

TADEUSZ MASZCZAK

ZDROWIE JAKO WARTOŚĆ UNIWERSALNA

(Health as a universal value)

Katedra Teorii i Metodyki Wychowania Fizycznego, AWF Warszawa

Słowa kluczowe: prozdrowotny styl życia, zachowania zdrowotne, edukacja zdrowotna.

Key words: pro-healthy lifestyle, healthy behaviour, health education.

Zgodnie z założeniami leżącymi u podstaw współczesnej wizji promocji zdrowia, skuteczne oddziaływanie na zdrowie człowieka wymaga zwiększenia potencjału jednostek i zbiorowości w zakresie umiejętności podejmowania bezpośrednich działań na rzecz własnego zdrowia i zdrowia najbliższego otoczenia. Z badań różnych autorów wynika, iż działania te ograniczane są wieloma barierami tkwiącymi zarówno w świadomości indywidualnej jak i zbiorowej. Tym, czego wymaga teraźniejszość, jest przyjęcie w miejsce paradygmatu biomedycznego, szeroko na świecie akceptowanego paradygmatu społeczno-ekologicznego, leżącego u podstaw współczesnej promocji zdrowia. W tym kontekście podstawowym zadaniem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jest przede wszystkim tworzenie warunków dla zmiany, a ukształtowanie afirmatywnej postawy wobec promocji zdrowia jawi się jako globalne wyzwanie edukacyjne.

According to the assumptions which form the foundations of contemporary vision of health promotion, effective impact on human health requires increasing the potential of individuals and the community in terms of the ability to undertake direct activities for one's health and the health in the closest circles. The studies of various authors indicate that these activities are limited by many barriers both in individual and collective awareness. What the present time requires is adopting in the place of a biomedical paradigm a socio-ecological paradigm, accepted widely in the world, which is at the basis of contemporary health promotion. In this context the basic task of modern health education is first of all creating conditions for change and the development of affirmative attitude towards health promotion is seen as a global educational challenge.

W literaturze mamy wiele różnych definicji zdrowia, lecz chyba najbardziej znana jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia, według której „zdrowie jest pełnią dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby i nie-domagania”. W przytoczonej definicji oprócz elementów biologicznych, dotyczących stanu zdrowia fizycznego, wyróżniono psychiczny wymiar zdrowia, w którym można wyodrębnić zdrowie umysłowe, związane z procesami myślenia oraz zdrowie emocjonalne, wyrażające zdolność do przeżywania uczuć i emocji. W podanej definicji występuje również społeczny wymiar zdrowia, który określić można jako zdolność do wchodzenia i utrzymywania relacji z innymi ludźmi. Możemy więc powiedzieć, że zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, obejmującym wzajemnie od siebie zależne aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne. Mylnie jest więc – zdaniem Zygryda Juczyńskiego [4] – przedstawianie zdrowia i choroby jako przeciwstawnych krańców jednowymiarowej ciągłości. Chorobę fizyczną może równoważyć stan psychiczny chorego i życiowość społeczna. Natomiast problemy emocjonalne lub izolacja społeczna mogą sprawić, iż człowiek mimo pełnej sprawności fizycznej czuje się chory. Ponieważ różne aspekty zdrowia oddziałują na siebie, człowiek będzie najzdrowszy, kiedy wszystkie czynniki będą odpowiednio zrównoważone i zintegrowane. Zdrowie wymaga więc pielęgnacji i ciągłego rozwoju oraz umiejętności przywracania stale zakłóconej równowagi i przystosowywania się do nieustannie dokonujących się zmian, zachodzących zarówno wewnątrz organizmu jak i w otaczającym człowieka środowisku.

W tym kontekście na uwagę zasługuje przybliżenie trzech paradygmatów zdrowia w ujęciu Piotra Błajeta [1].

