



You have downloaded a document from  
**RE-BUŚ**  
repository of the University of Silesia in Katowice

**Title:** Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim : studium pedagogiczno-społeczne

**Author:** Ewa Syrek

**Citation style:** Syrek Ewa. (1997). Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim : studium pedagogiczno-społeczne. Katowice : Uniwersytet Śląski



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersytet ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

**Ewa Syrek**

**Teoretyczne standardy  
zdrowia dzieci i młodzieży  
a ich środowiskowe  
uwarunkowania  
w regionie górnośląskim**

**Studium pedagogiczno-społeczne**

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Katowice 1997



**Teoretyczne standardy  
zdrowia dzieci i młodzieży  
a ich środowiskowe  
uwarunkowania  
w regionie górnośląskim**

**Studium pedagogiczno-społeczne**

**Prace Naukowe  
Uniwersytetu Śląskiego  
w Katowicach  
nr 1590**

Ewa Syrek

Teoretyczne standardy  
zdrowia dzieci i młodzieży  
a ich środowiskowe  
uwarunkowania  
w regionie górnośląskim

Studium pedagogiczno-społeczne

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Katowice 1997

**Redaktor serii: Pedagogika**  
**Wanda Bobrowska-Nowak**

**Recenzent**  
**Tadeusz Pilch**



**Redaktor**  
**Jerzy Stencel**

**Redaktor techniczny**  
**Alicja Zajączkowska**

**Korektor**  
**Barbara Konopka**

Copyright © 1997  
by Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego  
Wszelkie prawa zastrzeżone

**ISSN 0208-6336**  
**ISBN 83-226-0712-1**

**Wydawca**  
**Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego**  
**ul. Bankowa 12 B, 40-007 Katowice**

---

Wydanie I. Nakład: 600 + 50 egz. Ark. druk. 11,25. Ark. wyd. 15,50.  
Przekazano do składu w grudniu 1996 r. Podpisano do druku  
i druk ukończono w marcu 1997 r. Papier offset. kl. III, 70 g,  
70 × 100. Cena 10 zł

---

**Skład i łamanie**

Zakład Usług Poligraficznych  
Osiedle Robotnicze 7a/3, 42-520 Dąbrowa Górnicza

**Druk i oprawa**

Drukarnia Uniwersytetu Śląskiego  
ul. 3 Maja 12, 40-096 Katowice

# Spis treści

<b>Wstęp</b> . . . . .	7
<b>1. Problematyka zdrowia w naukach społecznych</b> . . . . .	17
1.1. Socjologia medycyny, psychologia medyczna i lekarska — obszary zainteresowań . . . . .	17
1.2. Pedagogika zdrowia — wychowanie zdrowotne i modele edukacji zdrowotnej . . . . .	23
1.3. Aspekty zainteresowań problematyką zdrowia w klasycznej koncepcji pedagogiki społecznej H. Radlińskiej a medycyna społeczna . . . . .	35
<b>2. Problematyka i metoda badań</b> . . . . .	41
2.1. Koncepcja własnego badania — założenia metodologiczne . . . . .	41
2.2. Cel, przedmiot i zakres badań . . . . .	45
2.3. Zasady doboru i cechy zbiorowości badanych — teren badań . . . . .	47
2.4. Metody badań i źródła informacji . . . . .	50
<b>3. Zdrowie jako problem społeczny</b> . . . . .	53
3.1. Pojęcie zdrowia . . . . .	53
3.2. Sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży . . . . .	60
3.3. Środowiskowe aspekty nierówności w stanie zdrowia dzieci i młodzieży . . . . .	86
<b>4. Promocja zdrowia w systemie oddziaływań środowiskowych</b> . . . . .	110
4.1. Idea promocji zdrowia w praktyce środowiska szkolnego . . . . .	110
4.2. Wzmacnianie promocji zdrowia w środowisku lokalnym . . . . .	119
4.3. Rodzina promująca zdrowie — zarys problematyki . . . . .	139
<b>5. Rozwój cywilizacji a choroba AIDS</b> . . . . .	148
5.1. Uwagi ogólne . . . . .	148
5.2. Choroba AIDS w opinii młodzieży szkół średnich . . . . .	157
5.3. Pedagogiczne problemy profilaktyki AIDS . . . . .	160
<b>Zakończenie</b> . . . . .	166
<b>Bibliografia</b> . . . . .	169
Summary . . . . .	179
Zusammenfassung . . . . .	180





# Wstęp

Przed czterdziestoma pięcioma laty w swoich interesujących rozważaniach nad wzorami kulturowymi i systemami czynności Florian Znaniecki jednoznacznie wysunął tezę, iż badacze społeczni nie sięgają w pełni do medycyny jako szczególnie ważnego obszaru owocnych studiów<sup>1</sup>. Od tego czasu zaszły znaczne zmiany w ujmowaniu sygnalizowanej powyżej sfery badań i analiz przez reprezentantów nauk społecznych w Polsce. Nastąpił rozwój refleksji teoretycznej nad problemami zdrowia, wychowania zdrowotnego, ochrony zdrowia jako określonej sfery zachowania społecznego. Znacznie rzadziej wszakże omawianym dywagacjom towarzyszą penetracje empiryczne<sup>2</sup>. W stosunkowo nielicznie prezentowanych w kraju opracowaniach często nie wykorzystuje się (w przeciwieństwie do krajów Europy Zachodniej, Ameryki Północnej czy Australii) informatorów i sprawozdań publikowanych przez stowarzyszenia zawodowe różnych grup pracowników medycznych, spisów ludności oraz innych danych zawartych w sprawozdawczości statystycznej, w dokumentach prawnych, a także wielu dostępnych źródłach informacji i narzędziach badawczych stosowanych przez reprezentantów pedagogiki, socjologii, psychologii czy też politologii.

W raportach z badań w tej dziedzinie (zdrowie i ochrona zdrowia, organizacja instytucji służby zdrowia, profilaktyka i kompensacja, opieka medyczna) zawarto dane dotyczące wielu obszarów analizowanych zjawisk, których *stricte* naukowa analiza może w konsekwencji przyczynić się — przy podejmowaniu

---

<sup>1</sup> Zob. F. Znaniecki: *Nauki o kulturze*. Warszawa 1971, s. 527.

<sup>2</sup> Por. M. Sokołowska, J. Bejnarowicz: *Socjolog a pojęcie stanu zdrowia*. „Studia Socjologiczne” 1973, nr 3, s. 192.

określonych rozstrzygnięć instytucjonalnych — do podniesienia ogólnej zdrowotności ludności, a zwłaszcza licznych grup dzieci i młodzieży<sup>3</sup>.

Warto nadmienić, iż w Stanach Zjednoczonych specjalnie powołane przez Prezydenta USA wyspecjalizowane komisje, np. Komisja ds. Ubóstwa Wsi<sup>4</sup>, na podstawie szczegółowej analizy zdrowotności postrzeganej w perspektywie medycyny klinicznej, genetyki, oświaty i kultury, instytucji, środowiska itp., formułują bardzo szczegółowe zalecenia w zakresie realizacji programu ochrony zdrowia i jego promocji, które periodycznie poddaje się skrupulatnej kontroli i weryfikacji<sup>5</sup>.

Nasze rodzime doświadczenia najtrafniej określa autorytatywne stanowisko uczestników I krajowej konferencji poświęconej promocji zdrowia. Jednocześnie stwierdzono tam, iż: „Stan zdrowia naszego społeczeństwa jest zły i ulega stałemu pogorszeniu. Zagraża to dynamicznemu rozwojowi państwa, jest źródłem trudności ekonomicznych, społecznych, obniża też wyraźnie jakość życia wielu rodzin i obywateli”<sup>6</sup>. Zdrowie to nie tylko dobro jednostkowe, ma ono także wymiar społeczny — jest zasobem gospodarki narodowej. Istnieje zatem pilna potrzeba włączenia wielosektorowych działań na rzecz promocji zdrowia (*Health Promotion*), będącej procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli stanu swego zdrowia i odpowiedzialności za nie. Promocja zdrowia wiąże się ze zintegrowanymi działaniami na różnych poziomach, mającymi wpływ na relację pomiędzy zdrowiem a ekonomią, zdrowiem a środowiskiem, zdrowiem a społeczeństwem oraz zdrowiem a jednostką<sup>7</sup>. Łączy się z politycznymi i społecznymi działaniami — nie jest wyłącznie zadaniem służb medycznych. W *Karcie ottawskiej*<sup>8</sup> wyróżnia się pięć czynników promocji zdrowia: prozdrowotną politykę, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie działań społecznych na rzecz zdrowia, rozwijanie jednostkowych umiejętności w tej mierze, reorientację służby zdrowia. Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia, by urzeczywistnić program *Zdrowie*

<sup>3</sup> Zob. *Sytuacja dzieci na świecie w 1984 r.* Raport dyrektora wykonawczego Funduszu Narodów Zjednoczonych na rzecz dzieci (UNICEF) Jamesa P. Granta. Wyd. polskie. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 1985, s. 5—43; M. P. Czarkowski, A. Firkowska-Mankiewicz, A. Titkow: *The Effectiveness of Genetic Counseling: Psycho-Social Determinations*. „Problemy Medycyny Wieku Rozwojowego” 1986, t. 14, s. 110—113; B. Anderson, M. Anderson, J. Frochhammer, J. Povelsen, H. Topspe-Jensen: *The Elderly in Motion*. Odense 1990, s. 5—48 i in.

<sup>4</sup> *The People Left Behind: A Report of the President's National Advisory Committee of Rural Poverty*. Ch. 6. Washington 1967.

<sup>5</sup> *Socjologia wsi w Stanach Zjednoczonych. Stan i tendencje rozwojowe*. A. A. Bertrand, Z. T. Wierzbicki (red.). Wrocław—Warszawa—Kraków 1970, s. 414—416.

<sup>6</sup> Stanowisko I Krajowej Konferencji Promocji Zdrowia, 13 października 1991 r.

<sup>7</sup> J. B. Karski: *Promocja zdrowia (wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe)*. Warszawa 1992.

<sup>8</sup> *Ottawa Charter For Health Promotion*. An International Conference on Health Promotion. November 17—21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada.

dla wszystkich do roku 2000 zawierający 38 zadań<sup>9</sup>, skupia się na kilku głównych zakresach działania: promowanie zdrowego stylu życia, zmniejszanie różnic w stanie zdrowia ludności pomiędzy krajami oraz w poszczególnych krajach, zmniejszanie liczby zachorowań, zapewnienie wszystkim opieki zdrowotnej. Podstawowym dokumentem będącym konsekwencją programu *Zdrowie dla wszystkich do roku 2000*, który określa zadania naszego państwa w tej dziedzinie, jest *Narodowy program zdrowia*<sup>10</sup>, opierający się na zasadzie, że każdego obywatela należy uważać za współodpowiedzialnego za stan swojego zdrowia, przy czym na państwie spoczywa obowiązek stwarzania warunków zachowania i umacniania go. Celem strategicznym jest zahamowanie wzrostu, a następnie obniżenie częstości występowania szkodliwych dla zdrowia czynników oraz najpoważniejszych chorób z uwagi na ich skutki zdrowotne i społeczne. Wiele dyscyplin naukowych, nie tylko medycznych, poszerza spektrum badań o zagadnienia zdrowia i jego promocji. W klasycznej pedagogice społecznej H. Radlińskiej można odnaleźć kwestię „wychowania dla spraw zdrowia”, głównie w aspekcie wychowania zdrowotnego jako składnika kultury zdrowotnej. H. Radlińska przez swoje zainteresowania opieką medyczną (opieką nad pacjentem) „silnie zaznaczyła obecność zagadnień zdrowotnych w pedagogice społecznej”<sup>11</sup>: „Podstawowym zadaniem pedagogiki społecznej jako nauki jest badanie wzajemnych stosunków między środowiskiem a osobą, ujmowanie tych stosunków w pewne prawa oraz projektowanie przekształceń wadliwych elementów środowiska za pomocą aktywności zainteresowanych grup społecznych”<sup>12</sup>. Od czasów H. Radlińskiej zakres zainteresowań badawczych znacznie się poszerzył, wychodząc naprzeciw istotnym zmianom społeczno-ekonomicznym, co szczególnie zaakcentowano w kolejnych propozycjach podręcznikowych z zakresu pedagogiki społecznej lat dziewięćdziesiątych<sup>13</sup>.

Transformacja społeczna ku demokracji, podmiotowości, efektywności gospodarczej i praworządności ujawniła opóźnienia kulturowe edukacji i kryzys wydolności instytucji oświatowych<sup>14</sup>. Zapoczątkowała też dyskusję wokół

<sup>9</sup> J. B. Karński: *Promocja zdrowia...*, s. 14—15.

<sup>10</sup> J. B. Karński, Z. Słoińska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia*. Warszawa 1994, s. 421 (*Narodowy program zdrowia* — wersja 1993).

<sup>11</sup> E. A. Mazurkiewicz: *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej*. Wrocław—Łódź 1983, s. 67; zob. H. Radlińska: *Z dziejów pracy społecznej i oświatowej*. Wrocław 1964.

<sup>12</sup> H. Radlińska: *Pedagogika społeczna*. Wrocław—Kraków 1951, s. 31.

<sup>13</sup> A. Radziejewicz - Winnicki (red.): *Pedagogika społeczna u schyłku XX wieku*. Katowice 1992; T. Piłch, I. Lepalczyk: *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*. Warszawa 1993; A. Radziejewicz - Winnicki: *Problemy i tendencje rozwojowe we współczesnej pedagogice społecznej*. Katowice 1996.

<sup>14</sup> Z. Kwieciński: *Pedagogika i edukacja wobec wyzwania kryzysu i gwałtownej zmiany społecznej*. W: Z. Kwieciński, L. Witkowski (red.): *Ku pedagogii pogranicza*. Toruń 1990, s. 6.

zadań nauk pedagogicznych, problemów wychowania, warunków jego aktualizacji, stworzyła możliwość poznania różnych opcji, np. w spojrzeniu postmodernistycznym podkreśla się znaczenie związku między polityką i pedagogiką w wizji społeczeństwa demokratycznego<sup>15</sup>.

W ostatnich latach toczy się także na łamach „Probleatów Opiekuńczo-Wychowawczych” interesująca dyskusja pedagogów społecznych o problemach i zadaniach pedagogiki społecznej. Współczesna pedagogika społeczna, wychodząc naprzeciw konsekwencjom dokonujących się systemowych zmian społeczno-ekonomicznych w Polsce, staje przed wieloma nowymi zadaniami, w tym także związanymi z problematyką zdrowia i jego promocji. Nadrzędnym celem niniejszego opracowania jest przybliżenie pedagogom społecznym problematyki zdrowia, nierówności zdrowotnych i ich uwarunkowań oraz zagadnień promocji zdrowia. Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia wobec stowarzyszenia Polski (od 1991 r.) ze Wspólnotą Europejską. W dążeniu do członkostwa w Unii Europejskiej musi ona podjąć wiele działań: od konieczności zmiany sposobu myślenia i postaw, po zwiększenie odpowiedzialności odpowiednich instytucji.

Badania podstawowe poświęcone zdrowiu powinny<sup>16</sup>: określać specyficzne strategie badań dotyczących zdrowia; ustalać priorytety w gromadzeniu i wykorzystywaniu wiedzy o promowaniu zdrowia; angażować badaczy działających w opiece społecznej, menedżerów i społeczne grupy lokalne w rozwoju strategii badań; wzmocnić współpracę między społeczeństwem a badaczami i decydentami w podnoszeniu stanu zdrowia ogółu ludności. W tym programie odnajdujemy pole dla badań pedagogicznych, szczególnie dla środowiskowych penetracji badawczych związanych z czynnikami warunkującymi zdrowie dzieci i młodzieży.

\*

\* \* \*

Powstawanie nowych interdyscyplinarnych gałęzi wiedzy, a także pojęć utrudnia precyzyjne (jasne) formułowanie ich zakresu. Na takie właśnie utrudnienie natrafiamy podczas analizy pojęcia „standard” (standard zdrowotny), występującego w tytule niniejszego opracowania.

Według *Słownika wyrazów obcych*, „standard” (z języka angielskiego) oznacza typ, model, normę, stopę życiową, typizację, a także ujednoczenie, ujednostajnienie<sup>17</sup>. Należy przyznać, że ta kategoria nie stanowi punktu zbieżnego dla

<sup>15</sup> Zob. np. T. Szkuclarek: *Wiedza i wolność w pedagogice amerykańskiego postmodernizmu*. Warszawa 1993, s. 62; H. Kwiatkowska: *Ewolucja tożsamości pedagogiki*. Warszawa 1994.

<sup>16</sup> Cele zdrowotne w programie *Zdrowie dla wszystkich*. *Polityka zdrowotna w Europie*. Światowa Organizacja Zdrowia 1992, s. 50.

<sup>17</sup> Zob. W. Kopałński: *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Warszawa 1971, s. 710; Por. *Słownik wyrazów obcych PWN*. Warszawa 1986, s. 700.

poszczególnych dyscyplin nauk społecznych. Jednoznaczne doprecyzowanie rozumienia terminu stanowiłoby z pewnością klucz integracji, dzięki któremu można byłoby przezwyciężyć impas przyrodniczo-opisowego ujmowania zróżnicowanych problemów psychospołecznych. Podczas interpretacji pojęcia spotykamy niestety więcej postulatów aniżeli konkretnych ustaleń<sup>18</sup>.

Wybitny polski antropolog a zarazem socjolog Bronisław Malinowski wzbogacił metodologię i teorię kultury w koncepcję standardu kulturowego. Pogłębiona refleksja nad wersją „standardu zdrowotnego” może być po części adaptowana i przyjęta przez reprezentantów nauk społecznych opierających się na klasycznych pracach antropologów kulturowych<sup>19</sup>.

Stanisław Kosiński dokonując wnikliwej analizy pojęcia, twierdzi, iż „[...]standard kulturowy, po odpowiednich modyfikacjach i doprecyzowaniu, może stanowić ważne narzędzie metodologiczne nadające się do syntetycznego ujmowania potrzeb zdrowotnych określonej społeczności, których artykulacja w poważnej mierze zależy od realnie występujących warunków środowiska lokalnego i kulturowych wzorów zachowań zdrowotnych jego mieszkańców oraz od stanu regionalnej infrastruktury ochrony zdrowia. Logicznie wynikająca z tego twierdzenia hipoteza wskazuje, że »potrzeba« w koncepcji standardu zdrowotnego stanowi kategorię centralną, a więc zasługującą tym samym na nieco dokładniejszą analizę. Potrzeba zdrowotna — jak wiadomo — jest zaledwie jedną z wielu różnorodnych potrzeb odczuwanych przez człowieka. Specyficzną jej właściwością między innymi jest to, że — zależnie od sytuacji psychospołecznej i materialnej jednostki — w równej mierze można ją zakwalifikować do kategorii potrzeb podstawowych co i wtórnych. Swoistą płynność tej klasyfikacji determinuje rodzaj danej potrzeby i każdorazowy stopień jej nasilenia (odczuwania). Ponadto na dynamikę hierarchii potrzeb zdrowotnych ma wpływ cały szereg innych czynników odnoszących się wprost do samego człowieka rozpatrywanego jako szczególnie czuły organizm, a przede wszystkim do człowieka jako istoty psychospołecznej”<sup>20</sup>.

Nestorka polskiej pedagogiki społecznej — Helena Radlińska — szczególne znaczenie przywiązywała do pojęcia standardu i wzorców społecznych. Pojęcie wzorca — zdaniem R. Wroczyńskiego — przejęła z ekonomii politycznej (*standard of life*), które występowało często w pracach Hildegardy Hetzer<sup>21</sup>.

<sup>18</sup> Por. K. Grzegorzczak: *O pojęciu wartości w antropologii kulturowej*. „Studia Socjologiczne” 1971, nr 1, s. 21.

<sup>19</sup> S. Kosiński: *Standard zdrowotny narzędziem badań socjomedycznych*. „Studia Socjologiczne” 1976, nr 3, s. 135.

<sup>20</sup> Tamże, s. 139.

<sup>21</sup> H. Hetzer: *Kindheit und Armut*. [Auflage II]. Leipzig 1937. Przytacza R. Wroczyński: *Pedagogika społeczna*. Warszawa 1974, s. 130.

Radlińska przystępując do pedagogicznych badań środowiskowych nad uwarunkowaniami rozwoju dziecka, przygotowała wzorzec tzw. pomyślnego rozwoju niemowlęcia (wzorzec warunków bytu) oraz wzorzec rozwoju dziecka do 3 roku życia, na podstawie uogólnienia rzeczywistego stanu dziecka zadbanego (pielęgowanego) i dziecka zaniedbanego. Opracowany ponownie i zaadaptowany do warunków polskich wzorzec H. Hetzer został zastosowany w badaniach empirycznych nad przyczynami powodzeń i niepowodzeń szkolnych. Schemat wzorca ustalał normy w trzech dziedzinach: warunków domowych, warunków pracy szkolnej oraz życia dziecka poza szkołą<sup>22</sup>. Wzorzec społeczny, według H. Radlińskiej, powinien obejmować tylko te normy, które mogą występować w danym środowisku. Schemat wzorca podany został w rozprawie o dzieciach rodzin bezrobotnych na Woli<sup>23</sup>.

W literaturze przedmiotu można spotkać także interesujące interpretacje standardu wymogów zawodowych, obowiązujących w służbie zdrowia, rozumianych jako zbiór znormalizowanych sposobów postępowania, precyzyjnie określających system sprawowanej opieki<sup>24</sup>. Standardy wskazują na kolejność procesu pielęgowania, poczynając od wstępnego zbierania danych — w celu postawienia diagnozy — przez planowanie i realizację sprawowanej opieki zdrowotnej, a kończąc na ocenie wyników uzyskanych podczas analiz poszczególnych stanów zdrowia i choroby, zarówno jednostki, jak i całego środowiska<sup>25</sup>.

Standardy nie tylko odzwierciedlają stan wiedzy z uwzględnieniem metod nauki i praktyki, jako że w praktyce medycznej pozwalają tę wiedzę wykorzystać. Zapewniają bowiem równocześnie popularyzację określonego wzorca zachowań zdrowotnych w danym środowisku, wydają się być poprawne i adekwatne do aktualnego stanu wiedzy, a równocześnie zmienne, z uwagi na bieżącą kontrolę i weryfikację trafności zalecanych rozwiązań i proponowanych rozstrzygnięć<sup>26</sup>.

Wartość praktyczna omawianego pojęcia, zastosowanego przeze mnie w pracy, wymaga zatem trafnego i precyzyjnego zdefiniowania. Pod pojęciem „teoretyczny standard zdrowotny” rozumie się tu występowanie określonych programów, postulatów, strategii, wzorów zachowań historycznie i przestrzennie zmiennych, które są związane ze zdrowiem, jego ochroną i promocją, przygotowanych celem masowego popularyzowania. Stanowią one zarazem w miarę

<sup>22</sup> Tamże, s. 131—132.

<sup>23</sup> A. M a j e w s k a: *Warunki życia dzieci rodzin bezrobotnych na Woli*. W: H. R a d l i Ń s k a (red.): *Spoleczne przyczyny powodzeń i niepowodzeń szkolnych*. Warszawa 1937, s. 158—212.

<sup>24</sup> W. K u c z e r a: *Standardy pielęgniarstwa*. „Pielęgniarstwo i My” 1994, nr 6.

<sup>25</sup> G. N o w a k: *Standardy profesjonalnej opieki onkologicznej*. „Nasze Sprawy” 1994, nr 7.

<sup>26</sup> Por. B. G r a m l e w i c z: *Spoleczne determinanty wykonywania zawodu pielęgniarki w Polsce w procesie transformacji w służbie zdrowia*. Nie publikowana praca doktorska. Wydział Nauk Społecznych Uniwersytetu Śląskiego, s. 91—92.

konkretny zespół dyrektyw i zaleceń przygotowany przez wielu ekspertów, reprezentujących różne dziedziny wiedzy. Jest to wzór w znaczeniu niezawodności działania, egzemplifikujący kreowanie aktualnej polityki społecznej, oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia.

Celem podjętych badań i analiz było zatem przedstawienie sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży oraz ukazanie czynników społecznych i środowiskowych determinujących nierówności w stanie zdrowia dzieci i młodzieży. Dzięki osadzeniu problemu w pedagogice społecznej badania miały także cel praktyczny: wskazywały teoretyczny standard zdrowotny, obrazujący możliwości w zakresie środowiskowej promocji zdrowia. Cele badań i analiz omówiono szczegółowo w podrozdziale 2.2. Zawiera on przy tym rejestr istniejących zagrożeń zdrowotnych na tle analiz wybranych wskaźników i uwarunkowań środowiskowych. Stosowanie się do teoretycznych standardów zdrowia winno zapewnić wydatne zmniejszenie oddziaływania czynników chorobotwórczych na jednostkę (wychowanka), zmian stylu życia, doprowadzić do znacznego przedłużenia życia człowieka oraz zmian w hierarchii głównych przyczyn zgonów. Mogłoby również eliminować większość czynników ryzyka, których obecność wpływa na wzrost częstotliwości zachorowań i zgonów z powodu np. występowania chorób cywilizacyjnych. Teoretyczne standardy zdrowia stanowiłyby więc sprawdzalne remedium na wiele problemów zdrowotnych. Teoretyczny standard zdrowia jest elementem wyjściowym w wieloaspektowym procesie promocji zdrowia, umożliwiającym społeczeństwu, a zwłaszcza młodemu pokoleniu, zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawą przez dokonywanie wyborów jednostkowych i społeczną działalność na rzecz zdrowia. Na profesjonalistach (ekspertach) wielu dziedzin wiedzy spoczywa obowiązek propagowania, wspierania, planowania działań służących zdrowiu. Wyłania się tutaj kwestia rzecznictwa zdrowotnego (*health advocacy*)<sup>27</sup>, na które składają się działania uznanych autorytetów w dziedzinie zdrowia oraz innych ekspertów, podejmowane dla optymalizacji inicjatyw społecznych i administracyjnych na rzecz zdrowia. Rzecznictwo zdrowotne dopuszcza różne formy przedsięwzięć, ale głównie dotyczy kwestii oddziaływania na instytucje wdrażające politykę zdrowotną, chroniącą i promującą zdrowie (w tym także kwestie prawne), oddziaływanie na różnego rodzaju organizacje, grupy społeczne i jednostki tak, by dokonywały wyborów sprzyjających zdrowiu oraz wspierały działania promujące zdrowie.

\*

\*

\*

Płynność i wieloznaczność propagowanych zaleceń, występujących w sferze edukacji zdrowotnej, a także dowolny charakter interpretacji i stosunkowo

<sup>27</sup> Z. Słońska, M. Misiuna (opr.): *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa 1993, s. 39; zob. *Advocacy for Health. The Policy of Health Promotion and the Role of Health*



wąski zakres dociekań i opinii wielu autorów, na które powołuję się w niniejszej pracy, stwarzają nie lada trudność przy jakiegokolwiek próbie syntetycznego ujęcia poddanych analizie zjawisk. Przedstawiony przeze mnie sposób interpretacji uzyskanych wyników, jak również prezentowane propozycje rozstrzygnięć o intencjach teoretycznych, lecz użytecznych dla praktyki społecznej, są najbliższe pedagogice i socjologii, a ściślej mówiąc, pedagogice społecznej (z wybranymi elementami polityki społecznej) oraz socjologii wychowania.

W całej pracy, którą charakteryzuje przewaga rozważań teoretycznych przy równoczesnym ukazaniu wyników badań empirycznych, przeprowadzonych łącznie wśród 719 uczniów szkół podstawowych i średnich na Górnym Śląsku, starano się zarysować sam przedmiot tego rodzaju badań oraz zasygnalizować wybrane problemy poznawcze, związane z literaturą przedmiotu, uzasadniając ich przydatność w podejmowaniu rozstrzygnięć praktycznych.

Analizując określoną praktykę wychowawczą przy określonych uwarunkowaniach środowiskowych (*casus*: wychowanie zdrowotne, promocja zdrowia), założono na wstępie, iż jednostka może być celem ostatecznym oddziaływania, ale może być równocześnie elementem pośrednim — przez możliwość wpływania na inne jednostki i grupy społeczne. Dotyczy to także grupy społecznej. Jednostka może być zatem podmiotem inicjującym oddziaływanie, strategiem pierwotnym, który podejmuje impuls działania przekształcającego w stosunku do innej jednostki, w stosunku do grupy społecznej, ale również w stosunku do systemu społecznego. Również grupa społeczna może stanowić podmiot i stymulator oryginalnej strategii zmiany. Grupa społeczna związana z leczeniem zdrowotnym (która w przypadku prowadzonych przeze mnie badań i analiz uzyskuje miano kolektywu autorytatywnych ekspertów), może występować z określoną strategią w stosunku do jednostek, do grup społecznych, jak również całego systemu społecznego<sup>28</sup>.

Wyróżnione wyżej punkty widzenia pozwalają na wprowadzenie podstawowych określeń dotyczących rozumienia takich pojęć, jak profilaktyka i kompensacja — w pedagogice oraz psychotechnika i socjotechnika — w socjologii, a także ich wzajemne relacje w promocji zdrowia.

Analizując procesy wychowania w szerokich kategoriach uwarunkowań środowiskowych, pedagogika społeczna uznaje, iż kompensacja polega na wyrównaniu defektów organicznych bądź też zjawisk i stanów niepożądanych, negatywnych. Działania takie to wszelkiego rodzaju zabiegi zmierzające do wyrównania upośledzeń organicznych, ale także tych nabytych, wynikających

---

*Education in Europe in the 1990s. Final Version 1992.* International Union for Health Education, Norwegian Coordinating Board for Health Promotion.

<sup>28</sup> Por. A. P o d g ó r e c k i: *Oddziaływanie na jednostkę i grupę społeczną*. „Studia Socjologiczne” 1968, nr 3—4, s. 284.

bezpośrednio z faktu egzystencji jednostki w określonym środowisku społecznym, szkolnym i pozaszkolnym. Jest to zarazem podjęcie się próby wyeliminowania wszelkich czynników ograniczających rozwój jednostki bądź też świadome wyrównywanie i niwelowanie sytuacji powstałych jako rezultat nie sprzyjających warunków rozwojowych. Programy działań kompensacyjnych — w założeniach klasyków rozwoju tej subdyscypliny — winny zapewnić warunki prawidłowego i optymalnego rozwoju. Skala działań kompensacyjnych, przyjęta w procesach wychowania, może być bardzo rozległa. W szczególności każda forma niesionej pomocy, opieki itp. stanowi kompensację pewnej dziedziny potrzeb, które nie zostały uprzednio zaspokojone. Z kolei profilaktyka jawi się jako działalność szczególnego typu. Wiąże się ona z neutralizowaniem wpływu czynników powodujących potencjalne zagrożenie. Mogą się one wiązać z podłożem organicznym (osobowość jednostki), źródłem tych czynników mogą być też realia otaczającej rzeczywistości (stosunki społeczne, ekonomiczne itp.). Najczęściej działania profilaktyczne (będące elementem promocji zdrowia) ograniczają się do hamowania aktywności w dziedzinach stwarzających potencjalne zagrożenie bądź też pobudzanie aktywności na oczekiwanym przez kreatora polu działania jednostki<sup>29</sup>.

W socjologii przez psychotechnikę należy rozumieć naukę praktyczną, która przy uwzględnieniu uznawanych ocen oraz znajomości ogólnych prawidłowości socjopsychicznych przez zalecenia odpowiednich środków będzie dążyć do uzyskania przewidzianych skutków psychicznych u danej jednostki.

Natomiast przez socjotechnikę rozumie się na ogół naukę praktyczną, która przy uwzględnieniu uznawanych ocen oraz znajomości ogólnych prawidłowości determinujących rozwój społeczny będzie się starała wywołać — w warunkach zastosowania zalecanych środków — określone skutki społeczne.

Przyjęte rozróżnienia mogą być przydatne ze względów *stricte* klasyfikacyjnych, a to z powodu coraz bardziej zacierających się różnic między pedagogiką społeczną, socjologią wychowania czy też psychologią społeczną<sup>30</sup>.

\*  
\*                      \*

Ponieważ pragnęłam zaspokoić względnie szeroką gamę oczekiwań i zainteresowań czytelnicznych, w książce nie przyjęto — w sposób wyłączny — żadnego z dwóch tradycyjnie stosowanych przez autorów tego rodzaju prac naukowych

<sup>29</sup> Por. M. Grzegorzewska: *Wybór pism*. Warszawa 1964, s. 159; R. Wroczyński: *Pedagogika społeczna*. Warszawa 1975, s. 67—69; zob. A. Radziejewicz-Winnicki: *Modernizacja nie dostrzeganych obszarów rodzimej edukacji*. Katowice 1995, s. 15; por. M. Ochmański: *Wybrane poznawcze i środowiskowe uwarunkowania osiągnięć szkolnych dzieci rozpoczynających naukę*. Lublin 1995, s. 112—125 i in.

<sup>30</sup> A. Podgórecki: *Oddziaływanie na jednostkę...*, s. 284—294.

ujęć. Są nimi: skoncentrowanie się na implikacjach naukowo-poznawczych (intencja teoretyczna) lub też praktyczno-społecznych (intencja obszernej prezentacji danych empirycznych i dociekań teoretycznych). Wybrano natomiast drogę pośrednią, starając się przedstawić najważniejsze zagadnienia zawarte we współczesnych teoriach, a postrzegane w ich ogólnoteoretycznych aspektach. Starano się również zaprezentować uzyskane dane empiryczne, stanowiące odpowiedź na postawiony przez badacza zbiór pytań, dotyczących pewnych przedmiotów, zjawisk czy procesów, które znalazły się w polu zainteresowania Autorki niniejszego opracowania. Trzeba tu podkreślić, iż mając pełną świadomość, jakim zagrożeniem dla zdrowia dzieci i młodzieży są zachowania związane z patologią społeczną, głównie narkomanią, alkoholizmem, prostytutką, w niniejszej pracy zrezygnowano z przedstawienia problemów zdrowotnych wynikających z patologii społecznej (także uzależnień), ponieważ jest to zagadnienie złożone, wymagające odrębnego potraktowania.

Praca składa się ze wstępu, pięciu rozdziałów, zakończenia i bibliografii. We wstępie przedstawiono ogólny zarys problematyki. W rozdziale 1 starano się zarysować obszar zainteresowań problematyką zdrowia różnych dyscyplin naukowych (np. socjologii zdrowia, psychologii medycznej czy też klasycznej, pedagogiki społecznej). Rozdział 2 to wyjaśnienie zagadnień metodologicznych, związanych z podjętymi badaniami. W rozdziale 3 zarysowano sytuację zdrowotną społeczeństwa polskiego, dzieci i młodzieży, także na Górnym Śląsku, dokonując charakterystyki uwarunkowań środowiskowych wpływających na zdrowie, determinujących nierówności w stanie zdrowia. Rozdział 4 stanowi próbę nakreślenia teoretycznego standardu zdrowia dzieci i młodzieży. Rozdział 5 to zarys problemu jednego z największych zagrożeń zdrowotnych współczesnej cywilizacji — choroby AIDS/HIV. Ponadto przedstawiono w nim opinie młodzieży szkół średnich dotyczące choroby i chorych oraz nosicieli wirusa HIV.

Na zakończenie tych wstępnych uwag chciałabym bardzo serdecznie podziękować tym wszystkim, którzy w istotny sposób przyczynili się do powstania tej książki, w przedłożonej Czytelnikom postaci. Przede wszystkim współpracującym ze mną w procesie badawczym studentom pedagogiki, moim magistrantom, a w szczególności Paniom: Jadwidze Przybylskiej, Wiesławie Synowiec, Joannie Kuzio, Joannie Melce.

Realizacja teoretycznych standardów zdrowia może stanowić skuteczne działanie zmierzające do promocji zdrowia, profilaktyki, kompensacji, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, na obszarze kłęski ekologicznej, jakim jest Górny Śląsk.



# Problematyka zdrowia w naukach społecznych

## 1.1. Socjologia medycyny, psychologia medyczna i lekarska — obszary zainteresowań

W definicji pojęcia „socjologia medycyny” podkreśla się dwie kwestie: po pierwsze, iż jest to dyscyplina socjologiczna i że w kręgu naszej kultury problemy zdrowia i choroby utożsamia się z medycyną<sup>1</sup>. M. Sokołowska akcentuje, z jednej strony, iż dualizm ten jest cechą tej dyscypliny, podobnie jak wiele subdyscyplin powstałych po II wojnie światowej zajmuje się badaniem medycyny jako instytucji społecznej, z drugiej strony medycyna jest ciałem obcym, w którym tkwi biologia. W 1957 roku R. Straus wprowadził podział na „socjologię medycyny” i „socjologię w medycynie”. Współcześnie rozwinęły się głównie badania na potrzeby medycyny<sup>2</sup>.

Podobnie jak inne dziedziny badań empirycznych socjologia medycyny wyodrębniła się z socjologii ogólnej w Stanach Zjednoczonych, gdzie zostały stworzone podstawy teoretyczne tej dziedziny. W latach sześćdziesiątych

---

<sup>1</sup> W ostatnich latach zmieniają swoją nazwę na „socjologię zdrowia”. Na XI Światowym Kongresie Socjologii w New Delhi w 1987 r. zmienił w ten sposób swoją tradycyjną nazwę Komitet Badawczy Socjologii Medycyny, cyt. za M. Sokołowska: *Socjologia medycyny*. W: Z. Krawczyk (red.): *Socjologia polska*. Warszawa 1990, s. 367 i 382.

<sup>2</sup> M. Sokołowska: *Socjologia medycyny*. W: Z. Krawczyk (red.): *Socjologia...*, s. 367—368.

i siedemdziesiątych największą popularność zyskał sobie, jeżeli chodzi o metody badań, aparaturę pojęciową, techniki i style myślenia, model amerykański. Związany był on z nazwiskami takich socjologów, jak Robert E. L. Faris, H. Warren Dunham, Talcott Parsons, Everett Hughes, Robert Merton, A. Hollingshead, E. Freidson oraz Emil Durkheim<sup>3</sup>.

Największe znaczenie miało jednak dzieło T. Parsonsa *The Social System* (1951). Wykorzystując swoją teorię o społeczeństwie, medycynę traktował on jako instytucję społeczną, a chorobę — jako dewiację społeczną, gdzie chory zawiesza swoje obowiązki i oddaje się pod opiekę lekarza. Rolę zaś lekarza wiązał z ważną funkcją zachowania odpowiedzialności społecznej wśród chorych. Wyrażał on pogląd, iż stosunki społeczne w obrębie instytucji, jaką jest medycyna, są kształtowane przez wzory społeczne, w związku z czym zawierają cechy charakterystyczne dla danej społeczności, które można wyodrębnić i określić, innymi słowy, są one częścią kultury, dziedzictwem społecznym. Warto dodać, że zdrowie utożsamiano z elementami biogenicznymi, stanowiącymi podstawę we wszystkich społeczeństwach i kulturach<sup>4</sup>.

Nie zamierzonym twórcą teorii socjologiczno-medycznej był R. Merton. W swym klasycznym dziele *The Student – Physician* (1957) zastosował on teorię socjalizacji do kształcenia zawodowego. Fakultet medycyny wybrano do opisu i wyjaśnienia mechanizmu działania wyższej uczelni zawodowej jako systemu społecznego — stworzyło to podstawy socjologii edukacji medycznej. Przyczyniła się do tego także klasyczna praca H. Beckera, E. Hughesa i A. Strausa: *Boys in White: Student Culture in Medical School* (1961)<sup>5</sup>.

Teoretykiem szczególnie związanym z socjologią medycyny jest E. Freidson, autor książki *Profession of Medicine* (1972). Wprowadził on do medycyny teorię konfliktu, odnosząc ją do relacji lekarz — pacjent, jako układu dwóch oddzielnych systemów społecznych. Rozwinął także teorię etykietowania przez zastosowanie jej do choroby przewlekłej i kalectwa przewlekłego, stworzył także podstawy socjologii wolnych zawodów na przykładzie zawodu lekarskiego<sup>6</sup>.

Warto dodać, iż R. Strausa uważa się za ojca socjologii medycyny, opracował on bowiem podstawy tej dyscypliny, które przedstawił w pracy *Toward a Sociology of Medicine*. In: *Historical Sociology* (1959). Stwierdził, że<sup>7</sup>:

— jest ona częścią socjologii,  
zmierza do rozwiązywania problemów społecznych,  
stanowi pomost między mikro- i makrosocjologią,  
odwołuje się do badań interdyscyplinarnych i analiz historycznych,

<sup>3</sup> M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.): *Socjologia a zdrowie*. Warszawa 1976, s. 312.

<sup>4</sup> Tamże, s. 313.

<sup>5</sup> M. Sokołowska: *Socjologia medycyny*. W: Z. Krawczyk (red.): *Socjologia...*, s. 371.

<sup>6</sup> Tamże, s. 371—372.

<sup>7</sup> M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.): *Socjologia...*, s. 314—315.

- podkreśla związek cech biologicznych z ich społecznym środowiskiem,
- naczelnym jej zadaniem jest umieszczenie właściwego rozdziału świadczeń z zakresu ochrony zdrowia.

Socjologia medycyny w Polsce jest związana źródłowo z polską szkołą socjologii ogólnej, a szczególnie z teoriami rozwiniętymi przez takich socjologów, jak: F. Znaniecki, S. Czarnowski, K. Dobrowolski, Jan S. Bystroń, J. Chałasiński, L. Krzywicki. Już w latach trzydziestych F. Znaniecki podkreślał, że: „normalny i zdrowy organizm jest oczywiście warunkiem *sine qua non* kulturalnego życia człowieka, stąd znaczenie eugeniki, higieny medycyny. Lecz organizm tylko umożliwia życie kulturalne, nie wyznaczając w niczym jego istoty. Ludzie o biologicznie podobnych organizmach mogą jako osobowości kulturalne różnić się najskrajniej między sobą, zależnie od cywilizacji, w których wyrosli, od sposobu, w jaki zostali do tych cywilizacji wprowadzeni i od ról społecznych, jakie spełniają”<sup>8</sup>.

Socjologia medycyny jako subdyscyplina socjologii wyodrębniła się w Polsce<sup>9</sup> w latach sześćdziesiątych i była związana z utworzeniem Pracowni Socjologii Medycyny w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN, z działalnością Magdaleny Sokołowskiej oraz grupy osób (m.in. J. Bejnarowicz, A. Ostrowska, M. Trawińska-Kwaśniewska, I. Wald) związanych z Sekcją Socjologii Medycyny przy Polskim Towarzystwie Socjologicznym. Główną formą działalności sekcji było początkowo nauczanie socjologii medycyny w uczelniach medycznych oraz prowadzenie badań na zlecenie klinik Akademii Medycznej w Warszawie i instytutów podległych Ministerstwu Zdrowia, a także badań bez określonego zlecenia, których celem było opisanie typów rodzin miejskich ze względu na ich społeczno-ekonomiczną strukturę. W 1968 roku nastąpiły zmiany strukturalno-organizacyjne w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN, rozpoczął się jednocześnie nowy etap kształtowania się relacji socjologia — socjologia medycyny. Doszło do zmiany orientacji w większym stopniu w kierunku „medycyny w socjologii” niż „socjologii w medycynie”. Podjęte wówczas badania miały poszerzyć wiedzę o polskim społeczeństwie przez analizę faktów i procesów zachodzących w sferze świadomości społecznej, związanych z takimi pojęciami, jak: zdrowie, choroba, medycyna w kategoriach struktury społecznej i stylu życia.

W latach siedemdziesiątych badania zdrowia społeczeństwa polskiego i jego potrzeb zdrowotnych<sup>10</sup> przeprowadzono dwiema różnymi metodami:

<sup>8</sup> F. Znaniecki: *Ludzie terażniejsi a cywilizacja przyszłości*. Warszawa 1974, s. 58.

<sup>9</sup> Krótki rys historyczny przedstawiono na podstawie artykułu — M. Sokołowska: *Powstanie i rozwój socjologii medycyny w Polsce*. W: M. Sokołowska, J. Hołowska, A. Ostrowska (red.): *Socjologia a zdrowie...*, s. 309—339.

<sup>10</sup> Zob. np. A. Titkow: *Zachowanie medyczne. Systematyzacja problematyki*. Materiały Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1973; *Przewidywane zmiany we wzorach konsumpcji, potrzebach kulturalnych i systemie wartości społeczeństwa polskiego*. Koordynator badań: Instytut

behawioralną i kliniczną. Zastosowano analizę funkcjonalną, związaną z traktowaniem zdrowia jako sprawności funkcjonalnej, która umożliwiła podjęcie rozważań o stworzeniu miary zdrowotności poszczególnych ludzi ze względu na ich przydatność do wykonywania określonych czynności.

Wraz z rozwojem nauk społecznych i zacieraniem się granicy między zagadnieniami „czysto medycznymi”, „leżącymi w kręgu zainteresowania medycyny” i „wszystkimi innymi” zmieniało się podejście do wielu kwestii.

Współcześnie trudno ustalić, co leży w gestii zainteresowań medycyny i służby zdrowia, a co stanowi domenę nauk społecznych (np. problematyka człowieka starego, praca kobiet, planowanie rodziny, wypoczynek, rehabilitacja inwalidów, alkoholizm, wypadki), a próby rozwiązywania poszczególnych zagadnień tylko w zakresie medycyny lub tylko w zakresie nauk społecznych nie mogą przynieść pełnych efektów. W rozwiązywaniu większości kwestii teoretycznych i praktycznych z dziedziny medycyny niezbędny staje się udział przedstawicieli nauk społecznych (np. socjologów, psychologów społecznych, ekonomistów, pracowników socjalnych).

Pod wpływem rozwoju nauk społecznych oblicze medycyny zmienia się z „humanitarnego” na „humanistyczne”; ośrodkiem zainteresowania staje się psychofizyczna osobowość człowieka, członka określonej grupy społecznej. „Zaczęto rozważać inne mechanizmy, których dotychczas nie brano w medycynie pod uwagę, układ stosunków międzyosobowych w rodzinie i w miejscu zatrudnienia; mnogość ról społecznych, często konfliktowych, pełnionych przez współczesnego człowieka; konflikty między daną rolą a stopniem socjalizacji; konflikty wynikające z przejścia od jednej do drugiej roli; pozycje społeczne sprzyjające występowaniu poszczególnych chorób; stosunki społeczne, w których znajdują się chorzy (zwłaszcza cierpiący na choroby przewlekłe), ponieważ mogą one skracać lub przedłużać okresy leczenia, zdrowienia i rehabilitacji, a więc ułatwiać lub utrudniać powrót do normalnych ról i pozycji społecznych, zajmowanych przed zachorowaniem”<sup>11</sup>. Zastosowanie socjologicznych technik badawczych wzbogaca dotychczasowe metody oceny służby zdrowia, stwarza możliwości znalezienia lepszych i sprawniejszych form organizacji i opieki zdrowotnej<sup>12</sup>. Niektóre osiągnięcia medyczne w ciągu ostatnich lat zwróciły uwagę na społeczne uwarunkowania procesów przebiegających w relacji: choroba — zdrowie, podkreśliły ich znaczenie i odłoniły w całej rozciągłości braki dotychczasowej wiedzy w tej dziedzinie.

Jedno z podstawowych zadań medycyny — zapobieganie chorobom — wymaga znajomości wywołujących je przyczyn. Przekonano się, że o procesach

---

Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1973; *Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie*. „Studia Socjologiczne” 1976, nr 3.

<sup>11</sup> M. Sokołowska: *Socjologia i medycyna*. „Studia Socjologiczne” 1962, nr 3, s. 218—219.

<sup>12</sup> Tamże, s. 221.

choroby i zdrowienia decyduje równocześnie wiele przyczyn. Chodzi tu o: związki dynamiczne między trzema ogniwami triady ekologicznej: (a) czynnikiem nazywanym „bezpośrednią” lub „specyficzną” przyczyną choroby; (b) organizmem człowieka; (c) środowiskiem, obejmującym bezpośrednią przyczynę choroby oraz organizm, przy czym choroba jest wynikiem nieprzystosowania organizmu do środowiska. Podkreśla się także, że te same prawa ekologiczne rządzą wszystkimi chorobami masowymi, zarówno zakaźnymi, jak i niezakaźnymi<sup>13</sup>.

Także model powstawania choroby ulega pewnym zmianom. Jednoprzyczynowy system zamknięty jest zastępowany przez system otwarty, wieloprzyczynowy, uwzględniający czynniki społeczne. W niektórych badaniach epidemiologicznych czynniki te, uważane za hipotetyczne współprzyczyny chorób, traktowane są już niekiedy systematycznie jako rzeczywistość społeczno-kulturowa, jako system interakcji. Zmienia się również podejście do procesu terapeutycznego choroby; oprócz terapii polegającej np. na zabiegu chirurgicznym czy leczeniu farmakologicznym podkreśla się wpływ naturalnego środowiska społecznego pacjenta. Chodzi tu głównie o rodzinę i miejsce pracy, o osiągnięcie zmiany zachowania pacjenta i jego otoczenia. Podejście to występuje wyraźnie, zwłaszcza w rehabilitacji i profilaktyce<sup>14</sup>.

Konieczność poszerzenia wiedzy o społecznych procesach i czynnikach kształtujących chorobę i zdrowie wynika z wielu przyczyn<sup>15</sup>: m.in. z przemian zdrowotnych i demograficznych, rozwoju nauk medycznych, zmiany w działaniach organizacyjnych służby zdrowia, rozwoju nauk społecznych. Socjologia medycyny może być sprzymierzeńcem w zwalczaniu wielu chorób współczesnej cywilizacji. W Europie Światowa Organizacja Zdrowia coraz częściej powołuje socjologów jako ekspertów i współpracowników<sup>16</sup>.

Psychologia medyczna zajmuje się „badaniem czynników psychicznych, związanych z niektórymi lub wszelkimi aspektami zdrowia fizycznego, choroby i jej leczenia, na poziomie jednostki, grupy i systemu”<sup>17</sup>. Według autora powyższej definicji M. J. Askena, główne zagadnienia psychologii medycznej to:

<sup>13</sup> Tamże, s. 213—214.

<sup>14</sup> M. Sokółowska: *Socjolog a pojęcie stanu zdrowia*. „Studia Socjologiczne” 1973, nr 3, s. 127.

<sup>15</sup> Tamże, s. 208.

<sup>16</sup> W 1984 r. w Kopenhadze odbyła się I europejska konferencja na temat zdrowotnych skutków nierówności społecznych, przygotowana wspólnie z Europejskim Towarzystwem Socjologii Medycyny. W sierpniu 1987 r. odbyła się II konferencja na temat pogłębionych danych z tego zakresu, cyt. za M. Sokółowską: *Socjologia medycyny*. W: Z. Krawczyk (red.): *Socjologia...*, s. 382 i 385.

<sup>17</sup> M. J. Askén: *Medical Psychology: Toward Definition, Classification, and Organization*. „Professional Psychology” 1979, Vol. 10, cyt. za I. Heszén-Klemens: *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*. Katowice 1983, s. 17.



psychosomatyka, somatopsychologia, medycyna behawioralna i badania nad opieką zdrowotną. Psychosomatyka bada okoliczności, w których stres psychologiczny powoduje dysfunkcje fizjologiczne organizmu. Do podstawowych zadań psychosomatyki można zaliczyć<sup>18</sup>: wyjaśnianie przyczyn zaburzeń psychosomatycznych związanych z czynnikami psychodynamicznymi, poszukiwanie osobowościowych determinantów sprzyjających zaburzeniom, opracowywanie skutecznych form terapii. Psychosomatyka zajmuje się także rolą czynników psychicznych w etiologii, przebiegu i rekonwalescencji w różnych jednostkach chorobowych, zwraca uwagę na czynniki etiologiczne o biologicznym charakterze.

Somatopsychologia zaś bada wpływ zmian somatycznych na przebieg procesów psychicznych człowieka. Medycyna behawioralna obejmuje swym zakresem psychosomatykę i somatopsychologię, ale posiada własną specyfikę. „Pojawia się ona w psychologicznych aspektach uczenia i w rehabilitacji, przy czym granice pomiędzy psychosomatyką i somatopsychologią — mają często charakter arbitralny i polegają raczej na przyjęciu różnego stanowiska”<sup>19</sup>.

Badania nad opieką zdrowotną dotyczą czynników psychologicznych w medycynie, ujmowanej w perspektywie systemowej, chodzi tu np. o badania postaw wobec systemu opieki zdrowotnej, badania porównawcze związane z różnicami i podobieństwami reakcji na choroby. Psychologia współczesna skupia swoje zainteresowania na relacji jednostka — otoczenie<sup>20</sup>. A zatem psychologia medycyny powinna obejmować także problem wpływu choroby na kształtowanie się relacji człowieka i otoczenia, ponieważ choroba powoduje zmiany w relacji jednostka — otoczenie (np. rodzina), w związku z chorobą jednostka wchodzi w kontakt z ośrodkami opieki medycznej, a sytuację tę określa się jako „sytuację terapeutyczną”<sup>21</sup>.

Problematyka ta jest ważna, a jednocześnie ma niejednoznaczny charakter. I. Heszen-Klemens proponuje następujące grupy tematyczne związane z psychologią medycyny<sup>22</sup>:

- psychologiczna charakterystyka człowieka chorego, szczególnie zmiany w relacji jednostka — otoczenie;
- stosunek człowieka do owych zmian i jego zachowania wobec choroby;
- psychologiczny kontekst relacji lekarz — pacjent.

W naukach psychologicznych spotykamy się także z terminem „psychologia lekarska”. Tradycje psychologii lekarskiej wiążą się z działalnością J. Ochorowi-

<sup>18</sup> Tamże, s. 17—18.

<sup>19</sup> Tamże, s. 20—21.

<sup>20</sup> T. Tomaszewski: *Człowiek i otoczenie*. W: T. Tomaszewski (red.): *Psychologia*. Warszawa 1975, cyt. za I. Heszen-Klemens: *Psychologia...*, s. 22.

<sup>21</sup> Tamże, s. 22.

<sup>22</sup> Tamże.

cza i A. Mikulskiego<sup>23</sup>, a termin ten został rozpowszechniony w związku z wprowadzeniem w 1968 roku psychologii do programu studiów medycznych<sup>24</sup>.

Przedmiot psychologii lekarskiej obejmuje następujące zagadnienia<sup>25</sup>:

- elementy psychologii pochodzące z jej różnych dziedzin, jak: psychologia kliniczna, ogólna, rozwojowa, społeczna i in., a także z dziedzin pokrewnych, tj. np. psychopatologii;
- zagadnienia specyficzne dla psychologii lekarskiej, związane z działalnością lekarza w każdej dziedzinie medycyny klinicznej;
- kwestie szczegółowe — specyficzne dla psychologii lekarskiej — charakterystyczne dla określonych dziedzin medycyny, np. pediatrii, ginekologii, chirurgii, dermatologii itd., dla każdej dziedziny medycyny, gdzie występuje relacja lekarz — pacjent.

Psychologie: medyczna i lekarska dzielą między sobą pewien zakres wspólnej problematyki. „Zasadnicza różnica polega jednak na sposobie ujmowania zagadnień. Charakteryzując psychologię medyczną, przyjęliśmy za punkt wyjścia potrzeby teorii psychologicznej i praktyczne zadania wykonywane przez psychologów w różnych dziedzinach medycyny. Punktem wyjścia wyodrębnienia się psychologii lekarskiej są natomiast potrzeby określonej, innej niż psychologów grupy zawodowej, ale podobnie jak oni wykorzystującej swą wiedzę w pracy z człowiekiem chorym somatycznie”<sup>26</sup>.

## 1.2. Pedagogika zdrowia — wychowanie zdrowotne i modele edukacji zdrowotnej

Początki pedagogiki naukowej sięgają XIX i XX wieku<sup>27</sup>. Jej rozwojowi towarzyszy wyłanianie się wielu dyscyplin szczegółowych oraz różnych prądów i kierunków pedagogicznych. S. Kawula<sup>28</sup>, w odróżnieniu od propozycji podziałów administracyjnych, wyodrębnia siedem podstawowych kryteriów, według których można dzielić dziedziny szczegółowe w ramach pedagogiki:

<sup>23</sup> J. Ochorowicz: *Psychologia i medycyna* (1916, 1917); A. Mikulski: *Podręcznik psychologii* (1925) — przeznaczony do użytku studentów medycyny i lekarzy, cyt. za M. Jarosz: *Psychologia lekarska*. Warszawa 1983, s. 27.

<sup>24</sup> Autorami tego programu byli: M. Maruszewski, J. Szczepański, T. Bilikiewicz, cyt. za M. Jarosz: *Psychologia lekarska...*, s. 27—30.

<sup>25</sup> Tamże, s. 30.

<sup>26</sup> I. Hesz en - K l e m e n s: *Psychologia medyczna...*, s. 26—27.

<sup>27</sup> K. Sośnicki: *Rozwój pedagogiki zachodniej na przełomie XIX i XX wieku*. Warszawa 1967, s. 19—23.

<sup>28</sup> S. K a w u l a: *Studia z pedagogiki społecznej*. Olsztyn 1988, s. 23—27.

„kryterium celów działalności wychowawczej — i tutaj odnajdujemy dydaktykę i teorię wychowania; kryterium metodologiczne, według którego autor wyróżnia pedagogikę ogólną i pedagogikę społeczną; kryterium instytucjonalne, zgodnie z którym wyróżnia się rozmaite określenia zawierające słowo »pedagogika«, potrzebne bardziej dla nazwania konkretnej działalności praktycznej aniżeli refleksji teoretycznej”<sup>29</sup>. Stosując tę zasadę, wyróżnia np. pedagogikę zakładu pracy, przedszkolną. Kolejne kryterium stanowi aspekt rozwojowy, według którego można uszeregować dalsze subdyscypliny, odpowiadające różnym etapom i okresom życia ludzkiego, np. pedagogika dzieci i młodzieży, pedagogika dorosłych (andragogika). Dość częstym kryterium jest podział związany z określeniem „pedagogika”, odnoszący się do różnych dziedzin działalności ludzkiej, np. pedagogika obronna, sportu, pracy, zdrowotna. Defekty rozwojowe człowieka stanowią kryterium wyodrębnienia się np. oligofrenopedagogiki, pedagogiki specjalnej, resocjalizacyjnej. Niektóre subdyscypliny są wyróżnione według kryterium problemowego: polityka oświatowa, kształcenie ustawiczne. Stosując powyższe kryteria, świadomość współzależności i związków pomiędzy subdyscyplinami wydają się oczywiste. „Dodać tu należy uwagę, iż o ile słuszne jest poszerzenie zakresu wychowawczej penetracji praktycznej i naukowej różnych sfer naszego życia, o tyle równoczesne ujmowanie ich w autonomiczne subdyscypliny pedagogiczne nie wydaje się potrzebne, jest nawet szkodliwe. Doprowadza to z reguły do izolacji treści naukowych, poszufladkowania wiedzy [...]”<sup>30</sup> H. Radlińska natomiast podkreślała, że: „Poszukując odmienności dyscyplin naukowych należy pamiętać o ich związkach i jedności w obrębie nauki, która wprowadza podmioty tylko w celu umożliwienia pogłębionych badań i wypracowania metod najwłaściwszych w danych zakresach. Podziały nie wykluczają przenikania zagadnień, wspólności w poszukiwaniu prawdy, korzystania z wytworzonych narzędzi”<sup>31</sup>.

Podjmując analizy związane z problematyką zdrowia, poruszając w naukach społecznych, a szczególnie na gruncie nauk pedagogicznych, można zauważyć wieloaspektowe zainteresowania, np. w zakresie pedagogiki zdrowia, pedagogiki specjalnej czy pedagogiki społecznej. Warto zatem przedstawić niektóre nurty problematyki zdrowotnej, przybliżając tym samym jej złożoność.

Nurt wychowawczej myśli o zdrowiu wiąże się z okresem Oświecenia. „Z czasem uległ on rozwidleniu (na higienę i wychowanie fizyczne), a obie te odnogi uległy procesom specjalizacji. Rozwijając to, co dla nich specyficzne,

<sup>29</sup> Tamże, s. 25.

<sup>30</sup> Tamże, s. 25—26.

<sup>31</sup> H. Radlińska: *Egzamin z pedagogiki społecznej*. Łódź 1951. W: H. Radlińska: *Pedagogika społeczna*. Wrocław—Kraków 1961, s. 364.

zagubiły to, co wspólne i pierwotne — myśl pedagogiczną”<sup>32</sup>. M. Demel podkreśla, że wychowanie zdrowotne historycznie wyprzedza te domniemane macierze, iż ukształtowało się ono w „połączeniu” medycyny i pedagogiki. Z tej integracji powstała koncepcja wychowania zdrowotnego (a w teorii — pedagogika zdrowia)<sup>33</sup>. Jej autorem na gruncie pedagogiki był pedagog Grzegorz Piramowicz (1735—1801) oraz lekarz, biolog, chemik Jędrzej Śniadecki (1768—1838). G. Piramowicz był sekretarzem Towarzystwa do Ksiąg Elementarnych, w 1787 roku ogłosił on *Powinności nauczyciela*, w których uwzględnił kwestie zdrowia i edukacji fizycznej, wskazał na rolę nauczyciela w szerzeniu kultury zdrowotnej oraz po raz pierwszy podkreślił problem zdrowia nauczyciela. Szczególne znaczenie ma także praca J. Śniadeckiego *O fizycznym wychowaniu dzieci* (1895), która łączy wiedzę lekarską z potrzebami wychowania; jej pionierski charakter miał światowe znaczenie. J. Śniadecki był także prekursorem metodyki oświaty zdrowotnej, program wiedzy higienicznej przedstawił na łamach „Dziennika Wileńskiego” (1805, nr 1). Warto w tym miejscu wspomnieć, że Karol Kaczkowski prowadził wykłady dla uczniów Liceum Krzemienieckiego oraz publiczności miasta z zakresu higieny. Dydaktyczną podstawę pracy stanowił zaś *Katechizm zdrowia* B. Ch. Fausta<sup>34</sup>.

Szczególnym przejawem zdrowotnego oświecenia była popularyzacja wiedzy za pośrednictwem prasy i wydawnictw (np. L. Lafontaine: *Dziennik zdrowia dla wszystkich stanów*, wyd. w latach 1801—1802) oraz inne formy popularyzacji wiedzy organizowane przez Warszawskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk. Ruch higieniczny lat osiemdziesiątych odegrał w Polsce rolę łącznika między światem lekarzy i pedagogów<sup>35</sup>. Nadanie ruchowi higienicznemu charakteru wychowawczego wiąże się z działalnością: J. Wł. Dawida, M. Baranowskiego, A. Szcówniej, I. Moszczeńskiej, S. Karpowicza, w pedagogice zdrowia zaś w sposób szczególny zaznaczyli swą obecność tacy lekarze, jak: E. Madeyski, J. Tchorznicki, A. Winogrodzki, E. Piasecki, W. Osmolski, P. Gontkowski. Ludzie ci propagowali wychowanie zdrowotne przez podręczniki, elementarze zdrowia, pomoce dydaktyczne, muzea oraz udział w licznych stowarzyszeniach (np. Towarzystwo Higieny Praktycznej im. B. Prusa). Równocześnie ukazywało się wiele pism i periodyków higienicznych (np. „Przyjaciel Zdrowia” (1861—1863); „Lekarz” (1904—1905); „Przegląd Higieniczny” od 1902 r.; „Przyjaciel Zdrowia” (1912—1914)).

Wychowankowie J. Śniadeckiego, L. Bierkowskiego, K. Marcinkowskiego, J. Dietla, T. Chałubińskiego tworzą teorię i metodykę wychowania zdrowotnego;

<sup>32</sup> Z. Gilewicz: *Fragment sportowo-lekarskich refleksji*. „Wychowanie Fizyczne” 1947, nr 2, cyt. za M. Demel: *Pedagogika zdrowia*. Warszawa 1980, s. 74—76.

<sup>33</sup> M. Demel: *Pedagogika zdrowia...*, s. 80.

<sup>34</sup> Tamże.

<sup>35</sup> M. Demel: *Pedagogiczne aspekty warszawskiego ruchu higienicznego 1864—1914*. Wrocław—Kraków 1964.

należą do nich m.in.: S. Rosicki, A. Maciesza, M. Flaum, J. Szmurło. W rozwoju oświaty zdrowotnej i wychowania zdrowotnego uwydatniają się pewne kwestie specjalistyczne, np. walka z gruźlicą, alkoholizmem. Należy dodać, iż szczególnie, wychowawczy punkt widzenia zaznaczył się w działalności Towarzystwa Medycyny Społecznej (1916), założonego przez lekarzy: Z. Kramszyka, R. Radziwiłłowicza, a w zakresie doskonalenia nauczycieli — w działalności Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie oraz różnych służb społecznych, jak Wolna Wszechnica Polska (seminarium H. Radlińskiej)<sup>36</sup>.

Szczególne zasługi dla higieny szkolnej w Polsce w latach 1918 — 1933 położył St. Kopczyński<sup>37</sup>, który wypracował nowoczesne formy opieki lekarsko-pedagogicznej w zakładach Macierzy Szkolnej (1905 — 1907)<sup>38</sup>. W okresie powojennym, w 1950 roku, w Państwowym Zakładzie Oświaty Sanitarnej (później Zdrowotnej), w którym działalność koncepcyjno-metodyczna, konsultacyjna była prowadzona m.in. przez T. Stępniewskiego, H. Wentlandtową, Z. Liedtke, współpracowali oni także z Komitetem Ekspertów Oświaty Zdrowotnej przy Światowej Organizacji Zdrowia oraz Międzynarodową Unią Oświaty Zdrowotnej<sup>39</sup>. Badania naukowe skupiały się na licznych problemach, m.in. na skuteczności i formach metod oświaty zdrowotnej, diagnozowaniu potrzeb zdrowotnych i poziomu kultury zdrowia w różnych środowiskach, badaniach w przemyśle<sup>40</sup>. Ukazało się wiele prac metodycznych, koncepcyjno-teoretycznych, historycznych, poglądowo krytycznych H. Wentlandtowej, E. Mazurkiewiczza, M. Demela, M. Kapicy, T. Maleszewskiej, Z. Liedtke, M. Jokiel, T. Stępniewskiego<sup>41</sup>.

Koncepcja opieki medycznej nad uczniami i wychowankami instytucji oświatowo-wychowawczych od roku 1945 (do 1992 roku) miała jednostkową podstawę teoretyczną, której celem było osiągnięcie poprawy stanu zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Starano się łączyć profilaktykę z działaniami leczniczymi. Pierwszoplanową postacią stał się lekarz szkolny, a później pielęgniarka. Omawiany okres można podzielić na kilka etapów<sup>42</sup>:

— Lata 1945 — 1952 to działania zmierzające do odbudowy wzorów przedwojennych (tzw. modelu wizbadeńskiego) z rozszerzeniem opieki na wszy-

<sup>36</sup> M. Demel: *Pedagogika...*, s. 28—37.

<sup>37</sup> Zob. M. Demel: *Nauczyciel zdrowia. Życie i dzieło doktora Stanisława Kopczyńskiego*. Warszawa 1972.

<sup>38</sup> M. Demel: *Pedagogika...*, s. 35—37.

<sup>39</sup> H. Wentlandtowa: *Oświata zdrowotna*. Warszawa 1980, s. 40—52.

<sup>40</sup> M. Demel: *Pedagogika...*, s. 41.

<sup>41</sup> Tamże, s. 197—199 (bibliografia) oraz M. Martynska: *Wybrane piśmiennictwo z oświaty zdrowotnej i nauk pomocniczych*. W: H. Wentlandtowa: *Oświata zdrowotna...*, s. 154—160.

<sup>42</sup> J. Schejbal: *Higiena i medycyna szkolna w latach 1945—1992*. W: J. Rzepka (red.): *Kronika higieny szkolnej i medycyny na Śląsku i w Zagłębiu*. Katowice 1994, s. 131—132.

stkie typy szkół. Lekarz i pielęgniarka byli pracownikami szkoły (10 września 1952 r. Prezydium Rządu, na podstawie stosownej uchwały, przeniosło higienę szkolną z resortu oświaty do resortu zdrowia).

- Lata 1953—1960 stanowiły etap dyskusji nad miejscem służby zdrowia w całokształcie organizacji opieki zdrowotnej (M. Kacprzak, K. Sokal, J. Bogdanowicz, M. Demel).
- Lata 1960—1970 — przyjęto opcję M. Kacprzaka, powstały wojewódzkie przychodnie higieny, szkolne i terenowe poradnie medycyny szkolnej. Wprowadzono dyspenseryjny system opieki nad dziećmi z wadami i schorzeniami.
- Lata 1970—1973 — Instytut Matki i Dziecka opracował kompleksowy program opieki nad populacją w wieku rozwojowym.
- Lata 1974—1992 — wprowadzono badania przesiewowe i bilansowe (15 grudnia 1995 r. ogłoszono wytyczne Krajowego Zespołu Specjalistycznego w Dziedzinie Pediatrii i Medycyny Sądowej w sprawie profilaktycznej opieki zdrowotnej).

W 1973 roku Zakład Oświaty Zdrowotnej zorganizował wspólnie z Polskim Towarzystwem Higienicznym I Krajową Konferencję Naukową Oświaty Zdrowotnej. Szerokie spektrum badań i propozycji środowiska pedagogicznego było związane z działalnością przedstawicieli wyższych uczelni wychowania fizycznego i wyższych szkół pedagogicznych (np. C. Stypułkowski, J. Rzepka, Z. Obuchowicz, A. Liedke). Należy zwrócić uwagę na prace socjologiczne na rzecz pedagogiki zdrowia pióra takich badaczy, jak np. A. Pawełczyńska, J. Bejnarowicz, a także lekarzy humanistów — np. W. Szenajch, M. Kacprzak, M. Michałowicz, T. Kielanowski, J. Aleksandrowicz<sup>43</sup>.

Propozycje uporządkowania tematyki zdrowotnej na gruncie pedagogiki wysunął Maciej Demel<sup>44</sup>, podkreślając piętrowy układ treści wychowania zdrowotnego<sup>45</sup>. Pierwsza kategoria to ochrona zdrowia i zapobieganie jego uszkodzeniu, druga to kwestia ratownictwa, czyli pomoc w nagłych wypadkach, leczeniu i rehabilitacji. Grupę najbardziej znaczącą stanowią działania zmierzające do czynnego doskonalenia zdrowia, samokontroli zdrowia, wychowania seksualnego. Wychowanie zdrowotne czerpie z wcześniej uformowanych dyscyplin, jak np. medycyna, higiena i inne, co jest związane z uświadomieniem oraz utrwalaniem podstaw mających znaczenie dla zdrowia. „Wychowanie zdro-

<sup>43</sup> M. Demel: *Pedagogika...*, s. 41.

<sup>44</sup> M. Demel: *Pedagogika zdrowia*. Warszawa 1980.

<sup>45</sup> Pojęcie wychowania zdrowotnego pojawiło się w latach sześćdziesiątych w opozycji do „oświaty zdrowotnej” i wiąże się z poglądami M. Demela (Pracownia Wychowania Zdrowotnego w Instytucie Pedagogiki).

wotne jest integralną częścią składową kształtowania pełnej osobowości, a polega ono na:

- 1) wytwarzaniu nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego;
- 2) wyrabianiu odpowiednich sprawności;
- 3) nastawieniu woli i kształtowaniu postaw umożliwiających stosowanie zasad higieny, skuteczną pielęgnację, zapobieganie chorobom i leczenie;
- 4) pobudzaniu pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia przez epizodyczne i systematyczne wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o sobie, jak też o prawach rządzących zdrowiem publicznym<sup>46</sup>. E. Mazurkiewicz podkreśla przy tym — co warto dodać — że zastąpienie pojęcia oświaty zdrowotnej wychowaniem zdrowotnym mija się z celem, oświata zdrowotna wiąże się bowiem z ekstensywnym charakterem pracy masowej<sup>47</sup>. Wychowanie zdrowotne należy odnieść wyłącznie do procesu wychowania, a więc systemu działań w rodzinie i instytucjach wychowawczych<sup>48</sup>.

