

ZDROWIE PUBLICZNE
Monografie. Tom II. 2013

**Zdrowie
dzieci i młodzieży
w wymiarze
socjomedycznym**

pod redakcją
**Janusza Szymborskiego
i Witolda Zatońskiego**

WSZECHNICA POLSKA
Szkoła Wyższa w Warszawie

Recenzent / Referee
dr n. hum. Małgorzata Misiuna

Redaktor Naczelny / Editor-in-Chief
Janusz Szymborski (Warszawa)

Przewodniczący Rady Naukowej / Chairman of Editorial Board
Witold Zatoński (Warszawa)

Rada Naukowa / Editorial Board

Urszula Dudziak (Lublin), Ks. Romuald Jaworski (Warszawa),
Mariusz Jędrzejko (Warszawa), Wawrzyniec Kofta (Warszawa),
Ludwik Malinowski (Warszawa), Jerzy Marcinkowski (Poznań),
Sergiusz Nikołajczuk (Warszawa), Janusz Radziejowski (Warszawa),
Konstanty Radziwiłł (Warszawa), Józef Stuchliński (Warszawa),
Andrzej Wojtyła (Lublin), Jerzy Woy-Wojciechowski (Warszawa).

Sekretarz Redakcji / Editorial Manager
Krzysztof Przewoźniak (Warszawa)

Redakcja wydawnicza
Bogumił Paszkiewicz

Projekt graficzny i typograficzny
Krystyna Bukowczyk, Agencja KUBA

Skład i łamanie
Agencja KUBA

Copyright © Wszechnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie, 2013

ISSN 2299-9825

ISBN 978-83-89077-20-2

WSZECHNICA POLSKA
Szkoła Wyższa w Warszawie

Pałac Kultury i Nauki
00-901 Warszawa, pl. Defilad 1
rekrutacja@wszechnicapolska.edu.pl

www.wszechnicapolska.edu.pl

Spis treści

| | |
|---|------------|
| Nota redakcyjna | 5 |
| Prace oryginalne | 9 |
| Joanna Mazur, Obciążenie dolegliwościami subiektywnymi w drugiej dekadzie życia | 11 |
| Anna Dzielska, Hanna Naęcz, Aktywność fizyczna młodzieży i jakość życia związana ze zdrowiem | 32 |
| Anna Borucka, Joanna Raduj, Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Agnieszka Pisarska, Krzysztof Ostaszewski, Spostrzeżenie klimatu szkoły przez uczniów i nauczycieli gimnazjów warszawskich | 51 |
| Krzysztof Przewoźniak, Jakub Łobaszewski, Witold Zatoński oraz GYTS Poland Collaborating Group, Postawy wobec palenia tytoniu wśród uczniów w wieku 13-15 lat w województwie mazowieckim | 69 |
| Janusz Sierosławski, Młodzież gimnazjalna a alkohol | 79 |
| Janusz Sierosławski, Używanie narkotyków przez gimnazjalistów | 96 |
| Prace poglądowe | 113 |
| Anna Harton, Zachowania żywieniowe dzieci w Polsce | 115 |
| Wawrzyniec Kofta, Ewa Kłos, Podstawa programowa kształcenia ogólnego na czterech etapach edukacyjnych jako baza do kształtowania postaw i zachowań młodzieży istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego | 134 |
| Jolanta Mirek, Szanse i bariery funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży w Polsce | 167 |

Contents

| | |
|---|-----|
| From the Editor | 5 |
| Original Articles | 9 |
| Burden of Subjective Complaints in the Second Decade of Life by Joanna Mazur | 13 |
| Young People Physical Activity and Health-Related Quality of Life. Research results of the confrontation with the recommended level of physical activity by Anna Dzielska, Hanna Nałęcz | 32 |
| Students' and teachers' perceptions of school climate in Warsaw lower secondary schools by Anna Borucka, Joanna Raduj, Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Agnieszka Pisarska, Krzysztof Ostaszewski | 51 |
| Patterns of tobacco use among schoolchildren aged 13-15 years old in Mazowieckie voivodship by Krzysztof Przewoźniak, Jakub Łobaszewski, Witold Zatoński and GYTS Poland Collaborating Group | 69 |
| Lower Secondary School Teenagers and Alcohol by Janusz Sierosławski | 79 |
| Drug use by Lower Secondary School Teenagers by Janusz Sierosławski | 96 |
| Reviews | 113 |
| Eating Behaviour of Children in Poland by Anna Harton | 115 |
| General Education Curriculum Framework at the Four Stages of Learning as Basis for Shaping Attitudes and Behaviour of Teenagers Vital for a Public Health Perspective by Wawrzyniec Kofta, Ewa Kłos | 134 |
| Opportunities and barriers in the health resort medical treatment of children and adolescents in Poland by Jolanta Mirek | 167 |

Nota redakcyjna

Drugi tom wydawnictwa Wszechnicy Polskiej Szkoły Wyższej w Warszawie „Zdrowie Publiczne. Monografie” poświęcony jest zdrowiu dzieci i młodzieży w wymiarze socjomedycznym. Szczególną uwagę poświęcono młodzieży gimnazjalnej. W tym okresie życia następują gwałtowne przemiany rozwojowe. Wprawdzie dla wielu młodych ludzi więzy rodzinne mają nadal istotne znaczenie, to równocześnie, stopniowo nabywając coraz większej samodzielności, ukształtują oni swą własną tożsamość. Rośnie siła wpływu wywieranego na ludzi młodych przez grupy rówieśnicze, a także przez media. Nastolatki, na drodze przemian od dzieciństwa do dorosłości, praktykują odgrywanie ról, związków i odpowiedzialności osób dorosłych. Takie eksperymentowanie powoduje pojawienie się nowych zachowań i może łączyć się ze zwiększonym narażeniem na ryzyko i z podejmowaniem ryzykownych praktyk a środowiska, w których nastolatki dorastają – warunki w rodzinie, szkole, społeczności lokalnej – mogą usposabiać do pojawiania się negatywnych następstw zdrowotnych.

W unikatowym opracowaniu podsumowującym zbierany od kilkunastu lat materiał na temat występowania i uwarunkowań dolegliwości subiektywnych młodzieży szkolnej wykazano, że problemy emocjonalne zgłaszane są częściej niż symptomy fizyczne, a wskaźniki polskie w ich przypadku znacznie przewyższają średnią międzynarodową. Zaletą opracowania jest rozróżnienie między czynnikami ryzyka i chroniącymi oraz umiejscowieniem w obu tych grupach czynników związanych ze szkołą. Odpowiednio zaprogramowane szkolne programy promocji zdrowia mogą wzmacniać zasoby wewnętrzne i zachowania sprzyjające zdrowiu.

Tematem interesującego opracowania są badania aktywności fizycznej młodzieży i jakości życia związanej ze zdrowiem. Potwierdzono związek podejmowania wysiłku fizycznego z lepszą jakością życia. Zwiększenie aktywności fizycznej powinno być celem społecznym z punktu widzenia zdrowia publicznego, co wymaga działań populacyjnych, interdyscyplinarnych, zwłaszcza w kontekście międzypokoleniowego transferu wzorców i zachowań dotyczących między innymi aktywności fizycznej, czy żywienia.

W kolejnej pracy poddano analizie wybrane elementy klimatu szkoły z perspektywy uczniów i nauczycieli z czterech gimnazjów warszawskich. Wykazano, że badania klimatu społecznego wśród uczniów i nauczycieli daje możliwość lepszego poznania szkolnych czynników chroniących i czynników ryzyka zachowań problemowych i zaburzeń zdrowia psychicznego uczniów.

Badania odnoszące się do palenia tytoniu przez gimnazjalistów wskazują, że w ostatnich latach znacznie wzrósł odsetek uczniów, którzy sięgają po

inne wyroby tytoniowe niż papierosy produkowane fabrycznie, głównie papierosy ręcznie skręcane. Spadł również odsetek palących uczniów deklarujących, iż chcą zaprzestać palenia oraz tych, którzy podjęli próbę zaprzestania w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie. Przyczyn tych negatywnych zmian można doszukiwać się w ograniczeniach finansowania antytytoniowych programów adresowanych do dzieci i młodzieży, a także w zahamowaniu progresywnej polityki zdrowotnej ograniczającej palenie tytoniu w Polsce.

Zgodnie z wynikami Europejskiego Programu Badań Szkolnych (ESPAD) zrealizowanego w 2011 r. młodzież w polskich gimnazjach jest nadal silnie zagrożona przez alkohol. Zdaniem autora znaczny odsetek gimnazjalistów pijących okazjonalnie oraz fiasko abstynencyjnego paradygmatu profilaktyki adresowanej do młodzieży szkolnej skłaniają do namysłu nad potrzebą przeformułowania strategii profilaktycznej w kierunku przeniesienia akcentów na rozbudowę oferty dla młodych ludzi pijących często i w dużych ilościach. Wydaje się, że inny postulat odnośnie nadania priorytetu programom profilaktycznym uwzględniających specyfikę dziewcząt jako adresatów nie wzbudzi żadnych kontrowersji.

Wyniki ESPAD pozwalają także uchwycić trendy w rozpowszechnieniu używania narkotyków przez 15-16 latków w Polsce na tle trendów europejskich. Początek bieżącej dekady zaznaczył się ponownym wzrostem zjawiska używania przetworów konopi. Problem marihuany i haszyszu jest obecnie największym wyzwaniem dla polityki wobec substancji psychoaktywnych. Obserwowany jest proces zacierania się różnic między chłopcami i dziewczętami w rozpowszechnieniu używania przetworów konopi. Wskaźniki używania tych substancji są obecnie w Polsce znacząco wyższe od średniej europejskiej, podczas gdy używanie innych narkotyków nie odbiega od tej średniej.

W pracy pogłądowej dotyczącej zachowań żywieniowych dzieci i młodzieży w Polsce w świetle aktualnych badań zwrócono uwagę na fakt, iż korzystne trendy w spożyciu warzyw, owoców czy tłuszczów roślinnych idą w parze z wyższym niż w latach ubiegłych spożyciem wysokoprzetworzonej, często małowartościowej żywności. Zmiana niekorzystnych trendów żywieniowych wymaga prowadzenia polityki zdrowotnej państwa ukierunkowanej na edukację żywieniową całego społeczeństwa, z udziałem producentów żywności i mediów.

Wobec wagi przedstawionych w poprzednich pracach problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży szkolnej istotne wydaje się poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu podstawa programowa kształcenia ogólnego na czterech etapach edukacyjnych może być traktowana jako baza do kształtowania postaw i zachowań młodzieży istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego. Jak wynika z przeprowadzonego przeglądu,

treści z zakresu edukacji prozdrowotnej są bardzo szeroko reprezentowane w programach nauczania na wszystkich etapach edukacyjnych, przy czym zarówno zakres treści, jak i sposób ich przekazywania, są dostosowane do możliwości percepcyjnych dzieci i młodzieży w różnym wieku. Autorzy wskazują na potrzebę przeprowadzenia prospektywnych badań w celu uzyskania odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu wiedza i umiejętności wyniesione ze szkoły, przekładają się na postawy i zachowania w codziennym życiu.

Szanse i bariery funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży w Polsce są tematem opracowania zamykającego niniejszy tom. Wobec udokumentowanego znaczenia lecznictwa uzdrowiskowego dla profilaktyki zagrożeń zdrowotnych i chorób w populacji wieku rozwojowego, postuluje się, by państwo czynnie zaangażowało się w rozwój tego systemu, m.in. poprzez jego promocję wśród rodziców i lekarzy, rozszerzenie możliwości wspólnego leczenia dzieci i opiekunów oraz urealnienie stawki osobodnia w taki sposób, aby pokrywała ona rzeczywiste koszty pobytu, wyżywienia, leczenia i opieki nad dziećmi, a także koszty remontów i modernizacji budynków, w których prowadzi się leczenie uzdrowiskowe dzieci.

Redakcja wyraża nadzieję, że prezentowany tom będzie stanowił istotny wkład do naukowej i społecznej debaty na temat zdrowia dzieci i młodzieży jako fundamentu całościowej kondycji zdrowotnej. Styl życia, uznawany za główną determinantę stanu zdrowia, jest kategorią społeczną, a nie medyczną i dlatego upowszechnienie prozdrowotnych stylów życia nie może być osiągnięte przez działania podporządkowane, na wzór działań klinicznych, modelowi biomedycznemu skupionemu na minimalizacji negatywnego wpływu zachowań na zdrowie, przy braku oddziaływania na środowiskowe determinanty tych zachowań. Z powodu rozległych wpływów społecznych, którym podporządkowane są zachowania dzieci i młodzieży, działania promujące zdrowie nie mogą się ograniczać jedynie do przekonywania o słuszności zachowań zdrowotnych oraz informowania o zagrożeniach związanych z zachowaniami antyzdrowotnymi. Zachowania te podlegają wpływowi wielu czynników, m.in. kulturowych, społecznych i ekonomicznych, które decydują o zasobach umożliwiających jednostkom podejmowanie korzystnych dla zdrowia wyborów. Dlatego kluczową rolę należy przypisać promocji zdrowia dzieci i młodzieży, jako strategii umożliwiającej rozwiązywanie współczesnych problemów zdrowotnych przez wielosektorowe budowanie zasobów dla zdrowia, w tym edukacyjnych i z zakresu opieki zdrowotnej.

Prace oryginalne

Joanna Mazur

Obciążenie dolegliwościami subiektywnymi w drugiej dekadzie życia

Wprowadzenie

Druga dekada życia traktowana jest, z punktu widzenia zdrowia, jako szczególnie korzystny okres w życiu człowieka, w którym zanikają problemy zdrowotne okresu dziecięcego, a nie dają jeszcze znać o sobie choroby cywilizacyjne nękające populację dorosłych. Niemniej jednak, znaczna część nastolatków cierpi z powodu nawracających nieswoistych dolegliwości subiektywnych, to znaczy symptomów, których nie można wytłumaczyć diagnozą medyczną. Są one powszechne i nie spełniają klinicznego kryterium zaburzeń psychicznych, chociaż traktowane są jako problemy zdrowia psychicznego [1]. Dolegliwości subiektywne rzutują na obecne funkcjonowanie i mogą wpłynąć na rozwinięcie się schorzeń psychosomatycznych i gorszą samoocenę zdrowia w przyszłości. Brak jest w Polsce kompleksowych opracowań podsumowujących wiedzę na temat metod analizowania zespołów dolegliwości w badaniach populacyjnych, częstości występowania, uwarunkowań i skutków obciążenia młodzieży poszczególnymi symptomami i ich zespołami. Zakłada się, że przyczyną dolegliwości jest niemożność sprostania zadaniom rozwojowym oraz szereg stresujących sytuacji związanych z funkcjonowaniem w środowisku szkolnym i domowym. Rozwinięcie odpowiednich cech osobowych i wsparcie zewnętrzne może znacząco zredukować negatywny wpływ stresorów na zdrowie nastolatków, co stanowi duże wyzwanie dla programów szkolnych.

Pytania na temat dolegliwości subiektywnych zostały włączone do kwestionariusza cyklicznie powtarzanych międzynarodowych badań ankietowych młodzieży szkolnej HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) już od początku ich prowadzenia w Europie [2]. Badania te stwarzają unikatową możliwość monitorowania dolegliwości subiektywnych w kilku przekrojach, w tym według cech demograficznych młodzieży oraz miejsca i kraju zamieszkania. Możliwe jest też śledzenie krótko- i długookresowych tendencji zmian w czasie. Wielowątkowy kwestionariusz pozwala na testowanie szeregu hipotez na temat uwarunkowań zespołu dolegliwości. Do tej pory powstało szereg cząstkowych opracowań krajowych [3-5] oraz zagranicznych, które między innymi dotyczyły: porównań międzynarodowych [2, 6], trendów [3], różnic zależnych od płci [7], związku między doświadczaniem przemocy w szkole a sygnalizowanymi dolegliwościami [4, 8-10], uwarunkowań behawioralnych [11], uwarunkowań szkolnych i ro-

dzinnych [5, 12, 13]. Poniższe opracowanie jest pierwszą systematyczną krajową analizą, podsumowującą materiał zebrany w kolejnych edycjach badań HBSC. Dzięki rozbudowaniu polskiego kwestionariusza o dodatkowe moduły pytań, można było skorygować proponowane analizy ze względu na zobiektywizowany stan zdrowia, co wyróżnia tę pracę na tle innych opracowań międzynarodowego zespołu.

Celem opracowania jest zwrócenie uwagi na nieswoiste dolegliwości subiektywne jako ważny problem zdrowotny młodzieży szkolnej. Przeprowadzono analizę aktualnych danych oraz wybranych aspektów metodologicznych, opisując:

- różnice w częstości występowania poszczególnych symptomów w świetle najnowszych danych z uwzględnieniem płci i wieku ankietowanych;
- dane polskie na tle międzynarodowych statystyk w wybranej grupie wiekowej;
- tendencje zmian sumarycznych indeksów dolegliwości od początku ich monitorowania w Polsce;
- zasadność posługiwania się dwoma indeksami sumarycznymi, opisującymi zespół dolegliwości fizycznych (szczególnie bólowych) i zespół problemów emocjonalnych;
- wybrane uwarunkowania obu zespołów dolegliwości związane ze statusem społeczno-ekonomicznym rodziny, więziami społecznymi, środowiskiem szkolnym, zachowaniami zdrowotnymi i wybranymi zasobami wewnętrznymi wzmacniającymi zdrowie.

Materiał i metody

Dane pochodzą z kolejnych polskich serii międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC [14]. Badanie te są powtarzane cyklicznie co cztery lata we wzrastającej liczbie krajów. Polska uczestniczyła w nich sześciokrotnie od 1990 roku, a kolejna seria, planowana na 2014 r., jest w fazie przygotowań.

Ankietyzację przeprowadzano metodą audytoryjną w szkołach w trzech rocznikach uczniów, będących średnio w wieku 11,7; 13,7 i 15,7 lat, co obecnie odpowiada V klasie szkoły podstawowej oraz I i III klasie gimnazjum. W 2010 r. zbadano dodatkowo uczniów II klas szkół ponadgimnazjalnych różnych typów (średni wiek 17,7 lat). Te cztery roczniki szkolne będą dalej nazywane 11-, 13-, 15- i 17-latkami. Porównywalne dane na temat dolegliwości subiektywnych znajdowały się w protokole pięciu ostatnich serii badań HBSC (1994-2010), którymi w Polsce objęto łącznie 27 422 uczniów (**Tabela 1**). Na przykładzie 15-latków, porównano dane polskie z próbą ponad 70 tysięcy rówieśników z 38 innych krajów Europy i Ameryki Północnej ankietowanych w roku szkolnym 2009/2010 zgodnie z tą samą procedurą. Dokładny opis organizacji badań HBSC znajduje się w krajowych i międzynarodowych raportach [15].

Tabela 1. Liczba młodzieży zbadanej w Polsce w kolejnych seriach badań HBSC

| Rok badania | 11 lat | 13 lat | 15 lat | 17 lat | Razem |
|-------------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 1994 | 1473 | 1514 | 1540 | - | 4527 |
| 1998 | 1627 | 1598 | 1636 | - | 4861 |
| 2002 | 2100 | 2131 | 2152 | - | 6383 |
| 2006 | 1550 | 1652 | 2287 | - | 5489 |
| 2010 | 1550 | 1650 | 1551 | 1411 | 6162 |
| | | | | | 27422 |

Skala dolegliwości stosowana w badaniach HBSC nazywana jest często HBSC-SCL, czyli listą kontrolną symptomów (ang. *checklist*). Młodzież pytana była o występowanie w ostatnich 6 miesiącach: bólu głowy, bólu brzucha, bólu pleców, przygnębienia, rozdrażnienia lub złego humoru, zdenerwowania, trudności w zasypianiu i zawrotów głowy. Uwzględniono pięć kategorii odpowiedzi: prawie codziennie, częściej niż 1 raz w tygodniu, prawie w każdym tygodniu, prawie w każdym miesiącu, rzadko lub nigdy. Przeważnie, w opracowaniach sieci badawczej HBSC za często uznaje się odczuwanie ich prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu. Niemniej jednak tak przyjęte kryterium podwyższonej częstości może być dyskutowane.

Geneza i własności psychometryczne skali dolegliwości subiektywnych

Skala dolegliwości stosowana w międzynarodowych badaniach HBSC stanowi skrót rozszerzonej skali 15 symptomów, pochodzącej z badań norweskich [16]. Alternatywna skrócona wersja może zawierać 11 pozycji, po dołączeniu bólu barku, odczuwania lęku i poczucia zmęczenia. Dokonując skrótu pierwotnej 15-elementowej skali, wybrano po cztery objawy mające najsilniejsze ładunki czynnikowe na jej dwóch głównych składowych. Przeprowadzono też badania jakościowe, sprawdzając rozumienie wybranych symptomów przez dzieci w różnym wieku (szczególnie młodsze) oraz stabilność odpowiedzi w krótkich odstępach czasowych (analiza test-retest) [17].

W opracowaniach, opierających się na wynikach badań HBSC, często definiowany jest zespół mnogich dolegliwości, co jest rozwiązaniem praktycznym, sprowadzającym odpowiedzi na osiem pytań do jednego wskaźnika. Wadą tego podejścia jest jednak utrata części informacji. Ogólne obciążenie dolegliwościami można ocenić, sumując odpowiedzi na poszczególne pytania (skala 0-36 punktów), bądź określając liczbę powtarzających się symptomów. Najpopularniejszy wskaźnik odnosi się do osób, które prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu odczuwają co najmniej dwa z ośmiu podanych symptomów. Łączenie tych

dolegliwości w jeden syndrom jest jednak uzasadnione tylko w przypadku, gdy stanowią one jednorodną klasę. Z teoretycznego punktu widzenia, dolegliwości bólowe (ból głowy, brzucha, pleców) oraz zawroty głowy mają charakter objawów fizycznych, związanych z funkcjonowaniem konkretnych organów. Negatywne stany emocjonalne (przygnębienie, rozdrażnienie lub zły humor, zdenerwowanie i trudności w zasypianiu) powinny z kolei tworzyć jednorodną grupę symptomów o silniejszym podłożu psychicznym. W dalszej części pracy te dwie grupy objawów będą określane jako dolegliwości fizyczne i problemy emocjonalne. W niektórych opracowaniach zagranicznych alternatywnie stosuje się określenie dolegliwości somatyczne i psychologiczne.

Wykorzystując dane polskie z 2010 roku, zbadano własności psychometryczne skali ośmiu symptomów, stosując analizę rzetelności oraz eksploracyjną (EFA – *exploratory factor analysis*) i konfirmacyjną (CFA – *confirmatory factor analysis*) analizę czynnikową. Wykazano satysfakcjonującą rzetelność skali zbudowanej z ośmiu składowych. Współczynnik rzetelności Cronbacha wynosił 0,835, nieznacznie wahając się w grupach jednorodnych pod względem płci i wieku (najmniejszą wartość zanotowano u 11-latków). Pominięcie któregokolwiek z symptomów nie poprawiło rzetelności tej skali, ani w grupie ogółem, ani w podgrupach. Do mniej jednoznacznego wniosku doprowadziła eksploracyjna analiza czynnikowa. Wyniki uzyskane dla całej badanej grupy młodzieży w wieku 11-17 lat wskazują na jednoczynnikową strukturę tej skali. Dwuczynnikowa struktura pojawia się jednak u chłopców oraz w większości grup wieku analizowanych osobno, czyli u 11-, 13- i 17-latków. EFA potwierdziła istnienie wewnątrznie spójnego czynnika, złożonego z czterech wymienionych wcześniej dolegliwości mających wyraźniejsze podłoże fizyczne (somatyczne). Drugi silny czynnik tworzą negatywne stany emocjonalne (przygnębienie, rozdrażnienie lub zły humor oraz zdenerwowanie). Ósmy symptom, tradycyjnie uwzględniany w kwestionariuszu HBSC (trudności w zasypianiu) nie może być jednoznacznie przyporządkowany do problemów emocjonalnych. W odniesieniu do dziewcząt uzyskano dla niego bardzo zbliżone ładunki na głównych składowych: 0,438 na składowej somatycznej i 0,420 na składowej emocjonalnej. Trudności w zasypianiu wykazują silniejszy związek ze stanami emocjonalnymi u starszej młodzieży (w wieku 17 lat) oraz silniejszy związek z grupą dolegliwości fizycznych u młodszych (w wieku 11 i 13 lat). Można więc rozważyć wyeliminowanie trudności w zasypianiu z zespołu mnogich dolegliwości, co jest zgodne z podejściem rekomendowanym obecnie w międzynarodowych opracowaniach [18]. Oczywiście dużą wartość mogą mieć opracowania dotyczące izolowanych symptomów, w tym trudności w zasypianiu i innych nieuwzględnionych w protokole HBSC. Na przykład często zgłaszanym przez młodzież, a pominiętym w protokole HBSC symptomem jest poczucie zmęczenia (lub zmęczenia rano). W innym projekcie własnym ukierunkowanym na adaptację językową amerykańskiego kwestionariusza CHIP-AE (*Child Health and Illness Profile – Adolescent Edition*) analizowa-

no występowanie u młodzieży w zbliżonym wieku 28 objawów, w tym większości ze skali HBSC-SCL (bez bólu pleców).

Szukając optymalnego zespołu subiektywnych dolegliwości, porównano też jakość dopasowania alternatywnych modeli strukturalnych CFA. Rozważano wariant jednoczynnikowy lub dwuczynnikowy oraz wersję z pełnym zestawem ośmiu symptomów i po wyeliminowaniu trudności w zasypianiu. Porównano parametry dopasowania różnych modeli (Tabela 2), stosując szereg klasycznych miar [19].

Tabela 2. Parametry dopasowania alternatywnych modeli strukturalnych dla zespołu dolegliwości subiektywnych

| Wskaźniki dopasowania modelu* | Model 1: Jeden czynnik 8 symptomów | Model 2: Jeden czynnik 7 symptomów | Model 3: Dwa czynniki 8 symptomów | Model 4: Dwa czynniki 7 symptomów |
|-------------------------------|--|--|---|---|
| CMIN/DF | 104,3 | 136,2 | 38,4 | 26,6 |
| RMSEA | 0,120 | 0,148 | 0,077 | 0,064 |
| 90% CI(RMSEA) | 0,125-0,134 | 0,143-0,154 | 0,073-0,083 | 0,059-0,070 |
| NFI | 0,870 | 0,866 | 0,954 | 0,976 |
| RFI | 0,765 | 0,732 | 0,914 | 0,948 |
| CFI | 0,870 | 0,867 | 0,955 | 0,977 |

*Opis wskaźników w [10]. Zalecane jest, aby przedział ufności dla RMSEA nie przekraczał wartości 0,07; a wskaźniki FI, RFI i CFI były większe od 0,9.

Uzyskane wyniki wskazują, że optymalnym rozwiązaniem jest model czwarty, który zakłada odrębne analizowanie skali dolegliwości fizycznych zbudowanej z czterech elementów i skali stanów emocjonalnych zbudowanej z trzech.

Nasilenie dolegliwości subiektywnych według płci i wieku

W Tabeli 3 przedstawiono częstość występowania dolegliwości fizycznych według płci i wieku w świetle danych HBSC z 2010 roku. Uwzględniono ogólną częstość występowania oraz powtarzające się dolegliwości. Najczęściej występującym symptomem fizycznym są bóle głowy. Prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu zgłaszało je 22,1% ankietowanych, w tym 14,8% chłopców i 28,8% dziewcząt.

Poszczególne symptomy fizyczne występują częściej u dziewcząt niż u chłopców. Z wiekiem przeważnie też zwiększa się częstość ich występowania. Wyjątek stanowią bóle brzucha, które częściej zgłaszają 11-latki. Tendencję wzrostową związaną z wiekiem można zaobserwować u obu płci, ale jest ona wyraźniejsza u dziewcząt. U chłopców tendencja wzrostowa nie dotyczyła jednego symptomu – bólu głowy.

Odczuwanie prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu co najmniej jednego z czterech symptomów fizycznych zaobserwowano u 1/3 ankietowanych uczniów. Odsetek ten jest znacznie większy u dziewcząt niż u chłopców (42,7% wobec 24,3%) i w całej badanej grupie wyraźnie zwiększa się od 15-go roku życia (odpowiednio 30,8%; 29,2%; 35,7% i 40,0% w wieku 11, 13, 15 i 17 lat). Grupę młodzieży szczególnie zagrożonej dolegliwościami fizycznymi można zawęzić do osób, które odczuwają co najmniej jeden symptom prawie codziennie. W świetle danych HBSC z 2010 r. zakwalifikowano do niej 16,3% nastolatków (10,3% chłopców i 21,9% dziewcząt).

Tabela 3. Występowanie dolegliwości fizycznych wg płci i wieku (%) – HBSC 2010

| | Ogólne występowanie – co najmniej jeden raz w miesiącu | | | Częste występowanie – prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu | | |
|----------------------|--|---------|-----------------|---|---------|-----------------|
| | Ogółem | Chłopcy | Dziew- częta | Ogółem | Chłopcy | Dziew- częta |
| Ból głowy | | | | | | |
| 11 lat | 43,0 | 40,8 | 45,1 | 18,9 | 16,5 | 21,3 |
| 13 lat | 50,6 | 44,5 | 56,3 | 19,7 | 16,1 | 23,0 |
| 15 lat | 58,1 | 46,2 | 69,5 | 22,5 | 12,8 | 31,8 |
| 17 lat | 64,0 | 50,5 | 74,7 | 27,8 | 13,6 | 39,1 |
| Ból brzucha | | | | | | |
| 11 lat | 45,1 | 37,5 | 52,6 | 15,6 | 10,8 | 20,4 |
| 13 lat | 51,2 | 38,4 | 63,3 | 12,7 | 10,7 | 14,6 |
| 15 lat | 58,1 | 38,2 | 77,3 | 11,7 | 6,9 | 16,3 |
| 17 lat | 62,1 | 39,6 | 80,1 | 12,9 | 8,7 | 16,3 |
| Ból pleców | | | | | | |
| 11 lat | 27,7 | 25,1 | 30,3 | 9,4 | 6,9 | 11,9 |
| 13 lat | 34,1 | 32,2 | 35,8 | 11,8 | 10,5 | 12,9 |
| 15 lat | 46,8 | 44,0 | 49,4 | 13,6 | 11,8 | 15,2 |
| 17 lat | 51,7 | 50,0 | 53,0 | 18,0 | 13,6 | 21,5 |
| Zawroty głowy | | | | | | |
| 11 lat | 20,6 | 18,7 | 22,6 | 7,3 | 5,8 | 8,8 |
| 13 lat | 27,4 | 22,7 | 31,8 | 9,9 | 8,2 | 11,4 |
| 15 lat | 35,7 | 26,9 | 44,2 | 14,2 | 9,0 | 19,2 |
| 17 lat | 34,0 | 24,0 | 42,0 | 11,1 | 4,6 | 16,3 |

W Tabeli 4 zamieszczono analogiczne zestawienie dotyczące trzech problemów emocjonalnych. Ankietowana młodzież w wieku 11-17 lat najczęściej zgłaszała powtarzające się odczuwanie zdenerwowania (34,6%), rzadziej rozdrażnienie lub zły humor (26,7%) oraz najrzadziej przygnębienie (17,4%), które jest

bardzo ważnym symptomem w HBSC-SCL, mogącym świadczyć o stanach depresyjnych.

Z porównania Tabel 3 i 4 wynika, że symptomy o silnym podłożu psychicznym bardziej obciążają badaną populację niż symptomy fizyczne. W ogólnym rankingu siedmiu dolegliwości najczęstszy symptom fizyczny (ból głowy) zajmuje dopiero trzecie miejsce.

Poszczególne problemy emocjonalne częściej są zgłaszane przez dziewczęta niż przez chłopców oraz częściej przez starszą młodzież. Różnice między chłopcami i dziewczętami pogłębiają się w kolejnych grupach wieku. W przypadku zdenerwowania są to różnice rzędu 5,5% u 11-latków i 19,8% u 17-latków. Jednak tylko u dziewcząt negatywne stany emocjonalne nasilają się z wiekiem. U chłopców odpowiednie współczynniki są stabilne w drugiej dekadzie życia, szczególnie między 13 a 17 rokiem życia (Tabela 4).

Tabela 4. Występowanie problemów emocjonalnych wg płci i wieku (%) – HBSC 2010

| | Ogólne występowanie – co najmniej jeden raz w miesiącu | | | Częste występowanie – prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu | | |
|------------------------------------|---|---------|------------|---|---------|------------|
| | Ogółem | Chłopcy | Dziewczęta | Ogółem | Chłopcy | Dziewczęta |
| Przygnębienie | | | | | | |
| 11 lat | 40,5 | 35,5 | 45,4 | 13,2 | 10,3 | 16,0 |
| 13 lat | 44,1 | 38,6 | 49,3 | 16,5 | 13,3 | 19,6 |
| 15 lat | 57,2 | 47,5 | 66,3 | 18,2 | 13,2 | 23,0 |
| 17 lat | 66,6 | 56,2 | 74,9 | 22,2 | 14,4 | 28,4 |
| Rozdrażnienie lub zły humor | | | | | | |
| 11 lat | 65,6 | 62,4 | 68,9 | 24,3 | 21,8 | 26,7 |
| 13 lat | 70,1 | 65,2 | 74,7 | 25,1 | 22,4 | 27,7 |
| 15 lat | 80,5 | 74,1 | 86,5 | 28,1 | 21,8 | 34,1 |
| 17 lat | 85,8 | 80,5 | 90,0 | 30,0 | 22,1 | 36,3 |
| Zdenerwowanie | | | | | | |
| 11 lat | 68,4 | 65,4 | 71,3 | 28,8 | 26,1 | 31,6 |
| 13 lat | 77,4 | 74,2 | 80,4 | 33,1 | 29,6 | 36,4 |
| 15 lat | 84,7 | 80,3 | 89,0 | 35,7 | 29,0 | 42,2 |
| 17 lat | 89,9 | 85,0 | 93,9 | 41,1 | 30,1 | 49,9 |

Odczuwanie prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu co najmniej jednego z trzech problemów emocjonalnych zaobserwowano u 40,3% ankietowanych uczniów. Odsetek ten jest znacznie większy u dziewcząt niż u chłopców (46,2% wobec 33,9%) i systematycznie zwiększa się z wiekiem ankietowanych

(odpowiednio 36,5%; 38,0%; 40,6% i 46,6% w wieku 11, 13, 15 i 17 lat). Grupę młodzieży szczególnie zagrożonej problemami emocjonalnymi można zawęzić do osób, które odczuwają co najmniej jeden symptom prawie codziennie. W świetle danych HBSC z 2010 r. zakwalifikowano do niej 19,2% nastolatków (15,0% chłopców i 23,1% dziewcząt).

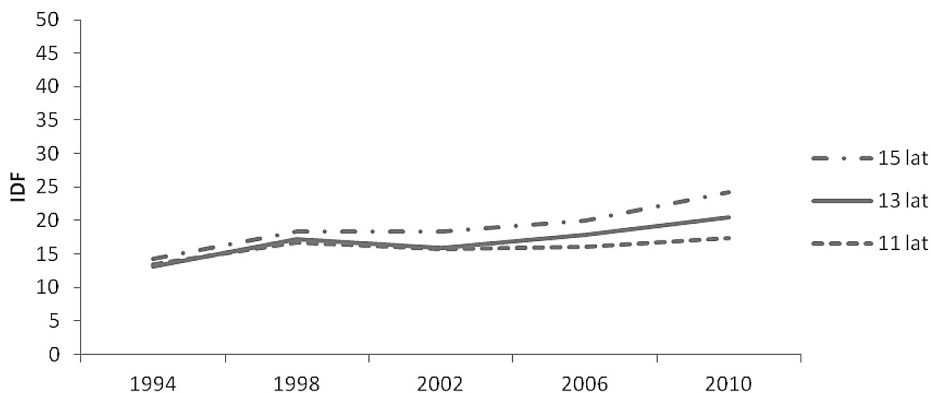
Tendencje zmian częstości występowania dolegliwości subiektywnych

Tendencje zmian w zakresie poszczególnych dolegliwości zostały szczegółowo opisane w poprzednim opracowaniu [20]. Obecnie skoncentruję się na analizie zmian średnich indeksów dwóch zdefiniowanych wcześniej zespołów dolegliwości.

Dane przedstawione na **Wykresie 1** i **2** przedstawiają indeksy wystandaryzowane na jednakowy zakres 0-100 punktów, a więc porównywalne, mimo różnego zakresów surowej punktacji. Można je interpretować jako odsetek oceny maksymalnej do uzyskania. Przedstawiono osobne trendy dla trzech grup wieku. Pierwszym wnioskiem, jaki nasuwa się z porównania tych dwóch wykresów, jest potwierdzenie dużo większego obciążenia badanej populacji problemami emocjonalnymi niż dolegliwościami fizycznymi.

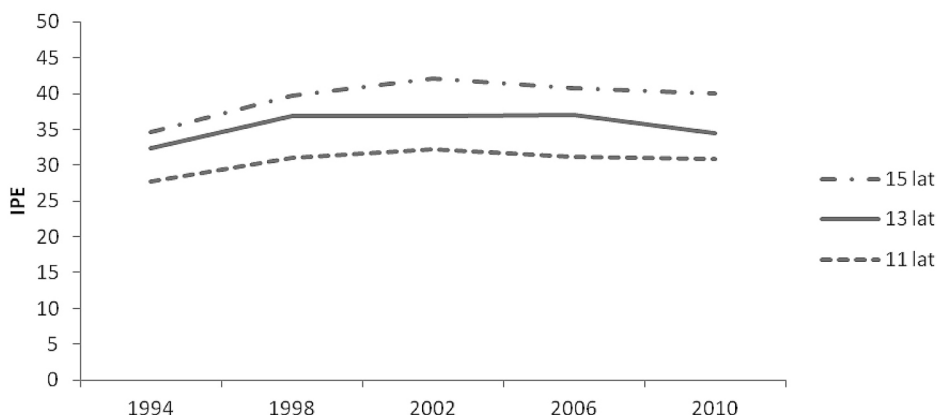
Wykres 1 dotyczy wystandaryzowanego indeksu dolegliwości fizycznych. W całej analizowanej grupie jego wartość zwiększyła się w badanym okresie o 7 punktów procentowych, z 13,7 w 1994 do 20,7 w 2010 roku. W całym badanym okresie utrzymywała się tendencja wzrostowa, okresowo zahamowana w latach 1998-2002. Podobny kierunek i tempo zmian zanotowano u obu płci. Wyraźnie zmienił się wpływ wieku. Podczas gdy na początku badanego okresu nie stwierdzono różnic zależnych od wieku, po 16 latach obserwacji różnice takie są już ewidentne. W kolejnych grupach wieku zanotowano wzrost średniego indeksu o odpowiednio o 2,4; 7,3 oraz 9,9 punktów procentowych.

Wykres 1. Średni indeks dolegliwości fizycznych (IDF) młodzieży szkolnej w wieku 11-15 lat – tendencje zmian 1994-2010



Wykres 2 opisuje w analogiczny sposób tendencje zmian średniego indeksu problemów emocjonalnych. Zmiany miały charakter nieliniowy. Po początkowym okresie wzrostu, nastąpiła stabilizacja badanego wskaźnika i jego spadek w latach 2006-2010. W całym badanym okresie utrzymują się wyraźne różnice między grupami wieku, na niekorzyść starszej młodzieży. Tendencja spadkowa zaobserwowana w ostatnich latach w największym stopniu dotyczyła 13-latków.

Wykres 2. Średni indeks problemów emocjonalnych młodzieży szkolnej w wieku 11-15 lat – tendencje zmian 1994-2010



Korelacja indeksów dolegliwości somatycznych i problemów emocjonalnych

W świetle danych z 2010 roku, średnie indeksy dolegliwości fizycznych i problemów emocjonalnych wykazują istotną, aczkolwiek umiarkowaną korelację ($r=0,516$). Związek tych dwóch indeksów jest silniejszy u dziewcząt ($r=0,520$) niż u chłopców ($r=0,490$). Zanotowano też zróżnicowaną siłę związku w poszczególnych grupach wieku. Najsilniejsza korelacja wystąpiła u 15-latków ($r=0,541$), a więc w grupie, w której utrzymała się jednoczynnikowa struktura pełnego indeksu ośmiu (lub siedmiu) symptomów. Najłabszy związek stwierdzono u 11-latków ($r=0,469$).

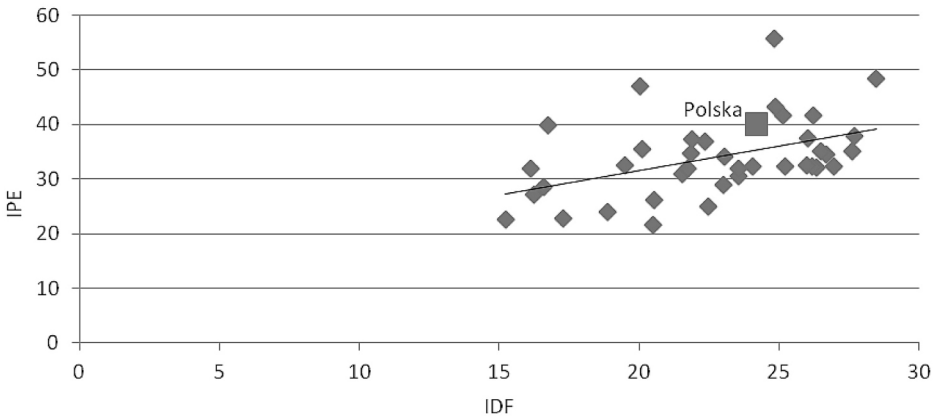
Dane polskie na tle międzynarodowych statystyk

Do porównań międzynarodowych wykorzystano dane dotyczące 15-latków, ankietowanych w tym samym roku szkolnym 2009/2010. Średni wystandaryzowany na zakres 0-100 punktów indeks dolegliwości somatycznych wyniósł w próbie międzynarodowej 23,3, wobec wartości 24,2 w Polsce. W rankingu 39 krajów lub regionów sieci badawczej HBSC Polska zajmowała 24 pozycję. Pozycja Polski była mniej korzystna w odniesieniu do indeksu problemów emocjonalnych (33 miejsce na 39 krajów). Zanotowano w Polsce wynik większy o 6 punktów

procentowych od średniego poziomu w połączonej próbie międzynarodowej (odpowiednio 40,1 i 34,1). Krajami o najmniejszej częstości występowania obu grup dolegliwości są Słowenia, Holandia i Austria. Największe wskaźniki zanotowano w Turcji, Grecji i we Włoszech. Obliczając różnice między wystandaryzowanymi indeksami dolegliwości fizycznych i problemów emocjonalnych, uzyskano rozpiętość od 1,1 (Austria) do 30,9 punktów (Turcja).

We wszystkich krajach wyniki tych dwóch skal wyraźnie ze sobą korelowały. Na **Wykresie 3** przedstawiono zależność między nasileniem dolegliwości fizycznych i problemów emocjonalnych w 39 krajach, zaznaczając Polskę powiększonym kwadratem. Polska należy do krajów, w których obserwowany poziom problemów emocjonalnych przewyższa poziom oczekiwany na podstawie poziomu dolegliwości fizycznych.