Paradygmat pierwszy dotyczy społeczno-ekologicznego modelu zdrowia. Jest on nowym paradygmatem nauk o ochronie zdrowia, ale już szeroko akceptowanym w dziedzinie promocji zdrowia. Paradygmat ten wyróżnia trzy grupy czynników determinujących zdrowie: biologiczne, środowiskowe oraz styl życia. Szczególnie mocno akcentuje się w nim odpowiedzialność za zdrowie, która znajduje swoje odzwierciedlenie w stylu życia jako całokształcie zachowań zdrowotnych człowieka.

Drugi paradygmat – model salutogenetyczny – jest modelem edukacji zorientowanej na zdrowie, akcentuje bowiem zdrowie pozytywne. Jest bliski modelowi społeczno-ekologicznemu ze względu na podkreślenie indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie. Model ten z całym naciskiem akcentuje możliwość kreowania zdrowia i jest, jak się okazuje, szczególnie skuteczny pod względem trwałości efektów oddziaływań, a więc najbardziej przydatny z punktu widzenia idei promocji zdrowia. Niestety mimo swych zalet, rzadko jest stosowany w praktyce i pozostaje głównie w sferze zainteresowań humanistycznej filozofii człowieka, a zdrowie pozytywne i kreacja zdrowia są kategoriami ciągle nieznanymi szkolnym wychowawcom.

Trzeci paradygmat – to model logicznych poziomów zdrowia, który wskazuje nie tylko na uwarunkowania środowiskowe i behawioralne zdrowia, ale podkreśla również wpływ takich czynników, jak: przekonania, system wartości, tożsamość i duchowość. Model ten wyraźnie akcentuje wpływ osobowości i stylu życia na zdrowie. Środowisko stanowi tylko jeden z poziomów, który też w jakimś stopniu zależy od indywidualnych działań każdego z nas.

Kilkanaście lat temu Światowa Organizacja Zdrowia opracowała perspektywiczną strategię zdrowia, która propagowana jest w haśle: „Twoje zdrowie w twoich rękach”. Istotą takiego podejścia do zdrowia jest konieczność zmiany, która powinna dokonać się w świadomości coraz szerszych kręgów ludzi zarówno młodych jak i w wieku podeszłym, zdrowych i chorych. Człowiek występuje tutaj w roli podmiotowej, pierwszorzędnej i aktywnej. W wielu krajach zachodnich uznano, że zdrowie jest najważniejszym sprzymierzeńcem człowieka, niosącym radość życia, otwierającym drogę do sukcesu i szczęścia osobistego. Utrwalono świadomość dbania o zdrowie własne, rodziny i społeczeństwa. Troska o zdrowie stała się podstawowym obowiązkiem każdego człowieka. Osiągnięto to dzięki właściwej strategii działania i konsekwentnej, wieloletniej jej realizacji przez skupienie wszystkich sił na poznawaniu zdrowia i ograniczeniu ujemnych skutków podstawowych czynników ryzyka (np. niewłaściwe odżywianie, brak ruchu, nałogi, stres).

Moda na zachowania prozdrowotne dotarła również i do nas, czego wyrazem jest rozpowszechnianie promocji zdrowia ukierunkowanej w działaniach głównie na profilaktykę oraz rozchodzące się w dużych nakładach różne poradniki reklamujące dietetykę, relaksację, zdrowy styl życia, aktywność ruchową itp. Kultura zdrowotna naszego społeczeństwa jest jednak nadal niska. Hasło głoszone przez WHO: „Zdrowie zaczyna się w domu” dalekie jest jeszcze od rzeczywistości. Brak odpowiednich nawyków higienicznych wiąże się z niewystarczającym oddziaływaniem rodziców, nauczycieli, niewystarczającą aktywnością edukacyjną służby zdrowia. Ten niski poziom kultury zdrowotnej społeczeństwa przejawia się między innymi w braku odpowiednich zachowań profilaktycznych. Nazbyt często cenimy zdrowie deklarowane albo w chwilach gdy je tracimy okresowo, lecz za mało wykazujemy odpowiedzialności za zdrowie własne i otoczenia [7, 8].