Wychowanie zdrowotne i oświata zdrowotna związane są z pojęciem kultury zdrowotnej, stanowiącej: „system wartości przywiązanych do zdrowia fizycznego i psychicznego, obiektywnego i subiektywnego, jednostkowego i publicznego. Kultura ta przejawia się w świadomym regulowaniu relacji człowiek — środowisko”<sup>49</sup>.

M. Demel podkreśla, że „zgodnie z istotą wychowawczą definicja zdrowia powinna być dynamiczna, pozytywna, optymistyczna, musi uwzględniać zarówno obiektywny, jak i subiektywny aspekt zdrowia”<sup>50</sup>. Rozpatruje on ciało i zdrowie jako przedmiot wychowania, a wychowanie zdrowotne w kategoriach osobowości (potrzeb, motywów, wiadomości, przekonań, umiejętności, nawyków, postaw)<sup>51</sup>. Tego rodzaju spojrzenie spotkało się z dużym zainteresowaniem środowisk lekarskich i pedagogicznych (np. E. Mazurkiewicz, A. Jacewski, B. Woynarowska, Z. Bartkowiak, M. Kapica, W. Wieczorek-Wojęńska, W. Wentlandtowa, Z. Liedtke, T. Małszewska, M. Martyńska).

System edukacji, zwłaszcza instytucjonalnej, daje ogromną szansę wpływu na zdrowie dzieci i młodzieży. Ranga nadana temu problemowi w szkolnictwie światowym jest jednak bardzo różnicowana. W krajach uprzemysłowionych wdrażane są specjalne szkolne programy edukacyjne, wspierające młodych

<sup>46</sup> M. Demel: *Pedagogika...*, s. 69.

<sup>47</sup> E. Mazurkiewicz: *Podstawy wychowania zdrowotnego*. W: Z. J. Brzeziński, C. W. Korczak (red.): *Higiena i ochrona zdrowia*. Warszawa 1975, cyt. za M. Demel: *Pedagogika...*, s. 71.

<sup>48</sup> Tamże.

<sup>49</sup> Tamże, s. 71—72.

<sup>50</sup> Tamże, s. 99.

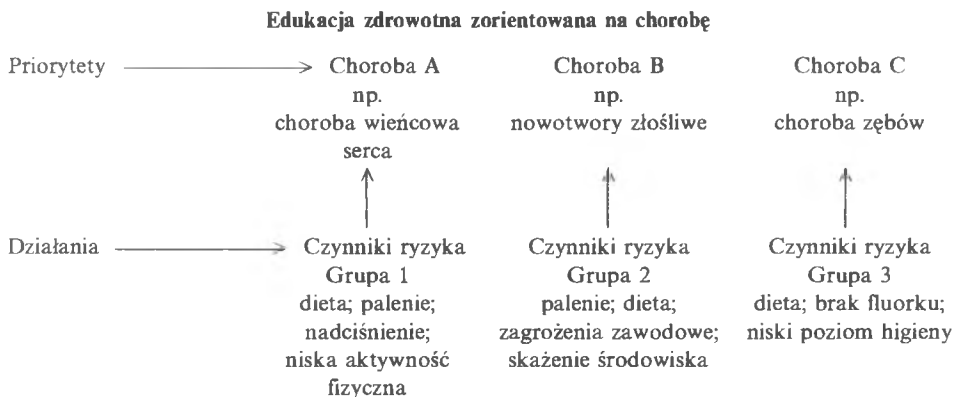
<sup>51</sup> Tamże, s. 98—120.

ludzi w dokonywaniu prozdrowotnych wyborów. Są nimi *comprehensive school health programmes* (Północna Ameryka) i *health promoting schools* — prowadzone w Europie. Programy te obejmują trzy główne obszary oddziaływania: szkolny personel medyczny i paramedyczny, materiał z zakresu edukacji zdrowotnej, środowisko szkolne. Jedną z głównych idei tych programów jest — oprócz dążenia do podniesienia poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie ochrony zdrowia — zwiększenie integracji środowisk szkolnych i zapewnienie uczniom społecznego wsparcia<sup>52</sup>.

Wzory zachowań przekazywane w ramach procesu socjalizacji w kontekście socjokulturowym mogą stać w jawnej sprzeczności z zachowaniami prozdrowotnymi. Stąd włączenie edukacji zdrowotnej w proces socjalizacji dzieci i młodzieży stanowi warunek jej skutecznego oddziaływania.

Edukacja zdrowotna (*health education*), rozumiana tradycyjnie, związana jest z dążeniem do poprawy i ochrony zdrowia przez stymulowanie procesu uczenia, dobrowolne zmiany w zachowaniu jednostek<sup>53</sup>. S. Słońska podaje trzy modele edukacji zdrowotnej<sup>54</sup>.

## Model 1



Źródło: Z. Słońska: *Wychowanie dla zdrowia*. W: J. B. Karński, Z. Słońska, B. Wasilewski: *Promocja zdrowia*. Warszawa 1994, s. 325—327.

<sup>52</sup> Z. Słońska: *Wychowanie dla zdrowia*. W: J. B. Karński, Z. Słońska, B. Wasilewski: *Promocja zdrowia*. Warszawa 1994, s. 329.

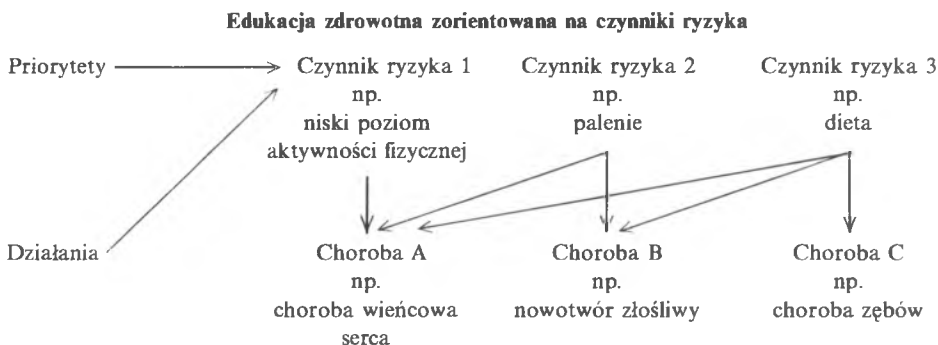
<sup>53</sup> Z. Słońska, M. Misuń: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa, s. 10—13.

<sup>54</sup> Z. Słońska: *Wychowanie dla zdrowia...*, s. 325—327, autorka podaje za A. Tannahill: *Health Education and Health Promotion: Planning for the 1990s*. „Health Education Journal” 1990, Vol. 49, No. 4; zob. także Z. Słońska: *Ewolucja modeli edukacji zdrowotnej*. „Kultura Fizyczna” 1994, nr 5—6, s. 16—20.



W modelu edukacji (1) przyjmującej za swój główny cel zapobieganie określonym jednostkom chorobowym (*disease-oriented health education*), podkreśla się, że priorytety są definiowane w kategoriach jednostek chorobowych, a podejmowane działania — skierowane na grupy czynników ryzyka, związane z poszczególnymi jednostkami chorobowymi.

Model 2



Źródło: jak w modelu 1.

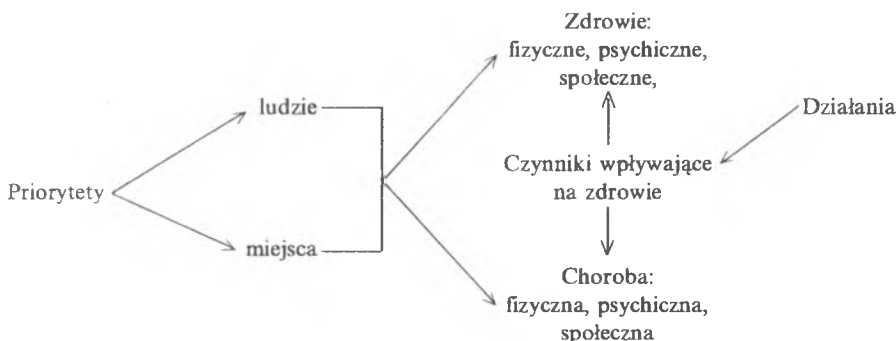
Drugi z modeli jest zorientowany na eliminację poszczególnych czynników ryzyka w celu zapobiegania kilku chorobom jednocześnie (*risk factor-oriented health education*). Jego przewaga polega na tym, że uznaje się w nim fakt wywoływania różnych chorób przez ten sam czynnik. Podejście to w dużym stopniu redukuje możliwość upowszechnienia, przez różne grupy profesjonalne, sprzecznych informacji na ten sam temat.

Programy zwalczania wspólnych czynników ryzyka powinny zakładać interdyscyplinarną współpracę, np. realizacja programu antynikotynowego wymaga kooperacji kardiologów i onkologów.

Przedstawione modele nie uwzględniają aspektu zdrowia pozytywnego, nie koncentrują się na zagadnieniu zwiększenia potencjału zdrowia.

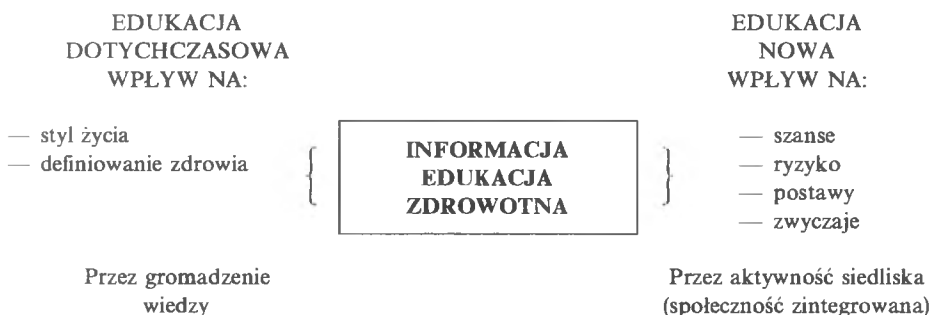
Model 3 jest niezwykle użyteczny z punktu widzenia skuteczności trwałego oddziaływania w sferze zmiany zachowań i może być traktowany jako najwłaściwszy z punktu widzenia realizacji idei promocji zdrowia. Jest on zorientowany na zdrowie rozumiane w ujęciu holistycznym — biopsychospołecznym (*health-oriented health education*). Główny akcent położono nie na choroby, lecz ludzi i miejsca, które powinny stanowić przedmiot działań edukacyjnych. Główny wysiłek koncentruje się tutaj na budowaniu i wdrażaniu kompleksowych programów edukacji zdrowotnej, ukierunkowanych na kluczowe dla kształtowania zdrowia danej społeczności środowiska społeczne. Natomiast działania edukacyjne powinny zwiększać potencjał zdrowia w wymiarze: fizycznym, psychicznym i społecznym.

**Edukacja zdrowotna zorientowana na zdrowie**



Źródło: jak w modelu 1.

Istotnym elementem w edukacji zdrowotnej poza szkołą stają się: rodzina i grupy rówieśnicze. W Polsce zarówno szkoła, jak i rodzina nie wykorzystują możliwości odgrywania podstawowej roli w procesie socjalizacji, dla upowszechnienia wiedzy i kształtowania zachowań prozdrowotnych. Wpływ grup rówieśniczych na przebieg edukacji zdrowotnej powinien być brany pod uwagę szczególnie w tych krajach bądź na tych obszarach, gdzie dostęp do szkół jest ograniczony bądź tam, gdzie grupy dzieci i młodzieży nie objęte systemem szkolnym (tzw. młodzież trudna) stanowią zbiorowość istotną z punktu widzenia promocji zdrowia, w tym zapobiegania chorobom<sup>55</sup> (zob. rys. 1).



Rys. 1. Rola edukacji zdrowotnej w nowej strategii promocji zdrowia

Źródło: J. B. Karński: *Promocja zdrowia jako czynnik integrujący środowisko lokalne*. „Magazyn Medyczny” 1995, nr 5, s. 12.

<sup>55</sup> Z. Słóńsk a: *Ocena aktualnego stanu wiedzy przekazywanej w szkołach na temat właściwych zachowań zdrowotnych i stopnia jej percepcji*. „Kultura Fizyczna” 1989, nr 11—12.

Edukacja zdrowotna, związana z promocją zdrowia, powinna<sup>56</sup>:

- wykorzystać pojęcie pozytywnego zdrowia,
- stosować innowacje w technologii uczenia,
- ukierunkować się na społeczne uczestnictwo i działania nieprofesjonalne,
- stosować wieloaspektowe i interdyscyplinarne podejścia,
- rozwijać nowe strategie dotyczące różnych poziomów działania,
- uwzględniać społeczne i środowiskowe czynniki wpływające na decyzje zdrowotne.

Wychowanie zdrowotne winno koncentrować się na tych strefach ludzkiego zachowania, które mają kluczowe znaczenie dla zwiększenia lub zachowania biopsychospołecznej wydolności człowieka. Należą do niej:

- odżywianie,
- aktywność fizyczna,
- używki,
- higiena osobista,
- zdrowie psychiczne,
- życie rodzinne,
- bezpieczne życie seksualne,
- przestrzeganie warunków bezpieczeństwa,
- ochrona środowiska.

Niezbędnym warunkiem powodzenia nowoczesnie pojętej edukacji zdrowotnej jest stwarzanie warunków politycznych, społecznych, prawnych i materialnych do jej realizacji<sup>57</sup>.

W *Narodowym programie zdrowia*, opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, przyjętym przez Radę Ministrów w dniu 24 sierpnia 1993 roku, w części programu dotyczącej edukacji zdrowotnej i ekologicznej społeczeństwa, stwierdza się m.in., że: „W celu uzyskania poprawy świadomości zdrowotnej społeczeństwa niezbędne jest:

- Opracowanie nowoczesnego wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i ekologicznej w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych, uwzględniającego wszystkie aspekty ochrony zdrowia i środowiska, kształtowanie zdrowego stylu życia, odpowiedzialności za zdrowie własne i innych oraz umiejętności dokonywania wyborów w sprawach zdrowia. Włączenie problematyki prozdrowotnej, prorodzinnej i proekologicznej do szkoleń kadry pedagogicznej wszystkich szczebli.

<sup>56</sup> Z. Słońska, M. Misiuna: *Promocja zdrowia. Słownik...*, s. 12.

<sup>57</sup> Z. Słońska: *Wychowanie dla zdrowia...*, s. 331; zob. także J. Kutyba, B. Bętkowska-Korpała, J. Legutko, J. Dragoń, J. Grodecki: *Próba wdrożenia edukacji zdrowotnej wśród krakowskiej młodzieży licealnej*. „Lider” 1996, nr 1.

— Opracowanie założeń i wdrożenie programu kształcenia kadry » nauczycieli zdrowia«, przygotowanej do prowadzenia programów promocji zdrowia w różnych środkach, głównie w środkach masowego przekazu”<sup>58</sup>.

W 1993 roku program w zakresie edukacji zdrowotnej, opracowany przez zespół roboczy Biura ds. Reformy Szkolnej Ministerstwa Edukacji Narodowej, obejmował następujące kwestie<sup>59</sup>:

- higiena osobista i otoczenia,
- bezpieczeństwo i pierwsza pomoc,
- żywność i żywienie,
- ruch w życiu człowieka,
- praca i wypoczynek,
- życie rodzinne oraz psychologiczne i środowiskowe aspekty edukacji zdrowotnej,
- zdrowie psychospołeczne,
- edukacja seksualna,
- życie bez nałogów.

Z. Jaworski podkreśla, że mamy już wiele publikacji nawiązujących do grup tematycznych, wymienionych w programie<sup>60</sup>.

Podkreśla się także konieczność wykształcenia odpowiedniej liczby nauczycieli wychowania zdrowotnego. Warto dodać, iż już w 1973 roku w uchwale podjętej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ministra Oświaty i Wychowania znalazł się zapis przewidujący: powołanie „w szkołach stanowiska pedagoga — koordynatora spraw higieny szkolnej i wychowania zdrowotnego, jako rzeczownika tych zagadnień zarówno wobec dyrekcji szkoły, jak i służby zdrowia”<sup>61</sup>.

W koncepcjach kształcenia nauczycieli w Polsce problem wychowania zdrowotnego po raz pierwszy pojawił się dopiero w 1972 roku, w ramowym planie 3-letnich wyższych studiów zawodowych dla kierunku nauczycielskiego w wyższych szkołach wychowania fizycznego. Pojęcie to figurowało w dwu-

<sup>58</sup> *Narodowy program zdrowia*. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1993, s. 12—13.

<sup>59</sup> Z. Jaworski: *Wychowanie zdrowotne – przedmiot studiów, specjalność, czy kierunek studiów w kształceniu nauczycieli?* „Lider” 1995, nr 5.

<sup>60</sup> Tamże, zob. np. M. Demel: *Wychowanie zdrowotne jako dyscyplina pedagogiczna*. „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1965, nr 3; Z. Jaworski: *Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej (zatwierdzone przez Ministerstwo Oświaty i Wychowania z dnia 19 maja 1982 r.)*. „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1982, nr 7; B. Woynarowska: *Edukacja prozdrowotna w szkole. Założenia, program, strategia wdrażania*. „Lider” 1993, nr 6; T a ż: *Co dalej z programem szkolnej edukacji zdrowotnej*. „Lider” 1994, nr 6.

<sup>61</sup> Z. Jaworski: *O potrzebie w szkole specjalisty wychowania zdrowotnego*. „Lider” 1995, nr 4.

członowym określeniu przedmiotu studiów pod nazwą „higiena i wychowanie zdrowotne”.

W latach osiemdziesiątych, w związku z uzyskaniem przez uczelnie wychowania fizycznego znacznej autonomii w zakresie opracowywania planów studiów, zaczęły pojawiać się w nich także takie nazwy przedmiotowe studiów, jak „wychowanie zdrowotne i higiena szkolna” (kolejność członów w dawnej nazwie została zmieniona) oraz „wychowanie zdrowotne”. W roku akademickim 1992/93 to drugie określenie występowało jednak jeszcze w niewielu uczelniach i był to przedmiot studiów realizowany w stosunkowo niewielkim wymiarze godzin. Korzystnie pod tym względem wyróżniała się krakowska Akademia Wychowania Fizycznego. W ramach kierunku pedagogika w 1991 roku zostały zapoczątkowane 5-letnie stacjonarne studia magisterskie wychowania fizycznego i zdrowotnego na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego. Również jako specjalność na kierunku pedagogiki w 1992 roku zostały zapoczątkowane zaoczne studia wychowania zdrowotnego na Wydziale Pedagogicznym Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy — 5-letnie magisterskie i 3-letnie wyższe zawodowe. W 1992 roku zostały zapoczątkowane także 3-letnie studia stacjonarne wychowania fizycznego i zdrowotnego — jako specjalność w Kolegium Nauczycielskim w Raciborzu, w kooperacji z Akademią Wychowania Fizycznego w Katowicach. W 1993 roku wychowanie zdrowotne, jako specjalność magisterskich studiów stacjonarnych na kierunku wychowania fizycznego, wprowadziła Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie<sup>62</sup>. Także w 1993 roku powołano przy Uniwersytecie im. A. Mickiewicza w Poznaniu pierwsze 2-letnie Studia Podyplomowe — Szkołę Promującą Zdrowie<sup>63</sup>. W 1995 roku powołano podyplomowe studia promocji zdrowia — Szkołę Zdrowia Publicznego „Collegium Medicum” przy Uniwersytecie Jagiellońskim<sup>64</sup>.

„Finalnym efektem studiów na kierunku wychowania zdrowotnego powinno być wykształcenie absolwenta humanisty, przede wszystkim pedagoga, posiadającego zarazem wiedzę medyczną i paramedyczną odpowiadającą przynajmniej w pewnym zakresie kompetencjom pielęgniarki szkolnej, potrafiącego udzielić pomocy przedlekarskiej w różnych sytuacjach zagrożenia dla zdrowia i życia człowieka. Takiego absolwenta można określić mianem pedagoga zdrowia czy nauczyciela zdrowego stylu życia i tego rodzaju lub podobnie nazwane stanowisko jest niezbędne w szkole”<sup>65</sup>.

Warto podkreślić, że nowy model opieki zdrowotnej oparty na koncepcji i zasadach promowania zdrowia „jest przeznaczony dla ludzi, którzy uznali

<sup>62</sup> Tenże: *Wychowanie zdrowotne...*, s. 6.

<sup>63</sup> *Pierwsi absolwenci Studium Podyplomowego – Szkoły Zdrowia*. „Lider” 1995, nr 6, s. 11.

<sup>64</sup> Program jest realizowany w ramach europejskiego projektu „Tempus”.

<sup>65</sup> Z. Jaworski: *Wychowanie zdrowotne...*, s. 8.

potrzebę wprowadzenia zmian w sposobie i warunkach życia, w celu doskonalenia swego zdrowia”, tradycyjna opieka zdrowotna nad uczniami była oferowana wszystkim, także tym, którzy nie widzieli konieczności zmiany swojego stylu życia. Trudności z wdrożeniami nowego modelu można upatrywać w kilku płaszczyznach<sup>66</sup>. Znaczące to: płaszczyzna psychologiczna (związana z przemianami świadomości nie tylko wśród uczniów, ale także nauczycieli, rodziców); płaszczyzna organizacyjna (bariery typu organizacyjno-prawnego); płaszczyzna ekonomiczna wiążąca się z zabezpieczeniami finansowymi.

### 1.3. Aspekty zainteresowań problematyką zdrowia w klasycznej koncepcji pedagogiki społecznej H. Radlińskiej a medycyna społeczna

„Polski termin »pedagogika społeczna« nie ma wiernego odpowiednika w innych językach europejskich. Najbliższy jest termin »*Sozialpädagogik*« upowszechniony od czasów Adolfa Diesterwerga w krajach języka niemieckiego i to w dwóch znaczeniach: teorii (filozofii) wychowania zorientowanej na problemy uspołecznienia młodej generacji w złożonych warunkach przemian cywilizacyjnych oraz zadań wychowania w humanizacji życia społecznego i pomocy społecznej dla osób niesprawnych i o zaburzonej równowadze psychicznej”<sup>67</sup>.

Rozwój pedagogiki społecznej jako dyscypliny naukowej wiąże się z działalnością Heleny Radlińskiej (1897—1954), która jest niewątpliwie twórczynią polskiej szkoły pedagogiki społecznej. Systematyczne studia i badania w tej dziedzinie zapoczątkowała z chwilą objęcia kierownictwa Studium Pracy Społeczno-Oświatowej Wolnej Wszechnicy Polskiej<sup>68</sup>. Polska koncepcja pedagogiki społecznej już w dziesięciolecie poprzedzającym I wojnę światową łączyła w sobie elementy filozoficzne i prakseologiczne. Polskie koncepcje pedagogiki społecznej miały swoje specyficzne cechy. R. Wroczyński wskazuje na dwie ich podstawowe odrębności: przede wszystkim pedagogika społeczna w Polsce

<sup>66</sup> J. Schejbal: *Trudności...* W: J. Rzepka (red.): *Kronika higieny szkolnej...*, s. 155—156.

<sup>67</sup> R. Wroczyński: *Nurt pedagogiki społecznej w polskich koncepcjach wychowawczych*. „Studia Pedagogiczne”. T. 46. Wrocław—Łódź 1984, s. 7.

<sup>68</sup> Np. H. Radlińska: *Stosunek wychowawcy do środowiska społecznego. Szkice z pedagogiki społecznej*. Warszawa 1935; H. Radlińska (red.): *Społeczne przyczyny powodzeń i niepowodzeń szkolnych*. Warszawa 1937.

wyrośla ze specyficznych problemów społecznych, kulturowych i politycznych kraju, które na przełomie XIX i XX wieku ulegały poważnym przeobrażeniom społeczno-światopoglądowym. H. Radlińska w pierwszym okresie swojej działalności utożsamiała pedagogikę społeczną z pedagogiką narodową, nadając jej uniwersalny charakter i wprowadzając ideę wychowawczą, wynikającą z przebudowy społecznej<sup>69</sup>. Przymiotnik „społeczny” w tym ujęciu określał działalność oświatowo-wychowawczą prowadzoną „dla społeczeństwa” i przez społeczeństwo, oznacza to, że pedagogika H. Radlińskiej wykraczała poza obszar tradycyjnego stosunku wychowawczego typu nauczyciel — uczeń<sup>70</sup>. Interpretowała ona wychowanie nie tyle jako funkcję społeczną przystosowania do warunków bytu, ile jako „służbę nieznanemu”, czyniącą z wartości środki do przetwarzania i „ulepszania” życia, do szerzenia oświaty wśród szerokich mas społecznych, do rozwijania pomocy wychowawczej we wszystkich dziedzinach życia zbiorowego<sup>71</sup>.

H. Radlińska podkreślała, że proces wychowawczy odbywa się w trzech fazach rozwojowych: wzrostu, zrastania, wprowadzania. To ostatnie wiązała z wartościami kultury. „Najistotniejszą cechą wychowania jako gałęzi twórczości kulturalnej stanowi wartościowanie i uczenie wyboru”<sup>72</sup>. Idea przebudowy społecznej różni poglądy Radlińskiej od innych teorii europejskich XIX i XX wieku — np. od niemieckiej pedagogiki społecznej P. Bartha i P. Natropa<sup>73</sup>. Funkcją działań pedagogiki społecznej zmierzających do przeobrażania środowiska i rozwoju osobowości były — według H. Radlińskiej — kompensacja, profilaktyka, doskonalenie. Kompensacja dotyczy wyrównywania braków utrudniających właściwy rozwój jednostki (kompensacji mogą podlegać: sytuacja materialna, stany psychiczne, środowisko fizyczne). Profilaktyka związana jest z działaniami zapobiegającymi niekorzystnym wpływom bądź z wzmocnieniem wpływów pozytywnych. Doskonalenie natomiast wiąże się z samodzielnymi działaniami służącymi wszechstronnemu rozwojowi dziecka<sup>74</sup>. Podstawowe zadania pedagogiki społecznej oscylowały zatem wokół problemów zmian niekorzystnych warunków rozwojowych oraz przygotowania człowieka do twórczego udziału w życiu narodu. Warto dodać, iż nieodłącznym elementem systemu pedagogiki społecznej Radlińskiej były: praca społeczna (*social service*), wiążąca się ze zorganizowaną działalnością opiekuńczą państwa, organizacji społecznych i samorządów lokalnych oraz praca kulturalno-oświatowa (praca kulturalna), która oznaczała dostęp do wartości kultury, sztuki i nauki

<sup>69</sup> R. Wroczyński: *Nurt pedagogiki społecznej...*, s. 8.

<sup>70</sup> W. Theiss: *Radlińska*. Warszawa 1984, s. 3.

<sup>71</sup> L. Chmaj: *Prądy i kierunki w pedagogice XX wieku*. Warszawa 1963, s. 316.

<sup>72</sup> H. Radlińska: *Stosunek wychowawcy do środowiska społecznego*. W: H. Radlińska: *Pedagogika społeczna...*, s. 41.

<sup>73</sup> L. Chmaj: *Prądy i kierunki...*, s. 244—248.

<sup>74</sup> W. Theiss: *Radlińska...*, s. 72.

szerokich rzesz społeczeństwa, a także dzieje pracy społeczno-oświatowej<sup>75</sup>, związanej głównie z wykrywaniem źródeł określonych zjawisk i procesów oraz wykazywaniem związków jednostki ze społeczeństwem i określonymi jego warunkami.

H. Radlińska interesowała się także opieką medyczną, a jej uczestnictwo w praktycznych pracach lekarskich i pielęgniarskich wpłynęło na późniejszą pracę z zakresu pedagogiki empirycznej i budowę zrębów teorii pracy socjalnej<sup>76</sup>. Podkreślała, że pedagogika społeczna musi sięgać bezpośrednio do nauk biologicznych i lekarskich; akcentowała również, iż w zestawieniu z pedagogiką leczniczą, pedagogika społeczna korzysta z „badań nad zahamowaniami i skrzywieniami rozwoju indywidualnego, wprowadza dane o ich społecznych przyczynach, o możliwościach i sposobach zapobiegania im i wyrównywania”<sup>77</sup>.

Wprowadzając do teorii pracy socjalnej zagadnienie wychowania dla spraw zdrowia, zbliżyła się do prac G. Piramowicza i J. Śniadeckiego. W jej teorii pracy socjalnej wzajemnie przenikają się: zagadnienia kultury zdrowia, pracy, kultury pedagogicznej, stanowiąc zręby teorii opieki. Wprowadzając problematykę opieki pielęgniarskiej do teorii pedagogicznej i teorii pracy socjalnej, była ona jednocześnie prekursorką kształcenia pielęgniarek i kształcenia wyższego dla opieki pielęgniarskiej. „W strukturze procesu pielęgnowania, jako jego dominujący element występuje interakcja »pacjent — środowisko społeczne — pielęgniarka«. Tak analizowana interakcja nie tylko występuje jako czynnik konstytuujący dziedzinę pielęgniarstwa środowiskowego (> otwartego <), ale jednocześnie zawiera inspiracje dla opieki »zamkniętej« w kierunku zbliżenia życia pacjentów tej opieki do »życia normalnego« oraz zmierza ku organizowaniu mikrośrodków pod względem opiekuńczo-promocyjnym i terapeutycznym”<sup>78</sup>.

Pielęgniarka jest przy tym równocześnie traktowana jako opiekun i wychowawca oraz realizator celów pracy socjalnej. H. Radlińska, obok F. Nightingale (1820—1910), formułuje naukowe podstawy pielęgnowania, wskazując na warunki prawidłowego rozwoju teorii. Wyróżnia w sposób szczególny jej związek z praktyką, podkreśla fachowość przygotowania zawodowego pielęgniarek. Pedagogika społeczna, a ściślej, teoria pracy socjalnej integruje poszczególne dyscypliny humanistyczne i społeczne na potrzeby opieki pie-

<sup>75</sup> Zob. np. H. Radlińska: *Studium pracy kulturalnej*. Warszawa 1925; *Z dziejów pracy społecznej i oświatowej. Program i metoda badania dziejów pracy oświatowej. Zagadnienia pracy kulturalnej*. Warszawa 1933; *Badania regionalne dziejów pracy społecznej i oświatowej*. Warszawa 1948; *Pracownik społeczny*. W: T a ż: *Pisma pedagogiczne*. Wrocław 1961.

<sup>76</sup> E. A. Mazurkiewicz: *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej*. Wrocław—Łódź 1983, s. 67.

<sup>77</sup> H. Radlińska: *Egzamin...* W: H. Radlińska: *Pedagogika społeczna...*, s. 364.

<sup>78</sup> E. A. Mazurkiewicz: *Sprawność działania...*, s. 70.



łęgniarskiej, a przykładem może być „wychowanie dla spraw zdrowia”<sup>79</sup>. „Polega ono na pomocy ludziom w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu, w kształtowaniu nawyków, umiejętności i sprawności służących utrwalaniu i doskonaleniu zdrowia, na pomocy w rozwijaniu pozytywnego zainteresowania zdrowiem, w kształtowaniu postawy umożliwiającej efektywną — albo skuteczną — profilaktykę, ratownictwo, leczenie, pielęgnację, rehabilitację oraz stosowanie zasad higieny w życiu jednostki i zbiorowości. Wychowanie zdrowotne właściwie pojęte jest tym systemem działań, którego obecność wskazuje na humanistyczny walor pielęgnowania i w ogóle medycyny”<sup>80</sup>. Podkreślić należy, że słowo „pacjent” Radlińska rozumiała szeroko w sensie aktualnym i potencjalnym, ponieważ wychowanie zdrowotne traktowała jako składnik kultury zdrowotnej. Ważne dla spraw zdrowia było kształtowanie czynnej postawy pacjentów, określonej przez podmiotowość w pomocy i opiece, tzn. usamodzielnienie pacjenta. Akcentowała przede wszystkim profilaktykę zdrowotną oraz higienę indywidualną i społeczną. Wychowanie dla spraw zdrowia obejmowało także czynności wychowawczo-zdrowotne ludzi pracujących w ochronie zdrowia jako towarzyszące działaniom medycznym.

Pielęgniarka to „wychowawczyni społeczna”, podmiot działający jako wychowawca. Konstytuują go dwa elementy, będące zarazem podstawowymi w teorii pracy socjalnej<sup>81</sup>:

- czynności opiekuńcze i pomocnicze oraz składniki środowiska jako środki w kształtowaniu kultury zdrowotnej i opiekuńczej,
- uczestnictwo pielęgniarki w kulturze zdrowotnej jako komponent społeczeństwa wychowującego.

Szczególną rolę H. Radlińska przypisuje pielęgniarstwu środowiskowemu (realizacja zadań na rzecz np. rodziny, środowiska lokalnego, grupy społecznej). „Prototypem działalności w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego (nazwa w użyciu po II wojnie światowej) jest pielęgniarstwo społeczne, a także wyodrębnione jego działy, które w specyficzny sposób łączyły tradycyjne czynności opieki pielęgniarzkiej z pracą w środowisku (lub dla środowiska) z szerszą pojętą opieką i pomocą ludziom chorym lub zagrożonym zdrowotnie”<sup>82</sup>. Pokrywa się to w pewnej mierze z zakresem zadań zawodowego pracownika socjalnego. Koncepcja środowiskowej pracy H. Radlińskiej wyraża się głównie w walorach ciągłości opieki i pomocy, w możliwościach systemowego ujęcia działań opiekuńczych, przetwarzaniu środowiska, działaniach profilaktycznych i kompensacyjnych. Tak rozumiana praca socjalna wiąże się z zintegrowanym systemem opieki zdrowotnej.

<sup>79</sup> Tamże, s. 76

<sup>80</sup> Tamże.

<sup>81</sup> Tamże, s. 78—79.

<sup>82</sup> Tamże, s. 82.

Prekursorstwo medycyny społecznej, którą najczęściej nazywano higieną społeczną, nawiązuje z kolei do historycznego rozwoju nauki. Powstanie higieny społecznej łączy się zwykle z działalnością R. Virchova i S. Neumanna, którzy na przełomie 1848/49 roku wydawali pismo „Medizinische Reform”. W swoim sprawozdaniu z wielkiej epidemii tyfusu plamistego na Śląsku w 1848 roku Virchow podkreślał, że „aby zamierzenia władz w tym przypadku były skuteczne, trzeba podnieść oświatę i zmienić sytuację ekonomiczną miejscowej ludności”<sup>83</sup>. Podkreślano wówczas także, że higiena społeczna jest higieną ludności biednej, a zadaniem higieny społecznej jest łagodzenie skutków wadliwego ustroju społecznego. Warto także wspomnieć o A. Grotjahnie, którego *Soziale Pathologie* („nauka o stosunkach między zdrowotnymi i społecznymi warunkami życia”) (1911) stanowiła w tej dziedzinie duży postęp. Nie można określić jednoznacznie historycznego przejścia od higieny społecznej do medycyny społecznej. Prawdopodobnie po raz pierwszy tego pojęcia użył A. Guerin w „Gazette Medicale de Paris” w 1848 roku, podkreślając związek medycyny ze środowiskiem ludzkim. Wymienia się tu często także Pettenkofera, który miał użyć pojęcia „medycyna społeczna” w 1882 roku w swoim podręczniku higieny<sup>84</sup>. Należy też zwrócić uwagę na dokonania E. Reicha, który w swej pracy *System der Hygiene* (1870—1871), pisząc o higienie, stał się prekursorem późniejszej medycyny społecznej. O medycynie społecznej i jej praktycznym zastosowaniu można mówić od czasu wprowadzenia ubezpieczeń społecznych w Niemczech w latach 1883—1889. W języku angielskim najczęściej spotyka się takie określenia, jak: *Public Health* (zdrowie publiczne) i *Preventive Medicine* (medycyna zapobiegawcza), ta ostatnia związana z działalnością, w której kładzie się nacisk na zapobieganie przedwczesnym zgonom, chorobom. Medycyna społeczna ma na celu podkreślenie znaczenia środowiska dla zdrowia człowieka. Aktualnie w piśmiennictwie zamiennie stosowane są takie terminy, jak: medycyna społeczna, medycyna zapobiegawcza, higiena, zdrowie publiczne, epidemiologia<sup>85</sup>.

Medycyna społeczna skupia się na zagadnieniach współzależności zdrowia od warunków życia i form społecznej troski o zdrowie, obejmując następujące dziedziny<sup>86</sup>: badania dotyczące wpływu czynników społecznych na zdrowie lub częstość występowania chorób, socjologię medyczną, psychologię społeczną i psychiatrię społeczną, niektóre społeczne zagadnienia lecznicze, jak np. ubezpieczenia społeczne, opieka społeczna i lekarska. Przedmiotem badań medycyny społecznej są następujące kwestie<sup>87</sup>: stan zdrowia ludności, czynniki

<sup>83</sup> J. Indulski, J. Leowski: *Podstawy medycyny społecznej*. Warszawa 1971, s. 3.

<sup>84</sup> Tamże, s. 4.

<sup>85</sup> Tamże, s. 5.

<sup>86</sup> Tamże, s. 7—8.

<sup>87</sup> Tamże.

społeczne i przyrodnicze kształtujące ten stan, korelacje między czynnikami społecznymi i przyrodniczymi kształtującymi ten stan, warunki skuteczności działań na rzecz zdrowia. W medycynie społecznej wyróżniono działy: teoria stanu zdrowia ludności, teoria ochrony rozwoju życia, teoria organizacji ochrony zdrowia.

Pedagogika społeczna jest dziedziną nauk humanistycznych, medycyna społeczna zaś należy do nauk medycznych. Pedagogika społeczna ze względu na swój prakseologiczny charakter wyraża kwestie dotyczące zdrowia w aspekcie praktycznej działalności pracy społecznej w środowisku.

# 2



## Problematyka i metoda badań

### 2.1. Koncepcja własnego badania — założenia metodologiczne

Zaprezentowanie w rozdziale metodologicznym, na samym wstępie, koncepcji badania wydaje się szczególnie uzasadnione ze względu na potrzebę przedstawienia w sposób przejrzysty jego problematyki i metod.

Podstawą koncepcji podjętego badania były założenia teoretyczne klasycznej pedagogiki społecznej H. Radlińskiej, w której związku kultury — środowiska — jednostki miały kardynalne znaczenie, a zadania pedagogiki społecznej nie ograniczały się do opisu badanej rzeczywistości, lecz stawały się rękojmią przeobrażenia środowiska i rozwoju osobowości. W zmieniającej się współczesności, której jesteśmy uczestnikami i obserwatorami, pojawiają się nowe problemy o wymiarze społeczno-wychowawczym i jednostkowym, niemniej jednak klasyczna koncepcja pedagogiki społecznej H. Radlińskiej pozostaje nadal źródłem inspiracji badawczych. Aktualnie wśród wielu koncepcji alternatywnego myślenia o wychowaniu szczególne miejsce zajmuje pedagogika krytyczna, która postuluje przekraczanie barier w rozwoju człowieka. Zasady pedagogiki krytycznej sformułował Z. Kwieciński, podkreślając szczególnie następujące tezy<sup>1</sup>, które wydają się mieć znaczenie w podejmowanej problematyce zdrowotnej:

---

<sup>1</sup> Z. Kwieciński: *O edukację i pedagogikę radykalnie krytyczną*. W: B. Suchodolski (red.): *Alternatywna pedagogika humanistyczna*. Wrocław 1990, s. 231.

odsłonięcie potencjału rozwojowego mieści się w kategoriach ciągłych możliwości wyboru chociażby stylu życia, zachowań prozdrowotnych wartości i sposobów postępowania;

- kształtowanie postawy krytycznej, wyłanianie zdolności dostrzegania alternatyw wobec ładu społecznego (różne bowiem typy ładu społecznego stwarzają różne możliwości wyborów, np. wartości);
- uwrażliwianie na nieprawości społeczne i interesy rządzących z jednoczesnym dostrzeganiem ich — różny stopień i sposób zaspokojenia potrzeb zdrowych, nierówności społeczne wpływające na zdrowie członków społeczeństwa to problemy, które mogą wiązać się z konfliktem interesów różnych grup społecznych;
- przygotowanie do stałej interakcji z innymi — wydaje się to szczególnie ważne dla zachowania zdrowia psychicznego;
- przygotowanie młodego pokolenia do zmian w zakresie podjętej problematyki badawczej ma istotne znaczenie, wymaga bowiem przekształceń świadomości i dotyczy promocji zdrowia.

Naczelnym zatem zadaniem badawczym pedagogiki jest ciągle badanie, przedstawianie, niwelowanie ewentualnych barier umożliwiających dokonywanie świadomych wyborów, umożliwiających wpływanie na własne życie, a tym samym i zdrowie.

S. Nowak podkreśla, że o istnieniu problemu społecznego mówi się wówczas, gdy rzeczywistość społeczna odbiega od pewnych uznawanych standardów, oraz w sytuacji, gdy w pewnych zbiorowościach (grupach) standardy te nie są spełnione<sup>2</sup>. Z wielu informacji i danych statystycznych wynika, iż zdrowie społeczeństwa polskiego, w tym także zdrowie dzieci i młodzieży, odbiega od owych standardów. Problemy społeczne mogą być określone z lokalnej perspektywy; tak postąpiono w wypadku podjętych badań, interesując się problematyką sytuacji zdrowotnej, przede wszystkim w regionie górnośląskim, jako przypadkiem konkretnego problemu o szerszym zasięgu. „Niekiedy narastający problem społeczny powiązany jest z procesem społecznym, w sumie pozytywnym”<sup>3</sup>. Można odnieść to twierdzenie do zagadnień zdrowia w kontekście dokonujących się w naszym kraju przemian społecznych, których efektem jest tworzenie nowych stosunków społeczno-ekonomicznych, związanych z procesem demokratyzacji życia, co niewątpliwie jest odczytywane jako zjawisko pozytywne. Niemniej jednak problemy zdrowotne społeczeństwa należy traktować w perspektywie kosztów ponoszonych przez społeczeństwo w sytuacji zmiany społecznej, podobnie jak: bezrobocie, ubóstwo społeczne itd.

<sup>2</sup> S. Nowak: *Metodologia badań socjologicznych*. Warszawa 1970, s. 462.

<sup>3</sup> Tamże, s. 463.

Podjęte badania były świadomie zorientowane na wyraźniejsze zarysowanie problemów zdrowotnych oraz w konsekwencji na wskazanie możliwości prowadzących (w pewnym zakresie) do ich rozwiązania w razie ich zastosowania i w perspektywie osiągnięcia pożądanego stanu<sup>4</sup>. Niniejsza praca zatem — jak się wydaje — odpowiada pilnym potrzebom praktyki społecznej. Należy podkreślić szczególnie w tym miejscu, że szeroko rozumiana problematyka zdrowia może być analizowana z różnych punktów widzenia — ma zatem charakter interdyscyplinarny; podjęto jednak próbę usytuowania jej w sferze zainteresowań pedagogiki społecznej, zwracając uwagę na środowiskowe aspekty problemu.

W przyjętej procedurze, jak również w trakcie dokonywania analiz, przestrzegano dyrektyw metodologicznych — typowych i charakterystycznych dla nauk społecznych. W metodologii nauk społecznych wyróżnia się dwa podstawowe rodzaje badań. Są to badania weryfikacyjne i diagnostyczne. Celem badań weryfikacyjnych jest empiryczne sprawdzenie i kontrola prawdziwości jednego bądź też całego zespołu twierdzeń ogólnych o związkach między pewnymi, ogólnie zdefiniowanymi, klasami zjawisk. Natomiast celem badań diagnostycznych jest ustalenie cech czy zasad funkcjonowania pewnego konkretnego wycinka rzeczywistości, będącego głównym przedmiotem poznawczym zainteresowań badacza<sup>5</sup>. Sformułowanie problematyki badawczej, która ma zaspokoić potrzeby praktyki społecznej, zależy w dużej mierze od stanu wiedzy teoretycznej w danej dziedzinie. Im bardziej jest rozwinięta wiedza teoretyczna w danej dziedzinie zjawisk, tym w większym stopniu badanie o celach praktycznych może mieć charakter diagnostyczny, tzn. orientować się bardziej na częstość występowania zjawisk z poszczególnej kategorii, geograficznej i społecznej lokalizacji niż na ustalaniu związków między nimi<sup>6</sup>. Wydaje się, iż wiedza o zależnościach układów makro-, mezo- i mikrostrukturalnych — w aspekcie środowiskowych zależności — jest w pedagogice uzasadniona teoretycznie, w stopniu pozwalającym analizować systemowe układy zależności<sup>7</sup>.

Badania miały charakter diagnostyczno-eksploracyjny. Poszukiwania w sensie teoretycznych analiz były związane ze studiowaniem i analizowaniem problemów zdrowotnych w publikacjach z różnych dyscyplin naukowych — nie tylko medycznych. W rozdziale 1 niniejszej książki starano się wskazać na interdyscyplinarny charakter podjętego problemu badawczego, zwłaszcza że tego rodzaju współudział pedagogiki społecznej w analizowaniu różnych

<sup>4</sup> Por. S. Nowak: *Metodologia...*, s. 462—464.

<sup>5</sup> S. Nowak (red.): *Metody badań socjologicznych. Wybór tekstów*. Warszawa 1965, s. 191.

<sup>6</sup> Tamże, s. 198—199.

<sup>7</sup> S. Kowalski: *Podejście systemowe w badaniu środowisk wychowawczych*. „Studia Pedagogiczne” 1984, t. 47.

problemów społecznych sięga jej zarania — prowadzenia kompleksowych badań przez H. Radlińską<sup>8</sup>.

Podstawowym pojęciem w klasycznej pedagogice społecznej jest pojęcie diagnozy. Oznacza ona „rozpoznanie w poszczególnych przypadkach przyczyn badanego stanu, ocenę jego objawów i możliwości przemian”<sup>9</sup>. Wykorzystując jednak dorobek metodologii diagnozy, można ją na gruncie pedagogiki społecznej zdefiniować jako „opis wyników badania określonego wycinka rzeczywistości, dokonany na podstawie zebranych i ocenionych danych z różnych źródeł, przy czym rozwinięte rozpoznanie obejmuje opis poszczególnego złożonego stanu i jego genezę lub przyczyny oraz wyjaśnienia znaczenia i etapu rozwoju, a także — w rozpoznaniu decyzyjnym — ocenę możliwości jego zmiany (lub utrzymania) w kierunku pedagogicznie pożądanym”<sup>10</sup>. Przyjmując zatem procedurę badań diagnostycznych, postanowiono zrezygnować z przyjęcia za obowiązującą dyrektywy, zalecającej, przed rozpoczęciem badań, wyraźne sformułowanie hipotezy (zespołu hipotez), o której rozstrzygać miałyby wyniki podjętych badań<sup>11</sup>. Można by było pokusić się o skonstruowanie — na podstawie analiz teoretycznych, badań wstępnych, literatury przedmiotu itp. — hipotezy roboczej (przybierającej oczywistą postać tautologii). Hipoteza taka miałaby bardzo wysoki stopień ogólności, konieczne stałoby się sformułowanie kilku, a nawet kilkunastu hipotez szczegółowych — celem bliższego określenia związków, zależności w badanym zakresie problemowym. Podjęte hipotezy częściowe musiałyby się różnić swym momentem asercji, tj. stopniem przekonania badacza, że prawdziwe jest zdanie twierdzące, określone mianem hipotezy. Nie potrafiąco oszacować stopnia prawdziwości nawet kilkunastu hipotez alternatywnych. W tej sytuacji — zgodnie z zaleceniem S. Nowaka — badania zostają ukierunkowane nie tyle na rozstrzygnięcie pytań typu „czy”, lecz stają się problemem otwartym, o charakterze pytania dopełnienia, z określoną liczbą alternatywnych odpowiedzi<sup>12</sup>.

We współczesnej pedagogice społecznej coraz częściej podkreśla się nową opcję strategii badawczej, tzw. badań aktywizujących (*action research*). W przypadku tych ostatnich głównym celem jest opis rzeczywistości czy stwierdzenie wpływu określonych zjawisk na tę rzeczywistość, wspomniana opcja dotyczy przeobrażeń konkretnej rzeczywistości społecznej, w której uczestniczą badacze i badani. Badania aktywizujące są ukierunkowane na przeobrażenia w obszarze

<sup>8</sup> Zob. np. S. Kawuła: *Studia z pedagogiki społecznej*. Olsztyn 1996, s. 239—255.

<sup>9</sup> H. Radlińska: *Pedagogika społeczna*. Łódź 1961, s. 370.

<sup>10</sup> E. A. Mazurkiewicz: *Diagnostyka w pedagogice społecznej*. W: T. Pilch, I. Lepalczyk (red.): *Pedagogika społeczna*. Warszawa 1995, s. 55.

<sup>11</sup> S. Nowak: *Metodologia badań...*, s. 224.

<sup>12</sup> Tamże, s. 224—225; por. J. Sztumski: *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Katowice 1995, s. 66—67.

materii społecznej, dokonujące się w trakcie procesu badawczego<sup>13</sup>. Wydaje się, iż badania aktywizujące, ich efektywność utylitarna, uzależnione są od stanu i zasięgu badań diagnostycznych, dających podstawę projektowania i organizowania badań aktywizujących.

Pierwszy etap badań aktywizujących to najczęściej studia teoretyczne, podejmowane ze względu na określone cele polityki społecznej (*policy research*). W tej fazie prac badania aktywizujące nie ingerują jeszcze bezpośrednio w zastaną sytuację, praktykę społeczną. Kolejna faza (etap drugi) polega na zastosowaniu działań socjotechnicznych, bezpośredniej ingerencji bądź próbie zmiany (wprowadzeniu modyfikacji) do istniejącej rzeczywistości społecznej. Współczesna interpretacja pojęcia „badania aktywizujące” zakłada świadomą symbiozę jedności teorii i praktyki w przeobrażaniu społecznej struktury<sup>14</sup>. Według D. Lalak oraz T. Pilcha, badania aktywizujące są ukierunkowane przede wszystkim na przeobrażenia w sferze poddanych penetracjom badawczym struktur społecznych. Nie poszukuje się wówczas uniwersalnych prawidłowości, lecz analizuje fakty społeczne w aspekcie historyczno-sytuacyjnym. Analiza ta ma bezpośrednio służyć przeobrażeniom obszaru badawczego samych zainteresowanych<sup>15</sup>.

Rozpoznanie, diagnoza — w ramach prowadzonych badań aktywizujących — poszczególnych elementów sytuacji życiowej jednostki i grupy oraz przełożenie ich na język konkretnych zaleceń i dyrektyw intencjonalnego oddziaływania w danym środowisku społecznym pozwoli, być może, w konsekwencji na stworzenie warunków do wystąpienia pożądanych modyfikacji w zakresie możliwości działań pedagogicznych w różnych środowiskach.

## 2.2. Cel, przedmiot i zakres badań

Celem przeprowadzonych badań i analiz było, z jednej strony, przedstawienie sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży oraz wskazanie czynników społecznych i środowiskowych determinujących nierówności w stanie zdrowia dzieci i młodzieży, z drugiej zaś — zaprezentowanie teoretycznych standardów zdrowia.

---

<sup>13</sup> D. Lalak, T. Pilch: *Strategie badawcze i funkcje utylitarne badań w pedagogice społecznej*. W: T. Pilch, I. Lepalczyk (red.): *Pedagogika społeczna...*, s. 41—43; por. Z. Słońska, M. Misiuna: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa 1993, s. 8; *Health Promotion Glossary*. WHO/EURO, Copenhagen 1989.

<sup>14</sup> P. Gliński: *Badania aktywizujące w studiach stylu życia*. W: A. Siciński (red.): *Problemy teoretyczne i metodologiczne badań stylu życia*. Warszawa 1980.

<sup>15</sup> D. Lalak, T. Pilch: *Strategie badawcze...*



Przeprowadzono także sondaże zmierzające do zbadania zakresu wiedzy o chorobie AIDS wśród uczniów szkół średnich oraz ich nastawień względem osób chorych lub nosicieli wirusa HIV.

Dokonane analizy miały również cel praktyczny — wskazanie możliwości w zakresie środowiskowej promocji zdrowia, stanowiły ponadto etap wstępny, przygotowujący do podjęcia dalszych badań, przy zastosowaniu nowego paradygmatu metodologicznego w pedagogice społecznej — omówionego w poprzednim podrozdziale — związanego z badaniami aktywizującymi.

Realizacja strategii badawczej była związana z celami zarówno o implikacjach naukowo-poznawczych, jak i praktyczno-społecznych (ilościowych oraz jakościowych) uprawniających do przygotowania opisu o charakterze diagnozy sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży. Analiza i ocena tej sytuacji stała się podstawą urzeczywistnienia kolejnego celu, jakim było wskazanie na możliwości rozwiązań czy też zadań do realizacji w różnych środowiskach, a także możliwości działań kompensacyjnych — w związku z różnymi formami pomocy społecznej — jako jednego z najważniejszych czynników planowania przekształceń środowisk. Należy także podkreślić przydatność wspomnianych badań i analiz w pracy wyspecjalizowanych instytucji społecznych oraz animatorów globalnej polityki społecznej w Polsce.

Przedstawione w niniejszym punkcie główne cele badań implikowały wiele zadań (pytań) szczegółowych. Aby uściślić empiryczną problematykę zakończonych badań, a zarazem ograniczyć ich zasięg, poniżej wymieniono ważniejsze zagadnienia. Należały do nich:

- przedstawienie sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży z woj. katowickiego na tle ogólnej sytuacji zdrowotnej kraju — za pomocą analizy danych statystycznych odnoszących się do populacji krajowej, bilansów zdrowia i kwalifikacji do poszczególnych grup dyspanseryjnych;
- charakterystyka wybranych zmiennych środowiskowych determinujących nierówności w stanie zdrowia dzieci i młodzieży, a szczególnie usytuowanych w środowisku przyrodniczym Górnego Śląska, określanym jako obszar klęski ekologicznej, mających znaczenie w ekologicznych zagrożeniach zdrowia;
- charakterystyka wybranych zmiennych społecznych, m.in. bezrobocia, wykształcenia rodziców, i ich egzemplifikacja badawcza;
- prezentacja teoretycznych standardów zdrowia na podstawie analiz, dociekań, planów, strategii eksponowanych przez reprezentantów różnych dyscyplin naukowych — ekspertów (szczegółowe wyjaśnienia we wstępie niniejszej książki);
- analiza zakresu wiedzy o chorobie AIDS uczniów wybranych szkół średnich, źródeł jej zdobywania oraz uwarunkowań zróżnicowanych nastawień wobec chorych i nosicieli;

przedstawienie złożonych problemów i możliwości promocji zdrowia w różnych środowiskach (szkolnym, lokalnym i rodzinnym), ze szczególnym uwzględnieniem systemowych wielosektorowych zależności i powiązań z jednoczesnym wskazaniem konieczności zmian w dotychczasowej polityce społecznej.

Przedmiotem badań empirycznych była sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży w wybranych szkołach podstawowych woj. katowickiego oraz jej środowiskowe determinanty, zakres wiedzy o chorobie AIDS uczniów wybranych szkół średnich, a także ich nastawień względem osób chorych i nosicieli wirusa HIV.

### **2.3. Zasady doboru i cechy zbiorowości badanych — teren badań**

Pedagogika i inne dziedziny nauk humanistycznych czynią przedmiotem swych badań zarówno poszczególne jednostki (w sensie analizy indywidualnego przypadku), jak i grupy bądź zbiorowości, zwracając uwagę na pewne cechy, stany, zdarzenia i procesy. Wyróżniamy cechy absolutne, dotyczące cech fizycznych czy demograficznych (np. wiek, płeć), zachowania ludzi oderwane od kontekstu społecznego bądź też cechy psychiczne same w sobie, a nie jako elementy stosunków społecznych. Jednak zdecydowana większość cech interesujących badaczy to cechy relatywne, w których ma znaczenie jakiś typ stosunku między jednostką a środowiskiem społecznym. Spośród cech relatywnych można wyróżnić trzy ich kategorie<sup>16</sup>:

- własności porównawcze jednostek związane z jakimś standardem porównania,
- własności relacyjne ujmujące określony typ wzajemnych zależności, oddziaływań i powiązań jednostki ze środowiskiem społecznym, cechy kontekstowe związane najbardziej z charakterystyką otoczenia (środowisko); jednostce przypisuje się wtedy relację bycia w kontekście z otoczeniem bądź też potencjalnego oddziaływania na nią otoczenia.

W przypadku podjętych badań zbiorowość uczniów została wybrana losowo, ustalono, że charakteryzują ją: (a) cechy absolutne, tj. stan zdrowia jednostek, określony badaniami bilansowymi, przeprowadzonymi w określonych szkołach podstawowych, oraz (b) cechy relatywne, tj. właściwości porównawcze związane z zakwalifikowaniem do określonych grup dyspanseryjnych, własności relacyjne oraz kontekstowe związane z cechami środowiska naturalnego (bio-

<sup>16</sup> S. Nowak: *Metodologia...*, s. 35—36.

logicznego), rodzinnego. W rozdziale 5, w którym przedstawiono problematykę AIDS, wyniki badań opinii młodzieży szkół średnich, kryterium doboru próby stanowił typ szkoły średniej — liceum ogólnokształcące i technikum górnicze.

W rozważaniach nad cechami i strukturą zbiorowości (można koncentrować się na fakcie, na wyodrębnieniu i opisie części) często pada nacisk na pewne części relatywne, w grę wchodzi tutaj przede wszystkim dwa typy relacji, tj. wzajemnego oddziaływania i zależności oraz relacje nierówności<sup>17</sup>. W przypadku przedstawionego badania ze zbiorowości uczniów zostały wyodrębnione elementy składowe (poszczególne jednostki), gdzie podstawą była cecha różnicująca, tj. stan zdrowia. Jest to cecha, która stanowi dobro społecznie cenne, będąc jednocześnie przedmiotem pozytywnych ocen w systemie wartości. „Tym samym grupy różniące się stopniem posiadania tej cechy można określić jako grupy mające różny dostęp do pewnego przywileju, tj. jako uprzywilejowane lub upośledzone pod danym względem”<sup>18</sup>. W badaniach podjęto próbę wyjaśnienia nierówności w dostępie do pewnych dóbr, które w konsekwencji różnicują sytuację zdrowotną jednostek, a w naszym przypadku — zbiorowości usytuowanej na danym obszarze. Jak podkreśla S. Nowak, wyodrębnienie takich różnicowań prowadzi czasami do uchwycenia ważnych cech struktury, i to z następujących powodów<sup>19</sup>:

- nierówności w dostępie do wspomnianych dóbr w istotny sposób różnicują ludzkie zbiorowości,
- ponadto cechy te mają swoje ważne korelaty i konsekwencje w innych sferach społecznych różnicowań, na co starano się zwrócić uwagę, podkreślając wybrane determinanty, wpływające na zdrowie w analizowanych środowiskach.

Badania prowadzono na terenie Górnego Śląska, którego specyfikę, jako obszaru kłęski ekologicznej, opisano w podrozdziale 3.2.

Wszędzie tam, gdzie badania terenowe uwzględniają kontekst geograficzny, cenne źródło informacji o cechach populacji na danym terenie stanowią dane opisowe. Są one bardzo użyteczne w analizach zmiennych społecznych, ekonomicznych. Dane te nie zakładają pomiaru zmiennych psychologicznych w celu ustalenia relacji charakteryzujących podłoże społeczne, mają natomiast istotne znaczenie dla pedagoga i ułatwiają interpretację danych<sup>20</sup>.

Do badań wybrano szkoły podstawowe z Zabrze i Katowic oraz szkoły średnie z Katowic i Mikołowa (licea ogólnokształcące i technikum górnicze) (rys. 2). Łącznie badaniami objęto 719 uczniów, prowadzono je w latach 1993—1996.

<sup>17</sup> Tamże, s. 49.

<sup>18</sup> Tamże.

<sup>19</sup> Tamże.

<sup>20</sup> S. Nowak (red.): *Metody...*, s. 30—31.



## 2.4. Metody badań i źródła informacji

Warunkiem powodzenia badań jest wybór trafnej metody czy zespołu metod służących rozwiązaniu określonego problemu. „Przez metodę naukową rozumie my określony, powtarzalny sposób rozwiązywania problemu naukowego. Metoda badań empirycznych to tyle, co określony, powtarzalny sposób uzyskiwania pewnego typu informacji o rzeczywistości, niezbędnych dla rozwiązywania określonego typu problemu badawczego”<sup>21</sup>.

W badaniach zastosowano metodę analizy dokumentów, która służyła gromadzeniu danych opisowych i ilościowych o rozpatrywanej populacji, składających się na charakterystykę sytuacji zdrowotnej badanej populacji uczniów. W badaniu naukowym istnieje konieczność maksymalnego wykorzystania wszystkich dalszych informacji zawartych w zbiorach statystycznych, materiałach sprawozdawczych poszczególnych instytucji; są one podstawą analizy w ramach planowanego modelu badań.

Medycyna szkolna jest przykładem medycyny zapobiegawczej w rozumieniu działań profilaktycznych i leczeniu wcześniej wykrytej patologii i rehabilitacji uczniów, którym jest ona niezbędna. Zadania służby zdrowia w zakresie ochrony zdrowia młodzieży szkolnej skupiają się wokół następujących kwestii<sup>22</sup>: nadzór nad rozwojem młodzieży i ochroną jej zdrowia, orzecznictwo lekarskie na potrzeby szkolne, zapobiegawczy i bieżący nadzór sanitarny, współdziałanie w promocji zdrowia. Szczególną grupę świadczeń powinny stanowić masowe badania przeglądowe na skriningu (*screening*) jako badania wstępne, prowadzone często za pomocą testów diagnostycznych przez szkołę pielęgniarską. Pogłębione badania lekarskie, tzw. bilansowe, stosowane są z różną częstotliwością w zależności od wieku. Badania bilansowe mają na celu śledzenie zmian w stanie zdrowia ucznia, wczesne wykrywanie objawów chorobowych i klasyfikacje do poszczególnych grup dyspenseryjnych. Wyniki tych zabiegów znajdują swoje odzwierciedlenie w dokumentacji — są to karty zdrowia. Dokonano analizy treści 519 kart zdrowia ucznia, które uzupełniono wywiadami swobodnymi z pielęgniarkami szkolnymi, pedagogiem szkolnym, a w miarę potrzeby — z wychowawcami klas. Dotyczyły one przede wszystkim danych o środowisku rodzinnym uczniów. Informacje podstawowe zdobywano głównie przez analizę dzienników lekcyjnych. Korzystano również z następujących źródeł:

<sup>21</sup> Tamże, s. 237.

<sup>22</sup> S. B. Radiukiewicz: *Medycyna szkolna*. Warszawa 1987; por. B. Woynarowska, M. Pułtorak, A. Wojciechowska, J. Rumiancew, M. Kozłowska: *Metodyka pracy środowiskowej pielęgniarki (higienistki szkolnej) w szkole podstawowej i ponadpodstawowej*. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 1992.

- analiza treści interdyscyplinarnej literatury przedmiotu — dotyczy zagadnień zdrowia, pozycji zwartych, artykułów, ekspertyz z zakresu nauk medycznych oraz nauk humanistycznych: socjologii, pedagogiki, psychologii, polityki społecznej itd.;
- analiza sprawozdawczości statystycznej za lata dziewięćdziesiąte prowadzonej przez GUS oraz Wojewódzki Urząd Statystyczny;
- analiza treści materiałów źródłowych oraz dokumentów europejskich i krajowych, m.in. programu *Zdrowie dla wszystkich do roku 2000* dla krajów członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego, *Karty ottawskiej*, *Narodowego programu zdrowia* — wersja z 1990 i 1993 roku, materiały (publikowane) z międzynarodowych konferencji promocji zdrowia (1989, 1991) oraz krajowych konferencji promocji zdrowia (1991, 1994); ABSTRACTS — International Conference: Environmental Pollution and Child Health: Critical Needs and Issues for Central and Eastern Europe — Sosnowiec (8—10 May 1996); analizy dokumentów prawnych, m.in. *Deklaracji praw dziecka* i wielu innych niezbędnych w badaniu.

Odwołując się do klasycznej metodologii H. Radlińskiej, należy podkreślić, że przywiązywała ona duże znaczenie do właściwego gromadzenia i krytyki, analizy i opracowania materiałów: „badacz w rzeczywistości musi przede wszystkim zrozumieć, co oznaczają słowa ankiety, cyfry statystyk, czym one są w bycie ludzi, w życiu pojedynczego człowieka?”<sup>23</sup> H. Radlińska i jej współpracownicy przywiązywali także dużą wagę do wszechstronnej analizy zjawisk. Korzystając z różnych materiałów i źródeł, dyrektywę tę starano się realizować w przyjętej strategii badawczej.

Ponieważ w badaniu interesowano się także opiniami i poglądami młodzieży dotyczącymi problematyki AIDS, przeprowadzono badanie sondażowe, a dokładniej — sondaż jednorazowy na próbie nieważonej, który jest metodą gromadzenia danych w określonym czasie. Badanie to przeprowadzono w niewielkiej zbiorowości (N=200), charakteryzującej się pewnymi cechami pod względem wieku, nauki w szkole średniej, pochodzenia z dużej aglomeracji miejskiej.

Wyniki tych badań mają, jak już wcześniej wspomniano, wymiar praktycznej użyteczności. Przydatność praktyczna nauki zależy głównie od tego, w jakim stopniu stwierdzenia nadają się do przewidywania zdarzeń<sup>24</sup>. Przewidywania naukowe<sup>25</sup> w naukach społecznych odgrywają praktyczną rolę w polityce społecznej i inżynierii społecznej. W prezentowanych badaniach starano się wskazać na czynniki niezbędne dla promocji zdrowia w różnych środowiskach

<sup>23</sup> H. Radlińska: *Planowanie pracy wychowawczej na tle środowiska*. „Ruch Pedagogiczny” 1933/34, nr 6, s. 189.

<sup>24</sup> S. Nowak: *Metodologia...*, s. 435.

<sup>25</sup> Tamże, s. 440.

oraz uświadomić jednocześnie, że stanowią one warunek *sine qua non* poprawy sytuacji zdrowotnej. Taki rezultat powinien niewątpliwie skłonić do podjęcia działań praktycznych, zmierzających do realizacji warunku B (promocji zdrowia — wieloaspektowej i wielosektorowej), niezbędnego dla zajścia Z (zmiana, poprawa sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży). Dlatego w promocji zdrowia konieczna jest ewaluacja (*evaluation*), czyli ocena, analiza, co wydarzyło się w czasie realizacji planu promocji zdrowia (np. w szkole) i czy osiągnięto zamierzony w strategii cel. Wdrożenie planów (strategii) i ewaluacja wyników wiążą się z badaniami aktywizującymi.

W prezentowanych przeze mnie badaniach uczestniczyli studenci pedagogiki, współpracujący ze mną w ramach seminariów magisterskich. Uczestnictwo to traktuję jako etap wstępny planowanych badań (w różnych środowiskach) o charakterze aktywizującym. Wydaje się, iż ten sposób aktywizacji studentów nie należy do typowych, ale jest szczególnie przydatny w urzeczywistnianiu idei promocji zdrowia w Polsce.



## Zdrowie jako problem społeczny

### 3.1. Pojęcie zdrowia

Pojęcie „zdrowie” (*health*) możemy rozpatrywać w aspekcie różnych kategorii. Jeżeli chodzi o aspekt historyczny, pierwszy trop koncepcji zdrowia prowadzi do politeistycznej religii Greków. W VII wieku p.Chr. zaczyna się kult Asklepiosa, który był czczony jako najważniejszy bóg medycyny. W rozwoju filozofii greckiej nie obserwuje się eliminacji — ani religii, ani kultu Asklepiosa, ani szybkich zmian w dziedzinie wartości. Człowiek nie był wówczas eksponowany jako odrębny przedmiot badań, ale zainteresowanie istotą ludzką musiało być niemałe, skoro dość wcześnie uznano medycynę za jedną z dziedzin filozofii i wielu filozofów przeniósło na nią swoje zainteresowanie. W IV wieku p.Chr. na greckiej wyspie Kos Hipokrates, później nazwany ojcem medycyny europejskiej, wygłaszał tezy, według których dobre samopoczucie, czyli zdrowie, oraz złe samopoczucie, czyli choroba, zależą od równowagi pomiędzy tym, co nas otacza, co na nas oddziałuje, jak wiatr, temperatura, woda czy gleba, a indywidualnym sposobem życia, a więc odżywianiem, zwyczajami seksualnymi, pracą i odpoczynkiem. Niektóre elementy myśli Hipokratesa wywodzą się z wcześniejszych tradycji medycyny chińskiej, zgodnie z którą ciało ludzkie stanowi system współzależnych składników, mających tendencję utrzymywania równowagi dynamicznej.

Filozofowie ery przedsokratesowej, grecko-rzymscy oraz lekarze tamtych czasów opierali się na tzw. schemacie uniwersalnym, przedstawionym w *Corpus Hippocraticum*, a następnie w pełni w dziełach Galena. W schemacie tym



temperament i humor jako elementy wartości odnosiły się zarówno do zdrowia, jak i choroby. Według powyższych poglądów, zachowanie zdrowia wymagało równowagi sześciu wartości, tj. powietrza i światła, jedzenia i picia, ruchu i odpoczynku, snu i czuwania, wydzielania i wydalania oraz emocji<sup>1</sup>.

Platon traktował zdrowie jako „funkcję doskonalenia stylu życia” oraz „kulturowej relatywizacji diety”, Plutarch kładł nacisk na aktywność i pracę, a za warunek zdrowia uważał aktywność i wolność.

