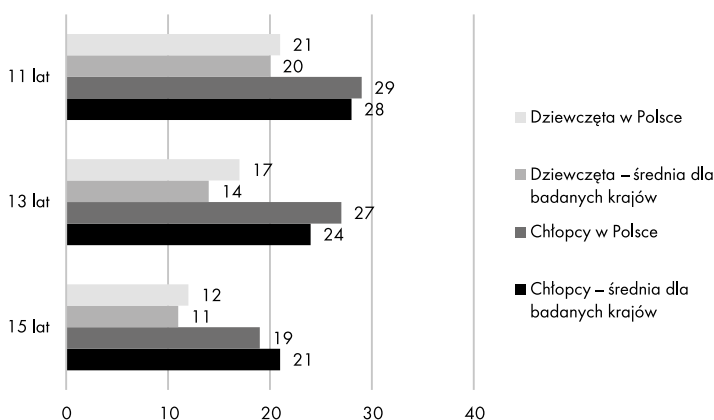
Analizując dane na temat nawyków związanych z aktywnością fizyczną i jedzeniem wśród osób poniżej 18. roku życia, można dostrzec kilka niepokojących trendów. Omówimy je poniżej.

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczną definiuje się jako udział w zajęciach o średniej lub dużej intensywności (MVPA) trwających minimum 60 minut w dwa lub mniej dni w tygodniu. W tym zakresie polscy nastolatki uplasowali się na 13. miejscu wśród badanych krajów. Prawie co trzecia dziewczyna (31 proc.) i blisko co czwarty chłopiec (23 proc.) spełnia kryterium braku aktywności. Niepokoi wzrost odsetka młodzieży nieaktywnej fizycznie w okresie między 2018 a 2022 rokiem – wynosił on 11 pp. u dziewcząt i 6 pp. u chłopców. Dostrzegalne jest obniżanie się aktywności fizycznej wraz z wiekiem (zob. wykres 12). Co więcej,

istotnie statystycznie w każdej grupie wiekowej są różnice płciowe. Znaczenie ma też status społeczno-ekonomiczny rodziny. Ćwiczy prawie co czwarta (23 proc.) dziewczyna pochodząca z zamożnej rodziny i co szósta (15 proc.) z mniej zamożnej. W przypadku chłopców ta różnica rysuje się jeszcze wyraźniej i wynosi 18 pp. (ćwiczy 35 proc. chłopców z domów zamożnych i 17 proc. z mniej zamożnych).

Wykres 12. Odsetek młodzieży aktywnej fizycznie przez co najmniej 60 minut każdego dnia w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Rakić i in. (2024).

Warto przytoczyć wyniki badania *Nastolatki 3.0* (Lange i in., 2023), z którego wynika, że młodzi ludzie w dni wolne od zajęć szkolnych poświęcają na aktywność w cyberprzestrzeni średnio 6 godzin i 16 minut (w dni zajęć szkolnych jest to 5 godzin i 36 minut), a ponad połowa nastolatków (54,9 proc.) korzysta ze smartfona lub internetu, równocześnie wykonując często lub bardzo często inne czynności. Rodzice nie doszacowują czasu, który ich dzieci spędzają w sieci – według nich jest to prawie cztery razy mniej niż w rzeczywistości (podawany przez rodziców czas wynosił średnio około 1,5 godziny). Od roku 2014 czas poświęcany na internet zwiększył się o prawie dwie godziny dziennie. Być może stąd także wynika spadek aktywności

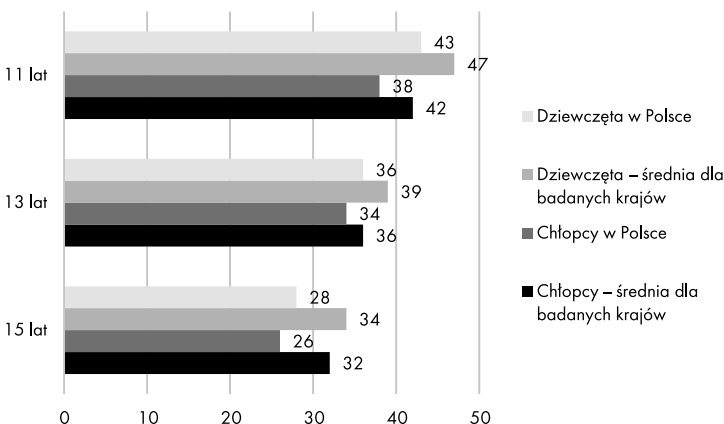
fizycznej – młodzi przedkładają obcowanie z nowoczesnymi technologiami nad uprawianie sportu czy ruch na świeżym powietrzu.

Jedzenie

Również analiza danych dotyczących jedzenia (spożywanie warzyw, owoców i słodczy) wskazuje na kilka niepokojących trendów, które mogą przełożyć się na wzrost masy ciała (zob. wykresy 13, 14, 15).

Spożycie owoców spada wraz z wiekiem, przy czym tendencja ta jest silniej zarysowana u dziewcząt (o 15 pp.) niż u chłopców (o 12 pp.). Różnice międzypłciowe nie są istotne statystycznie w żadnej z grup. Znaczenie ma za to status społeczno-ekonomiczny rodziny. Otóż codziennie spożywa owoce 25 proc. chłopców i 29 proc. dziewcząt z mniej zamożnych rodzin oraz 39 proc. chłopców i 42 proc. dziewcząt – z bardziej zamożnych.

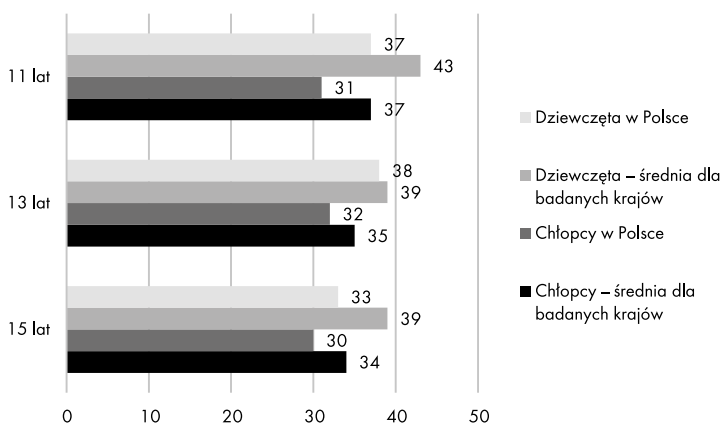
Wykres 13. Odsetek młodzieży, która spożywa owoce przynajmniej raz dziennie w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Rakić i in. (2024).

W przypadku warzyw także obserwuje się spadek odsetka młodzieży starszej, która spożywa je codziennie, ale jest on mniej wyraźny niż w przypadku konsumpcji owoców (zob. wykres 14). Różnice między płaciami są istotne statystycznie w grupie 11- i 13-latków – więcej dziewcząt deklaruje codzienne spożywanie warzyw. Podobnie jak w przypadku owoców, znaczenie ma zamożność rodziny: codziennie spożywa warzywa większy odsetek dzieci o wyższym statusie społeczno-majątkowym, niż czynią to rówieśnicy z mniej zamożnych rodzin – u dziewcząt jest to 41 proc. do 30 proc., u chłopców – 39 proc. do 23 proc.

Wykres 14. Odsetek młodzieży, która spożywa warzywa przynajmniej raz dziennie w podziale na wiek i płeć

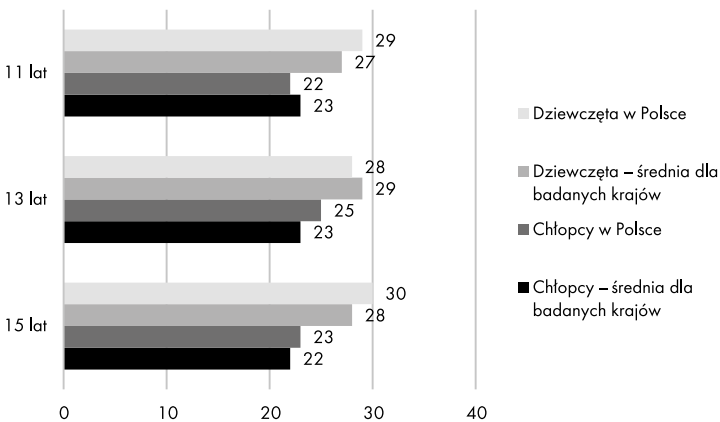


Opracowanie własne na podstawie: Rakić i in. (2024).

Obserwuje się niewielki wzrost ilości spożytych słodczy (o 1 pp.) między rokiem 2018 a 2022, ale za to wyraźny spadek (drugi po Malcie) w ilości wypijanych słodkich napojów (o 5 pp. u dziewcząt i 6 pp. u chłopców). Co trzecia dziewczyna i co piąty chłopiec spożywa słodczy przynajmniej raz dziennie – wyniki są zbliżone do średniej dla wszystkich krajów niezależnie od wieku i płci badanych (zob.

wykres 15). Różnice międzypłciowe są istotne statystycznie w grupie 11- i 15-latków. Nie ma za to znaczenia zamożność rodziny.

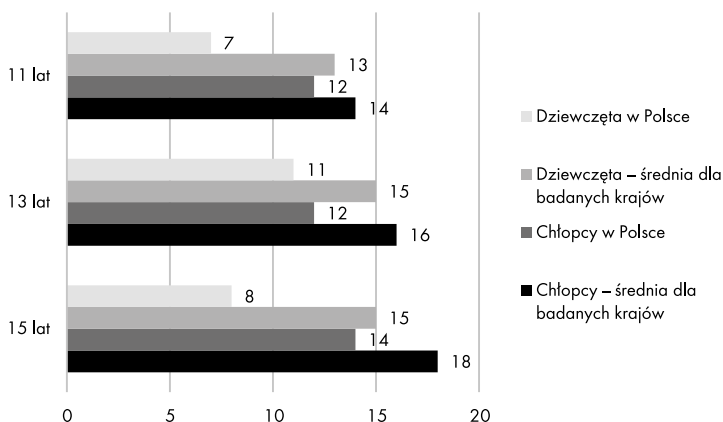
Wykres 15. Odsetek młodzieży, która codziennie spożywa słodczyce w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Rakić i in. (2024).

W przypadku słodzonych napojów warto zauważyć, że odsetek polskich nastolatków sięgających po nie codziennie jest niższy niż średnia dla całego badania (zob. wykres 16). Różnice między płciami są istotne na poziomie statystycznym dla 11- i 15-latków, a status społeczno-ekonomiczny ma znaczenie tylko w przypadku chłopców. Dodajmy, że o 3 pp. więcej chłopców (16 proc.) z zamożnych gospodarstw pije słodzone napoje w porównaniu do ich gorzej sytuowanych rówieśników.

Wykres 16. Odsetek młodzieży, która codziennie pije słodzone napoje w podziale na wiek i płeć

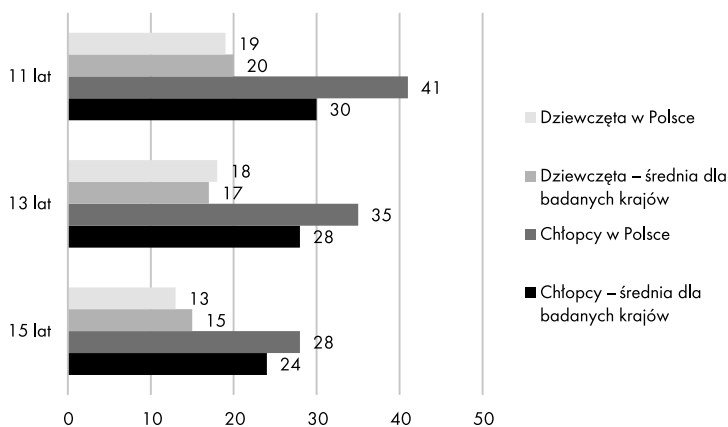


Opracowanie własne na podstawie: Rakić i in. (2024).