Troskę o zdrowie i kondycję fizyczną naszego społeczeństwa zaakcentował w 2005 r. Komitet Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN, wyrażając w swoim stanowisku głębokie przeświadczenie, że wychowanie fizyczne, sport, rekreacja fizyczna i rehabilitacja ruchowa odgrywać winny znaczącą rolę w procesach wychowania, profilaktyki zdrowotnej, przysposabiania ludzi do życia, do działalności zawodowej i społecznej, do uczestnictwa w kulturze, w próbach przeciwstawiania się różnym zjawiskom patologicznym, między innymi przemocy, agresji, alkoholizmowi czy narkomanii. Brak aktywności fizycznej – jest zdaniem Komitetu – głównym czynnikiem powszechnego występowania niektórych chorób i pośrednim czynnikiem ryzyka wielu patologii. Równocześnie świadoma, systematyczna i aktywna praca na rzecz własnego ciała, sprawności fizycznej i zdrowia jest w Polsce zjawiskiem rzadkim.

Potwierdza to obraz zdrowia subiektywnego i zachowań zdrowotnych nastolatków w Polsce, na tle innych krajów w końcu XX w., wyłaniający się z badań przeprowadzonych pod kierunkiem Barbary Woynarowskiej [5, 13] w latach 1990, 1994 i 1998 wśród młodzieży w wieku od 11 do 15 lat, będącej w okresie dynamicznych zmian rozwojowych. Badania te wykazały wiele niedostatków w zakresie zachowań prozdrowotnych młodzieży. W porównaniu z młodzieżą z innych krajów europejskich niższa jest aktywność ruchowa polskiej młodzieży w czasie wolnym. Polscy nastolatki więcej czasu przeznaczają na oglądanie telewizji niż ich rówieśnicy z innych krajów.

Wśród znacznej grupy nastolatków występują zachowania ryzykowne: co szósty z nich pali papierosy, co trzeci był w stanie upojenia alkoholowego, co piąty nastoletni chłopiec pije piwo. Około 10% badanej młodzieży można uznać za zagrożoną uzależnieniem. Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych jest znacznie większe wśród chłopców niż u dziewcząt i gwałtownie zwiększa się wraz z wiekiem. W latach 1990–1998 odnotowano wzrost częstości palenia (szczególnie niepokojący u dziewcząt), upijania się i spożywania piwa. Inicjację seksualną w wieku 15 lat podejmuje 30% chłopców i 13% dziewcząt. W latach 1994–1998 nastąpiły różnorodne zmiany w postrzeganiu szkoły przez uczniów. Wzrosły wymagania nauczycieli i rodziców wobec zadań edukacyjnych uczniów, związane prawdopodobnie z przemianami społeczno-ekonomicznymi i większą rangą nadawaną wykształceniu. Jednocześnie jednak uczniowie nie otrzymali większego wsparcia ze strony rodziców i nauczycieli w realizacji tych zadań. Nadal funkcjonuje tradycyjny model niedostatecznej współpracy rodziców ze szkołą. Zachowań ryzykownych młodzieży – zdaniem niektórych autorów – nie należy traktować jako izolowanego problemu, lecz jako syndrom trudności dorastania we współczesnym, gwałtownie zmieniającym się świecie. Trudności te towarzyszą części młodzieży w poszukiwaniu własnej tożsamości, radzeniu sobie ze stresami i niepowodzeniami w społeczeństwie konsumpcyjnym, z silnie zaznaczoną komercyjną kulturą młodzieżową, przy narastającym dystansie międzypokoleniowym, postępującej globalizacji i dostępności wzorców zachowań z różnych kultur.