Stoicy natomiast zdewaluowali w swojej filozofii wartość zdrowia fizycznego, wysuwając harmonię umysłową ponad wszystko. W hierarchii wartości śmierć zajmowała u nich dość niską pozycję. W tamtych czasach sposób życia w zdrowiu i radzenia sobie w chorobie były miernikami poziomu kultury. Chrześcijaństwo wieków średnich interpretowało zdrowie nie tylko jako brak choroby i cierpienia, lecz również jako zdolność do znoszenia tych przypadłości. Ból i śmierć były traktowane jako cechy ludzkiego istnienia. Higiena powinna utrzymywać ciało w czystości, gdyż stanowi ono naczynie duszy. Nauki głoszone w tych czasach przez Arabów były także przeciwstawne zasadniczym poglądom starożytności, choć uznawały relacje między zdrowiem a religią. Według Maimonidesa, dzień śmierci nie może być wyznaczony przez Boga, gdyż sam człowiek poprzez styl życia ma na ten fakt wpływ decydujący. Do Europy nauki te dotarły w XI wieku i wywarły wpływ na zasady zdrowotne różnych warstw społecznych. Nauki głoszone w synagodze Johannitiusa stały się podstawą poglądów scholastycznych wieków średnich, a nawet przetrwały do ery nowożytnej. Symbolem przejścia od średniowiecza do czasów nowożytnych jest Paracelsus, który jako lekarz i filozof był twórcą uniwersalnej doktryny makro- i mikrokosmosu. Zdrowie — głosił on — nie jest dane przez naturę, lecz musi być stale zdobywane. W związku z tym czas śmierci zależy wyłącznie od człowieka. Na przełomie XVIII i XIX wieku metafizyczne ujmowanie człowieka, mimo wzrastającej specjalizacji i empiryzmu naukowego, nadal jednoczyło jego naturę i ducha. Podstaw do tego dostarczała filozofia Schellinga, który wyrażał pogląd, że choroba jest składową życia i stanowi zmianę proporcji zasad życiowych, zdrowie zaś wyraża równowagę tych zasad. Hegel określał chorobę jako stan pozwalający wskazać na charakter organizmu człowieka, który jest po prostu nosicielem „bakcyli śmierci”, a zdrowie stanowi tylko jego przejściową harmonię. W XIX-wiecznym pozytywizmie medycyna była coraz bardziej ograniczana do działań leczniczych. Rudolf Virchow podjął w roku 1869 próbę zdefiniowania zdrowia i choroby, uważając, że choroba to niewydolność aparatu regulacyjnego, prowadząca do życia w nienormalnych warunkach, a w zdrowiu siły regeneracyjne są zdolne do przezwyciężenia stanu nienormalności. Od początku wieku XX aż po współczesność

<sup>1</sup> B. Karński, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia*. Warszawa 1994, s. 15—17.

ośrodkiem myśli był i jest człowiek, w jego — jak się obecnie przyjęło określać — holistycznym, czyli fizycznym, umysłowym i społecznym wymiarze. Zdrowie zaczęło podlegać nie tylko medycznej, lecz także fizjologicznej, socjologicznej, psychologicznej, technologicznej i kulturowej interpretacji. W definicji opracowanej i opublikowanej przez Światową Organizację Zdrowia podjęto próbę wyśrodkowania różnorodnych interpretacji, określa się w niej zdrowie jako stan pozytywny (dobrostan) samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub ułomności<sup>2</sup>. Definicja WHO wymienia trzy płaszczyzny zdrowia<sup>3</sup>:

- Zdrowie fizyczne, czyli somatyczne, a zatem to, co odnosi się do organizmu. Stanowi ono tło licznych, dobrze nam znanych chorób ciała. Nie jest to jednak tylko bierne tło. Można potęgować jego pewne elementy przez ćwiczenie i hartowanie. Dzięki temu zawdzięczamy zdrowie fizyczne nie tylko naturze, lecz również pracy nad własnym ciałem. Człowiek o słabym genotypie dzięki treningowi, hartowaniu i higienicznemu trybowi życia może osiągać bardzo dobry stan zdrowia, i przeciwnie, ktoś, kto przyniósł ze sobą na świat znaczny kapitał w omawianym względzie może przez swoje nieodpowiednie działanie go zmarnować.
- Zdrowie psychiczne — miarą, zgodnie z tradycyjnym ujęciem, jest stopień integracji osobowości. Ten komfort psychiczny stanowi jednak kryterium dwuznaczne. Według K. Dąbrowskiego<sup>4</sup>, dobrym samopoczuciem mogą się odznaczać zarówno psychopaci, jak i jednostki prymitywne. Złe samopoczucie natomiast może towarzyszyć jednostkom o przyspieszonym rozwoju. U jednostek zintegrowanych na niższym szczeblu na pewnym etapie życia występuje okres dezintegracji osobowości, po którym następuje integracja, ale już na wyższym poziomie. Jest to dezintegracja pozytywna. Oczywiście istnieje też zjawisko dezintegracji destruktywnej, która jest oznaką zaburzeń chorobowych, zatem za probierz zdrowia psychicznego należy uznać — za autorem — zdolność do rozwoju, a nie równowagę psychiczną.
- Zdrowie społeczne. Dotyczy ono relacji między jednostką a społecznością. Jego miarą jest stopień syntonii, czyli społecznego współbrzmienia.

Definicja ta potwierdzała równorzędne znaczenie czynników fizycznych, psychicznych i społecznych, co stworzyło nowe możliwości badawcze, głównie w naukach społecznych. Dostrzeżono rozbieżność między tą definicją a obowiązującym lekarzy spisem chorób Światowej Organizacji Zdrowia<sup>5</sup>. Rozróżnianie

<sup>2</sup> Tamże, s. 17—18.

<sup>3</sup> M. Demel: *Pedagogika zdrowia*. Warszawa 1980, s. 100—101.

<sup>4</sup> K. Dąbrowski: *Trud istnienia*. Warszawa 1986, s. 142; zob. Tenże: *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa 1989.

<sup>5</sup> M. Sokołowska, J. Bejnarowicz: *Socjolog a pojęcie stanu zdrowia*. „Studia Socjologiczne” 1973, nr 3.

między zdrowiem a chorobą, tzn. przeprowadzanie linii podziału rozdzielającej oba te stany, jest sprawą umowną, przyjętą ze względów praktycznych i w dużej mierze uzależnioną od dokładności pomiarów na danym etapie nauki. Co pewien czas kryteria oznaczania jednych stanów jako „jeszcze zdrowie” a innych jako „już choroba” ulegają modyfikacji. Rozwój wiedzy o zdrowiu psychicznym, o schorzeniach spowodowanych nieprawidłowym odżywianiem, zmiany poglądów na inwalidztwo itd. mogą przesunąć umowną linię podziału i zmniejszyć lub zwiększyć wśród badanej ludności liczbę osób „zdrowych”, a tym samym zwiększyć lub zmniejszyć liczbę „chorych”<sup>6</sup>.

Definicja WHO jest dość często dyskutowana. Okazuje się także, iż nie odpowiada ona potrzebom promocji zdrowia (*Health Promotion*), ponieważ sprowadza je do stanu niemal idealnego, trudnego do osiągnięcia oraz dlatego, że traktuje zdrowie statycznie. W promocji zdrowie uważane jest za poddającą się zmianom zdolność człowieka do osiągania szczytu własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i pozytywnego reagowania na wyzwania środowiska. Posiadanie zdrowia nie jest celem samym w sobie, ale środkiem umożliwiającym wykorzystanie wszystkich możliwości lepszego i pełniejszego życia<sup>7</sup>.

W świetle współczesnych poglądów zdrowie człowieka należy traktować jako proces dynamiczny, proces stałego przystosowywania się organizmu do konkretnych warunków biogeograficznych, społeczno-bytowych pozwalający mu na optymalne funkcjonowanie przez maksymalnie długi czas<sup>8</sup>.

Ze względu na to, że warunki środowiska, w jakim żyje człowiek, podlegają ciągłym zmianom, stałe są też zmiany układu równowagi między ustrojem człowieka a otaczającym go środowiskiem. Zachowanie tej równowagi, powodujące przekraczanie określonych granic, prowadzi do powstania choroby, zaburzenia funkcjonowania organizmu, dolegliwości itp., a jej umocnienie — do polepszenia zdrowia. W *Słowniku pedagogicznym* zdrowie definiuje się jako „stan równowagi fizjologicznej, psychicznej między organizmem człowieka a otaczającym go środowiskiem biofizycznym i społecznym”<sup>9</sup>.

Warto dodać, iż w 1567 roku J. Struppius opublikował pracę dotyczącą reform sprzyjających zdrowiu, która jest uznawana za jedną z pierwszych rozpraw na temat „zdrowia publicznego”<sup>10</sup>. Zdrowie jednostki a zdrowie publiczne to dwie odrębne kwestie — pojęcie zdrowia zbiorowości definiuje

<sup>6</sup> M. Sokołowska: *Socjologia i medycyna*. „Studia Socjologiczne” 1962, nr 3, s. 24.

<sup>7</sup> Z. Słońska, M. Misiuna (oprac.): *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Zakład Promocji Instytutu Kardiologii, s. 68—70.

<sup>8</sup> A. Jacewski (red.): *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju*. Warszawa 1994, s. 108; zob. także N. Wolański (red.): *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Warszawa 1980.

<sup>9</sup> W. Okoń: *Słownik pedagogiczny*. Warszawa 1975, s. 43; por. F. Capra: *Punkt zwrotny*. Warszawa 1987; M. Ostrowska: *Rola pacjenta i lekarza: zmiany w scenariuszu*. „Studia Socjologiczne” 1981, nr 3, s. 73—75.

<sup>10</sup> J. B. Kariski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 18—19.

się „jako stan dynamicznej równowagi między populacją a otoczeniem, zapewniający jej możliwość przetrwania i rozwoju dzięki korzystnemu ukształtowaniu cech biologicznych jednostek oraz pomyślnych zmian w środowisku”<sup>11</sup>. Przykładowo: jeśli jednostka cierpi na zaawansowaną gruźlicę płuc, to jej stan zdrowia jest bezspornie zły. Natomiast jeśli chodzi o populację, to wiadomo, że znajduje się w niej pewna liczba jednostek chorych na gruźlicę, uważana w aktualnej sytuacji epidemiologicznej kraju za „normalną”. Zmniejszanie się tej liczby może świadczyć o poprawie stanu zdrowia populacji w zakresie gruźlicy.

W 1970 roku ukazała się publikacja, w której uporządkowano treści pojęcia: stan zdrowia, występujące w publikacjach lekarskich w Polsce. Oto ich zestaw<sup>12</sup>: dane demograficzne populacji; stan zdrowia populacji dzieci i młodzieży; zachorowalność populacji; chorobowość populacji; umieralność populacji; śmiertelność w populacji; wyniki badań profilaktycznych w populacji. Każdy z wymienionych elementów zawiera określone części składowe.

Badania przeprowadzone w wielu krajach zachodnich w latach siedemdziesiątych dowodzą, że spośród każdych 100 osób uznanych przez lekarzy za chore, tylko 1 zostaje skierowana do szpitala. Oznacza to, że tylko w odniesieniu do 1% osób uznanych przez lekarzy za chore, można mówić o uchwytnych skutkach społecznych wynikających z faktu choroby, tzn. „wypadnięciu z ról”. W wielu przypadkach fakt istnienia choroby nie pociąga za sobą wyraźnych skutków społecznych, ale zaburzenie uważane za zupełnie błahe dla jednostki prowadzi do poważnych konsekwencji w makroskali społeczeństwa<sup>13</sup>.

W medycynie użyteczne są definicje określające zdrowie jako normalny stan ustroju, którego czynności i struktura są prawidłowe, a układy regulujące zapewniają stan wewnętrznej równowagi oraz zdolność przystosowania się do warunków zewnętrznych<sup>14</sup>. Cechami zdrowia są: dobre samopoczucie, chęć wykonywania pracy, aktywny stosunek do życia.

W literaturze wielu dziedzin naukowych można wyróżnić trzy kategorie definicji zdrowia: biologiczne, funkcjonalne, biologiczno-funkcjonalne<sup>15</sup>. W definicjach akcentujących biologiczny aspekt zdrowia ujmuje się somatyczny stan jednostki o parametrach określonych przez nauki medyczne. Definicje funk-

<sup>11</sup> A. Jaczewski (red.): *Biologiczne i medyczne...*, s. 108.

<sup>12</sup> K. Ryffa, Z. Artiucha: *Ocena stanu zdrowia ludności w piśmiennictwie w ostatnim dziesięcioleciu*. „Zdrowie Publiczne” 1970, nr 4, s. 345—350, cyt. za M. Sokołowską: *Socjolog a pojęcie stanu zdrowia*. „Studia Socjologiczne” 1973, nr 3, s. 200.

<sup>13</sup> M. Sokołowska: *Socjolog a pojęcie...*, s. 207.

<sup>14</sup> T. Wróblewski, N. Miechowicka: *Patologia*. Warszawa 1992, s. 15; por. także E. Łuczak: *Stan zdrowia i rozwój fizyczny młodzieży szkolnej*. Warszawa 1985.

<sup>15</sup> E. Roman: *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesu socjalizacji dzieci i młodzieży*. „Forum Oświatowe” 1994, nr 1, s. 213; por. J. Brzeziński, C. Korczak: *Higiena i ochrona zdrowia*. Warszawa 1976; F. Brockington: *Zdrowie świata*. Warszawa 1980.

cyjonalne opisują zdrowie jako warunek efektywnego uczestnictwa w życiu społecznym. Zdrowie „jest to stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról i zadań wyznaczonych przez proces socjalizacji”<sup>16</sup>. Definicje biologiczno-funkcjonalne opierają się na założeniu, że analiza zdrowia powinna uwzględniać zarówno sferę biologiczną i funkcjonalną, jak i przeżycia psychiczne im towarzyszące. Do tej kategorii należy wcześniej przytoczona definicja WHO. Nowy paradygmat nauk o ochronie zdrowia wprowadza społeczno-ekologiczny model zdrowia związany z równowagą zdrowotną i potencjałem zdrowia. „Wpisane w ogólne koncepcje systemowe pojęcie równowagi odnosi się do dynamicznie rozumianego stanu relacji między podsystemami opisującymi funkcjonowanie człowieka w płaszczyźnie fizjologicznej, psychologicznej, społecznej i ekologicznej”<sup>17</sup>.

Istotnym elementem nowoczesnego spojrzenia na zdrowie jest uznanie go za jeden z głównych zasobów gospodarki narodowej. W najnowszych dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia podkreśla się, że zdrowie jest<sup>18</sup>:

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

Wiele czynników determinuje zdrowie, generalnie można je podzielić na kilka grup, tj. czynniki genetyczne, czynniki środowiskowe, styl życia, kulturę zdrowotną społeczeństwa. W dalszej części pracy omówiono niektóre z nich.

Warto także wspomnieć, iż badania transkulturowe dostarczają cennych informacji dotyczących koncepcji zdrowia i choroby, wskazują na istotne różnice kulturowe w podejściu np. do kryteriów zdrowia<sup>19</sup>. W kulturach prymitywnych zdrowie oznacza brak oddziaływania złych mocy, które powściągane są przez tabu, czary, życie zgodne z obyczajowością plemienną. W szamanizmie zdrowie jest postrzegane jako harmonia z ładem kosmicznym, a sprzyja temu moralność, duch współpracy, współdziałanie z innymi, kontakt z czynnikami nadnaturalnymi, duchowymi. W szamanizmie powszechnie występuje walka z tzw. złymi

<sup>16</sup> T. Parsons: *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa 1969, s. 68.

<sup>17</sup> J. B. Karski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 29.

<sup>18</sup> A. Jaczewski (red.): *Biologiczne i medyczne...*, s. 108.

<sup>19</sup> Z. Lew-Starowicz: *Kryteria zdrowia w różnych kulturach*. „Wychowanie Fizyczne” 1992, nr 1, s. 20—24.

mocami, które uważa się za przyczyny chorób. W kulturze wedyjskiej zdrowie jest jednym z elementów elipsy życia, śmierci i bycia we wszechświecie. W szkole medycznej, założonej przez Mahatmę Ghandiego w 1947 roku, zdrowie jest postrzegane jako życie w harmonii z prawem natury fizycznej i psychicznej. Jego zachowaniu służy właściwe odżywianie, oddychanie, myślenie oraz powściągliwość seksualna.

W systemie medycznym Ayurveda zdrowie oznacza prawidłowy stan przemiany materii, bytu jednostki, jej zmysłów i umysłu. Stan zdrowia zapewniają czynniki fizyczne (*Shariraka*), psychiczne (*Manasika*), naturalne (*Sabhavika*) — czyli dobry sen, odżywianie itp. Leczenie polega na odzyskaniu równowagi wewnętrznej organizmu. Osiąga się to przez dietetykę, medytację, leczenie emocji, wywary z ziół, suszenie dróg oddechowych i chłodne okłady głowy. Ta bardzo skomplikowana szkoła medyczna, popularna w Azji Południowo-Wschodniej (głównie w Sri Lance), ma wielowiekowe tradycje. W kulturze islamu zdrowie jest postrzegane jako wyraz woli i błogosławieństwa Allaha, a islam sam przez się odgrywa rolę profilaktyczną w zachowaniu zdrowia: ramadan np. sprzyja samoopanowaniu i więzom społecznym, rodzinnym. Z kolei obowiązek codziennych pięciu modlitw całej społeczności jest formą terapii grupowej, umacniającą więzi społeczne.

W wielu krajach islamu leczeniem zaburzeń zajmują się duchowni, uciekając się do praktyk religijnych i astrologicznych.

W sufizmie, ruchu mistycznym w islamie, pojęcie zdrowia jest postrzegane nieco odmiennie w porównaniu z „klasycznym” islamem — zdrowie oznacza wypełnianie woli Allaha i przechodzenie przez sześć kolejnych etapów rozwojowych: egoizmu, serca, myśli, boskich tajemnic, bliskości z Allahem, boskich zaślubin.

W tradycyjnej medycynie chińskiej od blisko 2000 lat popularyzuje się pojęcie zdrowia jako wyraz ładu opartego na prawidłowościach. Obejmują one: harmonię z naturą, umiejętność sterowania emocjami, życie zgodne z normami społecznymi, unikanie stresów, troskę o ciało. Stan zdrowia zależy również od innych czynników: pór roku, wpływów klimatycznych, kolorów, dźwięków, uczuć, relacji rodzinnych itd. Dominującą rolę w medycynie chińskiej odgrywa profilaktyka. Najważniejsze to: wewnętrzny spokój, szczęście, zadowolenie, unikanie przeciążenia pracą fizyczną i męczącej medytacji.

W medycynie tybetańskiej zdrowie oznacza równowagę między trzema „humorami”: powietrzem, flegmą i żółcią. Wiedza o tym stanowi nader złożoną konstrukcję, a jej praktykowanie obejmuje ponad 12 lat pracy nad sobą. Uwzględniane są tu: rytmy dobowe i sezonowe, dietetyka, indywidualna wrażliwość, świadomość, nieświadomość, moralność, siła woli, wiedza, miłość. Dzięki nim osiąga się spokój, stan równowagi, one zaś umożliwiają normalne

funkcje fizjologiczne i psychiczne. Zdrowie zależy też od „drugiego ciała”, czyli stanu pośredniego między poziomem czystej duchowości a światem materialnym.

W kulturze latynoamerykańskiej istnieje koncepcja zdrowia opierająca się na równowadze w narządach ciała „zimna” i „gorąca”. Przypomina ona w pewnym sensie teorię równowagi „humoralnej”.

Medycyna transkulturowa bada wiele kulturowych uwarunkowań koncepcji zdrowia, do których należą np.: wpływy religii, obyczajowości plemiennych, obraz ciała, zróżnicowana percepcja zmysłowa. Ważne jest również zróżnicowanie kulturowe emocji w zakresie ich uzewnętrzniania, przeżywania, towarzyszących im sygnałów pozawerbalnych.

Z przedstawionych rozważań wynika, że pojęcie zdrowia zdeterminowane jest historycznie — w sensie rozwoju nauk, dyscyplinarnie — w sensie odmiennego podejścia różnych dyscyplin naukowych, oraz kulturowo — jeżeli chodzi o kryteria zdrowia, choroby, profilaktyki oraz wartości, jakiej nadaje się zdrowiu człowieka w różnych kulturach.

### 3.2. Sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży

Sytuację zdrowotną ludności Polski przedstawia się najczęściej na podstawie najbardziej istotnych wskaźników negatywnych (wykorzystywane są przede wszystkim dane dotyczące umieralności ogólnej i szczegółowej, zapadalności na choroby oraz rozpowszechnienie inwalidztwa). Prezentowane dane statystyczne wskazują przede wszystkim istnienie pewnych trendów w stanie zdrowia społeczeństwa polskiego<sup>20</sup>.

„W pierwszych dwóch dekadach po zakończeniu II wojny światowej natężenie ogólnej umieralności uległo w Polsce wydatnemu obniżeniu. Składało się na to przede wszystkim zmniejszenie umieralności niemowląt, ale częstość zgonów w innych grupach wiekowych wykazywała również tendencję spadkową. Sytuacja uległa znacznej zmianie w drugiej połowie lat sześćdziesiątych, kiedy zaobserwowano wzrost umieralności dotyczący przede wszystkim mężczyzn w wieku produkcyjnym”<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> H. Kirschner: *Stan zdrowia społeczeństwa polskiego*. „Lider” 1995, nr 1, (przedruk) „Post. Nauk. Med.” 1994, t. 7, s. 219—226.

<sup>21</sup> Tamże, „Lider” 1995, nr 1, s. 12.

W Europie XX wieku nastąpiło gwałtowne pogorszenie się stanu zdrowia ludności i wzrost umieralności w większości krajów postkomunistycznych po 1989 roku. Informuje o tym Raport UNICEF — Funduszu Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci, który przedstawiono 6 października 1994 roku w Organizacji Narodów Zjednoczonych. Autorzy raportu uważają, że przyczyną tej sytuacji jest, oprócz gwałtownego spadku poziomu życia i dezorganizacji służby zdrowia, stres związany z dużymi trudnościami przystosowawczymi do nowych ekonomiczno-społecznych warunków życia. Chodzi tu, jak się wydaje, o indywidualną wrażliwość i podatność na chorobę oraz sposób, w jaki jednostka odbiera swoją sytuację życiową. Stres mający związek z powstawaniem chorób zależy od indywidualnych możliwości radzenia sobie z problemami życiowymi<sup>22</sup>.

Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego budzi niepokój i zmusza do refleksji; określają ją następujące dane<sup>23</sup>: skrócenie przeciętnej długości życia, z charakterystyczną cechą nadumieralności mężczyzn (np. współczynnik zgonów mężczyzn na 100 tys. ludności w 1991 roku wynosił 1429, a dla kobiet 780; współczynnik zgonów (umieralności) określa liczbę zgonów na 100 tys. osób. W 1992 roku wyniósł on 1025, a w 1993 — 1017 i był wyższy dla mężczyzn niż dla kobiet oraz wyższy na wsi (w 1993 roku — 1111) niż w mieście (w 1993 roku — 950).

Nadwyżka częstości zgonów mężczyzn w stosunku do kobiet (po wyeliminowaniu różnic w strukturach wieku w obu grupach płci wzrosła od ok. 40% na początku lat sześćdziesiątych do 83% w 1991 roku. Charakterystyczne jest przestrzenne zróżnicowanie umieralności, wschodnia część kraju z reguły wykazuje niższe współczynniki umieralności niż zachodnia. Analiza umieralności za lata 1986—1987, dokonana w opracowaniu Światowej Organizacji Zdrowia dla 33 najbardziej rozwiniętych krajów świata, wskazuje, że Polska pod względem rozmiarów standaryzowanej umieralności mężczyzn zajmowała trzecie miejsce — po Węgrzech i Czechosłowacji. W odniesieniu do umieralności kobiet Polska znajdowała się na siódmym miejscu. Wyższy poziom umieralności miały: Rumunia, Bułgaria, Węgry, Czechosłowacja, b. Jugosławia i b. Związek Radziecki.

<sup>22</sup> M. Sokołowska: *Pojęcie stresu w interpretacji mechanizmów adaptacji biologicznej i społecznej*. W: S. Nowak (red.): *Wizje człowieka i społeczeństwa w teoriach i badaniach naukowych*. Warszawa 1984; zob. także S. Nowak (red.): *Społeczeństwo polskie czasu kryzysu*. Warszawa 1984; E. Ringel: *Nerwica i samozniszczenie*. Warszawa 1992.

<sup>23</sup> J. Indulski: *Sytuacja zdrowotna — prognoza zmian*. W: *Polityka społeczna. Stan i perspektywy*. „Państwo i Kultura Polityczna” 1994, t. 1; H. Kirschner: *Stan zdrowia społeczeństwa polskiego*. „Lider” 1995, nr 1, s. 12—19; „Polityka” 1993, nr 8, 1996, nr 4; zob. także A. Gniazdowski (red.): *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Łódź 1990; J. B. Karński, Z. Słoińska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia*. Warszawa 1994, rozdz. II pt. *Podstawowe zagrożenia zdrowotne; Rocznik statystyczny*, GUS 1995.

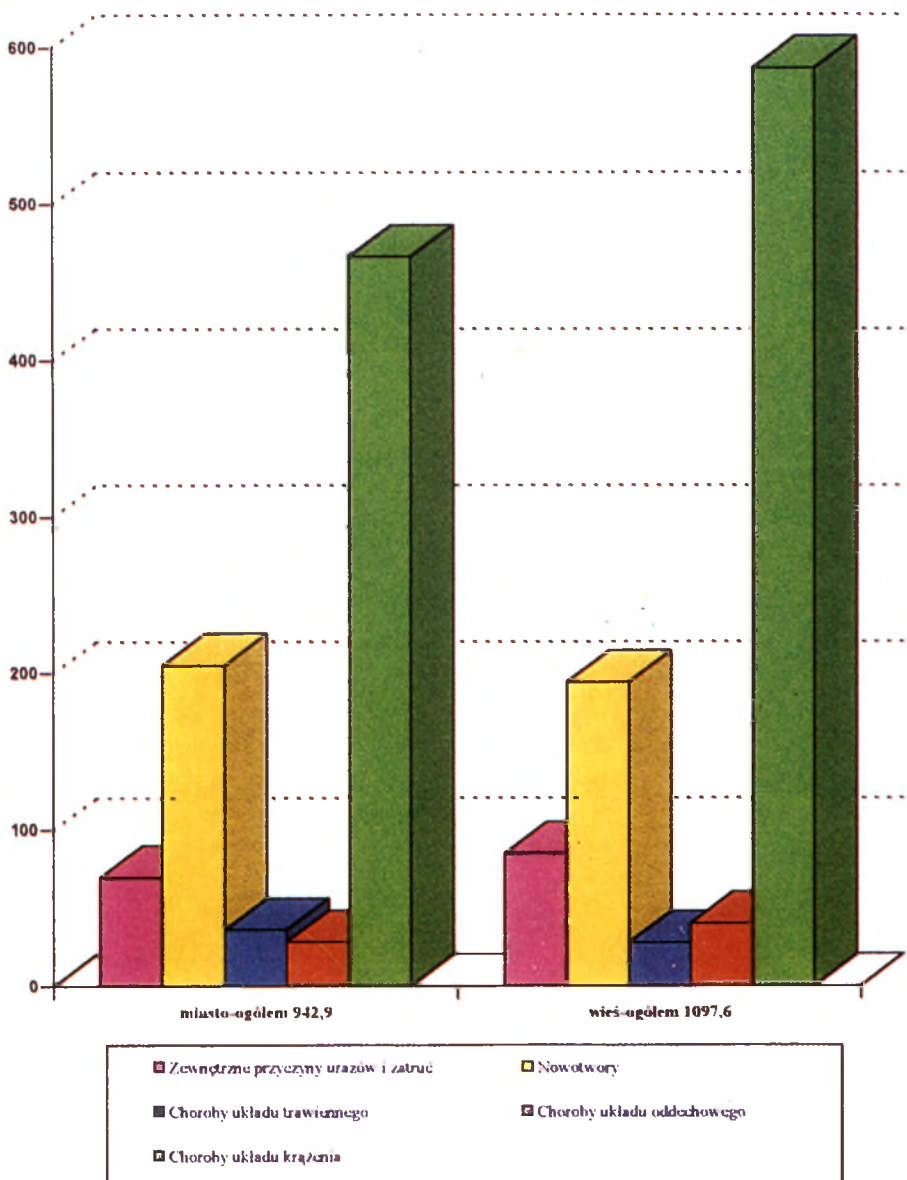


W ostatnich 25—30 latach nastąpił istotny wzrost znaczenia chorób układu krążenia i nowotworów jako przyczyny zgonów, przy czym był to wzrost w znacznej mierze niezależny od postępu starzenia się ludności kraju. Częstość zgonów z powodu chorób układu krążenia dla obu płci łącznie wzrosła o 25%, a w przypadku niedokrwiennej choroby serca u mężczyzn o 100% (po wyeliminowaniu wpływu zmian struktury wieku ludności). Rola nowotworów jako przyczyny zgonów zwiększyła się o 30% u mężczyzn i o 25% u kobiet.

Choroby układu krążenia spowodowały 48,3% zgonów mężczyzn i 57,9% zgonów kobiet w 1991 roku. Dorośli mężczyźni w wieku poniżej 65 lat umierali z tego powodu ok. 3-krotnie częściej niż kobiety. Niedokrwien- na choroba serca jest przyczyną 41% zgonów z powodu chorób układu krążenia przed 65 rokiem życia (46% u mężczyzn i 29% u kobiet). Na tle przeciętnej sytuacji w Europie umieralność z powodu niedokrwiennej choroby serca w wieku poniżej 65 lat w Polsce wykazuje tendencję rosnącą, szczególnie wśród mężczyzn. W 1991 roku standaryzowane współczynniki zgonów odnoszące się do tej przyczyny wynosiły 204/100 tys. mężczyzn i 68/100 tys. kobiet. W 1994 roku w USA zanotowano 250 zgonów na 100 tys. mieszkańców, a umieralność z powodu choroby wieńcowej spadła o 1/3 w ciągu ostatnich 15 lat. W Polsce w 1994 zanotowano 600 zgonów na 100 tys. mieszkańców.

Choroby naczyń mózgowych są w Polsce przyczyną 15% wszystkich zgonów w wyniku chorób układu krążenia (13% u mężczyzn i 21% u kobiet). W porównaniu z przeciętną sytuacją w Europie natężenie umieralności z powodu chorób naczyń mózgowych w Polsce jest od połowy lat osiemdziesiątych wyższe zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, a różnice te powiększają się, gdyż spadkowym tendencjom odpowiednich współczynników w większości innych krajów europejskich towarzyszy ich wzrost lub stabilizacja w Polsce. W 1991 roku współczynniki zgonów wynosiły 89/100 tys. u mężczyzn i 66/100 tys. u kobiet.

Podobnie jak w innych krajach rozwiniętych, na drugim miejscu jako przyczyna zgonów w Polsce znajdują się nowotwory. W 1991 roku stanowiły one przyczynę 19,5% zgonów u mężczyzn i 16,9% — u kobiet (w 1994 roku na 100 tys. ludności — 201,0 zgonów) (tab. 1). Natężenie tych chorób jest największe w miastach (w 1991 roku — 211 zgonów na 100 tys. ludności, na wsi — 117, wyższe wśród mężczyzn — 271 na 100 tys. mieszkańców niż kobiet — 143). Najwyższą umieralność z powodu chorób nowotworowych odnotowano w 1991 roku w czterech aglomeracjach miejskich: łódzkiej, warszawskiej, krakowskiej i poznańskiej (por. wyk. 1).



Wykr. 1. Wybrane przyczyny zgonów na 100 tys. ludności w 1994 roku (z podziałem na miasto i wieś)

Źródło: Rocznik statystyczny, GUS 1995.



Tabela 1

## Zgony według przyczyn na 100 tys. ludności

Przyczyny zgonów	1990	1993	1994		
			ogółem	miasto	wieś
na 100 tys. ludności					
OGÓLEM	1024,0	1019,9	1002,5	942,9	1097,6
Nowotwory	193,4	199,4	201,0	205,2	194,5
Choroby gruczołów wydzielania wewnętrzne- go i przemiany materii oraz zaburzenia odży- wiania i immunologicz- ne	16,1	15,9	15,4	16,1	14,2
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	1,8	1,7	1,7	1,7	1,8
Zaburzenia psychiczne	3,8	4,3	4,8	5,3	3,9
Choroby układu nerwo- wego i narządów zmy- słów	9,1	8,1	7,9	7,6	8,4
Choroby układu krążenia	534,2	529,8	512,7	466,4	586,5
Choroby układu odde- chowego	41,1	35,8	32,7	28,2	39,9
Choroby układu trawien- nego	31,5	32,3	32,8	36,0	27,7
Choroby układu mocz- wo-piciowego	12,8	11,0	11,0	10,4	12,0
Powikłania ciąży, porodu i położu	0,2	2,0	0,1	0,1	0,2
Choroby układu mięśni- owo-kostnego i tkanki łąicznej	2,4	2,4	2,3	2,0	2,8
Stany chorobowe płodów lub noworodków pow- stające w okresie około- porodowym	11,4	8,6	10,8	9,9	12,2
Zewnętrzne przyczyny u- razów i zatruc	78,2	73,0	75,4	69,5	84,7

Trzecią w kolejności pod względem ważności przyczyną zgonów są urazy i zatrucia, które w 1991 roku spowodowały 10,9% wszystkich zgonów u mężczyzn i 4,2% — u kobiet. U mężczyzn w wieku do 45 lat i kobiet do 35 lat stanowiły główną przyczynę zgonów. W wieku 20—34 lat mężczyźni 7-krotnie częściej umierali z powodu urazów i zatruc. Zgony z powodu chorób układu krążenia, nowotworów oraz zatruc i urazów obejmują blisko 80% wszystkich zejść. Tego rodzaju struktura przyczyn zgonów jest charakterystyczna dla wszystkich krajów rozwiniętych.

W Polsce lat dziewięćdziesiątych zmienia się także sytuacja epidemiologiczna. Podstawą oceny sytuacji epidemiologicznej jest analiza danych o 45 chorobach zakaźnych objętych obowiązkiem rejestracji. Liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w 1991 roku wyniosła 2972, co odpowiada 0,73% wszystkich zgonów. Blisko połowę stanowiły zgony z powodu gruźlicy (w 1994 roku na 100 tys. mieszkańców — 6,8 zgonów). Średnia liczba zachorowań np. na wirusowe zapalenie wątroby wszystkich typów jest w Polsce kilkakrotnie większa (w 1993 roku — 108,6 na 100 tys. mieszkańców) niż w Europie Zachodniej, a dziewięć razy większa niż w krajach skandynawskich.

Od pewnego czasu spadek zapadalności na gruźlicę jest bardzo powolny. W 1991 roku po raz pierwszy od wielu lat wystąpił wzrost zapadalności na tę chorobę (o 1,9%). Jej rozpowszechnienie w Polsce jest stosunkowo duże w porównaniu z krajami europejskimi o najlepszej sytuacji epidemiologicznej pod tym względem. Chorują częściej mężczyźni i mieszkańcy wsi (w 1994 roku na 100 tys. ludności 2210,5 stanowiły osoby zarejestrowane w poradniach gruźlicy i chorób płuc). Niepokojący jest wzrost zapadalności na gruźlicę u dzieci<sup>24</sup>.

Zakażenie wirusem HIV zarejestrowano w Polsce po raz pierwszy w 1985 roku, a pierwsze zachorowanie na AIDS stwierdzono w roku 1986. Wyraźny wzrost liczby zakażonych odnotowano w 1989 roku, co pozostawało w związku z objęciem badaniami osób stosujących dożylnie środki odurzające. Badania te ujawniły większą niż poprzednio obecność kobiet wśród zakażonych. Do 30 września 1992 roku odnotowano ogółem 2393 przypadki zakażeń. Około 60% zakażonych jest w wieku od 20 do 29 lat, a dalsze 11% w wieku od 10 do 19 lat. Największe liczby zakażonych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców pochodzą z województw: jeleniogórskiego, legnickiego i zielonogórskiego.

Począwszy od wczesnych lat siedemdziesiątych notuje się spadek zapadalności na choroby weneryczne (w 1990 roku — 27,0 na 100 tys.; w 1994 roku — 10,0 na 100 tys.). Zostało to spowodowane spadkiem zapadalności na rzeżączkę o blisko 35%. Nieco wzrosła natomiast zapadalność na kiłę i jej następstwa.

<sup>24</sup> *Rocznik statystyczny*, GUS 1995, s. 267; zob. np. M. Miller, K. Roszkowski: *Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce*. „Zdrowie Publiczne” 1994, nr 3; M. Miller: *Gruźlica – nadal ważny problem zdrowotny*. „Magazyn Medyczny” 1996, nr 2.

W 1991 roku już tylko 62% (w poprzednim roku 80%) wszystkich nowych zgłoszeń chorób wenerycznych stanowiła rzeżączka.

U mężczyzn stwierdza się choroby weneryczne trzykrotnie częściej niż u kobiet. Współczynniki zapadalności na kiłę i rzeżączkę są kilkakrotnie wyższe dla mieszkańców miast niż wsi. Najwyższą zapadalnością charakteryzują się województwa warszawskie i szczecińskie. W porównaniu z innymi krajami europejskimi Polska należy do krajów o wysokiej zapadalności na kiłę i raczej niskiej zapadalności na rzeżączkę.

Zapadalność na choroby zawodowe w 1991 roku wynosiła 111 przypadków na 100 tys. zatrudnionych. Struktura chorób zawodowych jest odmienna u obu płci. W 1991 roku u mężczyzn najczęściej stwierdzano zawodowe uszkodzenie słuchu (ok. 40%), a na drugim miejscu pylicę płuc (19%). Natomiast u kobiet dominowały przewlekłe choroby narządu głosu (40%) oraz choroby zakaźne i inwazyjne (28%). Pierwsze najczęściej są ujawniane u pracowników pionu oświaty i wychowania, a drugie wśród personelu zakładów opieki zdrowotnej.

Z powodu chorób psychicznych relatywnie częściej cierpią mieszkańcy miast (ok. 2-krotnie). Ogólnie zapadalność na te choroby uległa w ostatnich latach wahaniom, co może być m.in. następstwem pozazdrowotnych wpływów na liczbę pierwszych zgłoszeń do poradni zdrowia psychicznego. Jednoznaczny wzrost zachorowalności stwierdzono natomiast w odniesieniu do uzależnień alkoholowych i lekowych. Pierwszorazowych pacjentów z rozpoznaniem psychozy alkoholowej w poradniach odwykowych w 1991 roku było o 12% więcej niż w roku poprzednim. Zwiększyła się częstość hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem psychozy alkoholowej i zespołu zależności alkoholowej. Na uwagę zasługuje także wzrost przyjęć do leczenia szpitalnego pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia lekowego.

Swego rodzaju wskaźnikiem kondycji psychicznej społeczeństwa jest wzrost lub spadek liczby samobójstw. W przeszłości liczba samobójstw ulegała wahaniom, które odzwierciedlały ogólną sytuację społeczną w kraju. W latach 1990–1991 zaznaczyła się kolejna tendencja wzrostowa. Współczynnik samobójstw w 1991 roku zwiększył się o 22,8% w stosunku do 1989 roku, a w I półroczu 1992 roku dynamika wzrostu utrzymywała się, co pozwala przypuszczać, że zostanie osiągnięty najwyższy współczynnik z notowanych w ciągu ostatnich 30 lat. W 1994 roku odnotowano 6000 zamachów samobójczych, w tym 5538 dokonanych, największe ich nasilenie wystąpiło u osób w wieku 31–50 lat (2708 osób).

W 1988 roku przeprowadzono ogólnokrajowy spis osób niepełnosprawnych. Poprzedni miał miejsce w 1978 roku. Obydwa spisy pozwoliły nie tylko określić liczbę inwalidów, ale również skalę i kierunki zmian, jakie zaszły w ciągu dekady.

Wyodrębnienia populacji inwalidów dokonywano za pomocą pytania dotyczącego „inwalidztwa prawnego”, czyli faktu posiadania odpowiedniej grupy inwalidzkiej, przyznawanej przez Komisję do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia, jak również przez pytanie o „inwalidztwo biologiczne”, rozumiane jako całkowite bądź poważne ograniczenie możliwości wykonywania podstawowych funkcji życiowych przypisanych do odpowiedniego wieku. W ten sposób w 1988 roku wyodrębniono w kraju 3735 tys. inwalidów, co stanowi 9,9% ludności. A zatem blisko co dziesiąty mieszkaniec Polski był osobą niepełnosprawną, w 1978 roku — co czternasty. Liczba inwalidów wzrosła w ciągu 10 lat o 1250 tys. (o 50,3%), przy czym liczba osób z prawnie orzeczonym inwalidztwem zwiększyła się o 1329 tys. (o 68,9%), a inwalidów wyłącznie biologicznych obniżyła się o 78 tys. (o 14,2%). W pełnej zbiorowości inwalidów było 53% kobiet i 46,5% mężczyzn.

Dane na temat umieralności stanowią niezastąpione źródło informacji o stanie zdrowia populacji, umożliwiając m.in. dokonywanie porównań w układzie czasowo-przestrzennym. Z drugiej strony wypada zauważyć, że jest to informacja jednostronna, dotycząca zasięgu ekstremalnych wydarzeń, jakimi są zgony w życiu każdej społeczności. Jeśli już pozostać przy miernikach negatywnych, to istnieje duża strefa niekorzystnych zjawisk zdrowotnych, które nie pociągają za sobą nadwyżki zgonów, niemniej stanowią znaczne obciążenie rzutujące na jakość życia ludzkiego czy też powodujące wzrost potrzeb w zakresie opieki medycznej.

Stosując odpowiednie zestawy wskaźników kliniczno-fizjologicznych, możemy ujawnić odchylenia w stanie zdrowia, które stanowią podstawę szeroko rozumianych działań prewencyjnych. W ostatnim czasie wykonano u nas wiele tego typu badań, zmierzających m.in. do ustalenia wpływu ekologicznych zagrożeń na stan zdrowia ludności. Jak w swoich analizach podkreśla H. Kirschner, w dobie obecnej zgony w takim kraju jak Polska są najczęściej spowodowane chorobami przewlekłymi, u podłoża których oprócz podatności genetycznej tkwi wiele czynników należących do indywidualnego środowiska i współdziałającego z nim otoczenia społecznego i ekologicznego. Bieżące dane dotyczące umieralności odzwierciedlają długoletnie wpływy środowiskowe, którym podlega populacja. Najbardziej miarodajna jest obserwacja trendów umieralności ogólnej i szczegółowej, ewentualnie w konfrontacji z odpowiednio mierzalnymi czynnikami ryzyka. Struktura przyczyn zgonów w Polsce jest ogólnie zbieżna z odpowiednią strukturą typową dla krajów rozwiniętych i wysoko rozwiniętych. Sytuacja zdrowotna w Polsce jest porównywalna z innymi krajami Europy Środkowej i Wschodniej. Od wielu lat kraje te wykazywały odmienności kwalifikujące je do wspólnego rozpatrywania

w porównaniach międzynarodowych. Zwraca się uwagę, że w pewnym etapie ich rozwoju pojawiające się nadwyżki zgonów wpłynęły na zmniejszenie się przeciętnego, oczekiwanego czasu trwania życia ludności. Jako wyraźnie zaznaczająca się prawidłowość w całej grupie krajów reprezentujących podobny system społeczno-ekonomiczny zjawisko takie nie miało precedensu w czasach pokojowych.

Nie można przeoczyć niewątpliwego postępu w dziedzinie zdrowotności w Polsce, jaki został dokonany w pierwszych dekadach po II wojnie światowej. Zachodzące przemiany przyczyniły się do poprawy warunków bytowania, podniesienia stanu oświaty i udostępnienia opieki lekarskiej w szerokiej skali społecznej, co rzutowało pomyślnie na przeciętne wskaźniki stanu zdrowia. Proces ten nie okazał się jednak dostatecznie trwały. Oprócz innych przyszły również niepowodzenia w dziedzinie zdrowotnej. Źródła tych niepowodzeń są złożone. Za istotne trzeba uznać utrzymujące się opóźnienia cywilizacyjne wynikające z niedostatecznego przyrostu dochodu narodowego, co niekorzystnie wpływa na polepszenie warunków zdrowotnych. Jednak coraz większą negatywną rolę zaczęły w pewnym momencie odgrywać czynniki związane z urbanizacją i uprzemysłowieniem, a w tym zmiany w sposobie życia ludności według wzorów zbliżonych do krajów wysoko rozwiniętych, przynajmniej w pewnym etapie, przez który te kraje przeszły. Ten punkt widzenia potwierdzają m.in. różnice regionalne umieralności w Polsce<sup>25</sup>.

Zagrożenia będące rezultatem przemian społeczno-subkulturowych charakteryzują się upadkiem tradycyjnych wzorców postępowania i zagubieniem jednostki, wynikającą stąd podatnością na destabilizację psychiczną, przyjmowaniem środków potencjalnie uzależniających itp. Tworzy to powiększający się ciągle margines patologii społecznej z jaskrawymi przypadkami zachowań antyzdrowotnych.

Na I Krajowej Konferencji Promocji Zdrowia w Warszawie (11–13 października 1991 roku) uznano, że głównymi zagrożeniami zdrowotnymi w Polsce są choroby cywilizacyjne: układu krążenia, choroby nowotworowe, urazy i zatrucia<sup>26</sup>.

Jeżeli chodzi o sytuację zdrowotną w woj. katowickim to, adekwatnie do sytuacji w kraju, najwięcej zgonów występuje z powodu chorób układu krążenia (423,0 na 100 tys. mieszkańców), nowotworów (208,6 na 100 tys. mieszkańców), chorób układu trawiennego (39,2 na 100 tys.) i układu oddechowego (36,3 na 100 tys.) (tab. 2)<sup>27</sup>.

<sup>25</sup> H. Kirschner: *Stan zdrowia społeczeństwa...* „Lider” 1995, nr 1, s. 18.

<sup>26</sup> J. B. Karński: *Promocja zdrowia (wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe)*. Warszawa 1992, s. 44–45.

<sup>27</sup> *Rocznik statystyczny woj. katowickiego*, WUS 1995.



Tabela 2

## Zgony w woj. katowickim według przyczyn w 1994 roku (na 100 tys. ludności)

Lp.	Przyczyny zgonów	Ogółem	Woj. katowickie
1	Choroby pasożytnicze i zakaźne	6,8	9,7
2	Nowotwory	201,0	208,6
3	Choroby układu krążenia	512,7	423,0
4	Choroby układu oddechowego	32,7	36,3
5	Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej	2,3	2,0
6	Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów	7,9	6,8
7	Choroby układu trawiennego	32,8	39,2
8	Powikłania ciąży, porodu i połogu	0,1	0,2
9	Wady rozwojowe, wrodzone	6,3	5,7
10	Stany chorobowe, płodów lub noworodków, powstające w okresie okołoporodowym	10,8	10,0
11	Zaburzenia psychiczne	4,8	3,2

Źródło: Rocznik statystyczny województwa katowickiego, WUS 1995.

Zwraca także uwagę sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży w Polsce. Liczba zgonów w wieku 1—19 lat w 1992 roku wynosiła 41,5 na 100 tys. ludności; w 1994 roku zanotowano 12 tys. zgonów; ogółem 386 tys. w przedziale wiekowym od 0 do 85 lat i więcej<sup>28</sup>. Współczynniki umieralności są najwyższe dla wieku 1—2 lata (w 1992 roku 88,2), następnie obniżają się i znów zwiększają dla wieku 15—19 lat. Umieralność chłopców i dzieci wiejskich jest wyższa niż dziewcząt i dzieci miejskich. Podstawową przyczynę tych różnic stanowią zagrożenia wypadkowe i zbyt późno udzielona pomoc medyczna<sup>29</sup>.

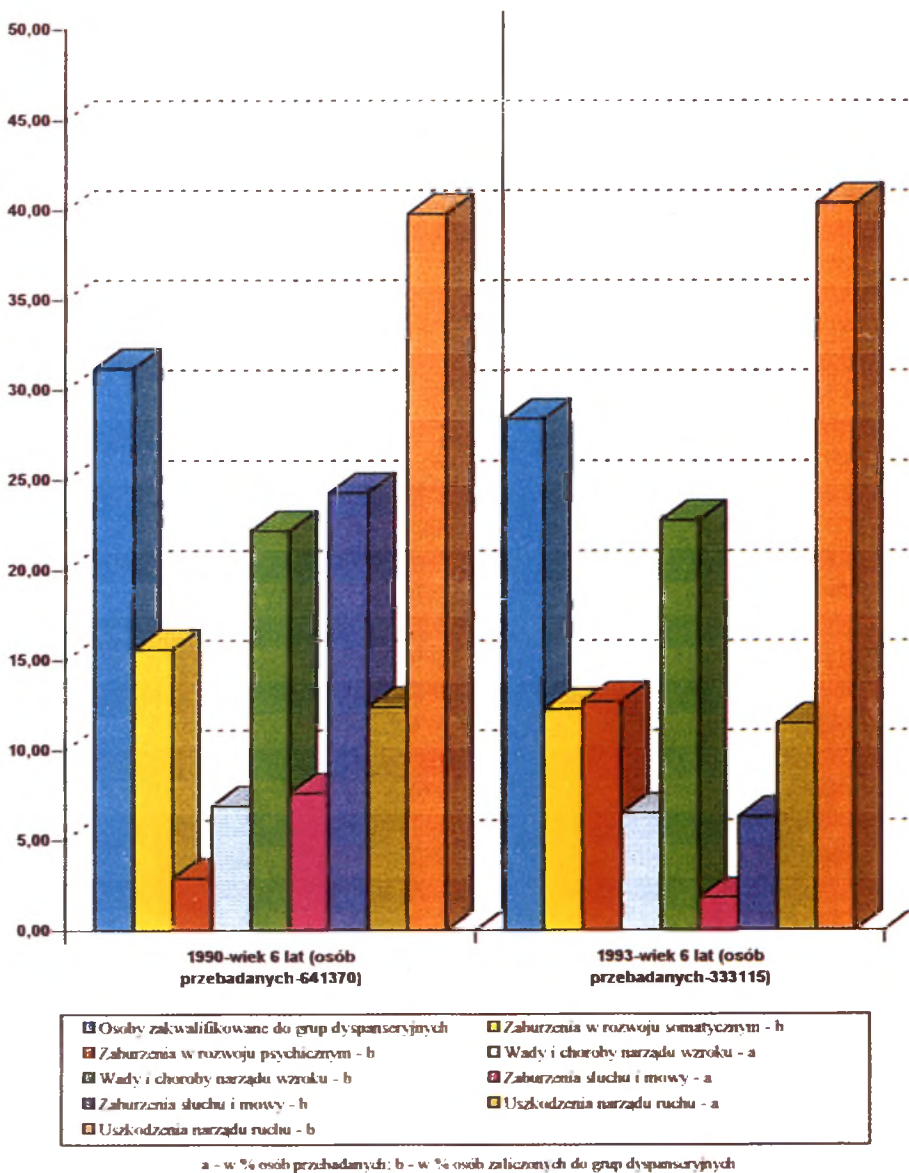
Do najczęstszych przyczyn zgonów dzieci i młodzieży od 1 do 19 lat w 1993 roku należały (por. tab. 3, wyk. 2)<sup>30</sup>:

- urazy i zatrucia 53,6% ogółu zgonów,
- nowotwory złośliwe 13,6% (w 1992 roku na ogólną liczbę 94 861 zachorowań odnotowano 1375 w przedziale wiekowym 0—19 lat),
- choroby układu nerwowego 9,3%,
- wrodzone wady rozwojowe 7,6%,
- choroby układu krążenia 3,4%,
- choroby zakaźne i pasożytnicze 2,9%,

<sup>28</sup> Rocznik statystyczny, GUS 1995, s. 64.

<sup>29</sup> A. J a c z e w s k i (red.): *Biologiczne i medyczne...*, s. 81—106; *Rocznik statystyczny*, GUS 1995.

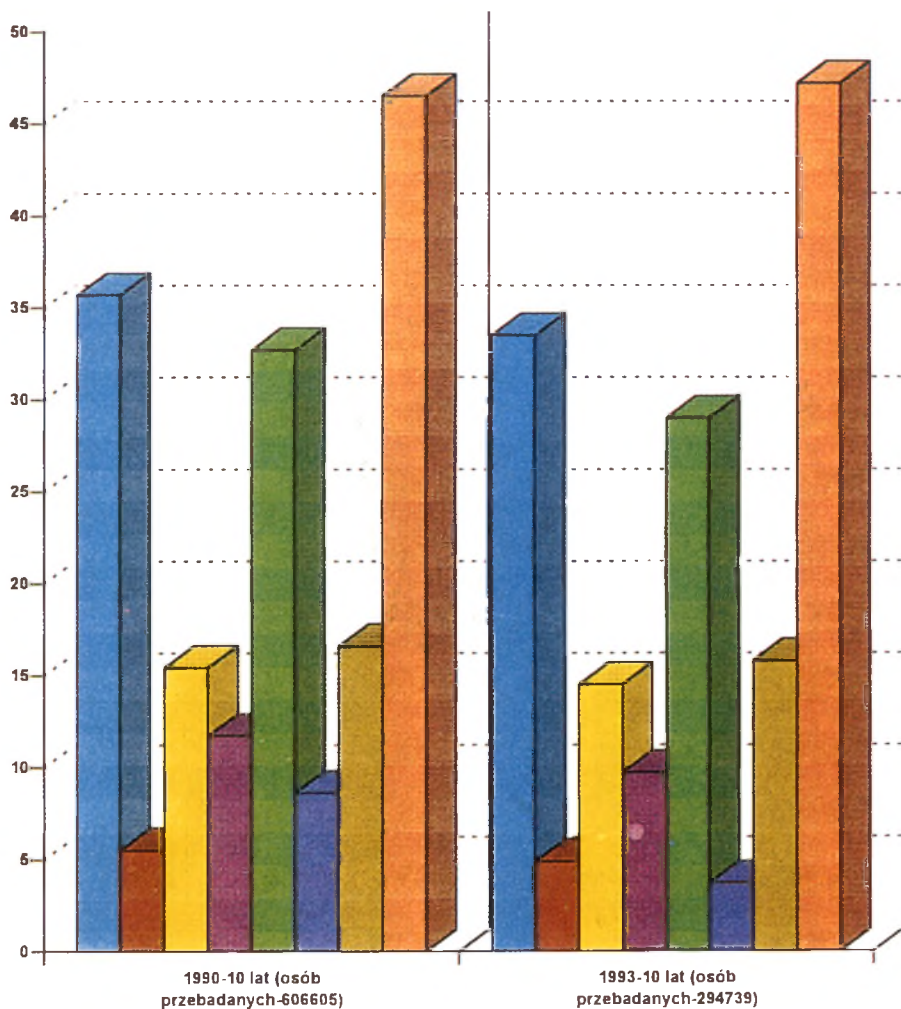
<sup>30</sup> Tamże; zob. także E. Ł u c z a k: *Stany zdrowia i rozwój fizyczny młodzieży szkolnej*. Warszawa 1985; „Przegląd Epidemiologiczny” 1994, nr 1—2; M. M i l l e r: *Ocena wartości dotychczasowych systemów informacyjnych gruźlicy*. „Zdrowie Publiczne” 1992, nr 2.



Wykr. 2. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w latach 1990—1993 (z uwzględnieniem wieku)

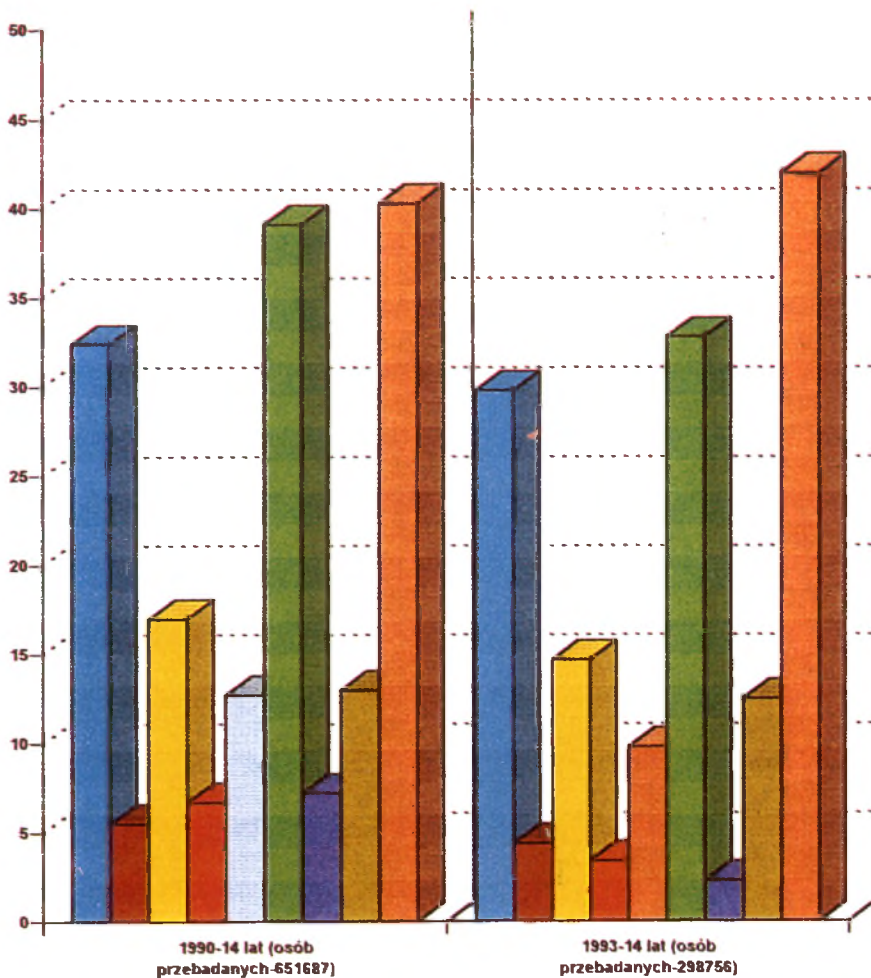
a) grupa wiekowa — 6 lat, b) grupa wiekowa — 10 lat, c) grupa wiekowa — 14 lat, d) grupa wiekowa — 18 lat

Źródło: Rocznik statystyczny, GUS 1995.



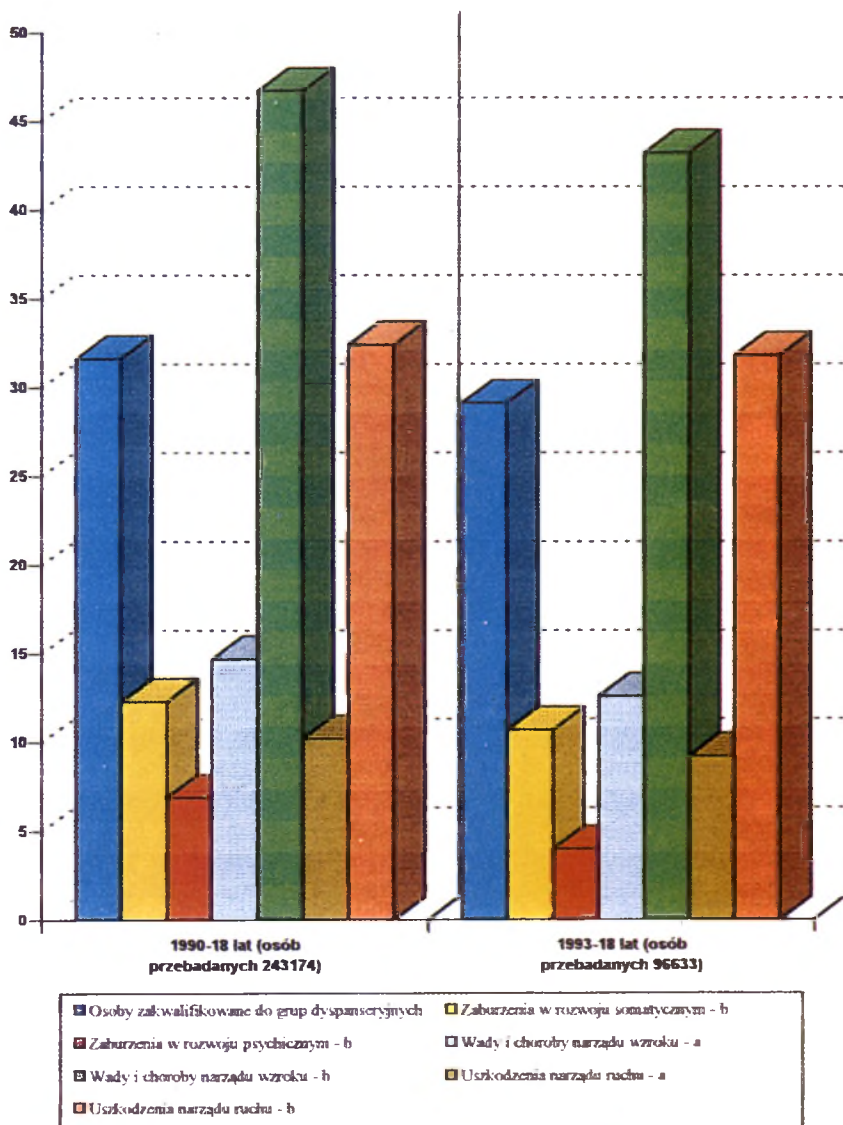
- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Osoby zakwalifikowane do grup dyspanseryjnych | Zaburzenia w rozwoju somatycznym - a |
| Zaburzenia w rozwoju somatycznym - b          | Wady i choroby narządu wzroku - a    |
| Wady i choroby narządu wzroku - b             | Zaburzenia słuchu i mowy - b         |
| Uszkodzenia narządu ruchu - a                 | Uszkodzenia narządu ruchu - b        |

a - w % osób przebadanych; b - w % osób zaliczonych do grup dyspanseryjnych



- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Osoby zakwalifikowane do grup dyspansyjnych | Zaburzenia w rozwoju somatycznym - a |
| Zaburzenia w rozwoju somatycznym - b        | Zaburzenia w rozwoju psychicznym - b |
| Wady i choroby narządu wzroku - a           | Wady i choroby narządu wzroku - b    |
| Zaburzenia słuchu i mowy - b                | Uszkodzenia narządu ruchu - a        |
| Uszkodzenia narządu ruchu - b               |                                      |

a - w % osób przebadanych; b - w % osób zaliczonych do grup dyspansyjnych



a - w % osób przebadanych; b - w % osób zakwalifikowanych do grup dyspenseryjnych

Tabela 3

## Stan zdrowia dzieci i młodzieży\*

Wyszczególnienie a — w % osób przebadanych b — w % osób zakwalifikowanych do grup dyspanseryjnych	1990	1993	1990	1993	1990	1993	1990	1993	
	w wieku lat								
	6		10		14		18		
Osoby przebadane:	641 390	333 115	606 605	294 739	561 687	298 756	243 174	96 633	
W tym zakwalifikowane do grup dyspanseryjnych**	a	31,2	28,4	35,7	33,5	32,4	29,8	31,6	29,1
w tym z powodu:									
zaburzeń w rozwoju somatycznym	a	4,9	3,5	5,5	4,9	5,5	4,4	3,9	3,1
	b	15,6	12,3	15,4	14,5	17,0	14,7	12,3	10,7
zaburzeń w rozwoju psychicznym	a	0,9	0,8	1,3	1,0	2,2	1,0	2,2	1,2
	b	2,9	2,7	3,8	2,8	6,7	3,4	6,9	4,0
wad i chorób narządu wzroku	a	6,9	6,5	11,7	9,7	12,7	9,8	14,7	12,6
	b	22,2	22,8	32,7	29,0	39,1	32,8	46,7	43,2
przewlekłych chorób jamy nosowo-gardłowej, zaburzeń słuchu i mowy	a	7,6	1,8	3,1	1,2	2,3	0,7	0,9	0,7
	b	24,3	6,3	8,6	3,7	7,2	2,3	3,0	2,3
przewlekłych chorób układu oddechowego	a	1,0	1,4	0,9	1,2	0,7	0,9	0,6	0,9
	b	3,2	4,9	2,4	3,5	2,2	3,0	1,8	3,1
chorób i zaburzeń układu krążenia, choroby reumatycznej i choroby tkanki łącznej	a	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,2	1,3
	b	3,4	3,5	2,8	3,0	3,0	3,4	3,8	4,4
przewlekłych chorób układu moczowego	a	1,2	1,3	0,9	1,0	0,4	0,4	0,4	0,4
	b	3,8	4,4	2,6	2,9	1,4	1,4	1,3	1,3
trwałych uszkodzeń narządu ruchu i zaburzeń statyki ciała	a	12,4	11,5	16,6	15,8	13,0	12,5	10,2	9,2
	b	39,8	40,4	46,5	47,2	40,3	42,0	32,4	31,8

\* Opracowano na podstawie badań typu „bilans zdrowia”, przeprowadzonych przez cywilną służbę zdrowia wśród uczniów i wychowanków szkół i placówek opiekuńczo-wychowawczych.

\*\* W podziale według grup dyspanseryjnych jedna osoba może być wykazana kilkakrotnie.

Źródło: Rocznik statystyczny, GUS 1995, s. 270.

— choroby układu oddechowego 2,9% (zachorowania na gruźlicę w 1994 roku — 10 861, w tym dzieci i młodzież od 1 do 19 lat — 239, a szczególne nasilenie w wieku 15—19 lat — 148; zamachy samobójcze w 1994 roku ogółem — 6004, w przedziale 14 lat i mniej — 92, a w przedziale 15—20 lat 464.

Współczynnik umieralności dzieci i młodzieży w Polsce, w tym także współczynnik umieralności niemowląt na 1000 urodzeń żywych (w 1994 roku — 15,1, w roku 1990 — 19,4) należy do najwyższych w Europie. Do najczęstszych

przyczyn zgonów niemowląt w Polsce należą: stany chorobowe płodów lub noworodków powstające w okresie okołoporodowym (8,65 na 1000 żywych urodzeń — w 1994 roku) oraz wady rozwojowe i wrodzone (3,96 na 1000 żywych urodzeń — w 1994 roku). Wyższy wskaźnik miała tylko Rumunia — 25,4.

Umieralność niemowląt w Polsce jest trzykrotnie wyższa niż w krajach wysoko rozwiniętych (np. Szwecja — 5,8; Finlandia — 6,0; Holandia — 6,8; Francja — 7,3). Umieralność niemowląt uważa się za jeden z podstawowych mierników warunków bytowania ludności i poziomu społeczno-gospodarczego państwa (w tym także opieki nad matką i dzieckiem).

W 1978 roku Robert Philip wprowadził w życie *dispensary system* w opiece nad chorymi na gruźlicę, zwany również jako Edinburgh Tuberculosis Scheme. System ten znalazł naśladowców i kontynuatorów w innych dziedzinach medycyny. W ten sposób idea dyspanseryzacji sukcesywnie zyskiwała na znaczeniu w ochronie zdrowia ludności, rozszerzając swój zakres i metody postępowania. Znalazło to głównie wyraz w realizowanych w praktyce programach walki z wieloma chorobami społecznymi oraz w programach organizacyjnych opieki zdrowotnej nad różnymi zbiorowościami (dzieci, młodzież, studenci, robotnicy). Podstawą opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą stały się kryteria zdrowotne; grupy dyspanseryjne umożliwiają jednocześnie rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, daje to podstawę realizacji indywidualnego procesu leczniczo-rehabilitacyjnego. W systemie dyspanseryjnym wyróżnia się jedenaście grup: dzieci z ryzyka okołoporodowego, z wadami wrodzonymi, przewlekłymi zaburzeniami odżywiania i stanami niedoborów do 2 lat życia, zaburzeniami w rozwoju somatycznym i psychicznym, wadami wzroku, przewlekłymi chorobami jamy nosowo-gardłowej i uszu, z zaburzeniami mowy włącznie, przewlekłymi chorobami układu oddechowego, chorobami i zaburzeniami układu krążenia łącznie z chorobą reumatyczną, przewlekłymi chorobami układu moczowego oraz trwałymi uszkodzeniami narządu ruchu i zaburzeniami statyki ciała<sup>31</sup>.

Diagnozowanie auksologiczne<sup>32</sup> wykorzystywane jest do wczesnych medycznych działań interwencyjnych (*developmental intervention*) w badaniach dzieci

<sup>31</sup> S. B. Radukiewicz: *Medycyna szkolna*. Warszawa 1987, s. 84—105.

<sup>32</sup> Pojęcie auksologii zostało wprowadzone po raz pierwszy przez Paula Godina, lekarza i antropologa, w jego publikacji z 1903 r. pt. *Poszukiwania antropometryczne nad wzrastaniem poszczególnych części ciała* oraz wydanej w 1919 r. pozycji pt. *Metoda auksologiczna*. Określił on także po raz pierwszy ściśle związane z auksologią pojęcie wieku biologicznego. Auksologia jest dyscypliną, która zintegrowała antropologię rozwojową i medycynę wieku rozwojowego, scaliła problematykę rozwoju biologicznego, psychicznego i społecznego, traktując dziecko jako całość biopsychospołeczną w kontekście determinantów i stymulatorów rozwoju, cyt. za J. K o p c z y Ń s k a - S i k o r s k a: *Miejsce auksologii w promowaniu zdrowia dzieci i młodzieży*. „Kultura Fizyczna” 1994, nr 1—2, s. 12.

z różnych grup ryzyka zdrowotnego, biologicznego, środowiskowego, ekologicznego, tradycyjnie w badaniach przesiewowych — wstępna diagnoza auksologiczna, w bilansach zdrowia — pogłębiona diagnoza auksologiczna, a w medycznych działaniach terapeutycznych — auksologia kliniczna. Wyniki badań auksologicznych, których celem jest identyfikacja dzieci z nieprawidłowym rozwojem i zaburzeniami zdrowia, są uznane za niezbędne nie tylko dla podejmowania diagnozy, ale także prognozowania oraz kontroli skuteczności terapii i działań rehabilitacyjnych, a ponadto dla orzecznictwa w szkolnictwie zawodowym, sportowym itp.

Coraz lepsza znajomość specyfiki procesów rozwojowych i trudnych do uchwycenia granic jego fizjologicznych odchyłeń ma podstawowe znaczenie dla profilaktyki, czynnego poradnictwa oraz działań obejmujących promowanie zdrowia w działaniach terapeutycznych i rehabilitacyjnych.

Diagnoza auksologiczna stała się obecnie elementem podstawowym we wszystkich działaniach podstawowej opieki zdrowotnej, mających na celu nadzór, ochronę i promowanie zdrowia w poszczególnych fazach rozwoju całej populacji w wieku rozwojowym. Na I Międzynarodowym Kongresie Auksologicznym, który odbył się w Rzymie w 1977 roku, ustalono, że auksologia stanowi odrębną dyscyplinę naukową, zawierającą elementy nauk medycznych, genetyki, antropologii, psychologii, socjologii, pedagogiki z szerokim uwzględnieniem czynników środowiskowych. Przyjęto, że jednym z celów auksologii jest wypracowanie optymalnego modelu rozwoju dla współczesnych i przyszłych populacji w wieku rozwojowym<sup>33</sup>.

Z przeprowadzonych badań w dwóch szkołach podstawowych woj. katowickiego wynika, że 20,4% ogółu badanych (N = 519) zakwalifikowano do V grupy, a 26,2% do grupy X. Najmniejszą liczbę badanych (0,8%) stanowili uczniowie w IX grupie dyspanseryjnej. Warto podkreślić, że 92,5% ogółu badanej populacji zaklasyfikowano do grup dyspanseryjnych, a 7,5% niej można określić jako zdrową. Sytuacja ta wydaje się alarmująca. Stan zdrowia dzieci i młodzieży określa się z uwagi na fakt niezaliczenia bądź zaliczenia dziecka przez lekarza do jednej lub więcej grup dyspanseryjnych. Do grup dyspanseryjnych zakwalifikowano te dzieci, których stan zdrowia i rozwój fizyczny uznano — w wyniku badania — za odchylający się od prawidłowości (tab. 4, wykr. 3).

W polskim systemie dyspanseryjnym trzy pierwsze grupy obejmują wyłącznie dzieci do lat 2. A oto pozostałe grupy, funkcjonujące w opiece zdrowotnej nad populacją szkolną:

<sup>33</sup> Tamże, s. 13.