Wykres 3. Korelacja między średnim indeksem dolegliwości fizycznych (IDF) i problemów emocjonalnych (IPE) młodzieży 15-letniej w przekroju międzynarodowym



Dolegliwości subiektywne a samoocena zdrowia

Związek różnych wskaźników zdrowia subiektywnego analizowanych w ramach badań HBSC sygnalizowano w poprzednich opracowaniach [21]. Trudno jest jednoznacznie określić kierunek tej zależności. W grupie 15-latków, ankietowanych w 2010 roku, średnie indeksy dolegliwości znacząco pogarszały się wraz z obniżeniem samooceny zdrowia. Porównując skrajnie dobre i złe kategorie samooceny zdrowia, (zdrowie doskonałe wobec słabego) stwierdzono bardzo podobny wzrost obu średnich wystandaryzowanych indeksów dolegliwości (o 33-34 punkty w skali 0-100). Dla dolegliwości fizycznych był to wzrost z 14,8 do 48,8, a dla problemów emocjonalnych z 28,2 do 61,3. Prosty model regresji logistycznej skorygowanej na płeć i występowanie chorób przewlekłych, wykazał istotny wpływ obu indeksów na ryzyko postrzegania zdrowia jako gor-

szego niż dobre. Wskaźnik ryzyka względnego był mniejszy przy zmiennej ciągłej IDS (OR=1,012; 95% CI(OR): <1,006-1,017>) niż przy IPE (OR=1,020; 95% CI(OR): <1,014-1,027>).

Wybrane uwarunkowania zespołu dolegliwości subiektywnych – analiza korelacji

Badając uwarunkowania zespołu dolegliwości subiektywnych, też ograniczono się do jednej grupy wieku – 15-latków, którzy w 2010 roku wypełniali rozszerzoną wersję kwestionariusza. Wstępnie wytypowano listę 25 potencjalnych predyktorów, pogrupowanych w dziewięciu kategoriach:

- zmienne demograficzne: płeć i miejsce zamieszkania (duże miasta, małe miasta, wieś);
- zobiektywizowana ocena stanu zdrowia: występowanie chorób przewlekłych oraz opuszczanie codziennych zajęć z powodu problemów zdrowotnych;
- zachowania szkodliwe dla zdrowia: picie alkoholu, upijanie się oraz palenie papierosów w ostatnich 30 dniach, palenie marihuany w ostatnich 12 miesiącach; przejście inicjacji seksualnej (uznanej w tym wieku za wczesną);
- aktywność fizyczna i zajęcia w czasie wolnym: ogólny indeks umiarkowanej aktywności fizycznej MVPA (*moderate-to-vigorous physical activity*); czas spędzany w tygodniu przy grach komputerowych i innych zajęciach przed komputerem;
- negatywne czynniki związane ze środowiskiem szkolnym: poczucie obciążenia nauką (stres szkolny), doświadczanie przemocy ze strony rówieśników (*bullying*);
- pozytywne doświadczenia szkolne: osiągnięcia w nauce, wsparcie ze strony kolegów i koleżanek w klasie oraz ze strony nauczycieli;
- środowisko rodzinne: zasoby materialne rodziny, ogólna jakość relacji w rodzinie, jakość komunikacji w rodzinie;
- cechy otoczenia w miejscu zamieszkania: kapitał społeczny sąsiedztwa, brak lokalnych problemów;
- wybrane zasoby wewnętrzne wzmacniające zdrowie: poczucie koherencji, skuteczność własna, pozytywne nastawienie do siebie i świata (optymizm życiowy), zadowolenie z własnego wyglądu.

Przyjęto założenie, że główną przyczyną dolegliwości jest stres oraz wszystkie okoliczności, które ten stres nasilają. Nie dysponując klasycznymi skalami psychologicznymi stresu, badano stres szkolny, związany z przeciążeniem nauką. Za ważne potencjalne źródło stresu uznano problemy w kontaktach z rówieśnikami, w tym doświadczanie przemocy w szkole (*bullying*) oraz złe relacje rodzinne. Za główne czynniki chroniące uznano postrzeganie wsparcia ze strony kolegów, nauczycieli i rodziny oraz zasoby wewnętrzne, które wpływają na umiejętności radzenia sobie ze stresem. Uwzględniono w proponowanym modelu skalę poczucia koherencji (SOC – **sense of coherence**) w skróconej polskiej wersji zawierającej

11 stwierdzeń [22]. SOC wywodząc się z koncepcji salutogenezy Antonovskiego, bada na ile jednostka traktuje świat jako zrozumiały i nawet w niesprzyjających warunkach psychospołecznych potrafi utrzymać się bliżej bieguna zdrowia na kontinuum zdrowia i choroby [23]. SOC uwzględnia trzy wymiary, odpowiadające poczuciu: zrozumiałości, zaradności i sensowości.

Dokładny opis zastosowanych pytań znajduje się w różnych krajowych opracowaniach z kolejnych edycji badań HBSC. Zdecydowano się dla potrzeb dalszych analiz, sprowadzić większość zmiennych niezależnych do skal wystandaryzowanych uzyskanych z analizy czynnikowej metodą głównych składowych (jako z-score), co znacznie poprawiło ich ciągłość i zbliżyło do rozkładu normalnego.

W pierwszym kroku porównano średnie indeksy dolegliwości fizycznych i problemów emocjonalnych dla zmiennych dychotomicznych oraz obliczono korelację między tymi dwoma indeksami dolegliwości a ich potencjalnymi predyktorami mierzonymi na skalach ciągłych. W większości przypadków stwierdzono związek istotny statystycznie. Najślabszy okazał się związek z zasobami materialnymi rodziny oraz z miejscem zamieszkania. W odniesieniu do miejsca zamieszkania zarysowała się tendencją do nasilenia dolegliwości w większych miejscowościach ($p=0,065$).

W **Tabeli 5** przedstawiono współczynniki korelacji między dwoma indeksami dolegliwości a ich potencjalnymi determinantami, zaklasyfikowanymi jako czynniki ochronne i czynniki ryzyka. Wszystkie podane w tej tabeli współczynniki korelacji są istotne statystycznie przy danej liczebności próby. W przypadku czynników chroniących, wysoki wynik danej skali jest stanem pozytywnym, a ujemna korelacja oznacza, że wraz z poprawą wyniku obniża się średni indeks dolegliwości. W przypadku czynników ryzyka, wysoki wynik danej skali jest stanem negatywnym, a dodatnia korelacja oznacza częstsze dolegliwości przy nasilaniu się tego problemu. Po stronie czynników ryzyka uwzględniono też trzy zmienne zero-jedynkowe: płeć żeńską, występowanie chorób przewlekłych oraz wczesną inicjację seksualną, istotnie wpływające na nasilenie dolegliwości, nie podając już wartości współczynnika korelacji ze względu na typ zmiennej.

Stosując tę klasyfikację zidentyfikowano 13 czynników ochronnych i 10 czynników ryzyka. Współczynniki korelacji ze skalą problemów emocjonalnych są przeważnie większe od współczynników korelacji ze skalą somatyczną. Silniejszy związek ze skalą somatyczną obserwuje się jedynie w odniesieniu do opuszczania codziennych zajęć oraz wybranych zachowań prozdrowotnych (aktywność fizyczna) lub szkodliwych dla zdrowia (stosowanie substancji psychoaktywnych).

Tabela 5. Współczynniki korelacji Pearsona(r) między skalami dolegliwości subiektywnych* a ich wybranymi determinantami

| Czynniki ochronne | IDF | IPE | Czynniki ryzyka | IDS | IPE |
|--------------------------------------|--------|--------|--|-------|-------|
| Poczucie koherencji | -0,425 | -0,591 | Stres szkolny | 0,286 | 0,318 |
| Skuteczność własna | -0,178 | -0,245 | Bycie ofiarą „bullyingu” | 0,147 | 0,207 |
| Optymizm życiowy | -0,252 | -0,359 | Opuszczanie codziennych zajęć z powodu problemów zdrowotnych | 0,280 | 0,196 |
| Zadowolenie ze swojego wyglądu | -0,263 | -0,343 | | | |
| Osiągnięcia w nauce | -0,128 | -0,073 | Palenie tytoniu | 0,114 | 0,119 |
| Relacje rodzinne | -0,232 | -0,357 | Upijanie się | 0,152 | 0,135 |
| Komunikacja w rodzinie | -0,209 | -0,313 | Palenie marihuany | 0,074 | 0,057 |
| Wsparcie ze strony nauczycieli | -0,186 | -0,217 | Czas spędzany przy komputerze | 0,079 | 0,073 |
| Wsparcie ze strony kolegów | -0,165 | -0,203 | | | |
| Kapitał społeczny sąsiedztwa | -0,110 | -0,163 | Choroba przewlekła | | |
| Brak problemów w sąsiedztwie | -0,129 | -0,156 | Inicjacja seksualna | | |
| Aktywność fizyczna (MVPA) | -0,070 | -0,066 | Płeć żeńska | | |
| Czas spędzany na grach komputerowych | -0,131 | -0,108 | | | |

*IDS – indeks dolegliwości fizycznych; IPE – indeks problemów emocjonalnych

Stosując tę klasyfikację zidentyfikowano 13 czynników ochronnych i 10 czynników ryzyka. Współczynniki korelacji ze skalą problemów emocjonalnych są przeważnie większe od współczynników korelacji ze skalą somatyczną. Silniejszy związek ze skalą somatyczną obserwuje się jedynie w odniesieniu do opuszczania codziennych zajęć oraz wybranych zachowań prozdrowotnych (aktywność fizyczna) lub szkodliwych dla zdrowia (stosowanie substancji psychoaktywnych).

Wielowymiarowy model regresji liniowej

W kolejnym etapie analiz oszacowano metodą krokową wielowymiarowy model regresji liniowej, włączając do niego wszystkie wymienione wcześniej predyktory. Prezentując wyniki, podano tylko wartość standaryzowanego współczynnika regresji beta oraz zmianę współczynnika determinacji R-kwadrat po wprowadzeniu kolejnego predyktora (Tabela 6). Zmienne podano w kolejności wprowadzania do modelu, co odpowiada coraz mniejszej poprawie R-kwadrat.

Zidentyfikowano dziewięć zmiennych, które łącznie wyjaśniają 31,9% zmienności indeksu dolegliwości fizycznych oraz sześć zmiennych wyjaśniających łącznie 41,6% zmienności indeksu problemów emocjonalnych. Poczucie koherencji jest głównym predyktorem nasilenie obu kategorii dolegliwości, ale jego

wpływ jest dużo większy w odniesieniu do problemów emocjonalnych. Te dwa modele mają cztery wspólne zmienne niezależne – oprócz poczucia koherencji także płeć, stres szkolny (obciążenie nauką) i doświadczanie przemocy ze strony innych uczniów w szkole. Dolegliwości fizyczne są silniej niż problemy emocjonalne związane ze zobjektywizowanym stanem zdrowia – występowaniem chorób przewlekłych oraz opuszczaniem lekcji lub innych codziennych zajęć z powodu problemów zdrowotnych. Istotną determinantą dolegliwości fizycznych okazało się też wsparcie ze strony nauczycieli, jako czynnik chroniący oraz częste upijanie się w ostatnich 30 dniach, jako czynnik ryzyka. Z kolei w modelu oszacowanym dla problemów emocjonalnych pojawiły się dwie ważne determinanty, niewykazane w poprzednim modelu, mimo istotnego związku w prostej analizie korelacyjnej. Dobra jakość relacji rodzinnych oraz zadowolenie ze swojego wyglądu chronią młodzież 15-letnią przed problemami emocjonalnymi, stanowiąc drugi i trzeci czynnik według hierarchii ważności w opisanym modelu. Zwrócić należy też uwagę na dużo większy wpływ płci na nasilenie objawów somatycznych niż na problemy emocjonalne.

Ograniczenie się do jednego ogólnego modelu wyjaśniającego nasilenie syndromu siedmiu dolegliwości (dane nie są prezentowane), znacząco zmienia wnioskowanie o sile i randze poszczególnych potencjalnych uwarunkowań, a wpływ niektórych zmiennych zostaje pomniejszony. Do modelu tego nie zakwalifikuje się zadowolenie z własnego wyglądu, a relacje rodzinne zajmą jedną z ostatnich pozycji wśród zidentyfikowanych uwarunkowań.

Tabela 6. Wielowymiarowe modele regresji liniowej dla dwóch skal dolegliwości subiektywnych młodzieży 15-letniej

| DOLEGLIWOŚCI FIZYCZNE (IDF) | | | | PROBLEMY EMOCJONALNE (IPE) | | | |
|--------------------------------|--------|-------|-----------------------|--------------------------------|--------|-------|-----------------------|
| Zmienne niezależne | Beta | p | Zmiana R ² | Zmienne niezależne | Beta | p | Zmiana R ² |
| Poczucie koherencji | -0,245 | 0,000 | 0,188 | Poczucie koherencji | -0,460 | 0,000 | 0,368 |
| Płeć | 0,231 | 0,000 | 0,045 | Relacje rodzinne | -0,115 | 0,000 | 0,016 |
| Opuszczanie zajęć | 0,129 | 0,000 | 0,030 | Zadowolenie ze swojego wyglądu | -0,079 | 0,001 | 0,012 |
| Stres szkolny | 0,015 | 0,000 | 0,018 | Stres szkolny | 0,089 | 0,000 | 0,006 |
| Choroby przewlekłe | 0,114 | 0,000 | 0,011 | Płeć | 0,097 | 0,000 | 0,007 |
| Wczesna inicjacja seksualna | 0,078 | 0,001 | 0,007 | Bycie ofiarą „bullyingu” | 0,080 | 0,000 | 0,006 |
| Bycie ofiarą „bullyingu” | 0,093 | 0,000 | 0,008 | | | | |
| Wsparcie ze strony nauczycieli | -0,073 | 0,003 | 0,006 | | | | |
| Upijanie się | 0,069 | 0,005 | 0,004 | | | | |

Przyjmując założenie, że płeć modyfikuje powyższe modele, oszacowano je osobno dla chłopców i dziewcząt. W Tabeli 7 zamieszczono zmienne niezależ-

ne zakwalifikowane do końcowych modeli, w kolejności w jakiej były dobierane metodą krokową.

We wszystkich czterech modelach głównym predyktorem dolegliwości jest poczucie koherencji, stanowiące czynnik ochronny. We wszystkich modelach jako ważny predyktor pojawia się też obciążenie nauką (stres szkolny), chociaż jego wpływ silniej zaznacza się u dziewcząt. Częste epizody upijania się wpływają na nasilenie obu kategorii dolegliwości tylko u chłopców. Dwa inne czynniki związane ze środowiskiem szkolnym (opuszczanie zajęć i doświadczanie przemocy) wpływały na dolegliwości fizyczne u obu płci oraz na problemy emocjonalne tylko u dziewcząt. Ochronne działania wsparcia ze strony nauczycieli dotyczą tylko dolegliwości fizycznych u chłopców. Zadowolenie z własnego wyglądu redukuje nasilenie problemów emocjonalnych też tylko w chłopców. Pojawiają się za to inne czynniki ważne tylko dla dziewcząt, takie jak: negatywny wpływ przejścia inicjacji seksualnej i pozytywny wpływ osiągnięć w nauce na dolegliwości fizyczne oraz pozytywny wpływ optymizmu życiowego, jako czynnika chroniącego dziewczęta przed problemami emocjonalnymi.

Tabela 7. Predyktory dolegliwości subiektywnych chłopców i dziewcząt w wieku 15-lat („tłustym drukiem” podkreślono czynniki chroniące)

| Dolegliwości fizyczne (IDF) | | Problemy emocjonalne (IPE) | |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| Chłopcy | Dziewczęta | Chłopcy | Dziewczęta |
| Poczucie koherencji | Poczucie koherencji | Poczucie koherencji | Poczucie koherencji |
| Upijanie się | Opuszczanie zajęć | Dobre relacje rodzinne | Dobre relacje rodzinne |
| Opuszczanie zajęć | Stres szkolny | Upijanie się | Stres szkolny |
| Wsparcie ze strony nauczycieli | Wczesna inicjacja seksualna | Zadowolenie ze swojego wyglądu | Bycie ofiarą „bullyingu” |
| Stres szkolny | Choroby przewlekłe | Stres szkolny | Optymizm życiowy |
| Choroby przewlekłe | Bycie ofiarą „bullyingu” | | Opuszczanie zajęć |
| Bycie ofiarą „bullyingu” | Osiągnięcia szkolne | | |
| R ² =0,306 | R ² =0,238 | R ² =0,373 | R ² =0,410 |

Omówienie i dyskusja wyników

W opracowaniu podsumowano zbierany od kilkunastu lat materiał na temat występowania i uwarunkowań dolegliwości subiektywnych młodzieży szkolnej między 11 a 17 rokiem życia. Szczegółowe dane dotyczyły dwóch zdefiniowanych zespołów dolegliwości oraz ich składowych – siedmiu izolowanych symptomów uwzględnionych w kwestionariuszu *HBSC Checklist* (HBSC-SCL). Podobnie jak we wcześniejszych artykułach krajowych i zagranicznych, zwrócono uwagę na

najczęściej zgłaszane przez młodzież dolegliwości oraz różnice związane z płcią i wiekiem [3, 7, 16]. Wykazano stabilność częstości występowania większości powtarzających się dolegliwości u chłopców oraz narastające z wiekiem obciążenie nimi u dziewcząt.

Badacze zajmujący się tą tematyką w ramach sieci badawczej HBSC preferują posługiwanie się sumarycznymi indeksami dolegliwości [6-10]. Jak wspomniano już we wstępie, takie podejście wiąże się z utratą wielu cennych informacji. Przeprowadzone w Polsce analizy potwierdziły zasadność wyróżniania do niektórych analiz dwóch, a nie jednego zespołu dolegliwości, co jest zgodne z doniesieniami autorów norweskich [16]. Potwierdzono też na danych polskich trudności z jednoznacznym przyporządkowaniem trudności w zasypianiu do symptomów fizycznych lub problemów emocjonalnych [18]. Optymalny rekomendowany podział polega na wyróżnieniu czteroelementowego indeksu somatycznego (ból głowy, ból brzucha, ból pleców, zawroty głowy) oraz trzejelementowego indeksu problemów emocjonalnych (zdenerwowanie, rozdrażnienie lub zły humor, przygnębienie). Problemy emocjonalne zgłaszane są częściej niż symptomy fizyczne, a wskaźniki polskie w ich przypadku znacznie przewyższają średnią międzynarodową.

W tradycyjnym podejściu stosowanym w wielu opracowaniach, grupę ryzyka stanowi młodzież, która odczuwa prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu co najmniej dwa z ośmiu symptomów uwzględnionych w HBSC-SCL. Wprowadzając jako nowy standard analizę odrębnego syndromu somatycznego i emocjonalnego, można zaproponować identyfikację osób, które odczuwają co najmniej jeden z czterech (lub trzech) objawów prawie codziennie. Do grupy tej zakwalifikowano odpowiednio 16,3% i 19,2% ankietowanych w 2010 roku 15-latków.

Posługiwanie się jednym zbiorczym indeksem dolegliwości jest rozwiązaniem dopuszczalnym (szczególnie u dziewcząt), ale jak wykazano, może prowadzić do niepełnej interpretacji trendów i uwarunkowań. Analizując trendy zespołów dolegliwości, wykorzystano dane zebrane wśród 26 tysięcy polskich uczniów w wieku 11-15 lat, ankietowanych w ramach badań HBSC w latach 1994-2010. Stwierdzono niejednolite tendencje zmian średnich indeksów dolegliwości fizycznych i problemów emocjonalnych. W ostatnim okresie nasiliła się tendencja wzrostowa w odniesieniu do tych pierwszych, podczas gdy drugie zgłaszane są obecnie rzadziej niż w ubiegłych latach [20]. Przy posługiwaniu się jednym zbiorczym indeksem siedmiu (lub ośmiu) dolegliwości, prawidłowość ta nie zo stałaby ujawniona. Jedną z potencjalnych przyczyn coraz częstszego zgłaszania objawów somatycznych może być rosnąca częstość występowania chorób przewlekłych w populacji polskich uczniów. Dane na ten temat są rejestrowane tylko w niewielu krajach w ramach badań HBSC i dopiero od 2006 roku. Ale już w tym okresie odsetek uczniów z chorobami przewlekłymi lub innymi długotrwałymi problemami związanymi ze zdrowiem zwiększył się w Polsce z 12% do 20%. Mło-

dziez z chorobami przewlekłymi częściej sygnalizuje dolegliwości subiektywne, na co zwracaliśmy już uwagę [24]. W omawianym opracowaniu obecność choroby przewlekłej okazała się ważnym predyktorem dolegliwości w wielowymiarowej analizie skorygowanej na wpływ ponad 20 różnych czynników. Kolejnym ważnym predyktorem dolegliwości, pomijanym w innych opracowaniach, było opuszczanie szkoły lub innych zajęć pozaszkolnych. Oczywiście w tym przypadku szczególnie trudno jest określić kierunek zależności. Dolegliwości subiektywne mogą być przyczyną lub skutkiem absencji. Przyjęto założenie, że częste opuszczanie zajęć będące źródłem dodatkowego stresu szkolnego powinno być wprowadzone do proponowanych modeli jako ważny czynnik modyfikujący badane zależności. Zobiektywizowane wskaźniki zdrowotne (choroby przewlekłe, absencja chorobowa) wykazują silniejszy związek z dolegliwościami fizycznymi niż z problemami emocjonalnymi. Można więc przypuszczać, że określenia dolegliwości jako „nieswoistych” nie zawsze ma uzasadnienie. Mogą to być częściowo objawy związane ze zdiagnozowaną chorobą, a z drugiej strony młodzież z chorobami przewlekłymi może też silniej reagować na stresory typowe dla okresu dorastania.

Badania HBSC dają unikatową możliwość testowania hipotez na temat uwarunkowań problemów zdrowotnych młodzieży szkolnej. Poważnym ograniczeniem jest tu przekrojowy charakter badań, przez co trudno jest wnioskować o zależności przyczynowo-skutkowej. Kolejne ograniczenie wynika z wtórnego charakteru analiz. Opisywane badania ankietowe nie były od początku prowadzone pod kątem identyfikowania uwarunkowań dolegliwości subiektywnych, tak więc dostępne zmienne muszą być „dopasowane” do przyjętego modelu koncepcyjnego. Do szacownego modelu regresji liniowej włączone jako potencjalne predyktory wszystkie czynniki, które okazały się istotne w świetle opracowań innych autorów i wcześniejszych prac własnych. Zaletą polskich danych HBSC 2010 jest dysponowanie skalą poczucie koherencji (jako krajowym modułem), która była rekomendowana w międzynarodowym protokole tylko raz w 1998 roku, a główne opracowania pochodzą z Norwegii [25]. Uzyskane wyniki przerosły oczekiwania. Poczucie koherencji wyjaśniało 18,8% zmienności indeksu somatycznego i 36,8% zmienności indeksu emocjonalnego. W porównaniu z innymi pracami [26], zaletą tego opracowania jest nieograniczanie się do prostej zależności między stresorami, poczuciem koherencji i nasileniem zespołu dolegliwości. Analizy zostały skorygowane nie tylko ze względu na zmienne demograficzne i społeczne; uwzględniały korzystne i niekorzystne zachowania związane ze zdrowiem oraz szereg innych zewnętrznych i wewnętrznych zasobów wpływających na zdrowie. Zaletą opracowania jest też wyraźne rozróżnienie między czynnikami ryzyka i chroniącymi oraz umiejscowieniem w obu tych grupach czynników związanych ze szkołą. Obciążenie nauką, opuszczanie zajęć i narażenie na przemoc rówieśniczą powodują nasilenie dolegliwości. Ale z drugiej strony osiągnięcia w nauce oraz wsparcie ze strony nauczycieli i kolegów mogą stano-

wić ważny czynnik chroniący. I wreszcie, odpowiednio zaprogramowane szkolne programy promocji zdrowia mogą wzmacniać zasoby wewnętrzne i zachowania sprzyjające zdrowiu.

W dalszych badaniach i opracowaniach należałoby kontynuować analizę trendów, rozszerzyć analizy na inne grupy wieku, podjąć próbę zidentyfikowania uwarunkowań poczucia koherencji u polskiej młodzieży oraz próbę opracowania bardziej złożonych modeli strukturalnych opisujących mechanizmy zależności między stresorami, zasobami chroniącymi zdrowie i nasileniem dolegliwości subiektywnych.

Piśmiennictwo

1. Ihlebaek C., Eriksen H., Ursin H., *Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway*. Scand J Public Health. 2002;30(1):20–9.
2. Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aaroe L., Woynarowska B., *Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality*. Eur J Public Health. 2001;11(1):4–10.
3. Woynarowska B., Lutze I., Mazur J., *Zmiany w zdrowiu i samopoczuciu psychospołecznym młodzieży szkolnej w okresie transformacji ustrojowej*. Przegląd Pediatryczny 2002;32(3):218–222.
4. Mazur J., Kołoto H., *Związek między przemocą rówieśniczą w szkole a samopoczuciem psychicznym uczniów gimnazjum*. Dziecko krzywdzone. Teoria – Badania – Praktyka. 2006;14:80–92.
5. Mazur J., Tabak I., Kołoto H., *Czynniki ryzyka i ochronne wśród uwarunkowań dolegliwości subiektywnych młodzieży szkolnej*. Przegl Epidemiol. 2008;62(3):633–41.
6. Holstein B., Currie C., Boyce W., Damsgaard M., Gobina I., Kökönyei G., Hetland J., de Looze M., Richter M., Due P., HBSC Social Inequalities Focus Group., *Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries*. Int J Public Health. 2009;54 Suppl 2:260–70.
7. Torsheim T., Ravens-Sieberer U., Hetland J., Välimaa R., Danielson M., Overpeck M., *Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America*. Soc Sci Med. 2006;62(4):815–27.
8. Due P., Holstein B., Lynch J., Diderichsen F., Gabhain S., Scheidt P., Currie C., *Health Behaviour in School-Aged Children Bullying Working Group. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries*. Eur J Public Health. 2005;15(2):128–32.
9. Gobina I., Zaborskis A., Pudule I., Kalnins I., Villerusa A., *Bullying and subjective health among adolescents at schools in Latvia and Lithuania*. Int J Public Health. 2008;53(5):272–6.
10. Saab H., Klinger D., *School differences in adolescent health and wellbeing: findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study*. Soc Sci Med. 2010;70(6):850–8.
11. Torsheim T., Eriksson L., Schnohr C., Hansen F., Bjarnason T., Välimaa R., *Screen-based activities and physical complaints among adolescents from the Nordic countries*. BMC Public Health. 2010;10:324.
12. Moreno C., Sánchez-Queija I., Muñoz-Tinoco V., de Matos M., Dallago L., Bogt T., Camacho I., Rivera F., HBSC Peer Culture Focus Group., *Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints*. Int J Public Health. 2009;54 Suppl 2:235–42.
13. Eriksson U., Sellström E., *School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren: a multilevel study*. Scand J Public Health. 2010;38(4):344–50.
14. Currie C., Nic Gabhainn S., Godeau E., International HBSC Network Coordinating Committee., *The Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National (HBSC)*

- study: origins, concept, history and development 1982-2008*. Int J Public Health. 2009;54 Suppl 2:131–9.
15. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A., *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
 16. Hetland J., Torsheim T., Aarø L., *Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age*. Scand J Public Health. 2002;30(3):223–30.
 17. Haugland S, Wold B., *Subjective health complaints in adolescence—reliability and validity of survey methods*. J Adolesc. 2001;24(5):611–24.
 18. Ravens-Sieberer U., Erhart M., Torsheim T., Hetland J., Freeman J., Danielson M., Thomas C., HBSC Positive Health Group., *An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents*. Eur J Public Health. 2008; 18(3):294–9.
 19. Byre B., *Structural equation modeling with AMOS. Basic concepts, applications and programming*. Lawrence Earlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey 2001.
 20. Mazur J., *Subiektywne dolegliwości somatyczne i psychiczne*. [w:] Woynarowska B., Mazur J., *Wyniki badań HBSC 2010. Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.
 21. Ravens-Sieberer U., Torsheim T., Hetland J., Vollebergh W., Cavallo F., Jericek H., Alikasifoglu M., Välimaa R., Ottova V., Erhart M., HBSC Positive Health Focus Group., *Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe*. Int J Public Health. 2009;54 Suppl 2:151–9.
 22. Zwoliński M.: *Kwestionariusz Poczucia Koherencji dla Młodzieży (SOC-13). Porównawcza analiza właściwości psychometrycznych*. W: Sęk H., Pasikowski T. red. *Zdrowie, stres, zasoby*. Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań 2001: 87–98.
 23. Antonovski A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia – jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
 24. Mazur J., Sentenac M., Brooks F., Małkowska-Szkutnik A., Gajewski J., Gavin A., *Burden of chronic health conditions in adolescence measured by school surveys*. Developmental Period Medicine 2013;17(2):158–165.
 25. Torsheim T., Aarø L., Wold B., *Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships?* Soc Sci Med. 2001;53(5): 603–14
 26. Larsson G., Kallenberg K., *Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. Interrelationships in a nation-wide Swedish sample*. Eur J Public Health 1996;6(3):175–180.

Joanna Mazur

Streszczenie

Celem opracowania jest zwrócenie uwagi na dolegliwości subiektywne jako ważny problem zdrowotny w drugiej dekadzie życia. Dane pochodzą z międzynarodowych badań ankietowych nad zachowaniami zdrowotnymi (1994-2010). Ogółem w pięciu ich seriach, zbadano ponad 27 tysięcy polskich uczniów w czterech grupach wieku (od 11 do 17 lat).

Wyniki analizy czynnikowej potwierdzają, że wskazane jest posługiwanie się czteroelementowym indeksem dolegliwości fizycznych i trzejelementowym indeksem problemów emocjonalnych. Tradycyjnie analizowany w badaniach HBSC ósmy symptom (trudności w zasypianiu) nie powinien być włączany do indeksów sumarycznych.

Dolegliwości subiektywne częściej są zgłaszane przez dziewczęta niż przez chłopców oraz częściej przez starszą młodzież. Różnice między chłopcami

i dziewczętami pogłębiają się z wiekiem. Dolegliwości fizyczne i problemy emocjonalne wykazały inny kierunek zmian od 1994 roku. W pierwszym przypadku, od początku obserwowana była tendencja wzrostowa, która nasiliła się pod koniec badanego okresu. W drugim przypadku, początkowy wzrost przeszedł w okres stabilizacji oraz spadek po 2006 roku.

Wśród uwarunkowań obu zespołów dolegliwości można wyróżnić niejednolite czynniki ryzyka i ochronne. Szczególne znaczenie ochronne ma poczucie koherencji, które wyjaśnia 18,8% zmienności indeksu somatycznego i 36,8% zmienności indeksu emocjonalnego. Wśród pozostałych ważnych determinant dolegliwości fizycznych dominowały czynniki ryzyka: opuszczanie codziennych zajęć, stres szkolny, choroby przewlekłe, wczesna inicjacja seksualna, bycie ofiarą *bullingu* i częste upijanie się (łącznie 7,8% zmienności). Wśród uwarunkowań problemów emocjonalnych ważniejszą pozycję (tuż po poczuciu koherencji) zajmują inne czynniki chroniące: dobre relacje rodzinne i zadowolenie z własnego wyglądu.

Wartością dodaną tej pracy jest zwrócenie uwagi na dwuczynnikową strukturę skali dolegliwości. Przemawiają za nią wyniki analizy psychometrycznej, różnice w trendach czasowych, porównania międzynarodowe i inny zestaw głównych predyktorów dolegliwości somatycznych i problemów emocjonalnych. Należy zwrócić uwagę na czynniki związane ze szkołą, jako ważne uwarunkowania dolegliwości subiektywnych uczniów oraz na istnienie obok czynników ryzyka szeregu czynników ochronnych w postaci zewnętrznych i wewnętrznych zasobów wzmacniających zdrowie.

Słowa kluczowe

młodzież, dolegliwości subiektywne, tendencje zmian w czasie, uwarunkowania, stres, poczucie koherencji, środowisko szkolne

Abstract

This paper focuses on the subjective complaints as one of the important health problems in the second decade of life. Data from five series (1994-2010) of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study were employed for this analysis covering more than 27 thousands of Polish students. Subjective complaints were reported more often by girls than boys and more likely by older age groups. Differences between boys and girls increased with age.

The results of exploratory and confirmatory factor analysis showed that four somatic (headache, backache, stomach-ache, dizziness) and three emotional complaints (feeling nervous, irritability, feeling low) represented two separate factors. Problems with sleeping that were traditionally analysed within the HBSC network as the eighth symptom should be omitted.

Somatic and emotional problems showed a different direction of changes during the study period. In the somatic problems a clear upward trend was observed. In the emotional ones the upward trend slowly has turned with short

period of increase, a longer period of stable rates and decrease in 2006-2010.

Several protective and risk factors could be distinguished among the determinants of both syndromes. The main protective factor is a sense of coherence explaining 18.8% of variability in the index of somatic complaints and 36.8% in emotional ones. Among other important determinants of somatic complaints, s.c. risk factors played an important role: missing every day activity, school stress, chronic disease, early sexual initiation, being a victim of bullying, and frequent alcohol abuse (explaining together 7.8% of the variability). Among other important determinants of emotional problems, protective factors should be pointed out, such as good family relations and satisfaction with body image.

It is worth noting as a conclusion that there are many reasons for two-factor solution in the analysis of subjective complaints. It was justified by the results of the psychometric analysis, the differences in the trends over time, international comparisons, and other key determinants. An attention should be paid to school-related factors as important determinants of subjective complaints in pupils as well as to some personal assets protecting them against poor subjective health.

Key words

adolescence, subjective health complaints, trends, determinants, stress, sense of coherence, school environment.

Dr hab. Joanna Mazur, adiunkt w Zakładzie Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, gdzie prowadzi badania nad społecznymi uwarunkowaniami wybranych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży. Od 2004 roku koordynuje na poziomie krajowym międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC. Jest aktywnym członkiem grup roboczych Positive Health Focus Group i Chronic Conditions Writing Group, działających w ramach sieci HBSC.

Anna Dzielska, Hanna Nałęcz

Aktywność fizyczna młodzieży i jakość życia związana ze zdrowiem

Wyniki badań w konfrontacji z rekomendowanym poziomem aktywności fizycznej

Wprowadzenie

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna definiowana jest jako każda praca wykonana przez mięśnie szkieletowe, charakteryzująca się ponadspoczynkowym wydatkiem energetycznym. Są to obciążenia fizyczne, którym organizm poddawany jest codziennie – podczas nauki, prac domowych, pracy zawodowej oraz w czasie wolnym [3]. Może być ona spontaniczna, np. praca w ogrodzie, marsz do szkoły, zabawa lub odpowiednio zaplanowana pod względem obciążenia organizmu i celu zdrowotnego – ćwiczenia, trening.

Korzyści i straty dla zdrowia związane z aktywnością fizyczną oraz jej uwarunkowania, zostały szeroko przeanalizowane w literaturze fachowej [1,15]. Wciąż poszukuje się nowych sposobów oddziaływania na poziom aktywności fizycznej, jest to niezmiernie istotne szczególnie dla dzieci i młodzieży, gdyż aktywność fizyczna jest jednym z czynników modyfikujących jakość życia, zwłaszcza jakość życia związaną ze zdrowiem [2,12,28]. Z danych WHO wynika, że brak lub niedobór aktywności fizycznej jest czwartym co do częstości występowania czynnikiem ryzyka zgonów na świecie (6%) i główną przyczyną wielu chorób [29].

Rekomendacje co do poziomu aktywności fizycznej

Proces ustanawiania rekomendacji w zakresie aktywności fizycznej na poziomie globalnym, zainicjowany został wydaniem dokumentu amerykańskiego departamentu zdrowia *Aktywność fizyczna i zdrowie, raport konsultanta krajowego*, opracowanego przez Amerykańskie Centrum Kontroli i Profilaktyki Chorób [33]. Zaproponowane tam zalecenia stały się bazą dla ustalenia międzynarodowych standardów poziomu aktywności fizycznej dla różnych grup wiekowych. Zostały one zatwierdzone i były promowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), początkowo jako zalecenia nieoficjalne, a następnie po szeregu konsultacji przyjęte jako strategia rezolucją WHO z 2002 roku (*Resolution WHO 55.23*), od 2004 roku prezentowane jako oficjalne zalecenia WHO w sprawie zdrowego stylu życia (*WHO global strategy on diet and physical activity and health*). Rok

później Komisja Europejska wydała dokument, tzw. *Green Paper*, który niejako przekładał strategię globalną na język Unii Europejskiej [5], dając początek serii regulacji europejskich, dotyczących aktywności fizycznej [9,10]. Światowa Organizacja Zdrowia dla regionu europejskiego wydała w 2006 roku zalecenia co do działań promujących aktywność fizyczną [34], a w 2010 r. opublikowane zostały światowe rekomendacje w zakresie aktywności fizycznej wspierającej zdrowie [35].

Według definicji zawartej we wspomnianych wyżej zaleceniach Światowej Organizacji Zdrowia, optymalny poziom aktywności fizycznej dzieci i młodzieży to taki, który stymuluje ich rozwój i zabezpiecza potrzeby ruchowe. Przyjmuje się zatem, że dla dzieci i młodzieży w wieku 5-17 lat aktywność fizyczna o charakterze tlenowym i umiarkowanej intensywności (MVPA – *moderate-to-vigorous physical activity*) trwająca co najmniej 60 minut codziennie, oznacza aktywność zaspakajającą podstawowe potrzeby rozwojowe i zdrowotne. W rekomendacjach WHO pojawia się pojęcie akumulacji aktywności fizycznej. Odnosi się ono do realizacji celu, jakim jest 60 minut aktywności dziennie, ale w podziale na kilka krótszych jednostek czasu (np. 2 razy po 30 minut), a następnie ich zsumowanie. Według zaleceń aktywność intensywna (VPA – *vigorous physical activity*), wzmacniająca kości i mięśnie powinna być obecna na tym etapie trzy razy w tygodniu, w postaci gier i zabaw ruchowych.

Nadrzędną ideą omawianych rekomendacji jest równość. Oznacza to, że mają one zastosowanie dla wszystkich dzieci i młodzieży bez względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne czy status ekonomiczno-społeczny. Również dzieci i młodzież niepełnosprawna powinny spełniać te zalecenia, po uprzedniej konsultacji z lekarzem i dostosowaniu rodzaju i intensywności wysiłku do ich niepełnosprawności, ma to kluczowe znaczenie dla ich jakości życia związanej ze zdrowiem.

Jakość życia związana ze zdrowiem (*Health-Related Quality of Life, HRQoL*)

Badaniem jakości życia u dzieci i młodzieży środowisko medyczne i naukowcy zajmują się dopiero od lat 90. XX wieku. Przyczyną większego zainteresowania tą tematyką było wprowadzenie do nauk medycznych przez Harvey'a Schipperera terminu: jakość życia związana ze zdrowiem (HRQoL) i rozumienie go wielopoziomowo, zgodnie z holistycznym paradygmatem zdrowia, jako stanu fizycznego, sprawności ruchowej, kondycji psychicznej, sytuacji społecznej, warunków ekonomicznych oraz stanu ducha [27]).

Konsekwencją postępu w naukach medycznych jest przedłużanie życia pacjentów i coraz większa liczba osób chorych przewlekle. Pojawia się zatem potrzeba dbania o poprawę ich jakości życia. Problem ten dotyczy w tej samej mierze dorosłych, jak dzieci i młodzieży.

Cel pracy

Głównym celem pracy jest ocena aktywności fizycznej i jej związku ze związaną ze zdrowiem jakością życia nastolatków w wieku od 11 do 15 lat. Ponadto poszukiwano odpowiedzi na pytania:

- Jaki jest odsetek młodzieży, która spełnia i tej, która niespełnia rekomendacji dotyczących aktywności fizycznej?
- Czy spełnianie lub niespełnianie norm aktywności fizycznej związane jest z płcią i wiekiem?
- Jaka jest przeciętna jakość życia związana ze zdrowiem HRQoL młodzieży i czy zależna jest ona od płci, wieku i miejsca zamieszkania?
- Jaka jest siła i kierunek związku między aktywnością fizyczną a jakością życia związaną ze zdrowiem nastolatków?

Badane osoby i metody

Analizy wykonano na podstawie wyników ostatniej polskiej edycji międzynarodowych badań młodzieży szkolnej HBSC (*Health-Behaviour in School-aged Children*). Dane zbierano metodą ankiety audytoryjnej w okresie od lutego do kwietnia 2010 roku. Badaniami objęto reprezentatywną próbę młodzieży szkolnej w trzech grupach wieku średnio: 11,7 (N=1550, 49,4% chłopców), 13,7 (N=1650, 48,7% chłopców), 15,7 (N=1551, 49,1% chłopców).

Metody oceny aktywności fizycznej

Przy pomiarze aktywności fizycznej najczęściej bierze się pod uwagę trzy elementy, które składają się na jej poziom: częstość – ile razy w tygodniu, czas trwania – ile minut jednorazowo oraz intensywność – czy jest to aktywność umiarkowana, jak np. spacer, czy umiarkowana do intensywnej, jak szybki marsz, czy intensywna, czyli ćwiczenia fizyczne przy których czynność skurczowa serca znacznie przyspiesza, pocimy się i brak nam tchu.

We współczesnym piśmiennictwie najczęściej funkcjonują wskaźniki poziomu aktywności fizycznej, zapisywane za pomocą akronimów: MVPA (ang. *Moderate-to-Vigorous Physical Activity*) lub MPA (ang. *Moderate Physical Activity*) autorstwa J.J. Prochaski i wsp. [25] – określa ogólną aktywność fizyczną od umiarkowanej do intensywnej, podczas której przyspiesza czynność serca i która przez jakiś czas powoduje brak tchu. Jest to najczęściej stosowany wskaźnik (ogólna aktywność fizyczna, również na lekcjach wychowania fizycznego w szkole), wyrażany w liczbie dni w ostatnich siedmiu dniach, w których młodzież przeznaczała na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut dziennie,

VPA (ang. *Vigorous Physical Activity*) – określa aktywność fizyczną o dużej intensywności, która powoduje takie objawy, jak brak tchu i/lub pocenie się. Zazwyczaj jest to aktywność dodatkowa, mająca miejsce w czasie wolnym, traktowana jako hobby, sposób spędzania czasu wolnego lub technika relaksacyjna. Zwykle jest to uczestnictwo w zajęciach sportowych.

W prezentowanej pracy poziom aktywności fizycznej mierzony był za pomocą dwóch subiektywnych wskaźników możliwych do oszacowania na podstawie kwestionariusza HBSC:

1. **Wskaźnik MVPA (*Moderate-to-Vigorous Physical Activity*)** – Zmienna przyjmowała wartości do 0 do 7. Pytano o częstość podejmowania aktywności fizycznej co najmniej przez 60 minut łącznie w ostatnich 7 dniach. Za kryterium niedostatku aktywności fizycznej przyjęto zakres od 0-6 dni w tygodniu, odpowiedź 7 dni w tygodniu stanowiła zalecany poziom aktywności fizycznej.