W latach 1990–1998 zwiększył się, jak wykazują badania, odsetek młodych ludzi oceniających swe ogólne zdrowie i sprawność fizyczną jako dobre, ale równocześnie zaistniało wiele niekorzystnych zmian w samopoczuciu psychicznym młodzieży, zwłaszcza dziewcząt. Zwiększyła się grupa niezadowolonych ze swego życia, rzadko wierzących w swoje siły, często odczuwających samotność, przykre stany emocjonalne i dolegliwości bólowe. Szczególnie niekorzystne zmiany wystąpiły w latach 1994–1998. Wskazuje to, że pogarszanie się „kondycji” psychicznej młodych ludzi uwarunkowane jest zapewne napięciami i trudnościami, głównie w rodzinie, związanymi z przemianami okresu transformacji ustrojowej. Wyniki badań wskazują, iż w Polsce odsetek nastolatków „nie całkiem zdrowych” był dwukrotnie większy niż średni odsetek dla badanej młodzieży z 29 krajów Europy.

Z raportu z badań przeprowadzonych w 2002 r. przez Barbarę Woynarowską z zespołem [12] wśród uczniów klas V szkół podstawowych oraz klas I i III gimnazjów wynika między innymi, iż aktywność fizyczna większości uczniów jest niewystarczająca, dużo jest natomiast zajęć związanych z sedenterią w czasie wolnym (odrabianie lekcji, oglądanie telewizji, korzystanie z komputera). Wśród zachowań ryzykownych na terenie szkoły, które wymagają interwencji ze strony ich dyrektorów, najczęstszy jest wandalizm oraz różne formy zachowań agresywnych (bójki, dręczenie innych uczniów) i picie alkoholu. Powszechnym zachowaniem ryzykownym jest jazda na rowerze bez kasku. Szczególnie silny związek występuje między zbyt małym wsparciem społecznym w środowisku szkolnym a podejmowaniem przez młodzież różnych zachowań ryzykownych. Duże wsparcie udzielane uczniom przez nauczycieli jest czynnikiem chroniącym ich przed nadużywaniem alkoholu i używaniem narkotyków. Duże zaś

wsparcie ze strony innych uczniów z klasy zmniejsza ryzyko bycia ofiarą przemocy międzyrówieśniczej w szkole.

Badania wskazują także, iż istnieją wyraźne różnice w postrzeganiu środowiska psychofizycznego szkoły zależnie od płci i miejsca zamieszkania uczniów. Z wiekiem pogarsza się obraz szkoły w oczach uczniów, czemu towarzyszy niższa samoocena zdrowia i zadowolenia z życia oraz zwiększanie się częstości występowania zachowań ryzykownych. Największa dynamika tych niekorzystnych zmian przypada na okres nauki w gimnazjum i w tych szkołach należałoby zintensyfikować działania wychowawcze, profilaktyczne i interwencyjne.

Tymczasem z badań Andrzeja Pawluckiego [9] wynika, iż niekompetencje ucznia szkoły podstawowej i średniej w dziedzinie autoochrony i autokreacji zdrowia wywołują ich nauczyciele wychowania fizycznego, nieprzygotowani do zadań „nauczycieli zdrowia”. Jako absolwenci uczelni wychowania fizycznego nie mają podstaw, by uznawać się za „nauczycieli zdrowia”, nie są świadomi tego, że jedna z ich ról wiąże ich z programem kultury zdrowotnej, ponieważ nie zostali przygotowani do tego zadania przez uniwersyteckich nauczycieli. Wieloletni pobyt w uczelni nie wpływa na przyjęcie przez nich właściwej orientacji pedagogicznej. Przeciwnie – często pozbawia ich poczucia edukacyjnej tożsamości.