Procentowe wskaźniki nadmiernej masy ciała

Między rokiem 2018 a 2022 wzrosła liczba młodzieży z nadwagą i otyłością (o 2 pp. u dziewcząt i 5 pp. u chłopców – różnica między płciami jest istotna statystycznie). Polscy nastolatki są w czołówce badanych krajów, zajmując miejsce siódme (11-latków) oraz 10. (13-latków). W grupie 15-latków plasują się na 17. miejscu. Wyraźnie zarysowane są różnice między płciami – niezależnie od wieku nadmierną masę ciała ma około dwa razy więcej chłopców niż dziewcząt. Wraz z wiekiem spada odsetek dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością – u chłopców różnica ta wynosi 13 pp., u dziewcząt – 6 pp. (zob. wykres 17). Nie można jednak zakładać, że dziecko „wyrośnie” z nadmiernej masy ciała.

Wykres 17. Odsetek młodzieży z nadmierną masą ciała w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Rakić i in. (2024).

Dane pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego (2020) wskazują na niższe wskaźniki nadmiernej masy ciała u młodzieży starszej – między 15. a 19. rokiem życia. Jednak niepokoi trend wzrostowy obserwowany na przestrzeni lat (zob. tabela 3).

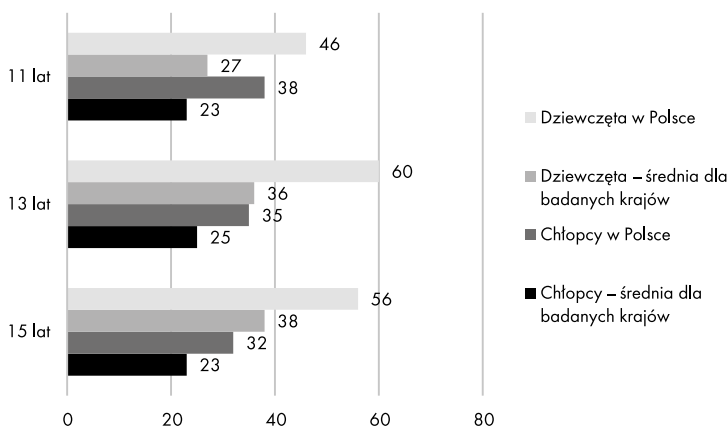
Tabela 3. Wartości BMI w podziale na kategorie i płeć w latach 2009–2019

Wartość BMI u osób między 15. a 19. rokiem życia		2009	2014	2019
25–27,49	kobiety	3,4	6,1	6,0
	mężczyźni	9,4	7,4	11,2
	ogółem	6,4	6,8	8,7
27,5–29,9	kobiety	0,9	3,3	3,6
	mężczyźni	4,2	4,6	5,5
	ogółem	2,6	3,9	4,6
30 i powyżej	kobiety	1,3	2,7	2,8
	mężczyźni	1,8	2,3	3,4
	ogółem	1,6	2,5	3,1

Opracowanie własne na podstawie: GUS (2020).

Polscy nastolatki, niezależnie od masy ciała, są przekonani, że są za grubi. Różnice międzypłciowe są wyraźnie zarysowane – przekonanie, że jest się grubym wyraża blisko co trzeci nastolatek i co druga nastolatka. Szczególnie wysoki odsetek osób niezadowolonych z własnego ciała jest w grupie 13-latków i wynosi 35 proc. dla chłopców i aż 60 proc. dla dziewcząt (zob. wykres 18). Być może ma to związek z początkiem zmian w zakresie fizyczności wynikających z rozpoczęcia dojrzewania. Znaczenia nie ma zamożność rodziny. Wskaźniki te są zbliżone do tych, które uzyskali polscy nastolatki w latach 2014 i 2018.

Wykres 18. Odsetek młodzieży, która uważa, że jest za gruba w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Rakić i in. (2024).

Omówione powyżej wyniki są niepokojące, gdyż brak zadowolenia z własnego ciała uznaje się za jeden z czynników mogących mieć wpływ na rozwój zaburzeń odżywiania. W świetle badań EZOP-II (Ostaszewski, Kucharski i Stokwiszewski, 2021), na zaburzenia odżywiania cierpi prawie trzykrotnie więcej dziewcząt (3,99 proc.) niż chłopców (1,39 proc.). Różnice te są szczególnie istotne dla anoreksji (3,42 proc. dziewcząt, 1,13 proc. chłopców). W przypadku bulimii są mniej zarysowane – 0,38

proc. dziewcząt i 0,26 proc. chłopców. Dla napadowego objadania się podane są jedynie dane dla dziewcząt – 0,34 proc.

Nałogi i uzależnienia

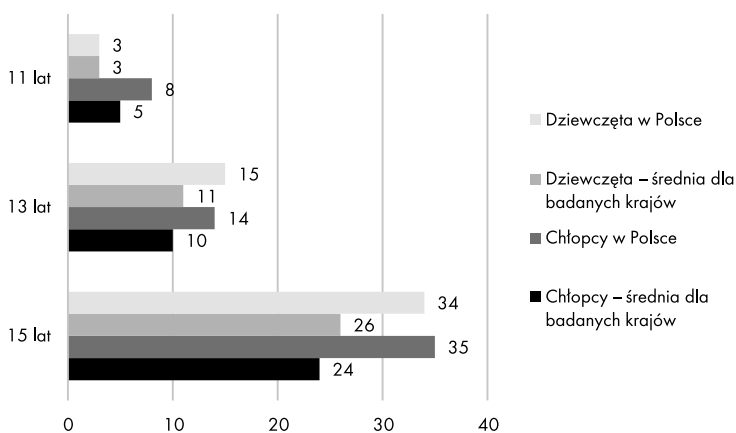
W kontekście dyskusji o zdrowiu młodych Polaków, nie sposób nie wspomnieć o problemie nałogów i uzależnień. W świetle wyników badania HBSC (Charrier i in., 2024), Polska jest jednym z nielicznych krajów, w których obserwuje się różnice w trendach dotyczących uzależnień w grupie młodzieży z mniej i z bardziej zamożnych rodzin.

Wyniki badań we wszystkich krajach wskazują na potrzebę realizowania oddziaływań profilaktycznych nie tylko w środowisku szkolnym, ale również obejmujących rodzinę i społeczność lokalną. Placówki oświatowe są ważnym miejscem, tyle że skupienie się jedynie na nich może być niewystarczające. Autorzy (Charrier i in., 2024) zwracają uwagę na to, że prewencja jest istotna w kontekście zarówno zdrowia nastolatków, jak też ich późniejszego dorosłego życia. Postulują oni egzekwowanie regulacji prawnych dotyczących wieku uprawniającego do zakupu alkoholu i papierosów wraz z zakazem promocji, reklamy i sponsoringu tychże produktów, a także proponują wprowadzenie podatków powodujących, że alkohol, papierosy i e-papierosy będą droższe i mniej dostępne dla młodzieży. Podkreślają potrzebę rozwijania interwencji opartych na dowodach naukowych. Zwracają ponadto uwagę na problem wapingu, czyli dostarczania do organizmu substancji z sushu konopnego za pomocą waporyzacji.

Stałym problemem w Polsce jest palenie przez młodzież papierosów. Wśród wszystkich badanych krajów grupa 11-latków zajmuje szóste miejsce, grupa 13-latków – 11., a grupa 15-latków – siódme. Wraz z dorastaniem młodzieży odnotowuje się wyraźny wzrost odsetka osób sięgających po papierosy (zob. wykres 19). Różnice międzypłciowe są istotne tylko w grupie najmłodszej. Interesująco sprawa wygląda, gdy uwzględnia się zamożność rodziny: o ile w grupie dziewcząt po papierosa sięgało więcej nastolatków z mniej zamożnych domów (25 proc.) w porównaniu z rówieśniczkami z domów bardziej zamożnych (21

proc.), to w grupie chłopców trend jest odwrotny – 16 proc. z uboższych domów i 24 proc. z domów bogatszych.

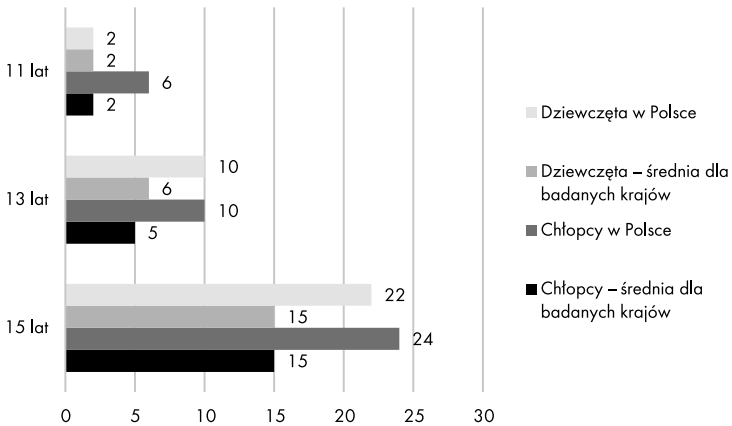
Wykres 19. Odsetek młodzieży, która kiedykolwiek paliła w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Charrier i in. (2024).

Podobna różnica występuje w przypadku palenia w ciągu ostatnich 30 dni (zob. wykres 20). Przyznało się do tego 18 proc. chłopców z zamożnych domów i 12 proc. z mniej zamożnych. Różnica ta była istotna statystycznie. U dziewcząt zaś różnica nie była istotna statystycznie (16 proc. z mniej zamożnych domów i 12 proc. z bardziej zamożnych). Warto zauważyć, że polscy nastolatki zajmują czwarte miejsce w grupie 11- i 13-latków oraz szóste w grupie 15-latków pod względem liczby osób, które paliły w ciągu 30 dni przed badaniem. Niepokojący jest fakt, że w tej ostatniej grupie po papierosa w ciągu miesiąca sięgnęło 22 proc. dziewcząt i 24 proc. chłopców.

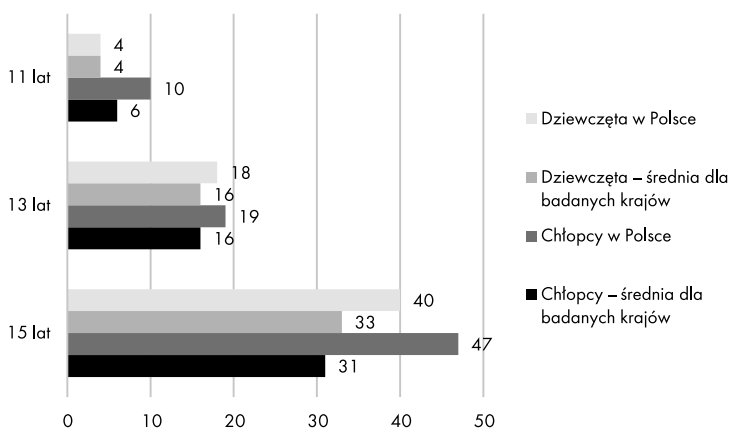
Wykres 20. Odsetek młodzieży, która paliła w ciągu 30 dni przed badaniem w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Charrier i in. (2024).

Kolejnym analizowanym aspektem było korzystanie z papierosów elektronicznych. We wszystkich grupach wiekowych, niezależnie od płci, odsetek młodych osób, które zarówno kiedykolwiek, jak i w ciągu ostatnich 30 dni, paliły papierosy elektroniczne, jest wyższy niż w przypadku tradycyjnych papierosów. Szczególnie zastanawiają wyniki w grupie najmłodszych badanych: 10 proc. chłopców i 4 proc. dziewcząt w wieku 11 lat przynajmniej raz w życiu sięgnęło po papierosy elektroniczne. W przypadku 13-latków był to już co piąty nastolatek (18 proc. dziewcząt i 19 proc. chłopców), a grupie 15-latków – prawie połowa (47 proc. chłopców i 40 proc. dziewcząt). W najmłodszej i najstarszej grupie różnice między płciami były istotne statystycznie. W przypadku chłopców znaczenie miała zamożność rodziny – po e-papierosy sięgał co trzeci nastolatek z bogatszej rodziny (30 proc.) i co piąty z mniej zamożnej (21 proc.) (zob. wykres 21).