2. **Wskaźnik VPA (*Vigorous Physical Activity*)** – za pomocą dwóch pytań opisujących intensywną aktywność fizyczną poza zajęciami szkolnymi:

- częstość wykonywania ćwiczeń o dużej intensywności: Jak często w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi, wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. czujesz, że brakuje ci tchu, pocisz się? Do wyboru młodzież miała 7 kategorii odpowiedzi: codziennie; 4-6 razy w tygodniu; 2-3 razy w tygodniu; 1 raz w tygodniu; 1 raz w miesiącu; mniej niż 1 raz w miesiącu; nigdy.
- czas trwania ćwiczeń o dużej intensywności w tygodniu: Ile godzin w tygodniu w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi, wykonujesz zwykle ćwiczenie fizyczne, podczas których twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. czujesz, że brakuje ci tchu, pocisz się? Kategorie odpowiedzi: nie ćwiczę wcale; około pół godziny; około 1 godziny; około 2-3 godzin; około 4-6 godzin; 7 godzin lub więcej.

Intensywna aktywność fizyczna występująca co najmniej 4 razy w tygodniu i o czasie trwania co najmniej 4 godziny w tygodniu została uznana za zalecany poziom dla wskaźnika VPA.

Pytania o aktywność fizyczną w badaniach HBSC poprzedzone były krótką definicją: Aktywność fizyczna to wszystkie czynności i zajęcia, w czasie których czynność twojego serca przyspiesza, masz poczucie, że „brak ci tchu” (szybciej oddychasz). Aktywność fizyczna wiąże się z zajęciami WF w szkole, uprawianiem sportu, marszem do szkoły. Przykłady aktywności fizycznej to: bieg, szybki marsz, jazda na rowerze, taniec, jazda na łyżwach, gra w piłkę.

Metody oceny jakości życia związanej ze zdrowiem

Jakość życia związana ze zdrowiem mierzona była za pomocą kwestionariusza KIDSCREEN-10 w wersji dla dziecka, jednowymiarowego indeksu określonego jako indeks zdrowia psychicznego lub ogólny indeks HRQL [18]. Kwestionariusze KIDSCREEN należą do wysokiej jakości, standardowych narzędzi stworzonych z myślą o nieskomplikowanym i szybkim diagnozowaniu zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży, charakteryzujących się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Mogą służyć również do badania ogólnego indeksu jakości życia oraz do tworzenia profili jakości życia związanej ze zdrowiem [14,24].

Skala KIDSCREEN-10 jest wypełniana przez dziecko i opisuje ogólny dobrostan (*well-being*) młodzieży. Zawiera pytania dotyczące zdrowia fizycznego, psychicznego, relacji z rodzicami i rówieśnikami, niezależności i środowiska szkolnego. Zdanie wprowadzające: Myśląc o ostatnim tygodniu czy/ jak często... lub Myśląc o ostatnim tygodniu, czy... poprzedza 5 kategorii odpowiedzi, które wybierają badani. Odpowiedzi są punktowane od 0 do 4 punktów (od kategorii nigdy do zawsze). Po obliczeniu wyniku sumarycznego skali KIDSCREEN-10 zastosowano standaryzację zakresu wartości od 0 do 100 punktów. Niska ocena w skali odnosiła się do osób, które negatywnie przeżywały emocje, miały poczucie wyczerpania fizycznego, były niezadowolone ze swoich relacji z rodzicami, rówieśnikami oraz negatywnie oceniały szkołę, wyższy wynik oznaczał lepszą ocenę jakości życia. Wysoka ocena oznaczała osoby z dobrym samopoczuciem, zdrowe, zadowolone ze swoich relacji z rodzicami, rówieśnikami oraz pozytywnie oceniające szkołę.

Dokładny opis polskiej wersji kwestionariuszy KIDSCREEN, sposób obliczania i interpretacji wyników oraz krajowe normy populacyjne znajdują się w oddzielnym opracowaniu [18].

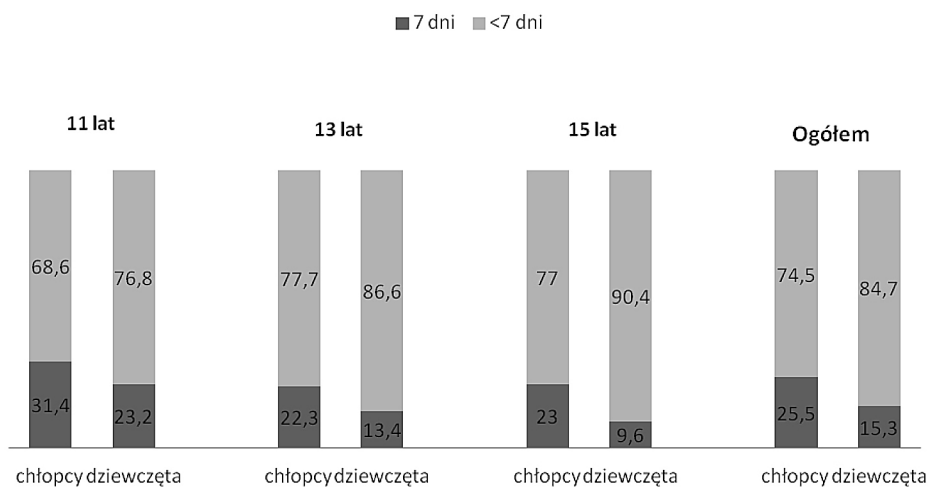
Zastosowano metody statystyczne: test χ^2 , analizę średnich metodą t-Studenta oraz jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA), wielowymiarową analizę regresji liniowej metodą krokową. Obliczenia wykonywano wykorzystując program statystyczny IBM SPSS v. 17.0.

Wyniki

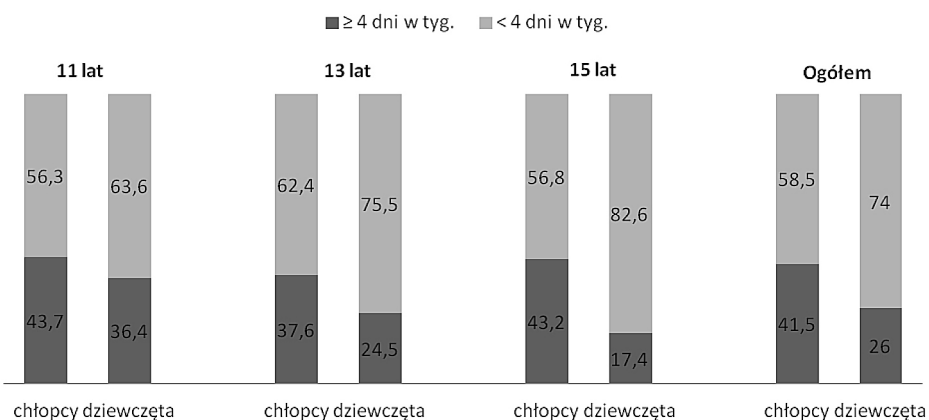
Aktywność fizyczna młodzieży z uwzględnieniem jej rekomendowanego poziomu

Analizowano poziom aktywności fizycznej zgodnie z przyjętymi kryteriami spełniania lub niespełniania założonych norm aktywności dla młodzieży. W ogólnej próbie spełnianie lub niespełnianie kryteriów aktywności fizycznej było zależne od płci i wieku badanych. Różnice między płcią lub wiekiem w każdej z miar aktywności były istotne statystycznie na poziomie $p < 0,001$. Rekomendacje spełniali częściej chłopcy i młodsze nastolatki. Wyjątek stanowił wskaźnik dotyczący liczby godzin, jaką młodzież poświęcała na wykonywania intensywnych ćwiczeń fizycznych w czasie wolnym, gdzie odsetek nastolatków spełniających normy zmniejszał się wraz z wiekiem (18,2% u 11-latków do 15,3% u 13-latków), ale różnice nie były istotne statystycznie ($p = 0,081$). Chłopcy częściej niż dziewczęta poświęcali na aktywność fizyczną 7 dni w tygodniu (MVPA) w każdej z analizowanych grup wieku ($p < 0,001$). Również częściej ćwiczyli 4 razy lub więcej i przez co najmniej 4 godziny w tygodniu (VPA) (11 lat – $p < 0,01$; 13 i 15 lat – $p < 0,001$). Szczegółowe wyniki obrazujące różnice w obrębie płci i wieku przedstawiono na **Rycinach 1-3**.

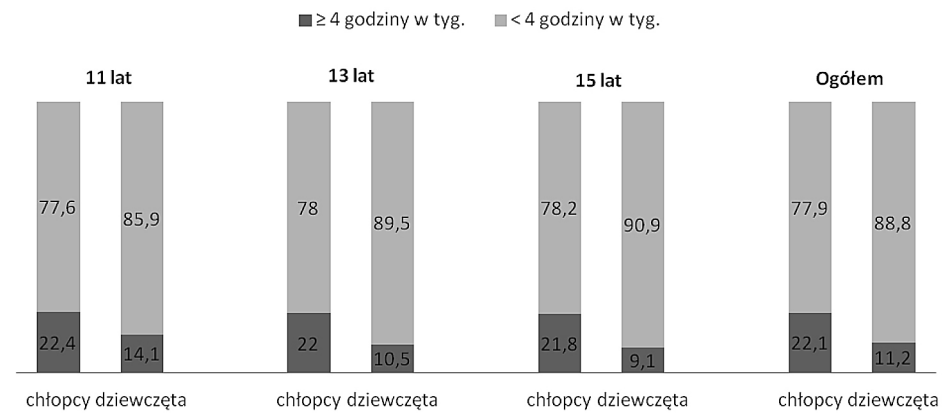
Rycina 1. Spełnianie rekomendacji umiarkowanej do intensywnej aktywności fizycznej (MVPA) według płci i wieku (%)



Rycina 2. Spełnianie rekomendacji liczby dni w tygodniu poświęconych na aktywność fizyczną o dużej intensywności (VPA) według płci i wieku (%)



Rycina 3. Spełnianie rekomendacji liczby godzin w tygodniu poświęconych na aktywność fizyczną o dużej intensywności (VPA) według płci i wieku (%)



Jakość życia związana ze zdrowiem (HRQoL)

Samoocena jakości życia związanej ze zdrowiem zmniejszają się wraz z wiekiem u obu płci. Analiza średnich metodą t-Studenta wykazała, że płeć jest czynnikiem, który istotnie różnicuje poziom jakości życia wśród 11-latków ($t(1434)=2,87, p<0,01$, w grupie 13-latków ($t(1524)=6,44, p<0,001$) oraz w grupie 15-latków ($t(1499)=10,13, p<0,001$). We wszystkich grupach wieku wyższą ocenę jakości życia związanej ze zdrowiem uzyskano u chłopców. Wartości średnich wraz poziomem istotności zaprezentowano w Tabeli 1. Różnice na niekorzyść dziewcząt pogłębiały się wraz z wiekiem.

Tabela 1. Średni indeks KIDSCREEN-10 według płci i wieku

| | Średni indeks jakości życia (Kidscreen-10) | | |
|--------|--|---------------|---------------|
| | Ogółem | Chłopcy | Dziewczeta |
| | Średnia (SD) | Średnia (SD) | Średnia (SD) |
| 11 lat | 68,66 (15,66) | 69,84 (14,89) | 67,48 (16,32) |
| P | | <0,01 | |
| 13 lat | 62,88 (15,81) | 65,54 (15,87) | 60,39 (15,35) |
| P | | <0,001 | |
| 15 lat | 59,14 (15,13) | 63,07 (14,80) | 55,41 (14,50) |
| P | | <0,001 | |

Związek aktywności fizycznej z HRQoL

W dalszej kolejności przeprowadzono analizę wariancji jednej zmiennej ANOVA. Zmienną zależną była skala ciągła KIDSCREEN-10 analizowana w zależności od aktywności fizycznej mierzonej za pomocą trzech pytań (jedno pytanie MVPA i dwa pytania VPA). Wyniki analiz dla poszczególnych grup wiekowych zaprezentowano w Tabelach 2-4.

Tabela 2. Średni indeks jakości życia (Kidscreen-10) wśród młodzieży w wieku 11 lat w zależności od poziomu aktywności fizycznej mierzonego wskaźnikiem MVPA i VPA

| | Średni indeks jakości życia (Kidscreen-10) | | | | | |
|--------------------------------------|--|-------|---------|-------|------------|-------|
| | Ogółem | | Chłopcy | | Dziewczęta | |
| | Średnia | SD | Średnia | SD | Średnia | SD |
| MVPA | | | | | | |
| 0 dni | 53,75 | 16,37 | 56,05 | 19,39 | 50,83 | 11,48 |
| 1-2 dni | 62,09 | 16,33 | 64,43 | 14,27 | 60,57 | 17,45 |
| 3-4 dni | 67,41 | 14,61 | 67,16 | 14,01 | 67,67 | 15,22 |
| 5-6 dni | 68,92 | 15,22 | 70,33 | 14,15 | 67,72 | 16,01 |
| 7 dni | 73,69 | 14,81 | 74,59 | 14,22 | 72,47 | 15,54 |
| P | <0,001 | | <0,001 | | <0,001 | |
| VPA częstość w tygodniu | | | | | | |
| Nigdy | 68,16 | 16,44 | 70,66 | 16,55 | 65,48 | 16,02 |
| Rzadziej niż raz w miesiącu | 65,86 | 14,31 | 64,39 | 13,74 | 67,22 | 14,82 |
| Raz w miesiącu | 61,42 | 15,21 | 62,75 | 11,49 | 60,48 | 17,46 |
| Raz w tygodniu | 68,45 | 14,22 | 69,83 | 13,61 | 67,31 | 14,67 |
| 2-3 razy w tygodniu | 68,01 | 16,05 | 68,97 | 14,78 | 67,20 | 17,05 |
| 4-6 razy w tygodniu | 70,53 | 14,50 | 70,24 | 14,40 | 70,87 | 14,67 |
| Codziennie | 70,61 | 16,84 | 72,93 | 15,48 | 67,76 | 18,03 |
| P | <0,001 | | <0,01 | | <0,05 | |
| VPA ilość godzin w tygodniu | | | | | | |
| Nigdy | 62,80 | 17,43 | 63,33 | 17,81 | 62,26 | 17,16 |
| Około pół godziny w tygodniu | 66,76 | 15,07 | 68,92 | 15,22 | 65,39 | 14,85 |
| 1 godzinę w tygodniu | 67,65 | 15,31 | 68,13 | 13,87 | 67,19 | 16,61 |
| Około 2-3 godzin w tygodniu | 70,51 | 14,71 | 70,45 | 14,13 | 70,58 | 15,39 |
| Około 4-6 godzin w tygodniu | 71,60 | 17,74 | 73,69 | 15,01 | 68,70 | 20,73 |
| Około 7 godzin w tygodniu lub więcej | 74,11 | 14,13 | 75,05 | 13,28 | 72,55 | 15,44 |
| P | <0,001 | | <0,001 | | <0,01 | |

Tabela 3. Średni indeks Kidscreen-10 wśród młodzieży w wieku 13 lat w zależności od poziomu aktywności fizycznej mierzonego wskaźnikiem MVPA i VPA

| | Średni indeks jakości życia (Kidscreen-10) | | | | | |
|--------------------------------------|--|-------|---------|-------|------------|-------|
| | Ogółem | | Chłopcy | | Dziewczeta | |
| | Średnia | SD | Średnia | SD | Średnia | SD |
| MVPA | | | | | | |
| 0 dni | 54,78 | 16,94 | 57,50 | 16,74 | 51,84 | 16,87 |
| 1-2 dni | 59,49 | 16,00 | 62,58 | 16,90 | 56,97 | 14,80 |
| 3-4 dni | 63,02 | 14,52 | 64,40 | 14,00 | 62,06 | 14,82 |
| 5-6 dni | 64,11 | 15,43 | 67,61 | 14,77 | 60,28 | 15,26 |
| 7 dni | 67,33 | 16,54 | 69,07 | 17,21 | 64,71 | 15,17 |
| P | <0,001 | | <0,001 | | <0,001 | |
| VPA - częstość w tygodniu | | | | | | |
| Nigdy | 60,72 | 16,74 | 62,85 | 17,05 | 58,50 | 16,24 |
| Rzadziej niż raz w miesiącu | 59,28 | 14,77 | 62,41 | 15,73 | 57,21 | 13,80 |
| Raz w miesiącu | 61,46 | 13,80 | 62,04 | 13,80 | 61,14 | 13,88 |
| Raz w tygodniu | 61,47 | 14,59 | 62,90 | 14,75 | 60,63 | 14,47 |
| 2-3 razy w tygodniu | 63,40 | 15,57 | 66,88 | 15,54 | 59,89 | 14,84 |
| 4-6 razy w tygodniu | 64,82 | 16,14 | 68,51 | 14,89 | 60,17 | 16,52 |
| Codziennie | 67,28 | 17,22 | 68,50 | 16,64 | 65,37 | 18,02 |
| P | <0,001 | | <0,01 | | <0,05 | |
| VPA - ilość godzin w tygodniu | | | | | | |
| Nigdy | 56,72 | 15,91 | 58,12 | 17,81 | 55,66 | 15,90 |
| Okolo pół godziny w tygodniu | 61,93 | 15,30 | 63,90 | 15,22 | 60,59 | 14,81 |
| 1 godzinę w tygodniu | 62,69 | 15,34 | 64,80 | 13,87 | 60,99 | 14,70 |
| Okolo 2-3 godziny w tygodniu | 64,57 | 15,56 | 67,91 | 14,13 | 61,14 | 16,46 |
| Okolo 4-6 godzin w tygodniu | 66,54 | 15,33 | 69,41 | 15,01 | 61,93 | 14,60 |
| Okolo 7 godzin w tygodniu lub więcej | 71,03 | 15,52 | 72,60 | 13,28 | 67,18 | 15,41 |
| P | <0,001 | | <0,001 | | <0,01 | |

Tabela 4. Średni indeks Kidscreen-10 wśród młodzieży w wieku 15 lat w zależności od poziomu aktywności fizycznej mierzonego wskaźnikami MVPA i VPA

| | Średni indeks jakości życia (Kidscreen-10) | | | | | |
|--------------------------------------|--|-------|---------|-------|------------|-------|
| | Ogółem | | Chłopcy | | Dziewczęta | |
| | Średnia | SD | Średnia | SD | Średnia | SD |
| MVPA | | | | | | |
| 0 dni | 53,39 | 15,39 | 56,14 | 17,90 | 51,80 | 13,65 |
| 1-2 dni | 54,98 | 15,38 | 60,95 | 14,32 | 51,44 | 14,93 |
| 3-4 dni | 59,31 | 13,98 | 62,02 | 12,60 | 57,27 | 14,63 |
| 5-6 dni | 60,54 | 13,91 | 62,89 | 14,43 | 57,66 | 12,71 |
| 7 dni | 63,94 | 17,03 | 67,41 | 16,55 | 56,05 | 15,49 |
| P | <0,001 | | <0,001 | | <0,001 | |
| VPA - częstość w tygodniu | | | | | | |
| Nigdy | 54,79 | 16,46 | 58,59 | 16,55 | 59,23 | 14,70 |
| Rzadziej niż raz w miesiącu | 56,05 | 13,68 | 61,06 | 13,74 | 57,17 | 13,55 |
| Raz w miesiącu | 56,23 | 15,24 | 62,50 | 11,49 | 56,03 | 13,79 |
| Raz w tygodniu | 57,89 | 14,30 | 62,60 | 13,61 | 55,73 | 14,09 |
| 2-3 razy w tygodniu | 59,11 | 14,32 | 61,88 | 14,78 | 56,03 | 15,05 |
| 4-6 razy w tygodniu | 61,95 | 14,97 | 63,92 | 14,40 | 57,17 | 14,44 |
| Codziennie | 64,34 | 16,05 | 66,52 | 15,48 | 59,23 | 15,82 |
| P | <0,001 | | <0,01 | | =0,86 | |
| VPA ilość godzin w tygodniu | | | | | | |
| Nigdy | 55,16 | 17,43 | 58,38 | 17,13 | 53,71 | 14,11 |
| Okolo pół godziny w tygodniu | 56,45 | 15,07 | 61,58 | 13,33 | 53,47 | 14,09 |
| 1 godzinę w tygodniu | 59,58 | 15,31 | 62,98 | 14,24 | 56,46 | 14,55 |
| Okolo 2-3 godziny w tygodniu | 60,96 | 14,71 | 63,83 | 15,27 | 56,73 | 14,44 |
| Okolo 4-6 godzin w tygodniu | 62,45 | 17,74 | 64,74 | 12,84 | 58,75 | 13,99 |
| Okolo 7 godzin w tygodniu lub więcej | 66,03 | 14,13 | 67,30 | 14,88 | 61,60 | 18,72 |
| P | <0,001 | | <0,01 | | <0,05 | |

Poziom jakości życia związanej ze zdrowiem istotnie statystycznie zwiększał się wśród nastolatków w każdym wieku wraz z natężeniem aktywności fizycznej podejmowanej co najmniej przez 60 minut w ciągu dnia (MVPA) oraz wraz ze wzrostem częstości i czasu poświęcanego na ćwiczenia fizyczne o dużej intensywności wykonywane w czasie wolnym poza zajęciami szkolnymi ($p < 0,001$). Wyniki analizy wariancji jednej zmiennej ANOVA zaprezentowano w **Tabelach 1-3**. Największe różnice zaobserwowano w przypadku wskaźnika MVPA. Prawie o 20 punktów większa była średnia jakość życia jedenastolatków, którzy ćwiczyli codziennie przynajmniej 60 minut w stosunku do tych, którzy w ogóle nie podejmowali aktywności fizycznej. Biorąc pod uwagę częstość wykonywania intensywnych ćwiczeń (VPA), widoczny wpływ na poprawę jakości życia można zauważyć u nastolatków, którzy ćwiczyli 4 razy w tygodniu i częściej.

Biorąc pod uwagę wskaźnik MVPA istotna statystycznie, liniowa zależność między aktywnością fizyczną a jakością życia występowała u chłopców we wszystkich grupach wieku oraz u dziewcząt 11-letnich ($p < 0,001$). W grupie 13-latek średnia jakość życia obniżała się nieznacznie u dziewcząt aktywnych 5-6 dni w tygodniu i poprawiała wśród nastolatek ćwiczących codziennie ($p < 0,001$). W grupie 15-latek najwyższą średnią jakość życia osiągały dziewczęta, które podejmowały aktywność fizyczną 5-6 razy w tygodniu ($p < 0,001$).

Liczba dni w tygodniu, którą młodzież poświęcała na intensywną aktywność fizyczną istotnie wpływała na jakość życia chłopców we wszystkich kategoriach wiekowych ($p < 0,01$) oraz dziewcząt 11 i 13-letnich ($p < 0,05$). Największe różnice średnich jakości życia wśród 11 i 13-latków zanotowano między chłopcami, którzy ćwiczyli intensywnie raz w miesiącu a tymi, którzy ćwiczyli codziennie. Wśród 15-latków największa różnica wystąpiła między niećwiczącymi, a ćwiczącymi codziennie. W grupie najmłodszych dziewcząt jakość życia nieznacznie różniła się w skrajnych kategoriach aktywności fizycznej, najniżej swoją jakość życia oceniali dziewczęta, które ćwiczyły intensywnie 1 raz w miesiącu, a najwyżej nastolatki, które 4-6 razy w tygodniu podejmowały intensywny wysiłek fizyczny. Również wśród dziewcząt 13-letnich zależność między liczbą dni poświęconych na ćwiczenia a jakością życia nie była liniowa, chociaż różnice średnich pomiędzy skrajnymi kategoriami były większe niż u 11-latek, najniższą wartość zanotowano wśród nigdy niećwiczących, a najwyższą u ćwiczących codziennie. Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic w grupie 15-letnich dziewcząt.

Czas poświęcany na ćwiczenia o dużej intensywności poza zajęciami szkolnymi istotnie zwiększał średnią wartość jakości życia u obu płci i we wszystkich grupach wieku.

W kolejnym etapie analiz oszacowano wielowymiarowy model regresji liniowej metodą krokową, który miał potwierdzić siłę i kierunek zależności między aktywnością fizyczną rekomendowaną dla wieku a jakością życia związaną ze zdrowiem. Zmienną zależną w modelu była HRQoL w postaci skali ciągłej (KIDSCREEN-10), zmiennymi niezależnymi były czynniki demograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania) oraz zmienne opisujące aktywność fizyczną: wskaźnik MVPA oraz dwa pytania wskaźnika VPA, które zostały przekodowane do postaci sztucznych zmiennych zero-jedynkowych (*dummy variables*). W ten sposób utworzono po dwie zmienne dla każdego wskaźnika aktywności fizycznej, które oznaczały spełnianie lub niespełnianie kryteriów według zastosowanych wskaźników. Zmienną miejsca zamieszkania również przekodowano do postaci zero-jedynkowej (*dummy variables*) miasto-wieś.

Estymowany model wielowymiarowej regresji liniowej zawierał sześć predyktorów HRQoL, był dobrze dopasowany do danych $F(6, 4286) = 91,790$, $p < 0,001$ i wyjaśniał 11,4% zmienności skali KIDSCREEN-10. Najsilniejszym predyktorem okazał się wiek badanych, wraz z którym pogarszała się jakość życia, a następnie płeć żeńska. W dalszej kolejności do modelu zakwalifikowano zmienne, które

odzwierciedlały spełnianie lub niespełnianie kryteriów aktywności fizycznej. Najważniejszym, po czynnikach demograficznych, predyktorem HRQoL było niespełnianie kryterium aktywności fizycznej wg wskaźnika MVPA (aktywność łącznie przez 60 min. poniżej 7 dni w tygodniu), które było przyczyną pogarszania się indeksu jakości życia. Następnie do ostatecznego modelu zakwalifikowano wykonywanie intensywnych ćwiczeń poza zajęciami szkolnymi co najmniej 4 godziny w tygodniu (VPA) jako pozytywny predyktor HRQoL. Kolejnym czynnikiem było wykonywanie intensywnych ćwiczeń w czasie wolnym rzadziej niż 4 dni w tygodniu (VPA), które okazało się bardzo słabym choć nadal istotnym determinantem HRQoL. Ostatnim w kolejności, pozytywnym lecz o bardzo niskiej sile oddziaływania, predyktorem HRQoL było zamieszkanie na wsi. Dokładne wyniki estymacji modelu hierarchicznego znajdują się w Tabeli 5.

Tabela 5. Predyktory jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL) wg modelu regresji liniowej szacowanego metodą krokową

| Zmienna objaśniająca | Współczynniki niestandardyzowane | | Współczynniki standardyzowane | t | p | Zmiana R ² |
|---|----------------------------------|-------|-------------------------------|---------|--------|-----------------------|
| | Beta | S.E. | Beta | | | |
| Wiek | -4,313 | 0,287 | -0,218 | -15,038 | <0,001 | 0,057 |
| Płeć | -4,204 | 0,472 | -0,131 | -8,916 | <0,001 | 0,027 |
| Aktywność fizyczna <7 dni w tyg. (MVPA) | -4,139 | 0,618 | -0,104 | -6,701 | <0,001 | 0,018 |
| Intensywne ćwiczenia ≥ 4 godz. w tyg. (VPA) | 3,496 | 0,664 | 0,082 | 5,266 | <0,001 | 0,008 |
| Intensywne ćwiczenia <4 dni w tyg. (VPA) | -1,698 | 0,537 | -0,050 | -3,163 | <0,01 | 0,002 |
| Miejsce zamieszkania na wsi | 1,470 | 0,488 | 0,043 | 3,015 | <0,05 | 0,002 |

Modele oszacowane osobno dla obu płci wykazały, że analizowane czynniki wyjaśniają 7,3% zmienności HRQoL dla chłopców i 11% zmienności HRQoL dla dziewcząt. Znalazły się w nich różne zestawy determinantów HRQoL jakości życia. Do ostatecznego modelu estymowanego dla chłopców zakwalifikowały się kolejno: niespełnianie kryteriów wg MVPA i wiek wraz z którymi zmniejszały się poziom HRQoL, spełnianie kryterium liczby godzin wg VPA jako pozytywny predyktor HRQoL i niespełnianie kryterium liczby dni wg VPA, które było przyczyną gorszej oceny HRQoL. Model dla dziewcząt zawierał pięć predyktorów HRQoL, tylko jeden z nich – wiek, był negatywny (pogarszanie się HRQoL wraz

z wiekiem), a jego wpływ był najsilniejszy. Pozostałymi czterema, pozytywnymi predyktorami HRQoL były kolejno: spełnianie kryterium liczby godzin wg VPA, spełnianie kryteriów wg MVPA, miejsce zamieszkania na wsi, spełnianie kryterium liczby dni wg VPA.

Omówienie wyników

Analizowano spełnianie przez młodzież w wieku 11,13 i 15 lat rekomendacji WHO związanych z aktywnością fizyczną oraz związek aktywności fizycznej młodzieży z jakością życia związaną ze zdrowiem (HRQoL) na podstawie wyników badań HBSC prowadzonych w 2010 roku w Polsce. Badania HBSC są prowadzone w kilkudziesięciu krajach na świecie co cztery lata od początku lat 80-tych. Polska uczestniczyła w 2010 roku w szóstej serii tych badań. Kwestionariusz stosowany w badaniach zawiera pakiet obowiązkowy dla wszystkich krajów oraz pakiet dodatkowy, z którego pytania są wybierane przez poszczególne kraje w zależności od aktualnych potrzeb. Używanie jednakowych pytań w kolejnych seriach badań daje możliwość dokonywania porównań międzynarodowych a także stwarza możliwość śledzenia tendencji zmian [36]. Poza tym wielowątkowy kwestionariusz badawczy HBSC umożliwia analizowanie uwarunkowań i skutków większości zachowań zdrowotnych młodzieży, w tym spełniania przez nią rekomendacji w zakresie aktywności fizycznej. Najczęściej badania te dotyczą aktywności fizycznej w kontekście zagrożenia otyłością [19], jednak możliwa jest także ocena jej związku z samooceną zdrowia [16] oraz jakością życia związaną ze zdrowiem .

Wyniki przeprowadzonych analiz pokazują, że większość nastolatków nie spełnia rekomendacji dotyczących aktywności fizycznej. Zaledwie co piąty z badanych nastolatków był aktywny co najmniej 60 minut każdego dnia tygodnia, co szósty poświęcał na intensywną aktywność co najmniej 4 godziny w tygodniu, 1/3 ćwiczyła intensywnie w czasie wolnym przez 4 dni w tygodniu lub częściej. Odsetki młodzieży, która wypełniała założone kryteria były większe wśród chłopców niż wśród dziewcząt i u obu płci zmniejszały się wraz z wiekiem. Ponadto zaobserwowano, że wraz z wiekiem różnica w zakresie spełniania rekomendacji aktywności fizycznej znacznie zwiększała się na niekorzyść dziewcząt i była dwukrotnie większa wśród 15-latków w stosunku do 11-latków.

Również krajowe i zagraniczne badania potwierdzają, że większość nastolatków nie spełnia rekomendacji co do poziomu aktywności fizycznej. Jedynie około 20% chłopców i 15% dziewcząt spełnia zalecenia WHO, natomiast wychowanie fizyczne zapewnia spełnianie międzynarodowych rekomendacji jedynie w odniesieniu do około 5% populacji dziewcząt i chłopców [21,22]. Z badań E. Chabros i wsp. przeprowadzonych wśród uczniów szkół warszawskich w 2010 roku wynika, że chłopcy częściej niż dziewczęta brali udział w sportowych zajęciach pozaszkolnych, które odbywały się 4 razy lub 4 godziny w tygodniu. Odsetki nie były wysokie i wynosiły odpowiednio 23,9% vs. 14,6% [4]. Założony poziom

aktywności fizycznej (4 razy w tygodniu lub częściej) na podstawie badań prowadzonych wśród 1263 gorzowskich gimnazjalistów spełniało 43,2% młodzieży w wieku 13-16 lat. Cztery godziny lub więcej w tygodniu w czasie wolnym, tj. po szkole lub podczas weekendu ćwiczyło 37,9%. Młodszy uczniowie poświęcali na ćwiczenia fizyczne (zorganizowane zajęcia sportowe, biegi, pływanie, gra w piłkę, jazda rowerem, taniec, itp.) więcej czasu niż starsi [30].

Osoby, które nie spełniają zaleceń minimalnego poziomu aktywności fizycznej niemal dwukrotnie bardziej narażone są na nadwagę i otyłość oraz ich skutki zdrowotne [19, 20], a w konsekwencji na gorszą jakość życia. W prowadzonych przez nas analizach aktywność fizyczna oraz spełnianie rekomendacji w jej zakresie zostały skorelowane z jakością życia, która mierzona była narzędziem odnoszącym się do różnych aspektów funkcjonowania młodzieży i jej ogólnego dobrostanu (*well-being*). Indeks jakości życia zawierał pytania związane ze szkołą, domem, obrazem siebie, zdrowiem fizycznym i psychicznym. Wyniki analiz potwierdziły związek podejmowania wysiłku fizycznego z lepszą HRQoL, jednak głównymi predyktorami HRQoL okazały się czynniki demograficzne. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że związek aktywności fizycznej ze zmiennymi demograficznymi takimi, jak wiek, płeć, czy miejsce zamieszkania został doskonale udokumentowany w piśmiennictwie [11, 13, 23] oraz charakteryzuje się wysokim poziomem współzmienności, co częściowo wyjaśnia otrzymane w naszych badaniach wyniki.

Chociaż większy był odsetek nastolatków, którzy spełniali kryteria aktywności fizycznej wykonywanej poza zajęciami szkolnymi to najważniejszy spośród różnych form aktywności wpływ na HRQoL miało wypełnianie norm w zakresie MVPA. W licznych badaniach nad uwarunkowaniami jakości życia, wysoki poziom aktywności fizycznej wymieniany jest jako jeden z ważniejszych predyktorów jakości życia związanej ze zdrowiem. Nastolatki aktywne fizycznie, zwłaszcza w formach zorganizowanych w czasie wolnym, np. w klubach sportowych, mają wyższy poziom jakości życia związanej ze zdrowiem niż ich mniej aktywni rówieśnicy [28]. Również z badań K.E. Lacy i wsp. prowadzonych wśród nastolatków wieku 11-17 lat wynika, że wysoki poziom aktywności fizycznej podejmowanej w czasie wolnym jest istotnie związany z HRQoL młodzieży [17]. Potwierdzają to także badania prowadzone wśród australijskich nastolatków w średnim wieku 12,7 lat z których wynika, że regularna i długoterminowa aktywność fizyczna wiąże się z lepszym postrzeganiem jakości życia związanej ze zdrowiem [12]. Podobnie hiszpańskie badania młodzieży 11-13-letniej wskazują na pozytywny związek aktywności z HRQoL. Nastolatki, zwłaszcza dziewczęta, o wysokim poziomie aktywności fizycznej osiągały wyższe rezultaty w niemal wszystkich wymiarach jakości życia w stosunku do osób o niskim poziomie aktywności [26]. Z uwagi na rolę codziennej aktywności fizycznej (MVPA) młodzieży wspierającą lepszą ocenę HRQoL, słusznym wydaje się motywowanie młodzieży do aktywnego spędzania czasu. Dotyczyć to może zarówno czasu spędza-

nego w szkole np. zabawy na boisku podczas przerw w okresie wiosenno-letnim oraz gry, zabawy lub tańce w okresie jesienno zimowym w budynku szkoły, jak i poza zajęciami szkolnymi. Promowanie aktywnego podróżowania do i ze szkoły z wykorzystaniem roweru, rolek, hulajnogi, czy deskorolki, jeśli jest to możliwe, cały rok, a gdy warunki klimatyczne jesienią i zimą są niesprzyjające – sezonowo, jest jednym ze sposobów wspierania akumulacji przez młodzież rekomendowanej ilości aktywności fizycznej w ciągu dnia. Należy także podkreślić, że aktywność fizyczna wyrażona za pomocą wskaźnika MPVA dotyczy wszelkich form aktywności fizycznej i obejmuje również zajęcia WF prowadzone w szkole. Można więc przewidywać, że motywowanie młodzieży do uczestniczenia w zajęciach WF w szkole mogłoby również znacząco przyczynić się do poprawy jakości życia związanej ze zdrowiem.

Z badań wynika, że związek aktywności fizycznej z poczuciem zadowolenia, a tym samym z bardziej pozytywną oceną życia spowodowany jest w dużej mierze reakcjami biochemicznymi towarzyszącymi wysiłkowi fizycznemu. Zdania naukowców, co do rodzaju substancji oddziałującej na mózg i powodującej pozytywne stany emocjonalne występujące w trakcie i po wysiłku fizycznym, są podzielone, wymienia się tu: endorfiny [6, 32], fenyloetyloaminę [7], czy kanabinoidy [8]. Ta wielokierunkowość naukowo udokumentowanych opinii może wynikać z trudności w prowadzeniu tego rodzaju badań (większość to eksperymenty na szczurach), jak również z ogromnej liczby procesów, które przebiegają w ludzkim mózgu w tym samym czasie, a ich jakość i intensywność jest wysoce zindywidualizowana.

Poprzez swój związek ze zdrowiem oraz z jakością życia zwiększenie aktywności fizycznej powinno być celem społecznym z punktu widzenia zdrowia publicznego. Cel taki wymaga działań populacyjnych, wielosektorowych i interdyscyplinarnych, zwłaszcza w kontekście międzypokoleniowego transferu wzorców i zachowań dotyczących między innymi aktywności fizycznej, czy żywienia. Aktywna młodzież ma bowiem zarówno większe szanse na pozostawanie w aktywności przez całe życie, jak i na odczuwanie korzyści z pozytywnego jej wpływu na zdrowie i jakość życia [31].

Wnioski

1. Jedynie około 1/3 nastolatków wypełnia zalecony przez WHO poziom aktywności fizycznej.
2. Spełnianie rekomendacji dotyczących aktywności fizycznej związane jest z płcią i wiekiem.
3. Aktywność fizyczna jest pozytywnie związana z wyższą HRQoL nastolatków.
4. Wypełnianie międzynarodowych rekomendacji zarówno pod względem MVPA, jak i VPA, ma pozytywny wpływ na jakość życia związaną ze zdrowiem młodzieży.

Piśmiennictwo:

1. Biddle S.J.H., Asare M.: *Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews*. British Journal of Sports Medicine 2011,45: 886–895.
2. Bize R., Johnson J.A., Plotnikoff R.C.: *Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review*. Preventive Medicine 2007,45:401–415.
3. Caspersen C., Powell K., Christenson G.: *Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*. Public Health Reports 1985,100:126-131.
4. Chabros E., Charzewska J., Rogalska-Niedźwiedz M., Wajszczyk B., Chwojnowska Z., Fabiszewska J., *Mała aktywność fizyczna młodzieży w okresie pokwitania sprzyja rozwojowi otyłości*, Problemy Higieny i Epidemiologii, 2008, 89 (1), 58-61.
5. Commission of the European Communities: *Green Paper. Promoting Healthy Diets and Physical Activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases*. Brussels 2005.
6. Daniel M., Martin A.D., Carter J.: *Opiate receptor blockade by naltrexone and mood state after acute physical activity*. British Journal of Sports Medicine 1992;26:111-115.
7. DeNoon D.J.: *Is 'Runners' High' a Cure for Depression?* WebMD Medical News, 2001. <http://www.webmd.com>
8. Dietrich A., McDaniel W.F.: *Endocannabinoids and exercise*. British Journal of Sports Medicine 2004;38:536–541.
9. EU Physical Activity Guidelines. *Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity*, Brussels 2008.
10. EU *White paper on sport*, Brussels 2007.
11. Gentle P, et al.: *High and low exercisers among 14- and 15-year-old children*. Journal of Public Health 1994,16:186-194.
12. Gopinath B., Hardy L.L., Baur L.A., Burlutsky G. et al.: *Physical activity and sedentary behaviors and health-related quality of life in adolescents*. Pediatrics 2012, 130,1:167-174.
13. Gordon-Larsen P, McMurray R., Popkin B.: *Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns*. Pediatrics 2000,105,6,e83.
14. Herdman M., Rajmil L., Ravens-Sieberer U., Bullinger M., et al., and the European KID-SCREEN and DISABKIDS Groups: *Expert consensus in the development of a European health-related quality of life measure for children and adolescents: a Delphi study*. Acta Paediatrica 2002,91(12):1385-90.
15. Janssen I., Leblanc A.G.: *Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2010,7:40.
16. Koło H., *Wpływ aktywności fizycznej na samoocenę zdrowia młodzieży 11, 13 i 15-letniej na tle uwarunkowań społeczno-ekonomicznych* (w:), Mazur J. (red.) *Spoleczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*. Raport z badań HBSC 2010, IMiD, Warszawa 2011, 93-109.
17. Lacy K. E., Allender S. E., Kremer P J., de Silva-Sanigorski A. M., Millar L. M., Moodie M. L., Mathews L. B., Malakellis M., Swiburn B. A., *Screen time and physical activity behaviours are associated with health-related quality of life in Australian adolescents*, Quality of Life Research, 2012, 21, 1085-1099.
18. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A., Dzielska A., Tabak I.: *Polska wersja kwestionariuszy do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży (KIDSCREEN)*. IMiD, Warszawa 2008.
19. Mazur J., Tabak I., Gajewski J., Dzielska A., *Nadwaga i otyłość wśród uczniów gimnazjum w zależności od wybranych czynników behawioralnych. Zmiany w latach 2006-2010*, PRZEGL EPIDEMIOLOG 2012; 66: 503 – 508.
20. Mejía D., Berchtold A, Bélanger R.E., Kuntsche E.N., et al.: *Frequency and effects of meeting health behaviour guidelines among adolescents*. European Journal of Public Health 2013,23,1:8-13.

21. Morrow J.R., Tucker J.S., Jackson A.W., Martin S.B., et al.: *Meeting Physical Activity Guidelines and Health-Related Fitness in Youth*. American Journal of Preventive Medicine 2013,44, 5:439-444.
22. Pfitzner R, Gorzelniak L, Heinrich J, von Berg A, et al.: *Physical Activity in German Adolescents Measured by Accelerometry and Activity Diary: Introducing a Comprehensive Approach for Data Management and Preliminary Results*. PLOS ONE. 2013; 8(6), e65192.
23. Prochaska JJ, Salis JF, Long B: *A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care*, Archives Paediatric Adolescent Medicine 2001; 5; 554-559.
24. Ravens-Sieberer U., Gosch A., Abel T., Auquier P., et al., & the European KIDSCREEN Group: *Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective*. Sozial- und Präventivmedizin 2001,46(5):294–302.
25. Sallis J., Prochaska J., Taylor W.: *A review of correlates of physical activity of children and adolescents*. Medicine and Science in Sports and Exercise 2000,32:963-975.
26. Sanchez-Lopez M., Salcedo-Aguilar F., Solera-Martinez M., Moya-Martinez P., Notario-Pacheco B., Martinez-Vizcaino V., *Physical activity and quality of life in schoolchildren aged 11–13 years of Cuenca, Spain*, Scand J Med Sci Sports 2009; 19: 879–884.
27. Shipper H.: *Quality of life: principles of the clinical paradigm*. Journal of Psychosocial Oncology 1990; 8(2-3): 171–185.
28. Spengler S, Woll A.: *The More Physically Active, the Healthier? The Relationship Between Physical Activity and Health-Related Quality of Life in Adolescents: The MoMo Study*. Journal of Physical Activity and Health. 2013,10,5:708-15.
29. Strony internetowe Światowej Organizacji Zdrowia 30.07.2013: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>
30. Świdarska-Kopacz J., Marcinkowski J.T., Najankowska K., *Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania*. Cz. V. *Aktywność fizyczna*, Probl Hig Epidemiol 2008, 89(2): 246-250.
31. Telama R., Yang X., Viikari J., Välimäki I., et al.: *Physical activity from childhood to adulthood: A 21-year tracking study*. American Journal of Preventive Medicine 2005,28: 267–273.
32. Trezza V, Damsteegt R, Achterberg EJ, Vanderschuren LJ.: *Nucleus accumbens μ -opioid receptors mediate social reward*. The Journal of Neuroscience 201,27,31(17):6362-6370.
33. United States Public Health Service, Office of the Surgeon General, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, President's Council on Physical Fitness and Sports: *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, Ga.; [Washington, D.C.]; Pittsburgh, PA, U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; President's Council on Physical Fitness and Sports, 1996.
34. WHO Europe *Promoting Physical activity guidelines that recommended policy actions*. WHO, Geneva 2006.
35. World Health Organization: *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. WHO, Geneva 2010.
36. Woynarowska B., Mazur J. (red.) *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990-2010*, Warszawa 2012.