Z badań przeprowadzonych w Polsce i w innych krajach Europy wynika, iż gwałtowne zmiany polityczne i ekonomiczne oraz proces globalizacji niosą wiele zagrożeń dla zdrowia i rozwoju młodzieży. Wiązą się one między innymi ze wzrostem niepewności młodych ludzi co do przyszłości, przy równoczesnym zmniejszeniu wpływu rodziny, z ujawnianiem się postaw rywalizacyjnych i konsumpcyjnych, wreszcie ze zmianami aspiracji młodych ludzi i narastaniem poczucia nierówności społecznej. Warto podkreślić, iż w ostatniej dekadzie takie organizacje międzynarodowe jak WHO, UNFPA i UNICEF wskazywały na potrzebę skupienia uwagi na problemach populacji dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 18 lat, mając na uwadze fakt, iż ukształtowane w tym okresie rozwoju ontogenetycznego zachowania i umiejętności decydują o zdrowiu w dalszych etapach życia człowieka. W tym kontekście promowanie prozdrowotnego stylu życia, od najmłodszych lat poczynając, staje się nakazem współczesnej rzeczywistości.

Promocja zdrowia – pisze Maciej Demel [2, 3] – to dziedzina o genezie aksjologicznej, gdyż jej busolą jest wartość, określone dobro. A droga do wszelkiego dobra jest dwojaka: poprzez jego mnożenie, ale też minimalizację zła. Tę drugą, i to wyłącznie, zalecał Tadeusz Kotarbiński. Miał do niej większe zaufanie niż do wszelkiego uszczęśliwiania. Promocja zdrowia według Macieja Demela polega na mobilizacji sił, naturalnych i społecznych, sprzyjających zdrowiu. Ich nośnikami są warunki i organizacja życia oraz styl życia jednostek i zbiorowości. W przełożeniu na język zadań oznacza to – z jednej strony – meliorację środowiska, z drugiej – wychowanie człowieka. Są one wzajemnie zależne. Definicja ta, zdaniem jej autora, ma tę zaletę, że wiąże osobę ludzką z jej środowiskiem. Tym samym podkreśla wagę ekoedukacji, która nie jest dodatkiem, lecz integralnym elementem wychowania zdrowotnego. W tym kontekście zachowania prozdrowotne obejmują szeroką skalę problemów. Należą do nich między innymi: sposób odżywiania się, warunki pracy i wypoczynku, działania higieniczne, zapobieganie

chorobom (samoleczenie, zgłaszanie się na badania kontrolne), unikanie zagrożeń w postaci używek, szkodliwych nawyków czy nałogów.

Wszystkie zachowania prozdrowotne są uwarunkowane kulturowo, trzeba więc umieć wybierać właściwe wzory spośród wielu propozycji, a odrzucać niekorzystne. Zachowania prozdrowotne nie mogą się obejść bez analizy motywacji, czuwania nad własnym rozwojem, bez kształtowania swoich przekonań przez edukację zdrowotną jako niezbędną część promocji zdrowia i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. W społecznym odbiorze ważne jest także upowszechnianie przekonania, że ruch i aktywność fizyczna są niezwykle istotnym, ale tylko jednym z wielu elementów sposobu zachowania zdrowia i aktywności zawodowej. Aktywność fizyczna jest niezbędnym elementem zdrowego stylu życia, lecz aktywność fizyczna nie zapewnia zdrowia w sposób samostny i wystarczający. Konieczne jest jeszcze włączenie społecznej aktywności w ogólny proces edukacji prozdrowotnej społeczeństwa i ukształtowanie zdrowego stylu życia [6, 14].

Promocja zdrowia zależy przede wszystkim od nas samych, ale i od wspólnot, do których należymy: rodziny, grupy rówieśniczej, szkoły, państwa. Ważne jest przy tym, aby ich działania były zorientowane na te same wartości. W obrębie promocji zdrowia w rodzinie należy między innymi akcentować zagadnienia dotyczące właściwych przyzwyczajęń higienicznych. Zbyt mało bowiem uwagi poświęcamy niwelowaniu złych nawyków, które zakorzeniły się tak silnie, że traktowane są jako zjawiska mieszczące się w normie. Należą tu między innymi: niejedzenie śniadań przez młodzież szkolną, objadanie się na kolację, nerwicowe palenie papierosów, oszczędzanie na jedzeniu, niehigieniczne warunki snu. Rodzina musi być rzetelnie informowana o występujących zagrożeniach i ich zasięgu, o ryzyku utraty zdrowia i szansach jego utrzymania lub zdobywania. Edukacja zdrowotna wymaga więc czynnego współdziałania rodziny z różnymi instytucjami.