Tabela 4

## Badana populacja według zaklasyfikowania do grup dyspanseryjnych (N = 519)

Nr grupy	Grupy dyspanseryjne	Liczba bezwzględna	(%)
IV	Zaburzenia w rozwoju somatycznym i psychicznym. Trwałe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego	70	13,5
V	Wady i choroby narządu wzroku	106	20,4
VI	Przewlekłe choroby jamy nosowo-gardłowej i uszu, zaburzenia słuchu i mowy	81	15,6
VII	Przewlekłe choroby układu oddechowego	66	12,7
VIII	Choroby i zaburzenia układu krążenia, choroba reumatyczna i choroby tkanki łącznej	11	2,1
IX	Przewlekłe choroby układu moczowego	4	0,8
X	Trwałe uszkodzenia narządu ruchu i zaburzenia statyki ciała	136	26,2
XI	Inne choroby przewlekłe wymagające czynnej opieki	6	1,2
	Razem	480	92,5

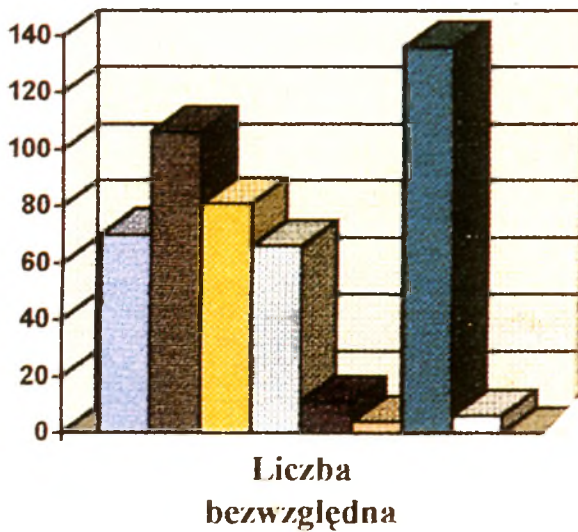
Zródło: Badania własne.

### Grupa dyspanseryjna — zaburzenia w rozwoju somatycznym i psychicznym. Trwałe uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (grupa IV)

Wyróżnia się w niej cztery podgrupy:

- Podgrupa I: „Zaburzenia w dynamice i harmonii rozwoju somatycznego. Do podgrupy tej kwalifikują się dzieci z nieprawidłowym procesem wzrastania oraz nieprawidłowym przyrostem masy ciała, objawiającymi się odmiennymi od przyjętych za normę dla danego przedziału wieku i płci wielkościami wysokości bądź masą ciała lub objętością naraz”. Ogółem do tej podgrupy zakwalifikowano 10,2% dzieci w klasach I—III z ogólnej liczby badanych (N = 207) i 10,3% dzieci w klasach IV—VIII z ogólnej liczby badanych (N = 312), co stanowi 10,2% ogólnej liczby badanych (N = 519). Najczęściej spotykanymi klinicznymi objawami zaburzeń w zakresie procesu wzrastania jest niedobór wysokości ciała, określane też często niskorosłością, bądź nadmierna wysokość ciała, zwana też wysokorosłością. Natomiast najczęściej spotykanym zaburzeniem w zakresie masy (ciężaru) ciała jest otyłość prosta: „Warunkowana jest ona nieodpowiednimi nawykami żywieniowymi, zwiększonymi w wielu przypadkach, dodatkowo małą aktywnością ruchową dziecka”<sup>34</sup>. Nie dotyczy to przypadków otyłości o podłożu hormonalnym bądź neurogennym. Do tej podgrupy zalicza się także młodzież z zaburzonym dojrzewaniem płciowym.

<sup>34</sup> S. Radiukiewicz: *Medycyna szkolna...*, s. 88 i n.



Numery grup dyspanseryjnych

Wykr. 3. Badana populacja według zaklasyfikowania do grup dyspanseryjnych (N = 519)



— Podgrupa 2: Nedorozwój umysłowy. Lekarz szkolny styka się z tą ułomnością przede wszystkim w trakcie oceny gotowości szkolnej podczas bilansu dzieci sześciolatek, u uczniów z pogranicza normy, głównie klas I szkoły podstawowej. Wśród badanych uczniów tylko klas młodszych 1,4% zakwalifikowano do tej podgrupy (zob. tab. 5 i 6).

Tabela 5

## Badana populacja młodzieży w grupach i podgrupach dyspanseryjnych (N=519)

Nr grupy	Grupa dyspanseryjna	Podgrupy	Kl. I—VIII (N=519)	(%)
I	Dzieci z ryzyka okołoporodowego			
II	Wady wrodzone			
III	Przewlekłe zaburzenia odżywiania i stany niedoborowe			
IV	Zaburzenia w rozwoju somatycznym i psychicznym. Trwałe uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego	1. Zaburzenia w dynamice i harmonii rozwoju somatycznego 2. Nedorozwój umysłowy 3. Trwałe uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego 4. Czynnościowe uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego	53 3 6 8	10,2 0,6 1,2 1,5
V	Wady i choroby narządu wzroku	1. Wady refrakcji (krótkowzroczność, nadwzroczność, niezborność, różnowzroczność) 2. Zaburzenia widzenia obuocznego (zez, niewidzenie jedno- lub obuoczne) 3. Zaburzenia widzenia barw	80 18 8	15,4 3,5 1,5
VI	Przewlekłe choroby jamy nosowo-gardłowej i uszu, zaburzenia słuchu i mowy	1. Choroby jamy nosowo-gardłowej (nawracające zapalenia zatok przynosowych), zapalenia uszu częste lub przewlekłe 2. Zaburzenia słuchu (niedosłuch jednego bądź obu uszu, duży ubytek słuchu) 3. Wady wymowy	43 1 37	8,3 0,2 7,2
VII	Przewlekłe choroby układu oddechowego	1. Przewlekłe choroby oskrzeli (przewlekłe zapalenia oskrzeli, nawrotowe zapalenia oskrzeli, rozstrzenie oskrzeli, mukowiscydoza o przewodzie objawów ze strony narządu oddechowego) 2. Dychawica oskrzelowa 3. Przewlekłe choroby mięszu płucnego 4. Gruźlica	30 34 — 2	5,8 6,6 — 0,4
VIII	Choroby i zaburzenia układu krążenia, choroba reumatyczna i choroby tkanki łącznej	1. Wady serca wrodzone i nabyte 2. Choroba reumatyczna 3. Gościec przewlekły i inne choroby tkanki łącznej 4. Nadciśnienie młodzieńcze 5. Inne choroby układu krążenia	11 6 4 — —	2,1 1,2 0,8 — —

c.d. tabeli 5

Nr grupy	Grupa dyspanseryjna	Podgrupy	Kl. I—VIII (N = 519)	(%)
IX	Przewlekłe choroby układu moczowego	1. Przewlekłe zakażenia układu moczowego	4	0,8
		2. Kamica nerkowa	—	—
		3. Zespół nerczycowy	—	—
		4. Przewlekła niewydolność nerek	—	—
X	Trwałe uszkodzenia narządu ruchu i zaburzenia statyki ciała	1. Trwałe uszkodzenia narządu ruchu	2	0,4
		2. Zaburzenia statyki ciała	134	25,8
XI	Inne choroby przewlekłe wymagające czynnej opieki		6	1,2
Razem			480	92,5

Źródło: Badania własne.

Tabela 6

## Badana populacja dzieci i młodzieży w IV grupie dyspanseryjnej

Grupa dyspanseryjna	Podgrupy	Ogółem	Liczba uczniów zakwalifikowanych do danej podgrupy (N = 519)	
			kl. I—III (N = 207)	kl. IV—VIII (N = 312)
IV	1	53	21	32
	2	3	3	—
	3	6	6	—
	4	8	1	7
Razem		70	31	39

Źródło: Badania własne.

- Podgrupa 3: Trwałe uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Do podgrupy tej kwalifikowani są uczniowie z padaczką (duże napady padaczkowe, małe napady padaczkowe, napady ogniskowe i napady psychiczne (równoważniki), dzieci ze stanami porażeniowymi głowy (wstrząśnienie mózgu, stłuczenie mózgu i inne), dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, a także dzieci obciążone postępującymi chorobami dziedziczno-rodzinnymi. Wśród badanych również tylko w grupie klas młodszych zakwalifikowano 2,9% ogółu grupy (N = 207).
- Podgrupa 4: Czynnościowe zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego. Skupia ona dzieci z następującymi kategoriami schorzeń bądź zaburzeń: nerwice, zespoły adaptacyjne, zaburzenia osobowości, charakteropatie oraz

stany uzależnień od środków odurzających. Największy problem w tej podgrupie stanowią nerwice. Są one najczęściej wywołane konfliktami rodzinnymi, błędami wychowawczymi oraz urazami psychicznymi. W większości przypadków objawiają się one zespołem symptomów tzw. nerwowości dziecięcej. Składają się nań zmiany w usposobieniu dziecka, niepokój ruchowy, zaburzenia snu, tiki nerwowe, jękanie się, lęki nocne, moczenie nocne oraz trudności w nauce. W tej podgrupie znalazło się 0,5% w klasach młodszych i 2,3% w klasach starszych.

#### **Grupa dyspanseryjna — wady i choroby narządu wzroku (grupa V)**

Zakwalifikowano do niej 20,4% ogółu badanych (N = 519). W grupie tej wyróżnia się trzy podgrupy obejmujące wady refrakcji, zaburzenia widzenia obuocznego oraz zaburzenia widzenia barw.

— Podgrupa 1: Wady refrakcji (krótkowzroczność, nadwzroczność, niezborność, różnowzroczność). W tej podgrupie znalazło się 9,7% uczniów klas I—III (N = 207) oraz 19,2% uczniów klas IV—VIII (N = 312) (tab. 7).

Tabela 7

#### **Badana populacja dzieci i młodzieży w V grupie dyspanseryjnej**

Grupa dyspanseryjna	Podgrupy	Ogółem	Liczba uczniów zakwalifikowanych do danej podgrupy (N = 519)	
			kl. I—III (N = 207)	kl. IV—VIII (N = 312)
V	1	80	20	60
	2	18	9	9
	3	8	2	6
	Razem	106	31	75

Źródło: Badania własne.

- Podgrupa 2: Zaburzenia widzenia obuocznego (zez, różnowzroczność, ślepotą jednooczną). W klasach I—III 4,3% uczniów zakwalifikowano do tej grupy, natomiast w klasach starszych — 2,9% uczniów. Diagnostowanie sprowadza się do stwierdzenia przez oglądanie równoległego zestawienia gałek ocznych przy patrzeniu w dal oraz pełnej ruchomości i koordynacji ruchów gałek, a także badania ostrości widzenia obu oczu.
- Podgrupa 3: Zaburzenia widzenia barwnego (protonopia, deutoranopia, tritanopia). Nieodczytanie testu barwnego przez badanego wskazuje na zaburzenia widzenia barwnego. W grupie dzieci z klas I—III 9,7% zakwalifikowano do tej grupy, w klasach starszych — 1,9%.

### Grupa dyspanseryjna — przewlekłe choroby jamy nosowo-gardłowej i uszu, zaburzenia słuchu i mowy (grupa VI)

Grupa ta z uwagi na lokalizację zaburzeń i zmian zwana jest często grupą laryngologiczną. Zaliczono do niej 15,7% ogółu badanych. Wyróżnia się w niej trzy podgrupy:

- Podgrupa 1: Choroby jamy nosowo-gardłowej i uszu. Rejestrowane są tu dzieci, u których stwierdzono przewlekły stan zapalny jamy nosowo-gardłowej, uszu bądź krtani, oraz uczniowie często chorujący na anginę lub inne ostre schorzenia górnych dróg oddechowych i narządu słuchu. Wśród badanych w obu podgrupach w podgrupie 1 znajduje się przeważająca liczba badanych — klasy I—III — 14,0% oraz w klasach IV—VIII — 4,5% (tab. 8).

Tabela 8

#### Badana populacja dzieci i młodzieży w VI grupie dyspanseryjnej

Grupa dyspanseryjna	Podgrupy	Ogółem	Liczba uczniów zakwalifikowanych do danej podgrupy (N = 519)	
			kl. I—III (N = 207)	kl. IV—VIII (N = 312)
VI	1	43	29	14
	2	1	—	1
	3	37	20	17
	Razem	81	49	32

Źródło: Badania własne.

Niewątpliwie najliczniejszą grupę stanowią tu dzieci z przewlekłym zapaleniem migdałów podniebiennych, znacznie powiększonym trzecim migdałkiem, a także nawracającymi bądź przewlekłymi schorzeniami zatok przynosowych. Mogą im towarzyszyć stany zapalne ucha środkowego. Rzadziej występują choroby krtani.

- Podgrupa 2: Zaburzenia słuchu. Powstają one jako:
  - upośledzenie ostrości słuchu,
  - szумы uszne,
  - zboczenia słuchowe,
  - nadmierna ostrość słuchu.

Zaburzenia te stwierdzono u jednego ucznia w klasie II.

- Podgrupa 3: Wady wymowy. W podgrupie tej powinni się znaleźć uczniowie, u których stwierdza się bełkotanie (seplenienie, reranie, łelanie, geganie), mowę nosową bądź jąkanie. Podejrzenia wady wymowy stwierdza się za pomocą testów logopedycznych, wymagają one potwierdzenia przez logopedę. Często do postawienia właściwej diagnozy potrzebna jest dodatkowo konsultacja lekarza laryngologa, foniatry bądź psychiatry

czy neurologa. W tej grupie znajduje się 9,7% dzieci z klas młodszych oraz 5,4% młodzieży z klas IV—VIII.

### Grupa dyspanseryjna — przewlekłe choroby układu oddechowego (grupa VII)

Jest to grupa określana często w praktyce jako grupa pulmonologiczna bądź pneumonologiczna. Rejestruje się w niej dzieci z przewlekłymi schorzeniami oskrzeli oraz płuc, zarówno nieswoistymi, jak i swoistymi. Wyróżnia się tu cztery podgrupy (tab. 9):

Tabela 9

Badana populacja dzieci i młodzieży w VII grupie dyspanseryjnej

Grupa dyspanseryjna	Podgrupy	Ogółem	Liczba uczniów zakwalifikowanych do danej podgrupy (N=519)	
			kl. I—III (N=207)	kl. IV—VIII (N=312)
VII	1	30	17	13
	2	34	19	15
	3	—	—	—
	4	2	—	2
	Razem	66	36	30

Źródło: Badania własne.

- Podgrupa 1: Przewlekłe choroby oskrzeli. W wieku szkolnym są to przede wszystkim nawrotowe zapalenia oskrzeli oraz przewlekłe zapalenie oskrzeli.
- Podgrupa 2: Dychawica oskrzelowa — choroba o podłożu alergicznym cechująca się napadową dusznością. Chorobę wywołują różne alergeny dostające się do organizmu przez drogi oddechowe, przewód pokarmowy lub skórę.
- Podgrupa 3: Przewlekłe choroby miąższa płucnego. „Rejestrowane są tu dzieci z przewlekającymi się zmianami zapalnymi w obrębie płuc, zwykle jako pozostałości ostrego zapalenia płuc oraz ze stanami zwłóknienia płuc, a także dzieci po operacjach układu oddechowego”. Wśród badanej populacji nie odnotowano takiego przypadku.
- Podgrupa 4: Gruźlica. Jest to podgrupa obejmująca uczniów chorych na gruźlicę bądź pozostających w styczności z gruźlicą. Łącznie do grupy VII zakwalifikowano 12,7% ogółu badanych. W klasach I—III przeważała liczebnie podgrupa 2, tj. 9,2%, a wśród młodzieży starszej również podgrupa 2 (4,8%).

**Grupa dyspanseryjna — choroby i zaburzenia układu krążenia, choroba reumatyczna i choroby tkanki łącznej (grupa VIII).** Łącznie do tej grupy zakwalifikowano 4,1% badanych.

Wyróżnia się tu pięć podgrup:



- Podgrupa 1: Wady serca, wrodzone i nabyte. W badanej populacji wystąpił jeden przypadek wrodzonej wady serca. Do najczęściej występujących zalicza się ubytki przegrody międzyprzedsionkowej, wady aorty oraz zespół Fallota. W celu wstępnego rozpoznania wady lub innej choroby serca stosowany jest schemat diagnozy, oparty na tzw. małych i dużych objawach chorobowych. Do objawów małych zalicza się szmer skurczowy, zaburzenia rytmu serca, nieprawidłowości ciśnienia tętniczego. Do objawów dużych zalicza się szmer rozkurczowy, niewydolność krążenia, sinicę i zapalenie osierdzia.
- Podgrupa 2: Choroba reumatyczna, wystąpiła u 6 badanych w całej populacji (N = 519). Objawy kliniczne występujące w gorączce reumatycznej u dzieci to m.in.: zapalenie serca, bóle stawowe, płasawice, zmiany w płucach, wykwity na skórze. Rejestruje się je w tej podgrupie uczniów, którzy przebyli ostry rzut choroby, jak i u tych, którzy mają objawy nasuwające podejrzenie o jej istnieniu.
- Podgrupa 3: Gościec przewlekły postępujący i inne choroby układu tkanki łącznej. W badanej grupie 4 (0,8%) przypadki zaklasyfikowano do tej grupy. Najpoważniejszy problem w tej podgrupie stanowi gościec przewlekły postępujący. Rzadziej występują inne układowe choroby tkanki łącznej. Ich rozpoznanie wymaga diagnostyki w wysoce specjalistycznych ośrodkach.
- Podgrupa 4: Nadciśnienie młodzieńcze. Badania ciśnienia tętniczego wykonuje się u uczniów kończących 14 i 18 lat.
- Podgrupa 5: Inne choroby układu krążenia (przewlekłe stany zapalne mięśnia sercowego, zapalenie wsierdzia bądź osierdzia itp.).

#### **Grupa dyspanseryjna — przewlekłe choroby układu moczowego (grupa IX)**

Występują tu cztery podgrupy:

- Podgrupa 1: Przewlekłe zakażenia układu moczowego, przebiegającego bezobjawowo bądź też pod postacią ostrego zapalenia nerek, a także pęcherza moczowego. W badanej populacji stwierdzono 4 przypadki, tj. u 0,8% ogółu badanych.
- Podgrupa 2: Kamica nerkowa. Wiek ujawnienia się kamicy nerkowej obniża się, stąd też w patologii układu moczowego w wieku szkolnym kamica ma swój udział.
- Podgrupa 3: Zespół nerczycowy. Charakteryzuje się białkomoczem, obrzękami, może występować u dzieci szkolnych najczęściej jako następstwo zapalenia nerek.
- Podgrupa 4: Przewlekła niewydolność nerek.

#### **Grupa dyspanseryjna — trwałe uszkodzenie narządu ruchu i zaburzenia statyki ciała (grupa X)**

Wyróżnia się tu dwie podgrupy:

- Podgrupa 1: Trwałe uszkodzenia narządu ruchu. Podgrupa ta obejmuje uszkodzenia wrodzone: bądź to nabyte w wyniku urazu, bądź to zakażenia. Większość uszkodzeń wrodzonych bądź okołoporodowych jest objęta

opieką ortopedyczną we wczesnym dzieciństwie. Uszkodzenia nabyte są z reguły pochodzenia pourazowego.

— Podgrupa 2: Zaburzenia statyki ciała — do tej grupy zakwalifikowano 25,8% badanej populacji. Jest to duża podgrupa skupiająca dzieci z wadami postawy, bocznymi skrzywieniami kręgosłupa, koślawością i szpotawością kończyn dolnych oraz płaskostopiem. Zniekształcenia statyczne powstają i rozwijają się pod wpływem działania na układ kostny dwóch czynników:

- a) właściwego czynnika etiologicznego warunkującego asymetryczne zaburzenia wzrostowe, zmniejszającego odporność układu kostnego oraz zmieniającego prawidłowe napięcie statyczne układu więzadłowego i mięśniowego;
- b) mechanicznego czynnika patogenetycznego występującego pod postacią anomalii anatomicznych kształtu lub zestawienia oraz działania siły obciążenia — ucisku lub pociągania.

#### Grupa dyspanseryjna — inne choroby przewlekłe wymagające czynnej opieki (grupa XI)

Grupa ta została stworzona dla dzieci przewlekłe chorych na choroby rzadziej występujące, lecz wymagające stałej opieki lekarskiej. Mogą to być endokryzyny, przewlekłe nieżyty żołądka, choroba wrzodowa, niedokrwistość, stany po wirusowym zapaleniu wątroby. Spośród chorób tej grupy szczególnie specyficzne są choroby tarczycy i cukrzyca. W badanej populacji 1,2% osób zakwalifikowano do tej grupy. Przy czym 2 osoby z cukrzycą i 4 osoby z chorobami tarczycy. Warto także podkreślić, iż u 47,6% ogółu badanych (N = 519) stwierdzono zmiany w uzębieniu, głównie próchnicę (35,3%) oraz wady zgryzu (12,3%) (tab. 10).

Tabela 10

#### Najczęściej występujące zmiany w uzębieniu badanej populacji

Wyszczególnienie	Ogółem	Liczba uczniów wykazujących zmiany w uzębieniu (N = 519)	
		kl. I—III (N = 207)	kl. IV—VIII (N = 312)
Próchnica	183	73	110
Wady zgryzu	64	34	30
	Razem	247	140

Źródło: Badania własne.

Analizując dane statystyczne, opracowane dla populacji dzieci i młodzieży w Polsce w 1993 roku, największy procent (43,2) zakwalifikowano do grupy dyspanseryjnej wad i chorób narządu wzroku, w dalszej kolejności trwałych uszkodzeń narządu ruchu i zaburzeń statyki ciała (31,8%), a następnie rozwoju

zaburzeń somatycznych (10,7%) dla wieku 18 lat. Sytuacja ta dla grup wiekowych 6, 10 i 14 lat jest w podanych grupach dyspanseryjnych największa (tab. 3).

Mała masa urodzeniowa ciała stanowi czuły wskaźnik pogarszającego się stanu zdrowia populacji, zależnego nie tylko od degradacji środowiska naturalnego, ale również od innych czynników socjalno-medycznych w szerokim znaczeniu tego pojęcia. Analiza tzw. grup dyspanseryjnych, dotycząca różnych schorzeń u dzieci, oparta na bilansach zdrowia 2- i 4-latków zamieszkujących region o najwyższym skażeniu powietrza i gleby (Górnośląski Okręg Przemysłowy) wykazała, że odsetek dzieci zakwalifikowanych do grup dyspanseryjnych w tym regionie jest znamienne wyższy w porównaniu z pozostałymi regionami Górnego Śląska<sup>35</sup>. W GOP u dzieci do lat 4 dominują schorzenia układu oddechowego, kilkakrotnie przewyższając swą częstotliwością wskaźniki tych chorób w innych regionach woj. katowickiego<sup>36</sup>

Za zdrowe można uznać dziecko<sup>37</sup>

- które pod względem somatycznym osiągnęło poziom rozwoju morfologicznego i funkcjonalnego odpowiadający jego możliwościom,
- u którego nie stwierdza się wad rozwojowych, nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu poszczególnych układów,
- u którego pod względem psychicznym występuje harmonia, związana z integracją wewnętrzną osobowości oraz prawidłowe interakcje z otoczeniem,
- które spełnia wymagania szkoły w sposób umożliwiający zaspokojenie potrzeb indywidualnych oraz podjęcie kształcenia na wyższym poziomie,
- którego postawy i nawyki sprzyjają zachowaniu zdrowia,
- które rozwija się w zdrowych warunkach środowiska nauczania i wychowania.

„W powszechnym odczuciu stan zdrowia dzieci i młodzieży pogarsza się. Mierniki, którymi posługujemy się dla jego oceny, nie mogą jednocześnie potwierdzić ani wykluczyć takiego stwierdzenia. Niektóre problemy zdrowotne

<sup>35</sup> I. N o r s k a - B o r ó w k a: *Stan zagrożenia zdrowia dzieci śląskich*. „Aura” 1995, nr 5, s. 6; por także A. J a n i k, R. L u t y Ń s k i, E. S t y k a - N a l e p a, J. B o c z a r - K i e ł t y k a, B. W o j t o w i c z: *Uwagi i spostrzeżenia w sprawie kwalifikacji dzieci szkolnych do opieki dyspanseryjnej (na podstawie obserwacji z województwa krakowskiego)*. „Zdrowie Publiczne” 1993, t. 104; E. Ł u c z a k, T. Ł a s k a - M i e r z e j e w s k a, Z. A. R a j t a r - L e o n i t i e w: *Stan zdrowia wychowanków warszawskich placówek opiekuńczo-wychowawczych*. „Zdrowie Publiczne” 1990, t. 101, nr 2, cz. III; „Zdrowie Publiczne” 1990, nr 1, cz. I; I. N o r s k a - B o r ó w k a, J. B u r s a, J. K a s z n i a - K o c o t: *Wpływ zdegradowanego środowiska na zdrowotność dzieci śląskich*. Katowice 1992; T. G a w e c k i, Wł. S i e r p i e Ń: *Aktualny stan zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej na tle klimatu Krakowa*. „Zdrowie Publiczne” 1992, t. 103, nr 11.

<sup>36</sup> Tamże.

<sup>37</sup> A. J a c z e w s k i (red.): *Biologiczne i medyczne...*, s. 92.

znikają, pojawiają się jednak nowe”<sup>38</sup>. Wiele badań wskazuje na niepokojące zjawiska w zakresie zachowań zdrowotnych, a szczególnie: małą aktywność ruchową, niewłaściwe odżywianie, niedostateczną higienę jamy ustnej, nadużywanie napojów alkoholowych, używanie środków narkotycznych<sup>39</sup>.

Na świecie i w Polsce opracowano wiele dokumentów prawnych dotyczących ochrony dzieci i młodzieży. W roku 1924 została ustalona tzw. *Genewska deklaracja praw dziecka* — pierwszy dokument na rzecz ochrony praw dziecka. Postulowała ona, że dziecku należy stworzyć możliwości normalnego rozwoju fizycznego i duchowego:

- dziecko głodne winno być nakarmione, chore pielęgnowane, dziecko wykołone, opuszczone i sieroce wzięte pod opiekę i wspomagane,
- dziecko w czasie klęski winno przed innymi otrzymać pomoc,
- dziecko powinno być przygotowane do zarabkowania i zabezpieczone przed wyzyskiem,
- dziecko winno być wychowywane w rodzinie, a najlepsze jego cechy powinny być oddane na usługi współbraci.

W opracowaniu *Genewskiej deklaracji praw dziecka* dużą rolę odegrał wybitny polski lekarz higienista dr Ludwik Rajchman (1881–1965), który w 1921 roku pełnił funkcję dyrektora Sekcji Zdrowia Ligi Narodów. Współdziałał on w utworzeniu Funduszu Narodów Zjednoczonych Pomocy Dzieciom i był pierwszym prezesem jego Rady Zarządzającej. W roku 1959, z inicjatywy polskiej, w Komitecie Praw Człowieka została uchwalona przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych *Deklaracja praw dziecka*. Składa się ona z 10 rozdziałów, zwanych zasadami, i stanowi zbiór postulatów, mówiąc najogólniej, w sprawie zapewnienia dzieciom właściwych warunków życia i rozwoju. Jednocześnie z przyjęciem *Deklaracji* podjęto rezolucję zobowiązującą UNICEF do udziału w realizacji tych praw i niesienia pomocy wszystkim potrzebującym dzieciom. W roku 1989 w Zgromadzeniu Ogólnym Narodów Zjednoczonych — w 30. rocznicę uchwalenia *Deklaracji praw dziecka* i w 10. rocznicę Międzynarodowego Roku Dziecka została uchwalona *Konwencja praw dziecka*, nazwana *hard law*. Formułuje ona obowiązki państwa, społeczeństwa, świata dorosłych w stosunku do dzieci, zawiera uniwersalne wzorce praw wpływających z głębokiego poszanowania praw człowieka i wszystkich jego podstawowych swobód. Traktuje dziecko jako przedmiot praw i wolności, a nie jako obiekt ochrony.

<sup>38</sup> Tamże, s. 93; zob. także B. Woynarowska: *Stan zdrowia dzieci i młodzieży*. „Oświata i Wychowanie” 1989, nr 24; K. Bożkowska, Z. J. Brzeziński, J. Kopczyńska-Sikorska, B. Woynarowska: *Zdrowie dzieci i młodzieży a edukacja*. Warszawa—Kraków 1989.

<sup>39</sup> *Stan zagrożenia patologią dzieci i młodzieży*. Raport Instytutu Badań nad Młodzieżą 1987; zob. także np. S. K a w u l a, H. M a c h e l (red.): *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne*. Gdańsk—Toruń 1994; E. S y r e k (red.): *Współczesne zagrożenia w strukturach społecznych*. Katowice 1993.

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 21 października 1990 roku przyjął ustawę o ratyfikowaniu *Konwencji*, a 7 lipca 1991 roku o wprowadzeniu jej w życie. Wśród wielu artykułów dotyczących różnorodnych zagadnień można znaleźć takie, które dotyczą szeroko rozumianej problematyki ochrony zdrowia dziecka. Są to<sup>40</sup>:

#### ARTYKUŁ 24

1. Państwa — strony uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Państwa — strony będą dążyły do zapewnienia, aby żadne dziecko nie było pozbawione swojego prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej.

2. Państwa — strony będą dążyły do pełnej realizacji tego prawa, a w szczególności podejmą niezbędne kroki w celu:

- a) zmniejszenia śmiertelności wśród noworodków i dzieci,
- b) zapewnienia udzielania koniecznej pomocy oraz opieki zdrowotnej wszystkim dzieciom, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej,
- c) zwalczania chorób i niedożywienia, a w tym — w ramach podstawowej opieki zdrowotnej — poprzez wykorzystanie m.in. łatwo dostępnych technologii oraz poprzez dostarczenie odpowiednich produktów żywnościowych i wody pitnej, z uwzględnieniem niebezpieczeństwa oraz ryzyka zanieczyszczenia środowiska naturalnego,
- d) zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka,
- e) zapewnienia, aby wszystkie grupy społeczne, a w szczególności rodzice oraz dzieci, były informowane i posiadały dostęp do oświaty oraz otrzymywały wsparcie w korzystaniu z podstawowej wiedzy w zakresie zdrowia dziecka i karmienia piersią, higieny i urządzeń sanitarnych, a także zapobiegania wypadkom,
- f) zapewnienia rozwoju profilaktycznej opieki zdrowotnej i usług, poradnictwa dla rodziców oraz wychowania w zakresie planowania rodziny.

3. Państwa — strony będą podejmowały wszystkie właściwe i skuteczne kroki na rzecz zniesienia tradycyjnych praktyk przynoszących szkodę zdrowiu dziecka.

4. Państwa — strony zobowiązują się działać na rzecz sprzyjania i zachęcania do rozwoju, współpracy międzynarodowej w celu stopniowego osiągnięcia pełnej realizacji praw uznanych w niniejszym artykule. W związku z tym szczególna uwaga będzie zwrócona na potrzeby krajów rozwijających się.

#### ARTYKUŁ 25

Państwa — strony uznają prawo dziecka, umieszczonego przez kompetentne władze w zakładzie w celach opieki, ochrony bądź leczenia w zakresie zdrowia fizycznego lub psychicznego do

<sup>40</sup> Fragmenty referatu prof. dr hab. med. J. K o p c z y Ń s k i e j - S i k o r s k i e j: *Konwencja praw dziecka wyznacznikiem działań na rzecz monitorowania i promowania zdrowia populacji w wieku rozwojowym*. W: J. R z e p k a (red.): *Kronika higieny szkolnej i medycyny na Śląsku i w Zagłębiu*. Katowice 1994, s. 272—273.

okresowej kontroli traktowania lub leczenia dziecka oraz wszystkich innych okoliczności, odnoszących się do jego umieszczenia.

#### ARTYKUŁ 26

1. Państwa — strony będą uznawać prawo każdego dziecka do korzystania z systemu zabezpieczenia społecznego, a w tym ubezpieczeń socjalnych oraz będą podejmowały niezbędne kroki dla osiągnięcia pełnej realizacji tego prawa zgodnie z ich prawem wewnętrznym.

2. Tam, gdzie jest to możliwe, powyższe świadczenia powinny być zapewnione z uwzględnieniem zasobów i warunków życia dziecka oraz osób odpowiedzialnych za jego utrzymanie, jak również wszelkich innych okoliczności, odnoszących się do stosowania i realizacji świadczeń wnioskowanych przez dziecko lub w jego imieniu.

#### ARTYKUŁ 27

1. Państwa — strony uznają prawo każdego dziecka do poziomu życia odpowiadającego jego rozwojowi fizycznemu, psychicznemu, duchowemu, moralnemu i społecznemu.

2. Rodzice lub inne osoby odpowiedzialne za dziecko ponoszą główną odpowiedzialność za zapewnienie, w ramach ich możliwości, także finansowych, warunków życia niezbędnych dla rozwoju dziecka.

3. Państwa — strony, zgodnie z warunkami krajowymi oraz odpowiednio do ich środków, będą podejmowały właściwe kroki dla wspomagania rodziców lub innych osób odpowiedzialnych za dziecko w realizacji tego prawa oraz będą udzielać w razie potrzeby pomocy materialnej oraz innych programów pomocy, szczególnie w zakresie żywności, odzieży i mieszkań.

4. Państwa — strony podejmują wszelkie właściwe kroki dla zapewnienia łożenia na utrzymanie dziecka ze strony rodziców lub innych osób ponoszących odpowiedzialność za dziecko, zarówno na terenie państwa — strony, jak i za granicą, w szczególności, jeżeli osoba ponosząca odpowiedzialność finansową za dziecko mieszka w państwie innym niż dziecko.

Państwa — strony będą dążyły do przystąpienia do umów międzynarodowych lub do zawarcia takich umów, jak również do zawierania odpowiednich porozumień. Konwencja o prawach dziecka zawiera szeroki i trwały consensus światowy co do tego, jakie są obowiązki rodziny, społeczności, państw, społeczności międzynarodowej wobec dziecka. Konwencja zawiera pełny katalog praw dziecka jako istoty ludzkiej uznawanych dziś przez społeczność międzynarodową. Mówi ona o prawach normalnych dzieci żyjących w normalnych warunkach. Ale nie zapomina także o prawach dzieci żyjących w warunkach nienormalnych, szczególnie trudnych. Konwencja przyjmuje zasadę, że interes dziecka zawsze powinien mieć pierwszeństwo przed innymi interesami, np.: interesami rodziców, społeczności lokalnej, Kościoła, a także państwa. Zakłada też, że naturalnym i optymalnym środowiskiem wzrostu i rozwoju dziecka, a także jego wychowania, jest rodzina.<sup>41</sup>

Następnym ogniwem działań w zakresie ochrony zdrowia i praw dziecka (po *Konwencji*) był zorganizowany w 1990 roku w Nowym Yorku Międzynarodowy Szczyt na Rzecz Dziecka. Odbywał się on z udziałem właściwych agencji

<sup>41</sup> Tamże, s. 274.

Narodów Zjednoczonych, w tym WHO, UNICEF, UNESCO i innych oraz wielu organizacji pozarządowych. Sformułowano na nim główne cele i plan działań — włączone do planów krajowych, zależnie od ich sytuacji i potrzeb — zmierzające do zapewnienia przeżycia, ochrony i rozwoju dzieci. Plan ten, bardzo szczegółowo opracowany, wyznacza cele działań do roku 2000, z których na czoło wysunięto m.in.: obniżenie umieralności niemowląt i matek, planowanie rodziny, ochronę dziewcząt i kobiet, obniżenie częstości występowania małej urodzeniowej masy ciała, upowszechnienie karmienia piersią, monitorowanie i promowanie rozwoju i wzrastania, podniesienie potencjału zdrowia dzieci i inne. Ostatnim ogniwem działań globalnych na rzecz dziecka i jego praw był, zorganizowany w 1992 roku w Rio de Janeiro Szczyt Ziemi — Agenda 21, w którym zawarto treści dotyczące dziecka i ochrony środowiska pod hasłem „Dzieci nade wszystko”. Przegląd dotychczasowych dokonań w ramach międzynarodowego ruchu na rzecz dziecka wyraziście uświadamia m.in. dorobek roku 1994, ogłoszonego Rokiem Zdrowia Rodziny, oraz roku 1995, roku 50. rocznicy powstania Organizacji Narodów Zjednoczonych, w którym został zorganizowany kolejny międzynarodowy szczyt obradujący ponownie pod hasłem „Dzieci nade wszystko” — poświęcony socjologicznej problematyce dzieciństwa. Od czasu uchwalenia *Konwencji praw dziecka* obserwuje się wyraźną intensyfikację działań na rzecz jakości jego życia, wszechstronnego rozwoju, pełni zdrowia i twórczej edukacji. Pogłębia się i poszerza jednocześnie rozumienie ochrony zdrowia i rozwoju, ich monitorowanie i promowanie. Ale zaakceptowane w zasadzie powszechnie założenia *Konwencji praw dziecka* muszą znaleźć swoją konkretną realizację, aby nowa „filozofia dziecka” i zdrowia miała realny wpływ na „bycie” konkretnej jednostki. W tym sensie propagowanie i realizowanie praw dziecka jest elementem profesjonalnej działalności każdego lekarza i każdej pielęgniarki<sup>42</sup>.

W latach 1970—1980 wprowadzono w Polsce zmiany w modelu organizacyjnym i formach opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, polegające na<sup>43</sup>:

- przyjęciu koncepcji medycyny wieku rozwojowego,
- integracji opieki zdrowotnej przez tworzenie rejonów pediatryczno-szkolnych,
- wprowadzeniu systemu badań przesiewowych i bilansowych oraz modyfikacji i dyspanseryzacji w przedziale całego wieku rozwojowego (0—18 lat).

„Słuszne w założeniach idee i rozwiązania modelowe okazały się niemożliwe do zrealizowania w sposób jednolity na terenie całego kraju. Doprowadziło to do znaczących dysproporcji w zabezpieczeniu opieki zdrowotnej dla różnych

<sup>42</sup> Tamże, s. 275.

<sup>43</sup> *Memorial w sprawie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą szkolną (projekt)*. W: J. R z e p k a (red.): *Kronika higieny szkolnej i medycyny na Śląsku i w Zagłębiu*. Katowice 1994, s. 380 i n.

grup wiekowych z preferencją dzieci najmłodszych i pogorszeniem, a w niektórych regionach kraju, pozbawieniem kompleksowej opieki dzieci w wieku szkolnym. Można było spodziewać się tego, ponieważ wprowadzenie koncepcji medycyny wieku rozwojowego (0—18 lat) nie pociągało za sobą działań adekwatnych do samej idei. I tak np. mimo formalnego objęcia opieką młodzieży (15—19 lat) nie zabezpieczono tej grupie wiekowej odpowiednich świadczeń diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych zarówno w lecznictwie » otwartym <<, jak i » zamkniętym <<.

Opieka profilaktyczna sprawowana przez personel medyczny w szkołach ponadpodstawowych (od 5 listopada 1992 roku tylko przez pielęgniarki, bez udziału lekarzy wycofanych ze szkół) nie została powiązana z leczeniem korektywą i rehabilitacją. Wojewódzkie przychodnie matki i dziecka coraz częściej ograniczały zakres świadczeń dla młodzieży w wieku 15—19 lat, przyjmując ostatnio tylko dzieci do 15 lat.

Prawidłowe funkcjonowanie zintegrowanego modelu opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą wymagało spełnienia licznych warunków, m.in.: (a) stabilizacji kadry — domowy pediatra mający kontakt ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym; (b) integracji dokumentacji zdrowotnej i jej obiegu — nowa książeczka zdrowia dziecka (paszport nie wprowadzony) od 0 do 18 lat; (c) rozwoju świadczeń specjalistycznych i rehabilitacyjnych — jako konsekwencja wyników badań określających dyspenseryzację w bilansach zdrowia.

System bilansów zdrowia, ujednoliconą i upowszechnioną metodyką badań miały na celu intensyfikację czynnej opieki oraz uzyskanie porównywalnych danych o stanie zdrowia populacji w różnych środowiskach<sup>44</sup>. Odstępiono jednak od modelu, którego wdrażanie rozpoczęto w latach osiemdziesiątych m.in.: przez zniesienie obowiązku badań bilansowych (na rzecz badań profilaktycznych), prowadzenie dyspenseryzacji<sup>45</sup>. Na XXX Jubileuszowym Ogólnopolskim Zjeździe Naukowym Higieny i Medycyny Szkolnej (7 września 1993 roku) przedstawiono krytyczną sytuację w zakresie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą szkolną. W przygotowanym *Memoriale* (projekt) podkreślono, że „główne przyczyny stale pogarszającego się stanu zdrowia młodego pokolenia Polaków pozostają w przeważającej mierze poza strefą działania służby zdrowia, a usunięcie ich wymaga pełnego zaangażowania wielu resortów oraz całego społeczeństwa. Należy zatem we wszystkich sferach funkcjonowania państwa i społeczeństwa nadać priorytet działaniom na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży jako warunek kształtowania zdrowego, zdolnego do fizycznego rozwoju społeczeństwa”<sup>46</sup>.

<sup>44</sup> Tamże, s. 380.

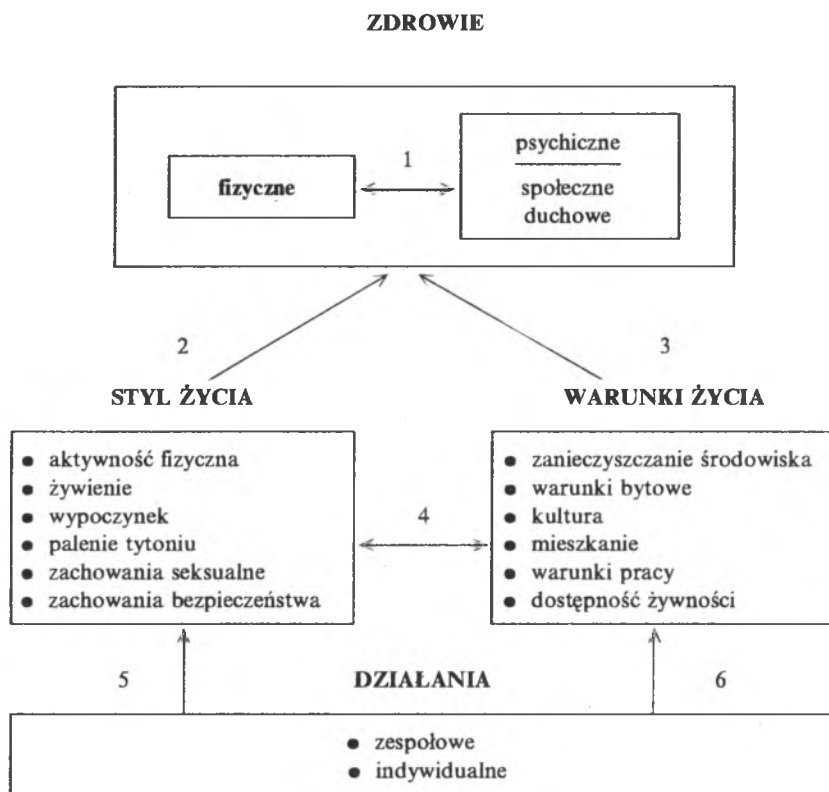
<sup>45</sup> Tamże, s. 381.

<sup>46</sup> Tamże, s. 382.



### 3.3. Środowiskowe aspekty nierówności w stanie zdrowia dzieci i młodzieży

Uwarunkowania zdrowia są złożone i można dokonać ich wieloczynnikowej analizy, jednak z całą pewnością należy zwrócić uwagę na trzy pola uwarunkowań zdrowotnych (por. rys. 3)<sup>47</sup>:



Rys. 3. Holistyczne ujęcie zdrowia i czynników nań wpływających według B. B. Jensena (1992)

Źródło: B. Woynarowska (red.): *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*. Warszawa 1995, s. 15.

#### Środowiskowe

A. Czynniki poddawane kontroli: szkodliwe substancje chemiczne, promieniowanie jonizujące, hałas, czynniki biologiczne, szkodliwe artykuły powszechnego użytku, niebezpieczne odpady.

<sup>47</sup> J. B. Karński, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 36.

B. Środowiska poddawane kontroli: woda, powietrze, żywność, środowisko zamieszkania, środowisko pracy.

### Zachowania związane ze zdrowiem (*health related behavior*)

A. Zachowania programowe: przestrzeganie zrównoważonej diety, aktywność fizyczna, umiejętność rozładowania stresów.

B. Zachowania eliminowane: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i leków, niebezpieczne prowadzenie pojazdów, agresja i przemoc.

**Służba zdrowia: dostępność, akceptacja opieki, organizacja i jakość opieki zdrowotnej**

Można bardziej uszczegółowić determinanty zdrowia, traktując je jako czynniki charakterystyczne dla sytuacji jednostki lub grupy: pozbawienie pracy, niekorzystne stosunki w miejscu pracy, fizyczny wysiłek w pracy, substancje szkodliwe w miejscu pracy, wyczerpująca praca, złe warunki mieszkaniowe, wandalizm w miejscu zamieszkania, udział w wypadkach drogowych, brak aktywności fizycznej<sup>48</sup>.

Wspomniane uwarunkowania można określić jako problemy zdrowotne. „Pozwalają na teoretyczne podporządkowanie tych bardzo złożonych zagadnień, ale jednocześnie mają istotną słabość: nie dostarczają informacji o mechanizmach kształtujących stan zdrowia. Tę rolę mogą spełniać jedynie dostatecznie potwierdzone wyniki badań empirycznych”<sup>49</sup>.

Poszukując zależności między szczegółowo wyznaczonymi czynnikami w otoczeniu człowieka, jego zachowaniami a powstawaniem choroby, trzeba osadzić tę kwestię w modelu prewencyjnym, związanym z szeroko rozumianą profilaktyką. Model promocji zdrowia skupia się zatem nie na chorobie, lecz na zdrowiu. Jest to odmienne postrzeganie problemu. Systemowe powiązanie elementów tworzy nową jakość, mogącą przesądzić o wyborze kierunku polityki zdrowotnej<sup>50</sup>. „Mandala zdrowia”<sup>51</sup> (*Mandala of Health* — schemat ekosystemu człowieka) ułatwia rozumienie czynników, wśród których znajduje się człowiek, jak również czynników warunkujących i promujących zdrowie. Niektóre elementy „mandali” są zapożyczone z idei czterech „pól zdrowia” zawartej w rozprawie *Zdrowie Kanadyjczyków*. W oryginalnej wersji wyróż-

<sup>48</sup> G. Dahlgren, F. Diderichsen: *Sweden Country Paper*. In: *Inequalities in Health and Health Care*. Stockholm 1985, cyt. za J. B. Karski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 35.

<sup>49</sup> Tamże, s. 37.

<sup>50</sup> Zob. np. J. B. Karski: *Promocja zdrowia jako podstawowy element polityki zdrowotnej*. „Problemy Higieny” 1992, nr 38.

<sup>51</sup> World Health Organization, Healthy Cities Project: *Promoting Health in the Urban Context*, paper 1, Dep. of Public Health City of Toronto 1988; T. Hancock: *The Mandala of Health: A Model of the Human Ecosystem in Health Promotion: A Resource Book*. WHO Copenhagen 1990.

niono: zachowania, środowisko, służbę zdrowia, czynniki genetyczne. „Mandale” obejmują<sup>52</sup>:

- czynniki biologiczne (genetyka, predyspozycje wrodzone, cechy systemu immunologicznego, cechy biochemiczne, fizjologiczne i anatomiczne jednostki i jej rodziny);
- zachowania jednostkowe, m.in. palenie, nawyki dietetyczne, prowadzenie pojazdów (wraz ze stosowaniem pasów bezpieczeństwa), skłonność do ryzyka;
- środowisko psychospołeczne: status społeczny i ekonomiczny, siły konformizujące w ramach grup pierwotnych i podatność na nie, podatność na zewnętrzną informację (w tym reklamę), dojrzałość grup wsparcia;
- środowisko fizyczne, warunki pracy i mieszkaniowe cechy bliższego i dalszego otoczenia.

W „mandali” nie wskazuje się na służbę zdrowia. Jednostkowe zachowania związane są z przebiegiem procesu socjalizacji w sensie kształtowania, modyfikowania i ograniczenia zachowań, a także z oddziaływaniami kultury, społeczności lokalnej, rodziny. Służba zdrowia ogranicza zaś swoje kompetencje do działania na styku czynników biologicznych i behawioralnych.

Pierwszy strategiczny cel krajów członkowskich europejskiego regionu Światowej Organizacji Zdrowia określa niniejszy cytat: „Okolo roku 2000 różnice w stanie zdrowia pomiędzy krajami i grupami zamieszkującej je ludności powinny być zmniejszone przynajmniej o 25%, przez poprawienie przede wszystkim stanu zdrowia społeczeństwa i grup ludności dotkniętych krzywdzącymi nierównościami”. Zjawisko nierówności społecznych (*social inequality*) posiada wyjątkowe znaczenie w aspekcie promocji zdrowia. Między innymi Black Report przygotowany na zlecenie brytyjskiego Departamentu Zdrowia i Bezpieczeństwa Społecznego (1980) udowodnił, że nierównomierne rozmieszczenie zjawisk zdrowotnych w populacji Wielkiej Brytanii znajdowało swoje uzasadnienie w nierównościach społecznych, związanych z dochodami, wykształceniem, mieszkaniem, dietą, zatrudnieniem i warunkami pracy<sup>53</sup>.

Nierówności w stanie zdrowia mogą być opisane dzięki użyciu dwu rodzajów zmiennych: gradientów i trendów. „Gradienty umożliwiają uwidocznienie różnic między grupami różniącymi się między sobą sytuacją społeczno-ekonomiczną, miejscem zamieszkania, potrzebami itp. Badania trendów sekularnych pozwala na uzyskanie informacji o długookresowych zmianach w kształtowaniu nierówności. Szczególnie przydatne są takie dane, które zawierają w sobie informacje o gradientach, jak i o trendach. Możliwe jest wówczas badanie uwarstwienia społeczeństwa jako całości, a także poszczególnych jego grup w czasie, a więc

<sup>52</sup> J. B. Karski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 31.

<sup>53</sup> Z. Słońska, M. Misiuna (oprac.): *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii, s. 25.

możliwe jest ustalenie tego, czy dystans pod względem badanych czynników między grupami społecznymi maleje czy rośnie albo utrzymuje się bez zmian<sup>54</sup>.

W antropologii wskaźniki tempa wzrastania i dojrzewania są miernikami zdrowia, stanowiącymi wyznaczniki nierówności w jego stanie. W medycynie społecznej i epidemiologii stosuje się pozytywne i negatywne mierniki zdrowia. Pozytywne dotyczą np. sprawności ruchowej, wydolności układu krążenia, negatywne zaś: zapadalności na określone choroby, przeciętnego trwania życia itd. Współczynnik umieralności niemowląt stanowi czuły miernik nierówności w stanie zdrowia. Systematyczne dane o umieralności niemowląt w Polsce publikowane były od 1927 roku. Dane o umieralności niemowląt były niepełne ze względu na obowiązującą w Polsce definicję urodzenia żywego. Według instrukcji Ministerstw: Zdrowia i Opieki Społecznej, Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych, Komunikacji oraz Sprawiedliwości z 1962 roku za noworodka żywo urodzonego uważa się takiego, który bezpośrednio po urodzeniu lub wydobyty z ustroju matki wykazuje przynajmniej jedną z oznak życia, jeżeli waży co najmniej 1001 gramów albo waży co najmniej 601 gramów, a poniżej 1001 gramów i przeżył co najmniej 24 godziny<sup>55</sup>. Polska przyjęła 30 czerwca 1994 roku definicję urodzeń żywych i martwych zgodnie z rekomendacją WHO, a zmiana metodologii w istotny sposób wpłynęła na wielkość liczby zgonów, powodując jej wzrost o ok. 18—20%, jak również wysokość współczynnika, który wzrósł o ok. 3 punkty<sup>56</sup>.

Jeżeli chodzi o warunki życia i ich znaczenie dla zdrowia, to obszar Górnego Śląska wyróżnia się na tle kraju specyfiką, stanowiącą czynnik wpływający na różnice w zdrowotności dzieci z tego terenu w porównaniu z populacją reszty kraju.

Obszar GOP to 1965 km<sup>2</sup>, jest to zatem trzecia część woj. katowickiego, średnia zagęszczenia ludności wynosi 2300 osób na 1 km<sup>2</sup>, przeciętna dla całego województwa — 592, a w miastach 1172 osoby na 1 km<sup>2</sup> (najwyższa gęstość zaludnienia występuje w Świętochłowicach — 4593 na 1 km<sup>2</sup>)<sup>57</sup>. Woj. katowickie zajmuje ogółem 6650 km<sup>2</sup>, co stanowi 2,1% powierzchni Polski, zamieszkuje ten obszar 3936,3 tys. osób (1994 rok), co stanowi 10,3% ogółu ludności Polski. Na obszarze tym znajduje się 4400 przedsiębiorstw przemysłowych (tj. 15% wszystkich zakładów w kraju), a wśród nich 241 szczególnie uciążliwych dla środowiska przyrodniczego. Warto podkreślić, że wydobywa

<sup>54</sup> J. Szymborski: *Współpraca międzysektorowa w identyfikacji i redukcji nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży*. W: *Problemy współpracy na rzecz zdrowia*. Materiały z konferencji krajowej, Warszawa 23—24 września 1994 r. Warszawa 1994, s. 127—128.

<sup>55</sup> Tamże, s. 128—129.

<sup>56</sup> *Rocznik statystyczny*, GUS 1995, s. 48—49; por. także J. Szymborski: *Współpraca międzysektorowa...*, s. 129.

<sup>57</sup> *Rocznik statystyczny województwa katowickiego*, WUS Katowice 1995, s. 60—66.

się tutaj 97,3% węgla kamiennego, wytwarza 48,7% wszystkich polskich samochodów osobowych, 55,2% stali surowej, 55,2% wyrobów walcowanych oraz 100% cynku i ołowiu. Ta szczególna sytuacja nadkoncentracji przemysłu powoduje poważne konsekwencje ekologiczne. Gospodarka woj. katowickiego emituje 742 czynniki degradujące środowisko, a systematyczne pomiary uwzględniają zaledwie 20 z nich<sup>58</sup>. A zatem opis sytuacji ekologicznej wydać się musi niepełny, w tym województwie emitowanych jest do atmosfery 25% wszystkich „polskich pyłów”, 28% gazów, a 25% ścieków odprowadza się do wód powierzchniowych, wytwarza się 25% odpadów poprodukcyjnych, ich bezwzględna wielkość szacowana jest na 1,5—1,7 mln ton (wykr. 4). We wszystkich częściach woj. katowickiego przekraczane są stężenia szkodliwych substancji znajdujących się w powietrzu, glebie, wodzie i pożywieniu<sup>59</sup>. Przyjmuje się, iż każdego dnia milion osób przebywa w miejscach szczególnie niebezpiecznych ekologicznie. Ta sytuacja odbija się bardzo niekorzystnie na stanie zdrowia zamieszkującej tutaj ludności<sup>60</sup>.

W regionie górnośląskim trzykrotnie wyższy — w stosunku do reszty kraju — jest wskaźnik zachorowalności na gruźlicę, częściej umiera się na nowotwory złośliwe (10%), choroby układu krążenia (20%), cukrzycę (50%), notuje się więcej zgonów, 45% kobiet dotkniętych jest patologią ciąży, a 10% noworodków przychodzi na świat zbyt wcześnie. Szczególnie niepokojący i świadczący o degradacji środowiskowej jest wskaźnik umieralności niemowląt na 1000 urodzeń, w woj. katowickim wynosi on 16,1 (w Polsce 15,1). Są miasta, dzielnice, gdzie wskaźnik ten jest wyższy, np. w hutniczo-górnicy dzielnicy Bytomia (Rozbark) na 1000 urodzeń odnotowano 30 zgonów, a w niektórych dzielnicach miast Górnego Śląska wskaźnik ten był nieznacznie niższy<sup>61</sup>. Górny Śląsk jako obszar klęski ekologicznej jest regionem (często jeszcze XIX-wiecznego i eksploatującego stare technologie) przemysłu ciężkiego i wydobywczego, gdzie już w latach siedemdziesiątych obserwowano negatywne skutki dla zdrowia, będące

<sup>58</sup> Zob. np. S. Godzik, J. Szdziej: *Próba oceny zanieczyszczenia środowiska przyrodniczego rejonu śląsko-krakowskiego*. W: *Ekologiczne uwarunkowania zdrowia i życia społeczeństwa polskiego*. Warszawa 1990.

<sup>59</sup> Zob. szczegółowe dane: *Ochrona środowiska w woj. katowickim w latach 1990–1993*. Katowice WUS 1993; L. Jarzębski (red.): *Raport o stanie środowiska w województwie katowickim w 1994 roku*. Biblioteka Monitoringu Środowiskowego. Katowice 1995.

<sup>60</sup> Np. J. Sroczynski: *Wpływ zanieczyszczonego środowiska GOP na stan zdrowia ludności*; a także T. Przybylski: *Zagrożenia środowiska województwa katowickiego*. W: *Środowisko a zdrowie człowieka w warunkach przemysłowania*. (Materiały z konferencji 17–18 lipca 1989 r.). Katowice 1990; A. Kondrak, A. Wędrychowicz: *Ołów jako czynnik zagrożenia zdrowotnego w województwie katowickim*. W: J. Zieliński (red.): *Czy środowisko woj. katowickiego wywiera ujemny wpływ na stan zdrowia ludności*. Katowice 1993.

<sup>61</sup> M. S. Szczepański: *Region katastroficzny wobec wyzwań cywilizacyjnych. Przypadek Górnego Śląska*. „*Studia Socjologiczne*” 1995, nr 1—2, s. 44—45; zob. także J. Zieliński (red.): *Czy środowisko woj. katowickiego wywiera ujemny wpływ na stan zdrowia ludności*. Katowice 1993.

efektem oddziaływania zanieczyszczonego środowiska; interesowali się tym problemem lekarze, biolodzy, geografowie, socjologowie, w mniejszym stopniu pedagodzy. „W tym regionie, przez cały okres lat osiemdziesiątych, prowadzone były systematyczne badania socjologiczne oparte w dużej mierze na metodologicznych tradycjach szkoły chicagowskiej, które to badania uwzględniały tak problemy degradacji środowiska, jak środowiskowych warunków życia, jak wreszcie problemy społeczne wynikające z organizacji życia społecznego w warunkach środowiska zdegradowanego. Prace te o charakterze wieloetapowych badań socjologicznych należą do socjologii miasta i choć problemy świadomości ekologicznej zajmują w nich bardzo ważne miejsce, trudno było je uznać za klasyczne badania z dziedziny socjologii środowiska”<sup>62</sup>.

Wpływ skażenia środowiska na zdrowie człowieka trudno ocenić w sposób całkowicie obiektywny. Wskaźniki stosowane w regionie o zdegradowanym środowisku naturalnym można podzielić na trzy grupy<sup>63</sup>:

- określenie stężenia ekotoksyn we krwi, włosach i innych tkankach, jak np. oznaczenie ołowiu u dzieci,
- analiza statystyczna danych epidemiologicznych, takich jak umieralność, zachorowalność, długość życia populacji (wykr. 5),
- poszukiwanie nowych wskaźników, jak np. niska masa ciała.

Należy podkreślić, że wskaźniki zachorowalności i umieralności niemożliwą są wykładnikiem zagrożenia populacji. Jako przykład niekorzystnego i zwiększającego się wpływu zdegradowanego środowiska na stan zdrowia młodej populacji na Górnym Śląsku można przytoczyć badania epidemiologiczne wykonane u 11 000 dzieci i młodzieży w wieku od 4 do 11 lat mieszkających w Zabrze<sup>64</sup>. U 38,8% stwierdzono zaburzenia w narządach ruchu, związane z wadami postawy, u 14,9% przewlekłe schorzenia układu oddechowego (astma, zapalenie oskrzeli), u 14% wady i schorzenia narządu wzroku, a aż u 10,7% opóźnienie w rozwoju umysłowym i ruchowym (w tym u 5% różne postacie porażenia mózgowych i niedorozwoju umysłowego oraz padaczkę). Stan zagrożenia zdrowia i życia obejmuje prawie 4 mln ludzi, w tym ok. 1,5 mln dzieci i młodzieży.

Uważa się ostatnio, że badaniu ołowiu we krwi należy poddać każde dziecko z zaburzeniami zachowania, złym samopoczuciem, niedokrwistością, bólami brzucha, głowy i objawami zmęczenia, a także trudnościami w nauce. Tak

<sup>62</sup> J. Wó d z, K. Wó d z: *Socjologiczne spojrzenie na środowisko, ciągłość i zmiana refleksji*. W: J. Wó d z (red.): *Zagrożenia ekologiczne, warunki życia, wizje przyszłości*. Katowice 1993, s. 11—12.

<sup>63</sup> I. N o r s k a - B o r ó w k a: *Stan zagrożenia zdrowia dzieci śląskich*. „Aura” 1995, nr 2.

<sup>64</sup> Tamże; zob. także M. J a k u b o w s k i: *Narażenie środowiskowe na ołów w Polsce*. „Pediatria Polska” 1996, nr 4 (suplement do nr 4); *Czy ołów zagraża zdrowiu dzieci zamieszkałych w Sosnowcu? Informacja o wynikach badań w Programie zapobiegania środowiskowemu zatruciu ołowiem u dzieci zamieszkałych na terenie województwa katowickiego*. Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu (wrzesień 1995 r.).

bowiem objawia się przewlekłe zatrucie łożowiem w małych dawkach. Równie niebezpieczne są spowodowane obecnością łożowiu w organizmie zaburzenia immunologiczne i niedokrwistość, nieraz trudne do wyleczenia, gdy dziecko przebywa stale w skażonym terenie. Na objawy zatrucia łożowiem narażone są dzieci tzw. niedoborowe, tzn. urodzone z małą masą ciała (wcześniaki, z hipotrofią wewnątrzmaciczną), z wadami rozwojowymi.

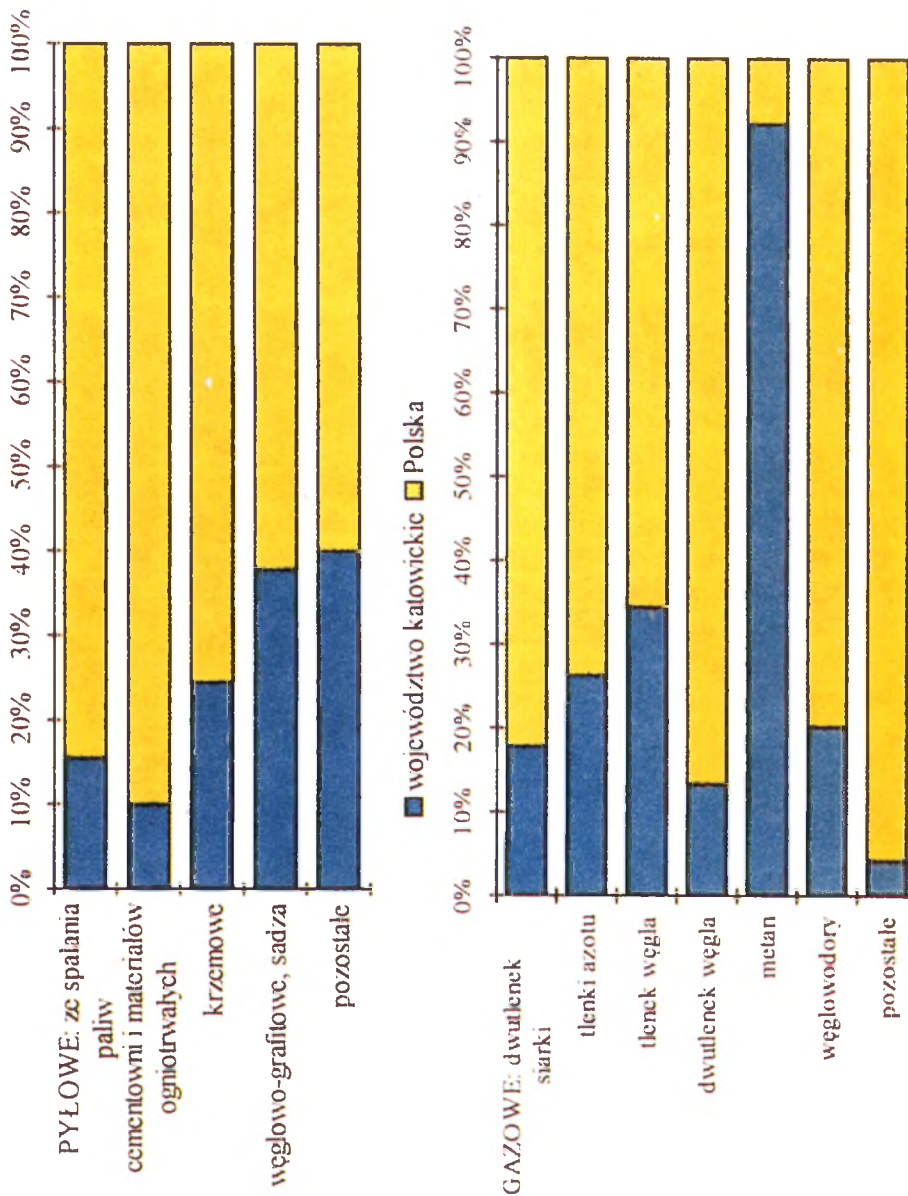
Z badań przedstawionych przez I. Norską-Borówkę<sup>65</sup> wynika, że objawy łożowicy są bardzo poważne, należą do nich: porażenia, zaburzenia widzenia, encefalopatia — różne ciężkie objawy mózgowo, niski iloraz inteligencji. Zatrucie przewlekłe małymi dawkami łożowiu, kadmu i rtęci występuje najczęściej równolegle i jest trudne do odgraniczenia u dzieci mieszkających na terenach klęski ekologicznej. W sytuacji wielu zagrożeń zdrowia wynikających z ekologicznych problemów na terenie GOP podejmuje się wiele działań na rzecz zmiany tej sytuacji, m.in. w czerwcu 1993 roku w Instytucie Ekologii Terenów Przemysłowych w Katowicach opracowano listę najważniejszych przedsięwzięć, zmierzających do poprawy warunków życia mieszkańców Górnego Śląska. Należą do nich<sup>66</sup>:

- przyspieszenie działań dla zapewnienia zasobów dobrej wody oraz uzyskania akceptowanej jakości wód powierzchniowych,
- przyspieszenie działań w celu minimalizacji zagrożeń środowiskowych,
- ograniczenie ekologicznych skutków eksploatacji górnictwa,
- minimalizacja ilości odpadów przemysłowych oraz uporządkowanie gospodarki odpadami komunalnymi przez zastosowanie regionalnych rozwiązań,
- likwidacja emisji zanieczyszczeń do powietrza ze źródeł niskich,
- przyspieszenie restrukturyzacji przestarzałego przemysłu hutniczego,
- zagospodarowanie zdegenerowanych terenów w wybranych gminach dla poprawy warunków życia mieszkańców,
- modernizacja urbanistyczna aglomeracji górnośląskiej,
- zmiana sposobów zagospodarowania terenów leśnych oraz możliwych do zalesienia z wykorzystaniem ich funkcji ekologicznych i społecznych,
- stworzenie instytucjonalnych podstaw pozwalających na uczestnictwo społeczeństwa w procesach decyzyjnych.

Ponadto od 1 września 1993 roku Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego został mianowany Ośrodkiem Współpracującym ze Światową Organizacją Zdrowia w Zakresie Oceny Skutków Zdrowotnych Zanieczysz-

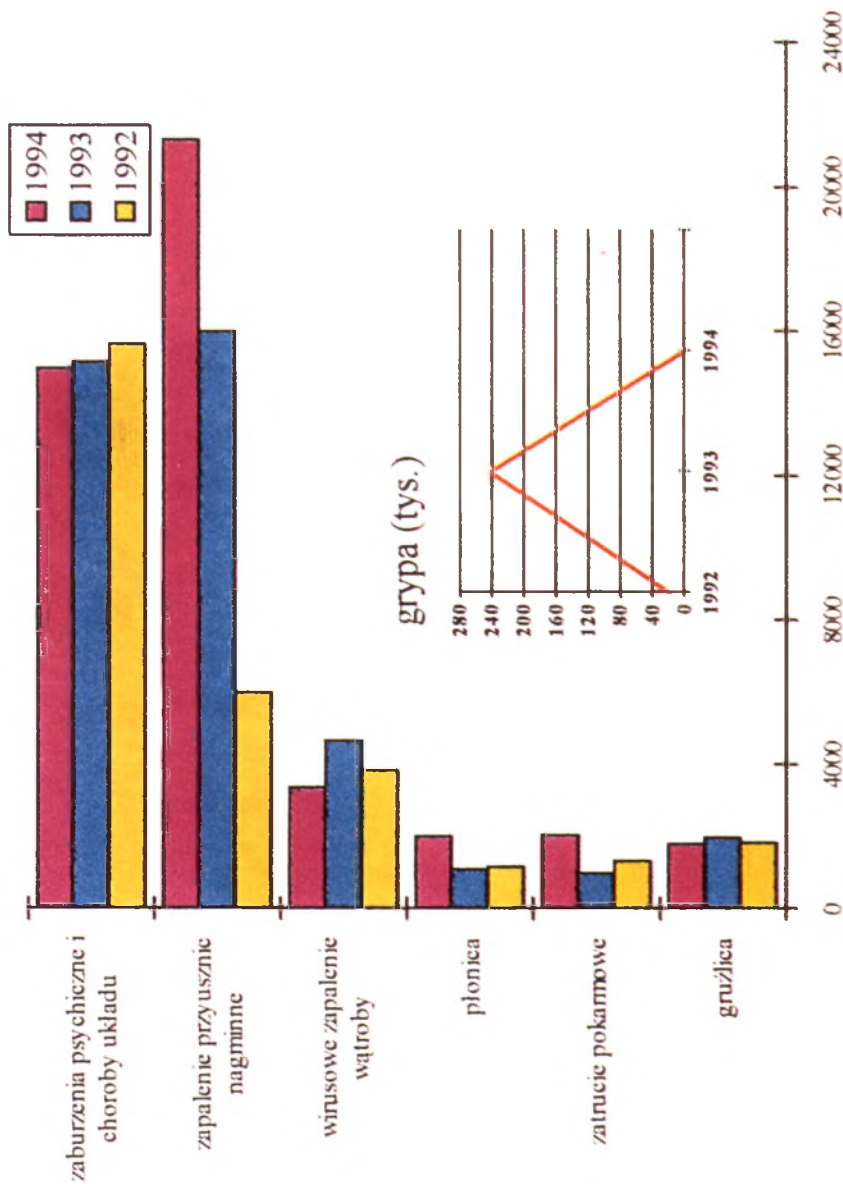
<sup>65</sup> I. Norska-Borówka: *Stan zagrożenia...*; także I. Norska-Borówka, J. Bursa, J. Kasznia-Kocot: *Wpływ zdegenerowanego środowiska na zdrowotność dzieci śląskich*. Katowice 1992; J. Kasznia-Kocot, R. Wywiół, M. Wywiół: *Rola działań promujących zdrowie w zapobieganiu zatruciu łożowiem u dzieci*. W: *Problemy współpracy...*, s. 166—174.

<sup>66</sup> J. Zieliński (red.): *Czy środowisko...*, s. 121.



Wykr. 4. Zanieczyszczenia powietrza w województwie na tle kraju w 1994 roku  
 Źródło: Rocznik statystyczny województwa katowickiego, WUS 1995, s. 440.





Wykr. 5. Nowo zarejestrowane zachorowania na niektóre choroby w woj. katowickim  
 Źródło: Rocznik statystyczny województwa katowickiego, WUS 1995, s. 339.

czenia Środowiska i Szkolenia w Dziedzinie Zdrowia Środowiskowego. W ramach planu pracy Ośrodka Instytut realizuje następujące zadania<sup>67</sup>:

- ocena wpływu zanieczyszczenia środowiska na zdrowie dzieci na obszarach uprzemysłowionych i zurbanizowanych,
- wpływ zanieczyszczenia powietrza na stan układu oddechowego dzieci,
- monitoring narażenia na substancje mutagenne,
- wymiana doświadczeń w trakcie monitorowania środowiskowych zagrożeń zdrowia w krajach Europy Środkowej i Wschodniej,
- podplomowe szkolenie lekarzy środowiskowych,
- krótkoterminowe szkolenia w zakresie ryzyka zawodowego.