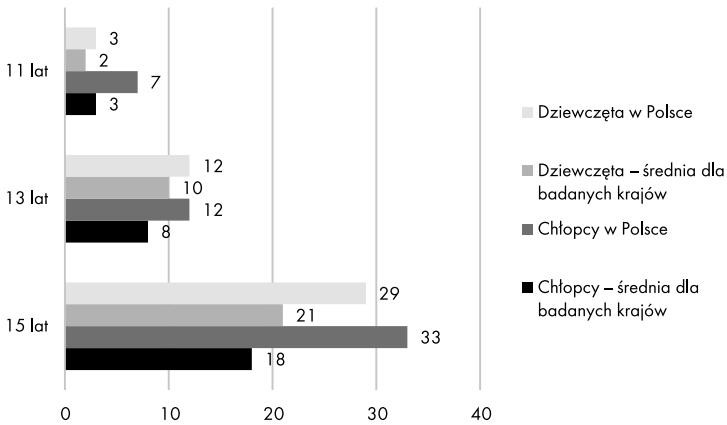
Wykres 21. Odsetek młodzieży, która kiedykolwiek paliła e-papierosy w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Charrier i in. (2024).

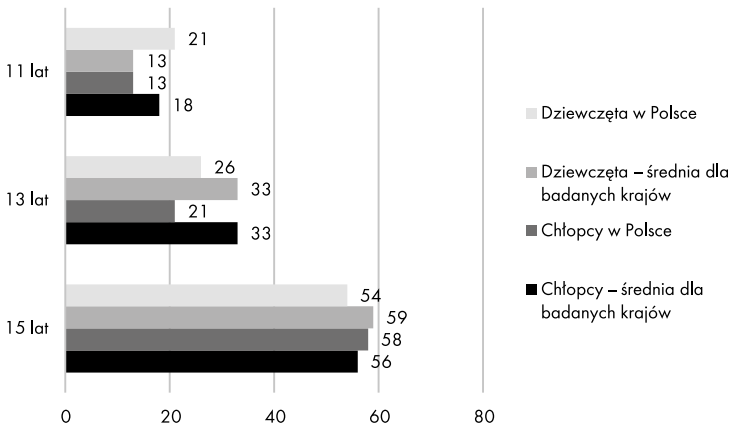
Jeśli chodzi o dane dotyczące używania e-papierosów w ciągu ostatniego miesiąca (zob. wykres 22), w najmłodszej grupie widać różnice międzypłciowe: 3 proc. dziewcząt i 7 proc. chłopców paliło e-papierosa, co daje Polsce trzecie miejsce wśród badanych krajów. W pozostałych grupach różnice nie są istotne statystycznie. Warto podkreślić, że co dziesiąty 13-latek (po 12 proc. w przypadku każdej z płci) i co trzeci 15-latek (29 proc. dziewcząt i 33 proc. chłopców) korzystał z e-papierosa w ciągu ostatnich 30 dni. Wśród dziewcząt status materialny rodziny nie ma znaczenia statystycznego, jednak był on istotny wśród chłopców: e-papierosy palił prawie co czwarty nastolatek z zamożnej rodziny (23 proc.) i co szósty (15 proc.) z mniej zamożnej. Warto podkreślić, że w Polsce wyższe wskaźniki używania e-papierosów występują u chłopców, co jest trendem odwrotnym niż obserwowany wśród ogółu badanych krajów.

Wykres 22. Odsetek młodzieży, która paliła e-papierosy w ciągu 30 dni przed badaniem w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Charrier i in. (2024).

Wykres 23. Odsetek młodzieży, która piła alkohol przynajmniej raz w życiu w podziale na wiek i płeć

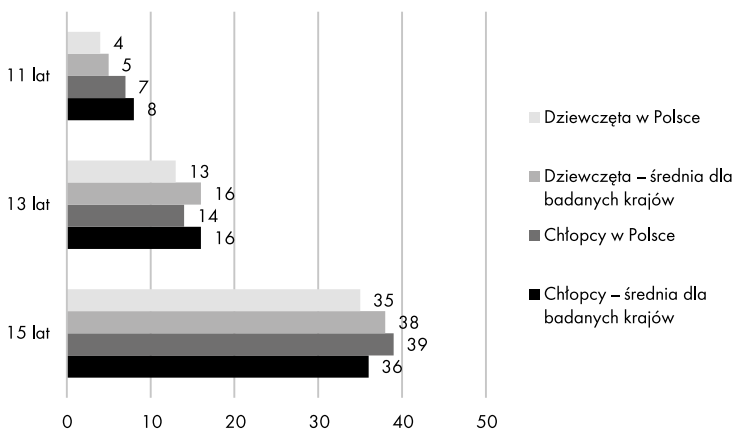


Opracowanie własne na podstawie: Charrier i in. (2024).

Analiza danych dotyczących picia alkoholu dostarcza kilku interesujących wniosków. Młodzi respondenci z Polski zajmują 32. (11-latkowie), 36. (13-latkowie) i 29. (15-latkowie) miejsce pod względem odsetka osób, które kiedykolwiek sięgnęły po alkohol. Ponadto, w większości przypadków uzyskane wskaźniki są niższe od zaobserwowanych dla ogółu badanych krajów (zob. wykres 23).

Podobna tendencja na tle ogółu badanych krajów występuje w przypadku picia alkoholu w ciągu ostatniego miesiąca (zob. wykres 24). Postępujący wraz z wiekiem wzrost odsetka młodzieży, która nie tylko sięga po alkohol, ale i wprowadza się w stan upojenia, nasuwa pytania dotyczące dostępności alkoholu dla osób poniżej 18. roku życia. Dodajmy, że różnice międzypłciowe na poziomie istotności statystycznej odnotowano jedynie w grupie najmłodszej.

Wykres 24. Odsetek młodzieży, która piła alkohol w ciągu 30 dni przed badaniem w podziale na wiek i płeć

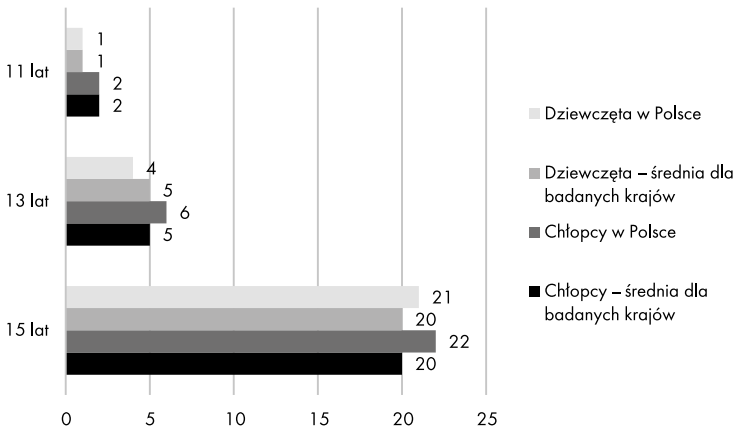


Opracowanie własne na podstawie: Charrier i in. (2024).

Z kolei dane dotyczące upicia się przynajmniej dwukrotnie w ciągu całego życia są zbliżone do średniej dla ogółu badanych krajów. Takie doświadczenie ma za sobą jedna na 100 dziewcząt oraz jeden na 50 chłopców w grupie najmłodszej. Występujące różnice między płciami

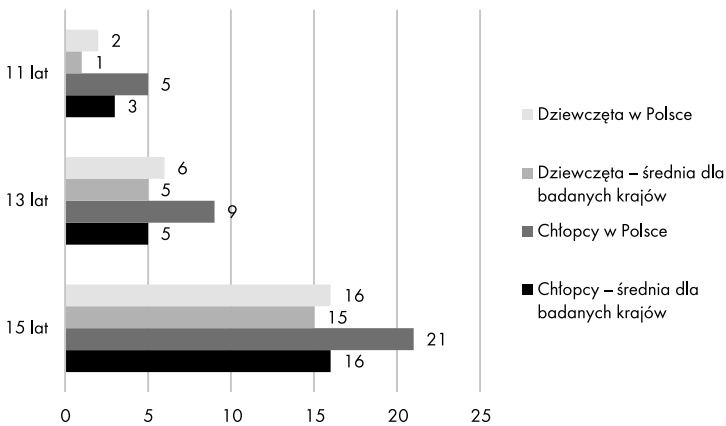
okazały nieistotne statystycznie we wszystkich grupach wiekowych (zob. wykres 25).

Wykres 25. Odsetek młodzieży, która upiła się przynajmniej dwukrotnie w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Charrier i in. (2024).

Wykres 26. Odsetek młodzieży, która upiła się w ciągu 30 dni przed badaniem w podziale na wiek i płeć



Opracowanie własne na podstawie: Charrier i in. (2024).

Jednak dane, które wskazują na upicie się w ciągu ostatniego miesiąca windują polskich nastolatków na początek stawki badanych krajów. W przypadku 11-latków jest to piąte miejsce, w przypadku 13-latków – ósme, a w przypadku 15-latków – 13. Różnice międzypłciowe były istotne w grupach 11- i 13-latków (zob. wykres 26).

Warto podkreślić, że we wszystkich wymienionych aspektach dotyczących picia alkoholu różnice między osobami pochodzącymi z bardziej i mniej zamożnych rodzin występują jedynie w grupie chłopców. To młodzi z bogatszych domów mieli częstszy kontakt z alkoholem (36 proc. vs. 28 proc.), pili w ciągu ostatniego miesiąca (27 proc. vs. 15 proc.), upili się w życiu przynajmniej dwukrotnie (13 proc. vs. 8 proc.) i w ciągu ostatniego miesiąca (16 proc. vs. 10 proc.).

Badano także używanie przez młodzież konopi indyjskich – pytanie to zadawano jedynie 15-latkom. W swoim życiu 13 proc. dziewcząt i 22 proc. chłopców sięgnęło po marihuanę (średnia dla wszystkich krajów to 11 proc. – dziewczęta i 13 proc. – chłopcy), a w ciągu ostatniego miesiąca było to odpowiednio 8 proc. i 17 proc. (średnia – 5 proc. i 8 proc.). Używanie konopi indyjskich plasuje polskie nastolatki na miejscu ósmym (ogólnie w życiu) i trzecim (w ostatnim miesiącu) wśród badanych krajów. Różnice między płciami są istotne statystycznie. W przypadku chłopców znaczenie ma też zamożność rodziny. Konopie indyjskie przynajmniej raz w swoim życiu palił jeden na trzech nastolatków z zamożnych domów (29 proc.) i jeden na ośmiu (13 proc.) z mniej zamożnych. Podobna różnica występowała w przypadku używania marihuany w ciągu ostatniego miesiąca (22 proc. – nastolatki z zamożnych domów i 11 proc. – z mniej zamożnych). Status społeczno-ekonomiczny nie miał znaczenia w przypadku dziewcząt.

Oprócz powyżej opisanych zagadnień, warto jeszcze wspomnieć o problematycznym użytkowaniu internetu (PUI). W badaniu *Nastolatki 3.0* (Lange i in., 2023) zaobserwowano wzrost o 5,1 pp. odsetka młodzieży wykazującej bardzo wysokie natężenie PUI w porównaniu z badaniami z 2020 roku – obecnie jest to 8,3 proc. osób. Co trzeci osoba prezentuje wysoki poziom PUI (31 proc.) – w tej kategorii zaobserwowano niewielki spadek (o 2,6 pp.). Większość nastolatków uzyskała wyniki niskie i przeciętne (60,7 proc.). Analizując rezultaty

badania, można stwierdzić, że: 1) chłopcy nieco częściej (o 3 pp.) niż dziewczęta spełniają kryteria wykazujące wysoki lub bardzo wysoki poziom PUI; 2) siódmoklasiści częściej (41,8 proc.) niż uczniowie drugiej klasy szkoły ponadpodstawowej (35,6 proc.) wykazują wysokie lub bardzo wysokie wyniki PUI; 3) miejsce zamieszkania nie różnicuje znacząco wyników PUI – na wsi i w małych miastach wskaźnik jest nieznacznie wyższy (o niecałe 2 pp.) niż w miastach dużych.

Ku syntezie

Analiza rezultatów badań dotyczących zdrowia dzieci i młodzieży pozwala na sformułowanie kilku wniosków. Po pierwsze, obserwuje się nie tylko spadek jakości zdrowia psychicznego w różnych jego wymiarach, lecz także słabsze oddziaływanie czynników, które można uznać za chroniące (np. aktywność fizyczna, odpowiednie odżywianie, wsparcie ze strony rodziców, ochrona przed przemocą rówieśniczą, poczucie własnej skuteczności). Coraz większą rolę w życiu nastolatków odgrywa cyberprzestrzeń, co skutkować może m.in. problematycznym użytkowaniem internetu. Odnotowuje się nie tylko spadek oceny jakości własnego zdrowia, ale i dużą liczbę zgłaszanych dolegliwości zdrowotnych. Dostrzegalny jest wzrost odsetka nastolatków z nadmierną masą ciała, szczególnie chłopców. Należy zatem zastanowić się nad przyczynami dostępności niezdrowej żywności dla młodych ludzi oraz nad możliwością realizowania adekwatnej profilaktyki, np. w stołówkach szkolnych.