W ostatnich latach poszukuje się na świecie wspólnej płaszczyzny dla różnorodnych działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia oraz sposobów integrowania rozproszonych działań, podejmowanych przez różne organizacje i instytucje. Jedną z propozycji, upowszechnianą przez WHO i UNICEF, jest podejście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych [11]. Według definicji WHO termin ten oznacza umiejętności umożliwiające człowiekowi pozytywne zachowania przystosowawcze, dzięki którym może on skutecznie radzić sobie z zadaniami i wyzwaniem codziennego życia. Termin ten odnosi się do umiejętności psychospołecznych, nie dotyczy natomiast umiejętności w zakresie „fizycznej strony funkcjonowania człowieka”. Oddzielnie rozpatrywane są też umiejętności zawodowe, które uzupełniają się z umiejętnościami życiowymi. Z punktu widzenia promocji zdrowia i pierwotnej profilaktyki wielu zaburzeń, WHO wyróżnia dwie grupy umiejętności: umiejętności podstawowe dla codziennego życia, umożliwiające dobre samopoczucie, relacje z innymi i zachowania sprzyjające zdrowiu, oraz umiejętności specyficzne dotyczące radzenia sobie z zagrożeniami współczesnego świata. Istnieje wiele dobrze udokumentowanych wyników badań, wykonanych w różnych krajach i kulturach wskazujących, że wdrażanie programów rozwijania umiejętności życiowych sprzyja dobremu samopoczuciu, ochronie i poprawie zdrowia dzieci i młodzieży.

Nowoczesna edukacja zdrowotna ujmująca zdrowie holistycznie jest ważnym, komplementarnym elementem promocji zdrowia. Postępujący proces demedycyzacji edukacji zdrowotnej i wzrost zainteresowania przedstawicieli nauk społecznych stwarza szansę na przeniesienie akcentów ze zdrowia somatycznego na psychospołeczne, w tym także rozwijanie umiejętności życiowych. Niestety w licznych edukacyjnych programach profilaktycznych nie rozważa się jednak całościowego podejścia, ukierunkowanego na rozwijanie umiejętności życiowych w ujęciu proponowanym obecnie przez organizacje międzynarodowe: WHO, UNICEF, UNFPA. Najbliższa temu podejściu jest Koncepcja Szkoły Promującej Zdrowie.

Koncepcja Szkoły Promującej Zdrowie – zdaniem Barbary Woynarowskiej – opiera się na ogólnych założeniach promocji zdrowia, zawartych w Karcie Ottawskiej, ze szczególnym uwzględnieniem podejścia siedliskowego. Określenie, co oznacza termin „szkoła promująca zdrowie”, nie jest proste. W praktyce każdy kraj i szkoła tworzy własną wizję i definicję takiej szkoły. W najnowszym dokumencie Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie podano, że nadrzędnym celem szkoły promującej zdrowie jest zdrowy styl życia całej społeczności szkolnej. Aby to osiągnąć, szkoła tworzy wspierające, bezpieczne i sprzyjające zdrowiu środowisko fizyczne i społeczne, stwarza wszystkim osobom, które w niej żyją, pracują i uczą się możliwości kontrolowania i poprawiania swego stanu zdrowia fizycznego i emocjonalnego, dokonuje zmian w zarządzaniu szkołą, relacjach międzyludzkich, metodach nauczania i uczenia się.