Instytut w Sosnowcu jest krajowym koordynatorem programu PHARE, dotyczącego określenia wpływu zanieczyszczenia powietrza na stan układu oddechowego dzieci zamieszkałych w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Instytut realizuje również inne programy badawcze, m.in. w zakresie oceny wpływu ołowiu na stan rozwoju psychofizycznego dzieci (Szwecja), w zakresie prewencji zatruc dzieci ołowiem (Belgia), w zakresie zaburzeń zdrowia spowodowanych występowaniem ołowiu (USA).

Ostateczne zatwierdzenie traktatu z Maastricht i utworzenie Unii Europejskiej stanowi pierwszy krok do powstania unii gospodarczej i walutowej do końca bieżącego stulecia. Oprócz tych organów centralnych Unia Europejska ma jeszcze wiele wyspecjalizowanych agend, zajmujących się ściśle określoną sferą działalności, z siedzibami w różnych krajach członkowskich: Urząd Kontroli Weterynaryjnej — Irlandia, Agencja dla Środków Farmaceutycznych — Wielka Brytania, Urząd Ochrony Znaków Firmowych i Pracy — Hiszpania, Placówka Obserwacyjna do Spraw Narkotyków — Portugalia, Europol — Holandia, Europejska Fundacja Kształcenia Zawodowego — Grecja, Europejski Instytut Walutowy — Niemcy. Ostatnio dołączyła jeszcze Europejska Agencja Ekologiczna. W końcu lipca 1994 roku został zatwierdzony szczegółowy plan pracy Agencji, a także powołano sieć informacyjną. Dopiero jednak decyzja Rady Europejskiej z 29 października 1993 roku o lokalizacji Agencji w Kopenhadze stworzyła podstawy rozwoju jej działalności. Europejska Agencja Ekologiczna dostarcza informacji, które mają być bezpośrednio wykorzystane w kształtowaniu polityki ochrony środowiska Unii i krajów członkowskich. Do najważniejszych dziedzin jej działalności należy zaliczyć: jakość powietrza i emisje do atmosfery; jakość wody; substancje szkodliwe i zasoby wody; stan gleby; ochronę gatunków zwierząt, roślin i biotopów; wykorzystanie gleby i naturalnych czynników produkcji; gospodarkę odpadami; kwestię hałasu; środki chemiczne niebezpieczne dla środowiska; ochronę obszarów nadbrzeż-

<sup>67</sup> WHO. Collaborating Centre for Environmental Pollution. *Health Impact Assessment and Training in Environmental Health. Current Activities*. Sosnowiec 1996.

nych. Europejska Agencja Ekologiczna ma duże znaczenie dla Polski jako przyszłego pełnoprawnego członka Unii Europejskiej<sup>68</sup>.

W aktualnej sytuacji zagrożeń ekologicznych w Polsce istnieje pilna potrzeba integracji wszelkich działań w celu poprawy warunków środowiskowych i zdrowotnych społeczeństwa.

Zagadnieniem inspirującym było z pewnością sformułowanie globalnego programu działań Szczytu Ziemi w Rio de Janeiro, w 1992 roku, zwanego Agendą — 21. Meritum programu zawiera się w stwierdzeniu, że zdrowie ludzkie zależy od szeroko pojętego zdrowego środowiska (*total environment*). Konsekwencją tego są wspólne działania resortów ochrony środowiska, zasobów naturalnych i leśnictwa oraz zdrowia i opieki społecznej zmierzające do ograniczenia i eliminacji zagrożeń dla zdrowia ludzkiego, spowodowanych zanieczyszczeniem środowiska. Niezwykle ważny z punktu widzenia współpracy międzyresortowej jest system Państwowego Monitoringu Środowiska, tworzący obecnie na terenie Polski trzystopniową sieć pomiarową. Składa się on z sieci ogólnokrajowej, obejmującej m.in. stacje pomiarowe, które pracują w ramach międzynarodowych programów pomiarowych, sieci regionalnych — badania aktualnego stanu środowiska w skali regionu lub aglomeracji miejskich oraz sieci lokalnych, obejmujących zakłady przemysłowe w celu kontroli i oceny ich oddziaływania na środowisko. Państwowy Monitoring Środowiska współdziała z monitoringiem zdrowia oraz monitoringiem żywności i płodów rolnych, koordynowanym przez Państwową Inspekcję Sanitarną, działającą w resorcie zdrowia i opieki społecznej<sup>69</sup>.

Na I Europejskiej Konferencji nt. „Środowisko i zdrowie” we Frankfurcie nad Menem w grudniu 1989 roku została uchwalona *Europejska karta na temat środowiska i zdrowia (Charter on Environment and Health)*. Stanowi ona zbiór zasad polityki zdrowia publicznego i ochrony środowiska. Można ją również uznać za poszerzoną wersję celów europejskiej polityki w dziedzinie wpływu stanu środowiska na zdrowie człowieka, przyjętych przez 32 kraje członkowskie WHO Regionu Europejskiego w 1984 roku. Zaakceptowany przez Radę Ministrów *Narodowy program zdrowia dla Polski* został oparty na rekomendowanej przez WHO strategii zawartej w *Europejskiej karcie na temat środowiska i zdrowia*. Do koordynacji działań związanych z praktyczną realizacją zasad *Karty*, na podstawie ustaleń konferencji we Frankfurcie, Europejskie Biuro Regionalne Światowej WHO w Kopenhadze powołało Europejskie Centrum „Środowisko i zdrowie”, z oddziałami w Rzymie, w Nancy oraz w Bilthoven (Holandia). Oddział z Bilthoven koordynuje programy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w zakresie wpływu

<sup>68</sup> E. Kościński: *Europejska Agencja Ekologiczna*. „Aura” 1995, nr 2, s. 8.

<sup>69</sup> R. Miłaszewski: *Ochrona środowiska i zdrowia w programach ONZ w Polsce*. „Aura” 1995, nr 7, s. 11.

zanieczyszczenia środowiska na zdrowie człowieka, ochrony powietrza i zasobów wodnych przed zanieczyszczeniami, a także epidemiologii opisowej oraz toksykologii.

Do najważniejszych osiągnięć II Europejskiej Konferencji WHO na temat „Środowisko i zdrowie” (1994) należy zaliczyć:

- przyjęcie programu działań ekologicznych dla zdrowia w Europie (*Environmental Health Action Plan for Europe*),
- powołanie Europejskiego Komitetu do Spraw Środowiska i Zdrowia.

„Zgodnie z postanowieniami Europejskiej karty na temat środowiska i zdrowia rozpoczęto w końcu 1990 roku realizację zintegrowanych Narodowych programów w zakresie środowiska i zdrowia (*National Integrated Programmes on Environment and Health – NIPEH*) w trzech krajach Europy Środkowo-Wschodniej, tj. byłej Czechosłowacji, Polsce i na Węgrzech. W ramach tych działań Biuro Programu UNEP/WHO w Polsce prowadzi obecnie prace związane z realizacją czteroletniego planu”<sup>70</sup>.

Zróznicowania osobowe, środowiskowe, preferowanie w procesie socjalizacji różnych stylów życia, zróżnicowana opieka medyczna powodują nierówności w zdrowotności dzieci i młodzieży. Mają jednak one także swoje źródło w warunkach społeczno-ekonomicznych, które determinują z kolei życie rodzin, warunki nauki szkolnej, możliwości korzystania z opieki zdrowotnej.

Rola czynników pozaindywidualnych w kwestii zdrowia wydaje się bardzo duża. Ludzie żyjący w bogatych krajach demokratycznych, a zwłaszcza pochodzący z wyższych warstw społecznych, mają nieporównanie większe szanse długiego i zdrowego życia niż ci, którzy tych cech nie posiadają. Ponadto wśród środowisk społecznie upośledzonych postawy promujące zdrowie nie są popularyzowane<sup>71</sup>.

Wysokie usytuowanie programu zmniejszania różnic w stanie zdrowia wśród celów europejskiej strategii *Zdrowie dla wszystkich do 2000 roku* jest związane z niepowodzeniem działań w tym zakresie, w szczególności pomiędzy grupami zajmującymi różną pozycję w społeczno-ekonomicznej stratyfikacji w krajach rozwiniętych, gdzie prawo do ochrony zdrowia jest uznane za jedno z podstawowych uprawnień obywatelskich i realizowane za pomocą powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej. Wyniki bardzo wielu badań na świecie wykazały niezbicie, że warstwy uboższe, mniej wykształcone, należące do niższych klas społeczno-zawodowych itp. charakteryzują się gorszymi wskaźnikami stanu zdrowia niż bardziej wykształcone, zamożniejsze i sytuujące się w wyższych

<sup>70</sup> Tamże, s. 12—13; J. Boć, E. Samborska-Boć: *Ochrona środowiska. Źródła*. Wrocław 1994.

<sup>71</sup> C. Włodarczyk: *Polityka, wolna wola, zdrowie. Miejsce dla promocji zdrowia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”. Warszawa 1995, nr 7, s. 8—19.

klasach społeczno-zawodowych<sup>72</sup>. „Jedną z najsilniej różnicujących grupy społeczne zmiennych jest poziom wykształcenia i związana z nim kategoria społeczno-zawodowa. Niższemu poziomowi wykształcenia towarzyszy wyższy współczynnik umieralności niemowląt, zwłaszcza z przyczyn egzogenicznych, a także wyższa umieralność dzieci z powodu wypadków, urazów i zatruc. Przeciętny poziom umysłowy dziecka stanowi niemal liniową funkcję pozycji społeczno-zawodowej ojca w strukturze społecznej i jest najwyższy wśród dzieci ojców zaliczanych do kategorii inteligencji, a najniższy wśród dzieci robotników niewykwalifikowanych”<sup>73</sup>. W badanej populacji uczniów (N=519) 84,8% legitymowało się pochodzeniem robotniczym, 11,0% inteligenckim i 4,2% chłopskim.

Jak podaje L. Piwowarska-Pościk<sup>74</sup>, powołując się na badania europejskie, w ostatnim okresie wzrost różnic w stanie zdrowia pomiędzy grupami o odmiennym statusie stanowił uboczny i nie przewidywany skutek realizacji programów promocji zdrowia, które w większości okazały się bardziej skuteczne w stosunku do grup usytuowanych wyżej w społeczno-ekonomicznej stratyfikacji, wywołując znacznie większą modyfikację zachowań tych grup w kierunku prozdrowotnym niż grup zajmujących niższe pozycje. Nie tylko niższy status może prowadzić do gorszego zdrowia, lecz także złe zdrowie może przyczyniać się do obniżenia statusu. Znacznie jednak aktywniejszą rolę w obrębie tej zależności o czym świadczą wyniki dotychczasowych badań — odgrywa pozycja w społeczno-ekonomicznej stratyfikacji, która wpływa na stan zdrowia za pośrednictwem takich czynników, jak: warunki życia i pracy, style życia, a także dostępność i korzystanie z opieki zdrowotnej.

Pogarszanie się stanu zdrowia polskiego społeczeństwa wiąże się ze wzrostem natężenia negatywnych zjawisk zdrowotnych w obrębie grup o najniższym statusie, tzn. dotkniętych ubóstwem i bezrobociem. W literaturze przedmiotu odnajdujemy pewne potwierdzenie tej hipotezy w cytowanych badaniach zespołu pracowników Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, z 1993 roku, prowadzonych na reprezentatywnej próbie dorosłej ludności polskiego społeczeństwa. Stanowią je przede wszystkim bardzo silne związki

<sup>72</sup> L. Piwowarska-Pościk: *Nierówności w zdrowiu*. W: *Problemy współpracy...*, s. 102; M. G. Marmot, M. Kogevinas i M. A. Elson: *Socioeconomic Status and Disease*. In: B. Badura, I. Kickbusch (eds.): *Health Promotion Research. Towards a New Social Epidemiology*. WHO Regional Publications, European Series, No. 37, s. 113—147.

<sup>73</sup> D. Duch, B. Uramowska - Żyto: *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie*. W: J. K o p c z y Ń - s k i, A. S i c i Ń s k i (red.): *Człowiek, środowisko, zdrowie*. Warszawa 1990, s. 172; zob. także J. M a l a n o w s k i (red.): *Nierówności społeczne w Polsce w świetle badań empirycznych*. Warszawa 1975.

<sup>74</sup> L. Piwowarska-Pościk: *Nierówności...*, s. 102.

między zmiennymi stratyfikacyjnymi (wykształcenie, źródło utrzymania, charakter pracy i zajmowane stanowisko)<sup>75</sup>.

W badanej populacji (N = 519 uczniów) 216 matek jest zatrudnionych, a 203 pozostają bez pracy, w tym zasiłek pobiera 61, a emeryturę lub rentę — 13. Na urloпах wychowawczych pozostaje 25 matek. Wśród ojców odnotowano 111 osób niepracujących, w tym zasiłek pobiera 23, a rentę i emeryturę — 21. Warto podkreślić, iż w 1994 roku w woj. katowickim było zarejestrowanych 172 184 bezrobotnych (na dzień 31 grudnia), tj. 10,4%. Z danych GUS wynika także, że stopa bezrobocia w Polsce w 1994 wynosiła 16,0%. Stanowi to impuls do rozważania konsekwencji zdrowotnych bezrobocia oraz wyjaśnienie społecznych nierówności w stanie zdrowia oraz sposobach ich redukcji. W historii badań naukowych dotyczących relacji między bezrobociem a zdrowiem można wyróżnić okresy, które wyznaczane są przez fluktuacje na rynku pracy poszczególnych krajów i regionów. Są to lata trzydzieste, tj. czas Wielkiego Kryzysu. Drugim okresem rozwoju takich badań są lata osiemdziesiąte na Zachodzie (koniec wojennej prosperity) i lata dziewięćdziesiąte w krajach Europy Środkowej i Wschodniej (transformacja gospodarki). Dla uniknięcia niejasności definicyjnych trzeba zaznaczyć, że bezrobocie jest tu pojmowane jako „[...] zjawisko strukturalne gospodarki wolnorynkowej polegające na większym lub mniejszym społecznym poczuciu zagrożenia stabilności pracowniczej i zawodowej, utracie pracy, utracie możliwości wykonywania — na danym terytorium wykształconego zawodu, konieczności dokonywania nowego wyboru aktywności zawodowej i wiążącego się z tym przekwalifikowania, wreszcie, niemożności znalezienia pracy zarobkowej w ogóle — wywołującego kompleks skutków ekonomicznych, społecznych, politycznych, moralnych i zdrowotnych”<sup>76</sup>. Z badań przeprowadzonych przez Instytut Pracy i Płacy wynika, że w 1992 roku ok. 67% matek z dziećmi żyło w ubóstwie, a spośród matek bezrobotnych 90% żyje nadal poniżej minimum socjalnego. Dodajmy, że rośnie liczba rodzin niepełnych w 1995 roku stanowiły one 18%. Z badania GUS przeprowadzonego w sierpniu 1993 roku wynika, że rodziny bezrobotne ograniczały wydatki na: żywność (50,7% rodzin), odzież i obuwie (67,5%), utrzymanie dzieci (9,0%), kształcenie i kulturę (20,2%), przejazdy, transport (12,2%) oraz leki, sprzęt rehabilitacyjny (6,7%). Istotne jest również to, z jakich wydatków rezygnują te rodziny (poza codziennymi wydatkami). Dotyczą one: wyjazdów urlopowych (53,9% rodzin), wyjazdów weekendowych (16,8%), odpłatnych usług (19,6%), odpłatnych form opieki zdrowotnej (15,6%). Rezygnacje te w większym stopniu odnoszą się do miast<sup>77</sup>.

<sup>75</sup> Tamże, s. 103.

<sup>76</sup> J. Hughes: *An Outline of Modern Psychiatry*. John Wiley & Sons, Chichester 1991, cyt. za R. Grębowski: *Bezrobocie jako czynnik ryzyka*. W: *Problemy współpracy...*, s. 253.

<sup>77</sup> J. Nosko: *Bezrobocie jako ryzyko zdrowotne*. W: *Problemy współpracy...*, s. 247; „Polityka” 1996, nr 23.

Warto w tym miejscu przytoczyć interesujące badania M. H. Brennera z Uniwersytetu Johna Hopkinsa w Baltimore (USA). W opublikowanym w roku 1976 opracowaniu, przygotowanym na zlecenie Kongresu USA, Brenner przedstawił szacunek społecznych kosztów kryzysów ekonomicznych w Stanach Zjednoczonych. Według jego obliczeń, 1% bezrobocia trwającego przez 6 lat miało prowadzić do 37 000 dodatkowych zgonów. Opracowany model posłużył następnie Brennerowi do analizy zdrowotnych skutków bezrobocia występującego w Anglii i Walii w latach 1936 — 1976. Analiza wykazała, że długoterminowy wzrost dochodów *per-capita* korelował z poprawą sytuacji zdrowotnej populacji, a w czasie cyklicznych fluktuacji produkcji wzrastała zachorowalność u ludzi z ograniczonym wykształceniem, u osób bezrobotnych przez długi czas oraz u ludzi, których przygotowanie zawodowe okazało się niepotrzebne z powodu racjonalizacji i wprowadzenia nowych technologii. Na tej podstawie Brenner sformułował następujące wnioski szczegółowe<sup>78</sup>:

- recesja prowadzi do wzrostu bezrobocia, ludzie, którzy utracili swój zawód, stają się mniej zdolni do rywalizacji na rynku pracy;
- bezrobocie może mieć rzeczywisty i bezpośredni wpływ na zdrowie (szczególnie na zdrowie psychiczne), a także zapoczątkować długookresowy proces prowadzący do chronicznej choroby i — po latach — może stać się przyczyną śmierci;
- łącznie recesja — wiążąca się z bezrobociem — przyczynia się do interakcji pomiędzy chroniczną zachorowalnością a wzrostem uwrażliwienia na potrzeby ekonomiczne.

Niewątpliwie najczęstszym objawem zmian zachodzących w sferze zdrowia, powodowanych bezrobociem, jest stres. Jego wynikiem może być naruszenie systemu odpornościowego organizmu i zagrożenie chorobą wieńcową. Jak wynika z badań, bezrobocie i sporadyczne zatrudnienie są najczęstszymi przyczynami stresu, wywołującymi stan zmniejszonego szacunku dla siebie, wzrost depresji, alkoholizm oraz impotencję seksualną. Specyficzny stan zdrowia psychicznego cechuje pracowników w okresie przedemerytalnym. Polega on na przeciwstawieniu się obawie utracenia dotychczasowego statusu społecznego i poczucia bezpieczeństwa — z jednej strony — oraz stresie w rodzinie wiążącym się z pytaniem o nowe źródło dochodów — z drugiej. Długość i wielokrotność stanu bezrobocia wywołują bezpośrednie negatywne skutki dla zdrowia psychicznego<sup>79</sup>. Bezrobocie bywa jednak często uwikłane w konteksty innych zmiennych,

---

<sup>78</sup> A. Kurzynowski: *Polityka zdrowotna jako element polityki społecznej*. W: *Problemy współpracy...*, s. 39; por. także M. Szylko-Skoczny (red.): *Społeczne skutki bezrobocia w wymiarze lokalnym*. Warszawa 1992; T. Borkowski, A. Marcinkowski (wybór): *Socjologia bezrobocia*. Seria: „Biblioteka Pracownika Socjalnego”. Warszawa 1996.

<sup>79</sup> M. H. Brenner: *Morality and the National Economy. A Review and the Experience of England and Wales, 1936–1976*. „Lancet” 1979, Vol. 2, No. 15, s. 568, cyt. za J. Nosko: *Bezrobocie jako...*, s. 242.

wcześniej sygnalizowanych, które również mogą wpływać na stan zdrowia, jak: wiek, status społeczny, wykształcenie czy podłoże materialne.

Jeśli determinanty zdrowia podzielić na dwie podstawowe kategorie: fizyczne (jakość wody pitnej, warunki sanitarne, zanieczyszczenie środowiska, standard mieszkań, radiacja, hałas itp.) oraz społeczno-kulturowe (poziom wykształcenia, wielkość dochodu, nawyki żywieniowe, brak pracy itp.), to okaże się, że bezrobocie staje się współzależne nie tylko z pokrewnymi mu czynnikami społecznymi, ale także — fizycznymi<sup>80</sup>. Oczywiście utrudnia to badanie rzeczywistego (a nie pozornego) wpływu bezrobocia na zdrowie, gdyż wymaga standaryzacji wymienionych i innych zmiennych. R. Grębowski<sup>81</sup> podkreśla, że w tej sytuacji bardziej uzasadnione jest rozpatrywanie bezrobocia nie jako przyczyny negatywnych zjawisk zdrowotnych, lecz raczej jako czynnika ryzyka.

Podejście takie jest tym bardziej uzasadnione, iż wyniki badań nad wpływem bezrobocia na zdrowie — zwłaszcza w odniesieniu do konkretnych jednostek chorobowych — nie są jednoznaczne. I tak np. w jednych badaniach wiąże się ono z depresją, w innych zaś — nie. Jednakże, mówiąc bardziej ogólnie, współwystępowanie negatywnych zjawisk zdrowotnych z pozostawaniem bez pracy jest już dostatecznie udowodnione. W badaniach nad skutkami bezrobocia podkreśla się trzy rodzaje skutków: psychologiczne, społeczne, fizyczne. Wszystkie one są związane ze statusem zdrowotnym. Co więcej, dotyczą nie tylko samego bezrobotnego, lecz także jego najbliższych<sup>82</sup>.

Makrostrukturalne, rozpatrywane w kontekście socjologicznym, uwarunkowania bezrobocia mają wpływ na rodzinę przede wszystkim przez<sup>83</sup>: zachodzące w społeczeństwie przemiany struktury społeczno-zawodowej i statusowej; zróżnicowany sposób oddziaływania bezrobocia na rodziny ludzi bezrobotnych w zależności od ich aktualnego statusu społecznego oraz zróżnicowanie społeczno-gospodarcze i kulturowe regionów modyfikujące sytuację bezrobotnych i ich rodzin. Przynależność rodziny bezrobotnego do określonej klasy czy warstwy społecznej — skorelowana na ogół z poziomem

---

<sup>80</sup> N. J. Kemp, A. Mercer: *Unemployment, Disability, and Rehabilitation Center and Their Effects on Mental Health*. „Journal of Occupational Psychology” 1983, Vol. 56, No. 6, s. 37—38; G. L. Klerman: *Stress — Its Definition; Its Relationship to Work, and How Do We Cope with It*. „Work and Health Inseparable in the 80s”. Conference Proceeding, January 1981, cyt. za J. Nosko: *Bezrobocie jako...*, s. 243.

<sup>81</sup> R. Grębowski: *Bezrobocie jako czynnik ryzyka*. W: *Problemy współpracy...*, s. 254; zob. także G. Dahlgren, F. Diderichsen: *Sweden Country Paper...*; D. Dodey, R. Catalano: *Unemployment as a Stressor: Findings and Implications of Recent Study*. In: B. Badura, I. Kickbusch (eds.): *Health Promotion Research...*, s. 313—341.

<sup>82</sup> R. Grębowski: *Bezrobocie...*, s. 254; zob. także T. Borkowski, A. Marcinkowski: *Socjologia...*

<sup>83</sup> Z. Tyszką: *Determinanty bezrobocia i jego skutki dla rodzin*. „Polityka Społeczna” 1995, nr 7, s. 13—14.



wykształcenia — przydaje mu (a także rodzinie) wiele cech, zarówno w sferze obiektywnej, jak i subiektywnej. Te zaś związane z poszczególnymi kategoriami społecznymi (przynależność do różnych makrostruktur), różnicują sytuację bezrobotnego w rodzinie, funkcjonowanie rodziny w warunkach bezrobocia, stopień radzenia z trudnościami. Mezostrukturalne uwarunkowania bezrobocia, sytuacji bezrobotnego i jego rodziny zlokalizowane są na poziomie społeczności lokalnej (konkretna wieś, miasteczko, średnie miasto, duże miasto). Uwagi poczynione w odniesieniu do zróżnicowania makroregionów można również odnieść do zróżnicowania społeczności lokalnych — bez większej zmiany ich treści. Miasta będące siedliskiem przedsiębiorstw bankrutujących i stagnacyjne gospodarczo nadają bezrobociu specyficzne cechy.

Jak podkreśla Z. Tyszka, niezwykle znaczące są również mikrostrukturalne uwarunkowania bezrobocia oraz jego odniesień do konkretnych bezrobotnych i ich sytuacji rodzinnej. W pierwszej kolejności należy wziąć pod uwagę strukturę rodzin oraz stopień ich odchylenia od normalnego funkcjonowania pod wpływem innych czynników niż bezrobocie, zaistniałych często jeszcze przed bezrobociem. W tzw. rodzinie problemowej dochodzi do wystąpienia całego kompleksu zjawisk negatywnych, tj. dezorganizacji, dezintegracji, choroby — w przypadku niesprawności. Rodziny dotkliwiej odczuwają utratę pracy przez swych członków zarówno w sferze materialnej egzystencji, jak i w sferze wewnętrznych stosunków międzyludzkich. Stwarzają też dodatkowe kłopoty w sytuacji życiowej bezrobotnego i utrudniają mu ponowną aktywizację zawodową. Jeśli w odniesieniu do pewnej kategorii rodzin dotkniętych bezrobociem kumulują się negatywne czynniki makrostrukturalne (zlokalizowane w regionie), mezostrukturalne (zlokalizowane w zamieszkiwanej społeczności lokalnej, np. w konkretnym mieście) oraz mikrostrukturalne (zlokalizowane w samej rodzinie), mamy wówczas do czynienia z najbardziej dotkliwym oddziaływaniem bezrobocia, niejednokrotnie łamiącym ludzkie losy<sup>84</sup>.

W 1994 roku poniżej relatywnej granicy ubóstwa (*poverty line*) znalazło się 13,5% populacji (tj. ok. 5 mln osób)<sup>85</sup>. Z przeprowadzonych analiz — prezentowanych przez A. Szukiełojć-Bieńkuńską<sup>86</sup> — wynika, że ubóstwem trwałym najbardziej zagrożone są: gospodarstwa osób bezrobotnych, rodziny mieszkające na wsi i w małych miastach, gospodarstwa osób o niskim poziomie

<sup>84</sup> Tamże, s. 15.

<sup>85</sup> Termin „linia ubóstwa” używany bywa zamiennie z terminami „granica” lub „próg ubóstwa” (*poverty line*). Relatywne linie ubóstwa zostały omówione m.in. w: A. J. M. Hagenaars, K. de Vos, M. A. Zaidi: *Poverty Statistics Based on Micro-data*. Materiały ze spotkania grupy roboczej Eurostatu 1992, cyt. za A. Szukiełojć-Bieńkuńską: *Relatywna linia ubóstwa w badaniach budżetów rodzinnych w 1993 i 1994 roku*. „Polityka Społeczna” 1995, nr 7, s. 18.

<sup>86</sup> A. Szukiełojć-Bieńkuńska: *Relatywna linia ubóstwa...*

wykształcenia (podstawowe, zasadnicze) oraz rodziny wielodzietne. Niepokojący jest wysoki stopień zagrożenia ubóstwem dzieci. Ponad 10% dzieci w wieku do lat 14 żyło w gospodarstwach o utrwalonym niskim poziomie konsumpcji. Analiza panelowa potwierdza również trudną sytuację znacznej części gospodarstw emerytów i rencistów. Ze względu na wiek oraz stan zdrowia emeryci i renciści mają ograniczone możliwości podejmowania aktywnych działań zmierzających do poprawy swojej sytuacji materialnej. Szacuje się, że ubóstwem trwałym zagrożonych jest ok. 500—600 tys. osób w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów. W analizowanym okresie wartość omawianej relatywnej granicy ubóstwa nieznacznie przewyższała minimum egzystencji. Oznacza to, że rodziny żyjące poniżej tej granicy mają trudności z zaspokojeniem elementarnych potrzeb. Z badań budżetów rodzinnych wynika także, że niskiemu poziomowi konsumpcji gospodarstw uznanych za ubogie towarzyszy relatywnie wysoki stopień deprivacji ze względu na warunki mieszkaniowe i zasobność w dobra trwałe.

W rezultacie istniejącej sytuacji na rynku pracy i jej skutków, zasygnalizowanych wcześniej, szybko zwiększa się liczba osób korzystających z pomocy społecznej. W 1989 roku korzystało z niej ok. 750 tys. osób, a w 1993 roku ok. 3650 tys. Jest to związane z bezrobociem oraz z ogólnym zbiednieniem społeczeństwa, zwłaszcza na początku lat dziewięćdziesiątych. Pomoc materialna korzystających z zasiłków stałych, okresowych, pomoc dla kobiet w ciąży, osób wychowujących dzieci, pomoc w formie usług w 1992 roku objęły 1792 tys., a w roku 1994 — 3017 tys. osób. W woj. katowickim w 1994 roku przyznano pomoc w postaci pracy socjalnej 106 369 gospodarstwom domowym (tab. 11)<sup>87</sup>.

Dokonane analizy wskazują, że stan zdrowia społeczeństwa powinien być koniecznie monitorowany, aby można było śledzić sytuację i sukcesywnie rozwiązywać problemy.

Niewątpliwy wpływ na sytuację zdrowotną mają warunki nauki w polskiej szkole. Z badań przeprowadzonych w roku szkolnym 1992/93, a przedstawionych przez J. Szymborskiego<sup>88</sup>, wynika, że 80% szkół miejskich i 35% szkół wiejskich prowadziło nauczanie w systemie zmianowym, co nie miało miejsca w szkołach niepublicznych. Zarówno w mieście, jak i na wsi 1/3 szkół publicznych kwalifikowała się do kapitalnego remontu, a połowa wymagała remontu bieżącego. Sytuacja szkół niepublicznych była pod tym względem zdecydowanie lepsza. Szkoły wiejskie były w gorszej sytuacji, jeżeli chodzi o wyposażenie i możliwości

<sup>87</sup> *Rocznik statystyczny*, GUS 1995 oraz *Rocznik statystyczny województwa katowickiego*, WUS 1995.

<sup>88</sup> J. Szymborski: *Współpraca międzysektorowa w identyfikacji i redukcji nierówności*. W: *Problemy współpracy...*, s. 131; B. Ignar-Golińska: *Warunki do nauki w polskiej szkole*. „Lider” 1994, nr 10; J. Brodzicki, J. Drabik, W. Leśkiewicz: *System promocji zdrowia i sprawności dzieci. Koncepcja gdańska*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowie” 1993, nr 5.

Tabela 11

## Udzielone świadczenia pomocy socjalnej w 1994 roku w woj. katowickim (stan w dniu 31 grudnia)

Wyszczególnienie	Osoby, którym przyznano świadczenia z budżetu		Kwota świadczeń pokrywana z budżetu	
			gminy	centralnego
	gminy	centralnego	w tys. zł	
Zasiłki stałe	329	10088	88,1	13307,8
w tym:				
1) zasiłki stałe w pełnej wysokości	308	8966	78,6	12387,7
2) zasiłki stałe wyrównawcze	21	1123	9,5	899,6
w tym:				
a) inwalidzi od dzieciństwa	166	4726	47,8	6995,3
b) wychowywanie dzieci niepełnosprawnych	33	850	7,3	987,6
c) mieszkańcy domów pomocy społecznej	35	1355	9,4	1978,4
Dodatki do zasiłku stałego	37	3270	3,0	147,9
Zasiłki okresowe	35	36526	15,8	14907,7
w tym:				
1) długotrwała choroba	1	5654	0,3	2207,2
2) niepełnosprawność	—	1972	—	907,3
3) brak możliwości zatrudnienia	24	21428	9,9	8973,3
4) inne	10	7498	5,6	2819,9
Zasiłki na leki	5	857	0,4	61,5
Pomoc dla kobiet w ciąży i osób wychowujących dzieci	178	13501	83,3	11383,4

Źródło: Rocznik statystyczny województwa katowickiego, WUS 1995, s. 413.

zaspokojenia potrzeb higienicznych. Silnie zróżnicowane były możliwości prowadzenia zajęć wychowania fizycznego, przy czym w najgorszej sytuacji znajdowały się szkoły niepubliczne i wiejskie. Ogółem 12% szkół w miastach nie miało boisk sportowych, a 21% — sal gimnastycznych. W szkołach istniały bardzo zróżnicowane możliwości żywienia, a w jeszcze większym stopniu — korzystania przez uczniów z posiłków. Warunki panujące w wielu szkołach, w których przecież dzieci i młodzież spędzają znaczną część czasu, negatywnie oddziałują na zdrowie podopiecznych wskutek nieprawidłowego umeblowania, oświetlenia oraz hałasu. Z badań w woj. gorzowskim, prowadzonych w latach 1977—1993, wynika, że w środowisku szkolnym występuje wiele nieprawidłowości, wywołujących negatywny wpływ na zdrowie. Należą do nich m.in.: nadmierne zapylenie powietrza (wielokrotnie przekraczające stężenie dopuszczalne), niedostateczne oświetlenie, zła wentylacja, nadmierne różnice temperatur, niska wilgotność powietrza, miejsca grożące wypadkami. Liczne, różnorakie, upor-

czywie powtarzające się niedociągnięcia i błędy, takie jak: nieregularny tryb życia, wadliwy sposób żywienia, częste przeciążenia organizmu na różnym tle, ujemnie oddziałują na zdrowie człowieka.

Z analizy rezultatów licznych badań nad zdrowymi aspektami stylu życia dzieci i młodzieży w Polsce wynika znaczne rozpowszechnienie w tej populacji nieprawidłowego sposobu żywienia, niedostatecznej aktywności ruchowej, nałogów palenia tytoniu i picia alkoholu, rzadziej — stosowania środków odurzających, a także niski poziom higieny osobistej. Równocześnie życie dzieci i młodzieży przebiega w niekorzystnych, często drastycznych, antyzdrowotnych warunkach domowych oraz szkolnych. Warto podkreślić, że kumulujący się wpływ antyzdrowotnego stylu życia oraz szkodliwych warunków środowiska prowadzi do znacznieszego uszczerbku na zdrowiu niż w sytuacji ujemnego działania każdej z tych grup czynników oddzielnie<sup>89</sup>.

Z badań przeprowadzonych w latach 1990—1994 przez B. Woynarowską (i współautorki)<sup>90</sup> wynika, że:

- aktywność fizyczna młodzieży 11—15-letniej w czasie wolnym jest niska: zajęcia ruchowe o dużej intensywności wysiłku wykonuje bardzo rzadko 23% chłopców i 38% dziewcząt; bardzo krótko — 35% chłopców i 50% dziewcząt; w bezruchu, przed telewizorami spędza dziennie 4 godz. i więcej 44% chłopców i 31% dziewcząt;
- w ciągu ostatnich 4 lat (1990—1994) zwiększyła się o kilka procent grupa młodych ludzi ćwiczących zbyt rzadko i spędzających zbyt dużo czasu przed telewizorami;
- ze względu na zbyt niską aktywność fizyczną u co najmniej 1/3 młodzieży w Polsce istnieje zwiększone ryzyko wczesnego rozwoju miażdżycy;

Przedstawiona sytuacja nie napawa optymizmem, wręcz przeciwnie, musi budzić niepokój. Już H. Radlińska podkreślała, że polityka społeczna bada zmiany zachodzące w strukturze społecznej „pod wpływem celowej działalności grup społecznych oraz ciał publicznych i szuka sposobów najbardziej celowego przeprowadzenia tych zmian [...]”, a pedagogika społeczna, w odróżnieniu od polityki społecznej, kładzie szczególny nacisk na stosunek wzajemnych czynników biologicznych i społecznych<sup>91</sup>.

Polityka społeczna odgrywa ogromną rolę w podejmowaniu działań ogólnospołecznych i środowiskowych, ponieważ wyraża celową działalność państwa i innych podmiotów w dziedzinie kształtowania warunków życia i pracy ludności, mającą na celu zaspokajanie potrzeb indywidualnych i społecznych.

<sup>89</sup> C. A. Mandrowska-Xinxo: *Pierwotna profilaktyka zdrowotna. „Wychowanie Fizyczne i Higiena”* 1987, nr 9; D. Woitas-Ślubowska: *Styl życia uczniów niekorzystną prognozą dla zdrowia społeczeństwa w przyszłości. „Lider”* 1995, nr 12, s. 4.

<sup>90</sup> B. Woynarowska, I. Burzyńska, A. Oblacińska: *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w wieku 11–15 lat w Polsce 1990–1994. „Lider”* 1995, nr 11 i 12, s. 3.

<sup>91</sup> H. Radlińska: *Pedagogika społeczna*. Wrocław—Kraków 1961, s. 22.

Polityka społeczna jest jedną z dziedzin działalności państwa. W jej zakres wchodzi m.in.: polityka rodzinna, zabezpieczenie społeczne, ochrona zdrowia. Formułowanie polityki zdrowotnej to proces tworzenia zasad według których<sup>92</sup>:

- należy organizować system zaspokajania potrzeb zdrowotnych,
- trzeba dzielić środki służące zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych,
- a także kształtować zachowania i działania podmiotów, których aktywność ma służyć zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych.

Tak rozumiana polityka społeczna jest nie tylko działalnością o charakterze socjalno-interwencyjnym, lecz jest narzędziem kształtowania pożądanego stanu społeczeństwa. Odwołanie się do tej funkcji polityki społecznej, która związana jest z kreowaniem i popieraniem pożądaných zmian społecznych w nowej polskiej rzeczywistości, zwiększa jej rolę jako polityki państwowej oraz nakłada na nią odpowiedzialność za przyszły kształt społeczeństwa, sposób oraz poziom zaspokajania wielu jego potrzeb. To określenie polityki społecznej odnosi się zarówno do szczebla centralnego, jak i do szczebla lokalnego. Jeżeli zdrowie jest powszechnym dążeniem społecznym, to polityka ochrony zdrowia zyskuje szczególną rangę i miejsce w polityce społecznej. To wszystko, co się dzieje w ramach promocji i ochrony zdrowia, powinno służyć osiągnięciu możliwie najlepszego stanu zdrowia społeczeństwa. Ochrona zdrowia jest jednym z najbardziej kosztownych działań w sferze budżetowej. W 1993 roku wydatki na ochronę zdrowia wynosiły 14,2% wydatków budżetu państwa (w 1992 roku — 16,1%) i zajmowały drugie miejsce pod względem udziału po ubezpieczeniach społecznych (20,7%). Wielkość niezbędnych środków, zaspokajanie bieżących i przyszłych potrzeb ochrony zdrowia wymaga systemowej racjonalizacji ich wydatkowania. Polityka społeczna jest sferą ujawniania i ścierania się interesów różnych grup społecznych, stanowi dziedzinę konfliktogenną. Systemowe zmiany w polityce społecznej są bardzo trudne i wymagają z reguły dłuższego czasu. Opracowane zostały *Tezy w sprawie polityki społecznej* (1990), a następnie *Założenia programu działań w zakresie pracy i polityki społecznej do 2000 roku* (1990), założenia zmian w polityce społecznej (1994), *Narodowy program zdrowia* (1993), *Strategia dla zdrowia* (1994). Następnie przygotowano kilka innych ważnych dokumentów, tj. państwowe gwarancje bezpieczeństwa socjalnego (1991), projekt zmian w systemie ubezpieczeń społecznych (1993), projekt zmian w systemie ochrony zdrowia (1992), program działań na rzecz osób niepełnosprawnych i ich integracji ze społeczeństwem (1993)<sup>93</sup>.

<sup>92</sup> J. B. Karński: *Promocja zdrowia (wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe)*. Warszawa 1992, s. 7.

<sup>93</sup> A. Kurzynowski: *Polityka zdrowotna jako element polityki społecznej*. W: *Problemy współpracy...*, s. 32—35; zob. także C. Włodarczyk: *Promocja zdrowia a polityka zdrowotna*. W: J. B. Karński, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*

Polski *Narodowy program zdrowia*, za przykładem innych nowoczesnych systemów ochrony zdrowia, jest oparty na zasadzie integracji działań międzyresortowych na rzecz poprawy i utrzymania zdrowia społeczeństwa. W *Programie* tym resortowe działania na rzecz zdrowia należy traktować jako przedsięwzięcia, które winny odpowiadać działaniom sektorowym — aż do poziomu gmin i samorządu lokalnego. *Narodowy program zdrowia* jest dokumentem określającym główne kierunki działań, które winny być realizowane w wymiarze poziomym, tzn. międzyresortowo i międzysektorowo, oraz w wymiarze pionowym, tzn. na płaszczyźnie współpracy pomiędzy urzędami centralnymi z jednej strony a władzami i środowiskiem lokalnym z drugiej. *Narodowy program zdrowia* stanowi zasób informacji na temat problematyki i koncepcji służących rozpoznawaniu, podejmowaniu i rozwiązywaniu zdrowotnych problemów środowisk lokalnych, ustanawianiu równoległej polityki zdrowotnej, odpowiedniej z punktu widzenia istniejących i powstających zagrożeń oraz potrzeb zdrowia publicznego. Aby *Narodowy program zdrowia* był skutecznym, musi<sup>94</sup>:

- mieć zagwarantowane środki finansowe na wdrożenie i realizację programu,
- posiadać odpowiedni system informacji,
- posiadać system zarządzania, umożliwiający weryfikację programu, ustalanie aktualnych priorytetów i egzekwowanie realizacji zadań,
- opracować system motywacji ekonomicznej, społecznej i indywidualnej,
- przygotować kadre ekspertów i specjalistów w dziedzinie o podstawowym znaczeniu dla promocji zdrowia,
- stosować system rozliczalności, nie tylko finansowej, lecz także wobec zobowiązań i deklaracji.

Niemniej trudno jest przesądzić, jaki model organizacyjny promocji zdrowia na poziomie krajowym byłby najlepszy.

Celem strategicznym *Narodowego programu zdrowia* jest zahamowanie wzrostu, a następnie obniżenie częstości występowania szkodliwych dla zdrowia czynników oraz najważniejszych chorób z uwagi na skutki zdrowotne i społeczne. Wielosektorowa współpraca i współodpowiedzialność za zdrowie w działalności społeczno-gospodarczej jest drogą do poprawy zdrowia społecznego.

Najważniejsze cele zdrowotne *Narodowego programu zdrowia* są następujące:

- zahamowanie wzrostowej tendencji umieralności z powodu chorób układu krążenia,
- zahamowanie wzrostu umieralności z powodu nowotworów złośliwych, zwłaszcza raka płuc,
- zmniejszenie częstości występowania urazów i zatruc oraz obniżenie umieralności powypadkowej,

---

<sup>94</sup> J. B. K a r s k i: *Promocja zdrowia we współczesnych systemach ochrony zdrowia*. W: *Problemy współpracy...*, s. 30—31.

— zmniejszenie częstości występowania zaburzeń psychicznych oraz dążenie do poprawy jakości zdrowia psychicznego.

Do podstawowych kierunków działań w tej mierze należą:

- tworzenie podstaw prawnych przedsięwzięć prozdrowotnych,
- edukacja zdrowotna i ekologiczna społeczeństwa,
- profilaktyczne ukierunkowanie opieki zdrowotnej,
- działania sprzyjające rozwiązywaniu wybranych problemów zdrowotnych,
- ograniczenie emisji i występowania czynników szkodliwych w środowisku życia i pracy.

Konsekwentna realizacja *Programu* wymaga decyzji politycznych, które oczywiście będą się wiązały z decyzjami dotyczącymi finansowania odpowiednich działań.

„W Europie w celu realizacji programów promocji zdrowia zostały powołane ośrodki krajowe, które koncentrują się na trzech kierunkach działań i przez to noszą nieco odmienny charakter. Na Węgrzech, w Czechach, Finlandii zostały one zorganizowane głównie z inicjatywy i poprzez resorty zdrowia w formie instytutów lub centrów promocji zdrowia i charakteryzują się znacznym stopniem zmedykalizowania w działaniu. W Wielkiej Brytanii i Francji rozdzielono funkcje takich ośrodków na dwie dziedziny: samodzielną — edukacyjną oraz funkcję koordynacyjną typu administracyjnego, ulokowaną wewnątrz odpowiednich wydziałów urzędów państwowych różnych szczebli lub zarządów organizacji zawodowych. Natomiast w Holandii i w Niemczech rolę inicjatora i organizatora lub współorganizatora odegrały centrale ubezpieczeniowe, co określiło wyraźnie kalkulacyjny charakter działań”<sup>95</sup>.

Wiele podjętych propozycji nie doprowadziło jednak dotychczas do opracowania zwartej koncepcji polityki społecznej, adekwatnej do gospodarki rynkowej. Dyskusja nad koncepcją tej polityki jest kontynuowana. Nowy model polityki społecznej powinien być oparty na założeniu, że może być ona istotnym czynnikiem rozwoju, a nie tylko — jak się ją często traktuje — obciążeniem dla budżetu państwa. Reformy gospodarcze i społeczne są prowadzone w interesie całego społeczeństwa, stąd też rola polityki społecznej państwa jest tu szczególnie istotna<sup>96</sup>.

Ważnym zagadnieniem jest także zachowanie właściwych proporcji pomiędzy dochodami z pracy i ze świadczeń społecznych. Praca rodziców i innych dorosłych członków gospodarstw domowych powinna być wystarczającym źródłem dochodów niezbędnych dla zaspokajania potrzeb dzieci, a świadczenia społeczne powinny mieć charakter uzupełniający. Obecnie zasada ta nie jest egzekwowana w poważnej części gospodarstw domowych (bezrobocie, niskie płace), co powoduje zwiększenie świadczeń społecznych. Polityka społeczna

<sup>95</sup> Tamże, s. 31.

<sup>96</sup> A. Kurzynowski: *Polityka zdrowotna... W: Problemy współpracy...*, s. 35.

powinna tworzyć warunki motywacyjne do pracy przy równoczesnym uwzględnieniu optymalnych warunków kreatywności zarówno ze strony pracobiorców, jak i pracodawców, co jest niezbędne dla zagwarantowania rozwoju gospodarczego i społecznego. Do zmian, które zostały wprowadzone w polityce społecznej, należy zaliczyć: zmianę relacji pomiędzy polityką społeczną, centralną i lokalną. Nastąpiło zwiększenie roli polityki lokalnej i demokratyzacji stosunków w społeczeństwie i państwie. Tworzy to większe możliwości działania dla lokalnych podmiotów polityki społecznej — publicznych i pozarządowych. Zmiany w politykach szczegółowych w mniejszym stopniu objęły ochronę zdrowia, oświatę, politykę socjalną, ubezpieczenia społeczne, politykę rodzinną. Przyczyny i skutki tego stanu tkwią głównie w braku rozwojowych koncepcji strategicznych tych polityk w gospodarce rynkowej oraz braku globalnej wizji polityki społecznej. Można założyć, że współdziałanie lokalnych i ponadlokalnych organizacji publicznych i pozarządowych przyczyni się do skuteczniejszej realizacji celów polityki społecznej, zwłaszcza w środowiskach lokalnych<sup>97</sup>.

Obecnie Polska przeżywa w zakresie ochrony zdrowia — podobnie jak i w innych dziedzinach — kryzys, wynikający z trudności w przeprowadzeniu reform i braku przyzwolenia społecznego na odejście od tradycyjnych poglądów o odpowiedzialności państwa za zdrowie i życie obywateli. Zmiana społeczna jest bowiem nie tylko problemem ekonomicznym, ale głównie polega na przeobrażeniach świadomościowych. W zakresie ochrony zdrowia proces przemian świadomościowych jest szczególnie istotny, odnosi się bowiem do stylu życia, traktowanego jako podstawowy element promocji zdrowia.

Wzrost nierówności w stanie zdrowia stawia przed polityką zdrowotną specyficzne problemy dotyczące działań na rzecz zmniejszenia negatywnych następstw zdrowotnych ubóstwa i bezrobocia, które w odniesieniu do służb medycznych oznaczają przede wszystkim zapewnienie korzystania ze świadczeń ubogim i bezrobotnym, zgodnie z ich zdrowotnymi potrzebami. Do realizacji tego zadania — generalnie rzecz biorąc — pracownicy systemu ochrony zdrowia nie są przygotowani, nie znają i nie rozumieją bowiem specyfiki zachowań ludzi żyjących w ubóstwie w kontaktach z placówkami medycznymi<sup>98</sup>. Nie ulega zatem wątpliwości, że pogarszający się stan zdrowia polskiego społeczeństwa należy traktować jako najbardziej dramatyczny koszt reform ustrojowych. Konsekwencje okresu transformacji mogą mieć jednak skutki długotrwałe i dlatego niezbędne jest traktowanie kapitału zdrowia ludności jako najbardziej cennego i wymagającego szczególnej ochrony<sup>99</sup>.

Tymczasem Europa stawia w tym zakresie jednoznaczne wymagania: „Do roku 2000 wszystkie Państwa Członkowskie powinny mieć opracowaną i mającą

<sup>97</sup> Tamże, s. 36—37.

<sup>98</sup> L. Piwowarska-Pościk: *Nierówności w zdrowiu. W: Problemy współpracy...*, s. 104.

<sup>99</sup> I. Frąckiewicz: *Gospodarka rynkowa a zdrowie. W: Problemy współpracy...*, s. 212.



dostęp do niezbędnych środków międzysektorową politykę promującą zdrowy styl życia w układzie zapewniającym udział społeczeństwa w tworzeniu i wprowadzeniu tej polityki”<sup>100</sup>.

Cel ten można osiągnąć przez:

- ustalenie polityki społecznej jako niezbędnego składnika dążenia do zdrowia dla wszystkich,
- wpływ polityki społecznej na zdrowie, który we wszystkich sektorach będzie okresowo oceniany,
- uruchomienie odpowiednich mechanizmów (włącznie ludzi do) tworzenia polityki społecznej na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym,
- stosowanie skutecznych mechanizmów wspierania działań międzysektorowych,
- zwiększenie poparcia ustawodawczo-finansowego i administracyjnego dla promocji zdrowia,
- opracowanie wskaźników dotyczących podstawy monitorowania, zmierzających do upowszechnienia zdrowego stylu życia.

\*  
\*       \*  
\*

W niniejszym rozdziale starano się przedstawić różne definicje zdrowia, wskazać na czynniki decydujące o ich tworzeniu. Definiowanie zdrowia jest uzależnione od rodzaju nauk — jak się okazuje — nie tylko medycznych, ale także od rozumienia zdrowia w aspekcie kulturowym. Następnie dokonano charakterystyki sytuacji zdrowotnej społeczeństwa polskiego, wskazując na tym tle sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży w Polsce — na przykładzie woj. katowickiego — w badanych szkołach podstawowych.

Z przedstawionych analiz wynika, iż zdrowie społeczeństwa polskiego, w tym zdrowie dzieci i młodzieży, staje się dziś problemem społecznym, trudnym do rozwiązania. Wyraźnie zarysowujące się nierówności w zdrowotności młodego pokolenia mają wiele przyczyn, wskazano na te, które można określić jako „zewnętrzne” (będące poza jednostką). Za najważniejsze uznano środowisko naturalne, podkreślając zwłaszcza problemy Górnego Śląska jako obszaru klęski ekologicznej. Starano się także zwrócić uwagę na wybrane przyczyny tkwiące w makrostrukturze społecznej, m.in. problemy związane z ubóstwem społecznym i bezrobociem, a także podkreślono znaczenie wykształcenia rodziców i stylu życia dla kształtowania zachowań prozdrowotnych wśród dzieci. Nie sposób

---

<sup>100</sup> Cele zdrowotne w programie „Zdrowie dla wszystkich”. Polityka zdrowotna w Europie. Streszczenie poprawionej wersji z września 1992 r. Centrum Medyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego 1993, s. 26.

omówić wszystkich aspektów determinujących zdrowie społeczeństwa, te, na które wskazano, wydają się mieć szczególne znaczenie, a wiedza o nich wydaje się niezbędna dla pedagoga społecznego, dla którego funkcje wychowawcze, a także zdrowotne są wyzwaniem współczesności.

# 4



## Promocja zdrowia w systemie oddziaływań środowiskowych

### 4.1. Idea promocji zdrowia w praktyce środowiska szkolnego

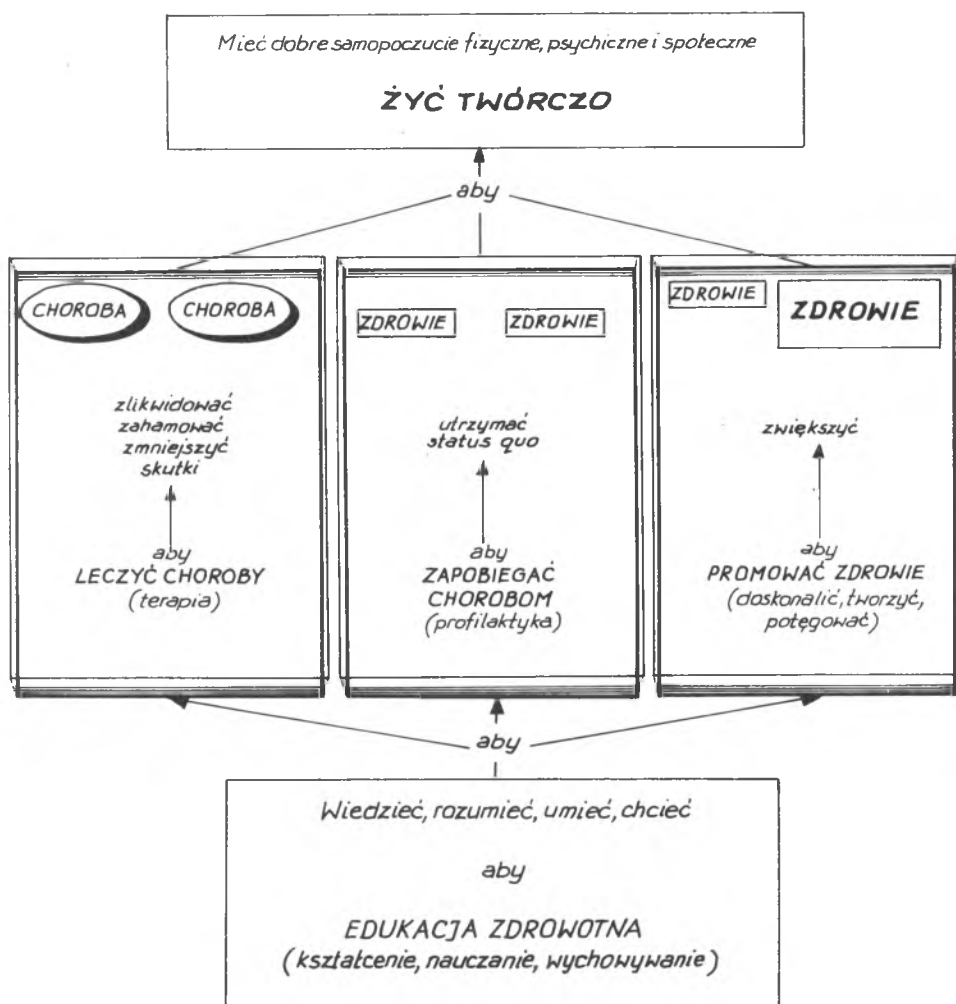
Na XXX Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 1977 roku w Alma-Acie, w rezultacie jednogłośnie akceptacji przez przedstawicieli 162 krajów członkowskich, przyjęto rezolucję, znaną powszechnie pod nazwą *Zdrowie dla wszystkich do roku 2000*. Promowaniem zdrowia jako działaniem pierwszoplanowym zajęło się w roku 1984 Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego, wydając *Dokument dyskusyjny na temat promocji zdrowia*<sup>1</sup>. Promocję zdrowia (*Health Promotion*) określono tutaj jako proces, który umożliwia jednostkom i społeczeństwu zwiększenie kontroli nad czynnikami determinującymi zdrowie (promocja zdrowia jest polskim odpowiednikiem *Health Promotion*, bliskoznaczne określenia to m.in.: „krzewienie”, „doskonalenie”, „tworzenie zdrowia”). W literaturze przedmiotu odnajdujemy wiele definicji „promocji zdrowia”<sup>2</sup>, także i taką: „[...] promocja zdrowia jest dyscypliną nauki i sztuką pomagania ludziom w dokonywaniu zmian w ich stylu życia, aby mogli zbliżyć się do optimum swego zdrowia”<sup>3</sup>. Natomiast w *Karcie ottawskiej*

<sup>1</sup> I. Kickbusch: *Action on Health Promotion – Approaches to Advocacy and Implementation*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, cyt. za J. B. Karski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia*. Warszawa 1994, s. 20.

<sup>2</sup> Tamże, s. 21–22.

<sup>3</sup> M. P. O'Donnell: *Definition of Health Promotion*. „American Journal of Health Promotion” 1986. 1, 6, cyt. za B. Woynarowska (red.): *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie?* Warszawa 1995, s. 18.

promocję zdrowia definiuje się jako: „[...] proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego poprawę”<sup>4</sup>. Warto jednak dodać, iż promocję zdrowia określa się nie tylko jako strategię polityki społecznej służącej kreowaniu odpowiedniego stylu życia, ale także jako zasady działania ludzi w społeczeństwie lokalnym i współdziałania ze społeczeństwem, a ponadto jako zintegrowane działania na różnych poziomach, mające

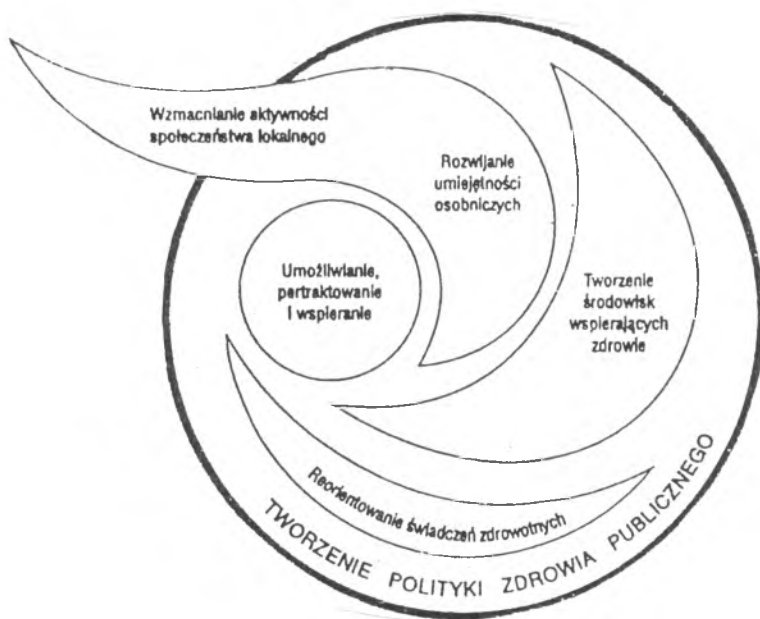


Rys. 4. Schemat powiązań między edukacją zdrowotną, terapią, profilaktyką i promocją zdrowia

Źródło: B. Woynarowska (red.): *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*. Warszawa 1995, s. 19.

<sup>4</sup> J. B. Kariski: *Promocja zdrowia (wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe)*. Warszawa 1992, s. 21.

wpływ na relację między zdrowiem, ekonomią, środowiskiem, społeczeństwem i jednostką<sup>5</sup>. Należałoby zdecydowanie podkreślić, że promocja zdrowia nie jest jednoznaczna z pojęciem profilaktyka: zapobieganie odnosi się do chorób, promocja zdrowia zaś do zdrowia i ma „wartość polityczną”, związana jest ona ponadto z wielotorowym (wieloaspektowym) współdziałaniem na rzecz zdrowia<sup>6</sup>. Współzależności między edukacją zdrowotną, terapią, profilaktyką a promocją zdrowia wpływają na samopoczucie psychiczne, fizyczne i społeczne oraz twórcze życie jednostek (rys. 4). *Karta ottawska* określa pięć współzależnych działań niezbędnych dla tworzenia strategii zdrowia (rys. 5)<sup>7</sup>:



Rys. 5. *Karta ottawska*. Zalecane działania na rzecz krzewienia zdrowia

Źródło: J. B. Karński, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia*. Warszawa 1994, s. 424.

- określenie polityki zdrowia publicznego,
- tworzenie środowisk wspierających,
- wzmocnienie działań społecznych,
- rozwijanie umiejętności osobniczych,
- reorientacja świadczeń zdrowotnych.

<sup>5</sup> Tamże, s. 6.

<sup>6</sup> J. B. Karński, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 23.

<sup>7</sup> Tamże, s. 20.

Jako kraj członkowski Światowej Organizacji Zdrowia Polska podjęła działania zgodne z rezolucją z roku 1977 i określiła własne założenia i cele programu *Zdrowie dla wszystkich do roku 2000*. Zostały one opracowane przez rządową komisję w roku 1984. Dokument ten, oparty na ekspertyzach z zakresu demografii, medycyny i ochrony zdrowia, zawiera charakterystykę aktualnych problemów zdrowotnych ludności kraju, ich przypuszczalnego rozwoju oraz przedstawia koncepcje programowe służące rozwiązaniu tych kwestii.

Konsekwencją i kontynuacją programu *Zdrowie dla wszystkich do roku 2000* jest projekt *Narodowego programu zdrowia*, opracowany przez zespół ekspertów powołanych przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej we współpracy z przedstawicielami resortów, związany — ze względu na profil działalności — z zagadnieniami zdrowia społeczeństwa. Wskazuje on sposoby i warunki osiągnięcia przedstawionych celów zdrowotnych<sup>8</sup>.

WHO proponuje pięć podstawowych zasad idei promocji zdrowia<sup>9</sup>:

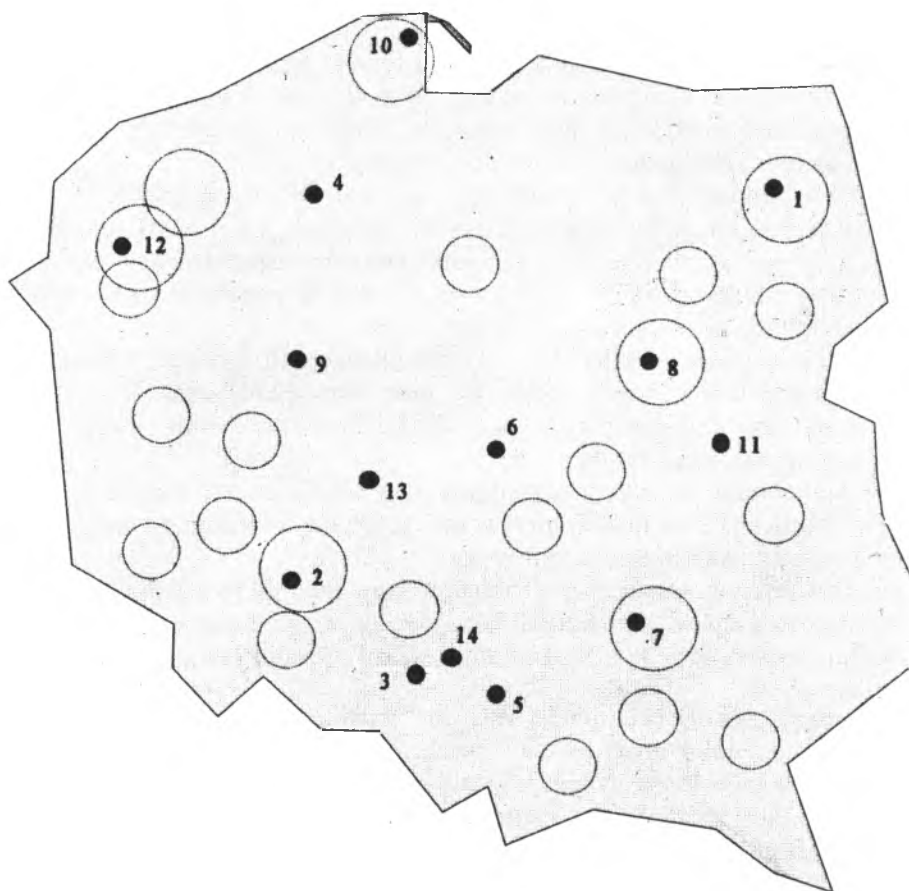
- koncentracja na życiu codziennym całej populacji, a nie tylko na ludziach znajdujących się w sytuacji zagrożenia chorobowego, wymaga ona stałej wymiany informacji na tematy zdrowia w kontekście *everyday life* i zainteresowania ludzi tą informacją;
- ukierunkowanie na działanie w sferze uwarunkowań zdrowia, wymaga ono pełnej kooperacji różnych sektorów i poziomów zarządzania;
- łączenie różnych uzupełniających się sposobów oddziaływań, skierowanych przeciwko zagrożeniom zdrowia;
- ukierunkowanie na efektywny i konkretny udział społeczeństwa (różnych jego grup) w definiowaniu problemów zdrowia i podejmowaniu decyzji związanych z zagrożeniami zdrowia;
- odwoływanie się do pomocy profesjonalistów medycyny (zwłaszcza ze sfery podstawowej opieki zdrowotnej) jako jednego ze szczególnie istotnych podmiotów społecznych w kształtowaniu i wprowadzaniu promocji zdrowia.

Koncepcja „szkoły promującej zdrowie” narodziła się w Europie w latach osiemdziesiątych jako drugi po „zdrowych miastach” ruch promocji zdrowia. W 1986 roku odbyło się Międzynarodowe Sympozjum „Szkoła Promująca Zdrowie” w Pleebles (Szkocja), następnie w 1989 roku Światowa Organizacja Zdrowia — Biuro Regionalne dla Europy i Szkocka Grupa Edukacji Zdrowotnej opracowały raport *Zdrowa szkoła* — jego polska wersja ukazała się w 1990 roku jako pierwsze tłumaczenie w Europie. W 1991 roku z tej inicjatywy rozpoczęto realizację projektu „Szkoła promująca zdrowie” w Czechosłowacji, w Polsce i na Węgrzech. W 1992 roku utworzono Europejską Sieć Szkół Promujących Zdrowie, Polska włączyła się do niej we wrześniu 1992 roku, oprócz Belgii, Czech, Danii, Grecji, Islandii i Węgier; do września 1995 roku do sieci zgłosiło

<sup>8</sup> J. B. Karński: *Promocja zdrowia...*, s. 5.

<sup>9</sup> *Health Promotion 1986*, cyt. za A. Gniazdowski: *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Łódź 1990, s. 41.

akces 37 krajów<sup>10</sup>. W wyniku porozumienia między Ministerstwem Edukacji Narodowej a Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej (z dnia 30 grudnia 1991 roku) powołano Polski Zespół ds. Projektu „Szkoła promująca zdrowie”<sup>11</sup>. Do uczestnictwa w Projekcie zgłosiły się 382 szkoły, z których uczestnictwo zaproponowano 15 szkołom podstawowym z 14 województw (zob. rys. 6). W woj.



Rys. 6. Lokalizacja szkół uczestniczących w projekcie „Szkoła promująca zdrowie” w latach 1992—1995 oraz istniejące i tworzące się wojewódzkie sieci szkół promujących zdrowie (stan w grudniu 1995 roku)

Źródło: B. Woynarowska (red.): *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*. Warszawa 1995, s. 12.

<sup>10</sup> B. Woynarowska (red.): *Jak tworzymy...*, s. 11.

<sup>11</sup> Funkcję koordynatora pełni prof. dr hab. B. Woynarowska z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

katowickim w Projekcie uczestniczyły: Szkoła Podstawowa w Ciągowicach i Szkoła Podstawowa nr 2 w Świętochłowicach (rys. 6)<sup>12</sup>.

Szkoła jest instytucją społeczną, a zarazem środowiskiem wychowawczym, nadaje ona kulturowy wymiar procesom socjalizacji. W rezultacie zmiany społecznej, która spowodowała, że system edukacji, w tym instytucja szkoły, nie spełnia oczekiwań indywidualnych i społecznych, istnieje pilna potrzeba i konieczność reformowania systemu edukacji w Polsce. Aktualna sytuacja edukacyjna inspiruje nie tylko pedagogów do dyskusji i przedstawiania propozycji zmian, akcentowania najważniejszych problemów<sup>13</sup>. Idea szkoły promującej zdrowie wyrosła z ogólnej koncepcji promocji zdrowia i jest konkretną koncepcją posiadającą w warunkach polskich strategię, organizację i model<sup>14</sup>, powiązaną z europejską polityką zdrowotną<sup>15</sup>. Szkoła promująca zdrowie jest to siedlisko (*setting*), w którym członkowie społeczności szkolnej, pracownicy i uczniowie podejmują starania, aby poprawić swoje samopoczucie i zdrowie, uczą się, jak zdrowiej żyć i tworzyć zdrowe środowisko, zachęcają ludzi w innych siedliskach i otoczeniu, zwłaszcza rodziców, do podjęcia podobnych starań. Nadrzędnym celem szkoły promującej zdrowie jest zdrowy styl życia całej społeczności szkolnej (zgodnie z założeniami Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie), charakteryzują ją trzy główne cechy<sup>16</sup>:

- edukacja zdrowotna w programie nauczania szkoły,
- etos zdrowia w szkole (czyli jej „ukryty program”), tj. środowisko fizyczne i społeczne oraz
- polityka i organizacja wspierająca edukację zdrowotną, współdziałanie z rodzicami i społecznością lokalną.

W strategii szkoły promującej zdrowie wykorzystano trzy nowe podejścia<sup>17</sup>:

- podejście „od ludzi do problemu” (ważną rolę odgrywają tu: diagnoza stanu wyjściowego i określenie priorytetowego problemu),
- podejście siedliskowe (*setting approach*) zakłada, że szkoła jest siedliskiem i potrzebuje współpracy innych siedlisk,

<sup>12</sup> B. Woynarowska (red.): *Jak tworzymy...*, s. 119—120 (aneks).

<sup>13</sup> Z. Kwieciński: *Edukacyjne meandry przejścia ku mirażom demokracji*. W: *Socjologia wychowania*. XII. AUNC, Toruń 1994; także E. Rodziejewicz: *Wiedza – teorie – orientacje edukacyjne*, tamże; zob. także np. Z. Kwieciński: *Socjopatologia edukacji*. Warszawa 1992; T. Lewowicki: *Przemiany oświaty*. Warszawa 1994; Z. Kwieciński, L. Witkowski (red.): *Spory o edukację*. Warszawa 1993; E. Buk-Berge, T. Frąckowiak: *Koncepcja programu kształcenia w polskich szkołach w świetle humanizmu integralnego. Ku czemu zdąża reforma?* W: T. Frąckowiak, J. Modrzewski (red.): *Socjalizacja a wartości*. Poznań 1995.

<sup>14</sup> B. Woynarowska (red.): *Jak tworzymy...*

<sup>15</sup> Cele zdrowotne w programie *Zdrowie dla wszystkich. Polityka zdrowotna w Europie*. Warszawa 1993.

<sup>16</sup> B. Woynarowska (red.): *Jak tworzymy...*, s. 21—22.

<sup>17</sup> Tamże.



- zmodyfikowane uczestnictwo społeczności szkolnej (*revised community participation approach*), główną rolę odgrywa tu koordynator i zespół promocji zdrowia.