Ponadto, wzrasta liczba młodych osób, które wymagają specjalistycznej opieki z uwagi na zaburzenia psychiczne, a jednocześnie – jak wskazują wyniki badania EZOP-II (Ostaszewski, Kucharski i Stokwieszewski, 2021) – jedynie co piąty nastolatek (20 proc.) potrzebujący pomocy uzyskuje ją w ramach świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia. Pokazuje to ogromną lukę między potrzebami dzieci i młodzieży a możliwościami systemu opieki zdrowotnej (Szredzińska, 2022) oraz wyjaśnia, przynajmniej częściowo, dlaczego zamożność rodziny i jej sytuacja społeczno-ekonomiczna ma znaczenie dla dobrostanu

młodej generacji. Od roku 2019 trwa w Polsce reforma psychiatrii dzieci i młodzieży, której celem jest m.in. podwyższenie nakładów finansowych, poprawa dostępności świadczeń w ramach NFZ, a także zwiększenie liczby specjalistów pracujących z dziećmi. Dostępność świadczeń nadal pozostawia wiele do życzenia, ale równie szkodliwa może być rezygnacja z szukania pomocy z obawy przed tym, że jej się nie uzyska. Niewątpliwie, nie da się naprawić systemu w ciągu roku czy dwóch, jednak zasadne jest pytanie, kiedy pierwsze efekty podejmowanych działań będą widoczne oraz czy reforma przełoży się na poprawę funkcjonowania dzieci i młodzieży.

Ministerstwo Zdrowia publikuje dane pokazujące wzrost liczby psychiatrów dzieci i młodzieży (z 429 w 2019 roku do 506 w 2022 roku), ale nie podaje jednocześnie, że średnio jeden na pięciu lekarzy jest w wieku emerytalnym, a w niektórych województwach – jest to co druga osoba. Co więcej, liczba psychiatrów różnie wygląda w różnych województwach, np. w województwie opolskim jest siedmiu psychiatrów, w mazowieckim – 149, co nie do końca można wytłumaczyć różnicą w liczbie ludności. Należy także pamiętać, że dostępność usług psychiatrii jest tylko jednym z elementów opieki nad zdrowiem psychicznym, a równie ważna jest dostępność usług psychologów i psychoterapeutów. Poza tym sama diagnoza nie wystarcza – po jej uzyskaniu musi zostać wypracowany model wsparcia dziecka i jego rodziny. Dane z panelu eksperckiego Najwyższej Izby Kontroli (2023) nasuwają jeszcze jeden niepokojący wniosek – rodzice nie darzą zaufaniem specjalistów pracujących w ramach poradni psychologiczno-pedagogicznych, a współpraca rodziny ze szkołą jest niesatysfakcjonująca. Nauczyciel pełni obecnie coraz większą rolę w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych i zwiększania odporności psychicznej. Może on być pierwszą osobą, która dostrzeże problemy ucznia i udzieli mu wsparcia, np. informacyjnego (Wachowiak i Rudnik, 2020). To na barkach nauczyciela spoczywa też codzienna praca z uczniem wykazującym różne trudności, a często nie został do tego odpowiednio przeszkolony. Jest to obszar wymagający dogłębnej reformy.

Jak już wcześniej zauważono, zamożność rodziny i jej status społeczno-ekonomiczny mają znaczenie dla dobrostanu dzieci

i młodzieży, stąd należy szczególną opieką i pomocą otaczać dzieci z rodzin najmniej zamożnych, także w zakresie wspierania ich aktywności fizycznej i dostępu do zdrowej diety. Z kolei dostępność używek jest wyższa dla jednostek pochodzących z rodzin o wyższym statusie materialnym. Nasuwa się pytanie, w jaki sposób młodzi ludzie zdobywają papierosy, alkohol i konopie indyjskie oraz jak egzekwować obowiązujące regulacje prawne.

Odnotowane różnice międzypłciowe wskazują, że problemy dotyczą bardziej młode dziewczęta, które osiągają gorsze wskaźniki zdrowia psychicznego. Być może wynika to z trudności związanych z wielością, czasem sprzecznych ze sobą, oczekiwań dotyczących roli kobiety we współczesnym świecie (por. Wiśniewska, 2014). Nie można jednak przy tym pomijać sytuacji chłopców: z jednej strony jakość ich funkcjonowania wydaje się wyższa, z drugiej zaś – według EZOP-II (Ostaszewski, Kucharski i Stokwiszewski, 2021) – to oni prezentują wyższe wskaźniki depresji, mimo że w świetle danych NFZ i Ministerstwa Zdrowia jest ona częściej rozpoznawana u dziewcząt i kobiet. Być może wynika to z niechęci chłopców i mężczyzn do szukania pomocy, co w przyszłości może nasilać problemy natury psychicznej.

Należy zwrócić uwagę na rodzinę, głównie rodziców nastolatków, i otoczyć ich wsparciem. Szereg doniesień wskazuje na wysokie wskaźniki wypalenia rodzicielskiego dotyczącego polskich rodziców (por. Piotrowski, 2021; Roskam i Mikołajczyk, 2021), co przekłada się na gorszą jakość sprawowanej przez nich opieki. To rodzina i relacje wewnątrzrodzinne należą do najważniejszych czynników chroniących młode pokolenie przed rozwojem zaburzeń zdrowia psychicznego i to od jej kondycji zależy – w dużej mierze – start młodych w dorosłość.

Zaprezentowane dane mają swoje ograniczenia metodologiczne opisane przez autorów. Warto jednak zwrócić uwagę na jedno – czas. Od chwili przeprowadzenia badań do momentu ich opublikowania mija kilka lat – optymistycznie są to 2–3 lata. Dla kondycji zdrowotnej jest to długi czas, a w dobie dynamicznych zmian społecznych dane te mogą się dość szybko dezaktualizować. Reasumując, zdrowie młodych Polaków – w różnych jego wymiarach – wymaga przemyślanych

i wielotorowych oddziaływań dostosowanych do specyfiki okresu adolescencji oraz uwzględniających współczesne wyzwania.

Literatura

- Brzezińska, A., Ziółkowska, B., i Appelt, K. (2016). *Psychologia rozwoju człowieka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Charrier, L., van Dorselaer, S., Canale, N., Baska, T., Kilibarda, B., Comoretto, R.I., Galeotti, T., Brown, J., i Vieno, A. (2024). *A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada. Health behaviour in school-aged children international report from the 2021/2022 survey*, t. 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C., i Schnohr, C. (2023). *A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada. Health behaviour in school-aged children international report from the 2021/2022 survey*, t. 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Gromelska, A. (2010). Sytuacja zdrowotna dzieci w Polsce – aktualne problemy i wyzwania dla polityki zdrowotnej. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 146, 269–285.
- Lange, R., Wrońska, A., Ładna, A., Kamiński, K., Błażej, M., Jankiewicz, A., i Rosłaniec, K. (2023). *Nastolatki 3.0*. Warszawa: NASK – Państwowy Instytut Badawczy.
- Makaruk, K., Drabarek, K., Popyk, A., i Wójcik, Sz. (2023). *Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Najwyższa Izba Kontroli. (2023). *Wsparcie psychologiczne i opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży. Panel ekspertów*. Pobrano z <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/panel-ekspertow-o-opiece-psychiatrycznej-i-psychologicznej-dla-dzieci-i-mlodziezy.html>.
- Ostaszewski, K., Kucharski, M., i Stokwiszewski, J. (2021). *Wyniki badania dzieci i młodzieży (wiek 7–17 lat)*. Pobrano z https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Wyniki-badania-dzieci-i-młodziezy-7-17-lat.pdf.
- Piotrowski, K. (2021). How many parents regret having children and how it is linked to their personality and health: two studies with national samples in Poland. *PLoS ONE*, 16(7), e0254163.

- Rakić, J.G., Hamrik, Z., Dzielska, A., Felder-Puig, R., Oja, L., Bakalár, P., Nardone, P., Ciardullo, S., Abdrakhmanova, S., Adayeva, A., Kelly, C., Fismen, A.S., Wilson, M., Brown, J., Inchley, J., i Ng, K. (2024). *A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health behaviour in school-aged children international report from the 2021/2022 survey*, t. 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Roskam, I., i Mikołajczak, M. (2021). The slippery slope of parental exhaustion: A process model of parental burnout. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 77, 101354.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. z 2021 r., poz. 642).
- Rzecznik Praw Dziecka. (2021). *Ogólnopolskie badanie jakości życia dzieci i młodzieży w Polsce. Obszar nr 3: Samopoczucie psychiczne*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Szredzińska, R. (2022). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. W: M. Sajakowska i R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 136–157). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Wachowiak, J., i Rudnik, M. (2020). *Uczeń z zaburzeniami psychicznymi w szkole*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- World Health Organization. (2001). *Strengthening mental health promotion. Fact sheet no 220*. Geneva: World Health Organization.
- Wiśniewska, L. (2014). *Kobiece ciało – kobieca psychika. Ja-cieleśne a psychospołeczne funkcjonowanie młodych kobiet*. Wydawnictwo Naukowe UMK.
- Wiśniewska, L., i Celińska-Miszczuk, A. (2017). Perspektywa podmiotowa a problem nadwagi i otyłości: znaczenie współdziałania osoby i otoczenia w procesie odchudzania. *Polskie Forum Psychologiczne*, 22(2), 316–335.

Dane statystyczne

- Główny Urząd Statystyczny. (2020). *Odsetek osób w wieku powyżej 15 lat według indeksu masy ciała (BMI)*. Pobrano z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/odsetek-osob-w-wieku-powyzej-15-lat-wedlug-indeksu-masy-ciala-bmi,23,1.html>.
- Komenda Główna Policji. (2024). *Zamachy samobójcze od 2017 roku*. Pobrano z <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>.
- Ministerstwo Zdrowia. (2024). *Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dzieci i młodzieży w Polsce*. Pobrano z <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dzieci-i-mlodziez/>.
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (2024). *NFZ o zdrowiu. Depresja*. Pobrano z <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>.
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. (2024). *Tabele wynikowe badania chorobowości szpitalnej ogólnej*. Pobrano z statystyka1.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm.

o AUTORCE:

dr Lidia Wiśniewska-Nogaj – psycholog, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ORCID 0000-0002-6039-3948,
KONTAKT: lidiaw@umk.pl

Kształtowanie postaw zdrowotnych

ABSTRAKT

- Postawy i zachowania zdrowotne ściśle wiążą się ze świadomością w zakresie zdrowia, którą nabywa się przez całe życie począwszy od okresu dzieciństwa i adolescencji
- Konsekwencje niewłaściwych zachowań dotyczących zdrowia pojawiają się zwykle po wielu latach. W wieku dorosłym zaś zachowania te trudno skorygować
- Kształtowanie postaw zdrowotnych młodego pokolenia odbywa się na wielu obszarach i w różnych środowiskach. Omówiono tu dwa podstawowe środowiska – rodzinę i szkołę, które w największym stopniu oddziałują na młodych ludzi.

SŁOWA KLUCZOWE: zdrowie, czynniki warunkujące zdrowie, postawy prozdrowotne, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia.