Anna Dzielska

Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży

Hanna Nałęcz

Akademia Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie, Zakład Pedagogiki

Streszczenie

Optymalny poziom aktywności fizycznej stymuluje rozwój i zabezpiecza potrzeby ruchowe dzieci i młodzieży, jest również jednym z czynników modyfikujących jakość życia. Brak lub niedobór aktywności fizycznej jest czwartym co do częstości występowania czynnikiem ryzyka zgonów na świecie (6%) i główną przyczyną wielu chorób.

Celem pracy jest ocena aktywności fizycznej, w tym wypełniania przez młodzież rekomendacji dotyczących aktywności fizycznej oraz jej związku jakością życia związaną ze zdrowiem młodzieży w wieku 11-15 lat. Analizy wykonano na podstawie wyników dane pochodzą z ostatniej polskiej serii międzynarodowych badań młodzieży szkolnej HBSC (*Health-Behaviour in School-aged Children*) przeprowadzonych w 2010 roku. Reprezentatywną próbę stanowiła młodzież w wieku średnio: 11,7 (N=1550, 49,4% chłopców), 13,7 (N=1650, 48,7% chłopców), 15,7 (N=1551, 49,1% chłopców). Zastosowano dwa wskaźniki opisujące aktywności fizyczną: wskaźnik MVPA (*Moderate-to-Vigorous Physical Activity*), wskaźnik VPA (*Vigorous Physical Activity*). Jakość życia związana ze zdrowiem mierzono przy pomocy kwestionariusza KIDSCREEN-10 w wersji dla dziecka, jednowymiarowego indeksu określanego jako indeks zdrowia psychicznego lub ogólny indeks HRQL. Rekomendacje dotyczące aktywności fizycznej częściej spełniali chłopcy i młodsze nastolatki. Samoocena jakości życia związanej ze zdrowiem zmniejsza się wraz z wiekiem u obu płci, a wyższa jest u chłopców. Wyższy poziom aktywności fizycznej związany jest z lepszą samooceną jakości życia w każdej grupie wieku ($p < 0,001$). Wyniki regresji liniowej pokazują, że jakość życia związana ze zdrowiem jest gorsza u starszych nastolatków i dziewcząt. Negatywnymi predyktorami HRQoL były poza tym: niespełnianie kryterium aktywności fizycznej wg wskaźnika MVPA i wykonywanie intensywnych ćwiczeń w czasie wolnym rzadziej niż 4 dni w tygodniu (VPA). Pozytywnymi: wykonywanie intensywnych ćwiczeń poza zajęciami szkolnymi co najmniej 4 godziny w tygodniu (VPA) i zamieszkanie na wsi. Aktywność fizyczna, w szczególności wykonywana zgodnie z rekomendacjami, jest pozytywnie związana z wyższą HRQoL nastolatków. W związku z tym, że zalecony przez WHO poziom aktywności fizycznej wypełnia zaledwie około 30% nastolatków konieczne jest stwarzanie warunków, wspieranie i zachęcanie młodzieży do aktywności fizycznej.

Słowa kluczowe:

HRQoL, kryteria aktywności fizycznej, MVPA, VPA, młodzież

Abstract

Optimal level of physical activity stimulates healthy development and protects the mobility needs of children and young people, it is also one of the factors modifying the quality of life. Shortage or lack of physical activity is the fourth most common risk factor for death in the world (6%) and the main cause of many diseases. The main goal was to assess physical activity, including meeting WHO guidelines on physical activity and its relationship to the health-related quality of life among 11-15 year-olds. Analyses were performed on the basis of data derived from the most recent Polish series of international studies HBSC (Health – Behaviour in School-aged Children) conducted in 2010. Representative sample was consisted of schoolchildren in a mean age: 11.7 (N = 1550, 49.4 % of boys), 13.7 (N = 1650, 48.7 % of boys), 15.7 (N = 1551, 49.1% boys). Two indicators were used to describe physical activity rate: MVPA (Moderate-to-Vigorous Physical Activity), VPA (Vigorous Physical Activity). Health-related quality of life (HRQoL) was measured by child version of KIDSCREEN – 10 questionnaire, one-dimensional index, defined as an index of mental health and overall HRQoL index. Boys and younger adolescents were more likely to meet physical activity recommendations. Self-assessment of HRQoL declined with age in both sexes, and it was higher in boys. Higher levels of physical activity were associated with better HRQoL in each age group ($p < 0.001$). Linear regression results showed that the HRQoL is worse in older adolescents and girls. Negative predictors of HRQoL were also: meeting physical activity criteria of MVPA and vigorous physical activity during leisure time less than 4 days per week (VPA). Positive predictors were: vigorous exercise during leisure time for at least 4 hours a week (VPA) and live in the rural areas. Physical activity, in particular, performed as recommended, is positively associated with higher HRQoL of adolescents. In view of the fact that the WHO recommended level of physical activity fills only about 30 % of adolescents there is a need to create conditions, support and encourage young people to be physically active.

Key words:

HRQoL, physical activity recommendations, MVPA, VPA, adolescents

Anna Dzielska, mgr pedagogiki, absolwentka Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, psychodietetyk. Asystent naukowy w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie. Członek międzynarodowej sieci badawczej HBSC (Health-Behaviour in School-aged Children) w grupie tematycznej dotyczącej odżywiania (Eating and Dieting Focus Group). Autorka wielu publikacji i wystąpień krajowych i międzynarodowych na temat zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej, związanych przede wszystkim ze sposobem odżywiania, aktywnością fizyczną, używaniem substancji psychoaktywnych.

Anna Borucka, Joanna Raduj, Katarzyna Okulicz-Kozaryn,
Agnieszka Pisarska, Krzysztof Ostaszewski

Spostrzeganie klimatu szkoły przez uczniów i nauczycieli gimnazjów warszawskich

Wprowadzenie

Badanie klimatu społecznego szkoły jest jednym z częściej stosowanych sposobów poznawania procesów wewnątrzszkolnych, ale samo pojęcie klimatu szkoły nie doczekało się jednoznacznej definicji w literaturze (Anderson 1982; Van Houtte 2005; Kulesza 2007). Termin „klimat szkoły” odnosi się do tego, jak nauczyciele i uczniowie spostrzegają środowisko pracy lub nauki i jak wpływa to na ich zachowanie. Świat spostrzegany jest realnością, do której uczniowie i nauczyciele odnoszą się w swoich codziennych zajęciach. W tym sensie klimat szkoły jest rzeczywistością psychologiczną, zależną od doświadczeń, przekonań, wiedzy, wartości, płci i innych cech uczniów i nauczycieli. Na percepcyjny charakter klimatu szkoły zwracają uwagę Van Houtte, 2005; Kuperminc i in. 1997; Kulesza 2007. Mieke Van Houtte (2005) widzi w percepcyjnym charakterze klimatu kluczowy aspekt odróżniający to pojęcie od zbliżonych znaczeniowo terminów „kultura” czy „etos szkoły”, tym ostatnim przypisując bardziej zobiektywizowany status.

Mimo różnic w sposobie nazywania, w piśmiennictwie przedmiotu istnieje spora zgodność co do kluczowych obszarów badania klimatu szkoły. Należą do nich: cechy relacji społecznych, cechy środowiska kształcenia i wychowania oraz poczucie bezpieczeństwa fizycznego i emocjonalnego w szkole (Junik, 2009, Cohen i Geier, 2010). W ramach poszczególnych obszarów klimatu szkoły mamy do czynienia ze szczegółowymi elementami, których liczba i nazewnictwo są bardzo zróżnicowane. Na uwagę zasługuje poparta badaniami opinia, że jednym z najważniejszych elementów klimatu szkoły jest poczucie więzi uczniów ze szkołą (Wingspread Declaration on School Connections 2004; Catalano i in. 2004).

Jednym z najczęściej badanych wymiarów klimatu są **cechy relacji społecznych** w szkole (Anderson 1982; Kulesza 2007; Cohen i Geier, 2010). Do nich tradycyjnie zaliczany jest klimat stosunków interpersonalnych między nauczycielami i między uczniami. Istotnym elementem relacji wewnątrzszkolnych jest poczucie przynależności do szkoły oraz udział nauczycieli i uczniów w podejmowaniu ważnych decyzji dotyczących życia szkoły.

Drugim często badanym obszarem klimatu szkoły są **cechy środowiska kształcenia i wychowania** (Kulesza 2007, Cohen i Geier, 2010), do których zalicza się relacje między uczniami i nauczycielami w procesie nauczania. Bierze się pod uwagę poziom wsparcia uczniów przez nauczycieli, metodykę i tempo prowadzenia zajęć, poziom rywalizacji/współpracy między uczniami, sposoby przestrzegania regulaminów szkolnych i egzekwowania dyscypliny przez personel, sprawiedliwość/ niesprawiedliwość nauczycieli w ocenianiu uczniów, nastawienie szkoły na uzyskiwanie sukcesów w nauce.

Trzecim obszarem jest **poczucie bezpieczeństwa fizycznego i emocjonalnego w szkole** (Cohen i Geier, 2010), do którego należą działania personelu ograniczające przejawy agresji rówieśniczej (instalowanie kamer, zatrudnianie pracowników ochrony, wprowadzanie i egzekwowanie zasad współżycia społecznego). Istotnym elementem wpływającym na poczucie bezpieczeństwa w szkole jest poziom zaufania uczniów do nauczycieli oraz zaangażowanie nauczycieli w rozwiązywanie konfliktów między uczniami. Nauczyciele, reagując na przejawy agresji, dyskryminacji lub nietolerancji, zwiększają poczucie bezpieczeństwa uczniów (Bosworth i in. 2011).

Spostrzeganie klimatu szkoły przez nauczycieli i uczniów różni się od siebie. Jest to zrozumiałe z uwagi na ich różny status społeczny, doświadczenie życiowe i cechy pokoleniowe. Niektórzy autorzy uważają, że uczniowie są bardziej krytyczni niż nauczyciele w ocenie klimatu szkoły (Adrjan, 2011). Inni sugerują umiarkowaną zgodność w ocenie klimatu szkoły przez uczniów i nauczycieli (Raviv i in. 1990; Bosworth i in. 2011). Badacze przedmiotu wskazują, że każda z tych perspektyw wnosi swój unikalny wkład w ocenę klimatu szkoły, nie można ich więc traktować zamiennie (Brand i in. 2008).

W badaniach nad klimatem szkoły dominuje podejście ilościowe. Badań jakościowych eksplorujących ten obszar wiedzy o szkole jest stosunkowo niewiele, chociaż poszerzają one wiedzę na temat elementów klimatu szkoły nieuwzględnianych w badaniach ilościowych. Celem niniejszego artykułu jest prezentacja wyników analizy jakościowej wybranych elementów klimatu (poczucie więzi ze szkołą, relacje: w gronie nauczycielskim, uczniowskim, między uczniami a nauczycielami) czterech warszawskich gimnazjów z dwóch perspektyw: uczniów i nauczycieli.

Metoda

Dobór szkół

Badania przeprowadzono w gimnazjach dobranych celowo z uwagi na lokalizację (różne dzielnice Warszawy) oraz liczbę uczniów (poniżej 200 uczniów - szkoła mała; około 300 uczniów - średnia; powyżej 500 uczniów - duża). Warunkiem rozpoczęcia badań była zgoda dyrektorów na udział szkół w projekcie. Spośród dziesięciu wstępnie wytypowanych szkół, w badaniach wzięły udział cztery szkoły.

Procedura badania

Oceny klimatu szkół dokonano metodami jakościowymi, wykorzystując obserwacje, analizę dokumentów, wywiady indywidualne i prace pisemne uczniów.

Obserwację szkoły prowadzili przeszkoleni obserwatorzy w różnych dniach tygodnia i godzinach (przynajmniej trzykrotnie). Zbierali oni informacje na temat: wyglądu szkoły, jej zasobów i zachowań uczniów i nauczycieli. Dane z obserwacji i z dokumentów szkolnych wpisywano na miejscu do przygotowanych wcześniej arkuszy. Przed każdą kolejną wizytą w szkole sprawdzano ich kompletność, by zorientować się, jaki obszar wymaga uzupełnienia.

W analizie wewnętrznych dokumentów szkolnych uwzględniano informacje na temat uczniów (liczba, status socjo-ekonomiczny, liczba klas) i nauczycieli (liczba, wiek, kwalifikacje).

Wywiady według przygotowanych dyspozycji przeprowadzono indywidualnie w każdej szkole z: dyrektorem, pedagogiem i dwoma nauczycielami różniącymi się doświadczeniem pracy w danej szkole – z dłuższym i z krótszym stażem ($n=16$). Naszym zamiarem było poznanie opinii zarówno znaczącego nauczyciela, który „nadaje ton” gronu pedagogicznemu, jak i tego, który dopiero wchodzi do danej społeczności szkolnej. Dyspozycje do wywiadów, sformułowane na podstawie literatury przedmiotu (Littrel i in. 2001), koncentrowały się na: obrazie szkoły, własnej roli i kompetencji nauczyciela, jego kluczowych przekonaniach i wartościach (co jest ważne w pracy w szkole, co motywuje do pracy) oraz normach zachowań obowiązujących wśród nauczycieli w danej szkole). Wywiady z nauczycielami były, za zgodą rozmówców, nagrywane a później spisywane.

Anonimowe prace pisemne uczniów na temat: *Jak mi się żyje w mojej szkole?* zebrano, kierując się w znacznym stopniu procedurą zastosowaną wcześniej w projekcie Szkół Promujących Zdrowie (Wojnarowska-Sołdan, 2006). Uczniowie pisali swoje prace na godzinie wychowawczej, w obecności wychowawcy klasy. Ukończone wypracowanie każdy uczeń wkładał do koperty, zaklejał ją i oddawał nauczycielowi, który przekazywał wszystkie prace z danej klasy osobom z zespołu badawczego. Na tej podstawie uzyskano dane dotyczące: ogólnej oceny szkoły, samopoczucia i relacji z innymi członkami społeczności szkolnej. W badaniach wzięli udział uczniowie klas II z czterech szkół uczestniczących w badaniu ($n=319$).

Sposób analizy danych

Do analizy danych uzyskanych na podstawie wywiadów z nauczycielami i prac pisemnych uczniów zastosowano metodę analizy treści, która wykorzystuje „zbiór systematycznych i obiektywnych procedur pozwalających na wyciąganie wniosków z tekstów” (Krejtz i Krejtz, 2005, s. 130).

Trzech niezależnie pracujących sędziów dokonało kategoryzacji a priori, w oparciu o kategorie, które zostały stworzone na podstawie wiedzy dotyczącej wymiarów klimatu społecznego szkoły (Krejtz i Krejtz, 2005). Następnie sędzio-

wie po wspólnej weryfikacji tych kategorii i stworzeniu klucza kodowego dokonali kategoryzacji zebranego materiału badawczego.

Prace pisemne uczniów (N=319) analizowało dwóch niezależnie pracujących sędziów, którzy dokonali kategoryzowania eksploracyjnego zebranego materiału badawczego, pod kątem wyłonienia zbioru głównych kategorii (Krejtz i Krejtz, 2005). Po ich wyróżnieniu zostały one przedyskutowane i zweryfikowane przez sędziów. Prace do dalszych analiz wybrano w sposób celowy, kierując się kryterium maksymalnej zmienności w próbie (Flick 2010), to znaczy biorąc pod uwagę: (1) trafność ilustrowania przyjętych kategorii odzwierciedlających wymiary klimatu społecznego szkoły oraz (2) występowanie nowych wątków, które umożliwiały uchwycenie zmienności i różnorodność zjawiska, jakim jest klimat społeczny szkoły. Z ogólnej liczby 319 wypracowań do dalszej analizy wytypowano 167 (52%) prac ze wszystkich szkół (ze szkół 1., 2., 3. i 4. odpowiednio: 35, 90, 29 i 13 prac).

Do celów niniejszego opracowania wybrano przykładowe, najbardziej charakterystyczne wypowiedzi uczniów i nauczycieli dotyczące: relacji między uczniami a nauczycielami, zaangażowania nauczycieli, relacji między uczniami oraz poczucia więzi ze szkołą.

Wyniki

Prezentację wyników badań rozpoczniemy od charakterystyki szkół. Następnie wyłowione w analizach jakościowych wymiary klimatu społecznego szkoły zostaną przedstawione z perspektywy uczniów, a w dalszej kolejności – z perspektywy nauczycieli.

Na podstawie zamieszczonej krótkiej charakterystyki czterech szkół biorących udział w naszych badaniach (**Tabela 1**) można stwierdzić, że różniły się one między sobą nie tylko wielkością (duża – szkoła 2., dwie średnie – szkoła 1., 3. i mała – szkoła 4.), ale również: odsetkami nauczycieli dyplomowanych (od 29% w szkole 1. do 50% w szkole 4.), odsetkami uczniów drugorocznych (od 0% w szkole 3. do 22% w szkole 1.) oraz wynikami w nauce (szkoły 1., 4., – wyniki egzaminów poniżej średniej, w dwóch pozostałych szkołach – powyżej średniej), odsetkami uczniów z rejonu (w szkole 2. około 50%; w pozostałych szkołach – około 75-76%).

Charakterystyka szkół biorących udział w badaniach

Tabela 1. Charakterystyka szkół z uwzględnieniem wielkości szkoły, liczby nauczycieli i uczniów oraz wyników egzaminów gimnazjalnych

| Cecha / Szkoła | Nr 1 | Nr 2 | Nr 3 | Nr 4 |
|--|---|---------------------------|----------------------------|---|
| Wielkość (liczebność) | średnia (n=300) | ¹ duża (n=546) | średnia (n=276) | mała(n=167) |
| Uczniowie z rejonu % | > 67% + wychowankowie MOW ; dzieci imigrantów; klasy integracyjne; klasy sportowe | > 50% | 76% + dzieci imigrantów | 75% kontynuacja podstawówki; klasa integracyjna |
| Nauczyciele dyplomowani % | 29% | 41% | 33 % | 50% |
| Liczebność klas | 18- 20 | 27-30 | 26-28 | 24 |
| Uczniowie drugorocznicy (II kl.)% | 22% | 2% | 0% | 6% |
| Uczniowie korzystający z pomocy socjalnej % | 23% | 7% | 7% | 8% |
| Wyniki egzaminów gimnazjalnych wobec średniej warszawskiej | poniżej średniej | powyżej średniej | powyżej średniej | poniżej średniej |

Klimat szkoły z perspektywy uczniów

Ogólna opinia o szkole i poczucie więzi ze szkołą. We wszystkich szkołach uczniowie mówili o dobrym samopoczuciu w szkole i pozytywnej o niej opinii:

Szkoła 1.: W mojej szkole żyje mi się dobrze (S1.201/M) [Oznaczenia obok cytatów: numer szkoły, numer respondenta/płeć].

Szkoła 2.: (...) to miejsce emanuje taką radością, optymizmem; (S2.109/K) (...) drugi dom (S2.216/M).

Szkoła 3.: Lubię moją szkołę, dobrze mi się w niej pracuje. Moja szkoła jest boska! (S3.415/K).

Szkoła 4.: Moja szkoła jest na ogół fajna (S4.203/K).

W każdej szkole byli też uczniowie o negatywnym stosunku do szkoły:

Szkoła 1.: Każdy wolny dzień traktuję jak święto narodowe (S1.211/M) Nienawidzę tej szkoły (S1.313/M).

Szkoła 2.: Moja szkoła – te słowa nie budzą pozytywnych myśli (S2.524/K).

Szkoła 3.: W szkole jest syf. Atmosfera beznadziejna (S3.214/M).

Szkoła 4.: Atmosfera w szkole przypomina mi atmosferę bazaru (S4.101/M).

W szkołach 1., 2., 4. uczniowie byli niezadowoleni z powodu obciążenia nauką:

Szkoła 1.: Nauczyciele nie mogą zrozumieć, że uczniowie nie wywiązują się z obowiązków – w jednym tygodniu 5 sprawdzianów, co jest nieregularne, 6 popraw, z czego 3 tego samego dnia na tej samej godzinie, do domu zadane 5 wypracowań, z czego co najmniej 2 z tego samego przedmiotu (S1.113/M).

Szkoła 2.: Jest 16 przedmiotów, do każdego masz się uczyć systematycznie i pamiętać nawet to, czego uczyłeś się w I klasie na początku, gdy jesteś już w II. Musisz być ciągle przygotowany, wszyscy oczekują od ciebie coraz więcej. Tego nie da się wytrzymać (S2.202/K).

Szkoła 4.: Wielu nauczycieli myśli, że mamy tylko jedną lekcję i zadają tyle, że nie wiadomo, od czego zacząć (S4.201/M); Źle mi, że czasem sprawdziany wypadają parę razy w tygodniu a kartkówki na każdej lekcji (S4.210/M).

Inne negatywne opinie uczniów dotyczyły:

Szkoła 1.: Trudności w nauce słabszych uczniów: W szkole jest mi ciężko, bo nie jestem zbyt mądra. Bardzo chętnie bym ją zmieniła. Wszystko tu mnie denerwuje. Czasami po wyjściu ze szkoły mam zamiar się rozplakać (S1.204/K); oraz poczucia braku sprawiedliwości wobec lepszych uczniów: (...) nauczyciele często zlecają lepiej uczącym się uczniom prace dodatkowe, udział w konkursach [rzadko] pytają uczniów o zgodę na udział w konkursie. Uważam, że to jest niesprawiedliwe (S1.111/K).

Szkoła 2.: Nadmiernego stresu: Pytanie z poprzednich lekcji jest bardzo stresujące, przez co niektóre osoby mają problemy ze zdrowiem (...) Nie chodzi o to, żeby nauczyciele nie pytali wcale, ale też nie na każdej lekcji (S2.107/M);

Przekazywania negatywnego podejścia do życia: Uczą nas wielu rzeczy: przegrywania, tracenia nadziei, smutku, żalości i dekadentkiej refleksji na temat życia (S2.106/M).

Relacje między uczniami. Pozytywne opinie uczniów dotyczyły najczęściej:

• dobrych kontaktów w klasie:

Szkoła 1.: Klasa jest nawet fajna. Z niektórymi da się normalnie pogadać, wyzalić się a oni pomogą wybrać słuszną decyzję (S1.403/K).

Szkoła 2.: Podoba mi się to, że w miarę możliwości jesteśmy zgraną klasą. Są chyba tylko dwie osoby nielubiane w klasie, ale one i tak nie są przez nas odrzucane, tylko ich zachowanie sprawia, że są trochę mniej lubiane. Jednak staramy się szanować wszystkich (S2.408/K).

Szkoła 3.: Moja klasa jest ze sobą bardzo zżyta, lubimy się i szanujemy. (S3.307/K).

• dobrych relacji z innymi klasami:

Szkoła 1.: Przerwy są chyba najfajniejsze. Chodzę sobie do biblioteki – lubię czytać. Można spotkać się z koleżankami i poplotkować (S1.403/K).

Szkoła 2.: W szkole jest fajna atmosfera pomiędzy uczniami różnych klas, nie ma podziału (...) i wszyscy ze sobą rozmawiają (S2.526/K).

Szkoła 3.: Podoba mi się, że starsze klasy nie dręczą młodszych klas (S3.216/K).

Negatywne opinie o relacjach z rówieśnikami były bardziej zróżnicowane i dotyczyły zachowań problemowych wpływających na samopoczucie uczniów w szkole

Wymieniano:

- brak szacunku i kultury we wzajemnych kontaktach: w szkołach 1., 3. i 4. obraźliwe, wulgarne odzywki, wyśmiewanie: [denerwuje mnie], gdy moja koleżanka wyśmiewa chrześcijan (S3.201/K), w szkole 2. prześladowanie za odmienny wygląd: Jeśli ktoś nie ubiera się tak, jak większość, tzn. według nowej mody lub nie pokazuje reszcie, jakim to on jest super kozaczkim, jest regularnie gnojony (...) (S2.323/K).
- różne formy przemocy i brak poczucia bezpieczeństwa. Z relacji uczniów ze szkoły 1. wynikało, że niektórzy – zmuszani do „pożyczania pieniędzy”, upokarzani, wyzywani i obrzucani przedmiotami – nawet podczas lekcji nie czuli się bezpiecznie. Uczniowie szkoły 2. pisali o przeklinaniu, wymuszaniu przedmiotów i pieniędzy oraz o przemocy fizycznej: Dwa razy ktoś mnie złapał za tyłek, ale uciekł więc nie zdążyłam dać mu z plaskacza (S2.102/K). W szkole 4. relacjonowano zaczepianie młodszych uczniów przez starszych – konflikty i bójki. Uczniowie ze szkoły 3. nie poruszali w wypracowaniach kwestii przemocy.
- używanie substancji psychoaktywnych. We wszystkich szkołach sygnalizowano palenie przez uczniów papierosów. W szkole 1. wskazywano też na problem picia alkoholu i rozprowadzania w szkole Acodinu.

W każdej szkole występowały też specyficzne problemy w relacjach między uczniami.

Cechą relacji między uczniami w szkole 1., wydają się różne konflikty związane z podziałami na tle:

- koloru skóry: Nie podobają mi się ludzie, którzy są innej rasy niż moja, gdyż słyszę że jestem „białasem”(...) Rasizm jest tylko zauważalny gdy osoba przeciwnej rasy niż biała zostaje obrażona, co jest niedopuszczalne (S1.316/M);
- wyników w nauce: Jest mało dobrych uczniów, więc czasem są wyśmiewani (S1.112/K).
- kibicowania różnym klubom piłkarskim.

W szkole 2. uczniowie pisali o:

- wywieraniu presji przez rówieśników i dorosłych: Wymagają od nas rodzice, wymagają od nas złe wychowawczynie czy nauczyciele, wymagają znajomi. Zapal, bo będziesz słaby, głupi, napij się, bo będziesz zły (S2.202./K);
- rywalizacji między uczniami: Żeby przetrwać w takim miejscu, trzeba mieć osobowość. Trzeba lubić siebie i trochę się wyróżniać, bo możesz zginąć niezauważony (S2.206/K)

- wywyższaniu się: [wszędzie] jest grupka ludzi popularnych. Nie wiem, co oni takiego w sobie mają, że wszyscy ich uwielbiają mimo tego, że są to raczej osoby, które nie są zbyt sympatyczne; wywyższają się, ciągle zmieniają „przyjaciół” i do tego uczą się mniej niż średnio. Takie osoby sprawiają, że niektórzy mogą się czuć nieswojo, ponieważ ci popularni śmieją się i pogardzają wszystkimi (S2.104/K).

W szkole 3. zdania uczniów na temat wywyższania się, czyli lansu, były podzielone: Nie ma lansu tak jak w większości szkół, ludzie są oceniani ze względu na charakter, a nie to, jakie ubrania noszą (S3.319/M); [uczniowie] czasami poniżają osoby mniej zamożne, czy te, które nie mają fajnych ciuchów (S3.102/K).

Uczniowie szkoły 4. także pisali o braku akceptacji ze strony klasy: Chodzę do nich [kolegów spoza klasy] gdyż 16 na 19 osób z klasy mnie nie akceptuje (S4.104/K).

Relacje między nauczycielami a uczniami. Uczniowska ocena relacji z nauczycielami była zróżnicowana i dotyczyła wielu stron wzajemnych kontaktów i zachowań nauczycieli. Pozytywne opinie dotyczyły:

- życzliwego nastawienia nauczycieli:

Szkoła 1.: Nauczyciele liczą się z uczniami, a na większości lekcji panuje dobra atmosfera (S1.4110/M) (...) są wyrozumiali (S1.202/K).

Szkoła 2.: (...) czasem możemy się z nimi [nauczycielami] pośmiać oraz porozmawiać na różne tematy, nie tylko o szkole (S2.408/K).

Szkoła 3.: Lubię nauczycieli, którzy mnie uczą (S3.208/K); (...) większość utrzymuje z uczniami przyjazne kontakty raczej sprzyjające nauce (S3.301/K).

Szkoła 4.: Relacje z nauczycielami są dobre (S4.203/K); [niektórzy nauczyciele] są fajni i często żartują (S4.210/M).

- szczególnie lubianych członków grona pedagogicznego:

Szkoła 1.: Bardzo dobrzy są w szkole pedagog i pani pielęgniarka. Można z nimi o wszystkim porozmawiać (S1.112/K).

Szkoła 2.: Miałem sprawę w sądzie o pobicie i żałuję tego, co zrobiłem, ale mam nauczyciela, z którym mogę normalnie pogadać i wiem, że mi pomoże (S2.613/M); Jeden z nauczycieli jest taki świetny, zawsze chętny do rozmowy na wszystkie tematy, któremu także możemy poopowiadać nie tylko o szkole, ale także o tym co robimy, gdzie i z kim imprezujemy. No po prostu o wszystkim. Taki nauczyciel – ideał (S2.614/K).

Szkoła 3.: Kocham swoją wychowawczynię (S3.110/M); Dyrektor, pedagog, są to najwspanialsze kobiety (S3.212/K).

- gotowości nauczycieli do pomocy w nauce:

Szkoła 1.: Podoba mi się, że czasem pozwalają poprawić sprawdziany nie w terminie (S1.203/K); (...) że niektórzy nauczyciele zostają dodatkowo po godzinach, by uczniowie, którzy mają codziennie 8 godzin lekcji mogli poprawić oceny (S1.306/M).

Szkoła 2.: Nauczyciele (...) pomagają w poprawieniu ocen (S2.409/K); (...) również często dają szansę tym, którzy uczą się gorzej (S2.503/M).

Szkoła 3.: Wysłuchują, pomogą, wytłumaczą, pozwolą się poprawić (S3.212/K).

- prowadzenia lekcji w sposób interesujący i zrozumiały:

Szkoła 1.: Tematy lekcji są prowadzone ciekawie i zawsze wyciągamy z nich wiele wiedzy (S1.202/K).

Szkoła 2.: Fajne jest to, że niektórzy nauczyciele prowadzą lekcje z pasją (S2.506/K);

(...) nauczyciele, którzy chcą nam pomóc, dać szansę na podejmowanie samodzielnych decyzji (S2.220/M).

Szkoła 3.: (...) niektórzy są nauczycielami z prawdziwego zdarzenia (S3.314/K).

Szkoła 4.: Pani ciekawie opowiada i potrafi trzymać porządek (S4.202/K).

Negatywne opisy relacji z nauczycielami odnosiły się do:

- braku szacunku:

Szkoła 1.: [nauczyciel] jest strasznie nie w porządku do mnie, ciągle się ze mnie nabija i nazywa mnie sierotą bo nie jestem najlepszy fizycznie (S1.318/M).

Szkoła 2.: Nie szanują naszych poglądów, a także nie chcą uznać, że czasem nie mają racji, zdarza się także, że nie dopuszczają do głosu (S2.219/K).

Szkoła 3.: Najczęściej jesteśmy o niczym nie poinformowani, [wychowawca] o niczym nam nie mówi, zawsze zwała winę na nas (S3.102/K).

Szkoła 4.: (...) niektórzy nauczyciele za dużo krzyczą, że aż strach o coś spytać (S4.201/M).

- uprzedzeń i faworyzowania uczniów:

Szkoła 1.: Nauczyciele nie są dla wszystkich tacy sami (S1.313/M).

Szkoła 2.: Niektórzy nauczyciele nierówno traktują uczniów. Tych, który się lepiej uczy-kształca, a tych gorszych zostawiają bez pomocy (S2.411/K); Klasy są oceniane po tym, czy to jest klasa A, B, C ... (S2.320/K).

Szkoła 3.: Nauczyciele czepiają się mnie tylko dlatego, że mój brat chodził do tej szkoły (...) (S3.220/K).

Szkoła 4.: Nauczyciele traktują ucznia według stopni. Jak postanowią, że uczeń ma 3, to będzie się starać, aby ze wszystkich wypracowań postawić mu 3 (S4.104/K).

- niedostatecznych umiejętności wychowawczych:

Szkoła 1.: (...) nauczyciele ciągle straszą nas punktami. O ujemnych zawsze pamiętają, a o plusowych nie (S1.109/M).

Szkoła 2.: (...) są niesprawiedliwi, a nawet chamscy. Kiedy sobie nie radzą, to straszą uczniów. W przypadku konfliktu nie da się przeprowadzić kulturalnej dyskusji z nauczycielem, bo ten od razu atakuje (S2.524/K); Niedobrymi nauczycielami są też starzy, zamknięci w sobie ludzie (...) wyżywają się na dzieciach ze względu na swoje problemy (S2.622/K).

Szkoła 3.: Książd stosuje mobbing i nazywa nas skończonymi durniami (S3.114/M).

Szkoła 4.: Momentami czuję się nawet terroryzowany przez nauczycielkę (S4.109/M).

- niedostatecznych umiejętności dydaktycznych:

Szkoła 1.: Zdarzają się nauczyciele, którzy nie starają się zaciekawić uczniów (S1.112/K); Nie potrafi wytłumaczyć (matematyki) uczniom niekoniecznie zdolnym w tej dziedzi-

nie, mimo ogromnej wiedzy (S1.411/K); [Nauczyciele WF] praktycznie myślą zasady gier (...) Zawsze, jak są zawody, to dowiadujemy się o tym dwa dni przed i zostajemy nieprzygotowani i wystawiamy się na pośmiewisko innych szkół (S1.107/M).

Szkoła 2.: (...) nudne lekcje, czytają z podręcznika, co w sumie możemy zrobić sami, to po co nam taki nauczyciel! (S2.426/K); Mała grupa nauczycieli skupia się na uczniach podczas lekcji. Zazwyczaj zadają oni pracę i zajmują się czymś innym (S2.410/K).

Szkoła 3.: Lekcje czasem są prowadzone w tak nudny sposób, że zasnąć można (S3.313/M);

Szkoła 4.: Może na lekcji jest spokój, ale pani w ogóle nic nie tłumaczy. Mruczy tylko coś pod tablicą i każe przepisywać, a jak ktoś nie umie zrobić zadania, to się nam dziwi, że to takie proste, a nikt nic nie umie (S4.202/K).

- braku reakcji na zachowania problemowe:

Szkoła 1.: Wyzywanie, plucie, robienie „kebabów” [zmuszanie ucznia do położenia się na podłodze i przygniatanie go przez innych], przeklinanie – to norma w tej szkole. Nauczyciele rzadko reagują (S1.208/K); Czasem na dyżurach nauczyciele nie reagują na wymuszanie jedzenia (S1.112/K).

Szkoła 2.: [Nauczyciele] ignorują niewłaściwe zachowania uczniów, typu chamskie odzwyci. (S2.505/K); Koło szkoły znajduje się miejsce zwane „palarnią”(…) Wielokrotnie (...) nauczyciele przechodzili i jedynie reakcją nauczycieli była „dzień dobry” (S2.315/M); W szkole są problemy z narkotykami, a nic się z tym nic robi, by nie narażać opinii szkoły (S2.306/K).

Szkoła 4.: Ostatnio widziałam, jak gimnazjaliści bili małego chłopca, a nauczyciele, widząc to, nie zareagowali. Na szczęście moi koledzy stanęli w obronie młodszego (S4.104/K).

W wypowiedziach uczniów szkoły 2. pojawił się wątek, nieobecny w innych szkołach, adekwatnych reakcji nauczycieli w sytuacjach konfliktowych: Czasem [jest] niebezpiecznie [na przerwach], ale zapobiegają temu dyżury nauczycieli (S2.510/K); Gdy nauczyciele widzą konflikt, od razu interweniują (S2.503/M).

Niektórzy uczniowie ze szkół 1., 2. i 3. zauważali, że także oni sami mogą mieć wpływ na relacje uczeń – nauczyciel, nie są jedynie biernymi odbiorcami działań nauczycieli: Nauczyciel darzony szacunkiem odwzajemnia go wobec uczniów, uczniom łatwiej się z nim porozumieć.

Klimat szkoły z perspektywy nauczyciela

Opinia o szkole i poczucie więzi ze szkołą. Nauczyciela z każdej ze szkół mówili o poczuciu więzi:

Szkoła 1.: Spędzam połowę mojego życia w tej szkole. (...) jest nie tylko miejscem pracy, ale też tutaj poświęcam się (...), realizuję (S1.N1).

Szkoła 2.: Myślę, że jestem osobą zaangażowaną w swoją pracę,(...) na pewno wierzę w to, co robię (S2.N9).

Szkoła 3.: [Szkoła jest] najważniejszą rzeczą w moim życiu (...) jest to sens mojego życia (...). Cała ta moja szkoła pozytywnie mnie nakręca (S3.N1).

Szkoła 4.: (...) nie wyobrażam sobie innej pracy (S4.N4); (...) to jest tak samo ważne w zasadzie jak dom, ponieważ tutaj spędzamy połowę życia (S4.N3).

O dobrej opinii nauczycieli o szkole decydowały w dużej mierze relacje w gronie pedagogicznym oraz pozytywne opinie o współpracownikach:

Szkoła 1.: Zespół nauczycieli i psychologów jest rewelacyjny. Daje mi ogromne wsparcie (S1.N3); [Obserwuję] duże poświęcenie ze strony nauczycieli w kierunku wyciągania uczniów z różnych nisz (...) w nauce, w zachowaniu, w pomocy, w funkcjonowaniu rodziny, w możliwości rozwijania swoich talentów (S1.N4).

Szkoła 3.: [dobrze się czuję] ze względu chyba na ludzi, z którymi tutaj współpracuję (S3.N1).

Szkoła 4.: My jesteśmy jedną rodziną (S4.N3). Jest tu ogromna rzesza ludzi, którym chce się [coś] zrobić z różnymi uczniami, którzy przychodzą często zupełnie źle ukierunkowani, a wychodzą ukształtowani i mądrzy (S4.N1).

Dobremu samopoczuciu nauczycieli w szkole 2. i 3. sprzyja samodzielność i możliwość realizacji własnych planów: (...) jest się samemu sobie sterem, żeglarzem i okrętem (S2.N9); Nauczyciel jest takim generałem. Uczniowie to wojsko malutkie (S2.N8); Odpowiada mi to co robię i że mam swobodę działania (S3.N3).

Żaden z nauczycieli nie formułował jednoznacznie negatywnych opinii o szkole. Pojawiły się jedynie wypowiedzi, w szkole 1. i 2., na temat rutyny i monotonii w pracy: Te same problemy, wciąż są wałkowane (S1.N3), [którym towarzyszy] poczucie braku sukcesów i niewystarczające wsparcie dla wychowawcy ze strony innych nauczycieli (S1.N5); Szkolna rutyna jest (...) przytłaczająca i czasami taka odbierająca zapał i chęci do pracy (S2.N9).

Uczniowie i relacje między nimi

Nauczyciele z każdej ze szkół sygnalizowali różne problemy w relacjach między uczniami.

W szkole 1. nauczyciele widzieli relacje między uczniami głównie przez pryzmat sytuacji konfliktowych – kibicowanie różnym klubom piłkarskim (Legia – Polonia) oraz niechęć do cudzoziemców. Zwracali uwagę na niski poziom integracji uczniów w klasach.

W szkole 2. nauczyciele opisywali relacje między uczniami w kategoriach: przenoszenia przez dzieci do szkoły złych nawyków[z domu] (...), nieprzestrzegania zasad szkolnych (S2.N7) oraz biernej akceptacji przez nauczycieli zachowań, wobec których czują się bezradni: Widzimy problem przemocy, ale zwracamy na niego mniejszą uwagę niż uczniowie (S2.N5). Głupio, pozersko, agresywnie zachowują się 13-latki, nie ma na to rady (S2.N8).

W szkole 3. wśród negatywnych zachowań uczniów nauczyciele wymieniali wyśmiewanie, które ich zdaniem jest mało rozpowszechnione: Procent takich zachowań jest zdecydowanie mały w porównaniu do (...) pozytywnego odbioru uczniów (S3.N4). Kilku nauczycieli potwierdzało istnienie *lansu*.

W szkole 4., zdaniem nauczycieli, agresja między uczniami nie jest nasiloną, chociaż zdarzają się sporadyczne przypadki łamania dyscypliny czy akty przemocy.

Relacje nauczyciele – uczniowie

Mówiąc o relacjach z uczniami nauczyciele analizowali głównie własne postawy i działania, podkreślając:

- podmiotowe podejście do uczniów

Szkoła 1.: Myślę, że traktujemy dziecko na pierwszym miejscu, nie ubliżamy (...)Traktujemy poważnie dziecko i problem (S1.N1).

Szkoła 3.: Staram się, żeby dzieci czuły się, że nie są przedmiotem, tylko podmiotem (S3.N1).

Szkoła 4.: (...) trzeba dziecko traktować serio a nie jak zabawkę (...) to normalny człowiek, tylko w mniejszym rozmiarze (S4.N3); Przede wszystkim czas. Czas drugiej osobie. Tego się nie da inaczej (S4.N2).

W szkole 2. wyrażono opinię, że: (...) uczeń nie jest partnerem nauczyciela. Ja jestem osobą dorosłą, z odpowiednimi kwalifikacjami, z pewnym bagażem doświadczeń, oni są tylko bardzo młodymi ludźmi, którzy wszystko robią po raz pierwszy, więc to też muszą brać pod uwagę (S2.N9).

- indywidualne spojrzenie na każdego ucznia

Szkoła 1.: (...) można być łatwo zauważonym, (...) w dobrym znaczeniu lub złym (S1.N 4).

Szkoła 4.: Ile dzieci, tyle musi być przemyśleń i sposobów (S4.N3).

- gotowość do udzielania uczniom pomocy

Szkoła 1.: (...) ale też muszą być taką osobą, do której dzieci mogą się zwrócić z różnymi problemami i pytaniami. Myślę, że oczekują też ode mnie takiej pomocy (S1.N1).

Szkoła 3.: Uczniowie często zwracają się o pomoc w różnych sprawach, także osobistych (S3N2).

Nauczyciele mówili także o własnych umiejętnościach sprzyjających pracy wychowawczej z uczniami:

- panowanie nad emocjami

Szkoła 2.: Umiejętność zapanowania nad emocjami i niedopuszczenia do takiej sytuacji, że człowiek się na dziecko drze (S2.N9).

Szkoła 4.: (...) Nie dać się sprowokować (S2N3).

