

Pod koniec XX wieku nastąpił kolejny etap ewolucji koncepcji zdrowia oraz znaczenia i hierarchii czynników warunkujących zdrowie. Tradycyjny biomedyczny model zdrowia wiązał się z dominacją przedstawicieli nauk medycznych, zwłaszcza lekarzy, w jej programowaniu i realizacji. Upowszechniony obecnie społeczno-ekologiczny model zdrowia przyczynił się do wzrostu zainteresowania zdrowiem i edukacją zdrowotną przedstawicieli różnych dyscyplin, głównie społecznych, i spowodował stopniową jego demedykalizację. Zmiany te w istotny sposób wpłynęły także na przeobrażenia modeli edukacji zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna korzysta dzisiaj z dorobku wielu dyscyplin naukowych: medycyny, psychologii, pedagogiki, socjologii, a także kultury fizycznej. Zagadnienia związane ze zdrowiem rozpatrywane były przez wielu wybitnych specjalistów. Na gruncie historii pedagogiki podejmowali je, uwzględniając podmiot oddziaływań, prekursorzy pedagogiki zdrowia, np. G. Piramowicz (1787) i J. Śniadecki (1805). W XX wieku nurt ten kontynuowali: S. Szuman (1931), H. Radlińska (1961), M. Demel (1968, 1980), E. Mazurkiewicz (1977, 2001), B. Woynarowska (1999, 2003), A. Krawański (2003), Z. Żukowska (1998). W pedagogice społecznej zdrowiem w ujęciu pozytywnym zajmowali się: H. Radlińska (1961), E. Mazurkiewicz (1977), E. Syrek (1997). W pedagogice specjalnej problemy zdrowotne i ich wpływ na życie dzieci i młodzieży omówili m.in. W. Dykik (1997) i W. Pilecka (2002). Zdrowie znajduje również należne miejsce w socjologii w kontekście oddziaływań środowiska (T. Parsons 1964, A. Siciński 1978, M. Sokołowska 1986, A. Ostrowska 1999, B. Tobiasz-Adamczyk 2000, Z. Kawczyńska-Butrym 2001), czy też w psychologii w aspekcie własnej aktywności wychowanka i uwarunkowań zachowań zdrowotnych (T. Mądrzycki 1977, A. Antonovsky 1995, J. Rodin i P. Solovey 1997, I. Heszen-Niejodek 1997).

W naukach społecznych wyróżnia się dwa sposoby konceptualizacji zdrowia: **dyspozycję** – zdolność człowieka do osiągnięcia optimum swoich możliwości w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej i do pozytywnego reagowania na wyzwania środowiska, oraz **proces** – zdolność poszukiwania i utrzymywania równowagi w zmieniających się warunkach środowiska. Zdrowie ma zatem swoją dynamikę, której niewydolność prowadzi do **choroby**.

W odniesieniu do młodzieży zdrowie będzie jej „zdolnością” do osiągnięcia pełni rozwoju, optymalnych wyników w nauce, do pozytywnego funkcjonowania w szkole i w środowisku pozaszkolnym, do aktywnego i twórczego życia, a w efekcie wyższego poziomu jakości życia w dorosłości. Długotrwałe zakłócenia w funkcjonowaniu całego organizmu lub zaburzenia w czynnościach poszczególnych układów i narządów młodego człowieka wywierają ujemny wpływ na jego rozwój fizyczny i psychiczny, co niewątpliwie rzutuje na wyniki w nauce i codzienne funkcjonowanie. Problem przewlekle chorego ucznia w aspekcie medyczno-pedagogicznym i socjopedagogicznym badali i szeroko omawiali: J. Słezak (1984), S.B. Radiukiewicz (1987), A. Maciarz (1992, 1996, 1999), A. Jaczewski (1993), B. Woynarowska (1995, 2000), A. Hulek (1997), K.J. Zabłocki (1999), S.M.B. Pecyna (2000), B. Zawadzka (2002) i wielu innych autorów.