Wprowadzenie

Pisząc o kształtowaniu postaw zdrowotnych, w pierwszej kolejności konieczne staje się wyjaśnienie terminu „postawa”. W ujęciu socjologicznym postawa to „ogół względnie trwałych dyspozycji do ocenia-
nia przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie

towarzyszących tym emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań o naturze i własnościach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec przedmiotu” (za: Kubińska, Pańczuk i Ławnik, 2016, s. 73–74). Postawa obejmuje wiedzę, przekonania, uczucia, motywy i wzorce zachowania związane z określonym przedmiotem lub kategorią przedmiotów (Mądrycki, 1977). Postawę traktuje się również jako trwałą strukturę procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się stosunek podmiotu do określonego przedmiotu (Dudek, 2009a). W definicji tej dostrzec można trzy elementy: poznawczy, emocjonalny oraz zachowanie (Dudek, 2009b). Dwa pierwsze dotyczą wewnętrznej strony postawy, a trzeci – jej strony zewnętrznej. Proporcje tych faktorów mogą być różne, jednak w kompletnej postawie winien się znaleźć każdy z nich, choć na zewnątrz dostrzegany będzie tylko trzeci, czyli zachowanie (Kubińska, Pańczuk i Ławnik, 2016). Wprawdzie Bogdan Wojciszke (2000) twierdzi, że postawy zawierają w sobie jedynie czynnik emocjonalno-uczuciowy, to za postawę człowieka wobec dowolnego obiektu (może nim być np. przedmiot, zdarzenie, idea, inna osoba) uznaje on względnie stałą skłonność do ustosunkowania się do niego. Skłonność ta określona jest poprzez miejsce na dwubiegunowym kontinuum: pierwszym biegunem jest w tym wypadku postawa negatywna (całkowicie odrzucająca), a drugim – pozytywna (całkowicie akceptująca).

Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie w oparciu o literaturę przedmiotu postaw wobec zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem wieloaspektowości i wielokierunkowości działań dotyczących kształtowania postaw prozdrowotnych podejmowanych w głównych środowiskach wychowawczych, tj. rodzinie i szkole.

Zdrowie i czynniki je warunkujące

Hipokrates z Kos odnosi zdrowie do dobrego samopoczucia, w przypadku zaś występowania złego samopoczucia ujawnia się choroba. Zdrowie i choroba zależne są od równowagi między człowiekiem

a środowiskiem życia. Hipokrates wskazuje, że stosowana dieta i dbałość o higienę stanowią niezbędne metody zapobiegające chorobom (Karwat i in., 2012). Z kolei zdaniem Christophera Boorse'a, zdrowie to „zdolność i gotowość każdej części organizmu człowieka do podjęcia w normalnych warunkach mikro- i makrośrodowiska wszystkich typowych czynności z wystarczającą wydolnością” (1977, s. 524). Do często przywoływanych należy definicja zdrowia opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która utożsamia zdrowie z dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brakiem choroby lub niepełnosprawności (WHO, 2001). W definicji tej widoczny jest ścisły związek pomiędzy zachowaniem prawidłowej kondycji fizycznej a równowagą psychiczną. To od nas i naszego stylu życia jest w dużej mierze uzależniony stan zdrowia.

W nauka społecznych, w tym również we współczesnej psychologii, nie znajdziemy jednej uniwersalnej i powszechnie stosowanej definicji zdrowia, a raczej wielość i różnorodność sformułowań odnoszących się do zdrowia i jednocześnie potwierdzających brak występowania choroby bądź cierpienia (Przybysz-Zaremba, 2018). Pojęcie zdrowia można pojmować na wiele różnych sposobów i odnosić je do: a) braku objawów choroby i cierpienia; b) dobrostanu biopsychospołecznego; c) potencjału i właściwości człowieka oraz jego kontekstu życia; d) procesu, w którym człowiek nieustannie przemieszcza się na kontinuum zdrowie–choroba, starając się utrzymać równowagę; e) wartości, która jest celem aktywności człowieka lub dzięki której może on wyznaczać i realizować inne cele życia (Pilecka, 2011; Borzucka-Sitkiewicz, 2006). Władysława Pilecka (2011) podkreśla, że stan zdrowia człowieka zależy w głównej mierze od realizacji funkcji twórczego radzenia sobie ze stresem. Człowiek w tym rozumieniu określany jest jako „kreator własnego zdrowia”, który w kreatywny sposób, dostosowany do oceny sytuacji, a nie automatyczny i stereotypowy, radzi sobie z problemami i zadaniami życiowymi, uruchamiając dostępne zasoby. W tej sytuacji mówić można o zdrowiu psychicznym, które traktuje się jako „część zdrowia, uzależnioną od oddziaływania wielu czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych wzajemnie wpływających na siebie,

często w bardzo skomplikowany sposób i wspólnie określających stan zdrowia” (Czabała i in., 2005, s. 6).

Zdrowie psychiczne rozpatrywane jest przez badaczy zarówno w znaczeniu pozytywnym, jak i negatywnym. Pozytywny jego wymiar obejmuje „stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka realizuje swoje zdolności, potrafi radzić sobie z normalnymi sytuacjami stresowymi w życiu, może pracować wydajnie i owocnie, a także jest w stanie ofiarować coś swojej społeczności” (Jané-Llopis i Anderson, 2005). W tym kontekście zdrowie psychiczne jawi się jako globalne dobro publiczne, integralna część zdrowia i dobrostanu obywateli oraz podstawowe prawo człowieka; to jednocześnie warunek konieczny dla istnienia zdrowego, społecznie odpowiedzialnego i produktywnego kraju. Zdrowie psychiczne wzmacnia więź społeczną i kapitał społeczny oraz przyczynia się do zwiększenia bezpieczeństwa (za: Przybysz-Zaremba, 2018). Negatywny wymiar zdrowia wskazuje na oddziaływanie wielu niekorzystnych czynników, powodując jego zaburzenie. W tym kontekście – zgodnie z teorią salutogenezy Aarona Antonovsky’ego (1987) – czynnikami determinującymi poziom zdrowia są stresory, uogólnione zasoby odpornościowe i poczucie koherencji.

W literaturze przedmiotu odnajdujemy zróżnicowane modele zdrowia. Należy do nich model społeczno-ekologiczny (mandala zdrowia), który wyróżnia cztery grupy czynników warunkujących zdrowie. Są to mianowicie: czynniki biologiczne (np. przekaz genetyczny, dyspozycje wrodzone, właściwości systemu immunologicznego, cechy biologiczne, fizjologiczne i anatomiczne jednostki oraz członków rodziny), zachowania indywidualne (np. rodzaj stosowanej diety, palenie papierosów, picie alkoholu, bezpieczeństwo w codziennym życiu, w tym skłonność do podejmowania ryzyka, realizowanie działań profilaktycznych), środowisko fizyczne (np. warunki mieszkaniowe, środowisko pracy, bliższe i dalsze otoczenie) oraz środowisko psychosocjoekonomiczne (np. status społeczny i ekonomiczny, podatność na presję społeczną, podatność na informację zewnętrzną, w tym reklamę, uzyskiwane wsparcie społeczne) (Hancock i Perkins, 1990; Borzucka-Sitkiewicz, 2006).

Z kolei wedle koncepcji „pół zdrowia” opracowanej przez Marca Lalonde’a, za zdrowie człowieka odpowiadają określone determinanty, które można ująć w cztery podstawowe grupy. Są to:

1. Styl życia, który w 50 proc. determinuje ludzkie zdrowie, stanowiący „zbiór decyzji podejmowanych przez jednostki, które wpływają na ich zdrowie, nad którymi jednostki mają większą lub mniejszą kontrolę” (Lalonde 1974, s. 32). Styl życia obejmuje takie elementy jak: przestrzeganie zasad prawidłowego odżywiania; podejmowanie systematycznej oraz wszechstronnej aktywności fizycznej; higieniczny charakter pracy i wypoczynku (w tym snu); umiejętność niwelowania stresu; eliminowanie nałogów (m.in. nikotynizmu, alkoholizmu, narkomanii, kofeinizmu); nienadużywanie leków; przyjmowanie postawy życzliwości wobec innych osób, w tym przede wszystkim środowiska społecznego (m.in. wyzbycie się konfliktowości i agresji w stosunkach z ludźmi); przyjmowanie optymistycznej postawy wobec życia (Kaczor-Szkodny i Szkodny, 2021; Andruszkiewicz i Nowik, 2011). Również Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że zdrowie w największym stopniu determinuje styl życia definiowany jako „sposób życia oparty na identyfikowalnych wzorcach zachowań, które są wyznaczane przez wzajemne oddziaływanie między osobistymi cechami jednostki, interakcjami społecznymi oraz społeczno-ekonomicznymi i środowiskowymi warunkami życia” (WHO, 1998, s. 4).
2. Warunki środowiskowe – społeczne i fizyczne, które w 20 proc. oddziałują na ludzkie zdrowie.
3. Cechy dziedziczne, które również w 20 proc. oddziałują na zdrowie człowieka.
4. Sprawność systemu opieki zdrowotnej, która oddziałuje na ludzkie zdrowie w 10 proc. (za: Wysocki i Miller, 2003, s. 506).

Podsumowując powyższą analizę, wypada zauważyć, że nie jest możliwe sformułowanie jednej, ostatecznej definicji zdrowia. Wielość, różnorodność i złożoność czynników determinujących zdrowie

powoduje, że trudno jest badaczom wskazać, które z tych czynników są bardziej, a które mniej znaczące. Można przyjąć za Zbyszkiem Melosikiem, że zdrowiem i chorobą nie są „stany wyłącznie obiektywne, które są dane, lecz w dużej mierze – społeczne konstrukcje” (1999, s. 7), stąd dużą rolę odgrywają tu zróżnicowane faktory nadające charakter obu tym pojęciom, które każda jednostka winna rozpatrywać indywidualnie zarówno w wymiarze subiektywnym, jak i obiektywnym.

Dwie dekady wcześniej Magdalena Sokołowska w następujący sposób odniosła się do powyższej kwestii: „nie jest możliwe określenie zdrowia jako pojęcia abstrakcyjnego, oderwanego od konkretnych warunków. Kryteria zdrowia są historyczne, zmieniają się wraz z sytuacją społeczną, warunkami środowiskowymi, z normami i zwyczajami określonych zbiorowości społecznych. Są też zależne od dążeń i wartości, jakie kierują życiem ludzi. [...] Ocena zdrowia i choroby zmienia się w zależności od jednostki, gdyż jest uwarunkowana bardzo indywidualnymi potrzebami subiektywnymi i reakcjami. Słowa «zdrowie» i «choroba» nie mogą być więc precyzowane w sposób uniwersalny czy statyczny. Mają one sens tylko wtedy, gdy dotyczą określonej osoby, przebywającej w określonym środowisku fizycznym i społecznym. [...] Zdrowie przestaje być jakimś monolitem, jakąś uniwersalną normą dla wszystkich ludzi. Zależy od płci, wieku, rodzaju pracy zawodowej, sytuacji rodzinnej – słowem jest to «zróżnicowane zdrowie», pojęcie względne, mające różne znaczenie dla różnych ludzi” (1980, s. 10–11).

Postawy wobec zdrowia

Jednym z twórców polskiej pedagogiki zdrowia jest Maciej Demel, który w swych publikacjach wiele miejsca poświęcił charakterystyce postaw wobec zdrowia własnego i innych. Traktuje on postawy jako pewnego rodzaju dyspozycje, które przejawiają się w zachowaniach zdrowotnych. Działania podejmowane przez jednostkę mogą być związane z jej indywidualnymi postawami; mogą też wynikać z oddziaływania na nią zróżnicowanych, niekiedy też splecionych ze sobą, czynników.

Autor wskazuje, że na obraz holistycznej postawy w zakresie zdrowia składają się głównie: „racjonalny, emocjonalnie zrównoważony stosunek do choroby, inwalidztwa i śmierci, poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialność za zdrowie publiczne, gotowość i umiejętność spieszenia z pomocą innym” (Demel, 1980, s. 121). Zwraca on ponadto uwagę na rolę takich czynników jak moda, snobizm, przesady, obyczajowość, wierzenia, które również wpływają na kształtowanie się postaw wobec zdrowia (Demel, 1980). Zakres zachowań zdrowotnych obejmuje nawyki, zwyczaje, postawy odnoszące się do zdrowia, podejmowane zarówno przez poszczególne jednostki, jak i całe grupy ludzi (Tobiasz-Adamczyk, 2000). Rodzaje postaw wobec zdrowia i ich ogólną charakterystykę przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Ogólna charakterystyka postaw zdrowotnych z uwzględnieniem ich rodzajów według Czesława Lewickiego (2006) i innych autorów

Rodzaj postawy	Ogólna charakterystyka
Ideowe postawy zdrowotne	
Postawa humanizmu	Uznawanie zdrowia i sprawności fizycznej za ważną wartość w życiu, o które należy dbać.
Postawa egalitaryzmu i demokratyzmu	Każdy człowiek ma jednakowe prawo do opieki zdrowotnej i korzystania z urządzeń służących zdrowiu.
Postawa racjonalizmu	Wiara w rozum ludzki przy zapobieganiu i leczeniu chorób: co dziś jest śmiertelne, jutro będzie uleczalne.
Spoleczne postawy zdrowotne	
Postawa społecznej użyteczności	Zachowanie jednostki uwzględniające równowagę pomiędzy tym, co otrzymuje ze środowiska, a tym, co (w miarę możliwości) mu daje (np. krwiodawstwo).
Postawa społecznej gospodarności	Poszanowanie i racjonalne użytkowanie dóbr społecznych służących zdrowiu i sprawności fizycznej.
Interpersonalne postawy zdrowotne	
Postawa poszanowania życia i zdrowia człowieka	Działania i sposób życia każdego człowieka, które nie będą narażały innych na krzywdy i cierpienie.