- konsekwencja w postępowaniu

Szkoła 2.: (...) [ważna] konsekwencja i rozliczanie, w takim sensie, żeby skłonić do przemyślenia, do wyciągnięcia wniosków i konsekwencji (S2.N9).

Szkoła 3.: (...) żeby wszyscy nauczyciele wymagali od uczniów tego samego (S3.N2).

- empatia, zrozumienie sytuacji uczniów

Szkoła 3: Rozumieć to, co oni do mnie mówią (...), czasami postawić się w ich sytuacji (S3.N4).

Szkoła 4.: (...) uwrażliwienie na człowieka, dostrzeżenie w każdym czegoś dobrego. Nie ma ludzi, którzy są od początku do końca źli (S4.N1); Traktujemy dzieci jak nasze dzieci (S4.N2).

Nauczyciele zwracali też uwagę na problemy w relacjach inni nauczyciele – uczniowie.

W szkole 1. dotyczyły one braku życzliwości części nauczycieli wobec uczniów: (...) są sytuacje, że ktoś podchodzi (...) do wszystkich uczniów tak bardzo oziębłe, że niby wszystko rozumie, ale nie potrafi wyjść poza ramy swojego zachowania (S1.N3). Wspomniano także o trudności w pogodzeniu angażowania się w pomoc uczniom sprawiającym kłopoty wychowawcze ze stosowaniem wobec nich sankcji za łamanie szkolnych zasad i/lub prawa: Ten uczeń, chłopak czy dziewczyna nagle otwierają się przede mną. (...) On ma opiekunów w ośrodku wychowawczym. Ma kuratora (...). I dzwonię wtedy po policję i do ośrodka i oni [uczniowie] już traktują mnie jak złego i są obrażeni, ale tak bywa (S1.N3).

W szkole 2. zwrócono uwagę, że nauczyciele za mało rozmawiają z uczniami: Młodzież ma chroniczną potrzebę rozmawiania. Wychowawcy raczej nie rozmawiają (S2.N6). Nauczyciele w szkole 3. dostrzegli zubożenie zainteresowań uczniów, na skutek dominacji Internetu i kultury obrazków, co prowadzi, ich zdaniem, do niemożności trafienia do uczniów z treściami dodatkowymi, które [ich] rozwijają (S3.N3).

W szkołach 1. i 4. nauczyciele przyznawali, że nie wszystkie zajęcia są prowadzone w sposób pobudzający aktywność uczniów, co wiąże z brakiem inicjatywy i pomysłowości ze strony nauczycieli.

Podsumowanie i dyskusja

Uczniowie różnili się w swoich ocenach klimatu szkoły. W każdej z badanych szkół byli uczniowie, którzy dobrze się w niej czuli oraz tacy, którzy jej atmosferę odbierali jako nieprzyjazną. Podobnie było z oceną relacji uczeń – nauczyciel. We wszystkich szkołach byli uczniowie odbierający nauczycieli jako sympatycznych, życzliwych, potrafiących ciekawie i przystępnie przekazywać wiedzę oraz uczniowie negatywnie oceniający kontakty ze swoimi pedagogami.

Badania ujawniły także podobieństwa w spostrzeganiu klimatu szkoły przez uczniów z różnych szkół.

Wśród kwestii powtarzających się w wypowiedziach uczniów były uwagi dotyczące relacji z nauczycielami. We wszystkich szkołach uczniowie wspominali o różnego typu nieprzyjemnych zachowaniach nauczycieli, odbieranych jako uwłaczające godności ucznia. Wiązały się one z wykorzystywaniem przez nauczycieli ich dominującej pozycji przy rozwiązywaniu konfliktów, faworyzowaniem jednych i negatywnym nastawieniem do innych uczniów, brakiem zaangażowania i/lub umiejętności prowadzenia lekcji. Wspólne dla wszystkich szkół były też problemy w relacjach między uczniami, zwłaszcza przejawy braku kultury i poszanowania „inności” oraz problemy z używaniem substancji psychoaktywnych.

Wypowiedzi nauczycieli ze wszystkich szkół były bardziej zróżnicowane, treści poruszane przez nich rzadziej się powtarzały. Jedynym elementem łączącym wypowiedzi wszystkich nauczycieli było deklarowanie silnego poczucia więzi ze szkołą i zaangażowania w pracę.

Szkołą wyróżniającą się na tle innych w zakresie cech środowiska kształcenia i wychowania była szkoła 3. Jej uczniowie jako jedyni nie skarżyli się na nadmierne obciążenie nauką. Jest to interesujące, zwłaszcza w zestawieniu z do-

brymi wynikami egzaminów gimnazjalnych tej szkoły, ponieważ może oznaczać umiejętne stawianie uczniom wymagań przez nauczycieli, atrakcyjny sposób prowadzenia lekcji lub inne formy zachęcania uczniów do nauki.

Inna ważna różnica między uczniami szkoły 3. a pozostałymi dotyczyła poczucia bezpieczeństwa fizycznego i emocjonalnego, wyrażającego się w braku wypowiedzi opisujących przemoc rówieśniczą (choć w wypracowaniach znajdowały się opisy niewybrednych żartów i przejawów nietolerancji). Jedynym negatywnym elementem relacji rówieśniczych wyraźniej zaznaczonym w tej szkole był *lans*, czyli wywyższanie się uczniów mających droższe ubrania i modniejsze gadżety. Nie było to chyba jednak zjawisko zbyt nasilone, ponieważ część uczniów zaprzeczała istnieniu tego problemu. Również w tej szkole, jako jedynej, uczniowie nie wspominali o braku reakcji nauczycieli na zachowania problemowe. Ten ostatni wynik ma szczególną wagę, zwłaszcza na tle stosunkowo wysokiego w tej szkole poczucia bezpieczeństwa uczniów.

Można stwierdzić, że w odbiorze uczniów klimat społeczny szkoły 3. jest lepszy niż w innych szkołach. Prawdopodobnie jest to zasługą grona pedagogicznego, które reaguje na zachowania problemowe uczniów oraz przywiązuje dużą wagę do rozumienia problemów uczniów i udzielania im pomocy. Nauczyciele z tej szkoły zwracali też uwagę na dobre relacje we własnym gronie oraz podkreślali własną satysfakcję z pracy.

Dwie cechy klimatu szkoły 2., związane z cechami środowiska kształcenia i wychowania, wyróżniały ją spośród innych szkół: relacjonowane przez uczniów poczucie stresu i odczuwanie presji środowiskowej. Stres wiązany był z nauką i w dużej mierze był efektem zachowań nauczycieli. Odczuwana presja niekiedy wiązała się z namowami rówieśników do palenia papierosów i picia alkoholu. W wypowiedziach uczniów z tej szkoły pojawił się także wątek przekazywania przez nauczycieli negatywnego nastawienia do życia.

Można sformułować tezę, że w odbiorze uczniów klimat społeczny szkoły 2. nie jest najlepszy. Znalazło to pewne potwierdzenie w wypowiedziach nauczycieli – nie mówili oni wyraźnie o dobrych relacjach we własnym gronie, wskazując raczej na zindywidualizowany charakter pracy nauczyciela, który zostaje sam na sam z klasą. Zwracali także uwagę na naturalny brak równości w relacjach nauczyciel – uczeń i podkreślali znaczenie konsekwencji w działaniu oraz umiejętności nieulegania emocjom, nawet w trudnych sytuacjach z uczniami. Sugeruje to duże doświadczenie pedagogiczne grona nauczycielskiego, ale być może także pewną rutynę.

Negatywne cechy relacji między uczniami charakteryzowały klimat szkoły 1. Znajdowały one swój wyraz w istniejących podziałach, wynikających z cech środowiska społecznego: obecności w szkole podopiecznych ośrodka wychowawczego, imigrantów oraz nastolatków z różnymi deficytami. Odzwierciedleniem tej sytuacji były wypowiedzi uczniów o konfliktach między kibicami różnych drużyn piłkarskich, przedstawicielami różnych narodowości oraz lepszymi i gorszymi uczniami. Nauczyciele byli świadomi specyficznych problemów i dylematów wy-

stępujących w szkole, traktowanych jako wyzwanie. Jednocześnie uczniowie z tej szkoły doceniali zaangażowanie swoich nauczycieli w pracę dydaktyczną i wychowawczą.

Klimat szkoły 4. w obszarze relacji interpersonalnych między uczniami i nauczycielami był trudny do jednoznacznego określenia na podstawie wypowiedzi uczniów i nauczycieli. Uczniowie z tej szkoły, w odróżnieniu od pozostałych, w swoich pracach nie pisali pozytywnie o relacjach wewnątrz klasy i dobrych kontaktach z uczniami z innych klas. Nie podawali też, jak to miało miejsce w przypadku uczniów ze szkół 1., 2. i 3., szczególnie lubianych członków grona pedagogicznego oraz przykładów pomocy ze strony nauczycieli. W wypowiedziach nauczycieli z tej szkoły także nie odnotowano jednoznacznych deklaracji o ich gotowości do udzielania pomocy uczniom. Jednak wyraźniej niż rozmówcy z innych szkół podkreślali oni potrzebę poświęcania czasu uczniom, rozumienia ich problemów oraz zachowania spokoju w każdej sytuacji. Powyższe elementy relacji interpersonalnych mogą być interpretowane jako nastawienie na udzielenie wsparcia uczniom. Z wypowiedzi uczniów wynika jednak, że w szkole 4. relacje między uczniami oraz między uczniami a nauczycielami nie są zbyt bliskie. Nauczyciele, deklarują, co prawda, nastawienie „prouczniowskie”, ale relacje w tej szkole nie wydają się tak serdeczne jak w pozostałych szkołach.

Podsumowując, dla pozytywnego społecznego klimatu szkoły wydają się nie mieć kluczowego znaczenia takie cechy szkoły jak: jej wielkość (duża, średnia, mała), odsetek nauczycieli dyplomowanych oraz poziom osiągnięć uczniów. Z perspektywy uczniów najważniejsze są relacje z rówieśnikami. Na ich jakość może mieć wpływ obecność uczniów drugorocznych i związane z tym większe nasilenie zachowań problemowych w szkole. W tej sytuacji czynnikiem, który może wpływać na poprawę samopoczucia uczniów są skuteczne sposoby radzenia sobie z tego typu zachowaniami przez nauczycieli. Z perspektywy nauczycieli najbardziej istotne są te wymiary klimatu, które dotyczą dobrych relacji w gronie nauczycielskim, opartych na pracy zespołowej oraz poczucie sensu podejmowanych interwencji wychowawczych.

Nasze badania potwierdzają, że żadna ze szkół nie ma jednolitego klimatu w sensie psychologicznym (Kulesza, 2007). Subiektywne odczucia jednostek i wizje rzeczywistości szkolnej są we wszystkich placówkach zróżnicowane, nie tylko między uczniami i nauczycielami, ale również między samymi uczniami. Można jedynie mówić o przewadze lepszych lub gorszych elementów klimatu dostrzeganych przez osoby związane z daną szkołą.

Wyniki analiz jakościowych sugerują, że nauczyciele lepiej oceniają klimat szkoły niż uczniowie, zwłaszcza relacje uczniowie – nauczyciele. Ogólnie jednak dostrzegają oni podobne problemy jak uczniowie, a ich dobre samopoczucie w pracy wiąże się z mniejszym stresem odczuwanym przez uczniów. Nasze badania potwierdzają wyniki badań porównujących percepcję klimatu szkoły przez uczniów i nauczycieli (Raviv i in. 1990; Bosworth i in. 2011; Brand i in. 2008; Junik, 2009). Jednocześnie wskazują, jak ważna jest analiza opinii, zarówno na-

uczycieli, jak i uczniów z tej samej szkoły, w kontekście identyfikacji czynników ryzyka i czynników chroniących związanych z poczuciem bezpieczeństwa i dobrym samopoczuciem uczniów w szkole.

Powyższe spostrzeżenia dotyczące klimatu szkoły z perspektywy uczniów i nauczycieli muszą brać pod uwagę ograniczenia badań wynikające ze sposobu ich przeprowadzenia. Zastosowane jakościowe metody zbierania danych były inne w przypadku uczniów (praca pisemna) i nauczycieli (wywiad indywidualny). Inna była też reprezentacja populacji uczniów (wszyscy z klas II) i nauczycieli (czterech przedstawicieli szkoły). Różnice te niewątpliwie utrudniają porównanie percepcji klimatu szkoły przez uczniów i nauczycieli. Mimo to możliwe jest naszkicowanie specyficznego klimatu społecznego każdej ze szkół.

Wnioski

Wydaje się wskazane, co jest zgodne z wnioskami z innych polskich badań klimatu społecznego szkoły (Junik, 2009), by pracownicy szkół przykładali większą wagę do budowania i wspierania pozytywnego społecznego klimatu w ich placówkach. W tym celu konieczne jest uwzględnienie w diagnozie zasobów szkoły również tego obszaru, który w znacznej mierze odnosi się do wzajemnych relacji między członkami społeczności szkolnej. Wymaga to upowszechnienia wiedzy wśród pracowników placówek oświatowych na temat znaczenia pozytywnego klimatu szkoły dla profilaktyki zachowań problemowych uczniów i poziomu poczucia satysfakcji z pracy wśród nauczycieli.

Uwagi końcowe

W ramach naszego projektu badawczego podjęliśmy próbę praktycznego wykorzystania wyników niniejszych badań. Zostały one zaprezentowane (razem z zebranymi danymi ilościowymi) podczas Rad Pedagogicznych podsumowujących badania klimatu danej placówki. Zapoznanie ogółu nauczycieli z uczniowskimi i nauczycielskimi ocenami poszczególnych wymiarów klimatu szkoły, pozwoliło na konfrontację dwóch perspektyw: dorosłych i nastolatków oraz na identyfikację mocnych i słabych stron każdej placówki. Stanowiło to we wszystkich szkołach początek dyskusji, często ożywionej, którą staraliśmy się wykorzystać, przekazując nauczycielom wskazówki, jak wypracowywać wspólną płaszczyznę porozumienia – nie tylko z uczniami, ale również w gronie pedagogicznym. Mamy nadzieję, że to zderzenie różnych wizji szkolnej rzeczywistości psychologicznej, zależnej od doświadczeń, wieku, przekonań, wiedzy i wartości poszczególnych osób, stanie się impulsem do pozytywnych zmian, które pomogą nauczycielom lepiej rozumieć potrzeby i zachowania uczniów oraz skuteczniej im pomagać.

Literatura przywoływana

Adrian B. (2011). *Kultura szkoły. W poszukiwaniu nieuchwytnego*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.

- Anderson C. (1982). *The Search for school climate: A Review of the research*, Review of Educational Research, 52(3): 368-420.
- Bosworth K., Ford L., Hernandez D. (2011). *School climate factors contributing to student and faculty perceptions of safety in select Arizona schools*, Journal of School Health, 81(4), 194-201.
- Brand S., Felner R.D., Seitsinger A., Burns A., Bolton N. (2008). *A large scale study of the assessment of the social environment of middle and secondary schools: The validity and utility of teachers' rating of school climate, cultural pluralism, and safety problems for understanding school effects and school improvement*, Journal of School Psychology 46, 507-535.
- Catalano R., Haggerty K., Oesterle A., Fleming C., Hawkins D. (2004). *The Importance of bonding to school for healthy Development: Findings from the social development research group*, Journal of School Health 74(7), 252-261.
- Cohen, J. & Geier, V.K. (2010). *School Climate Research Summary*: January 2010. New York, NY-
(www.scholclimate.org/climate/research.php).
- Flick U. (2010). *Dobór próby, selekcja materiałów i zdobywanie dostępu* (w:) Projektowanie badania jakościowego. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 55 – 71.
- Junik W. (2009). *Ewaluacja zasobów szkoły i diagnoza występujących w niej zagrożeń*. (w:) M. Deptuła (red.) *Profilaktyka w grupach ryzyka*. Diagnostyka. Część I, Parpamedia, Warszawa, 29-56
- Krejtz K., Krejtz I. (2005). *Metoda analizy treści – teoria i praktyka badawcza*. (w:) K. Stemplewska-Żakowicz i K. Krejtz (red.) *Wywiad psychologiczny. Wywiad jako postępowanie badawcze*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa, 129-148.
- Kulesza M (2007). *Klimat szkoły a zachowania przemocowe uczniów w świetle wybranych badań empirycznych*, www.seminare.pl/24/Kulesza2007.pdf: 261-277.
- Kuperminc G., Leadbeater B., Emmons C., Blatt S. (1997). *Perceived school climate and difficulties in the social adjustment of middle school students*, Applied Developmental Science 1(2), 76-88.
- Littrell J.M., Peterson J. M., Sunde J (2001). *Transforming the school culture: A model based on an exemplary counselor*. Professional School Counseling; Jun 2001; 4, 5, 310-319.
- Raviv A., Raviv A., Reisel E. (1990). *Teachers and students: Two different perspectives? Measuring social climate in the classroom*, American Educational Research Journal, 27, 141-157.
- Van Houtte M. (2005). *Climate or culture? A Plea for conceptual clarity in school effectiveness research*, School Effectiveness and School Improvement, 16(1), 71-89.
- Wingspread Declaration on School Connections* (2004). Journal of School Health 74(7), 233-234.
- Wojnarowska-Sołdan, M. (2006). Standard czwarty W: Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole. *Zeszyt 11: Zasady i narzędzia do autoewaluacji w szkole promującej zdrowie (str. 100-130)*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej. Tekst uzyskany w dniu 04.04.2012 ze strony: <http://www.ore.edu.pl/images/files/narzedzia%20do%20autoewaluacji.pdf>

**Anna Borucka, Joanna Raduj, Katarzyna Okulicz-Kozaryn,
Agnieszka Pisarska, Krzysztof Ostaszewski**

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Zakład Zdrowia Publicznego
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M

Praca finansowana w całości ze środków statutowych przeznaczonych na działalność naukową w latach 2010 i 2011, temat: Kultura szkoły a zachowania ryzykowne i samopoczucie uczniów, nr tematu: 501-102-10023.

Streszczenie

Celem pracy jest analiza wybranych elementów klimatu szkoły z perspektywy uczniów i nauczycieli gimnazjów.

Metoda: W badaniach jakościowych stanowiących podstawę opracowania wzięło udział 319 uczniów klas II (prace pisemne) i 16 nauczycieli (wywiady) z czterech gimnazjów warszawskich. Badania realizowano w ramach szerszego projektu badawczego dotyczącego klimatu i kultury szkoły.

Wyniki: Nauczyciele oceniają klimat społeczny szkoły bardziej pozytywnie niż uczniowie, zwłaszcza w kontekście relacji uczniowie – nauczyciele. Uczniowie z poszczególnych szkół różnili się poziomem poczucia bezpieczeństwa w szkole oraz spostrzeganym stopniem gotowości nauczycieli do reagowania w przypadku zachowań agresywnych czy przemocy wśród uczniów.

Wnioski: Wyniki wskazują na znaczenie badania klimatu społecznego wśród uczniów i nauczycieli. Daje to możliwość lepszego poznania szkolnych czynników chroniących i czynników ryzyka zachowań problemowych i zaburzeń zdrowia psychicznego uczniów.

Słowa kluczowe

klimat szkoły, opinie uczniów i nauczycieli, relacje nauczyciel – uczeń, zachowania problemowe, zdrowie psychiczne

Summary

The aim of the study was to analyze selected dimensions of school climate from teachers' and students' perspective.

Method: This study was a part of research project conducted in four purposely selected Warsaw middle schools. Qualitative methods were used including: observations, analysis of documents, individual interviews with teachers (N=16), students' essays (N=319).

Results: Teachers more positive than students assessed school climate, particularly in the area of students-teachers relations. The differences between students from different schools were found particularly in the area of students' sense of safety and teachers' involvement in case of students violence or aggressive behaviors.

Conclusion:

The findings of this study show the importance of studying both students' and teachers' voices in order to better understand school - level risk and protective factors related to student problem behaviors and psychosocial well-being.

Keywords

school climate; student perceptions; teacher perceptions, teacher-student relationships, problem behaviours, mental health

Krzysztof Przewoźniak, Jakub Łobaszewski, Witold Zatoński
oraz GYTS Poland Collaborating Group

Postawy wobec palenia tytoniu wśród uczniów w wieku 13-15 lat w województwie mazowieckim

Wyniki badania Global Youth Tobacco Survey z 2009 roku

Wstęp

Palenie tytoniu oraz użycie wyrobów tytoniowych w innej formie jest jedną z głównych, choć możliwych do uniknięcia, przyczyn przedwczesnych zgonów na świecie. W europejskim regionie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) samo palenie tytoniu jest odpowiedzialne każdego roku za co około 1,2 miliona zgonów, co stanowi 14% wszystkich zgonów w tej części świata [1]. WHO szacuje, że przed rokiem 2020 około 2 miliony Europejczyków (czyli co piąty umierający) będzie umierać co roku z tego powodu, jeśli w tej liczbie co dzisiaj będą zaczynać i zaprzestawać palenia tytoniu. Wyniki badań międzynarodowych pokazują, że większość obecnie palących zaczęła palić i uzależniła się od tytoniu przed 18 rokiem życia [2,3]. W celu zmniejszenia szkód zdrowotnych wywołanych epidemią palenia tytoniu trzeba nie tylko pomóc obecnie palącym w zaprzestaniu palenia, najlepiej w młodym wieku, kiedy jeszcze nie uzależnili się od tytoniu, ale także uchronić dzieci przed rozpoczęciem palenia.

W Polsce palenie papierosów jest co roku przyczyną 66 000 zgonów, z czego 38 000 przed 70 rokiem życia [4]. Zgony przedwczesne (w wieku 35-69 lat) spowodowane paleniem to aż 33% wszystkich zgonów w tym wieku u mężczyzn oraz 20% u kobiet. Ogólnopolskie badania sondażowe dotyczące postaw wobec palenia wśród dorosłych Polaków wskazują, że około 53% dorosłych pali codziennie w obecności dzieci, a 25% przy kobietach w ciąży [5]. Choć odsetek kobiet palących w okresie ciąży zmniejszył się w ciągu ostatnich 20-25 lat, to ciągle utrzymuje się na poziomie 15-20% [6]. Szacuje się, że co roku około 75 000 polskich dzieci rodzi się po wielomiesięcznej intoksykacji dymem tytoniowym, będąc narażonym m.in. na znajdujące się w nim substancje rakotwórcze, a u wielu stwierdza się symptomy uzależnienia od tytoniu [6]. Na podstawie skali narażenia dzieci na bierne narażenie i jego skutki zdrowotne szacuje się, że dym tytoniowy jest najprawdopodobniej głównym czynnikiem zagrożenia zdrowia i życia dzieci od ich poczęcia do 5 roku życia oraz w znacznym stopniu wpływa na ich stan zdrowia w wieku dorosłym [7]. Naśladowania zachowań dorosłych

i norm kulturowych sprzyjających rozpoczynaniu palenia podnosi także ryzyko eksperymentowania z paleniem i regularnego palenia przez dzieci w okresie dorastania.

Materiał i metody

Organizacja badania

Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez młodzież (Global Youth Tobacco Survey – GYTS) jest badaniem ankietowym prowadzonym na całym świecie na próbie uczniów w wieku 13-15 lat [8]. W skali międzynarodowej badanie jest koordynowane przez Ośrodek ds. Kontroli i Zapobiegania Chorób w USA (CDC) i Światową Organizację Zdrowia (WHO). W Polsce najnowszy sondaż GYTS przeprowadzono pomiędzy 27 kwietnia a 10 maja 2009 roku. Badanie zostało przeprowadzone na terenie Warszawy oraz innych gmin miejskich i wiejskich województwa mazowieckiego.

Instytucją odpowiedzialną za opracowanie procedur badawczych oraz koordynację przebiegu badania był Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów warszawskiego Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie (COI). Instytucja ta, we współpracy z Wydziałem Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie, kontrolowała i koordynowała realizację badania w terenie.

Dobór próby

Do udziału w badaniu wylosowanych zostało łącznie 60 szkół gimnazjalnych, w tym 20 gimnazjów w Warszawie, 20 w mniejszych miastach województwa mazowieckiego oraz 20 szkół znajdujących się na terenie gmin wiejskich. W badaniu wzięli udział uczniowie ze wszystkich poziomów nauczania (klasy I-III). Dane dotyczące liczby uczniów uczęszczających do poszczególnych szkół gimnazjalnych w województwie mazowieckim zostały pozyskane z Ministerstwa Edukacji Narodowej i następnie zweryfikowane przez dyrektorów wylosowanych szkół.

W pierwszym etapie doboru próby wylosowano szkoły uczestniczące w badaniu – prawdopodobieństwo wylosowania danej placówki szkolnej było wprost proporcjonalne do liczby uczniów w szkole. W wylosowanych gimnazjach dokonano wyboru klas uczestniczących w badaniu. Klasy uczestniczące w sondażu były losowane z równym prawdopodobieństwem doboru. W badaniu mogli wziąć udział wszyscy uczniowie z wylosowanych klas, także młodszy niż 13-letni i starsi niż 15-letni.

Do udziału w badaniu GYTS wylosowano 3980 uczniów, w tym 1281 uczęszczających do szkół w Warszawie, 1257 ze szkół na terenie innych gmin miejskich oraz 1442 uczniów z gimnazjów znajdujących się w gminach wiejskich. 1342 uczniów reprezentowało klasy I, 1333 klasy II, 1305 klasy III. Ostatecznie

w badaniu wzięły udział 54 z 60 wylosowanych szkół (współczynnik realizacji badania na poziomie szkół wyniósł 90%). Odmów udzieliły 3 szkoły na terenie Warszawy oraz 3 usytuowane w innych miastach. Łącznie w badaniu wzięło udział 3282 uczniów ze 173 klas, w tym 1042 gimnazjalistów z Warszawy, 1022 z innych miast województwa mazowieckiego oraz 1218 z gmin wiejskich (Tabela 1).

Tabela 1. Wielkość próby badawczej oraz współczynniki realizacji, GYTS Polska 2009

| Region | Liczba szkół | Liczba uczniów | Współczynnik realizacji na poziomie szkół (%) | Współczynnik realizacji na poziomie klas szkolnych (%) | Współczynnik realizacji na poziomie uczniów (%) | Całkowity współczynnik realizacji (%) |
|------------------|--------------|----------------|---|--|---|---------------------------------------|
| Woj. mazowieckie | 54 | 3,282 | 90.0 | 98.3 | 81.5 | 72.9 |
| Warszawa | 17 | 1,042 | 85.0 | 98.1 | 81.0 | 67.6 |
| Inne miasta | 17 | 1,022 | 85.0 | 96.2 | 81.3 | 66.5 |
| Wieś | 20 | 1,218 | 100.0 | 100.0 | 84.5 | 84.5 |

Narzędzie badawcze

Podstawowym narzędziem badawczym był kwestionariusz samodzielnie wypełniany przez uczniów w trakcie wskazanej przez dyrektora placówki godzinie lekcyjnej. Kwestionariusz ankiety zawierał 88 pytań podstawowych i opcjonalnych opracowanych przez CDC i WHO, w tym pytania przygotowane dla krajów europejskich. Ankieta zawierała 82 pytania dotyczące postaw uczniów wobec używania wyrobów tytoniowych oraz 6 pytań obejmujących społeczno-demograficzną charakterystykę uczniów.

Analiza danych

Dane uzyskane w badaniu GYTS zostały zważone z uwzględnieniem informacji o rozkładzie próby w szkołach i klasach, a także o proporcji szkół, klas i respondentów, którzy nie wzięli udziału w badaniu. Przy ważeniu zbioru danych uwzględniono także proporcję chłopców i dziewcząt w badanym wieku w populacji generalnej, w tym na poszczególnych poziomach nauczania (w klasach gimnazjalnych I-III). W celu analizy rozkładu zmiennych, obliczenia błędów standardowych i 95% przedziałów ufności zastosowano programy statystyczne SUDAAN i EPI-INFO.

Wyniki

Postawy wobec palenia

Blisko połowa (49,3%) uczniów uczestniczących w badaniu przyznała, że w swoim życiu paliła lub próbowała palić papierosy (Tabela 2). 23% uczniów

używało jakiegoś produktu tytoniowego w ciągu ostatnich 30 dni, a prawie 19% paliło papierosy. Dziewczynki paliły papierosy nieco częściej (19,3%) niż chłopcy (16,6%), ale różnica ta okazała się nieistotna statystycznie. Natomiast odsetek używających jakiegokolwiek produktu tytoniowego był statystycznie wyższy u chłopców (14,1%) niż dziewczynek (9,1%).

Choć większość (76,9%) nigdy nie palących gimnazjalistów zadeklarowała, że w ciągu najbliższych 12 miesięcy nie zacznie palić, to odsetek nigdy niepalących uczniów, którzy stwierdzili, że zaczną palić w tym czasie jest wysoki (30%) (Tabela 3). Blisko 9% obecnie palących uczniów jest pewna, że będzie palić za 5 lat. Odsetek ten był istotnie wyższy wśród palących chłopców (12,9%) niż u dziewcząt (5,3%). Znacznie rzadziej (1,3%) chęć palenia tytoniu w ciągu najbliższych 5 lat deklarowali nigdy niepalący uczniowie.

Tabela 2. Odsetek uczniów używających wyroby tytoniowe, GYTS Polska 2009

| Płeć | Kiedykolwiek podejmujący próby palenia papierosów, (nawet jedno lub dwa zaciągnięcia się dymem) | Obecnie używający wyroby tytoniowe* | | |
|-------------|---|-------------------------------------|-------------|-----------------------|
| | | Jakikolwiek wyrób tytoniowy | Papierosy | Inne wyroby tytoniowe |
| Ogółem | 49.3 (±3.4) | 23.0 (±2.7) | 18.7 (±3.1) | 12.0 (±2,0) |
| Chłopcy | 48.6 (±3.6) | 22.7 (±3.1) | 16.6 (±3.2) | 14.1 (±2.6) |
| Dziewczynki | 48.7 (±4.9) | 21.9 (±4,4) | 19.3 (±4,4) | 9,1 (±2.6) |

W nawiasach 95% przedziały ufności; *Przez jeden lub więcej dni w ciągu ostatniego miesiąca (30 dni)

Tabela 3. Postawy wobec palenia, GYTS Polska 2009

| Płeć | Odsetek nigdy niepalących uczniów, którzy sądzą, że na pewno nie zapalą papierosa w ciągu następujących 12 miesięcy | Odsetek uczniów, którzy sądzą, że zdecydowanie będą palić papierosy za 5 lat | | Odsetek nigdy niepalących uczniów, którzy mogą zacząć palić w przyszłości |
|-------------|---|--|-----------------|---|
| | | Obecnie palący* | Nigdy niepalący | |
| Ogółem | 76.9 (±3.2) | 8.8 (±2.8) | 1.3 (±1.1) | 30.0 (±3.6) |
| Chłopcy | 78.4 (±4.7) | 12.9 (±5.1) | 1.4 (±1.7) | 27.8 (±5.0) |
| Dziewczynki | 75.3 (±3.6) | 5.3 (±3.5) | 1.3 (±1.1) | 32.2 (±4.7) |

W nawiasach 95% przedziały ufności;

*Przez jeden lub więcej dni w ciągu ostatniego miesiąca (30 dni)

Rodzaje używanych wyrobów tytoniowych

Produkowane fabrycznie papierosy były najczęściej używanym wyrobem tytoniowym przez badanych gimnazjalistów; w 2009 r. paliło je 93,2% uczniów badanych w województwie mazowieckim (Tabela 4). Drugim najczęściej używanym wyrobem tytoniowym były papierosy ręcznie skręcane, których używało 26,5% uczniów. Były one istotnie częściej palone przez chłopców (31,3%) niż dziewczęta (21,0%). Co dziesiąty gimnazjalista (9,9%) przyznał, że w ciągu ostatniego miesiąca palił fajkę wodną (sziszę). Podobnie, jak w przypadku papierosów skręcanych ręcznie palenie fajki wodnej było częstsze wśród chłopców (11,7%) niż dziewcząt (7,3%).

Pozostałe wyroby tytoniowe były rzadko używane przez badanych uczniów (Tabela 4). Jedynie 4% przyznało się do palenia cygar lub cygaretek w ciągu ostatnich 30 dni. Najrzadziej używanym wyrobem tytoniowym był tzw. tytoń bezdymny (przeznaczony do wążania, żucia, trzymania w ustach). Jedynie 1,4% badanych gimnazjalistów używało tego rodzaju produktów tytoniowych.

Tabela 4. Odsetek obecnie palących uczniów używających różne wyroby tytoniowe, GYTS Polska 2009

| Płeć | Obecnie używający wyroby tytoniowe * | | | | |
|---------|--------------------------------------|----------------------------|----------------------|---------------------------------|--|
| | Papierosy produkowane fabrycznie | Papierosy skręcane ręcznie | Fajka wodna (szisza) | Cygara / minicygara / cygaretki | Tytoń do żucia / tytoń do wążania (tabaka) |
| Ogółem | 93.2 (±3.0) | 26.5 (±4.6) | 9.9 (±2.1) | 4.0 (±0.9) | 1.4 (±0.6) |
| Chłopcy | 91.8 (±5.0) | 31.3 (±7.1) | 11.7 (±2.6) | 5.1 (±1.6) | 1.5 (±1.0) |

W nawiasach 95% przedziały ufności; * Przez jeden lub więcej dni w ciągu ostatniego miesiąca (30 dni)

Częstotliwość palenia

Posród uczniów, którzy przyznali się do używania tytoniu przynajmniej raz w miesiącu, 14,8% stwierdziło, że czyniło to raz na tydzień, a 7,9% codziennie (Tabela 5). Papierosy codziennie paliło 6,9% uczniów (7,6% przynajmniej raz w tygodniu). Odsetek uczniów palących codziennie papierosy pośród tych, którzy używali jakiegokolwiek produktu tytoniowego był nieco wyższy wśród dziewcząt (7,4%) niż chłopców (5,6%). Inne niż papierosy produkty tytoniowe służące do palenia były używane co najmniej raz w tygodniu przez 5,1% palących uczniów, a tytoniowe produkty bezdymne jedynie przez 1,4% gimnazjalistów. Inaczej niż w przypadku papierosów, inne służące do palenia wyroby tytoniowe były istotnie częściej palone przez chłopców niż dziewczęta (raz na tydzień odpowiednio w 6,9% i 2,7%, codziennie w 2% i 0,7%).

Tabela 5. Odsetek obecnie palących uczniów, którzy używają poszczególnych wyrobów tytoniowych codziennie lub raz na tydzień wg typu wyrobu tytoniowego, GYTS Polska 2009*

| Płeć | Jakikolwiek wyrób tytoniowy | | Papierosy | | Inne wyroby tytoniowe | |
|------------|-----------------------------|------------|----------------|------------|-----------------------|------------|
| | Raz na tydzień | Codziennie | Raz na tydzień | Codziennie | Raz na tydzień | Codziennie |
| Ogółem | 14.8 (±2.8) | 7.9 (±2.4) | 7.6 (±1.1) | 6.9 (±0.9) | 5.1 (±1.5) | 1.4 (±0.5) |
| Chłopcy | 14.6 (±2.7) | 6.8 (±1.9) | 7.1 (±1.7) | 5.6 (±2.0) | 6.9 (±2.1) | 2.0 (±1.0) |
| Dziewczyny | 14.0 (±4.1) | 7.9 (±4.2) | 7.7 (±1.2) | 7.4 (±4.1) | 2.7 (±1.6) | 0.7 (±0.6) |

W nawiasach 95% przedziały ufności; *Obecnie palący=uczniowie, którzy palili wyroby tytoniowe przez jeden lub więcej dni w ciągu ostatniego miesiąca (30 dni)

Symptomy uzależnienia od tytoniu i próby zaprzestania palenia

7,4% palących uczniów przyznało, że często rano odczuwało potrzebę zapalenia papierosa lub użycia innego wyrobu tytoniowego, co wskazuje na objawy uzależnienia od tytoniu (Tabela 6). Odczucia takie mieli częściej chłopcy (8,1%) niż dziewczęta (6,5%).

Pośród uczniów, którzy palili tytoń w ciągu ostatnich 30 dni, 47,6% chciało rzucić palenie (Tabela 6). Nieco częściej taką potrzebę odczuwali chłopcy (48,2%) niż dziewczęta (45,3%). Większość gimnazjalistów (58,3%) z województwa mazowieckiego uczestniczących w sondażu GYTS przyznało, że podjęło próbę zaprzestania palenia w ciągu ostatniego roku. Znacznie częściej czynili to chłopcy (66,9%) niż dziewczęta (50,1%).

Tabela 6. Postawy wobec zaprzestania palenia, GYTS Polska 2009

| Płeć | Obecnie palący | | |
|------------|---|--|--|
| | Odsetek uczniów chcących przestać palić | Odsetek uczniów, którzy podjęli próbę zaprzestania palenia w ciągu ostatniego roku | Odsetek uczniów deklarujących, że zawsze ich pierwszą czynnością rano jest zapalenie papierosa lub zawsze odczuwają ochotę by go zapalić |
| Ogółem | 47.6 (±8.4) | 58.3 (±5.7) | 7.4 (±3.2) |
| Chłopcy | 48.2 (±11.3) | 50.1 (±9.2) | 8.1 (±5.8) |
| Dziewczyny | 45.3 (±9.1) | 66.9 (±6.8) | 6.5 (±4.1) |

W nawiasach 95% przedziały ufności.

Dyskusja i wnioski

Trzecia edycja badania GYTS w Polsce była przeprowadzona na reprezentatywnej próbie uczniów z tylko jednego województwa i trzeba uwzględnić ten fakt przy porównywaniu jej wyników z poprzednio przeprowadzonymi w Polsce

badaniami [2,3,9,10] [Poprzednie badania GYTS przeprowadzono w Polsce w 1999 i 2003 r. na ogólnopolskich próbach uczniów w wieku 13-15 lat.]. Niemniej, tylko takie zestawienie pozwala na wychwycenie przynajmniej najbardziej istotnych zmian w zachowaniach młodzieży gimnazjalnej na przestrzeni dekady, która upłynęła pomiędzy pierwszą a ostatnią edycją badania GYTS i może stanowić przyczynek do dyskusji na temat osiągnięć polityki ograniczającej zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce w ostatnich latach oraz kwestii, które nadal wymagają poprawy.

W ostatniej edycji badania GYTS w Polsce (w 2009 r.) co drugi (49%) uczeń w wieku 13-15 lat przyznał, że kiedykolwiek sięgnął po papierosa. Choć odsetek kiedykolwiek palących nastolatków nadal utrzymuje się na wysokim poziomie, to warto zauważyć, że w porównaniu z 1999 r. odsetek palących uczniów znacznie spadł (z poziomu 62%) [2,3]. Co więcej, zmalał też odsetek uczniów, którzy po raz pierwszy sięgnęli po papierosy w wieku poniżej 10 lat – w roku 1999 do tak wczesnej inicjacji przyznawał się co trzeci gimnazjalista (31%), obecnie co czwarty (23%). Z drugiej strony porównanie wyników ostatnich badań pokazuje, że od lat nie zmienia się znacząco odsetek uczniów obecnie używających wyroby tytoniowe (26% w 2003 r., 23% w 2009 r.) [10]. Powyższe dane mogą świadczyć o tym, że w Polsce przynajmniej nie przybywa nastolatków rozpoczynających palenie tytoniu. Zjawisko to nie jest jednak jednorodne w obu grupach płci badanych uczniów.

Wśród chłopców między 2003 a 2009 r. nastąpił istotny spadek obecnego używania wyrobów tytoniowych (z 31% do 23%), a także zmniejszył się odsetek uczniów obecnie palących papierosy (z 25% do 17%) [por. z 10]. Niestety, wśród dziewcząt postawy wobec palenia papierosów i używania wyrobów tytoniowych nie uległy w tym czasie zmianie (w 2003 r. 23% używało jakichkolwiek wyrobów tytoniowych, a 21% paliło papierosy; w 2009 r. odsetki te wynosiły odpowiednio 22% i 21%).

Niepokojącym nowym zjawiskiem jest wzrost odsetka nastolatków używających innych wyrobów tytoniowych niż papierosy produkowane fabrycznie. Wśród uczniów, którzy zadeklarowali, że używali wyrobów tytoniowych w ciągu ostatnich 30 dni nastąpił istotny wzrost odsetka sięgających po papierosy skręcane ręcznie (z 20% w roku 2003 do 26% w roku 2009) [por. z 10]. Zmiana ta dotyczy w szczególności chłopców, gdzie odsetek palących papierosy ręcznie skręcane wzrósł odpowiednio z 22% do 31%. Podobne zmiany zaobserwowano w częstoci używania fajki wodnej (sziszy). W roku 2003 do palenia sziszy przyznało się 5% uczniów, w ostatnim badaniu odsetek ten był dwukrotnie wyższy.

Dalsze negatywne zmiany zaobserwowane w postawach polskich gimnazjalistów wobec palenia tytoniu dotyczą chęci zaprzestania palenia przez palących uczniów. Podczas, gdy w roku 1999 znaczna większość palących nastolatków (77%) deklarowała, że chciałaby rzucić palenie, to w roku 2009 odsetek ten był znacznie niższy (48%) [por. z 2,3,9]. Odnotowano także spadek odsetka uczniów,

którzy podjęli próbę zaprzestania palenia w ciągu ostatnich 12 miesięcy (z 76% w roku 2003 do 58% w roku 2009) [por. z 10].

Analiza porównawcza wyników uzyskanych w trzech edycji badania GYTS pozwala na dokonanie oceny polityki ograniczającej zdrowotne następstwa używania tytoniu w Polsce, prowadzonej w ciągu dekady dzielącej pierwszą i ostatnią rundę badania. Wskazują one także na nowe zagrożenia i wyzwania stojące przed osobami odpowiedzialnymi za kształtowanie polityki zdrowotnej w Polsce. W szczególności konieczne wydaje się podjęcie działań zapobiegającym rozpoczynaniu palenia tytoniu przez dziewczynki, mając na uwadze fakt, że – w odróżnieniu od chłopców – odsetek dziewcząt palących papierosy nie zmalał w ciągu 10 lat dzielących pierwszą i ostatnią rundę badania GYTS w Polsce. Warto rozważyć ograniczenie możliwości prowadzenia strategii reklamowych i marketingowych ukierunkowanych na kobiety, na przykład poprzez ujednoczenie wyglądu i rozmiaru opakowań papierosów oraz zakazanie produkcji i sprzedaży papierosów cienkich (typu „slim”) oraz papierosów mentolowych. Niektóre z ww. regulacji proponuje Komisja Europejska w nowelizacji dyrektywy unijnej dotyczącej wyrobów tytoniowych [11].