Biorąc pod uwagę **proces wychowania** i nauczania zdrowia oraz jego skuteczność w odniesieniu do dzieci i młodzieży, a także prowadząc badania naukowe w tym zakresie, dochodzimy do odkrywania prawidłowości i ustalania norm pedagogicznych leżących u podstaw procesów edukacyjnych (M. Kapica 2001). Badania naukowe obejmować bowiem będą w szczególności efekty procesu edukacji zdrowotnej młodzieży, tj. dyspozycje osobowościowe, takie jak zainteresowania, przekonania, postawy i motywacje, oraz instrumentalne typu: zachowania, wiedza (B. Zawadzka 1995, M. Kapica 2001).

Zdrowie i edukacja zdrowotna są nierozzerwalnie związane z pedagogiką. Przypomnijmy, jakie są powody tego stanu rzeczy:

1. Historia pedagogiki niejako wymusza zajęcia się zdrowiem dzieci, a szczególnie młodzieży. „Umedycznienie” pedagogiki, jak pisał M. Demel na czątku lat 80. poprzedniego stulecia, jest nieuniknione, gdyż to pedagogika ma „sposoby” oddziaływania wychowawczego na kształtującą się osobowość i może skutecznie przyczynić się do budowania postaw prozdrowotnych młodego pokolenia.
2. Dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej wręcz zalecają **edukację zdrowotną** jako najlepszą inwestycję w zdrowie człowieka (zwłaszcza dzieci i młodzieży), która powinna trwać przez całe życie w poszczególnych siedliskach jego bytowania: dom, szkoła czy zakład pracy. W związku z tym powinna ona przyjąć charakter rozwiązań systemowych: w wymiarze administracyjnym, infrastrukturalnym, finansowym i naukowym.
3. **Szkoła** jako instytucja funkcjonująca w oparciu o planowe nauczanie i wychowanie może odegrać wiodącą rolę w potęgowaniu zdrowia młodzieży i kształtowaniu środowiska poprzez edukację dla zdrowia, gdyż istota i wartość takiej edukacji tkwią w tym, że wraz z innymi dziedzinami wychowania przygotowuje do życia w społeczeństwie i dla społeczeństwa.

Głównym celem nauczania i wychowania, jak wynika z założeń zreformowanej szkoły, jest dążenie do harmonijnego i wszechstronnego rozwoju każdego ucznia pod względem umysłowym, społeczno-moralnym, fizyczno-zdrowotnym, estetycznym i ogólnotechnicznym. Niezależnie od przyjętych kryteriów i kierunku rozważań o biopsychospołecznych uwarunkowaniach zdrowia dzieci i młodzieży, edukacja zdrowotna jest niezbywalną powinnością nauk pedagogicznych oraz nauk o kulturze fizycznej.

Z wielu badań (A. Gniazdowski 1990, B. Woynarowska 1996, 1998, 2002, J. Kopczyńska-Sikorska 1998, A. Ostrowska 1999, B. Zawadzka 1999, 2002) dotyczących zachowań zdrowotnych dzieci, młodzieży i dorosłych wynika, że społeczeństwo polskie nie troszczy się dostatecznie o swoje zdrowie. Badania te wskazują, że znaczny odsetek dzieci i młodzieży przejawia zachowania ryzykowne, wręcz szkodliwe dla zdrowia, co skutkuje u nich złym samopoczuciem, licznymi dolegliwościami, czy też różnymi schorzeniami. Powstaje zatem pytanie: jakie mechanizmy oddziałują na postawy i zachowania młodzieży w okresie dorastania, skoro jej znaczny odsetek nie jest zainteresowany dbaniem o zdrowie? Na ile stan zdrowia warunkuje zachowania młodych ludzi wobec własnego zdrowia? Czy i na ile czynniki socjodemograficzne mają wpływ na ich zachowania zdrowotne? Jakie są mechanizmy wpływu środowiska psychospołecznego, w którym żyje młodzież? Jakie zachowania ryzykowne dla zdrowia najczęściej przejawiają dorastające osoby? Jaką rolę powinny pełnić szkoła i dom rodziny w budowaniu postaw prozdrowotnych młodzieży? Na te i inne bardziej szczegółowe pytania starano się znaleźć odpowiedź w rozdziałach tej książki.