Ruch szkół promujących zdrowie rozwija się w Polsce od 1992 r. W 2002 r. we wszystkich województwach istniały wojewódzkie sieci szkół promujących zdrowie, do których należało około 1000 szkół. Badania z 2002 r. [12] wskazują, iż idea szkoły promującej zdrowie wciąż budzi zainteresowanie: 10% badanych szkół było zrzeszonych w sieciach tych szkół, 52% podejmowało próby włączania różnych elementów koncepcji szkoły promującej zdrowie do swych programów, 22% zaś zamierzało podjąć takie działania.

Na podstawie polskich doświadczeń w realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie” [5] można przyjąć, że szkoła promująca zdrowie jest to siedlisko, w którym społeczność – pracownicy i uczniowie – podejmują wspólne działania dla poprawy samopoczucia i stanu zdrowia, głównie poprzez zmianę własnych zachowań zdrowotnych i tworzenie zdrowego środowiska fizycznego i społecznego szkoły, uczą się jak zdrowiej i lepiej żyć (edukacja zdrowotna, rozwój osobisty i zawodowy), zachęcają innych w swoim otoczeniu do podobnych działań (poprzez otwartość, dialog, partnerstwo i współdziałanie). Uznano także, że Szkoła Promująca Zdrowie jest pewną ideą. Idei nie można osiągnąć ani zrealizować. Można ją tylko wcielać w życie, służyć jej, dążyć do niej, podejmując wciąż nowe działania dla rozwiązywania problemów danej społeczności. Służą temu między innymi nowe podejścia w promocji zdrowia.

Jednym z nich jest podejście siedliskowe zakładające, że szkoła jest siedliskiem, w którym żyje, pracuje i uczy się wielu ludzi i w którym obowiązują specyficzne normy prawa i obowiązki. Szkoła jest częścią szerokiego systemu w danej populacji, w której istnieje wiele siedlisk. Działania w zakresie promocji, które podejmuje szkoła, powinny być wspierane przez równoczesne działania w innych siedliskach, a zwłaszcza przez rodziny. Istotne znaczenie w promocji zdrowia ma także podejście „od ludzi do proble-

mu”, które zakłada, że ludzie sami identyfikują własne problemy, wybierają te, które są dla nich ważne i podejmują działania dla ich rozwiązania. Osoby z zewnątrz wspierają te działania, lecz nie narzucają swoich pomysłów i programów. Natomiast tradycyjne podejście „od problemu do ludzi” zakłada, że problemy ważne są ustalone poza szkołą, najczęściej na szczeblu centralnym lub regionalnym. Tam też opracowywane są przez specjalistów programy rozwiązywania tych problemów, które otrzymują szkoły, z propozycją, zaleceniem a nawet nakazem ich realizacji. Tymczasem w szkole promującej zdrowie głównym motywem działania jest „inwestycja w ludzi”, polegająca na zaoferowaniu różnym grupom możliwości rozwoju podstawowych dla zdrowia umiejętności osobistych, społecznych i zawodowych.

W 1995 r. Światowa Organizacja Zdrowia powołała Komitet Ekspertów do spraw Wszechstronnej Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia w Szkole, który stoi na stanowisku, że inwestycja w edukację jest inwestycją w zdrowie. Zgodnie z założeniami leżącymi u podstaw współczesnej wizji promocji zdrowia, skuteczne oddziaływanie na zdrowie człowieka – zdaniem Zofii Słońskiej [10] – wymaga nie tylko podnoszenia poziomu wiedzy zdrowotnej jednostek oraz kształtowania ich umiejętności życiowych służących zdrowiu, ale także działań środowiskowych mających na celu nasilenie oddziaływania czynników wspierających zdrowie oraz ograniczenie lub eliminację tych, które zdrowiu szkodzą. Tym, czego wymaga teraźniejszość, jest przyjęcie, w miejsce paradygmatu biomedycznego, szeroko na świecie akceptowanego paradygmatu społeczno-ekologicznego, leżącego u podstaw współczesnej promocji zdrowia. W tym kontekście podstawowym zadaniem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jest przede wszystkim tworzenie warunków dla zmiany, a ukształtowanie afirmatywnej postawy wobec zdrowia jako wartości uniwersalnej jawi się jako globalne wyzwanie współczesnych społeczeństw.