Postawa tolerancji	Aksjologiczny charakter tolerancji, która jest wartością regulującą zasady współżycia jednostek i grup, a w efekcie pozwalającą na kształtowanie pełnych postaw. Uznanie postawy tolerancji wynika z jej wartości humanistycznej i ponadczasowej związanej z przyjmowaniem przez człowieka postawy otwartości, zbliżenia, zaufania i zrozumienia (Nikitorowicz, 2000). Brak dyskryminacji, ograniczenia swobody i prześladowania innych ze względu na ich niepełnosprawność bądź chorobę.
Postawa opiekuńczości	Działania człowieka, w których będzie on uwzględniał potrzeby zdrowotne (w tym ruchowe) innych osób (Babicki, 2022).
Postawa współodczuwania (empatii)	Zdolność oraz gotowość do rozumienia i wczuwania się w uczucia, przeżycia, myśli, intencje innych osób (np. osób starszych, chorych, niepełnosprawnych). Empatyczna troska człowieka przejawiająca się zdolnością do współodczuwania z innymi osobami i okazywania im współczucia oraz osobista przykrość (skłonność do przejmowania cudzych negatywnych emocji) (Pastwa-Wojciechowska, Kaźmierczak i Błażek, 2015).
Intrapersonalne postawy zdrowotne	
Postawa godności osobistej	Człowiek jest traktowany jako najwyższa i najcenniejsza wartość bez względu na swą kondycję fizyczną i stan zdrowia (Mrozek, 2014).
Postawa samokontroli zdrowotno-sprawnościowej	Podejmowanie czynności samopoznania oraz oceny własnego rozwoju fizycznego, motorycznego i zdrowotnego oraz odpowiedniego reagowania na wynik tej oceny.
Postawa perfekcjonizmu zdrowotno-sprawnościowego	Działania człowieka zmierzające do perfekcjonizmu w zakresie zdrowia i jego sprawności.
Postawa optymizmu zdrowotnego i sprawnościowego	Wiara w znaczenie terapii, rehabilitacji zdrowotnej, w efektywność treningów i ćwiczeń fizycznych.
Kulturowe postawy zdrowotne	
Postawa szacunku wobec wytworów oraz dzieł kultury zdrowotnej	Zachowania człowieka przejawiają się w szacunku do dzieł kultury (historii i dorobku), aby mogły one służyć kolejnym pokoleniom.

Postawa dążenia do kontaktu z kulturą zdrowotną	Otwartość i rozumienie przez człowieka współczesnej kultury zdrowotnej.
Intelektualne postawy zdrowotne	
Postawa poznawczej dociekliwości zdrowotnej	Przejawia się w autorefleksji człowieka wobec zdrowia, jego dociekliwości i penetracji oraz dążeniu do poszukiwania odpowiedzi na nurtujące pytania na temat własnego samopoczucia.
Postawa racjonalizmu i krytycyzmu zdrowotnego	Jej istotą jest przekonanie co do działań oraz stosowanych środków, na które wskazuje psychoterapia (jej działania i efektywność są potwierdzone przez badania medyczne). Wszelkie promowane w mediach preparaty i środki „uzdrawiające” są odrzucane.
Postawy zdrowotne wynikające z kontaktów człowieka z przyrodą	
Szacunek wobec przyrody jako źródła zdrowia	Świadomie podejmowane działania na rzecz przyrody: działania negatywne, szkodliwe dla przyrody są również szkodliwe dla ludzkiego zdrowia, a nawet życia (np. zbyt duża emisja dwutlenku węgla); działania pozytywne, sprzyjające rozwojowi przyrody wpływają też korzystnie na ludzkie zdrowie (np. propagowanie działań ekologicznych).
Dążność do kontaktu z przyrodą i racjonalnego z niej korzystania	Istotą postawy jest wiara w uzdrawiające właściwości przyrody oraz wynikające stąd działania (np. wycieczki plenerowe, kąpiele słoneczne, wodne).

Źródło: Kubińska, Pańczuk i Ławnik (2016).

Postawy wobec zdrowia zależą od wielu zróżnicowanych czynników: ludzkich predyspozycji, możliwości, uwarunkowań społecznych, płci, wieku czy samooceny. Są one kształtowane w procesie wychowania, który trwa przez całe życie i ulega przekształceniom, stąd też postawy pozytywne przechodzą w postawy negatywne i odwrotnie (Kaczor-Szkodny i Szkodny, 2021). Zmiany te mogą wynikać z:

- „własnej introspekcji i analizy (dysonans poznawczy – niezgodność między dwoma elementami poznawczymi), która powoduje powstanie wewnętrznego dyskomfortu pod wpływem własnych zachowań. W sytuacji gdy zachowanie

jednostki wzbudza wątpliwość innych osób, będzie ona starała się znaleźć wytłumaczenie dla swojego zachowania (wewnętrzne uzasadnienie, czyli obrona poglądu sprzecznego z postawą), a gdy takie się nie znajdzie, w jej zachowaniu nastąpi zmiana. Motorem napędowym wyzbycia się dysonansu będzie motywacja do zmiany programu działania” (Kaczor-Szkodny i Szkodny, 2021, s. 47);

- „perswazji, czyli zmian wynikających z bodźca zewnętrznego, tzw. przekazu perswazyjnego. Przekaz ten odbywa się dwutorowo: za pomocą modelu szans rozpracowania przekazu oraz modelu heurystyczno-systematycznego” (Kaczor-Szkodny i Szkodny, 2021, s. 47). Pierwszy z nich, nazywany również modelem przetwarzania przekazu perswazyjnego, wyjaśnia procesy leżące u podstaw zmian postaw, wpływu zmiennych indukujących procesy centralne i peryferyjne oraz siły postaw będących rezultatem przebiegu tych procesów. Zadanie to realizowane jest przez dokładną analizę oddziaływania wszystkich zmiennych biorących udział w procesie perswazji na końcowe efekty perswazyjne (Krok, 2006, s. 82–83). Z kolei model heurystyczno-systematyczny przedstawia dwa sposoby przetwarzania informacji przez jednostkę w sytuacji odbioru komunikatu perswazyjnego: systematyczny i heurystyczny. Występowanie któregoś ze sposobów jest uzależnione od motywacji i zdolności do przetwarzania napływających informacji. Model ten zakłada, że odbiorcy komunikatu dążą do równowagi między minimalizacją wysiłku i uzyskaniem pewności co do swych ocen (Krok, 2006, s. 84).

Rodzina a kształtowanie zachowań prozdrowotnych

Rodzina to najważniejsze środowisko życia dzieci i młodzieży. Realizuje na ich rzecz wiele funkcji, spośród których funkcja socjalizacyjna jest jedną z podstawowych. W jej wyniku dzieci uczą się podstawowych

zachowań oraz zdobywania najważniejszych dla swego rozwoju informacji i doświadczeń w zakresie zdrowia (Lewicki, 2006, s. 145). Grażyna Nowak-Starz mocno podkreśla rolę wychowania przez rodzinę we wczesnym kształtowaniu nawyków prozdrowotnych. Autorka wskazuje, że „zachowania zdrowotne kształtują się przede wszystkim w dzieciństwie i młodości pod wpływem różnych czynników, wśród których rodzina wymieniana jest na pierwszym miejscu, obok szkoły i grupy rówieśniczej. Zachowania te trudno korygować i modyfikować u dorosłych. Skutki niedostatków zachowań prozdrowotnych i zachowań ryzykownych dla zdrowia pojawiają się zwykle dopiero po wielu latach” (2015, s. 139).

Wychowanie zdrowotne i kształtowanie postaw prozdrowotnych odbywa się w rodzinie m.in. poprzez przekazywanie wiedzy na temat zdrowia i choroby, rozwijanie emocjonalnego stosunku do zdrowia jako najistotniejszej wartości, uczenie podstawowych nawyków higienicznych i pielęgnacyjnych, zachowań pro- i antyzdrowotnych, w tym postępowania w chorobie (Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 171). Zakres wiedzy i doświadczeń zdrowotnych nabywanych przez dziecko w rodzinie jest więc bardzo szeroki: od higieny osobistej, poprzez higienę żywienia, aż do higieny psychicznej oraz racjonalnej organizacji czasu wolnego (Leksy, 2014).

Ważną funkcją środowiska rodzinnego jest również tworzenie przez bliskich i dalszych członków rodziny odpowiedniej atmosfery wokół zagadnień zdrowotnych, przedstawiane przez nich opinie dotyczące ważności i skuteczności prowadzonych działań profilaktycznych, jak np. przeglądów stomatologicznych czy szczepień ochronnych, ich stosunku do używek, a także znaczenia aktywności ruchowej (Kowalski i Gawel, 2006). Tworzenie pozytywnej atmosfery wokół zdrowia i właściwe modelowanie postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży wiąże się niewątpliwie z poziomem kultury pedagogicznej rodziców, poziomem ich wykształcenia, sposobem spędzania czasu wolnego, stosunkiem do wartości zdrowia czy też warunkami ekonomiczno-bytowymi rodziny (Lewicki, 2006). Zdaniem Czesława Lewickiego (2006), czynniki te określają kompetencje rodziców w zakresie edukacji zdrowotnej. Ewa Syrek i Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz wskazują, że kompetencje

zdrowotne obejmują także „informacje i wiedzę o zdrowiu; rozumienie społecznych uwarunkowań zdrowia; rozumienie znaczenia ryzykownych zachowań indywidualnych i społecznych; zdolność samokontroli, samoopieki oraz radzenia sobie w zdrowiu i w chorobie; umiejętność korzystania ze świadczeń zdrowotnych” (2009, s. 106). Kompetencje powstają w wyniku zintegrowania wiedzy i zróżnicowanych umiejętności, a w ich kształtowaniu się ważną rolę odgrywają indywidualne doświadczenia i przekonania (Popławska i Jacewicz, 2019). Strukturę kompetencji zdrowotnych ze wskazaniem ich zakresu przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Struktura kompetencji zdrowotnych człowieka

Rodzaje kompetencji	Komponenty kompetencji zdrowotnych
Wiedza o zdrowiu	Może obejmować subiektywną wiedzę opartą na przekonaniach i doświadczeniach indywidualnych oraz wiedzę obiektywną odnoszącą się do dowodów medycznych i społeczno-filozoficznej wiedzy dotyczącej zdrowia i choroby, przypuszczalnych zagrożeń i możliwości przeciwdziałania im.
Samoświadomość zdrowotna	Obejmuje zakres wiedzy jednostki, na podstawie której postrzega ona zdrowie z indywidualnej perspektywy. Ważna jest tu przede wszystkim świadomość posiadanych możliwości fizycznych i psychicznych, które stanowią o wszechstronnym rozwoju człowieka. Uświadomienie sobie, jakimi zasobami dysponuje (np. mocne i słabe strony), które pozwalają na odczuwanie dobrego samopoczucia.
Dbłość o zdrowie	Obejmuje zróżnicowane umiejętności i nawyki dotyczące: należytego odżywiania się; zachowania higieny ciała i umysłu; odpowiedniego (w tym aktywnego) spędzania czasu wolnego i rekreacji; korzystania z opieki zdrowotnej (m.in. regularne wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, stomatologa, szczepienia) i samokontroli stanu zdrowia. Ważne jest także dokonywanie właściwych wyborów i podejmowanie decyzji, które mają istotny wpływ na zdrowie i sprawne funkcjonowanie psychofizyczne, a zwłaszcza unikanie wszelkiego rodzaju używek i negatywnych nacisków ze strony grupy rówieśniczej oraz dbałość o dobrostan psychiczny i wypoczynek.