Celem podjętej pracy jest więc poznanie aktywności zdrowotnej młodzieży zdrowej i przewlekle chorej, będącej w okresie dorastania, wyrażającej się w jej zachowaniach zdrowotnych na tle czynników osobniczych i środowiskowych. Szukano także możliwości opracowania modelu empirycznego typów zachowań prozdrowotnych młodzieży.

Diagnoza zachowań zdrowotnych młodzieży zdrowej i przewlekle chorej w okresie dorastania oraz ich niektórych uwarunkowań stanowi istotę tej pracy. Z wielu klasyfikacji uwarunkowań zachowań ludzi młodych wobec zdrowia przyjmują kryterium subiektywności i obiektywności lokalizacji czynników warunkujących zachowania, obejmujące zmienne osobnicze oraz środowiskowe. W świetle wiedzy socjopsychomedycznej zachowania zdrowotne definitywnie zostały przyjęte jako formy aktywności człowieka, które zwykle wywołują określone skutki zdrowotne, pozytywne bądź negatywne, u osób realizujących je.

W sytuacji młodzieży zdrowej zachowania zdrowotne, jeśli będą przybierać formy zachowań pozytywnych, staną się czynnikiem stwarzającym dodatkowe możliwości podnoszenia poziomu zdrowia, a w sytuacji młodzieży przewlekle chorej będą jednocześnie czynnikiem uzupełniającym zakres właściwej opieki medycznej. Za przewlekle chorą uznano taką młodzież, u której wystąpiły zaburzenia zdrowia o przedłużonym czasie trwania, mające różny przebieg i mogące wpływać na życie codzienne, dyspozycje do nauki, stan emocjonalny, a także na dalszy rozwój społeczny młodzieży. Analiza zachowań zdrowotnych dostarcza również wielu przesłanek dla praktyki pedagogicznej, dotyczących kształtowania zachowań prozdrowotnych i motywacji do większej dbałości o zdrowie przez młodzież.

W okresie podejmowania badań istniała konieczność postawienia diagnozy stanu zachowań zdrowotnych młodzieży w okresie dorastania (szczególnie w wieku od 16 do 18 lat) z terenu województwa świętokrzyskiego. Istniał także potrzebny monitorowania zachowań zdrowotnych w celu określania zapotrzebowania na działania edukacyjne i profilaktyczne w tym zakresie na poziomie gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym.

Rozważany okres rozwojowy, od 14 do 18 lat, można rozpatrywać w aspekcie biologicznego rozwoju, jak również w aspekcie społecznym, psychologicznym oraz pedagogicznym. Ze względu na tematykę tej monografii eksponowane będą aspekty pedagogiczno-społeczne. Okres dorastania (adolescencji) można ogólnie określić jako **dojrzwanie do dorosłości**, gdyż młody człowiek dochodzi do zrozumienia swojej podmiotowości: ze czegoś pragnie, do czegoś dąży, ze do niego należą wybór i decyzja. Okres 14-18 lat jest trudny do jednolitego określenia terminologicznego, stąd w literaturze można spotkać wielość jego określeń: „młodzi ludzie”, „młodzież”, „młodociani”, „nastolatki”.

W rozprawie zdecydowano się przyjąć kryterium psychospołeczno-pedagogiczne i używać określenia terminologicznego – **okres dorastania**, a w ujęciu populacyjnym **młodzież**.