Wyniki trzech rund badania GYTS pokazują, że wśród młodzieży gimnazjalnej znacznie wzrosła częstość używania wyrobów tytoniowych innych niż papierosy produkowane fabrycznie, w szczególności tabaki i fajki wodnej (sziszy). Wskazuje to na konieczność prowadzenia bardziej restrykcyjnej polityki ograniczającej dostępność ww. produktów dla osób niepełnoletnich. Niezbędne wydaje się podniesienie kar i/lub odbieranie licencji na sprzedaż wyrobów tytoniowych osobom udostępniającym je młodzieży poniżej 18 roku życia. Wskazane jest także zaostrzenie przepisów zakazujących promocji i reklamy wyrobów tytoniowych w punktach ich sprzedaży tak, aby nie było możliwe umieszczanie ich marek i logotypów na stojakach, półkach i innych gadżetach. Niezbędne wydaje się także podjęcie dyskusji na temat możliwości prawnego kontrolowania dystrybucji wyrobów tytoniowych poprzez Internet, ze szczególnym uwzględnieniem możliwości zapobiegania ich sprzedaży osobom niepełnoletnim.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*. World Health Organization, Geneva 2008.
2. Warren C.W., Riley L., Asma S. et al. (2000) *Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project*. Bulletin of the WHO – Int. J. Public Health 7(78): 868-876
3. Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group (GYTS). *Tobacco use among youth: a cross country comparison*. Tobacco Control, 2002, 11: 0–18.
4. Peto, R., A. Lopez, J. Boreham, M. Thun, and C. Heath, Jr. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2010*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press 1994 (updated 2012)
5. Ministerstwo Zdrowia. *Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Polska 2009-2010*. Warszawa 2010
6. Biliński P., Skowron J., Zatoński W., Przewoźniak K., Łobaszewski J., Brzóska K., Fudała M., Jabłoński P., Wojnar M., Sierosławski J., Wojtyła A., Kiedrowski B., Bojar I. *Zachowania zdro-*

wotne kobiet w ciąży II. Ekspertyza. Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa 2010

7. Adamek R., Anholcer A., Florek E. *Zdrowotne konsekwencje czynnej i biernej ekspozycji kobiet ciężarnych na dym tytoniowy – przegląd badań*. Ginekol. Prakt. 2001; 9(3): 30, 32-33
8. Warren CW, Lea J, Lee V, et al. Evolution of the Global Tobacco Surveillance System (GTSS) 1998-2008. *IUHPE – Global Health Promotion Supplement*, 2009, (2): 4-37
9. The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group (...Przewoźniak K., Zatoński W.) (2003) *Differences in worldwide tobacco use by gender: findings from the Global Youth Tobacco Survey*. Journal of School Health 73(6): 207-215
10. Baska T, Sovinova H, Nemeth A, Przewoźniak K, Warren CW, Kavcova E. and Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia GYTS Collaborative Group. *Findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia – smoking initiation, prevalence of tobacco use and cessation*. Preventive Medicine; 2006, 51: 110–116.
11. European Commission. *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products*. COM(2012) 788 final. Brussels, 19.12.2012.

Krzysztof Przewoźniak, Jakub Łobaszewski, Witold Zatoński oraz GYTS Poland Collaborating Group

Streszczenie

Celem pracy jest ocena postaw wobec palenia tytoniu wśród uczniów szkół gimnazjalnych na podstawie wyników badania ankietowego przeprowadzonego w 2009 r. w województwie mazowieckim. Badanie wykonano w ramach międzynarodowego projektu pn. Global Youth Tobacco Survey. W badaniu wzięły udział 54 z 60 wylosowanych szkół i 3282 uczniów w wieku 13-15 lat ze 173 klas (spośród 3980 wylosowanych uczniów). Wyniki badania pokazują, że 49% gimnazjalistów kiedykolwiek paliło papierosa, a 23% eksperymentowało z paleniem przed ukończeniem 10 roku życia. Częstość palenia była nieco wyższa u dziewcząt (19%) niż chłopców (17%). Palący uczniowie najczęściej palili papierosy produkowane fabrycznie (93,2%); 26% uczniów paliła papierosy skręcane ręcznie, a 10% fajkę wodną. Porównanie wyników badania GYTS przeprowadzonego w Polsce w latach 1999, 2003 i 2009 wskazuje, że całkowity zakaz reklamy i promocji tytoniu, wprowadzony w życie w 2001 roku, mógł przyczynić się spadku odsetka uczniów, którzy kiedykolwiek podjęli próbę palenia, a także tych, którzy pierwszą próbę palenia podjęli przed ukończeniem 10 roku życia. Zmiany te jednak dotyczyły w znacznie większym stopniu chłopców niż dziewcząt. Jednocześnie w ostatnich latach, prawdopodobnie z powodu różnicowania się cen wyrobów tytoniowych, znacznie wzrósł odsetek uczniów, którzy sięgają po inne wyroby tytoniowe niż papierosy produkowane fabrycznie, głównie papierosy ręcznie skręcane. Spadł również odsetek palących uczniów deklarujących, iż chcą zaprzestać palenia oraz tych, którzy podjęli próbę zaprzestania w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie. Jednym z powodów tych negatywnych zmian jest ograniczenie w ostatnich kilkunastu latach rządowych środków na antytytoniowe programy adresowane do dzieci i młodzieży, a także zahamowanie progresywnej polityki zdrowotnej ograniczającej palenie tytoniu w Polsce.

Słowa kluczowe

Palenie tytoniu, uczniowie gimnazjów, Polska, Global Youth Tobacco Survey

Abstract

The aim of this paper is to evaluate smoking behaviors among pupils of Polish gymnasiums. Results of this study are based on the questionnaire survey conducted in 2009 in Mazovia Province. The study was carried out within the international research project 'Global Youth Tobacco Survey'. The 2009 GYTS Poland was conducted in 54 of 60 randomly selected schools. In total, 3,282 pupils at age of 13 to 15 of 173 classes took part in the study (of 3,980 selected students). Results of the study showed that 49% of pupils were ever cigarette smokers and 23% experimented with smoking before 10 year of life. Prevalence of smoking was slightly higher among girls (19%) than in boys (17%). Smoking students most frequently smoked manufactured cigarettes; 26% of pupils smoked also hand-rolled cigarettes and 10% water pipe. Comparison of GYTS results from 1999, 2003 and i 2009 shows that complete ban of tobacco advertising that came into force in 2001 in Poland might contribute to decline in number of students who ever made attempt to start smoking, especially before 10 year of life. All abovementioned changes more concerned boys than girls. Due to rising differences in prices of tobacco products, the prevalence of students who smoke other tobacco products (mainly hand-rolled cigarettes) than manufactured cigarettes is increased in last years. We also found that the number of smoking pupils who declare the will to quit smoking and those who made serious quit attempt in the past 12 months is constantly decreased. It suggests that negative changes in smoking behaviors of Polish students might be caused, on one side, by reducing government resources for youth tobacco control programs and, on other side, by halting the progressive tobacco control policy in Poland.

Key words

Tobacco smoking, pupils of gymnasiums, Poland, Global Youth Tobacco Survey

Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Krzysztof Przewoźniak, socjolog medycyny. Pracuje w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Jest zastępcą dyrektora Ośrodka Współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia przy Centrum Onkologii i dyrektorem naukowym Fundacji Promocja Zdrowia. Ekspert Światowej Organizacji Zdrowia. Brał udział w ponad 100 polskich i międzynarodowych projektach badawczych i interwencyjnych. Autor lub współautor ponad 200 artykułów i innych prac naukowo-badawczych.

Janusz Sierosławski

Młodzież gimnazjalna a alkohol

Wprowadzenie

Nadużywanie alkoholu stanowi jedno z ważniejszych zagrożeń zdrowia publicznego. Szczególnie duże ryzyko wiąże się z piciem alkoholu w okresie dorastania (Havighurst 1953, WHO 2001, Sadowska-Mazuryk, Tomczuk-Izmer, Jakubczyk, Wojnar 2013). Chociaż eksperymentowanie z alkoholem wpisane jest niejako w proces rozwojowy młodego człowieka (Frączek 1990, Wójtowicz 1996), to stanowi zachowanie ryzykowne. Jeśli na pierwszych próbach się nie kończy i picie napojów alkoholowych staje się stałym elementem stylu życia nastolatka, ryzyko szkód zdrowotnych i społecznych znacznie wzrasta.

Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania nie jest zjawiskiem nowym (Zieliński, Sierosławski 2005). Pierwsze próby badawcze skierowane na eksplorację tego problemu w skali lokalnej w Polsce podejmowano już na początku ubiegłego stulecia. Jednak stałe systematyczne monitorowanie na poziomie całego kraju zapoczątkowano w 1995 r. w ramach europejskiego programu badań używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną zatytułowanego: *European School Survey Project on Alcohol and Drugs* (ESPAD). Kolejne pomiary w ramach tego badania dokonywane są co cztery lata, według tej samej wystandardyzowanej metodologii, co umożliwia porównywalność zarówno w przestrzeni (porównania międzynarodowe), jak i w czasie (analizy trendów). W 1995 r. badanie objęło 26 krajów europejskich, w tym Polskę, w 2011 r. w badaniu uczestniczyło już 39 krajów naszego kontynentu¹. Polska włączając się do tego projektu uzyskała możliwość śledzenia zarówno rozmiarów zjawiska jak i jego trendów rozwojowych na szerokim tle sytuacji w Europie i w jej poszczególnych krajach. ESPAD jest pierwszym ogólnopolskim badaniem spełniającym warunki międzynarodowej porównywalności i jednocześnie podjętym z intencją monitorowania używania substancji przez młodzież szkolną. Badanie ESPAD w Polsce obejmowało próby losowe uczniów klas I i III szkół ponadpodstawowych (wg starego systemu edukacji) oraz klas III gimnazjów i klas II szkół ponadgimnazjalnych (wg nowego systemu edukacji). Badania realizowane są przez Instytut Psychiatrii i eurologii, a finansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowa Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Celem badań ESPAD jest przede wszystkim śledzenie trendów w zakresie natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, ale

¹ Na poziomie europejskim badania koordynowane są przez Szwedzki Ośrodek Badań nad Alkoholem i Narkotykami (*The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs* – CAN) ze Sztokholmu.

także ocena czynników wpływających na rozpowszechnienie, ułożonych zarówno po stronie popytu na substancję, jak i ich podaży.

Przedmiotem pracy jest analiza trendów wybranych wskaźników picia napojów alkoholowych przez uczniów trzecich klas gimnazjów.

Metoda

Badanie ESPAD realizowane jest metodą ankiety wypełnianej audytoryjnie przez respondentów. Ankieterzy rekrutowani się spoza systemu oświaty i wychowania. W procedurze badania kładzie się bardzo duży nacisk na zapewnienie respondentom maksimum poczucia bezpieczeństwa oraz pełnej anonimowości.

Próba jest zawsze dobierana losowo wg. schematu klastrowego, tzn. losowane są klasy szkolne, w których badaniami obejmowani są wszyscy obecni uczniowie.

Wielkość prób w poszczególnych latach była zróżnicowana. Zawsze jednak przekraczała liczbę 2400 dla jednego rocznika, co zapewnia reprezentatywność nie tylko dla wszystkich uczniów, ale także dla chłopców i dziewcząt osobno.

Na potrzeby śledzenia trendów na poziomie kraju badane populacje definiowane są poprzez uczęszczanie do trzecich klas gimnazjów bądź drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Na potrzeby porównań międzynarodowych eliminowani z próby są uczniowie drugorocznicy oraz ci, którzy wcześniej rozpoczęli karierę szkolną. Stąd wyniki prezentowane w raportach krajowych zwykle nieznacznie odbiegają od wyników publikowanych w raportach europejskich.

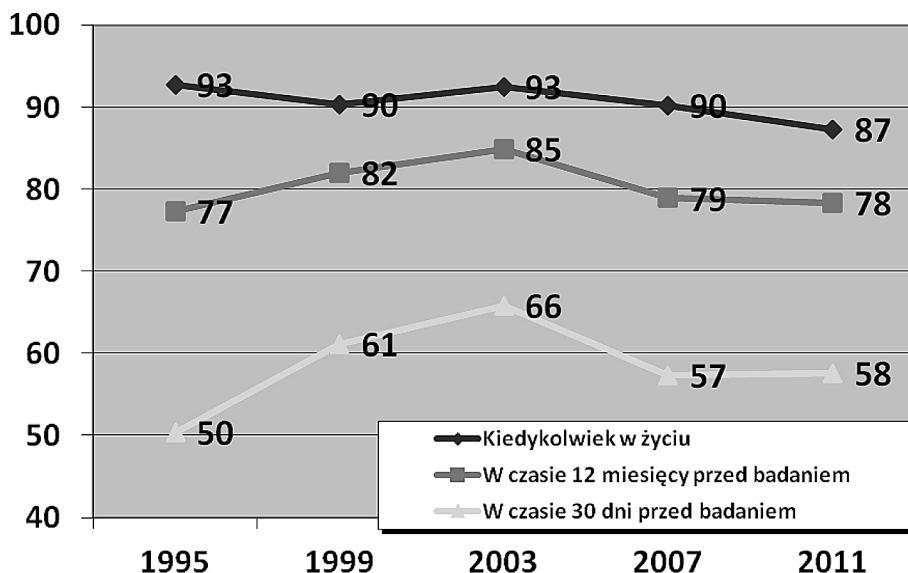
Picie napojów alkoholowych

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa. W 2011 r. próby picia miało za sobą 87% gimnazjalistów z klas trzecich (**Wykres 1**). Oznacza to, że odsetek uczniów, którym udało się utrzymać abstynencję od alkoholu do wieku 15–16 lat wynosi zaledwie 13%. Trzeba jednak dodać, że w ostatnich latach odsetek ten wykazywał trend wzrostowy – w 2003 r. wynosił 7%, zaś w 2007 – 10%.

W czasie ostatnich 12 miesięcy w 2011 r. picie było udziałem 78% badanych, zaś w czasie ostatnich 30 dni – 58% respondentów. Trendy tych dwóch wskaźników układają się podobnie – wzrost w latach 1995–2003, spadek w 2007 r. i stabilizacja w 2011 r.

Bardzo wysoki odsetek piętnasto-szesnastolatków, którzy znają już smak alkoholu nie dziwi, bowiem samo eksperymentowanie z napojami alkoholowymi można potraktować jako „zadanie rozwojowe”. Niewiele niższy odsetek aktualnych konsumentów alkoholu (picie w czasie ostatnich 12 miesięcy), oglądany zarówno z perspektywy zdrowia publicznego, jak i norm prawnych, powinien już jednak budzić niepokój.

Wykres 1. Picie napojów alkoholowych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych)



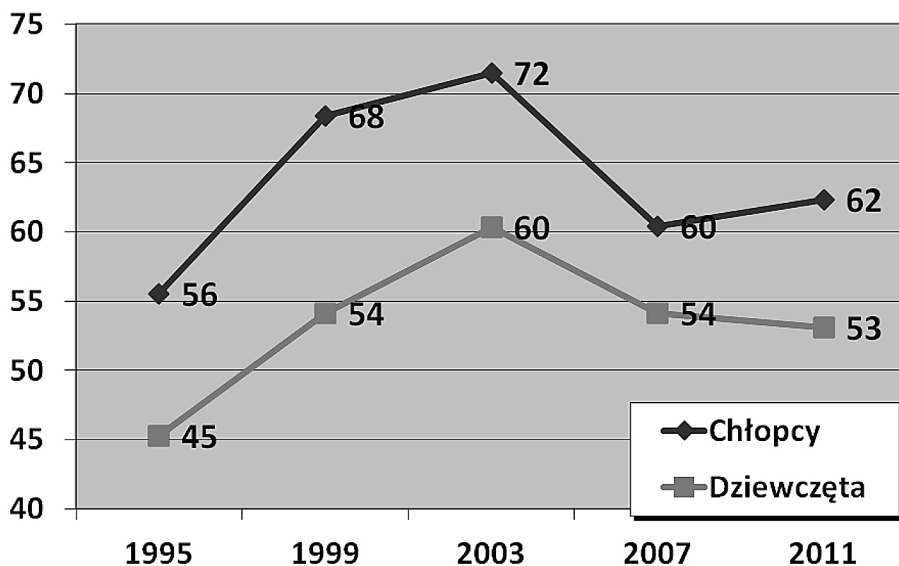
Trzeba też zauważyć, że odsetek konsumentów alkoholu definiowanych jako osoby, które piły jakikolwiek napój alkoholowy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, nie odbiega znacząco od odsetka identycznie definiowanych konsumentów stwierdzanych w badaniach populacji osób dorosłych (Sierosławski 2004). Jak pokazują wyniki badania, wśród piętnasto-szesnastolatków picie alkoholu stało się normą, przynajmniej w sensie statystycznym.

W sumie wyniki z ostatnich 16 lat zdają się sugerować, że nie udało się osiągnąć celu, jakim jest zachowanie abstynencji od alkoholu do osiągnięcia pełnoletności, jeśli nie przez wszystkich nastolatków, to przynajmniej przez większość z nich.

Rozpowszechnienie picia alkoholu jest zróżnicowane ze względu na płeć. Skala tego zróżnicowania podlega interesującej dynamice, którą prześledzić można na przykładzie rozpowszechnienia picia w czasie ostatnich 30 dni (Wykres 2).

W latach 1995–2007 różnice między chłopcami i dziewczętami w rozpowszechnieniu picia podlegały procesowi zatarcia. W pierwszych 8 latach rozpowszechnienie picia wśród dziewcząt rosło szybciej niż wśród chłopców, zaś w 2007 r. spadek w rozpowszechnianiu wśród chłopców był większy niż wśród dziewcząt. W 2011 r. tendencja homogenizacyjna uległa zahamowaniu. Odsetek dziewcząt pijących w czasie ostatnich 30 dni nieznacznie się zmniejszył do poziomu 53%, zaś chłopców – wzrósł osiągając wynik 62%.

Wykres 2. Picie napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wg płci (odsetki badanych)



Popularność poszczególnych typów napojów alkoholowych prześledzimy na przykładzie doświadczeń alkoholowych zebranych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (Wykres 3). Najwyższe odsetki konsumentów ma piwo, na drugim miejscu jest wódka, a dopiero na trzecim wino.

Wódkę pił, co najmniej raz w ciągu ostatnich trzydziestu dni, więcej niż co trzeci badany gimnazjalista (41%) i znacznie więcej niż co drugi uczeń szkoły wyższego poziomu (63%). Picie piwa zdarzyło się w tym czasie większości badanych, grubo ponad połowie gimnazjalistów (57%) i ponad trzem czwartych uczniów starszy (78%). Wino piła ponad jedna czwarta młodszego młodzieży (26%) objętej badaniem i ponad jedna trzecia uczniów ze starszej grupy (36%).

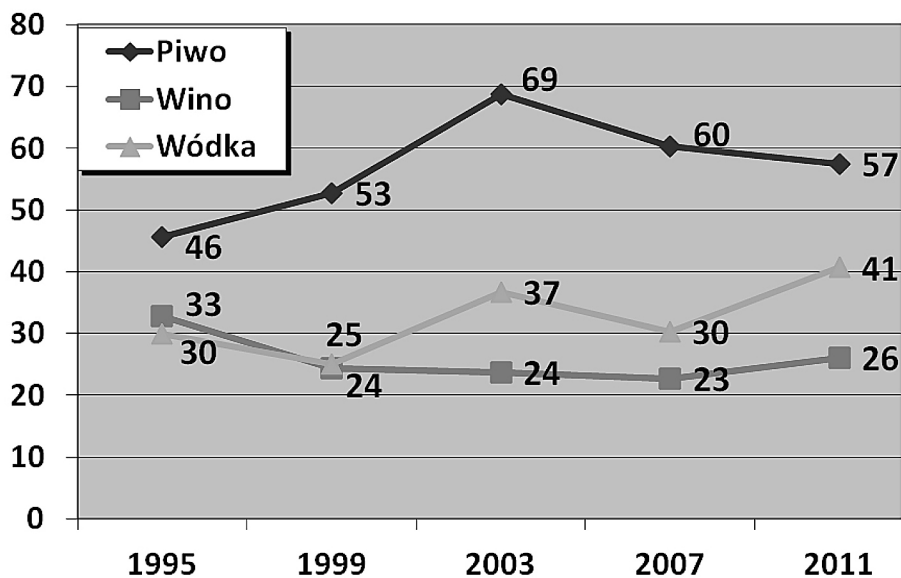
W latach 1995-2003 obserwowaliśmy stały trend wzrostowy popularności piwa. W 2007 r. nastąpiło załamanie tej tendencji. Od 2007 r. utrzymuje się tendencja spadkowa.

Odsetek pijących wino spadł w 1999 r. w stosunku do 1995 r. i aż do 2007 r. nie ulegał większym zmianom. W 2011 r. obserwujemy lekki wzrost.

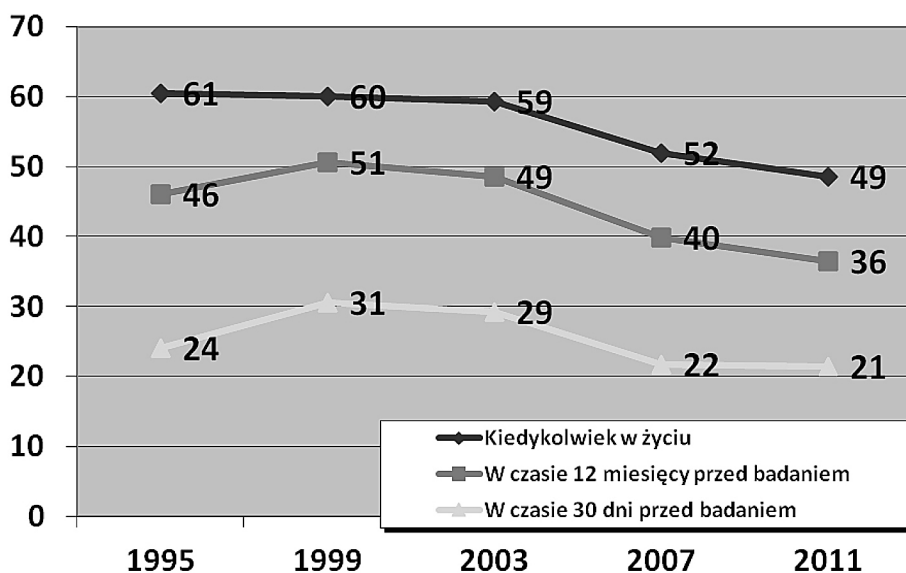
Odsetek pijących wódkę po lekkim spadku w 1999 r., w 2003 r. istotnie wzrósł i to do poziomu większego niż w 1995 r. W kolejnych latach obserwujemy nadal fluktuacje trendu. W 2011 r. nastąpił jednak wyraźny wzrost popularności tego napoju.

Wszystkie te zmiany, odnotowane na przestrzeni ostatnich 16 lat, w niewielkim stopniu zachwiały hierarchią popularności poszczególnych trunków.

Wykres 3. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem



Wykres 4. Upicie się kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych)

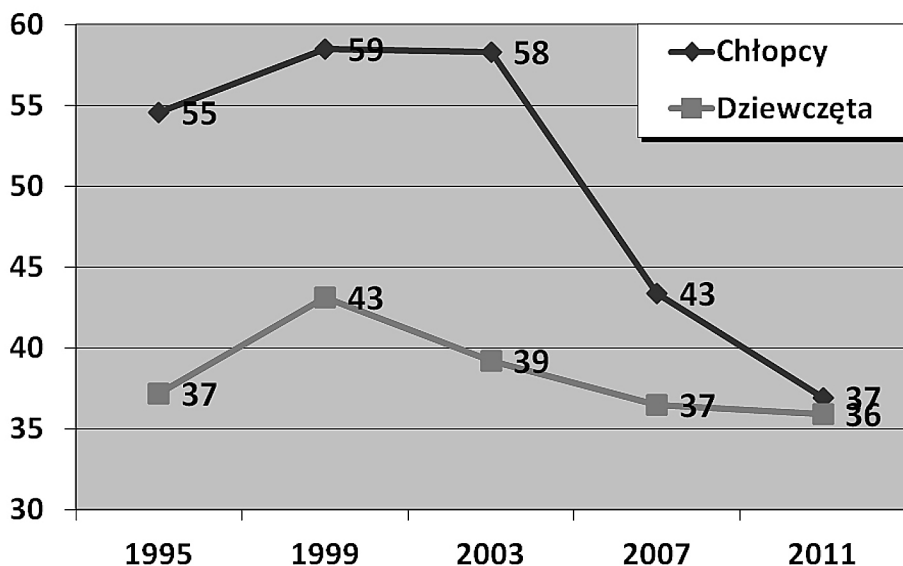


Szczególnie niebezpieczne dla zdrowia młodego człowieka, jak również dla porządku publicznego jest picie w znacznych ilościach, zwłaszcza prowadzących do przekroczenia progu nietrzeźwości. Jak pokazują dane z **Wykresu 4.** większość badanych ma za sobą doświadczenie upicia się.

Porównanie wyników uzyskanych w 2011 r. z wynikami z lat 2007, 2003, 1999 i 1995 ujawnia tendencję spadkową wszystkich wskaźników w czasie ostatnich dwunastu lat, którą poprzedził wzrost w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych. W efekcie wskaźniki w 2011 r. są niższe niż w 1995 r.

Wśród gimnazjalistów trendy w rozpowszechnieniu upijania się w czasie ostatnich 12 miesięcy przebiegają trochę inaczej u chłopców i dziewcząt (**Wykres 5**). U chłopców, po wzroście w 1999 r., wskaźnik w 2003 roku pozostał stabilny, by znacznie spaść w 2007 r. i nieco słabiej w 2011 r. U dziewcząt rok 1999 także przyniósł wzrost, jednak już w 2003 r. wskaźnik zaczął spadać, co znalazło swoją kontynuację w 2007 r. i 2011 r. Trend spadkowy był jednak znacznie słabszy niż u chłopców. W efekcie różnica między chłopcami i dziewczętami, bardzo znaczna w 1995 r. obecnie niemal całkiem zanikła.

Wykres 5. Upicie się w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wg płci (odsetki badanych)



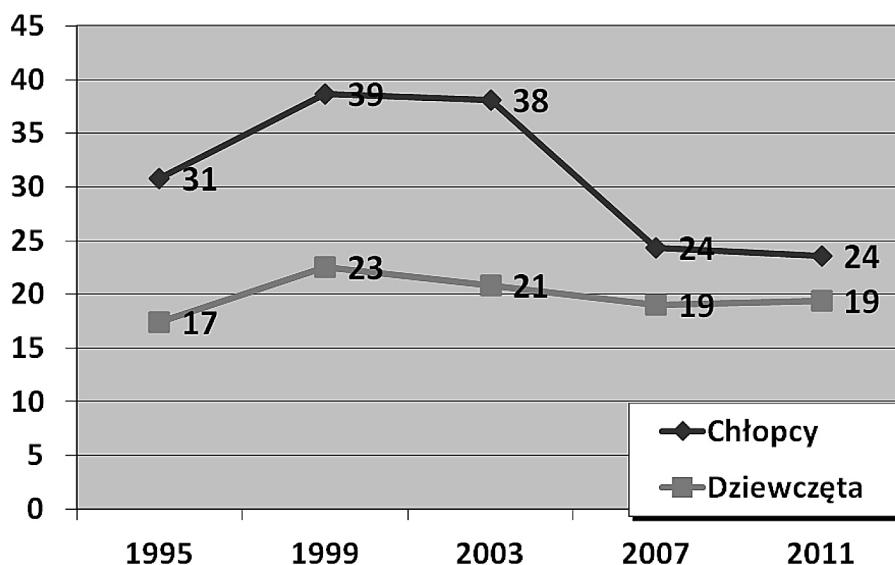
Analiza wskaźnika upijania się w czasie ostatnich 30 dni przez chłopców i dziewczęta ujawnia podobne tendencje, chociaż o innym nasileniu (**Wykres 6**).

W latach 1995, 1999 i 2003 różnica między chłopcami i dziewczętami w rozpowszechnieniu tego zachowania była szczególnie duża. W przypadku chłopców wskaźnik po wzroście w 1999 r. i stabilizacji w 2003 r. spadł w 2007 r. i pozostał

na tym samym poziomie w 2011 r. W przypadku dziewcząt po wzroście w 1999 r. odnotować trzeba spadek w kolejnych dwóch czteroleciach i stabilizację w latach 2007–2011. Trendy te doprowadziły do znacznego zmniejszenia różnic między chłopcami i dziewczętami już w 2007 r. Różnice nie uległy zmianie w 2011 r.

Porównanie różnic między chłopcami i dziewczętami w zakresie wskaźników upijania się w czasie ostatnich 12 miesięcy i ostatnich 30 dni pokazuje, że tylko w przypadku tego pierwszego wskaźnika doszło do niemal całkowitego zatarcia różnic. Wyraźne różnice pozostały w przypadku upijania się w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Wskaźnik ten uwzględnia najbardziej intensywną formę picia, stąd zapewne proces zmniejszania się różnic nie jest tak zaawansowany.

Wykres 6. Upicie się w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wg płci (odsetki badanych)



Dostępność napojów alkoholowych

Dostępność napojów alkoholowych jest jednym z istotnych czynników warunkujących rozmiary konsumpcji alkoholu, a także rozpowszechnienie picia (EU 2006, WHO 2010). Wedle wyników wielu badań zarówno poziom dostępności fizycznej (np. gęstość punktów sprzedaży) jak i ekonomicznej (np. ceny) wpływa na rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych oraz wielkość konsumpcji (Anderson 2009, Edwards, Anderson, 1994, Anderson, Møller, Galea 2012, Rabinovich, Brutscher, de Vries, Tiessen, Clift, Reding 2009, Moskalewicz, Wieczorek 2009).

W Polsce wobec osób niepełnoletnich obowiązuje model prohibicyjny. Jest on efektem abstynencyjnego paradygmatu profilaktyki alkoholowej adresowanej

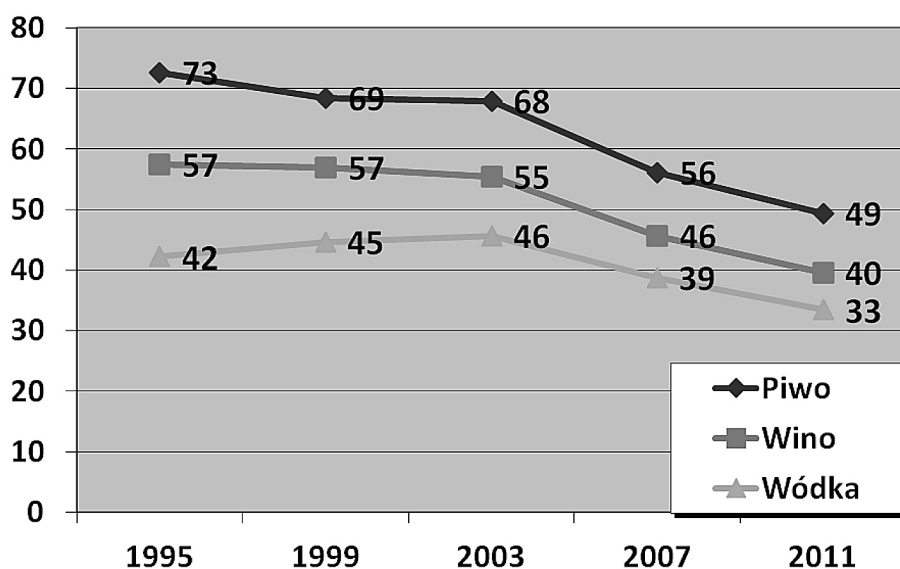
do młodzieży w wieku poniżej 18 lat. Zarówno paradygmat abstynencyjny, jak i wymóg prohibicji wobec niepełnoletnich są usankcjonowane prawnie. Zarówno sprzedaż alkoholu jak i jego podawanie takim osobom jest prawnie zabronione i zagrożone sankcjami karnymi (Ustawa 2007). Zatem gimnazjaliści, przynajmniej teoretycznie, nie powinni mieć łatwego dostępu do napojów alkoholowych.

Wskaźnikiem dostępności napojów alkoholowych zastosowanym w badaniu była postrzegana dostępność, czyli oszacowanie przez respondentów, na ile trudne byłoby dla nich zdobycie każdego z nich, gdyby tego chcieli. Skala odpowiedzi wyznaczona była przez dwie skrajne możliwości: „niemożliwe” oraz „bardzo łatwe”. Pozostawiono też możliwość odpowiedzi „nie wiem”. Ocenie badanych poddano dostępność piwa, wina i wódki.

Na **Wykresie 7.** zaprezentowano odsetki respondentów, którzy na pytanie o to, jak trudno byłoby im zdobyć piwo, wino, wódkę, gdyby tego chcieli, wybrali odpowiedź „bardzo łatwe”.

Zmiany w ocenach dostępności napojów alkoholowych polegają na konsekwentnym spadku odsetków uczniów deklarujących bardzo łatwy dostęp do piwa i do wina w całym okresie 1995-2011 oraz wzroście w latach 1995-2003 proporcji deklarujących bardzo łatwy dostęp do wódki, po czym spadek tej proporcji zapoczątkowany w 2007 r. i kontynuowany w 2011 r. Warto zauważyć, że w 2011 r., pomimo trendu spadkowego, 49% badanych uznało zdobycie piwa za bardzo łatwe, dla 40% bardzo łatwe było zdobycie wina, a dla 33% – wódki.

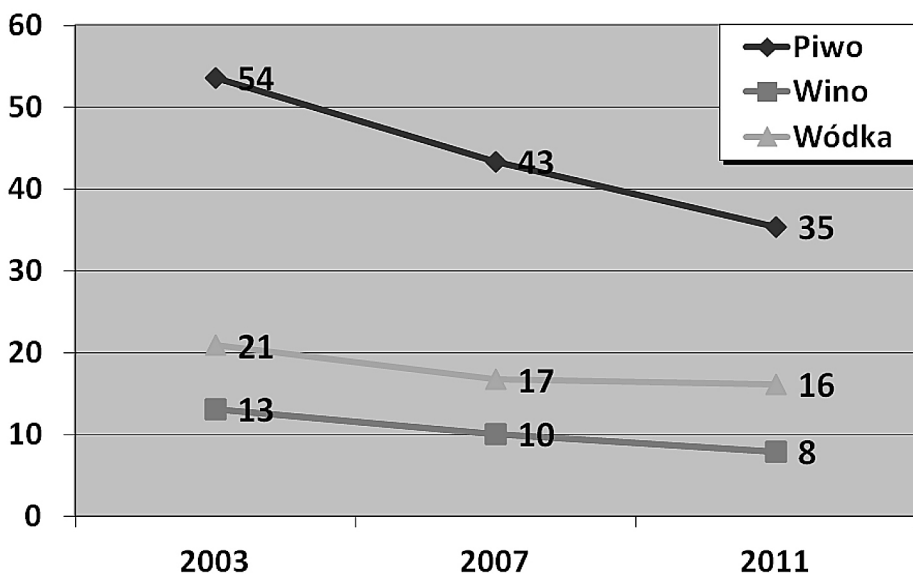
Wykres 7. Postrzegana dostępność poszczególnych napojów alkoholowych (odsetek badanych, którzy wybrali odpowiedź: „bardzo łatwe do zdobycia”)



Praktycznym wymiarem dostępności napojów alkoholowych są ich zakupy. Badanych pytano o dokonywanie zakupów piwa, wina i wódki w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Pytanie to zadawano począwszy od 2003 r., stąd dysponujemy krótszą serią czasową. Na wykresie 8 zestawiono odsetki uczniów, którzy dokonywali takich zakupów.

Zestawienie to sugeruje, że w grupie gimnazjalistów w 2007 r. spadło rozpowszechnienie zakupów każdego z napojów alkoholowych, przy czym z największym spadkiem mamy do czynienia w przypadku piwa. W 2011 r. nastąpił dalszy spadek odsetka kupujących piwo oraz wino, natomiast nie uległ zmianie odsetek kupujących wódkę. Pomimo trendu spadkowego zakupów napojów alkoholowych przez gimnazjalistów nadal prohibicyjny model regulowania dostępu nieletnich do alkoholu pozostaje w sferze teorii. W praktyce w 2011 r. ponad jedna trzecia 15-16-latków (35%) dokonała w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem zakupu piwa, 16% kupiło wódkę, zaś 8% nabyło wino.

Wykres 8. Odsetki uczniów, którzy dokonywali zakupów napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem



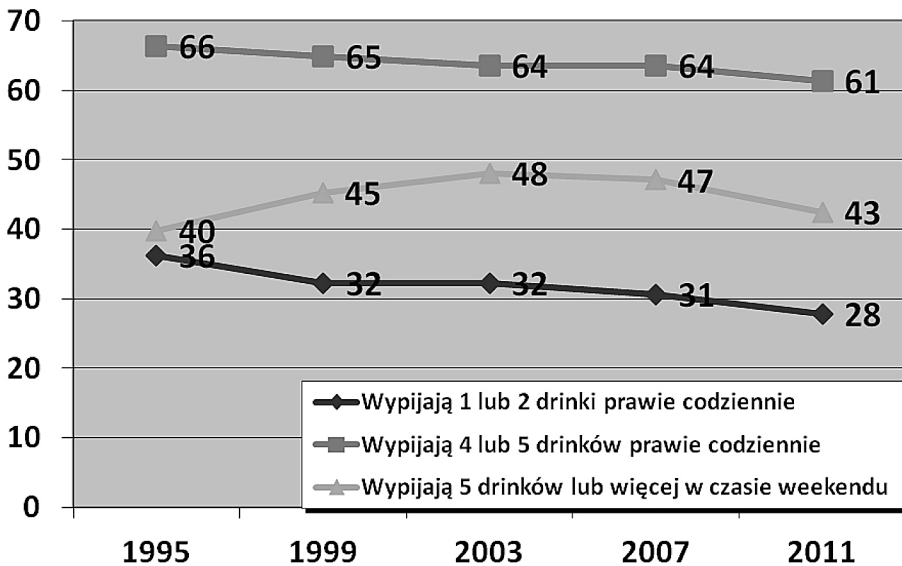
Postrzeżenie ryzyka związanego z piciem alkoholu

Picie napojów alkoholowych niesie za sobą ryzyko pojawienia się szkód zdrowotnych i społecznych. Ryzyko to jest szczególnie duże, gdy po substancje te sięgają ludzie bardzo młodzi, nie świadomi tego, co może im grozić. Pewne znaczenie profilaktyczne może tu mieć wiedza na temat wielorakich niebezpieczeństw związanych z piciem. Nie tylko dlatego, że uświadomienie sobie ryzyka skła-

niać powinno do ograniczania konsumpcji, ale również dlatego, że stwarza ono szansę zadbania o istotne zminimalizowanie niebezpieczeństwa powikłań. Zobaczymy, zatem na ile młodzież zdaje sobie sprawę z ryzyka związanego z piciem alkoholu. Respondenci zostali poproszeni o ocenę na czterostopniowej skali od „nie ma ryzyka” do „duże ryzyko” ryzyka zdrowotnego trzech stylów picia tj.: „małe ilości jednorazowo, ale często”, „duże ilości jednorazowo, ale rzadko” oraz „dużo jednorazowo i często”.

Za najbardziej niebezpieczny model picia młodzież uznała częste picie w dużych ilościach (Wykres 9). Na drugim miejscu znalazło się rzadsze picie w dużych ilościach, a na trzecim częstsze picie, ale w mniejszych ilościach. Różnice między tymi dwoma ostatnimi stylami picia są jednak mniejsze niż różnica między częstym picciem w dużych ilościach, a pozostałymi stylami.

Wykres 9. Ocena ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji – odsetki badanych wybierających odpowiedź „duże ryzyko”

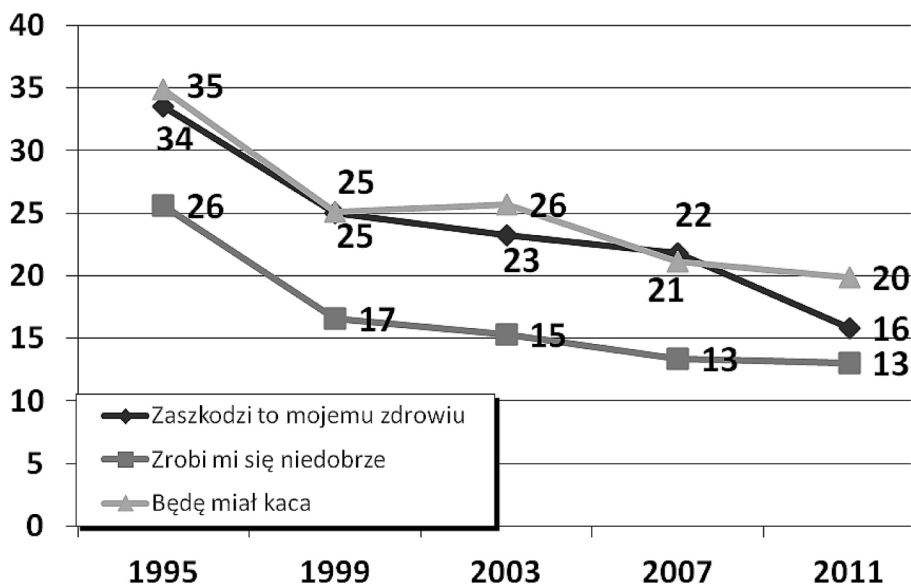


Wgląd w rodzaje negatywnych następstw picia, których najczęściej spodziewa się młodzież, przybliży rozkład odpowiedzi na pytanie o oczekiwania wobec picia. Respondenci byli proszeni o dokonanie na czterostopniowej skali ocen, na ile jest prawdopodobne, że poszczególne konsekwencje wystąpią, jeśli badani wypiją alkohol. Na liście konsekwencji znalazły się zarówno skutki pożądane, jak i niepożądane. Generalnie uczniowie częściej potwierdzali wysokie prawdopodobieństwo pojawienia się następstw pozytywnych, takich jak np. „będę się świetnie bawił”, lub „będę bardziej towarzyski”. Spośród konsekwencji ne-

gatywnych najczęściej wymieniano jako bardzo prawdopodobne: „Zaszkodzi to mojemu zdrowiu”, „Zrobi mi się niedobrze” i „Będę miał kaca”. Trendy w tych wyborach ilustruje Wykres 10.

Na przestrzeni ostatnich 16 lat odsetki respondentów, oceniających wysoko prawdopodobieństwo wystąpienia wymienionych konsekwencji wykazują trend spadkowy. Znaczny spadek oczekiwań negatywnych konsekwencji picia (odsetki spadły prawie dwukrotnie lub nawet ponad dwukrotnie) nie wystawia najlepszej noty edukacji zdrowotnej w części dotyczącej alkoholu. Jak wynika z analizy trendu tego wskaźnika, coraz mniejszy jest udział uczniów, do których udaje się skutecznie dotrzeć z posłaniem o ryzyku szkód zdrowotnych związanych z użyciem alkoholu przed osiągnięciem pełnoletności.