Szkoła promująca zdrowie powinna<sup>18</sup>:

- zapewnić sprzyjające zdrowiu środowisko fizyczne pracy i nauki,
- zachęcić do zdrowego stylu życia oraz stworzyć uczniom i pracownikom realne i atrakcyjne możliwości dokonywania „zdrowych” wyborów,
- umożliwić uczniom rozwój ich potencjału fizycznego, psychicznego i społecznego oraz wzmocnić ich poczucie własnej wartości,
- przedstawić społeczności szkolnej (uczniom i dorosłym) jasne cele promocji zdrowia,
- kształtować dobre stosunki między pracownikami i uczniami, samymi uczniami, szkołą i rodzicami oraz społecznością lokalną,
- wykorzystać wszystkie dostępne środki w społeczności lokalnej do wspierania działań w zakresie promocji zdrowia,
- planować wszechstronną edukację prozdrowotną, z zastosowaniem metod aktywizujących uczniów,
- wyposażyć uczniów w wiedzę i umiejętności niezbędne do podejmowania wyborów dla poprawy własnego zdrowia oraz ochrony i poprawy środowiska fizycznego,
- włączyć szkolną służbę zdrowia do działań szkoły, zwłaszcza do edukacji prozdrowotnej oraz pomocy uczniom we wchodzeniu w rolę aktywnego konsumenta opieki zdrowotnej.

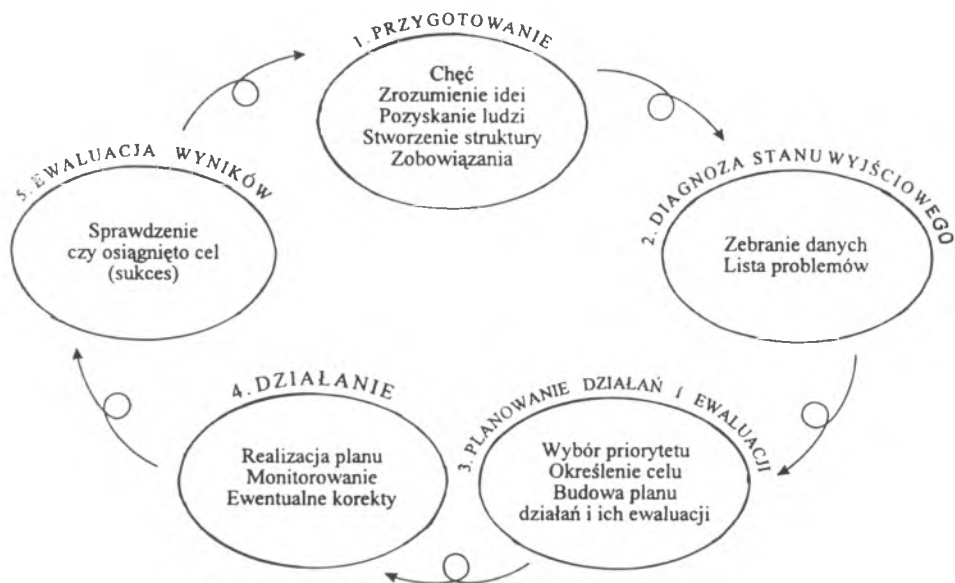
Szkoła promująca zdrowie jest otwarta na współdziałanie w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, promocja zdrowia w szkole dotyczy działań na rzecz zdrowia wewnątrz szkoły. Biorąc pod uwagę założenia i cele szkoły promującej zdrowie, należy podkreślić, że każda szkoła, w zależności od potrzeb, warunków i możliwości określa własne cele priorytetowe i osiąga je w realnym dla siebie tempie<sup>19</sup>.

Tworzenie szkoły promującej zdrowie wymaga wieloaspektowych i wielokierunkowych działań. W Polsce przyjęto zmodyfikowany model L. W. Greena (rys. 7)<sup>20</sup>.

<sup>18</sup> Tamże, s. 22—23.

<sup>19</sup> Tamże, s. 25.

<sup>20</sup> Jest to tzw. model PRECEDE — nazwa pochodzi od pierwszych liter terminów w języku angielskim: *Predisposing* — predyspozycja; *Reinforcing* — wzmocnienie; *Enabling Constructs in Educational Diagnosis* — umożliwienie skonstruowania edukacyjnej diagnozy; *Evaluation* — ewaluacja. L. W. Green, M. W. Kreuter: *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*. Mayfield Publishing Company 1991, cyt za B. Woynarowska (red.): *Jak tworzymy...*, s. 54.



Rys. 7. Model działań w tworzeniu szkoły promującej zdrowie — modyfikacja modelu Greena (1991)

Źródło: B. Woynarowska (red.): *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*. Warszawa 1995, s. 54.

Wiąże się on z następującymi etapami<sup>21</sup>:

#### 1. Przygotowanie

- Inicjacja — narodzenie się pomysłu i chęci tworzenia szkoły promującej zdrowie w społeczności szkolnej.
- Propagowanie idei szkoły promującej zdrowie w społeczności szkolnej.
- Pozyskiwanie uczestników i sojuszników.
- Powołanie koordynatora i zespołu promocji zdrowia.
- Podjęcie wzajemnych zobowiązań przez osoby przystępujące do działania.

#### 2. Diagnoza stanu wyjściowego

- Zebranie danych dotyczących aktualnych problemów ludzi, warunków funkcjonowania szkoły itd.
- Analiza tych danych.
- Ustalenie listy problemów wymagających rozwiązania.

#### 3. Budowanie planu działań i ich ewaluacji

- Wybór problemu(ów) priorytetowych.
- Określenie ich przyczyn(y) i sposobów usunięcia.
- Ustalenie celów.
- Zbudowanie planu działań dla osiągnięcia celów.

<sup>21</sup> Tamże, s. 55.

#### 4. Działania

- Realizacja planu, monitorowanie działań (ewaluacja procesu) oraz dokonywanie niezbędnych korekt dla osiągnięcia celu.

#### 5. Ewaluacja wyników działań

- Ewaluacja końcowa — sprawdzenie czy osiągnięto cel.

W 1995 roku dokonano ewaluacji wyników projektu w pięciu obszarach: zmian w organizacji i polityce szkoły, zmian w środowisku fizycznym i społecznym szkoły, zmian wiedzy, przekonań, umiejętności i działań na rzecz własnego zdrowia, zmian zachowań zdrowotnych, poprawy zdrowia i samopoczucia. Ewaluacja wykazała pozytywne (korzystne) zmiany we wszystkich tych zakresach<sup>22</sup>.

W Polsce przygotowano także projekt programu *Promocja zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w systemie edukacji i poprzez system edukacji*<sup>23</sup>, którego głównym celem jest kształtowanie postaw zmierzających do podjęcia odpowiedniego i zdrowego stylu życia przez młodzież i jej rodziców. Projekt ten wdrażany jest w dwudziestu województwach (w woj. katowickim do realizacji projektu przystąpiło 6 szkół). Cele szczegółowe programu dotyczą<sup>24</sup>:

- wyposażenia nadzoru pedagogicznego resortu edukacji w odpowiedni zasób wiedzy oraz metodykę promocji zdrowia i odpowiedzialnego stylu życia,
- wyposażenia nauczycieli oraz pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych w odpowiedni zasób wiedzy oraz metodykę promocji zdrowia i odpowiedzialnego stylu życia,
- dostarczenia młodzieży i rodzicom informacji o różnych stylach życia, w których wyraża się odpowiedzialność za siebie, innych i świat przyrody,
- przekazania informacji o czynnikach zagrażających zdrowiu fizycznemu, psychicznemu, społecznemu i duchowemu oraz o sprawdzonych sposobach ograniczających negatywny wpływ tychże na zdrowie i odpowiedzialny styl życia,
- opracowania i wdrożenia nowych programów edukacyjnych propagujących zdrowy oraz odpowiedzialny styl życia młodych ludzi i ich rodziców,
- opracowania i wdrożenia programów dotyczących integracji społecznej osób niepełnosprawnych,
- przygotowania nowych podręczników dla uczniów i nauczycieli oraz pomocy dydaktycznych w postaci filmów oświatowych, plansz, ulotek, ułatwiających

<sup>22</sup> Szczegółowe wyniki ewaluacji w: B. Woynarowska, M. Szymańska, I. Burzyńska, M. Sokołowska, M. Pułtorak, A. Mandrowska-Xinxo, A. Dobrowolska: *Projekt. Szkoła promująca zdrowie 1992–1995. Raport z ewaluacji wyników*. Warszawa 1995.

<sup>23</sup> Program ten jest koordynowany przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej. Koordynatorem jest prof. dr hab. K. Ostrowska, program obejmuje lata 1995–1997.

<sup>24</sup> K. Ostrowska: *Promocja zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w systemie edukacji*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1995, nr 8, s. 32–33.

prowadzenie zajęć lekcyjnych, propagujących zdrowy styl życia i kształtowanie umiejętności podejmowania świadomych wyborów i decyzji.

Program ten obejmuje szerokie spektrum zagadnień, a efektywność jego realizacji będzie zależała od wielu czynników. Niewątpliwie do szczególnie ważnych należy zaliczyć przygotowanie nauczycieli, wychowawców, pedagogów. Poszerzenie zasobu wiedzy, zmiany świadomości w zakresie zdrowego stylu życia w grupie ludzi profesjonalnie związanych z edukacją wydają się kwestią nadrzędną. Ponadto należy dodać, iż szkoła jest bardzo ważnym, lecz nie jedynym ogniwem wśród czynników kształtujących życie człowieka, istotne znaczenie w kwestii promocji zdrowia ma niezinstytucjonalizowany, samorządny wpływ, któremu podlegają ludzie, a nie tylko dzieci i młodzież.

## 4.2. Wzmacnianie promocji zdrowia w środowisku lokalnym

H. Radlińska podkreślała, że „wychowanie jest złożonym procesem i odbywa się w trzech sferach rozwojowych, mianowicie w toku wzrostu jednostki, w toku jej wrastania w społeczeństwo oraz przy wprowadzaniu w wartości kulturalne”<sup>25</sup>. Akcentowała także, iż najistotniejszą cechą twórczości kulturalnej stanowi wartościowanie i uczenie wyboru. Kulturowe definicje wartości związane są z powszechnie pożądanymi dobrami, przekonaniem o określonym charakterze. Definicje kulturowe wartości określa się jako<sup>26</sup>:

- powszechnie pożądanym w danym społeczeństwie,
- powszechnie akceptowanymi sędziami egzystencjalno-normatywnymi,
- przekonania dotyczące norm i wartości godnych pożądaniami dla całego społeczeństwa.

Zdrowie jako wartość ma swoje miejsce w kulturze określonych społeczeństw jako swoiste zespoły poglądów, norm, zwyczajów oraz wzorów zachowań. Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych wyznaczone są z jednej strony procesem akulturacji w socjalizacji pierwotnej, a z drugiej — postępowaniem cywilizacyjnym z działaniami instytucjonalnymi. Kulturowe wzory zachowań

<sup>25</sup> H. Radlińska: *Pedagogika społeczna*. Wrocław—Kraków 1961, s. 27.

<sup>26</sup> E. Roman: *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesu socjalizacji młodzieży*. „Forum Oświatowe” 1994, nr 1, s. 212; por. np. D. Janowski: *Wartości a strategię działalności kulturalnej*. W: T. Frąckowiak, J. Modrzejewski (red.): *Socjalizacja a wartości...*; także W. Pasternak: *Wiedza o wartościach w pedagogice społecznej*, tamże L. Witkowski: *Edukacja dla nowej formacji*. In: AUNC. *Socjologia wychowania VI: „Nauki Humanistyczne”* 1986, z. 166.

zdrowotnych „to społecznie ujawnione przez jednostki sposoby chronienia uznawanych w danej grupie wartości, określonych w kulturze tej grupy mianem »zdrowia« i stanowiących nieodłączny element kultury grupy przekazywany w procesie socjalizacji”<sup>27</sup>. Wzory te odzwierciedlają istotne aspekty społecznej biografii i sytuacji jednostki — standardowe dla danego społeczeństwa i jego kultury<sup>28</sup>. Odmienność obserwowalnych zachowań od oczekiwań profesjonalistów medycznych jest najczęściej wyjaśniana przez odwoływanie się do treści dominujących kulturowo przekonań dotyczących zdrowia, choroby, przyczyn i metod leczenia — tego typu zainteresowanie łączy się ze spojrzeniem etnologicznym<sup>29</sup>. Zachowania zdrowotne — nawyki, zwyczaje, postawy, wartości uznawane przez jednostki i grupy społeczne obrazują, jak człowiek pojmuje zdrowie, jak je ocenia, jak nim dysponuje i jak reaguje na zdrowie innych. Zachowania te stanowią element kultury społeczeństwa przekazywanej z pokolenia na pokolenie. Wzory codziennych zachowań określają — najogólniej rzecz ujmując — styl życia<sup>30</sup>, dotyczą różnorodnych kwestii, których jest wiele, jak wiele jest stylów życia znamiennych dla określonych zbiorowości społecznych. Style życia determinują: cechy osobowe jednostki, poziom wykształcenia, pozycja społeczna, dążenia, aspiracje oraz czynniki społeczno-kulturowe<sup>31</sup>. „Promocja zdrowia rozumiana jako ukazywanie stylów życia sprzyjających stymulowaniu rozwoju osobowego, utrzymaniu zdrowia fizycznego i wykorzystaniu indywidualnych i zbiorowych potencjałów rozwojowych staje się dziś nakazem”<sup>32</sup>.

Stosunki społeczne i postępowanie jednostek w ramach poszczególnych zbiorowości związane jest z typem ładu społecznego. Porządek monocentryczny to doświadczenia minionych lat, gdy życie społeczne regulowane było poprzez centralne ośrodki decyzyjne i oparte na zasadzie ograniczenia kompetencji ścisłej jednostkowej zależności. Natomiast ład „przedstawięń zbiorowych” wiązał życie społeczne z konformizmami społecznymi, regulowanymi przez tradycyjne wzory, co wiązało się z bezrefleksyjnym utrwaleniem zwyczajów i norm<sup>33</sup>. Jako kategorię uniwersalną F. Znaniecki wyróżnia ład kulturowy — jest to ład ludzkich czynności. W dziedzinie kultury wyodrębnia cztery kategorie istniejącego dynamicznego ładu: ład zgodności poszczególnych czynności jako

<sup>27</sup> E. Roman: *Kulturowe wzory...*, s. 215.

<sup>28</sup> Tamże, s. 218; por. np. K. Konarzewski: *Wzory kultury a indywidualność*. W: J. Brzeziński, L. Witkowski (red.): *Edukacja wobec zmiany społecznej*. Poznań—Toruń 1994.

<sup>29</sup> A. Gniazdowski: *Zachowania zdrowotne...*, s. 31.

<sup>30</sup> E. Mazurkiewicz: *Podstawy wychowania zdrowotnego*. W: J. Brzeziński, C. W. Korcza (red.): *Higiena i ochrona zdrowia*. Warszawa 1978. Można także spotkać termin „medycyna stylu życia” dla określenia behawioralnych aspektów etiologii profilaktyki i promocji zdrowia — zob. A. Gniazdowski: *Zachowania zdrowotne...*, s. 73.

<sup>31</sup> A. Siciński (red.): *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*. Warszawa 1978, s. 13—20.

<sup>32</sup> K. Ostrowska: *Promocja zdrowia fizycznego...*, s. 32.

<sup>33</sup> S. Ossowski: *O osobliwościach nauk społecznych*. Warszawa 1983, s. 80—84; zob. także F. Adamski: *Człowiek, wychowanie, kultura (wybór tekstów)*. Kraków 1993.

systemów wartości z kulturowymi wzorcami i normami, ład funkcjonalnej współzależności w obrębie aksjonormatywnie zorganizowanych systemów czynności, ład przyczynowy związków między czynnościami i systemem czynności a zewnętrznymi wpływami, ład genetyczny związany z pojawieniem się nowych systemów<sup>34</sup>.

Zmiana społeczna związana z procesami transformacji wpłynęła na tworzenie się nowego ładu społecznego-policentrycznego, związanego z dążeniem do równowagi przy respektowaniu pewnych norm współżycia społecznego. Stosunki społeczne zbiorowości przybierają postać nieskoordynowanych działań, podjętych z indywidualnej inicjatywy ludzi, którzy kierują się osobistym interesem i racjonalnym przewidywaniem zachowania innych ludzi. „Przy podobnym zachowaniu organicznym decyzja zależy od osobistej sytuacji jednostki (wysokość dochodów, warunki rodzinne, zawodowe, konstelacja towarzyska, udział w szerszych organizacjach) i od wzorów kulturowych, którym jednostka podlega”<sup>35</sup>. W tej zbiorowości mogą zachodzić trojakiemu rodzaju stosunki<sup>36</sup>:

- niezależne zachowania względem siebie, które wywołują stan rzeczy przez nikogo nie zamierzony i wpływają na losy i decyzje członków zbiorowości,
- współzawodnictwo lub walka — te kategorie dotyczą teorii ekonomicznych — wolnokonkurencyjnego kapitalizmu,
- współdziałanie, które może wytworzyć wspólny ośrodek decyzyjny i wspólne wzory zachowań.

Szczególne znaczenie w hierarchicznie uporządkowanych różnych wartościach, należących do wyodrębnionych dziedzin kultury, należy przypisać istnieniu określonych hierarchii wartości<sup>37</sup>. Warto podkreślić, iż nie zawsze podstawowym wyznacznikiem zachowań ludzi jest kultura, bywa nim także organizacja społeczna<sup>38</sup>. Wydaje się zasadne podkreślić, iż wzory zachowań prozdrowotnych, propagowane w procesie socjalizacji, związane są nieodłącznie z warunkami społecznymi w sensie kulturowym i instytucjonalnym. Szczególne znaczenia nabiera tutaj wciąż aktualna idea społeczeństwa wychowującego, preferowana w socjologii wychowania F. Znanieckiego<sup>39</sup>.

Komponentem kulturowym wzorów zachowań zdrowotnych jest z pewnością wiedza związana z problemami zdrowia, choroby, terapii, profilaktyki, kompensacji. W obliczu aktualnej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa polskiego podnoszenie świadomości zdrowotnej wydaje się zadaniem nader istotnym. Podnoszenie poziomu świadomości (*consciousness raising*) związane jest z działalnością

<sup>34</sup> F. Znaniecki: *Nauki o kulturze*. Warszawa 1979, s. 663—665.

<sup>35</sup> S. Ossowski: *O osobliwościach...*, s. 91.

<sup>36</sup> Tamże, s. 100.

<sup>37</sup> P. Rybicki: *Struktura społecznego świata*. Warszawa 1979, s. 441.

<sup>38</sup> Z. Krawczyk, M. Morawski (red.): *Socjologia*. Warszawa 1991, s. 149.

<sup>39</sup> F. Znaniecki: *Socjologia wychowania*. T. 1. Warszawa 1971.

oświatową, której celem byłaby w tym wypadku zmiana zachowań zdrowotnych społeczeństwa, co w konsekwencji zmieniłoby obraz sytuacji zdrowotnej. Podstawę bowiem codziennych zachowań członków społeczeństwa stanowi wiedza naukowa, filozoficzna, praktyczna i potoczna, która określa — jak to nazywa J. Szczepański — stan oświecenia społeczeństwa, nie związany z formalnymi świadectwami ukończenia takich czy innych szkół<sup>40</sup>. Istotą działalności oświatowej jest przekazywanie wiedzy, wartości, sposobów postępowania, ideałów i celów życiowych, nie można jej jednak ograniczać do nauczania i wychowania szkolnego.

Do najważniejszych zadań edukacyjnych w promocji zdrowia należy zaliczyć przede wszystkim<sup>41</sup>:

- podniesienie poziomu świadomości społeczeństwa oraz kształtowanie i zmianę postaw wobec zdrowia, odpowiedzialnego planowania rodziny i zdrowego stylu życia,
- opracowanie programów promocji zdrowia, odpowiedzialnego stylu życia, planowania rodziny,
- opracowanie i popularyzowanie programów integracji osób niepełnosprawnych ze środowiskiem rodzinnym i lokalnym.

Działania oświatowe są przedsięwzięciami w sensie nadawanym temu terminowi przez F. Znanieckiego, tzn. są działaniami człowieka w celu wywołania modyfikacji w zachowaniach tego, na kogo się oddziałuje<sup>42</sup>. Centralnym elementem działania społecznego są środki i metody, od których zależy skuteczność, stanowią one podstawę kategoryzacji wzorów działań społecznych. Istotne znaczenie dla kwestii zdrowia mają wzory akomodacji<sup>43</sup>, gdzie modyfikacji zachowań dokonuje się przez perswazję, zachęcanie, naśladownictwo, przywództwo w wychowaniu, świadome podporządkowanie się dla osiągnięcia celu. W rozwoju społeczeństw obserwuje się przeobrażenia związane ze zmianą metod i środków działania na te, które zyskują uznanie społeczne, a najszybciej można obserwować zmiany w typie reakcji osób czy grup będących przedmiotem działania. Działania społeczne odgrywają istotną rolę w kształtowaniu cech mikrostruktur społecznych, ponieważ elementarnym ich składnikiem są charakterystyczne dla danej zbiorowości sposoby społecznego zachowania się ludzi<sup>44</sup>. Znaczenie małych struktur społecznych (np. rodzina, grupa rówieśnicza) polega głównie na tym, że z jednej strony czerpią dobra właściwe całemu

<sup>40</sup> J. Szczepański: *Spoleczne uwarunkowania rozwoju oświaty*. Warszawa 1989, s. 39; zob. także B. Berstein: *Odtwarzanie kultury*. Wrocław 1990.

<sup>41</sup> K. Ostrowska: *Promocja zdrowia...*, s. 32.

<sup>42</sup> J. Szczepański: *Spoleczne uwarunkowania...*, s. 22.

<sup>43</sup> Z. Bokszański: *Pojęcie działania społecznego w teorii socjologicznej Floriana Znanieckiego*. „Studia Socjologiczne” 1972, nr 2, s. 214 i n.

<sup>44</sup> J. Szczepański: *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa 1965, s. 30.

społeczeństwu, a z drugiej tworzą wartości wtórne i wnoszą je we wspólnotę kulturową, w jej zróżnicowanie<sup>45</sup>.

W *Karcie ottawskiej* apeluje się „o uznanie społeczności lokalnej za miarodajne źródło opinii na temat zdrowia, jej warunków życia i dobrego samopoczucia”<sup>46</sup>. Natomiast III Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia w Sundsvall w Szwecji (9–15 czerwca 1991 roku) dotyczyła „środowisk wspierających zdrowie”. Termin ten odnosi się do fizycznych i społecznych warunków otoczenia, określa warunki, w jakich ludzie żyją, oraz ich lokalną społeczność, dom, miejsce pracy i rozrywki. Konferencja podkreśliła cztery zasadnicze aspekty środowisk wspierających: społeczny — odnoszący się do kulturowego dziedzictwa, polityczny — dotyczący wymagań wobec rządów oraz zagadnień praw człowieka, ekonomiczny — związany z postępowaniem technologicznym.

Działania wieloaspektowe będą możliwe w sytuacji preferowania dwóch podstawowych zasad: równości w wyzwaniu energii i sił twórczych oraz współzależności wszystkich istot żyjących w zarządzaniu źródłami materialnymi zobligowanych do uwzględniania potrzeb przyszłych pokoleń. Tworzenie środowisk wspierających zdrowie jest praktyczną propozycją odnoszącą się do zdrowia publicznego na poziomie lokalnym (rys. 8). Konferencja wyróżniła cztery podstawowe kategorie zdrowia publicznego, które dotyczą poziomu społeczności lokalnych<sup>47</sup>:

wzmocnienie wsparcia i obrony przez działania środowisk lokalnych, szczególnie grup organizowanych przez kobiety,

umożliwienie społeczności lokalnej oraz poszczególnym jednostkom podjęcia kontroli nad ich zdrowiem i środowiskiem przez edukację i uprawiania,

tworzenie sojuszy na rzecz zdrowia i środowisk wspierających w celu wzmocnienia współpracy pomiędzy ich strategiami i organizowanymi kampaniami,

prowadzenie mediacji w sprawach sprzecznych interesów społecznych w celu zapewnienia równoprawnego dostępu do środowisk wspierających zdrowie.

Pojęcie środowiska lokalnego stanowi podstawową kategorię pojęciową pedagogiki społecznej. Oddziaływanie środowiska jako zespołu warunków, w których egzystuje jednostka, tkwiących w nim sił społecznych było i jest nadal podstawowym problemem w teorii i praktyce pedagogiki społecznej<sup>48</sup>. Należy

<sup>45</sup> P. Rybicki: *Struktura społecznego...*, s. 216.

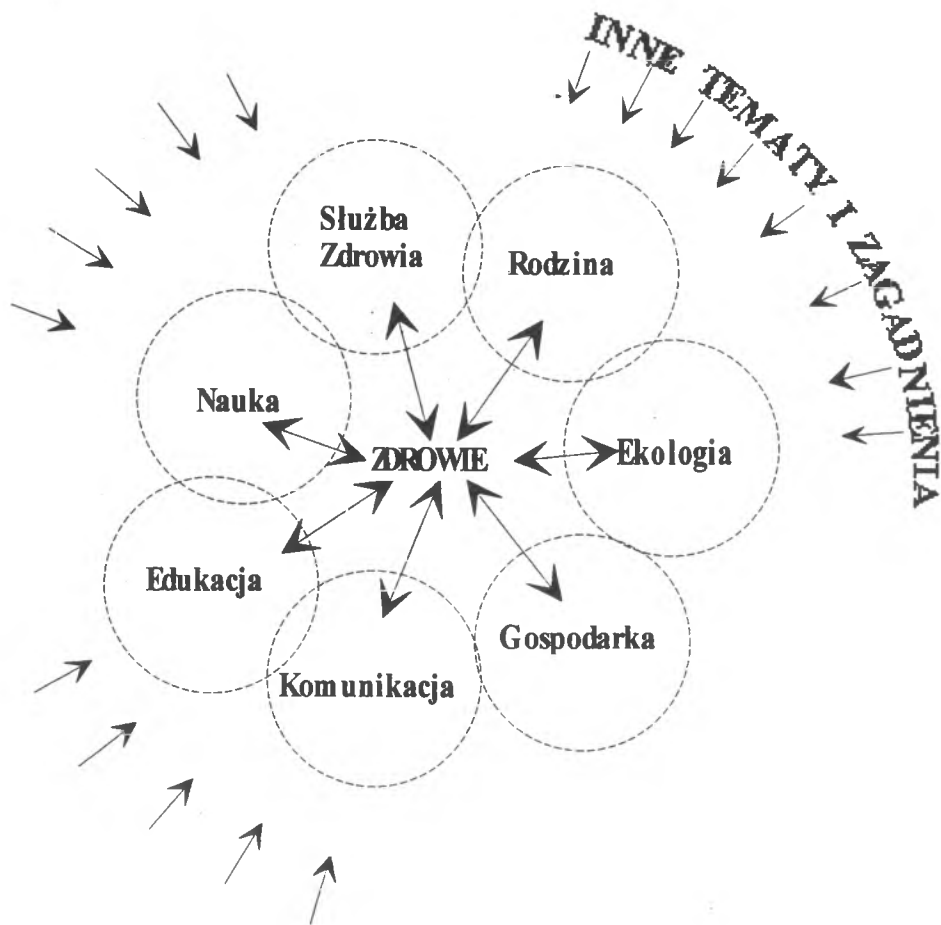
<sup>46</sup> *Wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe dotyczące promocji zdrowia*. I Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia (17–21 listopada 1986 roku); J. B. Karński, Z. Siońska a. B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 423.

<sup>47</sup> Tamże, s. 434–438.

<sup>48</sup> H. Radlińska: *Egzamin z pedagogiki społecznej*. W: H. Radlińska: *Pedagogika społeczna...*, s. 366.



## SYSTEM SIEDLISKOWY

STAŁA WSPÓLNOTA INTERESÓW  
OTWARTA NA PROPOZYCJE

Rys. 8. Podejście do zdrowia w systemach

Źródło: J. B. Karski: *Promocja zdrowia jako czynnik integrujący środowisko lokalne*. „Magazyn Medyczny” 1995, nr 4, s. 14.

dodać, że pojęcie sił społecznych to integralny składnik założeń teoretycznych i metodologicznych w pedagogice społecznej i socjologii wychowania. Natomiast w zakresie zjawisk społecznych i psychospołecznych wiąże się z przedmiotem badań w dwojakim ujęciu: jako zmienna niezależna w relacji do środowiska

wychowawczego (struktury tendencji rozwojowych) oraz jako zmienna zależna określona oddziaływaniami innych zmiennych o charakterze kulturowym, społeczno-politycznym i ekonomicznym<sup>49</sup>. Pojęcie to jednak nie jest jednoznaczne i budzi kontrowersje w zakresie potrzeby jego stosowania, praktyczności czy też naukowości<sup>50</sup>. Pojęcie środowiska lokalnego często utożsamia się z pojęciem społeczności lokalnej, które stanowi kategorię pojęciową socjologii szczególnie rozwijaną na gruncie socjologii miasta. Analizy definicji społeczności lokalnej poszukują odpowiedzi na pytanie, czym jest społeczność lokalna, jak funkcjonuje i jaka jest jej struktura. Umożliwiły one wyodrębnienie czterech stanowisk teoretycznych<sup>51</sup>: ekologicznego (R. E. Park, E. Burges); strukturalno-funkcjonalnego (V. Pareto, R. Merton, C. R. Warren, F. Znaniecki); interakcyjnego (E. Durkheim, M. Weber, E. Goffman, G. H. Mead, J. Szczepański); świadomości grupowej — *social action theory* (H. Cooley, G. Tarde, T. H. Giddings). Koncepcje te w pewien sposób się uzupełniają, wydaje się, iż definicja J. Szczepańskiego podkreśla czynnik ekologiczny i znaczenie więzi społecznej. Niemniej jednak środowisko lokalne jest grupą społeczną opartą na wspólnocie (*community*). Zbiorowści lokalne, jako społeczności zwarte i wyodrębnione terytorialnie, mają zwykle cechy wspólnot, natomiast wspólnoty nie dają się sprowadzić do społeczności lokalnych. Istota odmienności polega na ich stosunku do ziemi. Społeczność lokalna istnieje dzięki związkom z terytorium, na podstawie których się ukształtowała<sup>52</sup>.

F. Znaniecki, jako twórca „współczynnika humanistycznego”, badał i wyjaśniał społeczność lokalną w świetle doświadczeń i świadomości mieszkańców<sup>53</sup>. Świadomość grupową można ujmować w dwóch kategoriach: jako „poczucie znaczenia” (doświadczenie) dla innych — wiąże się to ze świadomością odgrywania roli i można je określić jako poczucie przynależności, lub w dychotomicznym ujęciu — odizolowanie. Drugim elementem jest poczucie „my”, identyfikacja, więź, zjednoczenie. Obydwa te elementy świadomości grupowej są ze sobą ściśle powiązane<sup>54</sup>.

W wyniku prowadzonych analiz w literaturze przedmiotu okazuje się, że społeczność lokalna jest „[...] czymś bardzo niejednorodnym, złożonym z wielu cech charakterystycznych dla życia zbiorowego — co jest tu istotne, nie wszystkie

<sup>49</sup> S. Wawryniuk: *Siły społeczne wychowania w osiedlach mieszkaniowych*. Poznań 1990, s. 61.

<sup>50</sup> Zob. np. T. Pilch, I. Lepalczyk (red.): *Pedagogika społeczna*. Warszawa 1993, s. 145.

<sup>51</sup> J. Turowski: *Społeczność lokalna*. „Studia Socjologiczne” 1977, nr 3.

<sup>52</sup> Z. K. Sowa: *Wstęp do socjologicznej teorii zrzeseń*. Warszawa 1988, s. 23.

<sup>53</sup> Zob. F. Znaniecki: *Miasto w świadomości obywateli*. Poznań 1931, por. także B. Gałęski: *Socjologiczne problemy społeczności wioskowej*. „Studia Socjologiczne” 1965, nr 4, s. 148.

<sup>54</sup> J. Turowski: *Społeczność lokalna...*, s. 121; zob. np. T. Pilch, I. Lepalczyk (red.): *Pedagogika społeczna...*, s. 149, por. także A. Radziejewicz-Winnicki: *Pojęcie identyfikacji w naukach społecznych*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1989, z. 3; S. Ossowski: *O osobliwościach...*, s. 53—61.

te cechy są równie konstruktywne dla społeczności. Stąd niejednorodna jest ich rola w odróżnieniu społeczności od innych grup społecznych, w specyfikowaniu jej funkcjonowania jako pewnej odrębnej całości. Niejednorodna jest także ich moc wskaźnikowa autonomizacji społeczności”<sup>55</sup>. Holistyczne i aspektowe ujęcie społeczności można traktować jako komplementarne, każda więc charakterystyka wyróżnionego typu społeczności tworzy określoną mozaikę twierdzeń analitycznych, zawartych w różnych koncepcjach grupy społecznej<sup>56</sup>.

W latach siedemdziesiątych w USA rozwinął się odgórnie inspirowany ruch społeczny zwany *community development*, tj. aktywizacja społeczności lokalnej prowadząca w konsekwencji do wielowymiarowych form współpracy<sup>57</sup>. H. Radlińska uważała, że podstawowym elementem aktywizowania i zmian środowiska są siły społeczne (jednostki, grupy, instytucje, ruchy społeczne)<sup>58</sup>. A zatem społeczność lokalna to nie tylko stosunki tradycyjnie pojmowanego sąsiedztwa, ale także zdolność do wspólnego działania w wymagających takiego działania sytuacjach<sup>59</sup>. F. Znaniński podkreślał znaczenie intencjonalnego współdziałania „jako więzi stanowiącej” o istnieniu grupy społecznej<sup>60</sup>. Społeczność lokalna odgrywa w procesie socjalizacji szczególną rolę, jest ogniwem łączącym ze środowiskiem globalnym, elementem systemu. W środowisku lokalnym skupiają się instytucje i organizacje mające znaczenie dla procesów organizacji społeczności lokalnej, są elementami realizacji polityki społecznej. W sytuacji zmiany społecznej obserwujemy rozpad środowisk lokalnych i dezintegrację wielu grup społecznych, często wynikających z konfliktu interesów związanych z osiąganiem statusu społecznego i pozycji materialnej. Drastycznym przykładem rozpadu tych wspólnot jest wypieranie kontaktów *face to face* przez kontakty typu *back to back*, zwłaszcza w społeczeństwach konsumpcyjnych<sup>61</sup>. „Wychodząc z założenia, że zdecentralizowana, samorządowa i pozioma organizacja życia społecznego generalnie sprzyja odbudowywaniu i tworzeniu się w społecznościach lokalnych sił społecznych, pamiętać jednak trzeba, że pozostawienie tego procesu naturalnemu biegowi rzeczy wydaje się być zabiegiem niewystarczającym i mało skutecznym”<sup>62</sup>. W środowiskach lokalnych można aktualnie dostrzec wiele problemów dotyczących jak się wydaje

<sup>55</sup> A. K o m e n d e r a: *Refleksje nad społecznością lokalną jako socjologiczną kategorią pojęciową*. „Studia Socjologiczne” 1982, nr 1—2, s. 126.

<sup>56</sup> Tamże, s. 130—131.

<sup>57</sup> Z. W i e r z b i c k i (red.): *Aktywizacja i rozwój społeczności lokalnych*. Warszawa 1973, s. 13, na gruncie pedagogiki m.in. S. K o w a l s k i: *Podejście systemowe w badaniach środowisk wychowawczych*. „Studia Pedagogiczne” 1983, t. 47.

<sup>58</sup> H. R a d l i Ń s k a: *Pedagogika społeczna...*, s. 366.

<sup>59</sup> P. R y b i c k i: *Społeczeństwo miejskie*. Warszawa 1972, s. 239.

<sup>60</sup> S. O s s o w s k i: *O osobliwościach...*, s. 58.

<sup>61</sup> K. Z. S o w a: *Wstęp do socjologicznej...*, s. 25.

<sup>62</sup> W. A m b r o z i k: *Aktywizacja społeczności lokalnych w rozwiązywaniu problemów społecznych*. W: T. F r a c k o w i a k, J. M o d r z e w s k i (red.): *Socjologia a wartości...*, s. 186.

kwestii świadomościowych przeobrażeń niezbędnych dla podjęcia aktywności w określonym kierunku, zgodnie z istniejącymi potrzebami.

Brak jest również orientacji instytucji i organizacji pozarządowych na temat możliwości ich wpływu na stan zdrowia społeczeństwa bezpośrednio oraz dzięki współpracy z innymi instytucjami i sektorami aniżeli sektor zdrowia. Istnieją trudności w tworzeniu lokalnego lobby na rzecz zdrowia, chyba że w przypadku jaskrawych jego zagrożeń. Zdrowie w wielu przypadkach traktowane jest nadal jako zagadnienie mniej ważne i peryferyjne. W 1983 roku w Göteborgu podkreślano konieczność znalezienia sposobów przezwycięzenia tej sytuacji, ponieważ poziom lokalny jest tworzywem do formowania współpracy na poziomach wyższych<sup>63</sup>. Aktywizacja środowisk lokalnych jest nie tylko wciąż aktualną ideą, ale także metodą, sposobem tworzenia społeczeństwa demokratycznego. W tej kwestii podkreśla się także możliwości modernizacji środowisk lokalnych przez wprowadzenie innowacji dla poprawy ogólnych warunków egzystencji jakiejś społeczności<sup>64</sup>.

Współczesny ruch demokratyczny wprowadził „postać obywatela”, którego prawa i obowiązki są zróżnicowane i odbiegają od przyjętego znaczenia dla jego symbolicznego statusu w różnych systemach politycznych. Sytuacja ta wpływa na stopień przywiązania do ustroju konstytucyjnego<sup>65</sup>. „Słowo — obywatel jest istotnie dziedzictwem tradycji kulturowej o uznanych tytułach szlacheckich. Wywodzi się ono z chwalebego zgiełku Rewolucji Francuskiej, a nawet jeszcze dalej, z państw starożytnych lub lombardzkich. Systematycznie związane ze słowem » patriota « lub » żołnierz « określało ono w sposób ogólny typ nowego człowieka, typ powstający na ruinach porządku feudalnego. Przez długi czas jego konotacje były z tego powodu wybuchowe. Jego popularność w XIX wieku była przywilejem środowisk, które, postępowe lub nie, kultywowały pamięć Rewolucji Francuskiej bądź szukały punktów odniesienia w ojczyźnie Praw Człowieka z roku 1789. Tymczasem prototypem obywatela we Francji, w Niemczech i we Włoszech był ostrożny drobnomieszczanin śniący o wielkości *per procura*”<sup>66</sup>. Analizując cechy obywatela, zwraca się uwagę na kilka kwestii: tożsamość osobistą, zaskakująco odseparowaną od rzeczywistości, lecz otoczoną aureolą liryzmu, ale także podkreśla się jego odpowiedzialność za sprawy konstytucyjne<sup>67</sup>. Być obywatelem w społeczeństwie demokratycznym, oznacza

<sup>63</sup> J. B. Karski, Z. Słowska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 378.

<sup>64</sup> A. Radziejewicz - Winnicki: *Modernizacja nie dostrzeganych obszarów rodzimej edukacji*. Katowice 1995, s. 19.

<sup>65</sup> *The Reconstruction of Patriotism for Civic Consciousness*. Chicago 1983, s. 159, cyt. za P. F. Braud: *Rozkosze demokracji*. Warszawa 1995, s. 65.

<sup>66</sup> P. F. Braud: *Rozkosze...*, s. 66—67.

<sup>67</sup> Tamże, s. 65—68.

aktywnie uczestniczyć w sprawach publicznych, które niektórzy wiążą z „cnotami obywatelskimi”<sup>68</sup>.

Niedoskonałość życia społecznego wymaga ciągłego ulepszania przez „służbę społeczną”. Zwracała na to uwagę prekursorka pedagogiki społecznej H. Radlińska, ale także M. Ossowska — współtwórczyni polskiej socjologii moralności — podkreślając, że „bierność jest akceptowaniem otaczającej rzeczywistości bez prób ulepszania”<sup>69</sup>. Spośród wielu cech demokracji akcentowała szczególnie uspołecznienie jako zainteresowanie zagadnieniami społecznymi oraz współdziałanie — jako nieodzowny element uspołecznienia. Nawiązanie do pedagogicznych i socjologicznych idei podkreśla ich znaczenie dla współczesnej teorii i praktyki pedagogiki społecznej. Wydaje się bowiem, że „wzór demokracji” staje się dziś wyzwaniem dla pedagogów dyskutujących o celach wychowania w społeczeństwie demokratycznym. Świadomość obywatelska to z jednej strony proces, z drugiej zaś cel wychowania jako jedna z możliwości perspektywicznej aktywności jednostki w środowisku lokalnym. Powstaje jednak pytanie, istotne szczególnie dla pedagogów: Jaka jest relacja między wychowaniem do wolności, indywidualności, tożsamości a wymogami społeczności grupowej (także lokalnej)?<sup>70</sup> Wydaje się, że znaczenie będzie tutaj miała kwestia związana ze świadomością obywatelską kształtowaną w procesie socjalizacji i wychowania.

A. de Tocqueville<sup>71</sup> podkreśla, że „żadne na świecie sprawne społeczeństwo nie może zrezygnować z potężnego czynnika, jakim jest interes własny. Od obywateli wspólnoty obywatelskiej nie wymaga się, aby byli altruistami”. We wspólnocie obywatelskiej własny interes należy widzieć w kontekście szerszych potrzeb publicznych, czyli jako „oświecony”<sup>72</sup>. Postęp i rozwój demokracji zależą od urzeczywistnienia indywidualizmu w procesie socjalizacji, poszerzenia wolności, szczególnie w sferze aktywności i intencjonalności<sup>73</sup>. Sztuka zbiorowego dążenia do realizacji wspólnych celów, opierając się na wiedzy, jest podstawą tworzenia demokracji<sup>74</sup>. Wydaje się, iż zachodzi istotny związek między postawami obywatelskimi a działaniem różnego rodzaju zrzeczeń w środowisku lokalnym.

<sup>68</sup> Zob. np. M. Walzer: *Civility and Civic Virtue in Contemporary America, Radical Principles*. New York 1980, s. 64, cyt. za R. D. Putman: *Demokracja w działaniu*. Kraków 1995, s. 134.

<sup>69</sup> M. Ossowska: *Wzór demokracji. Cnoty i wartości*. Lublin 1992. Rozprawa powstała w 1944 r. jako druk konspiracyjny. Tekst oryginału zaginął. Pozycja z 1992 r. ukazała się na podstawie opracowania: *Wzór obywatela w ustroju demokratycznym*, ogłoszonego przez autorkę w 1946 r. Zob. także F. Znaniecki: *Ludzie teraźniejsi a cywilizacja przyszłości*. Warszawa 1934, por. np. J. Szczepański: *Odmiany czasu teraźniejszego*. Warszawa 1973.

<sup>70</sup> T. Pilch, I. Lepalczyk (red.): *Pedagogika społeczna...*, s. 148.

<sup>71</sup> A. de Tocqueville: *O demokracji w Ameryce*. Tłum. M. Król. Warszawa 1976, s. 525.

<sup>72</sup> R. D. Putman: *Demokracja...*, s. 134.

<sup>73</sup> E. Fromm: *Ucieczka od wolności*. Warszawa 1993, s. 225 i n.; por. także K. Obuchowski: *Człowiek intencjonalny*. Warszawa 1993.

<sup>74</sup> A. de Tocqueville: *O demokracji...*, s. 345.

„Niewątpliwie najsilniejszym oparciem dla Radlińskiej, w jej dążeniu do osiągnięcia przez pedagogikę społeczną wszelkich dziedzin aktywności społecznej, były koncepcje Edwarda Abramowskiego”<sup>75</sup>. Twierdził on, że dobrowolne zrzeszenia społeczne, gospodarcze, kulturowe, oświatowe, zawodowe itp. mogą i powinny być zrzeszeniami zapewniającymi postęp moralno-społeczny. H. Radlińska pojmowała swą pedagogikę społeczną jako kategorię wszelkiej pracy społecznej, zwracając uwagę na rolę i znaczenie zrzeszeń, instytucji i grup społecznych<sup>76</sup>. Znaczenie zrzeszeń dla pracy wychowawczej i społecznej w pedagogice społecznej było podkreślane przez wielu pedagogów<sup>77</sup>. Wspólnota społeczności lokalnej jest właśnie podłożem procesu współżycia społecznego „[...] właśnie zrzeszenie grupując jednostki o podobnych potrzebach w procesie zbiorowego współdziałania, akomoduje interesy indywidualne z interesem ogólnospołecznym”<sup>78</sup>. Każde zrzeszenie (*association*) jest grupą społeczną celową, tzn. powstałą dla realizacji określonego celu wyznaczonego przez osoby zrzeszające się, a którego urzeczywistnienie służy nie tylko członkom zrzeszenia, ale także szerszej społeczności. Zrzeszenie ma charakter subiektywny, ponieważ udział w nim jednostek zależy od indywidualnego wyboru, ma charakter heteronomiczny i genezę konwencjonalną<sup>79</sup>.

Zrzeszenia są narzędziem (*means*) do osiągnięcia celów (*ends*), a współdziałanie prowadzi do powstania zrzeszenia<sup>80</sup>. Należy dodać, że zrzeszenie zajmuje określone miejsce w strukturze organizacji społeczności, gdzie działa, i w świadomości członków tej społeczności. Zrzeszenia mogą odegrać istotną rolę w promocji zdrowia w środowisku lokalnym, zwłaszcza że podkreśla się znaczenie koalicji<sup>81</sup> w promocji zdrowia. Jest ona organizacją łączącą osoby, instytucje, organizacje, które współpracują dla realizacji określonego celu. Koalicja zatem jest zrzeszeniem mogącym mieć charakter publiczny, nieformalny (gdzie stosunki z otoczeniem są uregulowane obyczajowo), oraz publiczny, formalny (gdzie stosunki z otoczeniem są uregulowane prawnie) przybierający postać stowarzyszeń. Koalicja będzie miała zatem charakter ekstrawertyczny, tzn. będzie zmierzać do przekształceń w środowisku zewnętrznym, np. opiekuńczych,

<sup>75</sup> H. Radlińska: *Pedagogika społeczna...*, s. XXV; zob. także E. Abramowski: *Idee społeczne kooperatywu*. Warszawa 1907, s. 79.

<sup>76</sup> Tamże, s. 109.

<sup>77</sup> A. Kamiński: *Funkcje pedagogiki społecznej*. Warszawa 1974; I. Lepalczyk (red.): *Stowarzyszenia społeczne jako środowisko wychowawcze*. Warszawa 1974; E. Trempała: *Pedagogiczna działalność wychowawców nieprofesjonalnych w środowisku lokalnym*. Bydgoszcz 1988; S. Wawriniuk: *Sily społeczne wychowania w osiedlu mieszkaniowym*. Poznań 1990.

<sup>78</sup> K. Z. Sowa: *Wstęp do socjologicznej...*, s. 87.

<sup>79</sup> Tamże, s. 28—29.

<sup>80</sup> Tamże.

<sup>81</sup> F. D. Butterfoss, R. M. Godman, A. Wandersman: *Community Coalitions for Prevention and Health Promotion*. „Health Education Research” 1993, No. 3, s. 315, cyt. za: B. Woynarowska: *Koalicje w promocji zdrowia*. „Lider” 1995, nr 10, s. 4—6.

charytatywnych oraz do popierania, rozwijania lub obrony czegoś<sup>82</sup> — w naszym przypadku będzie to dotyczyć zdrowia. Zrzeszenia dobrowolne-celowe (*voluntary associations*) będą miały tutaj szczególne znaczenie, zwłaszcza w środowisku społeczności lokalnej<sup>83</sup>.

Przyjmując klasyfikację zrzeszeń według K. Z. Sowy<sup>84</sup>, koalicja promocji zdrowia będzie związana z wieloma celami, przede wszystkim z celem biologicznym (witalnym). Na tej płaszczyźnie ludzie rozstrzygają, co jest zdrowe, a co nie, dążą do podnoszenia poziomu zdrowotności, zmiany zachowań zdrowotnych. Znaczenie mają także na innych płaszczyznach egzystencjalnych w życiu społecznym. Należy do nich płaszczyzna konstytutywna, związana ze stosunkami i działaniami zmierzającymi do określenia zasad współżycia społecznego. Jest to płaszczyzna o charakterze etyczno-moralnym, podstawowe znaczenie mają tutaj normy oraz przedsięwzięcia religijne i polityczne. Bazą tego typu działalności będzie płaszczyzna gospodarcza. Warto wymienić także płaszczyznę poznawczą — tworzą ją działania dotyczące kwestii wiedzy i prawdy, oraz płaszczyznę rekreacyjno-ludyczną, gdzie następuje zaspokajanie potrzeb rozrywki i zabawy, ale także rekreacji służącej zdrowiu. Zrzeszenia grupują jednostki o podobnych potrzebach w procesie współdziałania zbiorowego, stanowią element akomodacji interesów indywidualnych z interesem społecznym. Zrzeszenia, zwłaszcza w środowisku lokalnym, stanowią istotny z punktu widzenia procesu socjalizacji, a także pomocy społecznej, element pośredniczący między jednostką (grupą) a społeczeństwem. Zrzeszenia charakteryzuje ponadto społeczna ruchliwość i adekwatność do zmieniających się warunków życia<sup>85</sup>. Stowarzyszenie jest koniecznym warunkiem wstępnego etapu efektywnej samorządności<sup>86</sup>.

Ważnym elementem promocji zdrowia jest powiązanie z innymi organizacjami oraz instytucjami i agencjami. Tworzenie koalicji w środowisku lokalnym ma w promocji zdrowia istotne znaczenie, do najważniejszych ich walorów należy zaliczyć<sup>87</sup>:

— umożliwienie ludziom i instytucjom udziału w nowych formach działania, bez przyjmowania na siebie wyłącznej odpowiedzialności za ich prowadzenie i rozwój,

<sup>82</sup> K. Z. Sowa: *Wstęp do socjologicznej...*, s. 32—78.

<sup>83</sup> Tamże, s. 55; zob. także A. Trojan, H. Hildebrandt, Ch. Deneke, M. Faltis: *The Role of Community Groups and Voluntary Organizations in Health Promotion*. In: B. Badura, I. Kickbusch (eds.): *Health Promotion Research. Towards a New Social Epidemiology*. WHO Regional Publications, „European Series”, No. 37, s. 421—441.

<sup>84</sup> K. Z. Sowa: *Wstęp do socjologicznej...*, s. 80—84.

<sup>85</sup> Tamże, s. 86.

<sup>86</sup> R. D. Putman: *Demokracja...*, s. 138.

<sup>87</sup> B. Woynarowska: *Koalicje w promocji...*, s. 4—5.

- podejmowanie i rozwijanie działania na szeroką skalę, przy jednoczesnym pozyskiwaniu wsparcia społecznego i zaspokajaniu potrzeb społecznych,
- maksymalizowanie sił oraz potencjału jednostek i grup,
- minimalizowanie dublowania wysiłków, świadczeń i działań,
- mobilizowanie talentów, środków i rozwiązań,
- umożliwianie rekrutowania uczestników działań z różnych instytucji i organizacji (polityczne, biznes, służby społeczne, grupy społeczne, religijne, lokalne, jednostki),
- umożliwianie wykorzystywania nowych środków w zmieniającej się sytuacji dzięki elastycznej naturze koalicji.

Koalicja promocji zdrowia w społeczności lokalnej może być tworzona przez profesjonalistów — liderów, w celach związanych z potrzebami określonych środowisk lokalnych.

Środowisko lokalne jest istotnie zróżnicowane w zakresie potrzeb zdrowotnych, we wszystkich środowiskach lokalnych spotykamy tzw. grupy zależne, są to ludzie starzy, przewlekle chorzy, niepełnosprawni, chorzy umysłowo itd. Względem tych grup odpowiedzialność społeczna przybiera postać konkretnego działania. W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie tymi grupami, głównie z powodu powiększania się ich liczby. Zależność ma w nich charakter nie tylko medyczny, ale także socjalny. Zmniejsza się znaczenie udziału rodziny w środowisku lokalnym, a jakość życia ludzi w tych grupach jest coraz gorsza<sup>88</sup>. W sytuacji zmiany społecznej w Polsce więź opiekuńcza (*caring network*) w środowisku lokalnym ma ważne znaczenie i wiąże się z działalnością instytucji i różnego rodzaju zrzeszeń.

Znaczenie ma zatem tutaj, ściśle związana z pedagogiką społeczną, metoda środowiskowa, której głęboki sens oznacza całościowe rozumienie środowiska lokalnego (w tym problemów zdrowia), kompleksowy i komplementarny system działań z intencją usuwania zagrożeń, także zdrowotnych<sup>89</sup>. Elementem dodatkowym w metodzie organizowania środowiska będzie nie tylko wspomaganie rozwoju, realizacja celów opiekuńczych czy kompensacja, ale także tworzenie wspólnot, przez organizację sił społecznych w promocji zdrowia.

Samopomoc (*self-help*) jest źródłem nieprofesjonalnych zasobów zdrowia i dotyczy wszystkich działań nieprofesjonalnych, podejmowanych dla promowania zdrowia, podtrzymywania i przywracania zdrowia w określonej społeczności. Cele stawiane przez uczestników takich ruchów ujmowane są nie tyle w kategoriach naprawiania świata, lecz raczej w kategoriach konkretnie określonych zmian sytuacji ich uczestników. Dziedziny, w których ruchy samopomocy zaczęły odgrywać znaczną rolę, obejmują w szczególności sprawy zdrowia

<sup>88</sup> M. Sokołowska: *Odpowiedzialność społeczna a grupy zależne*. „Studia Socjologiczne” 1981, nr 3, s. 8—15.

<sup>89</sup> T. Pilch, I. Lepalczyk (red.): *Pedagogika społeczna...*, s. 246.



i warunków życia wywierających na nie wpływ. Wpłynęło to na zmianę podejścia do tej części „nowej fali” ruchów społecznych. Przeszto je traktować jako zjawisko o marginalnym znaczeniu i lokować głównie w dolnych piętrach struktury społecznej — wśród ludzi „biednych”, „zależnych” czy „upośledzonych”. Zaczęto podkreślać ich innowacyjny charakter.

U podstaw tego sposobu interpretowania ruchów samopomocy można znaleźć swoistą filozofię demokracji<sup>90</sup>. Obejmują one współcześnie działalność o różnym stopniu zorganizowania — od ogólnokrajowych stowarzyszeń i organizacji regionalnych po niesformalizowane działania licznych, małych grup. „Samopomoc nie stanowi swoistego rodzaju ideologii tych ruchów. Hasło to odnosi się raczej do pewnej orientacji aksjologicznej lub etosu ich uczestników”<sup>91</sup>.

Wartości czy orientacje, przypisywane ruchom samopomocy, można przedstawić nie tyle w postaci jakiejś hierarchii, ile systemu wartości czy powiązanych ze sobą cech, tworzących pewien trudny do rozdzielenia syndrom<sup>92</sup>. Do podstawowych wartości, występujących w *credo* ruchów samopomocy i czasami jednostronnie eksponowanych przez ich badaczy i interpretatorów, należą<sup>93</sup>:

- solidarność społeczna i pomoc wzajemna,
- umacnianie wiary w możliwości życia zgodnego z aspiracjami,
- aktywność — przeciwstawianie się rezygnacji i wyuczonyj bezradności,
- rozwijanie własnych możliwości zamiast nastawień roszczeniowych.

W różnego rodzaju stowarzyszeniach i grupach o orientacji „samopomocowej” w USA uczestniczy ponad 30% ludności. Następuje szybkie rozszerzanie się ruchów samopomocy w wielu krajach Europy, a także np. w Kanadzie lub Japonii. Znaczenia ruchów samopomocy nie można mierzyć tylko liczebnością ich uczestników, liczbą czy jakością usług świadczonych przez ich agendy, zasięgiem spowodowanych przez nie zmian w funkcjonowaniu tradycyjnych instytucji itp. Pomimo kontrowersji<sup>94</sup> co do głównych kierunków działań i funkcji społecznych grup samopomocy dla pedagogiki społecznej istotna wydaje się kwestia związana z wzajemnym wsparciem uczestników tych grup. Przez wsparcie społeczne (*social support*) rozumie się otrzymywanie

<sup>90</sup> E. Bobiatyńska: *Ruchy samopomocy a zdrowie. Ruchy samopomocy a problem zdrowia w nowej sytuacji w Polsce*. W: J. B. Karski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 364; zob. także np. A. Richardson: *Health Promotion through Self-help: The Contribution of Self-help Groups*. In: B. Badura, I. Kickbusch (eds.): *Health Promotion...*, s. 467—477; M. Sokołowska: *Nieprofesjonalne systemy pomocy w chorobie*. „Roczniki Socjologii Rodziny”. T. 1. Poznań 1989; E. Gorczycka: *Grupy samopomocowe w środowisku osób niepełnosprawnych*. „Polityka Społeczna” 1995, nr 9.

<sup>91</sup> E. Bobiatyńska: *Ruchy samopomocy...*, s. 365.

<sup>92</sup> Tamże, s. 366; zob. także L. M. Brammer: *Kontakty służące pomaganiu*. Studium Pomocy Psychologicznej PTP, Warszawa 1984.

<sup>93</sup> Tamże, s. 366.

<sup>94</sup> Tamże, s. 368—370.

pomocy ze strony znaczących, bliskich osób lub instytucji, w formie emocjonalnego oparcia, praktycznej pomocy, rady i informacji. Ma ono udział w sytuacjach kryzysowych: może zmniejszać wpływ czynnika stresowego lub go niwelować bądź pomagać w zachowaniu dobrego stanu fizycznego i psychicznego (np. przez umożliwienie odreagowania napięcia związanego z kryzysowym wydarzeniem). Brak systemu wsparcia społecznego obniża odporność psychiczną oraz możliwość poradzenia sobie z kryzysem<sup>95</sup>. Określa się też wsparcie społeczne jako rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacji — emocjonalnej lub instrumentalnej. Wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna, może być stała lub zmienna. Aby była ona skuteczna, konieczna jest spójność między potrzebami biorcy a rodzajem udzielanego wsparcia. Celem tej interakcji jest zbliżenie do rozwiązania problemu jednego lub obu uczestników. Można mówić o różnych rodzajach wsparcia, może np. chodzić o<sup>96</sup>:

- wsparcie emocjonalne, polegające na przekazywaniu komunikatów werbalnych i niewerbalnych,
- wsparcie wartościujące polegające na dostarczaniu jednostce komunikatów typu: „jesteś dla nas kimś znaczącym”,
- wsparcie instrumentalne, czyli udzielanie konkretnej pomocy, świadczenie usług, np. pożyczanie pieniędzy,
- wsparcie informacyjne czy udzielanie rad, informacji, które mogą pomóc w rozwiązywaniu problemu, np. w kształceniu, poszukiwaniu pracy, a nawet porad towarzyskich, hobbyistycznych.

W sytuacji choroby wszystkie cztery płaszczyzny wydają się być znaczące. Wymiana doświadczeń, wzajemne wsparcie emocjonalne, partnerstwo w stosunku do osób o podobnych „deficytach” i możliwościach, o podobnym statusie społecznym — mogą stanowić komponenty „bogatego życia”.

Pewne grupy preferują orientację, którą można określić jako indywidualistyczną. Starają się raczej udzielać emocjonalnego wsparcia i pomocy jednostkom (szczególnie tym, które nie mogą liczyć na pomoc rodzin lub mają rodziny przeciążone licznymi obowiązkami opiekuńczymi lub pracą). Uzyskanie takiej pomocy pozwala im podejmować różnorodne role i zadania w ich „własnych” społecznościach, zgodnie z ich osobistymi preferencjami. W szczegól-

<sup>95</sup> W. Badura - Madej (wybór): *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Seria: „Biblioteka Pracownika Socjalnego”. Warszawa 1996, s. 27; zob. także W. Dykciak: *Jednostkowa i społeczna odpowiedzialność za los oraz sens życia każdego człowieka*. W: T. Frąckowiak, J. Modrzewski (red.): *Socjalizacja wartości...*; J. Rostowski: *Dezintegracja więzi rodzinnej oraz innych związków interpersonalnych a poczucie osamotnienia jednostki*. „Roczniki Socjologii Rodziny”. T. I. Poznań 1989.

<sup>96</sup> S. Kawula: *Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1996, nr 1, s. 6—7; zob. np. M. Doleżał, M. Zygadło: *Środo-*

ności, w społecznościach tych nie muszą obowiązywać podziały na „zdrowych” i „chorych”, „niepełnosprawnych” i „pełnosprawnych”<sup>97</sup>.

Działalność w grupach samopomocy rozszerza doświadczenia, rozwija wyobraźnię społeczną i zapobiega niedostrzeganiu potrzeb innych osób czy grup w podobnej sytuacji. Działalność w szerszej skali nie staje się jednak działalnością „ponadlokalną” w sensie pozbawienia związku z działaniami lokalnymi. Staje się ona formą aktywności rozszerzającą inicjatywy lokalne, integrującą ich elementy wspólne. Nie prowadzi ona zatem do unifikacji działań lokalnych, a projektowanie jest powiązane z rzeczywistą sytuacją postulowanych stanów rzeczy, cele działania zaś są uzależnione od warunkowych prognoz dotyczących zastosowania konkretnych sposobów osiągnięcia tych celów<sup>98</sup>.

Zarówno sytuacja choroby, jak też zachowanie i umacnianie zdrowia są coraz częściej traktowane jako sytuacje problemowe czy zbiory problemów, dla których poszukuje się coraz doskonalszych rozwiązań. Pojawienie się i rozwój choroby czy też zagrożeń zdrowia można przewidzieć, a dzięki temu zapobiegać czy zahamować wystąpienie negatywnych skutków choroby, można też „zwiększyć kontrolę nad determinantami zdrowia”, „tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu”.

Grupy samopomocy zainteresowane sprawami zdrowia uczą, jak radzić sobie z trudnościami w konkretnych życiowych sytuacjach — niejako bezpośrednio, na bieżąco, zanim doprowadzą do kryzysu. Bywają one traktowane jako źródło twórczości. To nie choroba i związane z nią cierpienia poddawane są jednak wówczas sakralizacji, lecz to, co w człowieku zdrowe i odporne na przeciwności losu, co decyduje o jego tożsamości i kulturowej więzi z innymi ludźmi<sup>99</sup>.

E. Bobiatyńska podkreśla, że określenie „grupa samopomocy” wskazuje współcześnie raczej na charakter działalności i jej funkcje, na przyjmowane przez ich uczestników orientacje aksjologiczne niż na przynależność czy rodzaj tożsamości organizacyjnej. Dzięki temu mogą one spełniać funkcje mediacyjne i tworzyć warunki współpracy zarówno między grupami samopomocy a stowarzyszeniami o orientacji samopomocowej, jak i placówkami profesjonalnymi. Grupy samopomocy i ośrodki informacji mogą informować o placówkach służby zdrowia i możliwościach leczenia, rehabilitacji czy udziału w działalności związanej z promocją zdrowia. Mogą też same organizować — pozyskując współdziałanie profesjonalistów — placówki opieki zdrowotnej, odpowiadające ich potrzebom i aspiracjom. Coraz częściej stają się partnerami profesjonalistów od spraw zdrowia w organizowaniu różnych form opieki środowiskowej. Grupy samopomocy podejmują również działalność, którą można włączyć do

---

wiskowa grupa wsparcia jako czynnik promocji zdrowia dla osób uzależnionych. W: *Problemy współpracy na rzecz zdrowia*. Materiały z konferencji (23—24 września 1994 r.). Warszawa 1994.

<sup>97</sup> E. Bobiatyńska: *Ruchy samopomocy...*, s. 370.

<sup>98</sup> Tamże, s. 369.

<sup>99</sup> Tamże, s. 372.

profilaktyki i promocji zdrowia. Przedsięwzięcia te mają bardzo szeroki zakres. Działając w ramach swoistego rodzaju społecznego ruchu samopomocy, grupy te upowszechniają style życia, których charakterystycznym rysem jest odpowiedzialność za siebie, a zatem również za własne zdrowie. Stąd z punktu widzenia celów, jakie stawiają sobie ci, którzy zajmują się promocją zdrowia, grupy samopomocy mogą się stać ich nieocenionym i nie dającym się zastąpić sojusznikiem. Złożoność i niejednorodność zjawisk powoduje konieczność uwzględnienia w ich interpretacji zarówno ocen, jak i wiedzy rzeczowej, nakazuje unikanie ujmowania ich w proste formuły<sup>100</sup>.

Istotne znaczenie dla promocji zdrowia w środowisku lokalnym mają także ośrodki interwencji kryzysowej, a styl i forma pracy zależą od potrzeb społeczności lokalnej i specyfiki środowiska<sup>101</sup>. Interwencja kryzysowa (*crisis intervention*) jest to złożona działalność przebiegająca na płaszczyźnie psychologicznej, medycznej i środowiskowej, może ona mieć zastosowanie wobec specyficznych zagrożeń (epidemie, klęski żywiołowe), które dotyczą grup społecznych i pojedynczych osób<sup>102</sup>. Pierwszą tego typu placówką w Polsce jest Wojewódzki Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Krakowie, który działa od marca 1991 roku w ramach Wojewódzkiego Zespołu Pomocy Społecznej. Równocześnie został utworzony Ośrodek Pomocy i Interwencji Psychologicznej Akademii Medycznej i Uniwersytetu Jagiellońskiego (Collegium Medicum UJ). Z doświadczeń tego Ośrodka wynika, że najczęściej zgłaszają się osoby poszukujące pomocy w następujących sprawach<sup>103</sup>: kryzysy rodzinne związane z etapem życia rodziny; kryzysy małżeńskie we wczesnej lub późnej fazie związku; przemoc w rodzinie (psychiczna, fizyczna); kryzysy psychiatryczne — próby samobójcze; problemy osobowościowe; alkoholizm i inne uzależnienia; kryzysy psychospołeczne — kłopoty finansowe; bezrobocie; bezdomność; samotność; trudności mieszkaniowe; ostre kryzysy sytuacyjne, np. sytuacja żałoby. Odnotowano także prośby o informacje.

Opierając się na teorii kryzysu, przyjęto następujące założenia<sup>104</sup>: kryzys ma wymiar egzystencjonalny, jest nieodłącznie związany z życiem człowieka, ma także wymiar subiektywny (staje się nim to, co dany człowiek przeżywa jako obciążające i łamiące jego równowagę psychiczną — mogą to być zarówno nagłe obciążenia, jak i przewlekłe stresy, wydarzenia uznawane za pozytywne, jak i negatywne). Kryzys oznacza zawsze zarówno niebezpieczeństwo porażki,

<sup>100</sup> Tamże, s. 373.

<sup>101</sup> J. Piątek: *Geneza i rozwój służb kryzysowych w Europie*. „Zeszyty Interwencji Kryzysowej” 1993, nr 1, s. 13—18.

<sup>102</sup> W. Bałdura-Madej (wybór): *Wybrane zagadnienia interwencji...*, s. 56 i 74.

<sup>103</sup> Tamże, s. 81.

<sup>104</sup> Tamże, s. 78.

dekompensacji, jak i szansę na zmianę, rozwój i poprawę jakości życia, obejmując jednostkę wraz z jej najbliższym otoczeniem. Sytuację kryzysową analizuje się w powiązaniu z aktualnym etapem rozwoju i aktualną sytuacją życiową, a reakcje kryzysowe mają swoją specyficzną dynamikę. Kryzys jest złożoną całością, na którą składają się: sytuacja (wydarzenie kryzysowe), osoba w tej sytuacji i system (układ, w którym ona żyje). W diagnozie kryzysu należy szukać odpowiedzi na pytanie, jak to się dzieje, że konkretny człowiek w tym, a nie innym momencie swojego życia znalazł się w kryzysie, pomoc musi nastąpić szybko, aby można było konstruktywnie wykorzystać związaną z kryzysem szansę pozytywnej zmiany w życiu. Interwencja kryzysowa może przebiegać w różnych formach<sup>105</sup>: kontaktu telefonicznego, bezpośredniego kontaktu w ośrodku interwencji kryzysowej, interwencji w miejscu zamieszkania czy przebywania osoby przeżywającej kryzys (własne mieszkanie, dom rodzinny lub przyjaciół, zakład pracy).

Ośrodki interwencji kryzysowej mogą spełniać wyłącznie zadania diagnostyczno-rozdzielcze, a pracujący w nich specjaliści zajmują się głównie diagnozą stanu psychicznego i reakcji kryzysowej. Na jej podstawie kierują klientów do specjalistów i miejsc, w których będzie udzielona właściwa pomoc: instytucji służby zdrowia, policji, pomocy społecznej i innych służb.

Centra kryzysowe mogą też pełnić — oprócz funkcji diagnostycznych — funkcje terapeutyczne. W takich przypadkach, poza diagnozą, prowadzona jest krótkoterminowa psychoterapia kryzysowa. Poza wymienionymi funkcjami, ośrodek interwencji kryzysowej może stać się dla osoby przeżywającej kryzys, a także dla jej rodziny, systemem społecznego wsparcia. Zamiast nieobecnych systemów wsparcia, jakie tworzą: rodzina, przyjaciele, znajomi, powinno się pojawić działanie instytucji. Wsparcie instytucji trwa tak długo, dopóki sytuacja kryzysu nie zostanie opanowana.

Poza wymienionymi powyżej, podstawowymi zadaniami, ośrodek interwencji kryzysowej powinien<sup>106</sup>:

- współpracować z innymi instytucjami, które pomagają ludziom;
- pomagać w organizowaniu grup wsparcia i samopomocy;
- upowszechniać i popularyzować wiedzę na temat kryzysu i sposobów radzenia sobie;
- inicjować powoływanie specjalistycznych placówek, które pomogą rozwiązać zagrożenia, występujące w określonej społeczności;
- przedstawiać swoją ofertę pomocy w środkach masowego przekazu.

W niniejszych rozważaniach nie sposób pominąć specyficznej formy pomocy, jaką jest samoopieka (*self-care*). Są to samodzielnie podejmowane przez jednostkę działania na rzecz własnego zdrowia (np. zażywanie leków, udzielanie

<sup>105</sup> Tamże, s. 74.

<sup>106</sup> Tamże, s. 76.

pierwszej pomocy). Samoopieka jest niesformalizowana, oparta na działaniu doraźnym, wspiera ona działania profesjonalne<sup>107</sup>. W latach siedemdziesiątych samoopieka została spopularyzowana (zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych) przez ruchy dobrostanu i samopomocy. Ważny dziennik, zajmujący się zachowaniem prozdrowotnym i zdrowiem pozytywnym, przez wiele lat ukazywał się w USA pod tytułem „Samoopieka Medyczna”. Przekonywał czytelników, że: (a) mogą być ważnymi osobami w dziedzinie zdrowia, (b) jako konsumenci powinni walczyć o swe prawa w systemie opieki zdrowotnej, (c) w sprawach zdrowia i leczenia mają do wyboru wiele możliwości. W 1982 roku zostało utworzone centrum informacji WHO do spraw samopomocy i zdrowia, które miało stworzyć sieć inicjatyw w całej Europie, ponadto w 1983 roku WHO wydała w Europie publikację, stanowiącą aktualny przegląd zagadnień samopomocy. Zaprezentowano w niej propozycję technologii związanej z nieprofesjonalnym systemem zdrowotnym, a „nieprofesjonalna opieka zdrowotna” została użyta jako główne pojęcie. Przedstawiono także odnoszące się do niej kwestie, takie jak: samoopieka, opieka wolontaryjna, samopomoc i usługi alternatywne<sup>108</sup>.