Przedmiotem badań uczyniono więc głównie zachowania zdrowotne młodzieży zdrowej i przewlekle chorej w okresie dorastania, gdyż okres ten jest najkorzystniejszy w życiu człowieka do kształtowania postaw prozdrowotnych, rozwijania nowych motywów działania, zainteresowań. Nabyte w tym okresie zachowania ryzykowne dla zdrowia przenoszą się na całe życie i trudno je później korygować. W okresie dorastania wzrasta aktywność własna jednostki jako warunek jej pełnego rozwoju, jako czynnik regulacji stosunków z otoczeniem. Położono więc akcent na zachowania, które są realizowane w wyniku uzyskania podmiotowości jednostki i wolności w wyborze i bezwzględnie wpływają na czynniki medycznych, kulturowych i społecznych.

Prowadząc długofalowe badania, obserwację szkół i systemu realizacji edukacji zdrowotnej, poszukiwano również praktycznych rozwiązań dla bardziej skutecznego oddziaływania wychowawczego wobec młodzieży w kontekście jej zdrowia.

Praca składa się z siedmiu rozdziałów i dwudziestu podrozdziałów. W części teoretycznej za celowe uznano dokonanie przeglądu i oceny ewolucyjności koncepcji zdrowia oraz zainteresowań nauk społecznych zdrowiem (rozdział I). Aby badać zachowania zdrowotne młodzieży zdrowej i przewlekle chorej jako behawioralne uwarunkowania zdrowia, dokonano analizy stanu zdrowia młodzieży w Polsce, z podkreśleniem współczesnych zagrożeń dla jej zdrowia oraz wpływu przewlekłej choroby na codzienne funkcjonowanie (rozdział II). Dla lepszego zrozumienia określonych zachowań zdrowotnych młodzieży dokonano krótkiej charakterystyki okresu dorastania, podkreślając aspekty społeczno-pedagogiczne. Omówiono uwarunkowania zachowań zdrowotnych oraz istotę edukacji zdrowotnej w kontekście holistycznego ujęcia zdrowia i jej ważność dla kształtowania postaw i zachowań prozdrowotnych młodzieży (rozdział III).

Analiza literatury dotyczącej zachowań zdrowotnych młodzieży ujawniła brak badań dotyczących młodzieży dorastającej, szczególnie przewlekle chorej (w wieku 14-18 lat) w kontekście uwarunkowań osobniczych oraz środowiska rodzinnego i szkolnego. Retrospekcja przedmiotu badań na tle literatury pozwoliła zatem na sformułowanie założeń badań własnych, co przedstawiono w rozdziale IV, dotyczącym celu, problematyki badawczej, a także doboru metod i narzędzi oraz wyboru materiału i terenu badań. Rozdział V w całości poświęcono na prezentację wyników badań własnych. Przeprowadzona analiza statystyczna i merytoryczna umożliwiła weryfikację przyjętych hipotez dotyczących wpływu czynników osobniczych i środowiskowych na zachowania zdrowotne i przewlekle chorej wobec własnego zdrowia w okresie dorastania. Utworzenie wskaźników charakteryzujących zachowania zdrowotne i indeksów zmiennych niezależnych pozwoliło na wyodrębnienie typów zachowań prozdrowotnych dorastającej młodzieży. Pracę kończy dyskusja nad wynikami badań własnych w odniesieniu do wyników badań innych autorów. Wyciągnięte wnioski, na podstawie wyników badań empirycznych, pozwoliły z kolei na sformułowanie wniosków postulatywnych pod kątem praktyki pedagogicznej.

Tytuł pracy – *Dorastająca młodzież wobec problemu własnego zdrowia* – jest o ogólniejszym stopniu odniesienia niż część empiryczna. Starano się bowiem ująć problem zdrowienia młodzieży i jego braku w szerszym ramach niż tylko jej własne odniesienie się, gdyż jest to duży problem o dużym stopniu złożoności. Przyjęto – zgodnie z *Europejską strategią na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży*, że młodzież jest inwestycją w społeczeństwo jutra. Jej zdrowie i sposób, w jaki się o nie troszczymy, prowadząc przez wiek dojrzwania, w dorosłość będą miały wpływ na pomyślność i stabilność regionu europejskiego w nadchodzących dekadach.