Promowanie zdrowego stylu życia	Wiąże się z aktywnością podejmowaną przez człowieka, w której nadzór i kontrola nad własnym zdrowiem stanowi najważniejszy obszar. Jednostka właściwie gospodaruje swymi zasobami, a także motywuje innych do wzięcia odpowiedzialności za własne zdrowie (np. prowadzenie wykładów, seminariów, warsztatów w zakresie zachowań prozdrowotnych i promocji zdrowego stylu życia).
---------------------------------	--

Źródło: Popławska i Jacewicz (2019).

Postawy i zachowania zdrowotne ściśle wiążą się ze świadomością w zakresie zdrowia, która nabywana jest przez całe życie, a rozpoczyna się w okresie dzieciństwa i adolescencji poprzez właściwie realizowany proces socjalizacyjny rozumiany jako „przekazywanie potomstwu wiedzy o otaczającym świecie” (Kawula, Brągiel i Janke, 1998, s. 38). Zachowania zdrowotne stanowią istotny komponent wspomnianego procesu, który rozpoczyna się w rodzinie, a winien znaleźć kontynuację w szkole i innych środowiskach. Wpływ rodziny na młodego człowieka jest tym większy, im bardziej znaczące będzie dla niego to środowisko, relacje rodzinne, więzi i wzorce (por. Szwejką, Więckiewicz i Nowakowski, 2021). Wtedy zachowania prozdrowotne ugruntują się z szansą na przekazanie w przyszłości kolejnym pokoleniom.

Szkoła a postawy prozdrowotne uczniów

Szkoła, obok rodziny, stanowi drugie ważne środowisko rozwoju dzieci i młodzieży. Aktualne wymagania dotyczące edukacji zdrowotnej w przedszkolu oraz na pierwszym i drugim etapie edukacyjnym reguluje rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 roku. Edukacja zdrowotna realizowana jest na wszystkich etapach edukacyjnych – rozpoczyna się w przedszkolu, a kontynuowana jest w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. Obejmuje szkoły ogólnodostępne i specjalne. Najważniejszym przedmiotem w edukacji zdrowotnej jest wychowanie fizyczne prowadzone na wszystkich szczeblach edukacyjnych. Dodatkowo treści z zakresu edukacji zdrowotnej

zostały włączone do wielu różnych przedmiotów, tworząc jej model rozproszony (Wolny, 2019). Uczniowie zdobywają w szkole kompetencje zdrowotne poprzez realizację określonych celów wychowawczo-profilaktycznych, m.in. poprzez „zaspokojenie potrzeb biologicznych i potrzeby bezpieczeństwa dzieci i młodzieży; uczenie ich brania na siebie odpowiedzialności za zdrowie własne, rodziny i społeczeństwa; zachęcanie ich do zdrowego stylu życia i umożliwienie im dokonywania wyborów promujących zdrowie; rozwijanie umiejętności samodzielnego korzystania z wiedzy o zdrowiu z różnych źródeł informacji; zasięganie rad na temat zdrowia u specjalistów dostępnych w społeczności lokalnej; właściwe i atrakcyjne organizowanie czasu wolnego oraz uwrażliwianie na ewentualne niebezpieczeństwo drogowe, pożarowe i na wodzie; świadome włączanie programu edukacji zdrowotnej do całokształtu pracy wychowawczej” (Łobocki, 2004, s. 303), a także celów treści przedmiotowych, w których można dostrzec wyraźne zaakcentowanie przewodniej roli wychowania fizycznego oraz włączenie elementów edukacji zdrowotnej w treści różnych przedmiotów (Wolny, 2019).

Odnosząc się do powyższego, można rzec, że szkoła wkłada wiele wysiłku w kształtowanie postaw prozdrowotnych, ponieważ reguluje to kluczowy dokument, jakim jest wspomniane rozporządzenie. Tymczasem działania w zakresie edukacji zdrowotnej nadal nie mają swej odrębnej i wyraźnej struktury. Są one rozproszone po różnych przedmiotach i strategiach obejmujących realizację celów wychowawczo-profilaktycznych. Brakuje w szkole kluczowego przedmiotu, który edukację zdrowotną traktowałby kompleksowo i systemowo oraz wychodził naprzeciw potrzebom będącym wynikiem przeobrażeń społecznych (Rogacka, 2019). Aktualnie w resorcie oświaty prowadzone są dyskusje na temat zdrowia i konieczności wprowadzenia od roku 2025 przedmiotu „Edukacja zdrowotna”. Nowy przedmiot jest przewidziany dla uczniów klas IV–VIII szkół podstawowych oraz klas I–III szkół ponadpodstawowych – liceów ogólnokształcących, techników, branżowych szkół I stopnia. Zgodnie z założeniami Ministerstwa Edukacji Narodowej, w ramach tego przedmiotu zdrowie i podejście do niego będą traktowane holistycznie i kompleksowo

(MEN, 2024). Dodajmy, że holistyczny model zdrowia zakłada badanie „sprawności ucznia w wymiarach fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym oraz przewiduje aktywności dotyczące całego organizmu” (Wolny, 2019, s. 10).

Warunkiem kształtowania postaw zdrowotnych wśród uczniów są przede wszystkim właściwe relacje pomiędzy nauczycielem a uczniem, które winny opierać się na autentyczności, akceptacji i empatii. Taka postawa nauczyciela sprzyja rozwojowi uczniów, nabywaniu umiejętności życiowych, podnosi ich samoocenę i wiarę we własne możliwości, pomaga odnaleźć sens w życiu (Ostrowska, 2014). Wśród umiejętności dotyczących własnego zdrowia wymienia się m.in. „pozytywne myślenie, budowanie poczucia własnej wartości, wiary w siebie, podejmowanie decyzji, utrzymywanie dobrych relacji z innymi, dawanie i przyjmowanie wsparcia, rozwiązywanie problemów, gospodarowanie czasem, radzenie sobie z presją, krytyką, negatywnymi emocjami, stresem” (Ostrowska, 2014, s. 73).

Edukacja zdrowotna a kształtowanie postaw zdrowotnych

Edukacja zdrowotna traktowana jest przez badaczy jako proces realizowany przez całe życie. Polega on na uczeniu się, jak należy dbać o zdrowie swoje i innych, a także na tym, jakie działania należy podejmować w sytuacji wystąpienia choroby lub dysfunkcji, aby zminimalizować negatywne skutki (Wojnarowska, 2010). Celem edukacji zdrowotnej prowadzonej na rzecz dzieci i młodzieży jest podejmowanie działań, które umożliwią im m.in. poznanie siebie, obserwowanie własnego rozwoju oraz pomoc w identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. Istotnym aspektem jest też uświadamianie młodemu człowiekowi, czym jest zdrowie, jakie czynniki mają nań pozytywny lub negatywny wpływ, jak należy o nie dbać, a także rozwijanie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie oraz wzmacnianie świadomości w zakresie wiary w swoje możliwości, wreszcie rozwijanie umiejętności sprzyjających pozytywnemu samopoczuciu i adaptacji do wyzwań

życiowych. Kluczowe w edukacji zdrowotnej jest przygotowanie młodego człowieka do działań na rzecz budowania zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy i społeczności lokalnej (Woynarowska, 2010).

Barbara Woynarowska (2010) wskazuje na podstawowy komponent edukacji zdrowotnej, którym jest promocja zdrowia. Zgodnie z definicją opracowaną podczas I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w 1986 roku, zawartą w Karcie Ottawskiej, promocja zdrowia jest traktowana jako „proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawę” (WHO, 1998). Promocja zdrowia winna należeć do priorytetów każdej placówki edukacyjnej zgodnie z zasadą zrównoważonego rozwoju. Jak pisze Janusz Szymborski, „inwestowanie w dzieci i młodzież dziś doprowadzi do ustanowienia zdrowszego społeczeństwa w przyszłych latach, przynosząc ponadto korzyści socjalne i ekonomiczne odczuwane przez całe społeczeństwo i poszczególnych jego członków” (2007, s. 297).

Współcześnie promocja zdrowia nastawiona jest na systemy społeczne i motywowanie do podejmowania wspólnych działań polegających na zmianie stylu życia jednostek w kierunku prozdrowotnym, jak też konstruowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska fizycznego i społecznego w miejscu życia, pracy, nauki i wypoczynku. Działania realizowane w ramach promocji zdrowia skupiają się na zdrowiu (a nie na chorobach) i zwiększaniu jego potencjału. Poprzez ogół zróżnicowanych czynności prozdrowotnych następuje poprawa jakości życia w różnych jego obszarach. Celem podejmowanych oddziaływań jest umocnienie zdrowia pojmowanego pozytywnie jako całokształt fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości człowieka (Przybylska, 2019).

Wśród dzieci i młodzieży promocja zdrowia winna zmierzać w kierunku realizacji następujących celów:

- zwiększenie aktywności ruchowej – obok zajęć prowadzonych w ramach wychowania fizycznego należy wprowadzić dodatkowe zajęcia ruchowe oraz gimnastykę korekcyjną, a także udostępnić inne formy aktywności ruchowej, np. *nordic walking*, jazdę na rowerze, kajaki czy basen. Ważne

jest, aby aktywność ruchowa sprawiała przyjemność i nie była traktowana jako przymus (Przybylska, 2019; Lewczuk i Anyżewska, 2020);

- wdrażanie zasad higieny osobistej – obok realizacji podstawowych zasad dbałości o higienę osobistą (np. mycie rąk, zębów) należy dbać o porządek w najbliższym otoczeniu (np. pokój, klasa, ławka szkolna) i dalszym (np. podwórko, ulica, park, las) (Przybylska, 2019);
- nauka racjonalnego żywienia – należy zwrócić szczególną uwagę na jakość spożywanych produktów (np. owoce, warzywa, pieczywo, nabiał, mikroelementy) i unikać słodyczy, które przyczyniają się do powstawania m.in. próchnicy i otyłości (Przybylska, 2019);
- profilaktyka uzależnień – powinna obejmować szeroki wachlarz zróżnicowanych działań, na które składają się rozmowy, pogadanki, prelekcje, filmy oraz spotkania z osobami uzależnionymi, którym udało się wyjść z nałogu (osoby takie w spotkaniach z młodzieżą dzielą się „świadectwem własnego życia”) (Przybylska, 2019). Profilaktyka winna być działaniem spójnym i prowadzić do tworzenia „sieci wsparcia” w środowisku lokalnym (Przybysz-Zaremba i Katkoniené 2014);
- edukacja seksualna – powinna zmierzać do wyposażenia młodego człowieka w niezbędną wiedzę dotyczącą biologii, potrzeb psychicznych i fizycznych jednostki, zaszcześcić poczucie odpowiedzialności, przekazać wiedzę praktyczną na temat HIV/AIDS (Przybylska, 2019);
- edukacja ekologiczno-środowiskowa – powinna kształtować świadomość ekologiczną, dostarczać wiedzy o środowisku przyrodniczym, wyjaśniać wieloaspektowość zjawisk i zadbać o relację człowiek–przyroda (Przybylska, 2019).

Holistyczne podejście do promocji zdrowia w szkole powinno:

- być uwzględnione w polityce i koncepcji szkoły;

- obejmować środowisko społeczne i fizyczne szkoły, które codziennie oddziałuje na zdrowie i samopoczucie uczniów i nauczycieli;
- kształtować umiejętności związane z dbałością o zdrowie i kompetencje do podejmowania zróżnicowanych działań wśród uczniów i nauczycieli;
- zmierzać do tworzenia związków społecznych i współpracy z pracownikami medycznymi (Przybylska, 2019, s. 113).

Podsumowanie i wnioski praktyczne

Reasumując, kształtowanie postaw zdrowotnych młodego pokolenia odbywa się na wielu obszarach i w różnych środowiskach. W tekście omówiono dwa podstawowe środowiska – rodzinę i szkołę, które w największym stopniu oddziałują na młodych ludzi. W obu znajduje się wiele zróżnicowanych czynników rzutujących na postawy prozdrowotne, w tym mogących wpływać na przekształcenie pozytywnych postaw w negatywne i odwrotnie. Istotne znaczenie ma także środowisko społeczne, w którym funkcjonują rodzina i szkoła. Wielość i wieloaspektowość czynników oddziałujących na człowieka wymaga permanentnej edukacji zdrowotnej, która jest procesem wymagającym podejmowania licznych działań opartych nie tylko na przekazywaniu informacji, lecz także na wzmocnianiu motywacji i kształtowaniu umiejętności niezbędnych w realizowaniu działań na rzecz zdrowia (Wojnarowska, 2018).