„Podejście zastosowane przez Światową Organizację Zdrowia w pracy *Style życia sprzyjające zdrowiu* (najistotniejszej części dokumentu przedstawiającego główną politykę Biura Regionalnego *Targets for Health for All*), diametralnie różniło się od podejścia opracowanego w ramach epidemiologii behawioralnej we wczesnych latach siedemdziesiątych, kiedy to zainteresowania epidemiologii w zakresie działania prozdrowotnego przesunęły się z higieny (np. warunków sanitarnych i zdrowia publicznego (np. szczepień) w sferę indywidualnych zachowań (np. palenia) i działań interwencyjnych na dużą skalę. Pojęcie samoopieki użyte w tym kontekście oznacza »przyjęcie zdrowego stylu życia«, co oznacza, że poszczególne osoby mają swój udział w kształtowaniu własnego zdrowia, o ile unikają czynników ryzyka, stosują pozytywniejsze zachowania i samoobserwację”<sup>109</sup>. Jak upowszechnić taki wzorzec zdrowia, który niósłby ze sobą nie tylko zdrowie jako wynik działań, ale również kontrolę nad własnym życiem? Należałoby prowadzić badania nad samoopieką. Mogłaby być ona postrzegana jako niezwykły komponent promocji zdrowia, pojmowanej jako ogół czynności podejmowanych przez poszczególnych ludzi, by troszczyć się o siebie i swe otoczenie<sup>110</sup>.

Analizując zagadnienia promocji zdrowia w społeczności lokalnej, nie sposób nie uwypuklić znaczenia społeczności miasta, podkreślając jednak, że „[...] pe-

<sup>107</sup> Z. Słóńska, M. Misiuna: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii, s. 41; por. S. Hatch, I. Kickbusch (eds.): *Self-help and Health in Europe*. WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen 1983.

<sup>108</sup> I. Kickbusch: *Samopomoc w promocji zdrowia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, nr 7, s. 78—79.

<sup>109</sup> Tamże, s. 80.

<sup>110</sup> Tamże, s. 84.

dagogika społeczna nie przyznaje miana środowiska lokalnego zbiorowości wielkiego miasta. W granicach i organizmie wielkiego miasta może ukształtować się wiele środowisk lokalnych”<sup>111</sup>.

Odwołując się do typologii J. Pietera, miasto jest środowiskiem okolicznym, gdzie bodźce wychowawcze są najbardziej oddalone od wychowanka<sup>112</sup>. W mieście następują bowiem procesy selekcji, koncentracji — określonej pochodzeniem, przynależnością warstwową i zawodową. Dzielnice miasta zyskują odrębne rysy, kształtowane przez wiele elementów, m.in. zabudowę, zagęszczenie ludności, zmienne społeczne (wykształcenie, zawód, status ekonomiczny itp.), sieć instytucji i placówek. Nikłe przejawy więzi społecznej w jednostkach przestrzennych miasta stały się podstawą koncepcji tzw. pustej przestrzeni społecznej, w znaczeniu braku grupowej organizacji społecznej<sup>113</sup>.

Idea zdrowego miasta powstała w 1984 roku w Toronto<sup>114</sup>. *Regionalny projekt zdrowych miast dla Europy* został opracowany i rozpowszechniony pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia w roku 1986. Ruch ten, obejmujący początkowo jedenaście miast europejskich, rozwijał się gwałtownie i gdy doszło do spotkania przedstawicieli „zdrowych miast” w Lizbonie w roku 1989, łączna ich liczba z Europy, Kanady, USA, Australii, Ameryki Łacińskiej, Chin i Egiptu wynosiła już 300. Celem *Projektu* jest poprawa warunków „zdrowych miast”, ich środowisk oraz zdrowia mieszkańców<sup>115</sup>.

Za najbardziej istotne uznano następujące kierunki działań<sup>116</sup>:

- tworzenie sieci „zdrowych miast” współpracujących ze sobą, wymieniających doświadczenia,
- rozwijanie zdrowej i ekologicznej koncepcji miast,
- przesunięcie problematyki zdrowotnej do grupy priorytetowych działań politycznych i społecznych na terenie miasta,
- dążenie do zintegrowania życia miasta z problemami zdrowotnymi, ekologicznymi, kulturowymi i ekonomicznymi przy jak najszerszym zaangażowaniu obywateli miasta,
- popieranie rozwoju fizycznego i społecznego miasta oraz jego środowiska z podkreśleniem ich współzależności,
- aktywizowanie działań na rzecz zdrowia publicznego.

Istotą *Projektu* zarówno z punktu widzenia Światowej Organizacji Zdrowia, jak i własnych już koncepcji krajowych, jest utworzenie sieci miast, które

<sup>111</sup> T. Pilch, I. Lepalczyk (red.): *Pedagogika społeczna...*, s. 151.

<sup>112</sup> J. Pieter: *Poznanie środowiska wychowawczego*. Wrocław—Kraków 1960.

<sup>113</sup> P. Rybicki: *Spoleczeństwo miejskie*. Warszawa 1972, s. 242; zob. także np. J. Ziółko wski: *Urbanizacja, miasto, osiedle. Studia socjologiczne*. Warszawa 1965.

<sup>114</sup> *Zdrowe miasto*. Tłum. A. Ostrowska. „Antidotum” 1996, nr 4.

<sup>115</sup> J. B. Karński, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 382; zob. także B. Sikorska: *Raport o zdrowych miastach*. „Magazyn Medyczny” 1996, nr 3.

<sup>116</sup> J. B. Karński, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 382.

będą traktować problematykę zdrowotną jako jeden z priorytetów lokalnej polityki społecznej<sup>117</sup>.

„W nurcie działań organizacyjnych idei »zdrowych miast« są dwa kierunki: jednym z nich jest tworzenie krajowych sieci »zdrowych miast«, a drugim indywidualne przystępowanie miast regionu do sieci europejskiej. Jedno miasto może należeć równocześnie do krajowej sieci »zdrowych miast« i do sieci Zdrowych Miast Regionu Europejskiego. Jest nawet konieczne, aby miasto sieci europejskiej było stowarzyszone w sieci krajowej. Przynależność miasta do Europejskiej Sieci Zdrowych Miast ma wyraźne znamiona politycznego działania i decyzja o członkostwie pozostaje w rękach władz Biura Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego, choć opiera się na zasadach ogólnych, na równi z zasadami przyjętymi dla sieci krajowych.

W Polsce krajowa sieć »zdrowych miast« powstała na początku roku 1991 z inicjatywy Zakładu Promocji Zdrowia, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie. Do 30 września 1992 roku zrzeszała 29 miast i gmin, obejmując łącznie ok. 6 mln mieszkańców<sup>118</sup> (w grupie miast o populacji 100 000 – 1 mln: Łódź, Kraków, Wrocław, Gdańsk, Bydgoszcz, Białystok, Toruń, Zielona Góra, Kalisz)<sup>119</sup>. Liczba zrzeszonych miast jest wystarczająca na potrzeby wypracowania praktycznego ramowego modelu programu dla środowisk lokalnych, które podejmują działania na rzecz zdrowia. Ich lista nie jest zamknięta, szczególnie dla środowisk, które stanowczo wyraziły zamiar przystąpienia do grona pracujących nad poprawą własnej sytuacji zdrowotnej<sup>120</sup>.

### 4.3. Rodzina promująca zdrowie — zarys problematyki

Na wstępie trzeba zaznaczyć, że rodzina stanowi niezwykle skomplikowany przedmiot badań ze względu na zachodzący w niej konglomerat zjawisk społecznych, ekonomicznych, psychospołecznych, pedagogicznych; jej funkcjo-

<sup>117</sup> Tamże, s. 384.

<sup>118</sup> Tamże.

<sup>119</sup> J. B. Karski: *Promocja zdrowia...*, s. 62.

<sup>120</sup> J. B. Karski: *Problemy współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia*. Materiały z Krajowej Konferencji Promocji Zdrowia w Warszawie (11–13 grudnia 1991 r.), cz. II. 1992, s. 95–96; zob. także L. Kulmatycki: *Wrocławska promocja zdrowia, wymiar praktyczny*. „Lider” 1995, nr 7–8; W. Piątkowski: *Promocja zdrowia w społeczności lokalnej. Przykład Liskowe (1900–1939)*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1–2; T. Borowska-Kalwas, J. Halik, M. Pączkowska: *Raport z badań nad realizacją programu pilotażowego w zakresie ochrony zdrowia w wybranych miastach*. „Antidotum” 1996, nr 4; A. Roślewski: *Samorządy dla zdrowia. Program „Zdrowe miasta”*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, nr 7.



nowanie związane jest z wieloma problemami moralnymi i prawnymi. Rodzina funkcjonuje bowiem w całokształcie warunków społecznych, ekonomicznych i kulturowych danego społeczeństwa. Analiza życia rodzinnego może więc być prowadzona ze względu na problemy wewnętrzne rodziny, a także sposób jej funkcjonowania w określonym społeczeństwie.

Hasło Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): „Zdrowie zaczyna się w domu”, podkreśla rolę rodziny w kształtowaniu i ochronie zdrowia jej członków. Rodzina, jako podstawowa jednostka społeczna, jest współodpowiedzialna za zdrowie swoich członków, ponieważ stanowi jedną z najstarszych i najsilniejszych struktur społecznych. Jej członków wiążą bowiem cechy genetyczne, środowiskowe i obyczajowe. Przez swoje współzależności i współdziałania rodzina funkcjonuje jako całość. Istotne sprawy dotyczące jednego członka do pewnego stopnia dotyczą całej rodziny. Zdrowie rodziny jest pojęciem znacznie szerszym niż suma zdrowia jej członków. Uwzględnia bowiem rolę oddziaływania psychologicznego, społecznego i zdrowotnego między sobą, w tym zależności zachodzące między poszczególnymi członkami w tzw. rodzinie nuklearnej (rodzice i ich dzieci). Szersza definicja zdrowia rodziny uwzględnia problem możliwości spełniania funkcji rodzinnych w stosunkach wewnątrz- i zewnątrzrodzinnych. Oczywiście możliwość wypełniania tych funkcji przez rodzinę będzie zależec od fazy rozwojowej rodziny, wieku dzieci i rodziców oraz całego kompleksu czynników zewnątrz- i wewnątrzrodzinnych. Podobnie problemy rodziny będą się kształtować odmiennie w różnych okresach<sup>121</sup>.

Do najważniejszych funkcji rodziny należy zaliczyć<sup>122</sup>: funkcję prokreacyjną, wychowawczą (socjalizacyjną), gospodarczą (ekonomiczną). Jeżeli rodzina nie wypełnia którejś z funkcji, dochodzi do ograniczeń związanych z prawidłowym środowiskiem wychowawczym. Dysfunkcyjność rodziny z pewnością wpływa na zdrowie jej członków, chociaż wiele jest czynników, od których zależy zdrowie tej podstawowej komórki społeczeństwa. Do najważniejszych można zaliczyć cechy indywidualne członków, cechy rodziny jako grupy i czynniki rzeczywistości społecznej<sup>123</sup>.

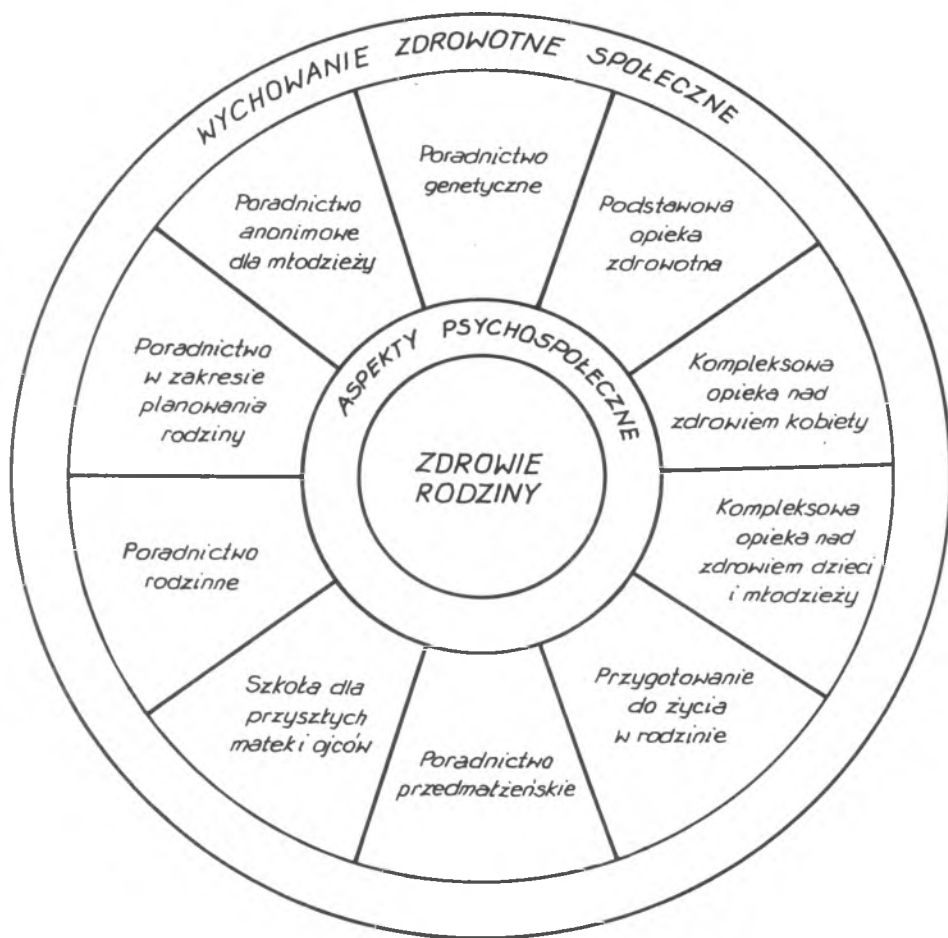
Rola rodziny w podnoszeniu poziomu zdrowia zależy od kompleksu czynników wewnątrz i zewnątrz rodziny. Czynniki wewnątrzrodzinne sprzyjające spełnianiu tej ważnej funkcji to odpowiednie uwarunkowanie osobowościowe (również genetyczne): wykształcenie, wspólny system wartości, pozytywny stosunek do problemów opieki zdrowotnej i czynny udział w wykonywaniu

<sup>121</sup> A. Sito, K. Bożkowska, B. Górnicki: *Definicja zdrowia rodziny*. W: K. Bożkowska, A. Sito (red.): *Zdrowie rodziny*. Warszawa 1983, s. 39.

<sup>122</sup> S. Kowalski: *Socjologia wychowania w zarysie*. Warszawa 1974, s. 107; zob. także np. Z. Tysska: *Socjologia rodziny*. Warszawa 1979; Tenże (red.): *Poznańska szkoła badań nad rodziną*. Poznań 1990.

<sup>123</sup> I. Kornatowska, S. Słomiński: *Psychologiczne aspekty zdrowia rodziny*. W: K. Bożkowska, A. Sito (red.): *Zdrowie rodziny...*, s. 100.

zaleceń służby zdrowia. Do czynników zewnętrznych należy zaliczyć te, które umożliwiają aktywne działania rodziny na rzecz zdrowia. Najistotniejsze to zaspokojenie podstawowych potrzeb socjoekonomicznych, odpowiednie warunki mieszkaniowe, ustawodawstwo na rzecz rodziny, dostępna opieka zdrowotna zaspokajająca potrzeby rodzin, łącznie z planowaniem rodziny, system kształcenia zbiorowego w zakresie przygotowania do życia w rodzinie i innych aspektów kultury zdrowotnej (rys. 9)<sup>124</sup>.



Rys. 9. Koncepcja zdrowia rodziny według Instytutu Matki i Dziecka

Źródło: K. Bożkowska, A. Sito (red.): *Zdrowie rodziny*. Warszawa 1983, s. 43.

<sup>124</sup> A. Sito, K. Bożkowska, B. Górnicki: *Definicja zdrowia rodziny...*, s. 42.

Można wyodrębnić zasady procesu badawczego wielu zjawisk i problemów (w tym także zdrowotnych) dokonujących się w rodzinie w ujęciu systemowym dzięki przeprowadzeniu analizy jej wielorakich powiązań z elementami systemu globalnego (np. kultura, gospodarka). Związki te można rozpatrywać jako bezpośrednie oddziaływania stosunków społecznych na rodzinę, wzajemne relacje i związki rodziny ze społeczeństwem. Wewnętrzne funkcjonowanie rodziny należy traktować jako samodzielny podsystem społeczny. Rodzina stanowi także element szerszego systemu wychowawczego (np. lokalnego). Powiązania rodziny jako mikrosystemu społecznego z wieloma zakresami systemu wychowawczego (mającego na uwadze także kwestie zdrowia i jego promocji) może cechować różny stopień integracji, a także dezintegracji rzeczowej (uznawane wzory, cele, treści) i funkcjonalnej (np. metody i środki oddziaływań wychowawczych, w tym prozdrowotnych)<sup>125</sup>. Zdrowie rodziny rzutuje na zdrowie całego społeczeństwa i można je określać za pomocą wielu różnych wskaźników (*health indicators*), jak<sup>126</sup>:

- demograficzno-społeczne (płeć, wykształcenie, dzietność, wiek),
- zdrowie somatyczne (m.in. umieralność niemowląt, dzieci, urodzenia żywe, liczba ciąż, występowanie chorób),
- zdrowie psychiczne (m.in. brak choroby psychicznej, uczucie zadowolenia, efektywny udział w życiu społecznym)<sup>127</sup>, ryzyko pojawienia się problemów psychicznych zwiększają takie czynniki, jak: rozwody, rodzina niepełna, choroba psychiczna, patologia społeczna, stres (np. związany z utratą pracy),
- zdrowie społeczne (status społeczny, radzenie sobie w trudnych sytuacjach, stosunek do choroby, odpowiedzialność za zdrowie swoje i najbliższych,
- planowanie rodziny — to odrębny problem, wymagający szerszego potraktowania, głównie związany z wychowaniem seksualnym i prorodzinnym.

Rodzina jest także instytucją społeczną, którą współtworzą takie elementy, jak: mieszkanie i jego wyposażenie, styl życia sprzyjający zdrowiu, samopoczucie sprzyjające prawidłowemu procesowi socjalizacji, wartość związana z zaspokajaniem potrzeb warunkujących dobrostan zdrowotny, do których należą potrzeby gatunkowe, społeczne oraz indywidualne<sup>128</sup>. Do najistotniejszych zagrożeń zdrowia, według A. Sicińskiego, należą: konflikty światopoglądowe, procesy

<sup>125</sup> Por. S. Kawula: *Studia z pedagogiki społecznej*. Olsztyn 1988, s. 100; Z. Tyszką: *Socjologiczne badania nad rodziną z uwzględnieniem interdyscyplinarnej współpracy*. „Kultura i Społeczeństwo” 1980, nr 1—2.

<sup>126</sup> K. Bożkowska, T. Kukła, A. Sito: *Wskaźniki zdrowia rodziny*. W: K. Bożkowska, A. Sito (red.): *Zdrowie rodziny...*, s. 45—47; por. Z. Kawczyńska-Butrym: *Socjologia rodziny i socjologia zdrowia*. „Roczniki Socjologii Rodziny”. T. 2. Poznań 1990.

<sup>127</sup> M. Tyszkowa: *Związek między rodziną a rozwojem psychicznym człowieka: poszukiwanie paradygmatu teoretycznego*. „Roczniki Socjologii Rodziny”. T. 3. Poznań 1991.

<sup>128</sup> A. Siciński: *Społeczne i kulturowe aspekty zdrowego domu*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1—2, s. 81.

migracyjne, sytuacja mieszkaniowa, uciążliwości życia codziennego (patologia) oraz problemy związane z pracą (bezrobocie)<sup>129</sup>. Należy podkreślić, iż w rodzinach, gdzie niski dochód powoduje niezaspokojenie potrzeb, w wielu przypadkach może stanowić zagrożenie dla biologicznego, społecznego i kulturowego rozwoju dzieci i młodzieży<sup>130</sup>. Do innych zagrożeń zdrowotnych rodziny należy zaliczyć<sup>131</sup>:

- zagrożenia ekologiczne związane z miejscem zamieszkania, pracy, nauki,
- brak dostępu do informacji,
- nadmiar uwagi skierowanej na własny organizm i wycofanie się z ról społecznych, których podjęcia czy dalszego odgrywania oczekuje rodzina,
- degradacja żywicieli rodzin (np. pijaństwo),
- negatywne skutki leczenia cytostatykami i sterydami, np. w postaci zmian odporności.

Można także wyodrębnić wiele czynników zagrażających dziecku, jego rozwojowi osobowości, zdrowiu fizycznemu, psychicznemu i społecznemu — są to przede wszystkim: rozpad rodziny, uzależnienia, przemoc, przestępczość, bieda, złe traktowanie dziecka przybierające formę przemocy fizycznej, przemocy seksualnej, przemocy emocjonalnej, zaniedbania, opóźnienia rozwoju fizycznego (np. celowe niedostarczanie dziecku odpowiedniej ilości pożywienia), zaniedbania prenatalnego (odnosi się to do matek, które w okresie ciąży przyjmują środki odurzające, używki, nie poddają się badaniom kontrolnym), wykonywania rytuałnego (tzn. działania o religijnych, magicznych lub ponadmaterialnych aspektach połączone z przemocą seksualną, fizyczną, emocjonalną)<sup>132</sup>. Socjografia dzieciństwa koncentruje się przede wszystkim na rozpoznaniu negatywnych warunków rozwojowych w rodzinach usytuowanych najniżej w hierarchii społecznej<sup>133</sup>.

<sup>129</sup> Tamże, s. 84—87.

<sup>130</sup> Zob. np. E. Marynowicz-Hetka: *Pomoc w rozwoju dziecka i rodzinie*. Łódź 1986; T a ż: *Rodzina i instytucje społeczno-wychowawcze*. Łódź 1991; por także M. O c h m a ń s k i: *Wybrane poznawcze i środowiskowe uwarunkowania osiągnięć szkolnych dzieci rozpoczynających naukę*. Lublin 1995.

<sup>131</sup> M. T r a w i ń s k a: *Promocja zdrowia a rodzina*. „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1992, nr 1, s. 18—19.

<sup>132</sup> Por. E. Bielańska-Batorowicz: *O formach złego traktowania dziecka*. „Przegląd Psychologiczny” 1993, nr 3, s. 306; a także np. A. Zielińska: *Przemoc wobec dziecka jako przykład zaburzeń relacji międzyludzkich w rodzinie*. W: A. P r z e c ł a w s k a (red.): *Relacje między ludźmi jako przedmiot badań*. Warszawa 1993.

<sup>133</sup> B. Smolińska-Theiss: *Trzy nurty badań nad dzieciństwem*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1995, nr 10, s. 5; zob. także T a ż: *Dziecięca bieda*. W: B. S m o l i ń s k a - T h e i s s (red.): *Dzieciństwo w małym mieście*. Warszawa 1993; I. J u n d z i ł: *Dziecko – ofiara przemocy*. Warszawa 1993; B. S z a c k a (red.): *Polska dziecięca*. Warszawa 1987.

Złożoność problematyki rodzinnej powoduje jej interdyscyplinarny charakter, stwarza to jednak metodologiczne problemy. W literaturze przedmiotu odnajdujemy liczne ujęcia teoretyczne<sup>134</sup>:

- psychoanalityczne (rodzinę traktuje się jako dynamiczną całość, koncentracja dotyczy wzajemnych relacji członków, struktur osobowości);
- systemowe — rodzina traktowana jest jako system w środowisku, z którym wchodzi w interakcje; postrzega się ją przez pryzmat pięciu elementów: osiągnięć, otoczenia, zasobów, subsystemów i kierowania (władzy);
- interakcyjne — podejście to uwzględnia poziom organizacji i dezorganizacji rodziny, rodzina jest postrzegana jako miejsce interakcji;
- rozwojowe — uwaga koncentruje się na etapach i cyklach życia małżeńskiego i rodzinnego;
- lekarsko-pielęgniarskie — związane z kwestiami oceny zdolności rodziny w radzeniu sobie z problemami zdrowotnymi i dotyczy takich zagadnień, jak: historia zdrowia rodziny, status zdrowotny, praktyki zdrowotne, status i stabilność ekonomiczna, warunki życiowe, klimat emocjonalny, interakcje itd. Profil Rodzinnej Zdolności Rozwiązywania Problemów Zdrowotnych (Family Coping Index — John Hopkins School of Hygiene and Public Health, Richmond, Virginia, Visiting Nurse Association) obejmuje następujące aspekty życia rodzinnego: stosowanie zasad higieny ogólnej, wiedza o warunkach zdrowotnych i środowisku fizycznym, postawy wobec opieki zdrowotnej, styl życia, stopień kompetencji i niezależności terapeutycznej, znajomość sfery emocjonalnej, fizyczną autonomię, umiejętność korzystania z pozarodzinnych zasobów społecznych;
- mieszane, eklektyczne — koncentrują uwagę na wewnętrznych siłach rodziny.

Można wyróżnić cztery zależności między rodziną a chorobą<sup>135</sup>

- rodzina jako element zabezpieczający zdrowie,
- rodzina jako element zagrażający zdrowiu,
- choroba jako element zagrażający rodzinie,
- choroba jako element wzmacniający rodzinę.

Obecnie, w związku z lansowaniem modelu lekarza rodzinnego i kształcenia pielęgniarki rodzinnej (środowiskowej), a także przez współpracę w amerykańskim programie „Hope”, podjęto przygotowania do kształcenia pielęgniarek w zakresie zdrowia publicznego. Zmieni to tradycyjny charakter pracy i pomocy

<sup>134</sup> Z. Woźniak: *Zdrowie – choroba – niepełnosprawność a rodzina. Relacje wzajemne w perspektywie teoretyczno-metodologicznej*. „Roczniki Socjologii Rodziny”. T. 3. Poznań 1991, s. 210–212.

<sup>135</sup> Z. Kawczyńska-Butrym: *Funkcjonowanie rodziny a choroba. Analiza socjologiczna*. Lublin 1987, s. 10; zob. także np. M. Ostrowska: *Chory w rodzinie – implikacje praktyczne płynące z teorii socjologicznych*. „Roczniki Socjologii Rodziny”. T. 2. Poznań 1990.

udzielanej rodzinie, ukierunkowanych na potrzeby środowiska szkolnego i lokalnego<sup>136</sup>.

Rodzina zajmuje bardzo ważne miejsce w *Narodowym programie zdrowia*. Oczekuje się, iż zapewni ona<sup>137</sup>:

- rodzenie zdrowego potomstwa,
- właściwy przebieg socjalizacji młodego pokolenia,
- warunki właściwego funkcjonowania dorosłym członkom rodzin, tj. ułatwi realizację ról rodzinnych, zawodowych oraz innych ról społecznych,
- warunki materialnego zaspokojenia potrzeb swych członków oraz ich potrzeb psychospołecznych,
- ochronę swych członków przed zjawiskami patologicznymi,
- ukształtowanie wzorów życia, które służą zdrowiu wszystkich jej członków.

Na Krajowej Konferencji „Zdrowy Dom” — Dom Promujący Zdrowie (która odbyła się 23–24 września 1993 roku w Warszawie) stwierdzono, co następuje: „W aktualnej sytuacji zdrowotnej i ekonomicznej społeczeństwa polskiego prozdrowotne planowanie i funkcjonowanie domu jako podstawowego miejsca bytowania i kształtowania postaw nabrało szczególnego znaczenia.

Tworzenie zdrowego domu jest zadaniem interdyscyplinarnym, wymagającym współpracy przedstawicieli różnych zawodów i dziedzin nauki.

Rozwijając tradycję polskiego domu, konieczne jest przyspieszenie [...]:

- nowelizacji przepisów prawa i norm gwarantujących rozwijanie idei zdrowego domu, a w szczególności prawa budowlanego, zagospodarowania przestrzennego i gospodarki gruntami,
- realizacji zadań *Narodowego programu zdrowia* dotyczących budownictwa mieszkaniowego,
- opracowania kompleksowego programu polityki mieszkaniowej w kraju,
- uwzględnienia promocji zdrowego domu jako osobnego zadania przy opracowywaniu polityki ludnościowej kraju,
- opracowania polityki państwa i samorządu w zakresie ochrony rodziny,
- tworzenia interdyscyplinarnych zespołów roboczych działających w różnych fazach projektowania i modernizacji zespołów mieszkaniowych,
- zwiększenia dostępności informacji dotyczących zdrowotności materiałów budowlanych, chemii gospodarczej, elementów wyposażenia mieszkań oraz stanu środowiska w miejscu zamieszkania,

<sup>136</sup> Z. Ka w c z y Ń s k a - B u t r y m: *Rola pielęgniarki w promocji zdrowia, przygotowanie i zakres roli*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1–2, s. 89–95; zob. także N. J. P e n d e r: *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk 1987.

<sup>137</sup> A. K u r z y n o w s k i: *Polityka zdrowotna...*, s. 37; G. C r e s s o n, A. P i t r o u: *The Role of the Family in Creating and Maintaining*. In: B. B a d u r a, I. K i c k b u s c h (eds.): *Health Promotion ...*, s. 213–229.

- wyeliminowania z budownictwa mieszkaniowego i gospodarstwa domowego substancji i czynników zagrażających zdrowiu,
- stwarzania warunków do zwiększenia udziału energii ekologicznie czystych oraz ekologicznego gospodarowania energią i wodą w gospodarstwach domowych,
- rozszerzania funkcji szkoły w zakresie edukacji prozdrowotnej w formie obowiązkowej i ponadobowiązkowej we wszystkich rodzajach szkół,
- poszerzenia bazy dla edukacji zdrowotnej w obszarze działania lekarza rodzinnego,
- stymulowania i wspomagania prozdrowotnych obywatelskich inicjatyw lokalnych skoncentrowanych na higienie, estetyce i pięknie w otoczeniu domu,
- promowania prozdrowotnego i proekologicznego stylu życia, w szczególności w sferze żywienia, kultury fizycznej i wypoczynku.

Stanowisko zostaje przekazane pod rozagę władzom administracyjnym, samorządom, organizacjom i instytucjom uczestniczącym w kształtowaniu szeroko pojętego zdrowego domu. Uczestnicy, poprzez środki masowego przekazu, zwracają się z tymi samymi postulatami do wszystkich mieszkańców naszego kraju”<sup>138</sup>.

W Zakładzie Promocji Zdrowia Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie został opracowany projekt programu pod nazwą *Dom promujący zdrowie*, którego celem jest przeniesienie idei promocji zdrowia do środowiska domowego w większym stopniu niż ma to miejsce dotychczas, gdyż jest to środowisko najbardziej pod tym względem zaniedbane.

Jeśli przyjąć, że dom to miejsce: (a) wypoczynku i regeneracji sił, (b) realizacji potrzeb życia rodzinnego, (c) chroniące ludzi przed niekorzystnymi warunkami środowiska zewnętrznego i społecznego — to optymalne spełnienie tych warunków, przy jednoczesnym wyeliminowaniu możliwości powstania wtórnych zagrożeń z tytułu sposobu realizacji potrzeb może stanowić definicję zdrowego domu. Autorzy projektu *Zdrowego domu* określają i zamierzają osiągnąć jego cele przez wskazanie i stopniowe doprowadzenie do wykonania następujących zadań: „[...] inicjacji wysokiej świadomości ekologiczno-zdrowotnej w społecznościach lokalnych, promowania nadrzędności jakości życia mieszkańców w projektowaniu mieszkań, budynków i osiedli, umożliwienia adaptacji istniejącej zabudowy mieszkaniowej w stopniu maksymalnie spełniającym warunki zdrowotności, wprowadzenia mikro- i makrosystemowych rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-ekonomicznych w celu adaptacji istniejących i budowy nowych budynków i osiedli w sposób zgodny z definicją zdrowego domu, stymulacji tworzenia międzydyscyplinarnych i międzysektorowych zespołów projektowania i oceny, a także konsultingu ekologicznego budownictwa

<sup>138</sup> J. B. Karński, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 464.

mieszkaniowego w miastach i na wsiach, popularyzowania idei zdrowego domu w celu kształtowania opinii społecznej na rzecz akceptacji domu promującego zdrowie”<sup>139</sup>.

\*

\*

\*

W przedstawionych rozważaniach, dotyczących promocji zdrowia w systemie oddziaływań środowiskowych, starano się pokazać praktyczną stronę działania szkoły promującej zdrowie, głównie w celu propagowania takich rozwiązań, których efektywność można mierzyć przez ewaluację.

Środowisko lokalne w sytuacji zmiany społecznej i podejmowania wysiłków sprzyjających aktywności społecznej obywateli odgrywa w promocji zdrowia rolę znaczącą, przede wszystkim dlatego, że problemy zdrowotne (w tym także i potrzeby zdrowotne) cechuje pewna specyfika w poszczególnych społecznościach lokalnych. Ponadto środowisko lokalne jest skupiskiem instytucji edukacyjnych, ośrodków pomocy społecznej, organizacji i stowarzyszeń warunkujących zaspokojenie w określonym zakresie potrzeb zdrowotnych i socjalnych różnych grup społecznych, a w szczególności rodzin. Sytuacja zdrowotna rodzin jest różnicowana wskutek oddziaływania wielu zmiennych społeczno-ekonomicznych, a także osobowościowych. Wydaje się, iż ukazanie wzajemnych zależności i powiązań — także w aspekcie wyznaczników kulturowych wzorów zachowań — pozwoli zrozumieć, jak dalece zależności te są skomplikowane, w warunkach gdy badania dotyczące aspektów środowiskowych promocji zdrowia znajdują się w gestii nie tylko pedagogów społecznych, ale również przedstawicieli innych dyscyplin, co nadaje pracom badawczym w tej dziedzinie interdyscyplinarny charakter.

---

<sup>139</sup> Tamże, s. 462—463.



# 5



## Rozwój cywilizacji a choroba AIDS

### 5.1. Uwagi ogólne

Zachorowalność na chorobę AIDS wydaje się tylko z pozoru odbiegać od postrzegania zdrowia w perspektywie intencjonalnych oddziaływań promujących zdrowie i życie jednostki. Waga problemu spowodowała, iż niniejszej problematyce poświęcono odrębny rozdział.

W latach osiemdziesiątych naszego stulecia pojawiła się nowa choroba — „zespół nabytego upośledzenia odporności”, czyli w skrócie AIDS (od nazwy w języku angielskim: *Acquired Immune Deficiency Syndrome*). AIDS jest chorobą XX wieku i tylko w naszych czasach mogła tak szybko pojawić się w ponad 160 krajach świata. Otwarte granice, szybka komunikacja między kontynentami ułatwiają rozszerzanie się epidemii AIDS. Ale też tylko w tych czasach, w momencie nadzwyczajnego postępu nauk biologicznych mógł zostać tak szybko wyodrębniony czynnik wywołujący tę chorobę — wirus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*).

Po raz pierwszy wzmianki na ten temat pojawiły się w 1981 roku w raportach amerykańskiego Ośrodka Kontroli Chorób w Atlancie. Dotyczyły one częstych, o trudnej do ustalenia etiologii, zgonów młodych homoseksualistów, zwłaszcza w dużych skupiskach miejskich, takich jak: Nowy Jork, San Francisco, Paryż, Hamburg, Amsterdam. Poprzedzały je z reguły nietypowe zapalenia płuc oraz niezwykle rzadko występujące, o łagodnym przebiegu choroby, a obecnie częstsze i o niezwyklej złośliwości, postaci nowotworów<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> A. Stapiński: *AIDS – zespół nabytego upośledzenia odporności*. Warszawa 1987, s. 12; zob. np. W. C. Greene: *AIDS – choroba układu odpornościowego*. „Świat Nauki” 1993, nr 11.

Pierwsze zachorowania miały miejsce prawie równocześnie w USA, na Haiti oraz w Afryce Środkowej, głównie w Zairze, skąd — jak dziś się uważa — choroba ta się wywodzi<sup>2</sup>. Błyskawiczne rozprzestrzenianie się choroby spowodowało, iż do końca 1986 roku stwierdzono pojedyncze zachorowania w 26 krajach Europy oraz Japonii, Australii i Ameryce Południowej. W Polsce pierwszy śmiertelny przypadek AIDS zanotowano jesienią 1986 roku. Dotyczył on obywatela Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, pochodzenia polskiego, który na kilka tygodni przed śmiercią przyjechał do kraju. Na początku 1987 roku zanotowano kolejne zachorowanie na AIDS, przy czym zakażenie nastąpiło również w Stanach Zjednoczonych<sup>3</sup>. „AIDS został po raz pierwszy opisany wśród homoseksualistów amerykańskich w czerwcu 1981 roku, a następnie rozpoznany u narkomanów stosujących dożylny środki narkotyczne, w następnym roku u Haitańczyków oraz biorców krwi i produktów krwiopochodnych, dzieci urodzonych przez matki będące w grupie ryzyka, heteroseksualnych partnerów chorych na AIDS i na początku 1983 roku u Afrykańczyków. Pojawienie się AIDS w różnych populacjach wiązano z prawdopodobnymi sposobami przenoszenia i już w początkowej fazie badań przypuszczano, że choroba ma charakter infekcyjny. Wymienione populacje były ogniskami nawzajem wyłączającymi się, tzw. grupami ryzyka, na których skupiała się główna uwaga epidemiologów. Precyzyjna analiza sposobu przenoszenia choroby wymagała identyfikacji czynnika etiologicznego, który był związany — jak wynikało z logicznej analizy występowania AIDS w każdej z tych grup — z przetaczaniem lub wstrzyknięciem krwi, kontaktami seksualnymi i okolicznościami okołoporodowymi”<sup>4</sup>.

Czynnikiem etiologicznym wywołującym AIDS okazał się „retrowirus wyizolowany w 1983 roku przez badaczy francuskich z Instytutu Pasteura, w pracowni kierowanej przez dr. Luca Montagniera (wirus nazwano w skrócie LAV — *Lymphadenopathy Associated Virus*). W 1984 roku wirusa prawie o takich samych własnościach biologicznych wyhodowali od chorych na AIDS badacze amerykańscy z pracowni dr. Roberta Gallo z Narodowego Instytutu Badań nad Rakiem (wirus nazwano w skrócie HTLV-III (*Human T-lymphotropic Virus III*)), a następnie w pracowni dr. Jaya Lavyego z Uniwersytetu Kalifornijskiego (nazwa wirusa: *ARV-AIDS-Related Virus*). [...] Do 1986 roku używano podwójnego określenia nazwy wirusa, w formie LAV-HTVL-III, lecz Komitet Wykonawczy Międzynarodowego Komitetu Taksonomii Wirusów postanowił wprowadzić ujednoliczoną nazwę — *Human Immunodeficiency Virus* — *HIV*

<sup>2</sup> Tamże, s. 12—13.

<sup>3</sup> V. Suvaković: *AIDS — co to jest i jak z tym walczyć*. Warszawa 1987, s. 14; zob. także W. Gall, B. Tkacz: *AIDS — choroba XX wieku*. Warszawa 1988; S. Czachorowski: *AIDS — wielka kompromitacja nauki*. „Nieznany Świat” 1994.

<sup>4</sup> A. Skotnicki, W. Kornaszewski: *AIDS — powstawanie, obraz kliniczny, próby leczenia, epidemiologia*. Warszawa 1988, s. 5

(ludzki wirus upośledzenia odporności), co zaakceptowała Światowa Organizacja Zdrowia”<sup>5</sup>. Nazwa ta jest obecnie powszechnie stosowana. Nie ma drugiego do tego stopnia skomplikowanego wirusa o takiej dynamice niszczenia, wywołującego tak różnorodne skutki w ustroju jak właśnie HIV. Otoczony chmurą struktur chroniących go przed skutecznym atakiem sił obronnych może po upływie niewielu miesięcy różnić się w 35% od „pracząsteczki”, która wywołała zakażenie<sup>6</sup>. „Składa się on tylko z dwuwarstwowej otoczki, a raczej koperty z białek, otaczającej drobinę kwasu rybonukleinowego (RNA), czyli pojedyncze pasemko cząsteczki genetycznej. Dostając się do krwiobiegu kieruje się wprost do głównego koordynatora systemu odpornościowego, czyli limfocytu T-CD4. Na jego powierzchni znajduje się receptor, do którego jedno z białek otoczki wirusa, zwanej gp 120, pasuje tak dokładnie jak klucz do zamka. Po przyłgnięciu do limfocytu, wirus przenika przez błonę komórkową, pozbywając się przy tym otoczki. Po pół godzinie od wtargnięcia do organizmu pasemko RNA wraz z towarzyszącym mu enzymem pływają w cytoplazmie, czyli w płynie wypełniającym wewnątrz komórki. Odtąd zaczynają następować ważne przemiany. Za pomocą przyniesionego ze sobą enzymu nagi wirus przekształca własne RNA w podwójną spiralę kwasu dezoksyrybonukleinowego (DNA), który stanowi matrycę życia. Teraz ta cząsteczka DNA przenika do jądra komórki limfocytu, stapia się z jego chromosomem i przejmuje kontrolę nad częścią mechanizmu genetycznego komórki, nakazując mu wytwarzanie nowych wirusów HIV. System odpornościowy, pozbawiony znacznej części żywotnych komórek T-CD4, nie jest zdolny organizować walki z jakimkolwiek zakażeniem. Organizm jest atakowany przez szereg chorób oportunistycznych, zazwyczaj odpieryanych przez zdrowy system odpornościowy”<sup>7</sup>.

Ośrodek Kontroli Zachorowań (Center for Disease Control — CDC) w Atlancie (USA) zaproponował w 1986 roku kliniczną klasyfikację okresów zakażenia HIV. System ten, zmodyfikowany w 1987 roku, stanowi dotąd podstawę zgłaszania zachorowań na AIDS do WHO. Kwalifikuje on osoby wyłącznie z potwierdzonym zakażeniem HIV, w zależności od objawów klinicznych, do czterech wzajemnie wykluczających się grup<sup>8</sup>:

<sup>5</sup> J. Juszczyk, A. Gładysz: *AIDS – epidemiologia, patogeneza, klinika, leczenie, zapobieganie, poradnictwo*. Wrocław 1992, s. 10; zob. także *Zagrożenie AIDS w świetle wiedzy medycznej*. W: A. Szwarz (red.): *Prawne problemy AIDS*. Warszawa 1990, s. 23.

<sup>6</sup> J. Juszczyk: *Jak bronić się przed AIDS? Rozluźnienie pętli*. „Polityka” 1991, nr 29, s. 10.

<sup>7</sup> J. Juszczyk, A. Gładysz: *AIDS...*, s. 21–35.

<sup>8</sup> Tamże, s. 161–195; zob. także *Postępowanie zapobiegawcze, diagnostyczne i leczenie w przypadku zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS. Wskazówki dla pracowników służby zdrowia*. Warszawa 1989, s. 6–13; *Wskazówki dla lekarzy dotyczące postępowania zapobiegawczego i leczniczego w przypadkach podejrzeń AIDS*. Warszawa 1987, s. 9–14; J. Suchowiak: *AIDS – wprowadzenie medyczne*. W: J. B. Karński, Z. Słoińska, B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 113–118.

- Faza ostra — ostre zakażenie HIV może pojawić się najwcześniej po upływie tygodnia od zakażenia i zwykle poprzedza serokonwersję (powstanie przeciwciał anti-HIV), która rozwija się po 6—12 tygodniach od zakażenia lub później. U około 80% osób w tym okresie występują objawy ostrej choroby zakaźnej. Należą do nich: gorączka, bóle gardła, uczucie ogólnego rozbicia, bóle mięśni i stawów, brak łaknienia, wzmożona potliwość, bóle głowy, wysypka na skórze, uogólnione powiększenie węzłów chłonnych (PGL). Objawy te utrzymują się od 3 do kilkudziesięciu dni (średnio około 2 tygodnie). Po ustąpieniu wyżej wymienionych objawów chory może nie mieć żadnych dolegliwości ani odchyień w badaniach laboratoryjnych i przez miesiąc, a nawet lata pozostawać zakaźnym dla otoczenia. Tych pacjentów, po ustąpieniu ostrych objawów klinicznych, klasyfikuje się do dalszych grup.
- Faza bezobjawowa — przewlekłe, uogólnione powiększenie węzłów chłonnych (PGL), trwa ona zazwyczaj kilka, a nawet kilkanaście lat. W skrajnych przypadkach może się zdarzyć, że AIDS rozwinie się po kilku miesiącach. W tej fazie może wystąpić przewlekłe uogólnione powiększenie węzłów chłonnych w dwu lub więcej okolicach pozapachwinowych. Stan ten utrzymuje się co najmniej przez 3 miesiące, przy braku innych chorób lub bez stosowania leków powodujących PGL. Osoby z PGL są ogólnie uznawane za zdrowe i nie wiedząc o swym zakażeniu, mogą stać się źródłem zakażenia innych.

Inne objawy i zespoły chorobowe (*ARC-AIDS Related Complex*) występuje tu wiele podgrup i kategorii. Nie ma żadnej przyjętej i ujednoliconej definicji ARC. Jednakże uporczywość następujących oznak i objawów uważane są za charakterystyczne dla ARC: biegunka, zmniejszenie masy ciała o ponad 10% masy pierwotnej, złe samopoczucie, zmęczenie i śmierć pozorna (letarg), limfadenopatia (PGL — powiększenie węzłów chłonnych w co najmniej dwóch okolicach ciała, nie licząc pachwin), gorączka wyższa od 38°C (okresowo lub stale), nocne pocenie się, ból głowy oraz zmiany neurologiczne prowadzące do utraty pamięci i obwodowej neuropatii. Te objawy często są naprzemienne.

Pełnoobjawowy zespół AIDS jest ostrym, końcowym etapem klinicznego etapu zakażenia HIV. Charakteryzuje się obecnością zakażeń oportunistycznych i nowotworów, takich jak mięsak Kaposiego, który pojawia się u osób ze znacznym niedoborem immunologicznym spowodowanym HIV. Rodzaje zakażeń oportunistycznych w dużej mierze zależą od obecnego i uprzedniego narażenia na działanie drobnoustrojów. To wyjaśnia różnice w częstotliwości występowania pewnych zakażeń oportunistycznych zakażonych AIDS w Afryce, Ameryce czy Europie. Objawy opisane u pacjentów z ARC mogą również wystąpić u pacjentów z AIDS, ale będą bardziej widoczne.

Od 1985 roku dla wykrycia zakażenia HIV najpowszechniej stosowanymi badaniami są testy EIA (*Enzyme Immuno-Assay*) lub ELISA (*Enzyme-Linked*

*Immunosorbent Assay*), w których zostają wykrywane przeciwciała wytwarzane przez układ immunologiczny człowieka w odpowiedzi na infekcję HIV. Najczęściej wykonywany jest tzw. test Western-blot (*Immuno-blot*), rzadziej RIPA. Pandemiczne występowanie zakażeń HIV obejmuje regiony, w których dostępność do badań laboratoryjnych o wysokim standardzie jest utrudniona, stosuje się zatem tzw. szybkie testy<sup>9</sup>.

Sposób rozprzestrzeniania się tej choroby sprawia, że można wyodrębnić „grupy ryzyka”, czyli społeczności, w których zakażenia wirusem HIV występują najczęściej. Spośród osób dorosłych występują tu<sup>10</sup>:

- homoseksualiści lub biseksualiści, zwłaszcza ci, którzy bardzo często zmieniają partnerów i mają liczne kontakty seksualne,
- osoby zażywające dożylnie środki uzależniające — zakażenie wirusem HIV wśród narkomanów spowodowane jest niesterylizowanymi, wielokrotnie używanymi strzykawkami i igłami,
- chorzy na hemofilię, zwłaszcza ci, którzy otrzymują czynniki krzepnięcia VIII i IX, jakie produkowane są z krwi dużej liczby dawców,
- osoby, które leczone są za pomocą częstego przetaczania krwi,
- kobiety mające kontakty seksualne z biseksualistami lub chorymi na AIDS, a trudniące się prostytutką,
- pracownicy służby zdrowia i personel laboratoryjny, mający w czasie wykonywania zajęć służbowych kontakt z zakażonymi materiałami; do zakażenia może dojść przez ukłucie igłą, kontakt z błonami śluzowymi chorego, skaleczenie narzędziami chirurgicznymi, zanieczyszczenie uszkodzonych części skóry zakażonymi płynami ustrojowymi.

Wśród dzieci do grup ryzyka należą (por. wykr. 6)<sup>11</sup>:

- dzieci osób chorych na AIDS (najczęściej matek),
- dzieci osób należących do grup wysokiego ryzyka (np. dziecko obojga narkomanów),
- dzieci leczone preparatami krwiopochodnymi,
- dzieci, którym dokonuje się często transfuzji krwi,
- dzieci zakażone w szpitalu.

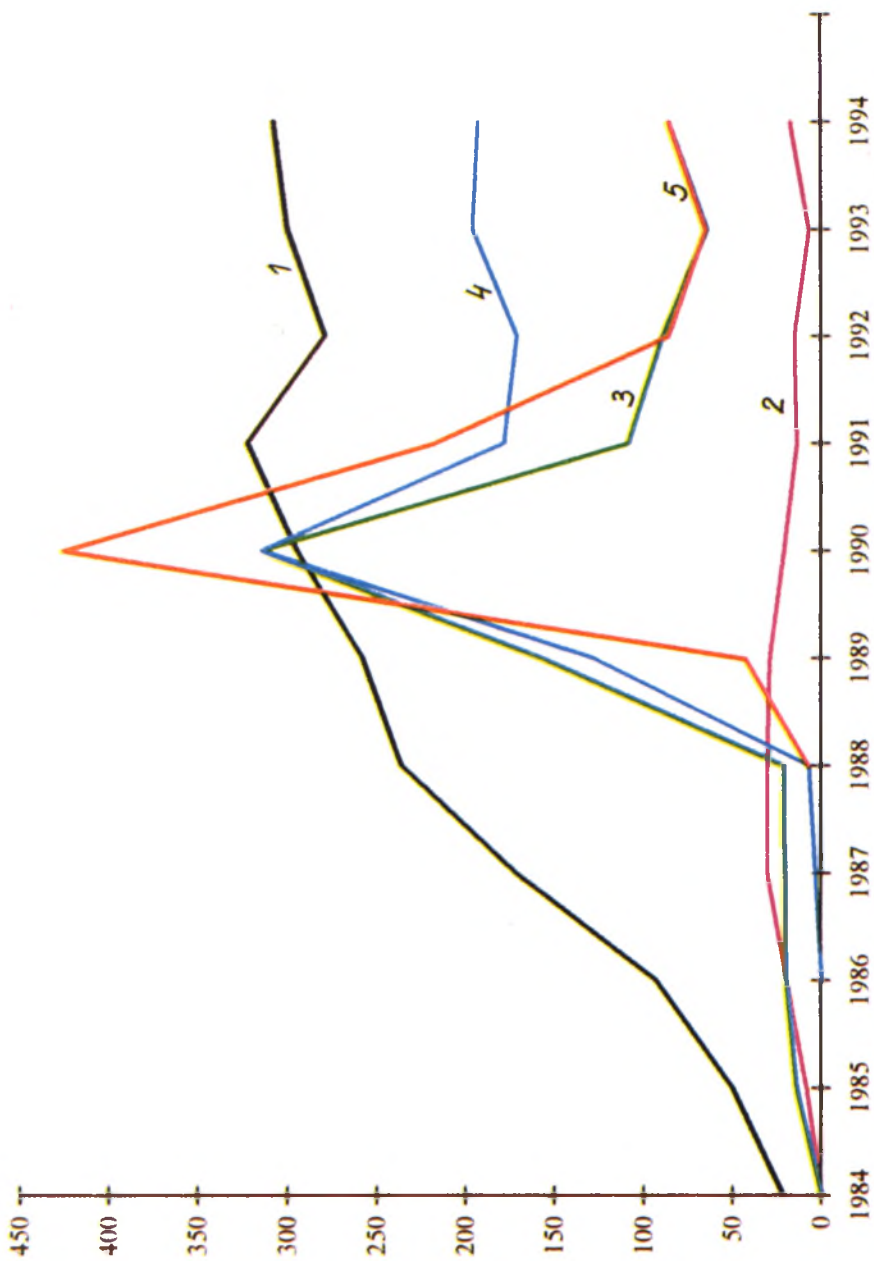
Należy podkreślić, że choroba AIDS nie szerzy się przez przypadkowe styczności, zarówno bezpośrednie, jak i pośrednie, a także pokarm, powietrze itp. Zatem nie jest niebezpieczne dla innych ludzi<sup>12</sup>:

<sup>9</sup> J. Juszczyk, A. Gładysz: *AIDS...*, s. 85—102; zob. także np. H. Keith: *Podstawowe informacje o HIV i AIDS. O czym należy wiedzieć*. „Medycyna po Dyplomie” 1993, nr 4, s. 25; J. Juszczyk (red.): *Klinika zespołu nabytego upośledzenia odporności (AIDS). Wybrane zagadnienia*. Warszawa 1990, s. 14—16.

<sup>10</sup> Z. Kuratowska: *AIDS – nowa choroba*. Warszawa 1986, s. 21—22; zob. także Z. Słońska: *AIDS jako problem społeczny*. W: J. B. Karski, Z. Słońska B. W. Wasilewski (red.): *Promocja zdrowia...*, s. 119—125.

<sup>11</sup> V. Suvaković: *AIDS...*, s. 17.

<sup>12</sup> J. Juszczyk: *Vademecum AIDS*. Warszawa 1990, s. 45—47.



Wykr. 6. Przypadki AIDS u dzieci — zdiagnozowane w ciągu roku i rozpoznane drogi zakażenia

1 — zakażenie od matki, 2 — transfuzja krwi, 3 — hermofilia, 4 — zakażenie wewnątrzszpitalne, 5 — inne.

Źródło: „Entre Nous”. The European Family Planning Magazine 1996, No. 32, s. 5.



- przebywanie w tych samych pomieszczeniach, oddychanie tym samym powietrzem, co osoba chora na AIDS,
- podawanie ręki, dotykanie tych osób i przedmiotów, z którymi mieli styczność chorzy,
- picie i jedzenie z tych samych naczyń, korzystanie z tych samych sztuców,
- kichanie i kasłanie osoby zakażonej lub chorej,
- jedzenie posiłków przygotowanych przez zakażonych lub chorych,
- przyjacielski pocałunek zakażonego lub chorego,
- korzystanie ze wspólnych urządzeń sanitarnych, pływalni, toalet publicznych,
- uczenie i bawienie się lub pracowanie razem z zakażonymi lub chorymi,
- korzystanie ze środków komunikacji.

Nie stwierdzono również szerzenia się wirusa HIV przez owady ssąco-klujące, jak np. komary.

Wirus zespołu nabytego niedoboru odporności u człowieka (HIV) spowodował pandemię zakażenia o zasięgu ogólnoswiatowym. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia do końca 1992 roku zakażeniu uległo 13 mln osób, liczba chorych na AIDS oceniana jest na 2,5 mln osób. Do roku 2000 liczba ta ma wzrosnąć do 30 mln. Rozprzestrzenianie terytorialne wirusa HIV nie jest równomierne.

Od wdrożenia badań w 1985 roku do 31 lipca 1995 roku zarejestrowano zakażenia HIV u 3614 obywateli polskich, wśród których 68,4% to osoby używające narkotyków. W skali całego globu szacuje się, że liczba osób żyjących z HIV zbliża się do 19—20 mln.

Ogółem w Polsce odnotowano 317 zachorowań na AIDS, w tym 173 osoby zmarły, na całym zaś świecie do połowy 1995 roku zgłoszono 1169 811 zachorowań na AIDS. W Europie najczęściej zachorowań zarejestrowano we Francji (35 773), a dalej w Hiszpanii (31 221), we Włoszech, w Niemczech i Wielkiej Brytanii<sup>13</sup>. Na ogół we wszystkich krajach najczęściej zachorowań (blisko 50%) przypada na grupę wieku 30—39 lat, a ok. 90% na grupę 20—49 lat. Zachorowania występują głównie w dużych aglomeracjach miejskich. Światowa Organizacja Zdrowia przewiduje, że do końca lat dziewięćdziesiątych zakażeniu ulegnie jeszcze ok. 20 mln dorosłych i 10 mln dzieci, a liczba zgonów na skutek AIDS wzrośnie dziesięciokrotnie. Pod koniec wieku będzie już ok. 30 mln zakażonych, z czego 20% stanowić będą dzieci.

Około 75% zakażeń HIV na całym świecie nastąpiło w drodze stosunku płciowego, przy czym w 80% tych przypadków były to stosunki heteroseksualne.

<sup>13</sup> M. Doleżał: *Profilaktyka zakażeń HIV/AIDS w świetle założeń holistycznego systemu „Promocja zdrowia”*. W: Z. Czapllicki, W. Muzyka a (red.): *Styl życia a zdrowie. Dylematy teorii i praktyki*. Olsztyn 1995, s. 237—238.



Wyodrębniono, w zależności od rodzaju zachowań względem zakażenia, trzy rodzaje seksu<sup>14</sup>:

- niebezpieczny seks (*unsafe sex*) naraża człowieka w największym stopniu na zakażenie wirusem, do tej grupy należą zachowania homo- i biseksualne, częsta zmiana partnerów;
- bezpieczny seks (*safe sex*) wiąże się z unikaniem ryzykownych zachowań, tzn. z unikaniem przypadkowych kontaktów seksualnych, stosowaniem prezerwatywy;
- bezpieczniejszy seks (*safer sex*) — polega na całkowitym zaniechaniu wymiany płynów ustrojowych oraz jakiegokolwiek zetknięcia dwóch ciał, zaspokajanie potrzeb seksualnych dokonuje się innymi sposobami (np. masturbacja, korzystanie z zabawek seksualnych).

Inne sposoby zakażenia odegrały mniejszą rolę: na zakażenie wynikłe z niehigienicznego wstrzykiwania narkotyków przypada ok. 10%, tyle samo wiąże się z transmisją okołoporodową, a 5% z przetaczaniem preparatów krwiopochodnych<sup>15</sup>.

Od kilku lat w Polsce prowadzi się rejestr wykrytych nosicieli, zarówno tych, ustalonych podczas badań krwiodawców, jak też i tych pochodzących z grup, w których ryzyko zachorowania jest zwiększone: osoby pobierające narkotyki dożylnie, homo- i biseksualiści, prostytutki. Badania realizowane są na zasadzie pełnej poufności, za zgodą badanych; centralny rejestr prowadzony jest przez Państwowy Zakład Higieny z zapewnieniem tajności danych<sup>16</sup>.

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje, że „AIDS jest problemem światowym, który stanowi poważne zagrożenie ludzkości i że konieczne jest szybkie działanie na szczeblu światowym zmierzające do wprowadzenia w życie światowej strategii walki [...]”<sup>17</sup>, a jednocześnie na XLI Światowym Zgromadzeniu Zdrowia wyrażono głębokie przekonanie, „że poszanowanie praw człowieka i godności osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także członków grup społeczeństwa jest kluczowe dla prowadzenia narodowych programów zapobiegania i zwalczania AIDS oraz dla powodzenia strategii światowej”<sup>18</sup>.

<sup>14</sup> K. Imieliński, Ch. Imieliński: *Kulturowe aspekty...* W: K. Imieliński (red.): *AIDS wyzwanie dla człowieka*. Warszawa 1990, s. 13; por. J. Juszczyk, A. Gładysz: *AIDS...*, s. 364—365; zob. także B. J a w i e ń: *Seks bezpieczny i niebezpieczny w środowisku studenckim*. W: Z. Czapliski, W. Muzyka (red.): *Styl życia a zdrowie*. Olsztyn 1995.

<sup>15</sup> Zob. np. J. Thurn: *HIV na świecie*. „Medycyna po Dyplomie” 1993, nr 4; D. V. Fitzsimons: *Epidemia AIDS w Wielkiej Brytanii*. W: S. Kawula, H. Machel (red.): *Narkomania – HIV/AIDS – zagrożenie społeczne, profilaktyka, terapia i resocjalizacja*. Gdańsk 1993.

<sup>16</sup> J. Suchowia k: *Epidemiologia AIDS na świecie i w Polsce*. W: *AIDS. Postawy wobec chorych i choroby*. Materiały z konferencji. Częstochowa 1990.

<sup>17</sup> Światowa Organizacja Zdrowia Przeciwko Dyskryminacji w AIDS. Światowe Zgromadzenie Zdrowia. Rezolucja WHO 41.24. przyjęta w Genewie dnia 13 maja 1988 r.

<sup>18</sup> Tamże.

Rezolucja ta nakłania państwa członkowskie do tego, aby opracowując i wdrażając narodowe programy zapobiegania i zwalczania AIDS: stworzyć zrozumienie i współczucie dla zakażonych HIV i chorych na AIDS przez informację, szkolenia i programy pomocy; chronić prawa człowieka i godność zakażonych HIV i chorych na AIDS, aby nie były one poddane działaniom dyskryminacyjnym i piętnującym te osoby w przypadku świadczenia pomocy, zatrudnienia i podróży; zapewniać anonimowość badań wykrywających HIV. W dokumencie tym podkreślona jest rola oświaty i dokładnej informacji o AIDS w walce z tą chorobą. Stwierdza się w nim również, że działania dyskryminacyjne i piętnowanie osób zakażonych HIV stanowi zagrożenie zdrowia nas wszystkich. Ponadto należy dodać, iż w *Powszechnej deklaracji praw człowieka* z 1948 roku w art. 7 stwierdza się, że „wszyscy są równi wobec prawa i mają prawo, bez jakiegokolwiek różnicy, do jednakowej ochrony przed jakąkolwiek dyskryminacją, będącą pogwałceniem niniejszej *Deklaracji* i przed jakimkolwiek narazieniem na taką dyskryminację”<sup>19</sup>. Światowa Organizacja Zdrowia akcentuje, że „osoby podejrzane o zakażenie HIV lub ze stwierdzonym zakażeniem powinny pozostać zintegrowane w możliwie największym zakresie w społeczeństwie i otrzymać pomoc w podjęciu odpowiedzialności za to, żeby nie przenosić infekcji na innych ludzi. Izolacja osób zakażonych lub podejrzanych o zakażenie byłaby nieusprawiedliwiona z punktu widzenia zdrowia publicznego i poważnie przeszkodziłaby wysiłkom edukacyjnym i innym mającym na celu zapobieganie szerzeniu się HIV. Co więcej, działania dyskryminacyjne stwarzają dodatkowe problemy i powodują niepotrzebne cierpienie ludzkie. Unikanie dyskryminacji osób zakażonych lub podejrzanych o zakażenie ma duże znaczenie dla prewencji i kontroli AIDS”<sup>20</sup>.

Choroba AIDS odkryła słabość nowoczesnego cywilizowanego społeczeństwa, chorzy stykają się z wieloma przejawami nietolerancji i dyskryminacji. W Polsce odnotowane zostały przypadki odmowy miejsca do życia, pozbawienia pracy, a także przypadki nieudzielenia pomocy lekarskiej. Przyczyn tej sytuacji jest bardzo wiele i z pewnością są one złożone.

W wyniku przemian cywilizacyjnych i kulturowych liberalizacja życia, zwłaszcza liberalizacja życia seksualnego, spowodowały, iż pojawienie się AIDS jest często nazywane „plagą kulturową”, „biczem kultury”, „plagą świadomości” lub „chorobą psychiki”<sup>21</sup>. Te i inne określenia nadane chorobie AIDS, jak np.

<sup>19</sup> J. S a n d o r s k i: *Prawo międzynarodowe a AIDS*. W: A. S z w a r c (red.): *Prawne problemy AIDS*. Warszawa 1990, s. 331.

<sup>20</sup> M. S o k o ł o w s k a: *Spoleczne i kulturowe aspekty regulacji prawnych w zakresie zapobiegania i zwalczania AIDS*. W: *Prawne problemy...*, s. 44; zob. także M. F i l a r: *Polityka prawa wobec AIDS*. W: S. K a w u l a, H. M a c h e l (red.): *Narkomania – HIV/AIDS...*, s. 19–33.

<sup>21</sup> A. P a w e l s k i: *Zagrożenie przed AIDS – psychologia paniki*. W: K. I m i e l i n s k i (red.): *AIDS – wyzwanie...*, s. 49; zob. także Z. C z a p l i c k i: *AIDS – zagrożenia społeczne. Aspekty medyczne, pedagogiczne i kulturowe*. Olsztyn 1993.

„dżuma XX wieku” lub „nowotwór homoseksualistów”, świadczą o tym, jak wielką panikę wywołuje ta choroba<sup>22</sup>. W społeczeństwie panuje przekonanie, że ten nowy rodzaj zagrożenia zdrowotnego nie poddaje się kontroli, nie ma szans na wykluczenie przy obecnym stanie wiedzy, choroba ta naraża na utratę statusu społecznego, odtrącenie przez otoczenie, dyskryminację<sup>23</sup>.

K. Imieliński podkreśla, że „pod wpływem lęków, związanych z utratą zdrowia i życia szybko ulegać może zniszczeniu otoczka cywilizacyjna oraz ujawniać się mogą reakcje prymitywno-egoistyczne. Można to obserwować obecnie w niektórych kręgach społecznych, zwłaszcza w USA, gdzie w miarę rozwoju epidemii AIDS przybiera na sile panika, histeria i nienawiść. W ten sposób ujawnia się choroba całej kultury przybierająca postać nietolerancji, agresji i obaw wobec inności. Ujawniają się uprzednio skrywane pod płaszczkiem ogłady takie cechy człowieka, jak: egoizm, nietolerancja, niechęć i agresja wobec ludzi, a także strach i panika — lecz bywa, że ujawnia się miłość, altruizm, szlachetność, dobroć, ofiarność i poświęcenie”<sup>24</sup>.

W niektórych kręgach społecznych postuluje się wprowadzenie różnorodnych środków przymusu, zapobiegających epidemii, np. przymusowe poddawanie się testom na wykrycie wirusa HIV, rejestracja zarażonych i nadzór nad nimi, izolacja grup zarażonych w pewnego rodzaju gettach, zakaz pracy oraz nauki, przymusowe warstwowe badania dla całej ludności, które umożliwiłyby wyodrębnienie zakażonych ze społeczeństwa oraz nanieżenie ich odpowiednim tatuażem. Represje prawne i społeczne wobec chorych na AIDS mogą okazać się szkodliwe. Spowodują bowiem „utajnienie” się zakażonych, a ludzie należący do grup ryzyka przestaną zgłaszać się do przychodni na jakiegokolwiek badania w obawie przed wykryciem w ich organizmie wirusa HIV<sup>25</sup>. Istotną formą ustosunkowania się do AIDS jest „[...] rzeczowa informacja o nowej chorobie i jej istocie oraz zapoznanie społeczeństwa z metodami zapobiegania zakażeniu wirusem HIV. Sposób przekazywania tej wiedzy nie powinien wywoływać paniki i irracjonalnych lęków. Posiadanie rzeczowej wiedzy umożliwi człowiekowi obranie sposobu zapobiegania AIDS, który będzie mu najbardziej odpowiadał i który będzie wynikiem jego wyboru”<sup>26</sup>.

<sup>22</sup> Tamże, s. 51.

<sup>23</sup> J. Juszczyk, A. Gładysz: *AIDS...*, s. 362—363.

<sup>24</sup> K. Imieliński (red.): *AIDS – wyzwanie...*, s. 8.

<sup>25</sup> A. Ostrowska: *Chorzy na AIDS w społeczeństwie: model integrujący czy separacyjny?*

W: „Zeszyty Naukowe AWF”. Kraków 1990, s. 97—107.

<sup>26</sup> K. Imieliński, Ch. Imieliński: *Kulturowe aspekty...*, s. 14—15.

## 5.2. Choroba AIDS w opinii młodzieży szkół średnich

Od rozpoczęcia systematycznej akcji informacyjnej na temat AIDS upłynęło już kilka lat, można więc próbować dokonywać wstępnych ocen jej skuteczności zarówno w środowiskach tzw. zwiększonego ryzyka, jak i populacji ogólnej w badanych szkołach. Przeprowadzone sondaże miały na celu określenie zakresu wiedzy o chorobie AIDS wśród uczniów szkół średnich oraz ich nastawień względem osób chorych lub nosicieli (badaniami objęto grupę 200 uczniów klas III dwóch liceów ogólnokształcących w Katowicach i Mikołowie oraz III klas miernictwa górniczego i automatyki technikum górniczego w Katowicach).

Na podstawowe pytania „Co to jest HIV?”, „Co to jest AIDS?” prawie wszyscy ankietowani udzielali prawidłowej odpowiedzi, do najczęstszych należały: „AIDS jest to choroba zakaźna i nieuleczalna wywołana przez wirus HIV”, „jest to nabyty zespół utraty odporności” (70%), „choroba przenoszona drogą płciową”, „dżuma XX wieku”. Uczniowie liceum potrafili określić różnicę między chorym na AIDS a nosicielem wirusa, wśród uczniów technikum było tylko 25% poprawnych odpowiedzi dotyczących powyższej kwestii, a 6% badanych nie widziało żadnej różnicy<sup>27</sup>.

Poważnym osiągnięciem medycyny w walce z AIDS jest określenie dróg szerzenia się wirusa HIV, tj.: przez kontakt płciowy (homo- i heteroseksualny) — odpowiedź tę podkreśliło 100% respondentów; przez krew (np. transfuzja zakażonej krwi, zakażone igły i strzykawki) — odpowiedź tę wybrały wszystkie badane osoby, dziecko może zakażać się w czasie ciąży lub porodu od zakażonej matki — tylko 11% badanych wskazało na tę możliwość. Wiedza dotycząca zachorowań ryzykownych wśród wszystkich badanych okazała się prawidłowa — 100% respondentów wymieniło: dożylnie przyjmowanie narkotyków, częstą zmianę partnerów seksualnych, nieużywanie prezerwatyw w sytuacji przypadkowych stosunków seksualnych. Jeżeli chodzi o wskazanie grup ryzyka, uczniowie wymieniali (według liczby wskazań) następujące grupy: narkomani, homoseksualiści, prostytutki, osoby często zmieniające partnera seksualnego, chorzy na hemofilię, służba zdrowia<sup>28</sup>.

Pewną trudność sprawiło natomiast badanym pytanie dotyczące objawów choroby, najczęściej wskazywano na: brak odporności na infekcje, osłabienie, zmęczenie, spadek wagi ciała.

<sup>27</sup> J. Rzepka, A. Czok: *Wiedza o AIDS uczniów ostatnich klas szkół ponadpodstawowych*. W: Z. Czapliski, W. Muzyka (red.): *AIDS w świadomości społecznej*. Olsztyn 1995; D. Cianciara, P. Goryński, A. Grzybowski, P. Supranowicz, L. Zdunkiewicz: *Wiedza o AIDS uczniów szkół ponadpodstawowych*. „Przegląd Epidemiologiczny” 1989, nr 2.

<sup>28</sup> Por. J. Wojciechowski: *Świadomość choroby AIDS wśród młodzieży*. W: Z. Czapliski, W. Muzyka (red.): *Styl życia...*

Wydaje się, iż nie tylko badanej młodzieży, ale szerszemu ogółowi społeczeństwa nie są znane objawy kliniczne choroby, do których należą<sup>29</sup>:

- limfadenopatia — powiększenie węzłów chłonnych w co najmniej dwóch okolicach ciała,
- chudnięcie, przynajmniej 7 kg utraty wagi ciała lub ponad 10% wagi pierwotnej,
- gorączka przekraczająca 38°C, okresowo lub stale,
- biegunka, która nie ustaje ani przez dietę, ani leczenie,
- odczucie zmęczenia i osłabienia,
- poty nocne — charakterystyczne dla gruźlicy i nowotworów złośliwych.