PODSUMOWANIE

W świetle dotychczasowych badań można powiedzieć, iż zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, obejmującym wzajemnie od siebie zależne aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne. Uwidacznia się to bodaj najpełniej w trzech paradygmatach modelu zdrowia. Paradygmat pierwszy dotyczy społeczno-ekologicznego modelu zdrowia. Wyróżnia on trzy grupy czynników determinujących zdrowie: biologiczne, środowiskowe oraz styl życia. Drugi paradygmat – model salutogenetyczny – jest modelem edukacji zorientowanej na zdrowie pozytywne. Jest on bliski modelowi społeczno-ekologicznemu ze względu na podkreślenie indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie. Trzeci paradygmat – to model logicznych poziomów zdrowia, który wyraźnie akcentuje wpływ osobowości i stylu życia na zdrowie. Modele te korespondują z perspektywną strategią zdrowia, wypracowaną przez Światową Organizację Zdrowia, której główne wątki upowszechniane są w haśle: „Twoje zdrowie w twoich rękach”.

W ostatnich latach poszukuje się na świecie wspólnej płaszczyzny dla różnorodnych poczynań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia oraz sposobów integrowania rozproszonych działań, podejmowanych przez różne organizacje i instytucje. Jedną z

propozycji, upowszechnianą przez WHO i UNICEF, jest podejście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych. Podstawowym zadaniem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jest więc kształtowanie afirmatywnej postawy wobec zdrowia jako wartości uniwersalnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Błajet P., 2005: Ciało w kulturze współczesnej. Wątki socjopedagogiczne. WSiE TWP, Olsztyn.
2. Demel M., 1986: Pedagogika zdrowia. WSiP, Warszawa.
3. Demel M., 2001: Przesłanie do uczestników konferencji. [W:] (red.) B. Woynarowska, M. Kapica, Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania. KOWEZ, Warszawa, s. 7-10.
4. Juczyński Z., 1999: Szlachetne zdrowie, niech każdy się dowie. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 3, Warszawa, s. 95-97.
5. Kowalewska A., Woynarowska B., Mazur J., 2001: Ocena wdrażania i realizacji edukacji prozdrowotnej w szkołach podstawowych i gimnazjach w roku szkolnym 1999/2000. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 6/7, Warszawa, s. 32-37.
6. Krawański A., 2001: Przesłanie do uczestników konferencji. [W:] (red.) B. Woynarowska, M. Kapica, Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania. KOWEZ, Warszawa, s. 26-38.
7. Maszczak T., 2002: Promocja zdrowia jako globalne wyzwanie edukacyjne. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 1, Warszawa, s. 33-35.
8. Maszczak T., Żukowska Z., 2000: Zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne istotną wartością w moim życiu. [W:] (red.) Z. Żukowska, T. Maszczak, S. Sulisz, Ja – zdrowie – ruch. PTNKF, Warszawa, s. 31-42.
9. Pawłucki A., 1997: Nauczyciel wobec wartości zdrowia – studium krytyczne. AWF, Gdańsk.
10. Słońska Z., 2001: Współczesna wizja edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia. [W:] (red.) B. Woynarowska, M. Kapica. Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania. KOWEZ, Warszawa, s. 69-74.
11. Woynarowska B., 2001: Rozwijanie umiejętności życiowych w edukacji zdrowotnej. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 1, Warszawa, s. 9-13.
12. Woynarowska B. (red.), 2003: Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce. UW, Warszawa.
13. Woynarowska B., Mazur J., 2000: Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998. UW, Warszawa.
14. Żukowska Z., Żukowski R. (red.), 2002: Zdrowie i sport w edukacji globalnej. ESTRELLA, Warszawa.