Kluczowym działaniem w ramach edukacji zdrowotnej jest promocja zdrowia. Postępowanie w zakresie obu obszarów wymaga „włączenia się w nie wielu osób i organizacji, w tym specjalistów do spraw zdrowia (m.in. lekarzy, pielęgniarek, położnych, farmaceutów), innych pracowników ochrony zdrowia (np. specjalistów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, specjalistów zdrowia publicznego, fizjoterapeutów, dietetyków i specjalistów do spraw żywienia, kosmetologów) oraz średniego personelu do spraw zdrowia (np. higienistek stomatologicznych); nauczycieli, wychowawców oraz innych osób pracujących

z dziećmi i młodzieżą, dziennikarzy zajmujących się tematyką ochrony zdrowia” (Woynarowska, 2018). Aby jednak realizowane działania były efektywne, konieczna jest profesjonalizacja tych organów, których zadaniem jest określenie kluczowych kompetencji i standardów zawodowych, zasad lub systemu kształcenia specjalistów, sposobu certyfikacji specjalistów i akredytacji kursów bądź studiów przygotowujących do wykonywania zawodu, a także organizacji, która będzie podejmowała decyzję o certyfikacji oraz sprawowała nadzór nad przestrzeganiem standardów przez specjalistów i nad procesem ich kształcenia (Woynarowska, 2018).

Profesjonalizacja w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia wynika z procesu globalizacji, rozwoju promocji zdrowia oraz potrzeby zapewnienia dobrej jej jakości i skuteczności. Woynarowska (2018) wskazuje na konieczność powołania zawodu edukatora zdrowia (specjalisty edukacji zdrowotnej) – zawód taki istnieje w Stanach Zjednoczonych już od ponad pół wieku. Autorka wskazuje również na to, że w wielu krajach zawód ten określany jest jako: „promotor zdrowia”, „specjalista promocji zdrowia”, „praktyk promocji zdrowia”, „specjalista promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej”. Powołanie tego zawodu w naszym kraju może przyczynić się do skutecznego kształtowania postaw prozdrowotnych wśród dzieci i młodzieży.

Literatura

- Andruszkiewicz, A., i Nowik, M. (2011). Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(2), 148–152.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Babicki, Z. (2022). Socjalizacyjna funkcja opieki a wzory opiekuńczości. *Społeczeństwo. Edukacja. Język*, 15, 7–22.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542–573.
- Borzucka-Sitkiewicz, K. (2006). *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Czabała, C.J., Brykczyńska, C., Bobrowski, K., i Ostaszewski, K. (2005). Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(1), 1–9.
- Demel, M. (1980). *Pedagogika zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Dudek, M. (2009a). *Nieprzystosowanie społeczne dzieci z ADHD*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Dudek, M. (2009b). Postawy młodzieży gimnazjalnej wobec osób niepełnosprawnych. W: M. Dycht i L. Marszałek (red.), *Inkluzja i ekskluzja społeczna osób z niepełną sprawnością. Współczesne konteksty i kontrowersje pedagogiki wspierającej* (s. 133–145). Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie.
- Hancock, T., i Perkins, F. (1990). The mandala of health: a conceptual model and teaching tool. W: R. Anderson i I. Kickbusch (red.), *Health promotion: a resource book* (s. 8–10). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Jané-Llopis, E., i Anderson, P. (2005). *Mental health promotion and mental disorder prevention: a policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Kaczor-Szkodny, P.M., i Szkodny, W. (2021). Wybrane elementy wpływające na powstawanie i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 27(1), 45–49.
- Karwat, I.D., Jędrzych, M., Skawiński, D., Pieciewicz-Szczęsna, H., Sobieszczkański, J., Żukow, W., Fronczek, M., i Borzęcki, P. (2012). Zdrowie i niepełnosprawność – problemy w definiowaniu. Cz. 1. Cechy wykorzystywane w ocenie stanu zdrowia. *Journal of Health Science*, 2(5), 87–100.
- Kawula, S., Brągiel, J., i Janke A.W. (1998). *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kowalski, M., i Gaweł, A. (2006). *Zdrowie – wartość – edukacja*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Krok, D. (2006). Dwutorowe modele perswazji w analizie przekazu religijno-moralnego. *Studia Psychologica*, 6, 81–99.
- Kubińska, Z., Pańczuk, A., i Ławnik, A. (2016). Postawy wobec zdrowia jako jeden z przejawów kompetencji zdrowotnych. *Rozprawy Społeczne*, 10(4), 73–79.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

- Leksy, K. (2014). Rola rodziny w kształtowaniu prozdrowotnych postaw wobec własnego ciała i zdrowia dziewcząt. W: A. Dworak i K. Leksy (red.), *Kobieta, zdrowie, ciało: perspektywa biopsychospołeczna* (s. 133–145). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Lewczuk, J., i Anyzewska, A. (2020). Kształtowanie wartości zdrowia bazą poszanowania życia ludzkiego i zobowiązaniem etycznym współczesnych rodzin. *Rocznik Teologiczny*, 62(1), 283–316.
- Lewicki, C. (2006). *Edukacja zdrowotna: systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Łobocki, M. (2004). *Teoria wychowania w zarysie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Mądrzycki, T. (1977). *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Melosik, Z. (1999). Tyrania ciała szczupłego i jego konsekwencje. W: Z. Melosik (red.), *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Toruń, Poznań: Wydawnictwo „Edytor”.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej. (2024). *Edukacja zdrowotna w szkołach od 2025 roku. Ruszają prace przygotowawcze*. Pobrano z <https://www.gov.pl/web/edukacja/edukacja-zdrowotna-w-szkołach-od-2025-roku-ruszaja-prace-przygotowawcze>.
- Mrozek, J.J. (2014). Godność osoby ludzkiej jako źródło praw człowieka i obywatela. *Civitas et Lex*, 1, 41–47.
- Nikitorowicz, J. (2000). Tolerancja jako wartość w pracy nauczyciela w społeczeństwie wielokulturowym. *Chowanna*, 2, 62–74.
- Nowak-Starz, G. (2015). Recenzja pracy doktorskiej mgr Alicji Głowackiej-Rębały pt. „Zachowania zdrowotne w rodzinie a problem otyłości u dzieci”. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio B. Nauki Medyczne, Kultura Fizyczna i Zdrowie*, 3(1), 137–144.
- Ostrowska, M. (2014). Edukacja zdrowotna jako koncepcja wychowania we współczesnej szkole. W: A. Kostencka, H. Żukowska, M. Szark-Eckardt, R. Muszkieta i E. Bendíková (red.), *Osoba, edukacja, aktywność fizyczna, zdrowie* (s. 68–80). Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Mirosław Wrocławski.
- Pastwa-Wojciechowska, B., Kaźmierczak, M., i Błażek, M. (2015). Empatia a postawy wobec przemocy – doniesienie z badań. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica*, 19, 141–153.
- Pilecka, W. (2011). Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży jako dyscyplina stosowana. W: W. Pilecka (red.), *Psychologia zdrowia dzieci*

- i młodzieży: perspektywa kliniczna* (s. 1–29). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Popławska, A., i Jacewicz, A. (2019). Działania na rzecz rozwijania kompetencji zdrowotnych dzieci i ich efektywność. *Pedagogika Przed-szkolna i Wczesnoszkolna*, 1(13), 25–41.
- Przybylska, K. (2019). Promocja w szkole. *Medyczna Wokanda*, 12, 111–123.
- Przybysz-Zaremba, M. (2018). Kilka refleksji i konstatacji wokół zdrowia. Przegląd wybranych modeli zdrowia oraz czynników dynamizujących i dezorganizujących zdrowie człowieka. W: L. Kataryńczuk-Mania i M. Przybysz-Zaremba (red.), *Health: an interdisciplinary study* (s. 9–36). Vilnius: Mykolas Romeris Universitetas.
- Przybysz-Zaremba, M., i Katkonienė, A. (2014). Profilaktyka agresji i przemocy w szkole w optyce edukacyjnej. *Społeczeństwo i Rodzina*, 38(1), 48–62.
- Rogacka, A. (2019). *Edukacja zdrowotna w podstawie programowej. Szkoła podstawowa: klasy IV–VIII*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. 2017, poz. 356).
- Sokołowska, M. (1980). *Granice medycyny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Syrek, E., i Borzucka-Sitkiewicz, K. (2009). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Szwejk, Ł., Więckiewicz, B., i Nowakowski, P.T. (2021). *Między wspólnotą a wyobcowaniem. Człowiek w kontekście współczesnych przeobrażeń społeczeństwa i rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Szymborski, J. (2007). Sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży w Polsce i w Europie – tezy do dyskusji nad narodowym programem zdrowia. W: J. Bińczycka (red.), *Prawo dziecka do zdrowia* (s. 259–298). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2000). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Wojciszke, B. (2000). Postawy i ich zmiana. W: J. Strelau (red.), *Psychologia: podręcznik akademicki* (t. 3, s. 79–105). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wolny, B. (2019). *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- Woynarowska, B. (2010). *Edukacja zdrowotna: podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wysocki, M., i Miller, M. (2003). Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. *Przegląd Epidemiologiczny*, 57(3), 505–512.

O AUTORCE:

dr hab. Małgorzata Przybysz-Zaremba, prof. PANS – pedagog,
Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. Ignacego Mościckiego
w Ciechanowie, ORCID 0000-0003-2542-5104,
KONTAKT: malgorzataprzybyszzaremba@gmail.com

Przestanki dla praktyki wychowawczej

- 01** **Pełnia zdrowia jest pewnym ideałem**, którego w ludzkim życiu nie da się osiągnąć, jednak owa pełnia winna być celem, do którego dąży każdy człowiek i każdy lekarz opiekujący się pacjentem.
- 02** Dla prawidłowego rozwoju dziecka, zwłaszcza jego poczucia bezpieczeństwa i pewności siebie, konieczna jest **spokojna, przyjazna i akceptująca atmosfera w domu rodzinnym**.
- 03** **Profesjonalna i wczesnie podjęta diagnoza** pozwala określić wpływ zaburzeń psychicznych na życie młodego człowieka. Jest też warunkiem rozpoczęcia skutecznego leczenia i wsparcia psychologicznego.
- 04** Obserwuje się współcześnie nie tylko spadek jakości zdrowia psychicznego młodego pokolenia, lecz także **słabsze oddziaływanie czynników, które można uznać za chroniące**.
- 05** Stan kondycji fizycznej, będący jednym z wyznaczników zdrowia, jest uwarunkowany wieloma czynnikami, w tym **głównie stylem życia**.
- 06** **Prawdopodobieństwo pojawienia się zachowań ryzykownych** jest tym większe, im więcej

- występuje czynników ryzyka, im bardziej są one szkodliwe i im dłużej trwa ich działanie.
- 07** Negatywne konsekwencje zachowań ryzykownych **mają w przypadku młodzieży poważniejszy charakter i następują szybciej** niż u osób dorosłych z powodu niezakończonego jeszcze rozwoju biologicznego, emocjonalnego, intelektualnego i społecznego.
- 08** Postawy i zachowania zdrowotne **ściśle wiążą się ze świadomością w zakresie zdrowia**, którą nabywa się przez całe życie począwszy od okresu dzieciństwa i adolescencji.
- 09** Konsekwencje niewłaściwych zachowań dotyczących zdrowia **pojawiają się zwykle po wielu latach**. W wieku dorosłym zaś zachowania te trudno skorygować.
- 10** Istnieje konieczność pogłębiania wiedzy w zakresie zdrowia przez rodziców, nauczycieli i wychowawców, przede wszystkim zaś należy **uwrażliwić młode pokolenie na punkcie zachowań prozdrowotnych**.
- 11** Nauczyciel pełni istotną rolę w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych i zwiększania odporności psychicznej. Może on być **pierwszą osobą, która dostrzeże problemy ucznia i udzieli mu wsparcia**.
- 12** Zdrowie dzieci i młodzieży należy traktować jako „kapitał ludzki” istotny dla rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju, stąd ogromne znaczenie mają oddziaływania w zakresie **profilaktyki i edukacji zdrowotnej młodych osób**.