Aby zdiagnozować zespół związany z AIDS-ARC, konieczne jest rozpoznanie co najmniej dwóch z wymienionych objawów, które muszą się utrzymywać przynajmniej przez 3 miesiące i nie może występować inny powód tłumaczący pojawienie się ich. Wiedza o zespole ARC winna być szeroko rozpowszechniona, zarówno wśród personelu medycznego, jak i w społeczeństwie, stanowi ona bowiem ważny czynnik umożliwiający wczesne rozpoznanie zagrożenia AIDS i zorganizowanie właściwej profilaktyki i terapii.

Warto w tym miejscu podkreślić, iż głównym źródłem informacji o chorobie dla badanych były: telewizja, radio, prasa, korzystanie z literatury fachowej, rozmowy z osobami zorientowanymi w tematyce (uczniowie w 1% wskazali, że problem ten nie jest interesujący), 31% badanych wskazało, że źródłem informacji były ponadto pogadanki w szkole<sup>30</sup>.

Pojawienie się problemu AIDS w Polsce spowodowało publikowanie wielu artykułów i broszur informacyjnych, wystąpienia przedstawicieli środowisk medycznych w środkach masowego przekazu oraz różnego rodzaju akcje organizacji społecznych na rzecz chorych na AIDS. Inicjatywa tych organizacji i osób prywatnych pozwoliła na utworzenie pierwszych ośrodków pobytowych i leczniczych dla chorych i nosicieli wirusa HIV, które budziły w naszym kraju wiele emocji i negatywnych reakcji społecznych (np. Piastów, Laski, Józefów)<sup>31</sup>. Gdyby badani uczniowie znaleźli się w takiej sytuacji jak mieszkańcy np. Piastowa, to 64% ogółu badanych nie zgodziłoby się, by taki ośrodek powstał w ich dzielnicy, 1,2% badanych stwierdziło, że zdecydowanie nie toleruje chorego lub nosiciela w swoim najbliższym otoczeniu. Środki masowej informacji podają, że otwieraniu ośrodków pomocy chorym towarzyszą liczne demonstracje, młodzież

<sup>29</sup> Z. Kuratowska: *AIDS...*, s. 53; zob. np. A. Szyszko-Bohusz: *Psychologiczno-pedagogiczne aspekty w profilaktyce AIDS*. W: „Zeszyty Naukowe AWF”. Kraków 1990, s. 84.

<sup>30</sup> Por. B. Woynarowska, M. M. Szymańska: *Wiedza i postawy młodzieży wobec HIV/AIDS*. W: *AIDS – zagrożenie społeczne*. Olsztyn 1993.

<sup>31</sup> K. Komasińska: *Wybrane problemy ludzi dotkniętych AIDS. Agresja – odpowiedzią na strach i nietolerancję*. W: Z. Czapliski, W. Muzyka (red.): *AIDS – w świadomości...*; M. Kozakiewicz: *Wybrane zagadnienia strachu przed AIDS z perspektywy europejskiej*. „Kwartalnik Pedagogiczny” 1990, nr 2.

zdecydowanie podkreśla (71%), iż nie wzięłyby udziału w takich demonstracjach, uzasadniając, że: „to nie jest sposób na rozwiązywanie problemów”, „gdzieś takie ośrodki muszą być”, „ludzie chorzy mają prawo do godnego życia” itp. Młodzież podkreślała również, że największy wpływ na deklarowane nastawienie społeczne wobec chorych i nosicieli ma: posiadanie rzetelnej wiedzy na ten temat (68,5%), strach (11,0%), religia (9,8%), a 10,7% badanych zaakcentowało, że ze względu na wcześniejsze kontakty wielu idoli muzycznych i sportowych z tą chorobą mają oni swoisty stosunek do chorych i nosicieli.

Socjologowie podkreślają, iż tolerancja jest jednym z najbardziej kontrowersyjnych problemów w prowadzeniu analiz stanu świadomości współczesnego społeczeństwa polskiego, a podział na „swoich” i „obcych” wydaje się jedną z istotnych kwestii nurtujących społeczeństwo polskie<sup>32</sup>.

Wielu autorów wskazuje na czynnik świadomościowy w analizach kwestii społecznych tolerancji, tzn. że człowiek świadomy swej oceny negatywnej względem postępowania innych osób świadomie nie ingeruje, bo świadomie zezwala na takie postępowanie<sup>33</sup>. Nastawienia społeczne badanej młodzieży względem chorych na AIDS i nosicieli wirusa są — jak się wydaje — przejawem tolerancji bądź nietolerancji<sup>34</sup>. Warto podkreślić, iż 31,0% badanych nie wie, jakie konsekwencje mogą być następstwem nietolerancji społecznej wobec chorych i nosicieli, zdecydowana jednak większość podkreśla, że nietolerancja budzi agresję, gniew, bunt, załamanie psychiczne chorego, zemstę, ukrywanie choroby, co tym samym stwarza wzrost zagrożenia społecznego. Zagadnienia tolerancji w pedagogice można rozpatrywać w dwóch poziomach celów i metod ich osiągnięcia. Jest to problem niezwykle złożony, zwłaszcza gdy chodzi o metody związane z wypracowaniem takiego postępowania pedagogicznego, które zmierzałoby do kształtowania tolerancji jako wartości<sup>35</sup>.

Edukacja społeczeństwa nie może ograniczać się do szerzenia wiedzy rzeczowej o samej chorobie, ale musi obejmować także kształtowanie racjonalnego i humanitarnego stosunku do osób zakażonych lub już chorych na AIDS. Pomoc, wsparcie, solidarność z zakażonymi jest obowiązkiem wyływającym

<sup>32</sup> Zob. E. Tarkowska, J. Tarkowski: „Amoralny familizm”, czyli o dezintegracji społecznej w Polsce lat osiemdziesiątych. W: E. Wnuk - Lipiński (red.): *Grupy i więzi społeczne w systemie monocentrycznym*. Warszawa 1990, s. 43; por. także F. Znaniecki: *Współczesne narody*. Warszawa 1990, s. 269; E. Wnuk - Lipiński (red.): *Wielka zmiana: Polacy w oczach socjologów*. Warszawa 1993.

<sup>33</sup> Zob. np. M. Ossowska: *Normy moralne*. Warszawa 1985, s. 189—191; por. także K. R. Popper: *Spółczesność otwarta i jej wrogowie*. Warszawa 1991.

<sup>34</sup> H. Machel: *Studentki pedagogiki wobec AIDS*. W: Z. Czaplicki, W. Muzyka (red.): *AIDS w świadomości...*

<sup>35</sup> J. Górniewicz: *Problematyka tolerancji religijnej i etnicznej młodzieży w Polsce. Ujęcie socjo-pedagogiczne*. „Forum Oświatowe” 1994, nr 1.

z zasad moralnych, które — niezależnie od przekonań religijnych — stoją na straży szacunku i godności ludzkiej.

Z badań i sondaży przeprowadzonych w Polsce w latach dziewięćdziesiątych wśród młodzieży w różnym wieku i na różnych szczeblach kształcenia wynika, że wiedzę na temat AIDS można uznać za zadowalającą u większości młodzieży (wyniki badań przedstawiono na międzynarodowym kongresie na temat AIDS w Berlinie w 1993 roku), co nie zwalnia od stałego obowiązku podnoszenia i uzupełniania wiedzy w tym zakresie. Należałoby zatem przyjąć system długofalowej profilaktyki zakażeń HIV, oparty na idei promocji zdrowia jako społeczno-ekologicznego, a nie tylko medycznego modelu profilaktyki zdrowia. Podstawowym założeniem w tej kwestii jest skomplikowany system powiązań między jednostką a środowiskiem, czyli „mandala zdrowia”, opracowany przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto. Na „mandalę zdrowia” składa się wiele kręgów otaczających centralnie umieszczonego człowieka. Istotne znaczenie mają tutaj: rodzina, społeczność, system opieki nad chorym, styl życia, biologia człowieka, środowisko fizyczne i psychospołeczne<sup>36</sup>.

### 5.3. Pedagogiczne problemy profilaktyki AIDS

Najsukuteczniejszym środkiem mogącym znacznie ograniczyć rozprzestrzenianie się wirusa HIV jest edukacja społeczeństwa. Bardzo wcześnie, bo od czasu poznania przyczyny AIDS, pojawiły się akcje oświatowo-zdrowotne mające na celu ostrzeganie przed narastającym niebezpieczeństwem. Ich treść lapidarnie ujmuje hasło rozpowszechnione w Wielkiej Brytanii: „Nie umieraj z powodu ignorancji”. Po kilku latach zmieniono je na inne: „Ryzyko znasz — reszta zależy od ciebie”. Podstawowe treści przekazywane wszystkimi dostępnymi środkami apelowały do osobistych interesów odbiorców i do ich uczuć altruistycznych.

Edukacja musi obejmować całe społeczeństwo, dostarczając informacji, których najbardziej ono potrzebuje. Każdy, bez wyjątku, powinien wiedzieć, w jaki sposób wirus się roznosi i co zrobić, aby uniknąć zarażenia, powinien wiedzieć, że nie ma powodów do paniki na myśl o chorych wokół nas — w autobusie czy restauracji. Nie ma żadnych dowodów na to, by przypadkowe, codzienne kontakty prowadziły do zakażenia wirusem HIV. Dyskryminacja chorych, usuwanie ich z pracy i mieszkań do niczego nie prowadzą, przeciwnie — są szkodliwe, gdyż stwarzają ludziom zdrowym złudne poczucie bezpieczeństwa. Oprócz objaśnień biologicznych własności HIV i skutków zakażenia

<sup>36</sup> M. Doleżał: *Profilaktyka zakażeń HIV/AIDS...*, s. 38—39; zob. np.: A. Lintowska: *AIDS w świadomości grup młodzieżowych*. W: Z. Czapliski, W. Muzyka (red.): *Styl życia...*

w materiałach dla odbiorców o różnym przygotowaniu zaleca się związki monogamiczne (homo- i heteroseksualne). Proponuje się również zasady „bezpiecznego seksu” (niedopuszczanie do kontaktu nasienia i wydzieliny narządów płciowych z błoną śluzową), w tym przez używanie prezerwatyw. Wskazuje się na olbrzymie ryzyko, jakie niesie ze sobą wymiana igieł i strzykawek wśród narkomanów, a także zwalcza się poglądy błędne i rodzące niepotrzebne obawy przed przypadkowym zakażeniem. Informacje powinny być rzeczowe, ale równocześnie dostosowane do społeczno-kulturowych sytuacji. Tak więc narkomani stosujący narkotyki dożylnie mogą potrzebować innych informacji niż kobiety w ciąży, a kobiety w ciąży mogą z kolei potrzebować innego rodzaju informacji niż homoseksualiści. Działalność uświadamiająca musi być również dostosowana do poziomu wykształcenia odbiorcy. W grupach podwyższonego ryzyka (młodzież, narkomani) najskuteczniejsza jest rzetelna, trafna i powtarzająca się informacja, najlepiej prowadzona przez rówieśników i kolegów. „Prowadzi to do stałego stosowania prezerwatyw lub innych środków chroniących przed wymianą płynów ustrojowych, podejmowania innych form stymulacji seksualnej. Gorsze wyniki spotyka się w zakresie propagowania używania własnego lub dezynfekowanego sprzętu do wstrzyknięć narkotyku. Także wymiana igieł i strzykawek oraz zaopatrywanie w środki dezynfekujące na bazie stacjonarnej nie przynoszą obiecujących rezultatów. Znacznie większe efekty można uzyskać, docierając do miejsc przebywania narkomanów. Radykalnym sposobem jest zapewnienie dostaw methadonu, co eliminuje potrzebę wstrzykiwania narkotyków”<sup>37</sup>.

Zorganizowaną działalność, mającą na celu zapobieganie szerzeniu się zakażeń wirusem HIV, podjęto w Polsce w 1985 roku. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał wówczas Pełnomocnika ds. AIDS oraz 10-osobowy Zespół ds. AIDS.

Zapoczątkowało to planowe działania zapobiegawcze. Przede wszystkim podjęto próbę oceny zagrożenia epidemicznego kraju, m.in. przez rozpoczęcie badań serologicznych osób z grup ryzyka na okoliczność obecności przeciwciał anti-HIV. Rozpoczęto również systematyczne szkolenia fachowego personelu służby zdrowia w zakresie rozpoznawania i postępowania w przypadkach podejrzenia o zakażenie HIV lub zachorowania na AIDS. Stopniowo intensyfikowano również pracę oświatowo-zdrowotną.

W celu skoordynowania działań profilaktyczno-terapeutycznych 7 marca 1987 roku Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, zamiast działającego do tego czasu Zespołu, powołał Radę ds. AIDS. W ramach Rady działa osiem komisji: epidemiologiczna, profilaktyczno-społeczna, wydawnicza i kontaktów między-

<sup>37</sup> Z. H a ł a t: *Profilaktyka zakażeń HIV na tle zapobiegania innym zakażeniom krwiopochodnym i szerzących się drogą płciową*. W: *AIDS. Postawy wobec chorych i choroby*. Materiały z konferencji. Częstochowa 1990.



narodowych, kliniczno-terapeutyczna, diagnostyczno-laboratoryjna, prawna, wirusologiczna i szkoleniowa.

We wnioskach *Programu działań zapobiegawczych i zwalczania AIDS w Polsce w latach 1988–1990* można przeczytać, że „istotnym ogniwem w profilaktyce jest działalność oświatowa, zmierzająca do zmiany stylu życia społeczeństwa, a szczególnie osób z grup ryzyka. Działalność ta powinna być prowadzona zarówno przez służbę zdrowia, jak i przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Kultury i Sztuki, kościoły, PCK, organizacje młodzieżowe oraz inne stowarzyszenia wyższej użyteczności”<sup>38</sup>.

„W Polsce liczba stwierdzonych przypadków AIDS wynosi 317, a wykrytych zakażeń HIV 3617, wśród których było co najmniej 2474 zakażonych w związku z używaniem narkotyków (od wdrożeń badań w 1985 roku — stan na dzień 31 lipca 1995 roku)”<sup>39</sup>.

W 1989 roku MONAR uruchomił pierwszy ośrodek dla pacjentów z AIDS w Zbicku k. Opola. W tym samym roku powołał stowarzyszenie „Solidarni wobec AIDS-plus”, zrzeszające ludzi z dodatnimi wynikami testu na przeciwciała, którego celem jest<sup>40</sup>:

- przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się tej choroby,
  - dostarczanie społeczeństwu rzetelnej wiedzy na temat AIDS,
  - podejmowanie działań zmierzających do złagodzenia urazów w sferze psychicznej, moralnej i społecznej wśród osób zarażonych i w ich otoczeniu.
- Dziś w każdym ośrodku MONAR znajdują się pacjenci z wirusem HIV.

Do 1989 roku nie istniały odrębne domy dla nosicieli wirusa HIV. Z chwilą rozprzestrzeniania się HIV powstał problem zarówno hospitalizacji zarażonych, jak i resocjalizacji oraz readaptacji osób z innych niż narkomani grup ryzyka. Pierwszy dom przeznaczony dla nosicieli HIV ze wszystkich grup ryzyka powstał w lutym 1990 roku w Konstancinie. Z uwagi na wielu zgłaszających się narkomanów-nosicieli została utworzona filia domu konstancińskiego w Piasztowie. Dom ten działa od 15 kwietnia 1991 roku. Readaptacja prowadzona w tych domach ma na celu:

- zaadaptowanie pacjenta z zakażeniem HIV do życia w społeczeństwie,
- kształtowanie odpowiedniej postawy wobec społeczeństwa, mającej na celu eliminację świadomego zakażenia innych,
- wykształcenie mechanizmów bezpiecznego funkcjonowania w społeczeństwie,
- przeciwdziałanie izolacji społecznej i poczuciu wyobcowania,

<sup>38</sup> *Program działań zapobiegawczych zwalczania AIDS w Polsce w latach 1988–1990*. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

<sup>39</sup> J. Wojciechowska: *Młodzież szkół wiejskich i miejskich a problem HIV/AIDS*. W: Z. Czapliski, W. Muzyka (red.): *AIDS w świadomości...*

<sup>40</sup> Cz. Cekiery: *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*. Lublin 1992, s. 238.

— resocjalizację narkomanów zakażonych HIV, jako komplementarną wobec metod stosowanych w innych, istniejących już ośrodkach.

W pierwszym okresie pacjent przyjmowany jest do Piastowa. Jeśli rokuje nadzieję na usamodzielnienie się, przenoszony jest do Konstancina, gdzie może przebywać na warunkach rezydenta, podejmując pracę w pełnym i niepełnym wymiarze do czasu zorganizowania sobie samodzielnego życia poza ośrodkiem.

Jednym z najbardziej bolesnych problemów związanych z AIDS jest sytuacja dzieci zarażonych wirusem HIV. Już dziś stanowią one 1/3 wszystkich przypadków AIDS, a ich liczba wciąż wzrasta. Te najbardziej niewinne ofiary AIDS są bardzo często porzucane przez swoje matki już w szpitalu. Niezwykle trudno znaleźć dla nich miejsce, a właściwie nie ma go dla nich. Być może w niedalekiej przyszłości ta sytuacja się zmieni. Dnia 24 lutego 1993 roku w Katowicach powstała Fundacja „Pomoc Dzieciom Chorym na AIDS”. Celem fundacji jest<sup>41</sup>:

organizowanie profilaktyki leczniczej, pomocy materialnej i rehabilitacyjnej dla dzieci i młodzieży chorej na AIDS;

— stymulowanie społecznych inicjatyw w zakresie wypoczynku dzieci i młodzieży chorej na AIDS w okresie letnim, zimowym i śródrocznym;

— współpraca z instytucjami państwowymi i społecznymi oraz osobami prawnymi i fizycznymi, w kraju i za granicą, działającymi na rzecz zdrowia, rehabilitacji i rekreacji dzieci i młodzieży zakażonej HIV;

— organizowanie hospicjów dla nosicieli wirusa HIV i chorych na AIDS;

— rozwój form swobodnego przepływu idei i wszelkich wartości związanych z ochroną zdrowia, profilaktyką zdrowotną i rehabilitacją dzieci i młodzieży pomiędzy aglomeracją miejską a innymi rejonami kraju i zagranicy;

inicjowanie i wspieranie edukacji zdrowotnej.

Nadzór nad Fundacją sprawuje Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. Zarząd i Radę Fundacji stanowią ludzie, którzy przez swoją działalność pragną nieść konkretną pomoc nie tylko dzieciom i młodzieży, ale wszystkim nosicielom HIV, którzy takiej pomocy potrzebują.

W Zabrzu działa Młodzieżowe Centrum ds. AIDS. Organizacja ta powstała 20 października 1992 roku i działa przy Ogólnopolskim Stowarzyszeniu Charytatywnym „Ruch Programowo-Methodyczny” z siedzibą w Zabrzu. Centrum to jest członkiem Międzynarodowej Organizacji Zapobiegania AIDS w Belfascie, skłaniającej organizację z całego świata, których celem jest profilaktyka i pomoc chorym na AIDS<sup>42</sup>. Młodzieżowe Centrum ds. AIDS pomaga

<sup>41</sup> Postanowienie Sądu Rejonowego dla m. Warszawy, Wydział XVI Gospodarczy Rejestrowy z dnia 24 lutego 1993 r.

<sup>42</sup> *AIDS. Postawy wobec chorych i choroby...*; zob. także np. W. Zielińska: *Gdański program walki z HIV/AIDS: przeszłość, teraźniejszość, przyszłość* oraz np. J. Sękiewicz: *System walki z narkomanią w USA oraz pomoc osobom z grup ryzyka HIV/AIDS*. W: S. Kawula, H. Machel (red.): *Narkomania – HIV/AIDS...*; zob. także G. Brunelli: *Kościół wobec AIDS*. „Więzi” 1990, nr 2—3.

chorym i nosicielom wirusa HIV, kieruje ich na badania i leczenie do odpowiednich placówek medycznych. Pomaga również doraźnie przez wydawanie odzieży, żywności i realizację recept. Chorzy na AIDS mogą tutaj korzystać ze spotkań psychoterapeutycznych prowadzonych przez pedagoga.

W Centrum działa głównie średni personel medyczny oraz młodzież szkół średnich. Wszyscy pracują tu społecznie. Każda osoba jest przeszkolona pod względem medycznym w Wojewódzkiej Poradni Chorób Zakaźnych w Chorzowie, z którą Centrum ściśle współpracuje. Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Katowicach, oddział oświaty zdrowotnej, pomaga im w przygotowaniu prelekcji o AIDS dla młodzieży. Właśnie organizowanie prelekcji na temat zapobiegania HIV i AIDS to główna działalność Centrum. Z doświadczenia wynika, że istnieje duże zapotrzebowanie na taką formę oświaty.

Każdy narkoman i chory czy nosiciel HIV znajdzie również pomoc w Duszpasterstwie Młodych w Katowicach przy ulicy Opolskiej. O. Ryszard Sierański prowadzi tam tzw. Dom Otwartych Drzwi.

Na terenie naszego województwa opiekę lekarską oraz inne działania walki z AIDS sprawują m.in.:

- Wojewódzka Poradnia Skórno-Wenerologiczna,
- Wojewódzka Stacja Krwiodawstwa w Katowicach,
- Oddział Detoksykacyjny dla Osób Uzależnionych Lekowo i Narkomanów HIV+ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku,
- Oddział Detoksykacyjny dla Narkomanów HIV+ w Katowicach-Szopienicach, Rybniku,
- Wojewódzka Poradnia Chorób Zakaźnych w Chorzowie. Jest to podstawowa jednostka lecznicza dla zakażonych HIV na terenie naszego województwa. Tutaj znajduje się oddział dla chorych na AIDS oraz specjalistyczne gabinety lekarskie: ogólny, pediatryczny, ginekologiczno-położniczy, chirurgiczny, stomatologiczny i inne. Ośrodek prowadzi działalność diagnostyczną, sprawuje bieżącą opiekę ambulatoryjną, wykonuje badania okresowe osób zakażonych HIV, prowadzi okresową kontrolę lekarską dzieci rodziców HIV+,
- Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Katowicach.

\*

\*                      \*

AIDS jest chorobą zakaźną, która stworzyła zagrożenie na skalę światową. W wielu cywilizowanych krajach zmierza się do ochrony zdrowia i życia ludzkiego, stosując m.in. różne programy działań profilaktycznych, adresowanych przede wszystkim do ludzi młodych. Ogólnoświatowy program WHO

współpracuje z 178 krajami. Ważnym ogniwem w profilaktyce są wszystkie osoby, które z racji swojego zawodu bądź zainteresowań pracą z młodzieżą powinny dysponować wiedzą i konkretnymi metodami pracy w walce z tak wielkim zagrożeniem, jakie stanowi choroba AIDS.

Od roku 1987 Federacja Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca współpracowała z wieloma narodowymi stowarzyszeniami w celu edukacji w zakresie AIDS. Opracowano wieloaspektowo materiały, ważnym celem stało się bezpieczne krwiodawstwo, zaoferowano także pomoc, doradztwo i opiekę nad chorymi na AIDS i ich rodzinami, włożono wiele wysiłku w walkę z dyskryminacją.

Spośród wielu materiałów na temat AIDS dostępnych na rynku polskim warto polecić wszystkim pedagogom podręcznik szkoleniowy nt. profilaktyki AIDS pt. *Działania wśród młodzieży* (Warszawa 1995), wydany przez Federację Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca Światowej Organizacji Skautów.

W niniejszym rozdziale starano się nie tylko podać najważniejsze informacje o AIDS, ale wskazano również, iż wiedza o chorobie i postawy wobec chorych wśród młodzieży ulegają zmianie i że zależą one przede wszystkim od zasięgu edukacji. Wiele jest możliwości działań profilaktycznych i udzielania pomocy ludziom chorym. Wielosektorowo wdrażana idea promocji zdrowia zawiera w sobie także programy profilaktyki w zakresie AIDS.

## Zakończenie

W niniejszej książce starano się opisać i scharakteryzować sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży na przykładzie badań w wybranych szkołach regionu górnośląskiego, a ściślej z terenu woj. katowickiego. Z analiz opartych na materiale empirycznym, źródłach, dokumentach, interdyscyplinarnej literaturze przedmiotu wynika, że sytuacja zdrowotna dzieci śląskich, podobnie jak w całym kraju, nie jest zadowalająca. 8% badanej populacji (N = 519) to dzieci zdrowe, tj. nie zakwalifikowane do żadnej z grup dyspenseryjnych. Sytuacja ta to niepokojący sygnał wielu zaniedbań, których konsekwencje zdrowotne ponoszą przede wszystkim dzieci i młodzież. Starano się także dokonać charakterystyki wybranych zmiennych środowiskowych, determinujących nierówności w stanie zdrowia dzieci i młodzieży, a szczególnie tkwiących w środowisku naturalnym Górnego Śląska — obszarze klęski ekologicznej, a ponadto zmiennych społecznych (m.in. bezrobocie, wykształcenie). Dokonano także analizy (stosując badania sondażowe) wiedzy o chorobie AIDS/HIV uczniów wybranych szkół średnich (N = 200). Wiedza, jej zakres i zmienność nastawień wobec chorych uwarunkowane są przede wszystkim edukacją, związaną nie tylko ze szkołą. Problemy ekonomiczne, społeczne, socjalne i ich środowiskowe transformacje zagrażają zdrowiu społeczeństwa, w tym dzieciom i młodzieży. Ruch promocji zdrowia zapoczątkowany przez Światową Organizację Zdrowia daje nieśmiało o sobie znać w warunkach naszej rzeczywistości społeczno-ekonomicznej. Sytuacja zdrowotna Polaków staje się niebagatelnym problemem społecznym, wymagającym zaangażowania się w jej zmianę wielu organów administracji państwowej, ale także ruchów samopomocowych, zaangażowania wielu grup zawodowych, aktywności pojedynczych jednostek w instytucjach, grupach społecznych i środowiskach lokalnych. W pracy zaprezentowano także teoretyczne standardy zdrowia na podstawie analiz, dociekań, strategii, modeli

ekspertów (tzw. rzecznictwo zdrowotne --- *health advocacy*) przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych, ponieważ, co szczególnie należy zaakcentować, promocja zdrowia jest zagadnieniem interdyscyplinarnym. Starano się także podkreślić złożoność problemów towarzyszących organizacji procesu promocji zdrowia w Polsce. Realizacja *Narodowego programu zdrowia* napotyka wiele trudności, liczne zadania, nakreślone w tym *Programie*, nie zostały dotąd zrealizowane. Problem promocji zdrowia jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, wymaga kompleksowych badań i analiz, przygotowania programów i planów w aspekcie środowiskowym, instytucjonalnym i ogólnospołecznym. Ma tutaj również swój udział pedagogika społeczna jako nauka badająca środowiskowe uwarunkowania rozwojowe, interesująca się możliwościami zaspokajania potrzeb, jest ona pedagogiczną teorią i praktyką środowiska. Okazuje się, że zmiana społeczna, tworzenie nowego ładu społecznego stwarzają coraz więcej nowych problemów bądź je ujawniają w różnych dziedzinach życia; dla pedagoga są one najbardziej widoczne w bezpośrednim kontakcie z wychowankiem.

Wychowanie, edukacja to podstawowe elementy gwarantujące postęp społeczny, zmianę stylu życia, obyczajowości. Pedagogika społeczna może włączyć się w cały kompleks badań dotyczących szeroko rozumianej problematyki zdrowia, zwłaszcza że w literaturze polskiej niewiele jest badań poświęconych środowiskowym uwarunkowaniom zdrowia, jako czynnikowi gwarantującemu pełny rozwój możliwości. Można by zarysować ogólny, najpilniejszy zakres badań pedagogiki społecznej i sprowadzić go do następujących kwestii:

diagnozowanie potrzeb zdrowotnych w różnych środowiskach (zwłaszcza w społecznościach lokalnych);

badanie związków, zależności i uwarunkowań między zdrowiem dzieci i młodzieży a takimi zmiennymi, jak: poziom materialny życia rodziny (możliwość zaspokajania potrzeb zdrowotnych), wykształcenie rodziców, struktura rodziny (głównie sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży w rodzinie niepełnej), bezrobocie jako czynnik warunkujący sytuację zdrowotną całej rodziny, dietność rodzin a stan zdrowia kolejnych dzieci.

Instytucje oświatowe, opiekuńcze, leczniczo-rehabilitacyjne tworzą środowiska wychowawcze, brak jest informacji i badań na temat sytuacji zdrowotnej dzieci przebywających w domach dziecka, ośrodkach szkolno-wychowawczych, zakładach resocjalizacyjnych, domach poprawczych. Interesujące dla pedagogiki społecznej wydaje się też zagadnienie realizacji możliwości zaspokajania potrzeb zdrowotnych i odnowy zdrowia w różnych formach życia, np. opieka zdrowotna i sytuacja zdrowotna ludzi w wieku poprodukcyjnym (także pensjonariuszy domów opieki społecznej). Monograficzne badania terenowe mogłyby stanowić analizę sytuacji zdrowotnej wielu grup społecznych i zawodowych, środowiskowych (zwłaszcza w społecznościach lokalnych).

W nowoczesnej strategii badań pedagogicznych badania aktywizujące wydają się znakomitą możliwością bezpośredniego oddziaływania promującego

zdrowy styl życia, projektowanie badań tego typu wydaje się jednym z głównych zadań propagowania zdrowia. Istnieje już wypracowana strategia szkół promujących zdrowie, lecz środowiska lokalne wymagałyby wieloaspektowej analizy badawczej i projektowania zmian korzystnych dla szeroko rozumianych kwestii zdrowotnych. Przygotowanie odpowiednich służb socjalnych wiąże się z modyfikacją kształcenia pracowników socjalnych, pielęgniarek środowiskowych itp. Stanowi to jednak odrębne zagadnienie.

Rozwiązywanie wielu kwestii i problemów, zasygnalizowanych w tej książce, łączy się z pewnością ze zmianą zasad polityki społecznej, możliwościami ekonomicznymi państwa, społeczności lokalnych itd. Ale zmiany świadomościowe dokonują się za pomocą organizacji procesu wychowania i socjalizacji. Jeżeli chodzi o cytowanie opinii ekspertów, składające się *de facto* na teoretyczne standardy zdrowia, to przytoczonych argumentów nie uważa się wyłącznie za określone deklaracje, lecz za umowny wyraz zweryfikowanych naukowo koncepcji. Niniejsze studium pedagogiczno-społeczne nie należy do głównego nurtu badań w zakresie pedagogiki społecznej, wydaje się jednak, iż jest z nim komplementarne. Powstałe wady i niedociągnięcia, związane z prezentacją typowych problemów teoretyczno-badawczych nauk społecznych, starano się minimalizować, ostateczna ocena tych starań należy jednak do Czytelników.

# Bibliografia

- A Review of the Literature*. Health Services and Promotion Branch Working Paper. Ottawa 1987.
- Adamski F.: *Człowiek – wychowanie – kultura. Wybór tekstów*. Kraków 1993.
- AIDS. Postawy wobec chorych i choroby*. Materiały z konferencji. Częstochowa 1990.
- Ambrozik W.: *Wychowawcze funkcjonowanie średniego miasta uprzemysłowionego. Analiza systemowa ze szczególnym uwzględnieniem funkcji samoregulujących*. Poznań 1991.
- Anderson B., Anderson M., Frochhamer J., Povelsen J., Topsbe-Jensen H.: *The Elderly in Motion*. Odense 1990.
- Asken M. J.: *Medical Psychology: Toward Definition, Classification and Organization*. „Professional Psychology” 1979, Vol. 10.
- Badura B., Kickbusch I. (eds.): *Health Promotion Research. Towards a New Social Epidemiology*. WHO Regional Publications. European Series No. 37/1991.
- Badura-Madej W. (wybór): *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Warszawa 1996.
- Bauman Z.: *Socjologia*. Poznań 1996
- Benzewal M., Judge K., Smáje C.: *Beyond Class, Race, and Health in Britain*. „Health Service Research” 1995 (April).
- Berstein B.: *Odtwarzanie kultury*. Warszawa 1990.
- Bielawska-Batorowicz E.: *O formach złego traktowania dziecka*. „Przegląd Psychologiczny” 1993, nr 3.
- Błądowski P.: *Pomoc społeczna i opieka nad osobami starszymi w RFN*. Seria: „Biblioteka Pracownika Socjalnego”. Warszawa 1996.
- Boczar-Kiełtyka J., Janik A., Jutyński R., Styka-Nalepa E., Woytowicz B.: *Uwagi i spostrzeżenia w sprawie kwalifikacji dzieci szkolnych do opieki dyspanseryjnej (na podstawie obserwacji z woj. krakowskiego)*. „Zdrowie Publiczne” 1993, t. 104.
- Bokszanski Z.: *Pojęcie działania społecznego w teorii socjologicznej Floriana Znanieckiego*. „Studia Socjologiczne” 1972, nr 2.
- Borkowska-Kalwas T., Malik J., Pączkowska M.: *Raport z badań nad realizacją programu pilotażowego w zakresie ochrony zdrowia w wybranych miastach*. „Antidotum” 1996, nr 4.
- Borkowski T., Marcinkowski A. (wybór): *Socjologia bezrobocia*. Seria: „Biblioteka Pracownika Socjalnego”. Warszawa 1996.



- Bożkowska K., Brzeziński Z. J., Kopczyńska-Sikorska J., Woynarowska B.: *Zdrowie dzieci i młodzieży a edukacja*. Warszawa—Kraków 1989.
- Bożkowska K., Sito A.: *Zdrowie rodziny*. Warszawa 1982.
- Brammer L. M.: *Kontakty służące pomaganiu*. Studium Pomocy Psychologicznej PTP. Warszawa 1984.
- Brenner M. H.: *Morality and the National Economy. A Review and the Experience of England and Wales, 1936–1976*. „Lancet” 1979, Vol. 2, No. 15.
- Braud P. F.: *Rozkosze demokracji*. Warszawa 1995.
- Brunelli G.: *Kościół wobec AIDS*. „Więzi” 1990, nr 2—3.
- Brzeziński J., Korczak C.: *Higiena i ochrona zdrowia*. Warszawa 1976.
- Brzeziński J., Witkowski L. (red.): *Edukacja wobec zmiany społecznej*. Poznań—Toruń 1994.
- Burges H.: *Uczenie się przez rozwiązywanie problemów w kształceniu pracowników społecznych*. Tłum. J. Szmagalski. Seria: „Biblioteka Pracownika Socjalnego”. Warszawa 1996.
- Capra F.: *Punkt zwrotny*. Warszawa 1987.
- Cekiera Cz.: *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*. Lublin 1992.
- Cele zdrowotne w programie „Zdrowie dla wszystkich”*. Polityka zdrowotna w Europie. Warszawa 1993.
- Cereseto S., Waitzkin H.: *Capitalism, Socialism, and Psychical Quality of Life*. „International Journal of Health Services” 1986, Vol. 16.
- Chodkowska M.: *Kobieta niepełnosprawna: socjopedagogiczne problemy postaw*. Lublin 1993.
- Chodkowska M.: (red.): *Człowiek niepełnosprawny. Problemy autorealizacji i społecznego funkcjonowania*. Lublin 1994.
- Czabański K.: *Rodziny specjalnej troski*. Warszawa 1981.
- Czaplicki Z., Muzyka W.: *Styl życia a zdrowie. Dylematy teorii i praktyki*. Olsztyn 1995.
- Czarkowski M. P., Firkowska-Mankiewicz A., Titkova A.: *The Effectiveness of Genetic Counseling Psycho-Social Determinations*. „Problemy Medycyny Wieku Rozwojowego” 1986, t. 14.
- Człowiek a AIDS*. Res Humana. Fundacja Pomocy Humanitarnej, Lublin 1984.
- Dahlgren G., Diderichsen F.: *Sweden Country Paper*. In: *Inequalities in Health and Health Case*. Stockholm 1985.
- Danecki J., Rysz-Kowalczyk B.: *Kwestie społeczne i krytyczne sytuacje życiowe u progu lat 90*. Warszawa 1992.
- Dąbrowski K.: *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa 1989.
- Deklaracja działań na rzecz środowiska i zdrowia w Europie*. II konferencja europejska na temat zdrowia i środowiska. „Aura” 1995, nr 8.
- Demel M.: *Pedagogiczne aspekty warszawskiego ruchu higienicznego 1864–1914*. Wrocław—Kraków 1964.
- Demel M.: *Nauczyciel zdrowia. Życie i dzieło doktora Stanisława Kopczyńskiego*. Warszawa 1972.
- Demel M.: *Pedagogika zdrowia*. Warszawa 1980.
- Denek K.: *Wartości i cele edukacji szkolnej*. Poznań—Toruń 1994.
- Dobrowolski P., Wróbel S. (red.): *Władza i społeczności lokalne a reforma samorządowa w Polsce*. Katowice 1995.
- Działania wśród młodzieży*. Podręcznik szkoleniowy nt. profilaktyki AIDS. Federacja Stowarzyszeń CK i CP. Światowa Organizacja Skautów, Warszawa 1995.
- Dykcik W.: *System wspomaganie społecznego rodzin niewydolnych wychowawczo*. Poznań 1988.
- Keid S.: *Epidemiology of AIDS and HIV Infection in Europe WHO, GPA*. V-th European Consultation on Public Health and AIDS Presentation „State of the Art and Perspectives in an Integrating Europe”. Cologne, 17—19 November 1993.

*Ekologiczne uwarunkowania zdrowia i życia społeczeństwa polskiego.* Warszawa 1990.  
„Entre Nous”. The European Family Planning Magazine 1996, No. 32 (May).

Feinstein J. S.: *The Relationship Between Socioeconomic Status and Health: A Review of the Literature.* „The Milbank Quarterly” 1993, Vol. 71.

Fiedor B.: *Finansowanie ochrony środowiska w Polsce. Próba oceny.* „Aura” 1995, nr 7.

Firkowska-Mankiewicz A., Czarkowski M. P.: *Środowisko społeczno-kulturowe a zdrowie.* „Studia Socjologiczne” 1986, nr 3.

Frąckiewicz L. (red.): *Zdrowie i jego ochrona.* Katowice 1988.

Frąckiewicz L.: *Czynniki warunkujące stan zdrowia ludności.* Katowice 1989.

Frąckiewicz L.: *Demograficzno-społeczne uwarunkowania ochrony zdrowia i opieki społecznej.* Katowice 1990.

Frąckiewicz L.: *Polityka ochrony zdrowia, synteza.* Katowice 1991.

Frąckowiak T., Modrzewski J.: *Socjalizacja a wartości.* Poznań 1995.

Gapik L.: *Teoretyczne i kliniczne aspekty interakcji między lekarzem a pacjentem.* W: K. Imieliński (red.): *Humanizm i medycyna.* Warszawa 1993.

Gawecki T., Sierpień W.: *Aktualny stan zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej na tle klimatu Krakowa.* „Zdrowie Publiczne” 1992, nr 11.

Gliński P.: *Badania aktywizujące w studiach stylu życia.* W: Siciński A. (red.): *Problemy teoretyczne i metodologiczne badań stylu życia.* Warszawa 1980.

Gniazdowski A. (red.): *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego.* Łódź 1990.

Gołaszewski T.: *Szkola jako system społeczny.* Warszawa 1977.

Gorczycka E.: *Grupy samopomocowe w środowisku osób niepełnosprawnych.* „Polityka Społeczna” 1995, nr 9.

Górka K., Poskrobko B., Radecki W.: *Ochrona środowiska. Problemy społeczne, ekonomiczne i prawne.* Warszawa 1995.

Grzegorzczak K.: *O pojęciu wartości w antropologii kulturowej.* „Studia Socjologiczne” 1971, nr 1.

Hancock T.: *The Mandala of Health: A Model of the Human Ecosystem in Health Promotion: A Resource Book.* WHO Copenhagen 1990.

*Health in Europe. The 1993/1994 Health All Monitoring Report WHO.* Regional Publications European Series No. 56. Copenhagen 1994.

Hebanowski M.: *Gdański model kształcenia lekarzy rodzinnych.* „Magazyn Medyczny” 1996, nr 3.

Heszen-Klemens I.: *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań.* Katowice 1983.

Imieliński K. (red.): *AIDS – wyzwanie dla człowieka.* Warszawa 1990.

Indulski J., Leowski J.: *Podstawy medycyny społecznej.* Warszawa 1971.

Jaczeński A. (red.): *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju.* Warszawa 1994.

Jakobsze-Ksawiec V.: *Zdrowa szkoła to zdrowe dziecko i zdrowa rodzina.* „Lider” 1996.

Jakubowski M.: *Narażenie środowiska na otów w Polsce.* „Pediatria Polska” 1996, nr 4 (suplement do nr 4).

Jarosz M.: *Psychologia lekarska.* Warszawa 1983.

„Journal of Health Education” 1991, Vol. 22, No. 1.

Jarzębski L. (red.): *Raport o stanie środowiska w województwie katowickim w 1994 roku.* Katowice 1995.

Jastrzębski L.: *Prawo ochrony środowiska w Polsce.* Warszawa 1990.

Józefik B. (red.): *Anoreksja i bulimia psychiczna. Poznanie i leczenie zaburzeń odżywiania.* Kraków 1996.

- Jundziłł I.: *Dziecko – ofiara przemocy*. Warszawa 1993.
- Just W.: *Medycyna rodzinna wobec nowych wyzwań*. „Magazyn Medyczny” 1996, nr 4.
- Juszczak J., Gładysz A.: *AIDS – epidemiologia, patogenеза, klinika, leczenie, zapobieganie, poradnictwo*. Warszawa 1992.
- Juszczak J. (red.): *Klinika zespołu nabytego upośledzenia odporności (AIDS). Wybrane zagadnienia*. Warszawa 1990.
- Juszczak J.: *Vademecum AIDS*. Warszawa 1990.
- Kamiński A.: *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*. Warszawa 1980.
- Kargul J., Kargulowa A.: *W poszukiwaniu paradygmatu pedagogiki społecznej*. „Forum Oświatowe” 1990, nr 3.
- Kargul J. (red.): „Prace Pedagogiczne”, LXXX. UW, Wrocław 1992.
- Karski J. B., Słońska Z., Wasilewski B. (red.): *Promocja zdrowia*. Warszawa 1994.
- Karski J. B.: *Promocja zdrowia jako czynnik integrujący środowisko lokalne*. „Magazyn Medyczny” 1995, nr 54.
- Kawczyńska-Butrym Z.: *Funkcjonowanie rodziny a choroba. Analiza socjologiczna*. Lublin 1987.
- Kawczyńska-Butrym Z.: *Socjologia rodziny i socjologia zdrowia*. „Roczniki Socjologii Rodziny”. T. 2. Poznań 1990.
- Kawęcki J.: *Szkola promująca zdrowie jako szkoła dialogu*. „Lider” 1996, nr 1.
- Kawula S.: *Przesłanki opracowania programu socjalnego i pedagogicznego wspomagania rodziny*. „Studia Pedagogiczne” 1984, t. 47.
- Kawula S.: *Studia z pedagogiki społecznej*. Olsztyn 1996.
- Kawula S.: *Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej*. „Problemy Opiekunczo-Wychowawcze” 1996, nr 1.
- Kawula S., Machel H.: *Narkomania – HIV/AIDS – zagrożenie społeczne, profilaktyka, terapia i resocjalizacja*. Gdańsk 1993.
- Kawula S., Machel H. (red.): *Młodzież współczesna – dewiacje i patologie społeczne*. Gdańsk—Toruń 1994.
- Kickbusch I.: *Samoopieka w promocji zdrowia (Self-case in Health Promotion)*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, nr 7.
- Kirschner H.: *Stan zdrowia społeczeństwa polskiego*. „Lider” 1995, nr 1.
- Kisielewska B.: *AIDS wśród dzieci*. „Edukacja i Dialog” 1990, nr 5.
- Kładna A., Kładny J., Kiedrowicz Z., Feruszewski R.: *Zachowania zdrowotne dzieci. Cz. III. Wyniki badań. Aktywność fizyczna badanych dzieci*. „Zdrowie Publiczne” 1995, nr 11—12.
- Kładna A., Kładny J., Feruszewski R.: *Zachowania zdrowotne dzieci. Cz. IV. Wyniki badań. Użytki i występujące dolegliwości*. „Zdrowie Publiczne” 1995, nr 11—12.
- Kończak B.: *Dzieci w Polsce w okresie transformacji*. „Polityka Społeczna” 1995, nr 10.
- Kopczyńska-Sikorska J.: *Miejsce augsologii w promowaniu zdrowia dzieci i młodzieży*. „Kultura Fizyczna” 1994, nr 1—2.
- Kopczyński J., Siciński A.: *Człowiek – środowisko – zdrowie*. Wrocław 1990.
- Kosiński S.: *Standard zdrowotny narzędziem badań socjomedycznych*. „Studia Socjologiczne” 1976, nr 3.
- Kotlarska-Michalska A.: *Funkcja opiekunczo-zabezpieczająca wielkomiejskich rodzin pracowniczych*. Poznań 1990.
- Kotyba J., Będkowska-Korpała B., Legutko J., Dragan J., Grodecki J.: *Próba wdrożenia edukacji zdrowotnej wśród krakowskiej młodzieży licealnej*. „Lider” 1996, nr 1.
- Kowalski S.: *Podejście systemowe w badaniu środowisk wychowawczych*. „Studia Pedagogiczne” 1984, t. 47.

- Kowalski Z., Gollinger M., Laszkiewicz G.: *Zapobieganie zanieczyszczeniu środowiska. Doświadczenia amerykańskie*. „Aura” 1995, nr 11.
- Kozakiewicz M.: *Wybrane zagadnienia strachu przed AIDS z perspektywy europejskiej*. „Kwartalnik Pedagogiczny” 1990, nr 2.
- Krawczyk Z.: *Socjologia polska*. Warszawa 1990.
- Krawczyk Z., Morawski W.: *Socjologia. Problemy podstawowe*. Warszawa 1991.
- Kuczera W.: *Standardy pielęgniarstwa*. „Pielęgniarstwo i My” 1994, nr 6.
- Kulmatycki L.: *Wrocławska promocja zdrowia, wymiar praktyczny*. „Lider” 1995, nr 7—8.
- Kuratowska Z.: *AIDS – nowa choroba*. Warszawa 1986.
- Kurzynowski A. (red.): *Rodzina w okresie transformacji systemowej*. Warszawa 1994.
- Kwiatkowska H. (red.): *Ewolucja tożsamości i pedagogiki*. Warszawa 1994.
- Kwieciński Z.: *O edukację i pedagogikę radykalnie krytyczną*. W: B. Suchodolski (red.): *Alternatywna pedagogika humanistyczna*. Wrocław 1990.
- Kwieciński Z.: *Socjopatologia edukacji*. Warszawa 1992.
- Kwieciński Z.: *Edukacyjne meandry przejścia ku mirażom demokracji*. W: „Socjologia Wychowawcza XII”. AUNC, Toruń 1994.
- Kwieciński Z.: *Swoistość i swojskość pedagogiki społecznej*. W: T. Frąckowiak (red.): *Koncepcje pedagogiki społecznej*. Poznań 1996.
- Kwieciński Z., Witkowski L.: *Ku pedagogii pogranicza*. Toruń 1990.
- Kwieciński Z., Witkowski L. (red.): *Spory o edukację*. Warszawa 1993.
- Łatoszek M.: *Socjologia medycyny w uczelni*. Gdańsk 1992.
- Lepalczyk I. (red.): *Stowarzyszenie społeczne jako środowisko wychowawcze*. Warszawa 1974.
- Lepalczyk I.: *Funkcje wychowawcze stowarzyszeń społecznych*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1981, nr 3.
- Lepalczyk I., Marynowicz-Hetka E.: *Przekształcenia środowiska społecznego*. Łódź 1990.
- Lewandowski J.: *Uwagi na temat stanu publicznej służby zdrowia*. „Służba Zdrowia” 1995, nr 3.
- Lewowicki T.: *Przemiany oświaty*. Warszawa 1994.
- Łuczak E.: *Stan zdrowia i rozwój fizyczny młodzieży szkolnej*. Warszawa 1985.
- Łuczak E., Łaska-Mierzejewska T., Rajtar-Leontiew Z. A.: *Stan zdrowia wychowanków warszawskich placówek opiekuńczo-wychowawczych*. „Zdrowie Publiczne” 1990, nr 2, t. 101, cz. II; „Zdrowie Publiczne” 1990, nr 1, cz. I.
- Mackenbach J. P., v. d. Maas P. J.: *Social Inequity and Differences in Health, a Survey of Principal Findings*. L. J. Gunning - Schepers, J. H. Spruit (eds.): *Socioeconomic Inequities in Health*. The Hague 1989.
- Masiakowski A., Stępień M.: *Lekarz rodzinny – lepsza jakość w nowym systemie ochrony zdrowia*. „Zdrowie Publiczne” 1995, nr 9—10.
- Marynowicz-Hetka E.: *Pomoc w rozwoju dziecka i rodzinie*. Łódź 1985.
- Marynowicz-Hetka E., Piekarski J. (wybór): *Wokół problemów działania społecznego*. Seria: „Biblioteka Pracownika Socjalnego”. Warszawa 1996.
- Mazurkiewicz E. A.: *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej*. Wrocław—Łódź 1983.
- Miller M.: *Ocena wartości dotychczasowych systemów informacyjnych gruźlicy*. „Zdrowie Publiczne” 1992, nr 2.
- Miller M.: *Gruźlica. Nadal ważny problem zdrowotny*. „Magazyn Medyczny” 1996, nr 2.
- Miller M., Roszkowski K.: *Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce*. „Zdrowie Publiczne” 1994, nr 3.
- Miłaszewski R.: *Ochrona środowiska i zdrowia w programach ONZ w Polsce*. „Aura” 1995, nr 7.

Minkiewicz A.: *Więzi społeczne w grupach lokalnych*. Warszawa 1992.

Misztal M.: *Problematyka wartości w socjologii*. Warszawa 1980.

*Narodowy program zdrowia*. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Warszawa 1993.

Norska-Borówka J., Bursa J., Kasznia-Kocot J.: *Wpływ zdegradowanego środowiska na zdrowotność dzieci śląskich*. Katowice 1992.

Nowak S. (red.): *Metody badań socjologicznych*. Warszawa 1965.

Nowak S. (red.): *Wizje człowieka i społeczeństwa w teoriach i badaniach naukowych*. Warszawa 1984.

Nowak S. (red.): *Społeczeństwo polskie czasu kryzysu*. Warszawa 1984.

Nowak S.: *Metodologia badań społecznych*. Warszawa 1985.

Oberle Z., Słociak M.: *Sieć szkół promujących zdrowie w woj. przemyskim*. „Lider” 1995, nr 7—8.

Obuchowska I.: *Dynamika nerwic: psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*. Warszawa 1983.

Obuchowska I.: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa 1996.

Ochmański M.: *Wybrane poznawcze i środowiskowe uwarunkowania osiągnięć szkolnych dzieci rozpoczynających naukę*. Lublin 1995.

*Ochrona środowiska w woj. katowickim w latach 1990—1993*. WUS, Katowice 1993.

Olubiński A.: *Konflikty małżeńskie a warunki wychowania w rodzinie*. Toruń 1987.

Olubiński A.: *Siły społeczne jako centralna kategoria pedagogiki społecznej*. W: S. Kawula (red.): *Studia z pedagogiki społecznej*. Olsztyn 1996.

Orwin M., Pietruszewski K.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Kraków 1996.

Ossowska M.: *Normy moralne*. Warszawa 1985.

Ossowska M.: *Wzór demokracji*. Lublin 1992.

Ossowska S.: *O osobliwościach nauk społecznych*. Warszawa 1983.

Ostrowska M.: *Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego*. Warszawa 1980.

Ostrowska M.: *Rola pacjenta i lekarza: zmiany w scenariuszu*. „Studia Socjologiczne” 1981, nr 3.

Ostrowska K.: *Promocja zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w systemie edukacji*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1995, nr 8.

*Ottawa Charter For Health Promotion*. An International Conference on Health Promotion. November 17—21 1986, Ottawa, Ontario, Canada.

Parry G.: *Coping with Crisis*. The British Psychological Society and Routledge Ltd., London 1990.

Parsons T.: *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa 1969.

Pilch T., Lepalczyk I. (red.): *Pedagogika społeczna. Człowiek i środowisko*. Warszawa 1993.

Pilch T., Lepalczyk I. (red.): *Pedagogika społeczna*. Wyd. II. Warszawa 1995.

Pilch T.: *Pedagogika społeczna. Istota i zadania*. „Studia Pedagogiczne” 1984, t. 46.

Podgórecki A.: *Oddziaływanie na jednostkę i grupę społeczną*. „Studia Socjologiczne” 1968, nr 3—4.

Popper K. R.: *Społeczeństwo otwarte i jego wrogowie*. Warszawa 1991.

*Poverty. World Development Report 1990*. Oxford University Press, Oxford 1990.

*Problemy współpracy na rzecz zdrowia*. Materiały z konferencji (23—24 września 1994, Warszawa).

*Program działań zapobiegawczych i zwalczania AIDS w Polsce w latach 1988—1990*. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

„Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1—2.

„Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, nr 7.

Przećławska A.: *Organizowanie środowiska kulturalnego człowieka jako przedmiot pedagogiki społecznej. Próba systematyzacji zagadnienia*. „Studia Pedagogiczne” 1984, t. 46.

Przećławska A. (red.): *Relacje między ludźmi jako przedmiot badań pedagogicznych*. Warszawa 1993.

- Przećławska A. (red.): *Pedagogika społeczna. Kręgi poszukiwań*. Warszawa 1996.
- Putman R. D.: *Demokracja w działaniu*. Kraków 1995.
- Radiukiewicz S. B.: *Medycyna szkolna*. Warszawa 1987.
- Radlińska H.: *Planowanie pracy wychowawczej na tle środowiska*. „Ruch Pedagogiczny” 1934, nr 6.
- Radlińska H.: *Slużba społeczna pielęgniarki*. Warszawa 1935.
- Radlińska H.: *Rola badań społeczno-pedagogicznych w planowaniu organizacji życia społecznego*. „Chowanna” 1935.
- Radlińska H. (red.): *Spoleczne przyczyny powodzeń i niepowodzeń szkolnych*. Warszawa 1937.
- Radlińska H.: *Egzamin z pedagogiki społecznej*. Łódź 1951.
- Radlińska H.: *Pedagogika społeczna*. Wrocław—Kraków 1961.
- Rocznik statystyczny, GUS* 1995.
- Rocznik statystyczny, WUS* 1996.
- Radzewicz-Winnicki A.: *Pojęcie identyfikacji w naukach społecznych*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1989, z. 3.
- Radzewicz-Winnicki A. (red.): *Pedagogika społeczna u schyłku XX wieku*. Katowice 1992.
- Radzewicz-Winnicki A.: *Modernizacja nie dostrzeganych obszarów rodzimej edukacji*. Katowice 1995.
- Radzewicz-Winnicki A.: *Pedagogika społeczna. Głos w dyskusji*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1995, nr 9.
- Radzewicz-Winnicki A. (red.): *Problemy i tendencje rozwojowe we współczesnej pedagogice społecznej*. Katowice 1996.
- Radzewicz-Winnicki A.: *Uczestnictwo w kulturze społeczności lokalnej*. W: T. Frąckowiak (red.): *Koncepcje pedagogiki społecznej*. Poznań 1996.
- Rajkiewicz A. (red.): *Spoleczeństwo polskie w latach 1989–1993. Wybrane zagadnienia i dane z zakresu polityki społecznej*. Warszawa 1994.
- Roman E.: *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesu socjalizacji dzieci i młodzieży*. „Forum Oświatowe” 1994, nr 1.
- Roślewski A.: *Samorządy dla zdrowia. Program „Zdrowe miasta”*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, nr 7.
- Równy K.: *O edukacji ekologicznej u podstaw*. „Aura” 1995, nr 6.
- Rybicki P.: *Struktura społecznego świata*. Warszawa 1979.
- Ryfka K., Artucha Z.: *Ocena stanu zdrowia ludności w piśmiennictwie w ostatnim dziesięcioleciu*. „Zdrowie Publiczne” 1970, nr 4.
- Schejbal J.: *Higiena i medycyna szkolna w latach 1945–1922*. W: J. Rzepka (red.): *Kronika higieny szkolnej i medycyny na Śląsku i Zagłębiu*. Katowice 1994.
- Sękawa H. (red.): *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne*. Poznań 1991.
- Siciński A. (red.): *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*. Warszawa 1978.
- Sidorowicz W.: *Bariery w przekształcaniu opieki zdrowotnej*. „Gazeta Lekarska” 1995, nr 1.
- Sikorska B.: *Raport o zdrowych miastach*. „Magazyn Medyczny” 1996, nr 3.
- Słowska Z.: *Ocena aktualnego stanu wiedzy przekazywanej w szkołach na temat właściwych zachowań zdrowotnych i stopnia percepcji*. „Kultura Fizyczna” 1989, nr 11–12.
- Słowska Z.: *Ewolucja modeli edukacji zdrowotnej*. „Kultura Fizyczna” 1994, nr 5–6.
- Słowska Z., Misiana M.: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii.
- Smolińska-Theiss B.: *Dzieciństwo w małym mieście*. Warszawa 1993.
- Smolińska-Theiss B.: *Trzy nurty badań nad dzieciństwem*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1995, nr 10.

- Sobiech J.: *Warunki wyboru ekonomiczno-finansowego mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*. Poznań 1990.
- Socjologia wsi w Stanach Zjednoczonych. Stan i tendencje rozwojowe*. Wrocław—Kraków 1970.
- Sokolnik W. (red.): *Działania wśród młodzieży. Podręcznik szkoleniowy nt. profilaktyki AIDS*. Światowa Organizacja Skautów. Warszawa 1995.
- Sokołowska M.: *Socjologia i medycyna*. „Studia Socjologiczne” 1962, nr 3.
- Sokołowska M.: *Zdrowie a społeczeństwo*. Warszawa 1972.
- Sokołowska M.: *Granice medycyny*. Warszawa 1980.
- Sokołowska M.: *Odpowiedzialność społeczna za grupy zależne*. „Studia Socjologiczne” 1987, nr 3.
- Sokołowska M., Bejnarowicz J.: *Socjolog a pojęcie stanu zdrowia*. „Studia Socjologiczne” 1976, nr 3.
- Sokołowska M., Hołowska J., Ostrowska A. (red.): *Socjologia a zdrowie*. Warszawa 1976.
- Sośnicki K.: *Rozwój pedagogiki zachodniej na przełomie XIX–XX wieku*. Warszawa 1967.
- Sowa K. Z.: *Wstęp do socjologicznej teorii zrzeczeń*. Warszawa 1988.
- Stan zagrożenia patologią dzieci i młodzieży*. Raport Instytutu Badań nad Młodzieżą 1987.
- Stapiński A.: *AIDS – zespół nabytego upośledzenia odporności*. Warszawa 1987.
- Stęplewski Z., Jaskólecki H.: *Świadomość społeczna środowiskowych zagrożeń zdrowia a promocja programów profilaktycznych*. „Zdrowie Publiczne” 1995, nr 9–10.
- Suvaković V.: *AIDS – co to jest i jak z tym walczyć*. Warszawa 1987.
- Sygit M., Kamińska M., Kładny J., Kładna A., Kiedrowicz Z.: *Analiza wypadkowości i urazowości na zajęciach wychowania fizycznego*. Cz. I: *W szkołach podstawowych*. Cz. II: *W szkołach średnich*. „Zdrowie Publiczne” 1995, nr 2.
- Syrek E. (red.): *Współczesne zagrożenia w strukturach społecznych. Szkice badawcze z pedagogiki społecznej*. Katowice 1993.
- Sytuacja dzieci na świecie w 1984*. Raport dyrektora wykonawczego Funduszu Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF) J. P. Granta. Wyd. polskie, Warszawa 1986.
- Szczepański J.: *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa 1965.
- Szczepański J.: *Aktualność pedagogiki społecznej*. „Człowiek w Pracy i Osiedlu” 1980, nr 2–3.
- Szczepański J.: *Spoleczne uwarunkowania rozwoju oświaty*. Warszawa 1989.
- Szczepański M. S.: *Region katastroficzny wobec wyzwań cywilizacyjnych. Przypadek Górnego Śląska*. „Studia Socjologiczne” 1995, nr 1–2.
- Szmagałski J.: *Zjawisko grup samopomocy – charakterystyka ich wykorzystania w pracy socjalnej. Badania i działania*. Warszawa 1988.
- Szukielajć-Bieńkuńska A.: *Relatywna linia ubóstwa i wyniki jej zastosowania w badaniach budżetów rodzinnych; 1993 i 1994 r.* „Polityka Społeczna” 1995, nr 8.
- Szwarc A. (red.): *Prawne problemy AIDS*. Warszawa 1990.
- Szymańska J.: *Stomatologiczne zachowania prozdrowotne uczniów szkoły średniej*. Cz. I i Cz. II. „Zdrowie Publiczne” 1995, nr 11–12.
- Szyszkó-Bohusz A.: *Psychologiczno-pedagogiczne aspekty w profilaktyce AIDS*. W: „Zeszyty Naukowe AWF”. Kraków 1990.
- Ścigała E.: *Poznawcze uwarunkowanie choroby wieńcowej i zawału serca*. Poznań 1993.
- Śląskie dni pediatrów i chirurgów dziecięcych*. „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, 20. Katowice 1995.
- Śnieżyński M.: *Działalność opiekunczo-wychowawcza w osiedlu*. Warszawa 1981.
- Śnieżyński M., Knapik D. (red.): *Wybrane problemy pedagogiki społecznej*. Kraków 1986.
- Śnieżyński M., Stawowy E., Komendera A.: *Prace socjologiczne*. T. 2. WSP, Kraków 1994.
- Środowisko a zachowanie człowieka w warunkach uprzemysłowienia*. Katowice 1990. (Materiały konferencyjne).

- Tchorzewski M.: *Funkcje edukacyjne rodziny*. Bydgoszcz 1990.
- Teoria i praktyka organizacji ochrony zdrowia*. Instytut Medycyny Pracy im. prof. N. Hofera, Łódź 1990.
- The People Left Behind: A Report of the President's National Advisory Committee of Rural Poverty*. Washington 1967, Ch. 6.
- Titkow A.: *Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie*. „Studia Socjologiczne” 1976, nr 3.
- Toczyński W. (red.): *Natura i kwestia ubóstwa*. Warszawa 1991.
- Trempała E.: *Pedagogiczna działalność wychowawców nieprofesjonalnych w środowisku lokalnym*. Bydgoszcz 1988.
- Turowski J.: *Spoleczność lokalna*. „Studia Socjologiczne” 1977, nr 3.
- Tymowska K., Włodarczyk C.: *Opieka zdrowotna w krajach Wspólnoty Europejskiej – cechy wspólne i kierunki zmian*. „Antidotum” 1992, nr 9/10.
- Tyszcza Z. (red.): *Poznańska szkoła badań nad rodziną*. Poznań 1990.
- Tyszcza Z. (red.): *Analiza przemian wybranych kategorii rodzin polskich*. Poznań 1990.
- Tyszcza Z. (red.): *Stan i przeobrażenia współczesnych rodzin polskich*. Poznań 1991.
- Tyszcza Z.: *Determinanty bezrobocia i jego skutki dla rodziny*. „Polityka Społeczna” 1995, nr 7.
- Tyszkowa M. (red.): *Rodzina a rozwój jednostki*. Poznań 1990.
- Tyszkowa M. (red.): *Związek między rodziną a rozwojem psychicznym człowieka: poszukiwanie paradygmatu teoretycznego*. W: „Roczniki Socjologii Rodziny”. T. 3. Poznań 1991.
- de Vita, Hellman S. Jr, Rosenberg J. B.: *AIDS: Etiology, Diagnosis Treatment and Prevention*. J. B. Lippincott Comp, New York 1992.
- Wantlandtowa H. (red.): *Oświata zdrowotna*. Warszawa 1980.
- Wawryniuk S.: *Siły społeczne wychowania w osiedlach mieszkaniowych*. Poznań 1990.
- Wdowiak L., Paśniczek G.: *Wybrane zagadnienia ochrony zdrowia w Polsce*. „Lider” 1986.
- Wierzbicki Z. T. (red.): *Aktywizacja i rozwój społeczności lokalnych*. Warszawa 1973.
- Winiarski M.: *Współdziałanie szkoły i środowiska – aspekt socjopedagogiczny*. Warszawa 1992.
- Wnuk - Lipiński E.: *Grupy i więzi społeczne w systemie monocentrycznym*. Warszawa 1990.
- Wnuk - Lipiński E.: *Wielka zmiana. Polacy w oczach socjologów*. Warszawa 1993.
- Wolański N. (red.): *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Warszawa 1980.
- Woman and AIDS. Agenda for Action*. WHO 1994.
- World Health Organization, Healtly Cities Project: Promoting Health in the Urban Context*. Paper 1, Dep. of Public Health, City of Toronto 1988.
- World Health Organization, HIV Seropositivity and AIDS Prevention and Control*. Proceedings, 14—17 March, Moscow 1989.
- Woynarowska B.: *Stan zdrowia dzieci i młodzieży*. „Oświata i Wychowanie” 1989, nr 24.
- Woynarowska B.: *Edukacja prozdrowotna w szkole. Założenia, program, strategia wdrażania*. „Lider” 1993, nr 6.
- Woynarowska B. (red.): *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach*. Raport z badań przeprowadzonych w 1994 roku. Warszawa 1996.
- Woynarowska B. (red.): *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie?* Warszawa 1995.
- Woynarowska B.: *Koalicje w promocji zdrowia*. „Lider” 1995, nr 10.
- Woynarowska B., Burzyńska J., Oblacińska A.: *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w wieku 11–15 lat w Polsce 1990–1994*. „Lider” 1995, nr 11—12.
- Woynarowska B., Szymańska M. M., Burzyńska J., Mazur J., Pułtorak M., Wojciechowska A.: *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce*. Raport z badań przeprowadzonych w 1990. Warszawa 1993.



- Wojnarowska B., Szymańska M., Burzyńska J., Sokołowska M., Pułtorak M., Mandrowska-Xinxo A., Dobrowolska A.: *Projekt. Szkoła promująca zdrowie 1992-1995. Raport z ewaluacji wyników*. Warszawa 1995.
- Wódz K., Wódz J.: *Socjologiczne spojrzenie na środowisko, ciągłość i zmiana refleksji*. W: J. Wódz (red.): *Zagrożenia ekologiczne, warunki życia, wizje przyszłości*. Katowice 1993.
- Wroczyński R.: *Pedagogika społeczna*. Warszawa 1979.
- Wroczyński R.: *Nurt pedagogiki społecznej w polskich koncepcjach wychowawczych*. W: „Studia Pedagogiczne”. T. 46. Wrocław—Łódź 1984.
- Wróblewski T., Miechowicka N.: *Patologia*. Warszawa 1992.
- Zadania europejskiej strategii zdrowia dla wszystkich do 2000 roku*. Tłum. L. Dawydzik. Warszawa 1994.
- Zdrowe miasto*. Tłum. A. Ostrowska. „Antidotum” 1996, nr 4.
- Zemła B.: *Ryzyko zgonów na nowotwory na Górnym Śląsku*. „Aura” 1995, nr 1.
- Znaniński F.: *Miasto w świadomości obywateli*. Poznań 1931.
- Znaniński F.: *Socjologia wychowania*. T. 1 i 2. Warszawa 1971.
- Znaniński F.: *Ludzie teraźniejsi a cywilizacja przyszłości*. Warszawa 1974.
- Znaniński F.: *Nauki o kulturze*. Warszawa 1979.
- Znaniński F.: *Współczesne narody*. Warszawa 1990.
- Zieliński J. (red.): *Czy środowisko woj. katowickiego wywiera ujemny wpływ na stan zdrowia ludności*. Katowice 1993.
- Zych J.: *Wypadki młodzieży szkolnej*. Warszawa 1984.

Ewa Syrek

## **Theoretical Standards of Children and Teenagers' Health vs. Their Social Conditions in the Upper Silesian Region**

### **Pedagogic-Social Study**

#### **S u m m a r y**

The Author considers problems of health and promotion of healthiness from the perspective of social conditions. A survey of social sciences approach to the above-mentioned problems has been given in Chapter One. Defining the range of interest in different sciences, such as sociology of medicine, medical and therapeutic psychology, health pedagogy, special attention has been paid to some aspects of interest in health problems in classical social pedagogy.

Research and analysis presented in the book characterise the health situation of children and teenagers in Poland, with special attention paid to the Upper Silesian Region. The health situation of a society depends on different factors, thus conditions connected with the influence of natural environment as well as social and economical factors characteristic for social change have been considered in the studies. The Author also attempted to show some chosen environmental conditions of the disproportion in health of children and teenagers. The studies were mostly diagnostic and have been carried out on the basis of analysis of documents and statistical material. The social aspects of health (standards) have been indicated on the basis of European documents connected with the idea of promotion of healthiness. Special attention has been paid to the meaning of social patterns of culture, local and school environments as well as to family environment. In the final section of the book some pedagogical problems of AIDS prophylactics have been discussed and some opinions of teenagers from secondary schools about the social perception of HIV hosts and people suffering from AIDS have been presented.

Ewa Syrek

## **Theoretische Gesundheitsstanderde der Kinder und der Jugend und ihre millieubedingte Aspekte auf dem Gebiet Oberschlesiens**

**Pädagogisch-gesellschaftliches Studium**

### **Zusammenfassung**

Die Verfasserin befaßt sich mit der Problematik der Gesundheit und ihrer Förderung im Bezug auf die Millieubedingungen. Im ersten Abschnitt wurde gezeigt wie diese Probleme in den Gesellschaftswissenschaften erörtert werden, wobei der Interessenbereich auf dem Gebiet dieser Wissenschaft in Bereich solcher Teilwissenschaften wie z.B. die Soziologie der Medizin, die ärztliche und medizinische Psychologie und die Gesundheitspädagogik festgelegt wurde; dabei wurden die Aspekte der Gesundheitsproblematik unterstrichen, mit denen sich die klassische Gesellschaftspädagogik befaßt.

Die Untersuchungen und Analysen, die in dieser Arbeit dargestellt wurden, charakterisieren die gesundheitliche Lage der Kinder und der Jugend in Polen unter besonderer Berücksichtigung des Gebietes Oberschlesiens. Die Gesundheitslage der Gesellschaft hängt von verschiedenen Faktoren ab; in dem Untersuchungen wurden die verschiedenen, mit dem Einfluß der Umwelt verbundenen Bedingungen berücksichtigt; es wurde auch auf einige gesellschaftlichökonomische Faktoren, die charakteristisch für die gesellschaftlichen Änderungen sind, hinweisen. Es wurde ein Versuch unternommen, ausgewählte millieubedingte Gesundheitsdifferenzen der Kinder und der Jugend zu zeigen. Es sind Forschungen diagnostischen Charakters; sie wurden vor allem auf Basis der Analyse der Dokumente und der statistischen Daten durchgeführt. In Anlehnung an die europäischen Dokumente, die die Idee der Gesundheitsförderung verbreiten, wurden die millieubedingten Aspekte (Standarde) der Gesundheit, mit besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der gesellschafts-kulturellen Muster des lokalen Millieus der Schule (die gesundheitsfördernde Schule) und der Familie gezeigt. Im letzten Teil des Aufsatzes wurden die pädagogischen Probleme der Aidsprofilaktik angedeutet. Es wurden die Meinungen der Jugend aus den Oberschulen vorgestellt, die die Wahrnehmung der Aidskranken und Hivinfizierten betrafen.

BUŚ



nr inw.: BGN - 286



**BG N 286/1590**

**ISSN 0208-6336**  
**ISBN 83-226-0712-1**