Wykres 10. Oczekiwania wobec alkoholu – odsetki badanych wybierających odpowiedź „bardzo prawdopodobne”



Polska młodzież na tle Europy

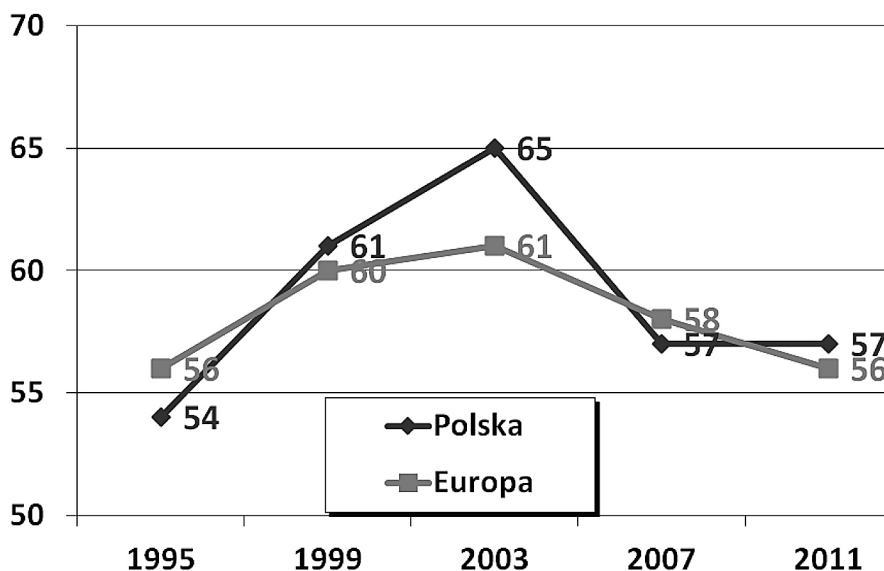
Na zakończenie zaprezentowanych analiz spojrzmy na trendy kilku wskaźników dotyczącego picia alkoholu. Dane europejskie, które posłużyły do porównań stanowią średnie wyników z 19 krajów, które uczestniczyły we wszystkich pięciu badaniach (Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi, Kraus 2012). Dla uproszczenia opisu dane z tych krajów nazywane będą średnią europejską. Te kraje to Chorwacja, Cypr, Czechy, Estonia, Wyspy Owcze, Finlandia, Węgry, Islandia, Irlandia, Włochy, Litwa, Malta, Norwegia, Portugalia, Słowacja, Słowenia, Szwecja i Ukraina. Pod każdym z wykresów obrazujących trendy podano liczbę krajów składających się na średnią europejską, bowiem

w przypadku niektórych wskaźników nie wszystkie kraje dostarczyły dane z wszystkich pomiarów.

Przypomnijmy, że polskie dane nieznacznie różnią się od prezentowanych wcześniej, bowiem obejmują jedynie młodzież pochodzącą z odpowiedniego rocznika.

Trend w zakresie picia napojów alkoholowych w Polsce przypomina trend europejski, chociaż odnotować trzeba też pewne różnice (Wykres 11).

Wykres 11. Picie napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych)



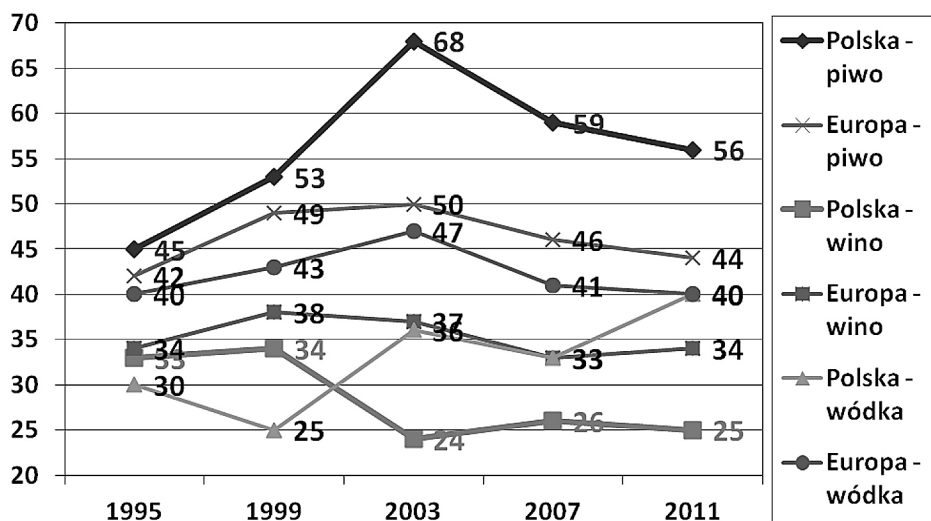
Europa – średnia z 18 krajów

W Polsce podobnie jak średnio w Europie w latach 1995–2003 notowano trend wzrostowy, chociaż o nieco większym nasileniu. W 2007 r. w Polsce nastąpił silny spadek, a następnie w 2011 r. stabilizacja. Na poziomie Europy notujemy w tym okresie stopniowy spadek. W efekcie w 2011 r. wyniki dla naszego kraju niemal nie różnią się od średniej europejskiej.

Trzeba dodać, że picie alkoholu przez młodzież szkolną na naszym kontynencie jest bardzo silnie zróżnicowane. Wystarczy wspomnieć, że w 2011 r. w Czechach odsetek badanych, którzy pili w czasie ostatnich 30 dni wynosił 79% (najwyższe rozpowszechnienie), zaś w Islandii 17% (najniższe rozpowszechnienie).

Spośród trzech typów napojów alkoholowych w Polsce podobnie jak średnio w Europie najpopularniejsze jest piwo, a najmniej popularne – wino (Wykres 12). Trendy rozpowszechnienia picia tych trzech napojów alkoholowych w naszym kraju odbiegają jednak od trendów europejskich.

Wykres 12. Picie piwa wina i wódki w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych)



Europa – średnia z 19 krajów

Odsetki młodych Polaków, którzy pili piwo w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem silnie rosły w latach 1995-2003, a następnie weszły w trend spadkowy. Na poziomie Europy obserwujemy podobne trendy, tyle że o znacznie słabszym nasileniu. W efekcie w 2011 r. odsetki konsumentów piwa w Polsce były znacznie wyższe od średniej europejskiej, podczas gdy w 1995 r. niewiele od niej odbiegały.

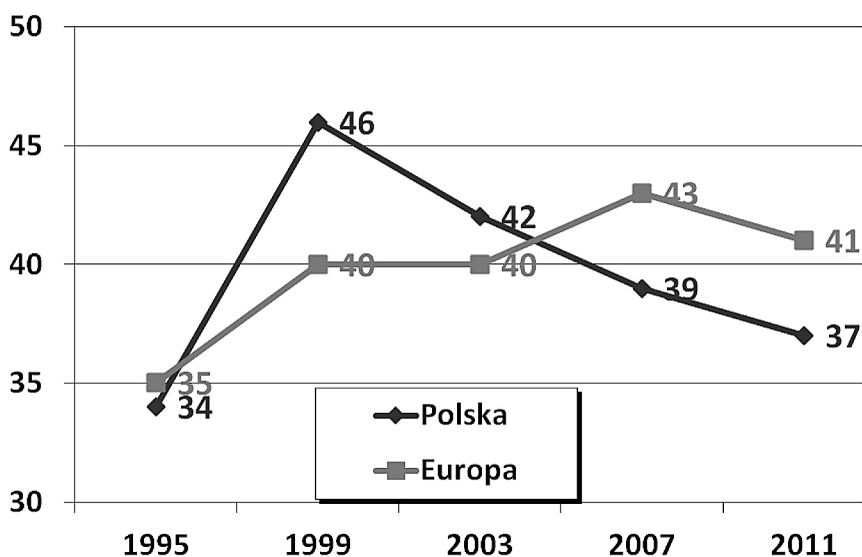
Odmienne układają się trendy w rozpowszechnieniu aktualnego picia napojów spirytusowych. Pod tym względem polscy gimnazjaliści w 1995 r. lokowali się znacznie poniżej średniej, zaś w 2011 r. z ową średnią się zrównali.

Popularność wina podlegała jeszcze innej tendencji. W 1995 r. odsetki konsumentów w naszym kraju nie odbiegały od średniej. Na poziomie kontynentu trend wprawdzie fluktuował, ale w 2011 r. odnotowano ten sam wynik co w 1995 r. W Polsce natomiast obserwujemy wyraźny spadek odsetków konsumentów wina w 2003 r., który spowodował, że w 2011 r. nasi gimnazjaliści ułokowali się znacznie poniżej średniej.

Podsumowując, można zauważyć większą zmienność wszystkich trzech wskaźników w naszym kraju niż średnio w Europie. Jednocześnie zaprezentowane trendy zdają się sugerować restytucję tradycyjnych w naszym kraju wzorów picia bazujących na napojach spirytusowych, co nie znajduje odzwierciedlenia w trendach europejskich. Zjawisko to może niepokoić, bowiem z pićm napojów wysokoprocentowych wiąże się większe ryzyko szkód zdrowotnych.

Picie nadmierne przy jednej okazji, nazywane *binge drinking*, zostało zdefiniowane na potrzeby badania jako wypicie co najmniej pięciu porcji alkoholu (jedna porcja = ok. 50 cl. piwa, cidra lub alcopopsa, 15 cl wina lub 5 cl napojów spirytusowych) przy jednej okazji. Na Wykresie 13 zobrazowano trendy odsetków badanych, którzy doświadczyli, chociaż raz w czasie ostatnich 30 dni, takiej formy ekscesywnego picia. W 1995 r. polscy gimnazjaliści lokowali się pod tym względem na poziomie średniej z wszystkich krajów, które uczestniczyły w pięciu badaniach. W 1999 r. odsetek młodych Polaków pijących nadmiernie wzrósł silniej niż średnia dla wszystkich krajów. W kolejnych latach dane polskie wykazują konsekwentny trend spadkowy, podczas gdy średnia europejska fluktuuje. W efekcie tych procesów w 2011 r. rozpowszechnienie *binge drinking* wśród polskich nastolatków pozostaje niższe od średniej europejskiej.

Wykres 13. Wypicie co najmniej pięciu drinków przy jednej okazji w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych)



Europa – średnia z 14 krajów

Podsumowanie i wnioski

Trendy w zakresie wskaźników używania alkoholu przez młodzież szkolną zarysowane w tym opracowaniu sugerują nasilenie się zjawiska w latach dziewięćdziesiątych oraz na początku poprzedniej dekady, a następnie spadek w drugiej połowie poprzedniej dekady. Początek bieżącej dekady zaznaczył się stabilizacją.

Trendy w zakresie picia w Polsce w przybliżeniu przebiegają zgodnie z trendami na naszym kontynencie, zaś nasilenie zjawiska sytuuje nas na poziomie średniej europejskiej.

Wyniki badania z 2011 r. na tle wyników poprzednich edycji ESPAD skłaniają do sformułowania kilku wniosków. Z góry trzeba je jednak opatrzyć zastrzeżeniami wynikającymi ze znacznej modyfikacji kwestionariusza zastosowanego w 2011 r., co mogło mieć wpływ na porównywalność wyników.

Polska młodzież wedle wyników badania zrealizowanego w 2011 r. jest nadal silnie zagrożona przez alkohol. Mimo stabilizacji wskaźników, rozpowszechnienie picia wśród nastolatków niewiele odbiega od wskaźników obserwowanych wśród dorosłych. Jak wynika z badań realizowanych metodami jakościowymi (Fatyga, Sierosławski, Zieliński, Zieliński 1999) gimnazjaliści uważają, że picie alkoholu, to coś, co im się należy. Nie postrzegają picia w młodym wieku jako łamania norm moralnych, w większości bagatelizują ryzyko szkód zdrowotnych.

Mimo lekkiej tendencji spadkowej, nadal jedna trzecia do połowy, w zależności od typu napoju, nastolatków z III klas gimnazjów jest zdania, że pozyskanie alkoholu jest bardzo łatwe. Zmiana tego stanu rzeczy jest szczególnie trudna w warunkach tak silnie – jak w Polsce – rozbudowanej sieci sprzedaży napojów alkoholowych. Jej ograniczenie mogłoby wydatnie pomóc w ograniczeniu picia również wśród młodzieży. Warto dodać, że ograniczenia sprzedaży napojów alkoholowych są jednym ze sposobów ograniczania spożycia alkoholu o potwierdzonej skuteczności, oczywiście jeśli udaje się je rzeczywiście wyegzekwować. Zadanie to jest szczególnie trudne w warunkach silnie rozbudowanej sieci sprzedaży napojów alkoholowych, warto zatem rozważyć możliwość jej ograniczenia.

Znaczne rozmiary grupy gimnazjalistów pijących okazjonalnie oraz fiasko abstynencyjnego paradygmatu profilaktyki adresowanej do młodzieży szkolnej skłaniają do namysłu nad zmianą tego stanu rzeczy. Wydaje się, że długotrwałe godzenie się na zakazy, które niemal powszechnie są nieprzestrzegane jest demoralizujące. Godzi to z jednej strony w autorytet prawa, z drugiej podważa wiarygodność wychowawców. Wydaje się, że warto rozważyć, czy wymóg utrzymywania całkowitej abstynencji do ukończenia 18 roku życia jest realistyczny.

Przeformułowania wymaga strategia profilaktyczna, potrzebne wydaje się przeniesienie akcentów na rozbudowę oferty dla młodych ludzi pijących często, w ilościach prowadzących do nietrzeźwości. Rozwijając i upowszechniać trzeba programy wczesnej interwencji mieszczące się w logice profilaktyki wskazującej (*indicative prevention*) (Mrazek, Haggerty 1994). Wielu nie uda się przekonać do zmiany stylu życia, konieczne wydaje się zatem, podjęcie działań zmierzających do minimalizacji szkód, do jakich ten styl życia może prowadzić.

Priorytet powinny stanowić programy profilaktyczne uwzględniające specyfikę dziewcząt jako adresatów. Wydaje się, że przygotowując takie programy warto odwoływać się do kwestii zdrowia prokreacyjnego.

Piśmiennictwo

- Anderson P. (2009) *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Anderson P., Møller L. and Galea G. (2012) *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Edwards G., Anderson P. (1994) *Alcohol Policy and the Public Good*. New York, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.
- EU (2006) *An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*. COM(2006) 625 final, Brussels, Belgium
- Fatyga B., Sierosławski J., Zieliński A., Zieliński P. (1999) *Alkohol a młode pokolenie Polaków połowy lat dziewięćdziesiątych*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- Foxcroft D. R., Ireland D., Lister-Sharp D. J., Lowe G. & Breen R. (2002) *Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review*. *Addiction*, 98, 397–411 (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe & Breen 2002)
- Frączek A. (1990) *Rozwój w okresie dorastania a nawykowe palenie i picie*. *Nowiny Psychologiczne*, 5-6 ss. 71-82.
- Havighurst R.J. (1953) *Human development and education*. New York, Longmans.
- Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L. (2012) *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm
- Moskalewicz J., Wieczorek Ł. (2009): *Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia – trzy dekady doświadczeń*. *Alkoholizm i Narkomania*, 22, 4, pp. 305-337.
- Mrazek P., Haggerty R. (1994) *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. DC: National Academy Press.
- Rabinovich L., Brutscher P-B., de Vries H., Tiessen J., Clift J., Reding A. (2009) *The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Technical Report Prepared for the European Commission DG SANCO. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_rand_en.pdf
- Sadowska-Mazuryk J., Tomczuk-Izmer A., Jakubczyk A., Wojnar M. (2013) *Picie alkoholu przez młodzież w kontekście okresu dojrzewania*. *Alkoholizm i Narkomania*, vol. 26, nr 2.
- Sierosławski J. (2004) *Zmiany w konsumpcji alkoholu po obniżeniu akcyzy na napoje spirytusowe*. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych „substancje psychoaktywne” zrealizowanych w 2003 r. W: *Postawy i zachowania Polaków wobec alkoholu i problemów alkoholowych*. Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, ss. 159-173.
- Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (2007) Dz. U z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm. http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=5
- WHO (2001) *Declaration on Young People and Alcohol*. (Adopted in Stockholm on 21 February 2001) <http://www.api.or.at/sp/alcoholpolicy%20dokumente/youth%20and%20alcohol%20stockholm.pdf>
- WHO (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. WHO Press, Geneva, Switzerland.
- Wójtowicz S. (1996) *Picie alkoholu przez dorastających w kontekście realizacji zadań rozwojowych*. *Alkoholizm i Narkomania* 1/22/96, ss 75-82
- Zieliński A., Sierosławski J. (2005) *Wahania popytu na napoje alkoholowe wśród dorastającej młodzieży w różnych okresach minionego wieku*. *Alkoholizm i Narkomania*, 18(4), 2005.

Janusz Sierosławski

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Streszczenie

Europejski program badań szkolnych ESPAD realizowany od 1995 r. pozwala uchwycić trendy w rozpowszechnieniu picia alkoholu przez 15-16-latków w Polsce na tle trendów europejskich. Trendy używania alkoholu przez młodzież szkolną sugerują nasilanie się zjawiska w latach dziewięćdziesiątych oraz na początku poprzedniej dekady, a następnie spadek w drugiej połowie poprzedniej dekady. Początek bieżącej dekady zaznaczył się stabilizacją. Obserwujemy proces zacierania się różnic między chłopcami i dziewczętami w rozpowszechnieniu picia. Postrzegana dostępność napojów alkoholowych spada, ale nadal utrzymuje się na wysokim poziomie. Wprawdzie wskaźniki używania alkoholu przez nieletnich w Polsce nie odbiegają znacząco od średniej europejskiej oraz sugerują pozytywne trendy, to jednak nie spełniają wymagań abstynencyjnego modelu profilaktyki adresowej do młodzieży.

Summary

The European program of school survey implemented since 1995 gives the opportunity to follow trend in prevalence of alcohol drinking by adolescents 15-16 years old in Poland on the ground of European trends. In the nineties and in the beginning of previous decade prevalence of alcohol use by school students was increasing and then drop down. In the beginning of recent decade the stabilization is observed. The differences in prevalence of drinking between boys and girls are diminishing. Perceived alcohol availability is in decreasing trend, but still is on the high level. Although indicators of alcohol use by Polish minors don't differ significantly from European average and they suggested positive trends, they don't meet the requirements of abstinent oriented alcohol policy addressed to youth.

Janusz Sierosławski, socjolog, pracownik Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Od przeszło trzydziestu lat zajmuje się badaniami problemów związanych z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi. Stały Przedstawiciel Polski w Grupie Pompidou (Rada Europy), ekspert Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (National Focal Point for European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, członek Grupy Ekspertów ds. Nadużywania Alkoholu i Substancji Psychoaktywnych Partnerstwa Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia Publicznego i Dobrostanu Społecznego. Autor blisko 120 publikacji naukowych, polskich i o zasięgu międzynarodowym.

Janusz Sierosławski

Używanie narkotyków przez gimnazjalistów

Wprowadzenie

Używanie narkotyków przez młodzież, chociaż znacznie mniej rozpowszechnione niż picie alkoholu, jest w nieporównywalnie większym stopniu przedmiotem społecznej troski. Dzieje się tak, bowiem alkohol to substancja obecna w naszej kulturze od setek, a nawet tysięcy lat, obudowana normami regulującymi używanie, w pełni akceptowana, jeśli owych norm się nie przekracza. Wprawdzie picie alkoholu przez młodzież nie jest społecznie akceptowane, to jednak oznacza ono co najwyżej przedwczesne wkroczenie w świat dorosłych. Status kulturowy narkotyków jest odmienny. Pojawiły się one w naszym kręgu kulturowym na większą skalę stosunkowo niedawno. Ich używanie postrzegane jest jako kulturowo obce, groźne zarówno dla jednostki jak i życia społecznego. Znajduje to wyraz w prawnym statusie tych substancji, są one nielegalne, a ich posiadanie w naszym kraju, nawet w niewielkich ilościach na własny użytek, zagrożone jest sankcjami karnymi, włącznie z karą pozbawienia wolności. W tych warunkach sięganie przez młodzież po narkotyki postrzegane jest z jednej strony jako łamanie podstawowych norm, z drugiej zaś jako ogromne zagrożenie zdrowotne, niezależnie od skali rzeczywistego ryzyka. Na narkotyki rozumiane jako substancje nielegalne składa się szeroki wachlarz środków o bardzo zróżnicowanym potencjale uzależniania, jak również ryzyka spowodowania innych szkód zdrowotnych. Łatwo dostrzec, że ryzyko związane z używaniem np. heroiny, jest niewspółmierne z zagrożeniami powodowanymi przez marihuanę. Kwestia szkodliwości marihuany budzi znaczne kontrowersje wśród badaczy. Wprawdzie wiele badań potwierdza szkody zdrowotne współwystępujące z używaniem przetworów konopi (Hall, Degenhardt 2009; Kalant 2004; Hall 2009; Lynskey, Hall 2000; Degenhardt, Hall, Lynskey 2003a, Degenhardt, Hall, Lynskey 2003b), jednak kwestia zależności przyczynowo-skutkowej, jak również poziomu zagrożenia pozostaje przedmiotem kontrowersji (Hall 2008).

Warto zauważyć, że alkohol pod względem indeksu ryzyka szkód zdrowotnych lokuje się znacznie wyżej niż przetwory konopi (Nutt, King, Saulsbury, Blakemore 2007, Room 2008), chociaż w świadomości społecznej te ostatnie budzą większy niepokój, a regulacje prawne są znacznie bardziej restrykcyjne (Krajewski 2001, Room 2008). Chociaż kwestia poziomu szkodliwości marihuany i haszyszu, a w ślad za tym odpowiedniego poziomu kontroli, jest przedmiotem

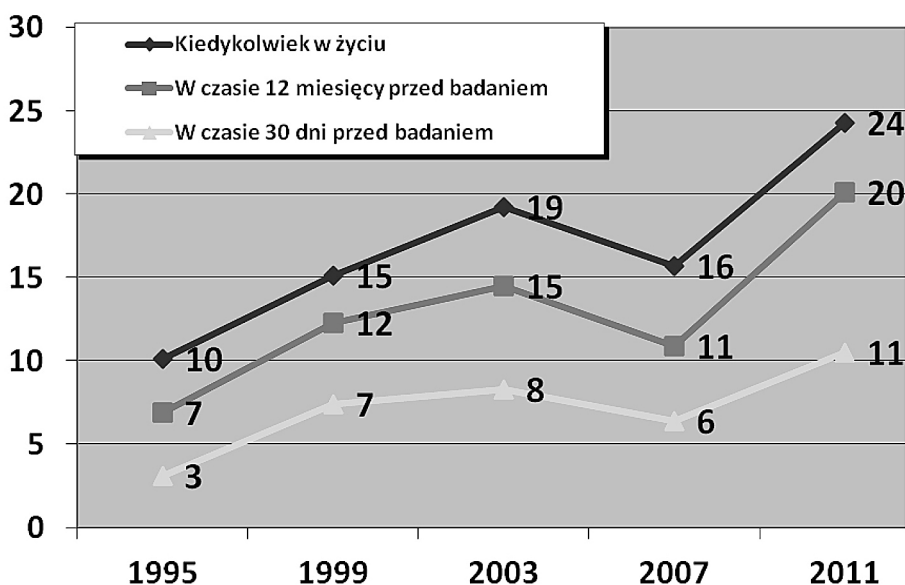
licznych kontrowersji (Hall 2008), bezspornym wydają się zagrożenia zdrowotne i społeczne związane z używaniem tych substancji przez młodzież (WHO 1997).

Badania ESPAD, cytowane w poprzednim artykule, dostarczają danych nie tylko do śledzenia trendów w zakresie picia alkoholu przez młodzież, ale także do analiz zmian w obszarze używania innych substancji, w tym substancji nielegalnych. Przedmiotem tego artykułu jest ocena zagrożeń związanych z substancjami nielegalnymi oraz nowym zjawiskiem, jakim są tzw. „dopalacze”.

Przetwory konopi

Przetwory konopi, czyli marihuana i haszysz, to najbardziej rozpowszechnione substancje nielegalne. W latach 1995–2003 mieliśmy do czynienia z wyraźnym trendem wzrostowym odsetka uczniów, których udziałem stały się doświadczenia z przetworami konopi (Wykres 1). Wzrost między 1999 r. a 2003 r. był nieznacznie mniejszy niż w poprzednim czterolecu. W 2007 r. nastąpił spadek wskaźników do poziomu zbliżonego do roku 1999. Natomiast w 2011 r. nastąpił wzrost i to do nienotowanego dotychczas poziomu. W efekcie już blisko co czwarty (24%) 15-16-latek ma za sobą doświadczenia z paleniem marihuany lub haszyszu.

Wykres 1. Używanie przetworów konopi kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych)



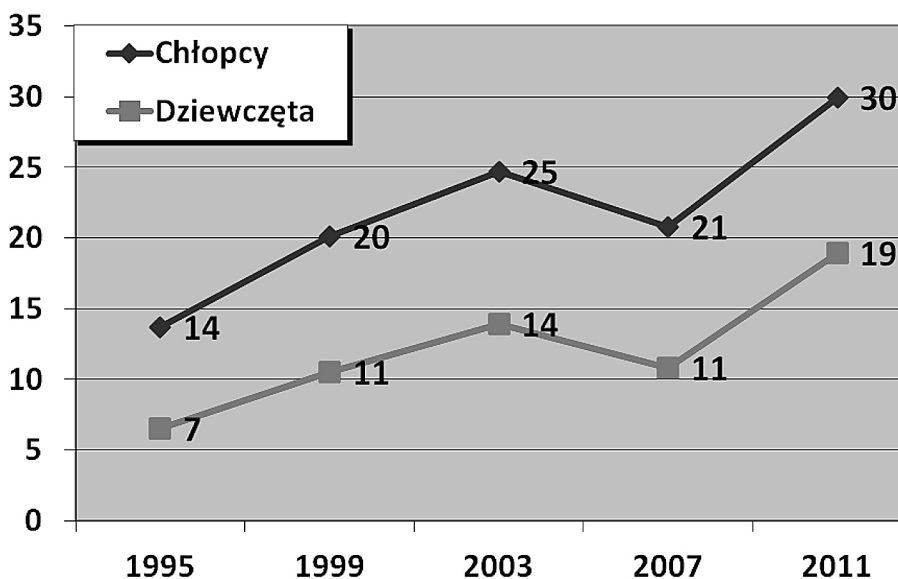
Trendy w zakresie dwóch pozostałych wskaźników (używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy i ostatnich 30 dni) przebiegają podobnie – z wolna zamierający trend wzrostowy w latach 1995-2003, spadek w 2007 r. i silny wzrost w 2011 r. W efek-

cie w 2011 r. co piąty (20%) uczeń trzeciej klasy gimnazjum używał przetworów konopi chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy, a więcej niż co dziesiąty (11%) używał tych substancji w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

Rozpowszechnienie podejmowania prób używania przetworów konopi zależy jest od płci (Wykres 2). W 1995 r. odsetek chłopców, którzy chociaż raz w życiu używali przetworów konopi był ponad dwukrotnie większy od analogicznego odsetka wśród dziewcząt.

Zróźnicowanie zmian w rozpowszechnieniu używania tych substancji wśród chłopców i dziewcząt nie układa się w stały czytelny trend, chociaż porównując dane z 2007 r. możemy zaobserwować lekkie zmniejszenie się nadwyżki chłopców nad dziewczętami w stosunku do 1995 r.

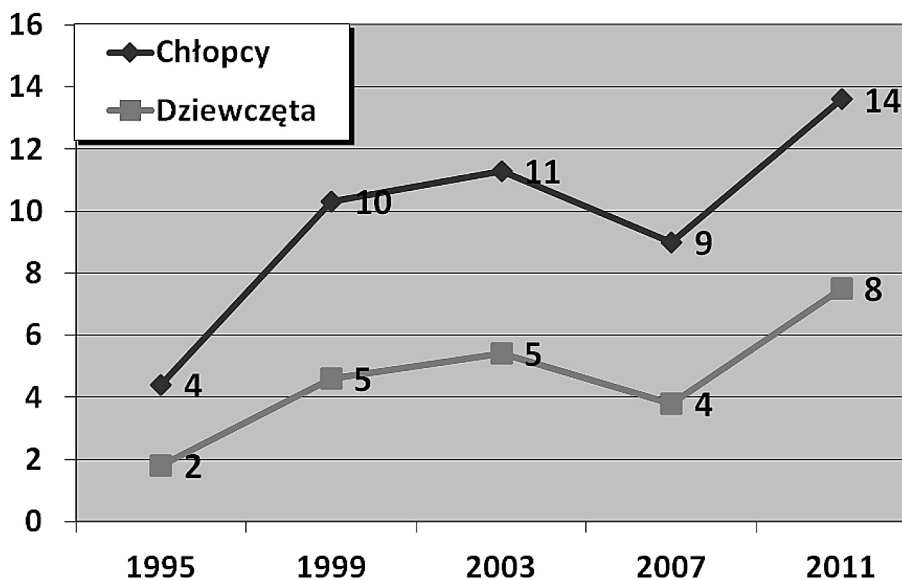
Wykres 2. Używanie przetworów konopi kiedykolwiek w życiu wg płci (odsetki badanych)



W ostatnich czterech latach odsetek sięgających po marihuanę lub haszysz wśród chłopców wzrósł o niespełną połowę, podczas gdy wśród dziewcząt niemal o trzy czwarte. W efekcie względna różnica między chłopcami i dziewczętami uległa zmniejszeniu, przybierając wartość najniższą od początku badań ESPAD.

Podobne trendy obserwujemy spoglądając na dynamikę odsetków chłopców i dziewcząt, którzy używali przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (Wykres 3).

Wykres 3. Używanie przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni wg płci (odsetki badanych)



Powrót do tendencji wzrostowej w zakresie używania marihuany i haszyszu odnotowany w ostatnim badaniu wymaga wyjaśnienia. Wyniki uzyskane w Polsce w 2011 r. skłaniają do sformułowania wstępnej hipotezy, że spadek wskaźników odnotowany w 2007 r. miał charakter bardziej fluktuacji losowej, niż początku odwrócenia tendencji wzrostowej.

Nie można wykluczyć, że grunt pod wzrost zainteresowania przetworami konopi przygotowało upowszechnianie się „dopalaczy”, a następnie radykalne zamknięcie do nich dostępu. Popyt na substancje psychoaktywne inne niż alkohol, rozbudzony przez łatwo dostępne i reklamowane jako bezpieczne „dopala-cze”, po zablokowaniu ich podaży mógł skierować się na przetwory konopi.

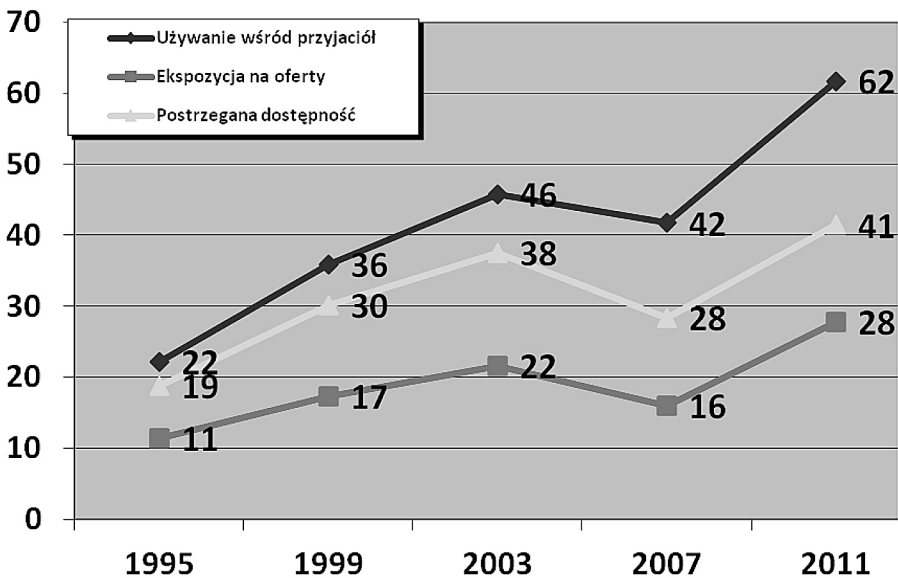
Warto dodać, że w ostatnich latach ożywił się ruch zwolenników legalizacji marihuany, a w debacie publicznej coraz częściej pojawiały się głosy kwestionujące szkodliwość tej substancji. Ponadto od kilku lat toczy się społeczna debata na temat depenalizacji posiadania niewielkich ilości narkotyków na własny użytek. Debata tę ożywiły prace nad rozszerzeniem zakresu rozwiązań probacyjnych podjęte przez Ministerstwo Sprawiedliwości i sfinalizowane w 2011 r. w postaci nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W przekazach medialnych często depenalizacja, dekryminalizacja oraz probacja bywają mylone nie tylko między sobą, ale także z legalizacją, stąd w społeczeństwie, a w tym wśród młodzieży, powstawać może mylne przekonanie, że rozważana jest legalizacja marihuany. W efekcie społeczny klimat wokół marihuany stawał się coraz łagodniejszy, a postawy wobec używania tej substancji zdawały się liberalizować.

Tendencje te sprzyjały: z jednej strony sięganiu po przetwory konopi, z drugiej zaś przyznawaniu się do używania tych substancji. Nie można zatem zapewne przypisać całego wzrostu wskaźnika rzeczywistemu wzrostowi rozpowszechnienia używania przetworów konopi.

Inną hipotezą wyjaśniającą dynamikę wskaźników w latach 2003–2007–2011 mogłaby być mniejsza gotowość respondentów do przyznawania się w roku 2007, że używali substancji nielegalnych, wynikająca z klimatu politycznego w tamtym okresie i związanej z tym większej restrykcyjności polityki wychowawczej systemu edukacji. Wedle tej hipotezy spadek wskaźników w 2007 r. miałby charakter pozorny, w rzeczywistości zaś mielibyśmy do czynienia z kontynuacją trendu wzrostowego, maskowaną niższym poziomem raportowania przez respondentów.

Potwierdzenia trendów analizowanych na podstawie rozkładów odpowiedzi na pytania o używanie marihuany lub haszyszu dostarczają rozkłady odpowiedzi na pytania o otrzymywanie propozycji dostarczenia bądź użycia tych substancji, o używanie tych substancji wśród przyjaciół respondentów, oraz o to, jak łatwo byłoby je zdobyć, gdyby badany miał taką potrzebę (Wykres 4).

Wykres 4. Używanie przez przyjaciół, postrzegana dostępność oraz oferty przetworów konopi (odsetki badanych)



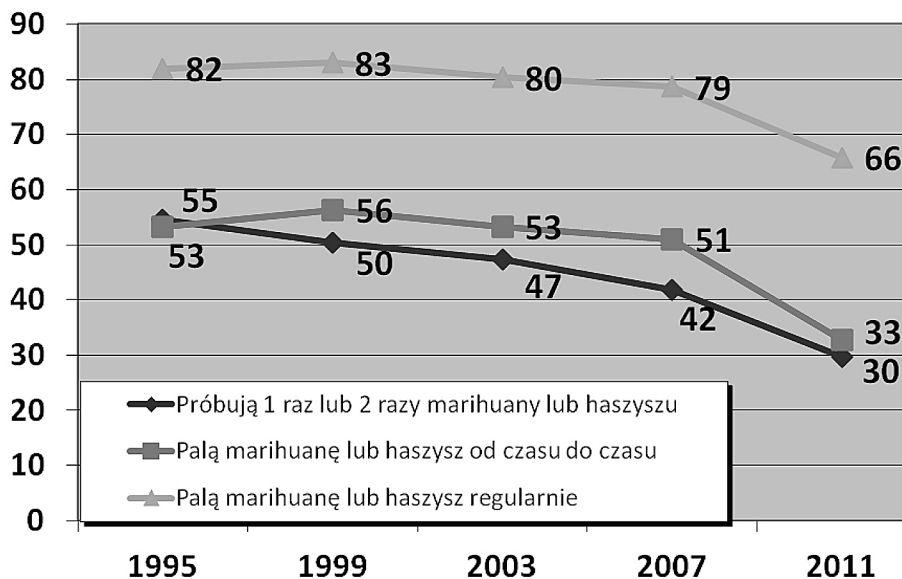
Trendy tych wskaźników układają się bardzo podobnie jak trendy używania przetworów konopi. W szczególności zwrócić trzeba uwagę na spadek w 2007 r. i wzrost w 2011 r., za każdym razem do poziomu wyższego niż w 2003 r. Wprawdzie wskaźniki te nie mierzą bezpośrednio rozpowszechnienia używania,

to jednak dzięki temu wydają się mniej wrażliwe na skrzywienia wynikające z obaw przed ujawnieniem. Można przypuszczać, że gdyby spadek odsetka deklarujących używanie przetworów konopi w 2007 r. był wynikiem tylko zmian w gotowości do przyznawania się do używania, to te wskaźniki nie powinny podążać w ślad za zmianami w rozkładach odpowiedzi na pytania o używanie.

Sprawdzenie przetoczonych wyżej hipotez wymagać będzie dalszych pogłębianych analiz. Także wyniki kolejnej edycji badania w 2015 r. powinny przyczynić się do weryfikacji tych hipotez.

Podobnie jak w przypadku napojów alkoholowych przedmiotem badania była także ocena ryzyka związanego z używaniem przetworów konopi. Na czterostopniowej skali od „nie ma ryzyka” do „duże ryzyko” badani ocenili ryzyko zaszkodzenia sobie w wyniku eksperymentowania z marihuaną lub haszyszem, ich okazjonalnego używania oraz używania regularnego. Odsetki badanych wybierających odpowiedź „duże ryzyko” zestawiono na Wykresie 5.

Wykres 5. Ocena ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji – odsetki badanych wybierających odpowiedź „duże ryzyko”

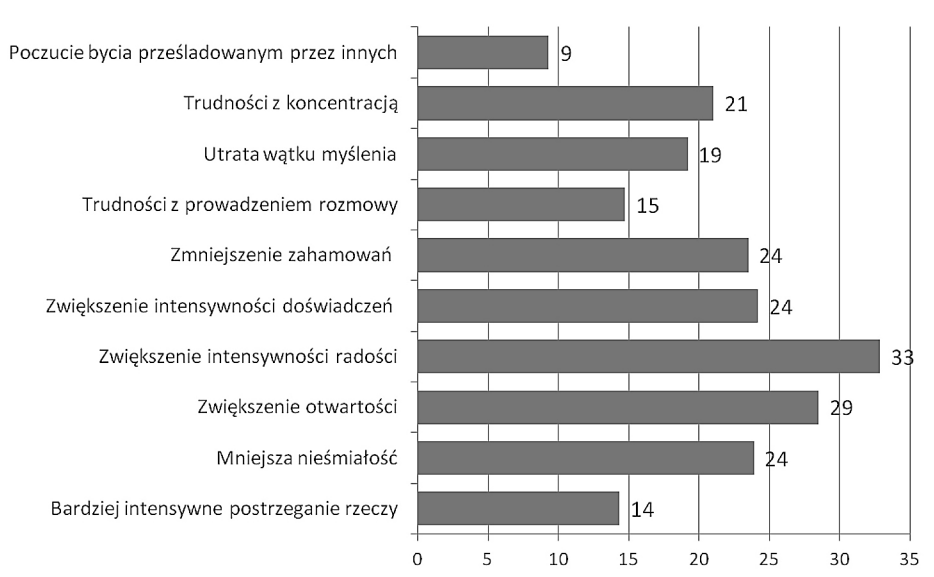


W 1995 r. zdecydowana większość respondentów (82%) była przekonana o dużym ryzyku związanym z regularnym paleniem marihuany lub haszyszu. W mniejszych odsetkach gimnazjaliści dostrzegali duże ryzyko okazjonalnego palenia lub eksperymentowania, ale była to nadal ponad połowa badanych. W 1999 r. nie odnotowano większych zmian, poza tym, że spadł nieco odsetek

uznających za bardzo ryzykowne już pierwsze próby z tymi substancjami. Kolejne badania ujawniły trend spadkowy każdego z tych wskaźników. W efekcie w 2011 r. tylko 30% respondentów ocenia ryzyko eksperymentowania z przetworami konopi jako duże. W podobnym odsetku (33%) respondenci dostrzegali wysokie ryzyko okazjonalnego sięgania po przetwory konopi. Nawet regularne palenie marihuany lub haszyszu oceniane było jako bardzo ryzykowne przez 66% badanych.

W badaniu w 2011 r. po raz pierwszy zadano pytanie o oczekiwania związane z używaniem przetworów konopi. Rozkłady odpowiedzi zamieszczono na Wykresie 6.

Wykres 6. Oczekiwania wobec marihuany i haszyszu – odsetki badanych wybierających odpowiedź „bardzo prawdopodobne”



Badani częściej za całkiem prawdopodobne lub pewne uważali konsekwencje pozytywne niż negatywne. Wśród pozytywnych oczekiwań na pierwszym miejscu lokuje się Zwiększenie intensywności radości (32,9%), na drugim – zwiększenie otwartości (28,5%), a na trzecim zwiększenie intensywności doświadczeń (24,2%). Najczęściej oczekiwaną konsekwencją negatywną były trudności z koncentracją (21,0%), a następnie – utrata wątku myślenia (19,2%) oraz trudności w prowadzeniu rozmowy (14,7%).

Inne substancje nielegalne

Do substancji nielegalnych innych niż przetwory konopi zaliczamy takie środki jak amfetamina, halucynogeny, crack, kokaina, heroina, ecstasy. Wszystkie one, jako powodujące większe szkody zdrowotne, są bardziej niebezpieczne

niż przetwory konopi. Trendy w zakresie sięgania po te substancje kiedykolwiek w życiu zaprezentowano na **Wykresie 7**.

Spośród wymienionych substancji najbardziej rozpowszechniona okazuje się amfetamina. W 2011 r. wszystkie pozostałe substancje były próbowane przez nie więcej niż 3% badanych.

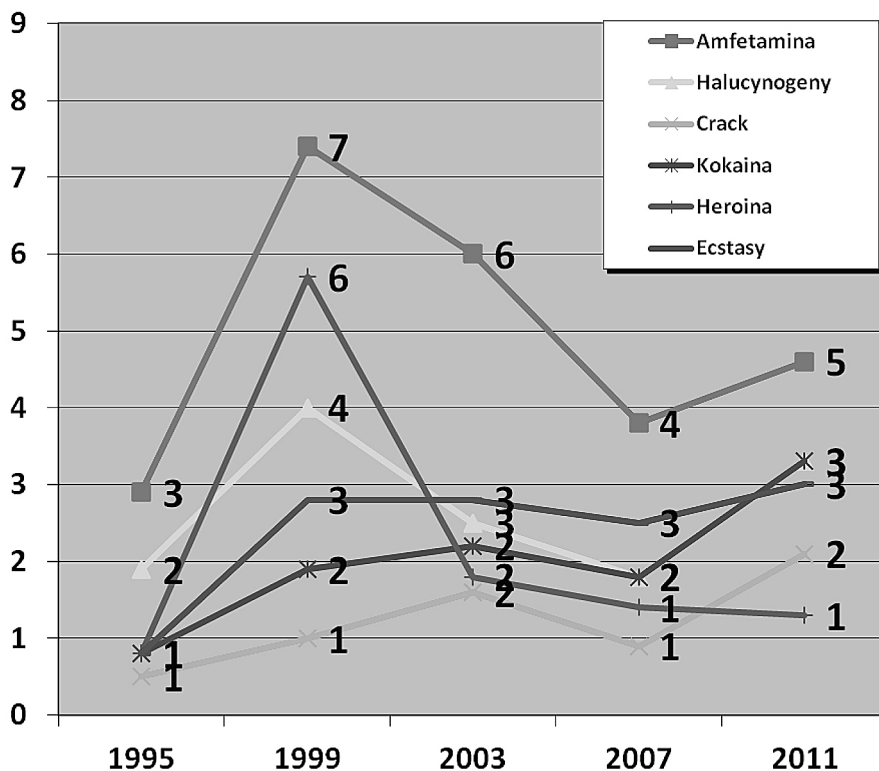
Rozpowszechnienie sięgania po amfetaminę i halucynogeny po wzroście w latach 1995–1999, w latach 2003–2007 uległa spadkowi. W 2011 r. wskaźniki te nieznacznie wzrosły.

Rozpowszechnienie eksperymentowania z takimi środkami jak ecstazy czy kokaina wzrastało w latach 1995–1999. W następnych ośmiu latach ustabilizowało się. W 2011 r. odsetek eksperymentujących z kokainą wykazał niewielki wzrost.

Osobnego komentarza wymagają wyniki odnoszące się do heroiny. W latach 1995–1999 odsetki sięgających po tę substancję bardzo silnie wzrosły, a następnie spadły w 2003 r. do poziomu niewiele wyższego niż w 1995 r. Za gwałtowny skok odsetka w 1999 r. w pewnym stopniu mogła być odpowiedzialna zmiana w kwestionariuszu dokonana w 1999 r. W 1995 r. pytano ogólnie o używanie heroiny, w 1999 r. zaś pytano osobno o używanie heroiny do palenia tzw. „brown sugar” oraz heroiny „białej”. W 2003 r. powrócono do wersji sprzed ośmiu lat. Heroina „brown sugar” pojawiła się na większą skalę w naszym kraju w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych. W tym samym czasie na naszej scenie narkotykowej zagościły nowe odmiany przetworów konopi o zwiększonej zawartości THC, tzw. „skun”. Wśród młodzieży na temat tej substancji krążyły różne mity. Nie można zatem wykluczyć, że niektórzy młodzi ludzie raportując swoje doświadczenia z narkotykami mylili te substancje. Dla popularności „brown sugar” w 1999 r. nie bez znaczenia był też zapewne efekt nowości, nowa modna substancja z etykietą względnie bezpiecznej mogła prowokować do spróbowania. Trudno zatem powiedzieć, jaki wkład we wzrost odsetka stwierdzony w badaniu w 1999 r. miały zmiany w kwestionariuszu, a jaki był rzeczywisty wzrost rozpowszechnienia. Wyniki badań z lat 2003–2011 potwierdziły raczej incydentalny, niż artefaktualny charakter wyników z 1999 r. odnoszących się do heroiny, bowiem podobnemu trendowi ulegało rozpowszechnienie używania dwóch innych substancji – amfetaminy i halucynogenów.

Na koniec podkreślić należy fakt niskiego rozpowszechnienia używania wszystkich substancji nielegalnych innych niż przetwory konopi. Zarysowane powyżej trendy mieszczą się w wąskim zakresie zmienności bardzo niskiego rozpowszechnienia.

Wykres 7. Używanie substancji nielegalnych innych niż przetwory konopi kiedykolwiek w życiu (odsetki badanych)



Dopalacze

Problem „dopalaczy” (*smart drugs, legal highs*) pojawił się w Europie w połowie poprzedniej dekady. W Polsce zaczął narastać w drugiej połowie poprzedniej dekady. Problem dopalaczy rozwijał się na styku świata substancji legalnych i nielegalnych. „Dopalacze” oferowane są w większości krajów europejskich, a także w internecie. Wszędzie problem ten jest przedmiotem troski władz i zaniepokojenia społecznego (PAN 2010). Nasza wiedza na temat dopalaczy jest wyrwkowa, zarówno w wymiarze farmakologicznym, jak społeczno-kulturowym (EMCDDA). Brak nawet precyzyjnej naukowej definicji „dopalaczy”.

„Dopalacze” określić można jako preparaty zawierające w swym składzie substancje psychoaktywne nieobjęte kontrolą prawną. Niektóre z nich są pochodzenia roślinnego, inne – syntetycznego. Dopalacze w zasadzie cieszą się statusem legalności, jednak obrót nimi odbywa się na zasadach pewnego wybiegu, stanowiącego omińnięcie prawa. W Polsce, jeszcze do października 2010 r., „dopalacze” sprzedawane były jak produkty kolekcjonerskie, w innych krajach sprzedawane bywają jako kadzidółka, sole do kąpeli, odświeżacze powietrza, itp. Zawsze opa-

trzone są informacją, że nie są przeznaczone do spożycia przez człowieka, co pozwala omijać przepisy o bezpieczeństwie produktów wprowadzonych do obrotu. Jednocześnie równoległe do oficjalnego statusu produktu reklamuje się go jako dostawcy niezapomnianych wrażeń.

Z używaniem „dopalaczy” wiąże się wiele zagrożeń. Są to nowe, nieprzebadane substancje przyjmowane wedle nowych nierozpoznanych wzorów. W efekcie brak doświadczeń z tymi substancjami zwiększa ryzyko powikłań zdrowotnych u użytkowników. Co do niektórych z tych substancji można przypuszczać, że są bardziej niebezpieczne niż ich nielegalne odpowiedniki, inne mogą się okazać całkiem niegroźne. W 2010 r. szpitale raportowały liczne przypadki zatruc, w tym śmiertelnych. Zgłaszały też, że z powodu trudności w określeniu obrazu toksykologicznego używanych „dopalaczy”, utrudnione było niesienie pomocy osobom, które przedawkowały.

Potrzeba rozpoznania epidemiologicznego fenomenu „dopalaczy” skłoniła do wprowadzenia w 2011 r. do badania ESPAD kilku pytań na temat kontaktów z tymi substancjami.

Zgodnie z oczekiwaniami niemal wszyscy badani słyszeli o „dopalaczach” (94%). Jednak tylko 15% badanych było kiedykolwiek w sklepie, w którym były dostępne. Odsetki respondentów, którzy dokonywali zakupów „dopalaczy” są jeszcze niższe – 8,0%.

Podstawowym miejscem zakupu „dopalaczy” były sklepy z tymi substancjami – 6%. Za pośrednictwem internetu takich zakupów dokonywało tylko 1,7% badanych, zaś 4% badanych zaopatrywało się w dopalacze z innych źródeł.

Do używania „dopalaczy”, chociaż raz w życiu, przyznało się 11% gimnazjalistów. Odsetek aktualnych użytkowników jest trochę niższy – 7%. W czasie ostatnich 30 dni po substancje te sięgało tylko 3% badanych. Te niskie odsetki wiązać można ze znacznym ograniczeniem dostępności „dopalaczy” w konsekwencji zamknięcia sklepów z tymi substancjami jesienią 2010 r.

Używanie dopalaczy jest dość silnie różnicowane przez płeć badanych. Kiedykolwiek w życiu dopalaczy używało 13% chłopców i 8% dziewcząt, w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem – 9% chłopców i 5% dziewcząt, natomiast w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – 4% i 2% dziewcząt (wskaźnik „używających” chłopców jest dwukrotnie wyższy niż dziewcząt).

Wyniki badania zdają się sugerować, że problem „dopalaczy” został opanowany, jednak ze względu na brak wcześniejszych porównywalnych badań nie można niczego względnie pewnego w tej sprawie stwierdzić.

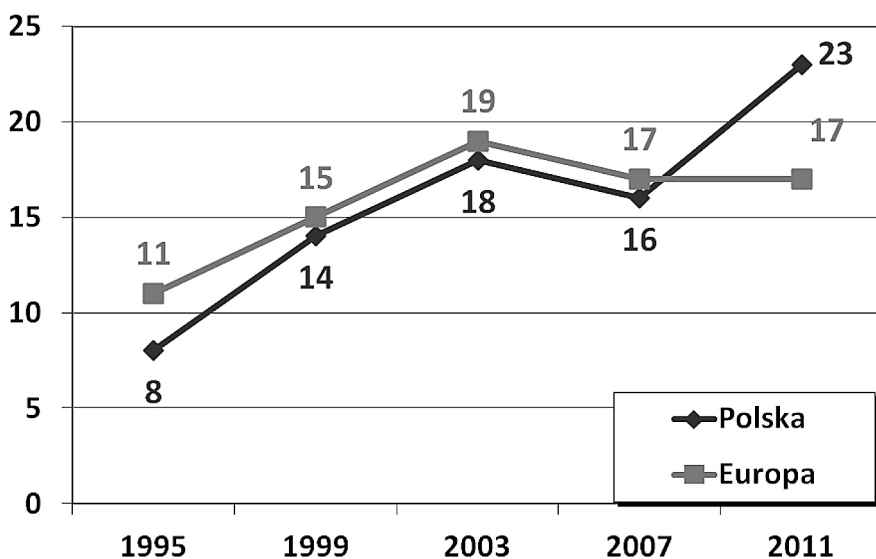
Polska młodzież na tle Europy

Na zakończenie zaprezentowanych analiz spójrzmy na trendy kilku podstawowych wskaźników używania przetworów konopi w naszym kraju na tle trendów europejskich. Dane europejskie, które posłużyły do porównań stanowią średnie wyników z krajów, które uczestniczyły we wszystkich pięciu badaniach (Hibell,

Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi, Kraus 2012). Przypomnijmy, że średnie z tych danych nazywać będziemy średnią europejską oraz że polskie dane nieznacznie różnią się od prezentowanych wcześniej, bowiem obejmują jedynie młodzież pochodzącą z odpowiedniego rocznika.

Porównanie trendu rozpowszechnienia używania przetworów konopi kiedykolwiek w życiu w Polsce z trendem średniej europejskiej (**Wykres 8**) ujawnia podobne tendencje w latach 1995–2007. Zarówno w Polsce, jak średnio w Europie, obserwujemy wzrost w latach 1995–2003 i spadek w 2007 r.

Wykres 8. Używanie przetworów konopi kiedykolwiek w życiu (odsetki badanych)



Europa – średnia z 19 krajów

W 1995 r. w Polsce odsetek uczniów sięgających po przetwory konopi (8%) był nieco mniejszy od średniej europejskiej (11%). Odsetek eksperymentujących w naszym kraju rósł trochę szybciej niż średnio w Europie w efekcie czego w 2003 r. prawie osiągnęliśmy średnią europejską. Zasadnicza zmiana dokonała się w 2011 r. W Polsce odsetek silnie wzrósł przekraczając wartość z 2003 r., oraz o 6 punktów procentowych wartość wskaźnika europejskiego, który pozostał na tym samym poziomie, co w 2007 r.

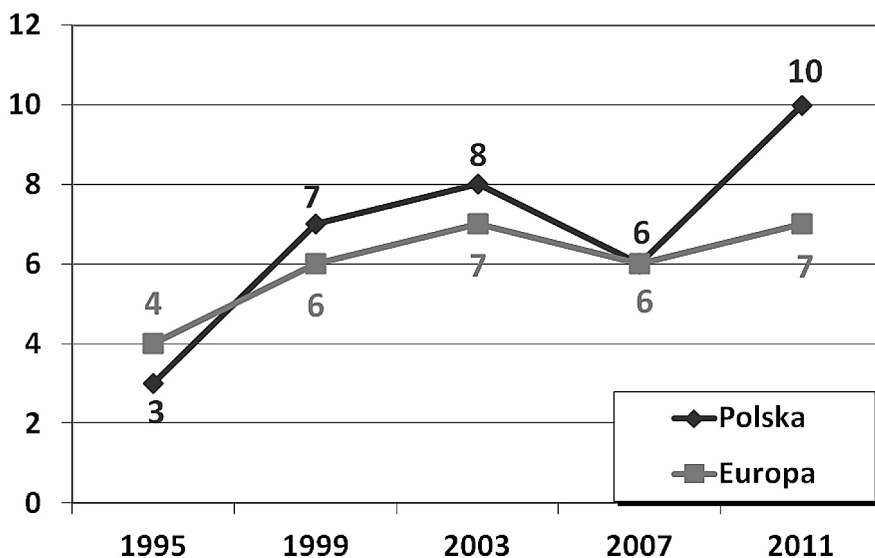
Podobne trendy obserwujemy analizując wskaźnik używania przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni (**Wykres 9**).

Tu także odsetek aktualnych użytkowników marihuany lub haszyszu mieści się poniżej „średniej europejskiej” i rósł szybciej niż w innych krajach. W wyniku tego wzrostu już w 1999 r. nieznacznie przekroczyliśmy średnią dla 18 krajów

uczestniczących we wszystkich pomiarach ESPAD. W 2007 r. w Polsce śladem większości krajów odsetek spadł, zaś w 2011 r. wzrósł. Wzrost ten był jednak wyraźnie większy niż średnio w innych krajach.

Trzeba dodać, że średnia europejska kryje silne zróżnicowania. W 2011 r. najniższymi wskaźnikami odznaczały się Wyspy Owcze (używanie: kiedykolwiek w życiu – 5% i w czasie ostatnich 30 dni – 1%), najwyższym zaś Czechy – odpowiednio 42% i 15%.

Wykres 9. Używanie przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych)



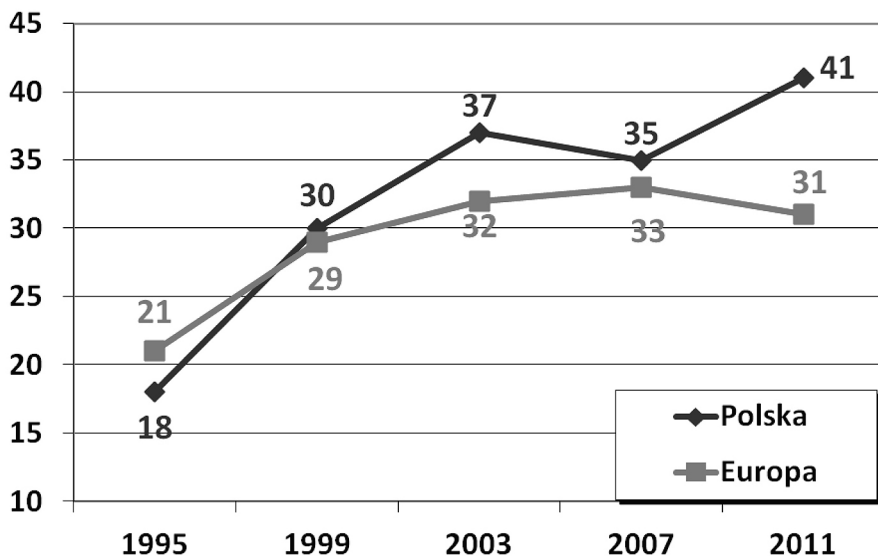
Europa – średnia z 18 krajów

Zmiany w rozpowszechnieniu używania przetworów konopi, zarówno na poziomie pierwszych prób, jak i aktualnego używania ilustrują podobieństwo trendów w latach 1995-2007 i odmiennosc w 2011 r. Wydaje się zatem, że w ostatnich latach zadziałał jakiś czynnik specyficzny dla naszego kraju. W tym przypadku także konieczne są kolejne pogłębione analizy. Punktem wyjścia takich analiz mogłoby być sprawdzenie hipotezy o wpływie silnie rozbudzonego, a następnie gwałtownie zahamowanego popytu na „dopalacze”, co stało się unikalnym polskim doświadczeniem.

Trend w zakresie postrzeganej dostępności przetworów konopi w Polsce układa się podobnie jak trendy używania – wzrost w latach 1995-2003, spadek w 2007 i wzrost w 2011 r. Trend europejski układa się odmiennie – zamierzający wzrost w latach 1995-2007 i lekki spadek w 2011 r. Z wyjątkiem 1995 r. wskaźniki dla naszego kraju lokują się nieco wyżej niż średnia europejska, przy czym

największą nadwyżkę obserwujemy w 2011 r.

Wykres 10. Postrzegana dostępność przetworów konopi (odsetki badanych, którzy wybrali odpowiedzi: „bardzo łatwe do zdobycia” lub „łatwe do zdobycia”)



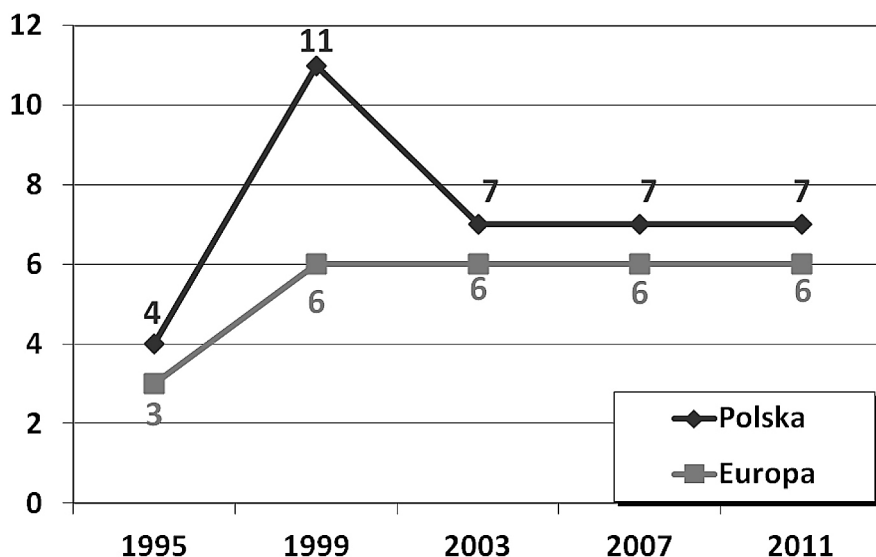
Europa – średnia z 19 krajów

Wśród 19 krajów, w których przeprowadzono wszystkie 5 pomiarów w 2011 wskaźnik postrzeganej dostępności przetworów konopi ułożył się najwyżej w Czechach (59%), najniżej na Ukrainie (10%).

Używanie jakiegokolwiek nielegalnej substancji psychoaktywnej, innej niż przetwory konopi (amfetamina, kokaina, crack, ecstasy, LSD lub inne substancje halucynogenne, heroina i GHB), jest udziałem stosunkowo niewielkich odsetków gimnazjalistów, zarówno w Polsce, jak i w całej Europie. Trend w naszym kraju układa się podobnie jak trend średniej europejskiej, z wyjątkiem anomalii z 1999 r., za którą odpowiedzialna jest heroina.

Zróznicowanie odsetka badanych, którzy kiedykolwiek używali jakiegokolwiek substancji nielegalnej, innej niż marihuana lub haszysz, nie jest tak znaczne, jak w przypadku przetworów konopi lub alkoholu. W 2011 r. odsetek ten przybrał najwyższą wartość w Portugalii i na Węgrzech (8%), najniższą zaś w Norwegii (2%).

Wykres 11. Używanie substancji nielegalnych innych niż przetwory konopi kiedykolwiek w życiu (odsetki badanych)



Europa – średnia z 19 krajów

Podsumowanie i wnioski

Trendy w zakresie wskaźników używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną zarysowane w tym opracowaniu sugerują nasilenie się zjawiska w latach dziewięćdziesiątych oraz na początku poprzedniej dekady, a następnie spadek w drugiej połowie poprzedniej dekady. Początek bieżącej dekady zaznaczył się wzrostem rozpowszechnienia używania przetworów konopi. Próbując wyjaśnić zmiany, jakie zaszły w ostatnich ośmiu latach sformułować można dwie hipotezy. Jedna głosi, że spadek w 2007 r. miał charakter artefaktualny (spadła jedynie gotowość do przyznawania się), druga zaś odwrócenie kierunku zmian w 2011 r. wiąże z zamieszaniem wokół „dopalaczy” oraz liberalizacją postaw społecznych wobec przetworów konopi.

Niezależnie od interpretacji zmian w latach 2003-2011, ostatni wzrost rozpowszechnienia używania marihuany i haszyszu do nienotowanych dotychczas rozmiarów wydaje się obecnie szczególnym wyzwaniem w naszym kraju. W połączeniu z rosnącym przekonaniem młodzieży o mniejszym – w porównaniu z innymi narkotykami – ryzyku szkód związanych z ich używaniem można oczekiwać dalszego wzrostu rozpowszechnienia w przyszłości. Skłaniać to powinno do przemyślenia na nowo polityki wobec przetworów konopi oraz działań profilaktycznych w tym zakresie. W szczególności warto rozważyć przesunię-

cie akcentu z profilaktyki uniwersalnej na profilaktykę wskazującą (*indicative prevention*) (Mrazek, Haggerty 1994) oraz zintensyfikowanie działań w zakresie wczesnej interwencji. Szczególnie wskazana jest edukacja w kwestii ryzyka związanego z używaniem przetworów konopi. Rozbudowy wymaga oferta dla młodych ludzi używających względnie często substancji nielegalnych lub pijących często, w ilościach prowadzących do nietrzeźwości. Wielu z nich nie uda się przekonać do zmiany stylu życia, konieczne wydaje się zatem podjęcie działań zmierzających do minimalizacji szkód, do jakich ten styl życia może prowadzić. Opracowanie i wdrożenia programów z zakresu redukcji ryzyka (*risk reduction*) powinno stać się ważnym kierunkiem strategii profilaktycznej.

Priorytet powinny stanowić programy profilaktyczne adresowane do dziewcząt. Wprawdzie zacieranie się różnic między chłopcami i dziewczętami w rozpowszechnieniu używania narkotyków nie jest tak zaawansowane jak w przypadku alkoholu, to jednak proces ten będzie zapewne postępował. Sprzyjają temu tendencje zacierania różnic związanych z płcią promowane przez tzw. politykę „gender”.

U podłoża sięgania po substancje psychoaktywne, niezależnie od tego czy mowa o alkoholu, czy o przetworach konopi leżą podobne czynniki. (Griffin, Botvin, Scheier, Doyle, Williams 2003, Kafetzopoulos 2006). Jak sugerują wyniki badań realizowanych metodami jakościowymi, młodzież inaczej postrzega substancje psychoaktywne niż świat dorosłych. Dla młodych ludzi istotniejszy jest poziom ryzyka zdrowotnego niż status prawny substancji. Ich zdaniem różnica między marihuaną a alkoholem, jest mniejsza niż między marihuaną a innymi narkotykami, takimi jak heroina, czy amfetamina (Fatyga, Sierosławski 1999). Stąd patrząc z perspektywy zdrowia publicznego warto dążyć do integracji polityki wobec alkoholu i polityki wobec narkotyków. Potrzeba spójnej polityki wobec substancji dostrzegana jest także w wymiarze międzynarodowym (Pompidou Group, Council of Europe 2011).

Porównania międzynarodowe nie przekonują, że bardziej represyjna polityka wobec używania substancji nielegalnych wiąże się z mniejszym rozpowszechnieniem ich używania (Degenhardt L, Chiu W-T, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, et al. 2008). Nie obserwuje się prostych relacji między polityką wobec narkotyków a poziomem rozpowszechniania. Czynnikiem wyjaśniającym rozmiary problemu należy raczej szukać w poziomie zamożności społeczeństw. Z jednej strony oznacza to, że w miarę bogacenia się naszego kraju spodziewać się należy kontynuacji trendu wzrostowego, z drugiej zaś strony sugeruje potrzebę liberalizacji polskiej polityki wobec używania substancji nielegalnych, która należy na najbardziej restrykcyjnych w Europie.

Piśmiennictwo

- Degenhardt L., Chiu W-T, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, et al. (2008) *Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys*. PLoS Med 5 (7) : e141. doi:10.1371/journal.pmed.0050141. <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?representation=PDF&uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.0050141>
- Degenhardt L., Hall W. & Lynskey M. (2003a) *Exploring the association between cannabis use and depression*. Addiction, 98, 1621–1630
- Degenhardt L., Hall W., Lynskey M. (2003b) *Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis*. Drug and Alcohol Dependence, 71, 37–48
- EMCDDA. *Action on new drugs*. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>
- Fatyga B., Sierosławski J. (1999) *Uczniowie i nauczyciele o stylach życia młodzieży i narkotykach. Raport z badań jakościowych*. Warszawa. Instytut Spraw Publicznych.
- Griffin K., Botvin G., Scheier L., Doyle M., Williams C. (2003) *Common predictors of cigarette smoking, alcohol use, aggression, and delinquency among inner-city minority youth*. Addictive Behaviors, 28, 1141–1148.
- Hall W. (2008) *Assessing the population health impact of cannabis use*. In *A cannabis reader: global issues and local experiences*. EMCDDA Monographs 8, volume II. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, Portugal.
- Hall W. (2009) *The adverse health effects of cannabis use: What are they, and what are their implications for policy?* International Journal of Drug Policy, 20, 458–466
- Hall W., Degenhardt L. (2009) *Adverse health effects of non-medical cannabis use*. Lancet 2009; 374: 1383–91
- Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L. (2012) *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm
- Kafetzopoulos E. (2006) *Risk and protective factors in adolescent and youth drug use*. W: *Young people and Drugs*. Care and Treatment. Strasbourg. Pompidou Group, Council of Europe.
- Kalant H. (2004) *Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996*. *Progress In Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 28, 849–863.
- Lynskey M. & Hall W. (2000) *The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review*. Addiction, 95(11), 1621–1630
- Krajewski K. (2001) *Sens i bezsens prohibicji*. Kraków. Kantor Wydawniczy Zakamycze.
- Mrazek I Haggerty (1994) *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. DC: National Academy Press.
- Nutt D., King L. A., Saulsbury W., Blakemore C. (2007). *Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse*. Lancet 369 (9566): 1047–53.
- PAN (2010) *Stanowisko Wydziału VI Nauk Medycznych PAN w sprawie „dopalaczy”* http://www.aktualnosc.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=462:stanowisko-wydzialu-vi-nauk-medycznych-pan-w-sprawie-dopalaczy&catid=14:dokumenty-i-owiadczenia-w-sprawach-publicznych&Itemid=19
- Pompidou Group, Council of Europe (2011) *Policy paper providing guidance to policy makers for developing coherent policies for licit and illicit drugs*. Adopted at the 69th meeting of Permanent Correspondents. P-PG (2011) 4 final 14. http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Documents/PolicyPaper_en.pdf
- Room R. (2008) *The public health significance of cannabis in the spectrum of psychoactive substances*. In *A cannabis reader: global issues and local experiences*. EMCDDA Monographs 8, volume II. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, Portugal.
- WHO Programme on Substance Abuse (1997) *Cannabis: a health perspective and research agenda*, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organisation, Geneva.

Janusz Sierosławski

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Streszczenie

Europejski program badań szkolnych ESPAD realizowany od 1995 r. pozwala uchwycić trendy w rozpowszechnieniu używania narkotyków przez 15-16-latków w Polsce na tle trendów europejskich. Dane sugerują nasilanie się zjawiska używania przetworów konopi w latach dziewięćdziesiątych oraz na początku poprzedniej dekady, a następnie spadek w drugiej połowie poprzedniej dekady. Początek bieżącej dekady zaznaczył się ponownym wzrostem. Inne narkotyki są znacznie mniej popularne, ich rozpowszechnienie po wzroście w końcu lat dziewięćdziesiątych spadło i obecnie utrzymuje się na bardzo niskim poziomie. Obserwujemy proces zacierania się różnic między chłopcami i dziewczętami w rozpowszechnieniu używania przetworów konopi. Wskaźniki używania tej substancji są obecnie w Polsce znacząco wyższe od średniej europejskiej, podczas gdy używanie innych narkotyków nie odbiega od tej średniej. Sugeruje to, że problem marihuany i haszyszu jest obecnie największym wyzwaniem dla polityki wobec substancji psychoaktywnych.

Abstract

The European program of school survey implemented since 1995 gives the opportunity to follow trend in prevalence of drug use by adolescents 15-16 years old in Poland on the ground of European trends. The data suggests increasing trend in cannabis use in nineties and in the beginning of previous decade, and then drop down in 2007, and in 2011 again increase was noted. Other drugs are much less popular, prevalence of their use after increase in late nineties, dropped down and now is being on the very low level. The differences in prevalence of cannabis use between boys and girls are diminishing. The indicators of cannabis use in Poland are currently significantly higher than European average, while indicators of other drugs use are on the same level. The results suggests, that cannabis problem create the challenge for policy towards psychoactive substances.

Janusz Sierosławski, socjolog, pracownik Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Od przeszło trzydziestu lat zajmuje się badaniami problemów związanych z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi. Stały Przedstawiciel Polski w Grupie Pompidou (Rada Europy), ekspert Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (National Focal Point for European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, członek Grupy Ekspertów ds. Nadużywania Alkoholu i Substancji Psychoaktywnych Partnerstwa Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia Publicznego i Dobrostanu Społecznego. Autor blisko 120 publikacji naukowych, polskich i o zasięgu międzynarodowym.

Prace poglądowe

Anna Harton

Zachowania żywieniowe dzieci w Polsce

Wprowadzenie

Zachowania żywieniowe to rodzaj zachowań zdrowotnych oraz element stylu życia [61]. Obejmują one zwyczaje żywieniowe i sposób żywienia utrwalony w dłuższym czasie. Zdefiniować je można jako wszystkie czynności związane z żywnością i żywieniem człowieka, w tym organizacja zakupów, wybór żywności, przechowywanie i przygotowanie a także częstotliwość i regularność spożycia, liczba posiłków, pojadanie i okoliczności spożycia żywności [30,31,66]. Gronowska-Senger [31] do zachowań żywieniowych zalicza też spożywanie w ciągu doby określonej ilości produktów i potraw. W literaturze odnoszącej się do żywienia różnych grup populacyjnych można spotkać także pojęcie „nawyki żywieniowe”. Oznacza ono nabyte umiejętności wykonywania wielokrotnie powtarzanych czynności związanych z odżywieniem się, w sposób automatyczny-bez podejmowania procesów decyzyjnych [42,66,].

Zachowania żywieniowe kształtowane są już we wczesnym dzieciństwie [6,23,24,25,26], który to okres jest szczególnie podatny na formowanie poglądów, w tym także żywieniowych. W kolejnych latach zachodzi już tylko ich modyfikacja, a raz ukształtowane nieprawidłowe nawyki trudno zmienić [90].

Nieprawidłowe zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży mogą mieć swoje niekorzystne następstwa zdrowotne pojawiające się już w dzieciństwie lub mające odległe w czasie skutki. Wiele badań dowodzi, że źle zbilansowana dieta pod kątem jakościowym i ilościowym oraz inne błędy żywieniowe, takie jak brak regularności posiłków, unikanie śniadań w połączeniu z siedzącym trybem życia – sprzyja otyłości. Przegląd literatury z ostatnich lat dowodzi pandemii otyłości na świecie, w tym także w Polsce. Blisko 10% światowej populacji do 18. roku życia ma nadwagę lub otyłość [37]. Jak wskazują różni autorzy Polska nie jest odosobniona [62,67,83]. Wyniki badań Health Behaviour in School Children (HBSC) 2009/2010 bezsprzecznie dowodzą, że tylko w ciągu ostatniej dekady odsetek dzieci z nieprawidłową masą ciała w naszym kraju uległ podwojeniu [16]. Nieprawidłowa dieta ma także inne następstwa zdrowotne, m.in. zwiększa ryzyko cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, nowotworów, chorób serca oraz próchnicy zębów, co w dużym stopniu koreluje także z otyłością.

Ważne jest zatem zwrócenie uwagi na kształtowanie prawidłowych zachowań już od najmłodszych lat, w tym istotna jest znajomość specyfiki danego wieku oraz wiedza na temat czynników warunkujących zachowania żywieniowe. W przypadku dzieci i młodzieży szczególną rolę przypisuje się rodzinie, grupie rówieśniczej a także reklamie (Harris i wsp., 2009).

W niniejszej pracy omówiono wybrane determinanty zachowań żywieniowych oraz dokonano przeglądu zachowań żywieniowych w podziale dzieci i młodzieży ze szczególnym uwzględnieniem najczęściej popełnianych błędów.

Czynniki warunkujące zachowania żywieniowe

Zachowania żywieniowe warunkowane są przez mnogie czynniki charakteryzujące się pewną zmiennością oraz współzależnością. W literaturze można spotkać wiele klasyfikacji jednak najprościej podzieli się je na czynniki ekonomiczne i pozaekonomiczne [43] oraz zewnętrzne i wewnętrzne [47]. W krajach wysoko rozwiniętych, do których należy Polska, szczególne znaczenie mają czynniki pozaekonomiczne: środowiskowe, psychologiczne oraz społeczno-kulturowe. Istotne miejsce zajmuje tu m.in.: wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy, styl życia, obyczaje, wiek, płeć, miejsce zamieszkania. Wielu autorów wskazuje też na poziom wiedzy żywieniowej, który dodatkowo wpływa na preferencje żywności, a to one stanowią główny czynnik w kształtowaniu nawyków i zachowań żywieniowych [17,43,66]. Jak wskazuje Narojek [66] preferencje nie zawsze są odzwierciedleniem faktycznych wyborów i spożycia żywności, nie mniej jednak nie należy bagatelizować ich roli zwłaszcza w przypadku dzieci i młodzieży.

W rozważaniach na temat zachowań żywieniowych dzieci i młodzieży ważną rolę przypisuje się reklamie. Młodzi ludzie są szczególnie na nią podatni i jak wynika z badań Kołłajtis-Dołowy [52] przy wyborze produktów często się nią kierują. To właśnie z reklam wiele osób czerpie wiedzę żywieniową [2]. Dzieci i młodzież bardzo często reagują pozytywnie na reklamę poprzez swoje zaangażowanie emocjonalne i uczuciowe oraz naturalną potrzebę posiadania autorytetów i wzorów do naśladowania. Badania prowadzone przez Kołłajtis-Dołowy (51) dowiodły, że reklama żywności wpływa zarówno pozytywnie jak i negatywnie na niektóre preferencje, zatem może przyczyniać się do kształtowania pewnych nawyków i zachowań żywieniowych. Niewłaściwy wpływ reklamy często jest skutkiem bezkrytycznego przyjmowania jej treści, co wynika z małej wiedzy żywieniowej i niskiej świadomości natury reklamy. Jak dowodzą badania (44) małe dzieci do 7-8 lat są narażone na wprowadzanie w błąd przez reklamę, bowiem cechują się brakiem krytycyzmu, łatwowiernością i dosłownym rozumieniem treści. Częste i długie oglądanie telewizji oraz korzystanie przez dzieci i młodzież z innych mediów np. Internetu skutkuje znajomością reklam oraz wzrostem preferencji i spożycia reklamowanych produktów [7,38,39,86]. W Stanach Zjednoczonych dzieci spędzają przez telewizorem i w Internecie około 4-5 godzin dziennie, w tym każdego dnia oglądają około 15 reklam produktów spożywczych [27], a 98% z nich to produkty obfitujące w tłuszcz, cukier i sól [75]. W Polsce brak tak dokładnych danych, jednak czas spędzany przez dzieci i młodzież przed TV oraz na korzystaniu z innych mediów jest zbliżony. Jak dowodzą wyniki badania HBSC 2009/2010 [16] w Polsce, w porównaniu do lat ubiegłych, zaobserwowano wzrost średniej liczby godzin spędzanych przy komputerze oraz

na innych biernych czynnościach, takich jak oglądanie TV czy gry komputerowych. Według Mazura i wsp. [63] „zmasowany atak” reklam na dzieci i młodzież może skutkować utrwalaniem nieprawidłowych nawyków żywieniowych oraz innymi konsekwencjami zdrowotnymi, w tym otyłością [35].

W rozważaniach na temat zachowań żywieniowych dzieci i młodzieży nie można pominąć bardzo ważnej roli rodziny i grupy rówieśniczej. Środowisko rodzinne oraz postawy i nawyki żywieniowe rodziców mają w tym względzie istotne znaczenie, według niektórych autorów nawet większe niż reklama (58). Ilość i jakość spożywanych pokarmów przez dziecko w dużej mierze zależy od rodziców. Wpływy te są szczególnie widoczne w okresie wczesnego dzieciństwa; to matka jako pierwsza podaje pokarm informując w ten sposób, co i w jakiej ilości powinno wchodzić w skład dobowego menu. Poprzez swoje postawy względem żywności i żywienia rodzice pośrednio wpływają na zachowania żywieniowe dziecka oraz odgrywają istotną rolę w kształtowaniu jego preferencji. Szczególnie ważne w tym względzie jest wspólne, rodzinne spożywanie posiłków.

Mimo, że to rodzina jest dla dzieci głównym wzorcem do naśladowania, młodzież bardzo chętnie naśladuje też postawy kolegów. Gutkowska i Ozimek [34] wskazują, że okres dorastania i dojrzewania ma tu ważne znaczenie. Niekiedy młodzież świadomie odrzuca wzorce domu rodzinnego a chętnie przyjmuje postawy prezentowane przez środowisko rówieśnicze.

Na zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży wpływają także: mody żywieniowe, marka, wygląd i smak produktów, jak również stan zdrowia czy stosowane diety alternatywne oraz inne, nieopisane w pracy uwarunkowania. Wpływ powyższych czynników dodatkowo warunkowany jest wiekiem dziecka.

Zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży w Polsce

Niemowlęta

Odpowiednie żywienie niemowląt i małych dzieci warunkuje ich prawidłowy wzrost i rozwój oraz ma istotne znaczenie w prewencji chorób dietozależnych. W tym czasie oraz jeszcze wcześniej, bo już w życiu płodowym (poprzez dietę matki) ma miejsce tzw. „programowanie żywieniowe”. W tym krytycznym okresie szybko rozwijający się organizm dziecka jest szczególnie podatny na różne czynniki, także niedobory i nadmiary pokarmowe, co może mieć swoje niekorzystne następstwa zdrowotne w przyszłości. Wyniki badań dotyczących sposobu żywienia niemowląt w Polsce wskazują na liczne błędy popełniane w odniesieniu do tej grupy populacyjnej.

Szczególnym problem okresu niemowlęcego jest nadmierna liczba posiłków. W reprezentatywnym, ogólnopolskim badaniu niemowląt przeprowadzonym w 2011 roku („Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia niemowląt w wieku 6 i 12 miesięcy w populacji polskiej”) dowiedziono, że ponad 20% niemowląt w wieku 6 i 12 miesięcy karmionych było co najmniej 10 razy na dobę (w ocenie

nie uwzględniano drobnych przekąsek). Odpowiednią dla tego wieku liczbę posiłków wynoszącą 5-6 na dobę zanotowano jedynie w menu co 4. niemowlęcia w wieku 6 miesięcy i co 3. w wieku 12 miesięcy.

Błędy w żywieniu niemowląt dotyczą także nieodpowiedniej w porównaniu do rekomendowanych ilości podaży ważnych składników diety. W powyżej cytowanym badaniu niemowląt zanotowano zbyt wysoką ilość białka (u ponad 93% w ilości przekraczającej zalecany poziom). Badania Stolarczyk i Zagóreckiej [85] prowadzone u niemowląt z Warszawy, Białegostoku, Rzeszowa i Kielc dowiodły, że $\frac{1}{4}$ niemowląt w wieku 12 miesięcy spożywała białko w ilości powyżej 4,5g/kg. Nadmierna ilość białka w diecie niemowląt może skutkować szybkim przyrostem masy ciała. Istnieją hipotezy wskazujące, że gwałtowny przyrost masy ciała niemowlęcia zwiększa ryzyko otyłości i zespołu metabolicznego w wieku dorosłym [49,50]. Istotnym elementem prewencji otyłości może być w tym przypadku karmienie piersią [3,15,79], a zmniejszenie ryzyka wiąże się głównie z niższą podażą białka w porównaniu do żywienia sztucznego.

Innym, częstym problemem żywienia niemowląt jest niedobór w diecie witaminy D. Wyniki ogólnopolskiego badania z 2011 także potwierdziły ten fakt. W innym badaniu niedobory witaminy D w diecie stwierdzono tylko w przypadku niemowląt w wieku 12 miesięcy [85]. Autorzy tego badania dowiedli ponadto, iż większość z dzieci otrzymywała suplement witaminy D. Właściwe zaopatrzenie organizmu w witaminę D z zachowaniem bezpieczeństwa jest szczególnie istotne z uwagi na jej plejotropowe działanie. Badania Czech-Kowalskiej i wsp. [19] wykazały natomiast niedoborów witaminy D w stanie odżywienia niemowląt, co może przyczyniać się do rozwoju krzywicy, osteomalacji a w wieku późniejszym skutkować wzrostem ryzyka mnogich chorób takich jak: osteoporoza, cukrzyca typu 1, różnego rodzaju nowotwory, choroby autoimmunologiczne, sercowo-naczyniowe a także zespół metaboliczny [74]. Z uwagi na powyższe oraz do prawidłowego rozwoju układu szkieletowego ważna jest nie tylko odpowiednia podaż witaminy D, ale także wapnia. Do źródeł pokarmowych witaminy D należą m.in.: różnego gatunku ryby, masło, żółtko jaja, w mniejszych ilościach także mleko i jego przetwory. W przypadku niewystarczającej podaży witaminy D z dietą oraz nieodpowiedniej ekspozycji na słońce eksperci rekomendują jej uzupełnienie preparatem farmaceutycznym [21]. Warto jednak podkreślić, iż w przypadku niemowląt poniżej 6. miesiąca życia bezpośrednia ekspozycja na słońce nie jest zalecana. Odnosząc się do źródeł pokarmowych wapnia największe ilości występują w mleku i jego przetworach, która to grupa produktów (dopasowana pod względem składu do wieku dziecka) powinna stanowić istotny udział w żywieniu niemowląt. Badania dowodzą jednak, że matki w Polsce popełniają wiele błędów zarówno w doborze mleka (już niemowlęta karmione są mlekiem krowim lub innym mlekiem o obniżonej zawartości tłuszczu) jak również w sposobie przygotowania mleka modyfikowanego (zaburzone proporcje wody do proszku). Autorzy ogólnopolskiego badania niemowląt wskazują także na zbyt małą ilość

mleka i jego przetworów w żywieniu niemowląt co skutkuje niewystarczającą podażą wapnia.

W żywieniu niemowląt ważne jest przestrzeganie rekomendacji dotyczących rozszerzania diety. W tym względzie najczęściej popełniane błędy dotyczą zbyt późnego wprowadzania do diety glutenu i ryb a zbyt wczesnej podaży soków i owoców. Odnosząc się do glutenu nadal przez rodziców praktykowane są dawne przyzwyczajenia dotyczące późnego jego wprowadzania do diety. Zgodnie z zaleceniami żywieniowymi dla niemowląt z 2001 roku [59] gluten do diety niemowląt należało wprowadzić dopiero w 10 miesiącu życia. Według aktualnego schematu (standardy obowiązujące w Polsce od 2007 roku) gluten do diety zdrowych niemowląt powinien być wprowadzony przed ukończeniem pierwszego półrocza życia. Zmiana powyższych zaleceń była oparta na wynikach badań, w tym metaanalizie Akobenga i wsp. [1], które dowiodły, że wprowadzenie glutenu jeszcze pod osłoną mleka kobiecego zmniejsza ryzyko celiakii. Ogólnopolskie badania niemowląt z 2011 roku wykazały, że jedynie co 4. badane dziecko miało wprowadzony gluten zgodnie z zaleceniami. W innym polskim badaniu [76]. dowiedziono, że gluten był wprowadzany, bez względu na rodzaj karmienia, dopiero w 7. miesiący życia. W tym samym badaniu autorki wskazują, że większość matek nadal opóźnia też moment wprowadzania ryb podając je dopiero w 8-9. miesiącu (przy zaleceniach w 6-7 miesiący), natomiast zbyt wcześnie, bo w 4-5. miesiącu serwuje niemowlętom soki owocowe i owoce (odpowiednio karmienie naturalne vs sztuczne). Występowania soków w diecie niemowląt przed końcem 4. miesiąca ponadto w zbyt dużych ilościach dowodzą także inne badania [98,99]. U niemowląt w tym wieku nie zaleca się podawania soków, ponieważ mogą one skutkować ograniczeniem spożywania mleka matki lub mieszanki mlecznej prowadząc do mniejszej podaży ważnych składników pokarmowych [84].

Na podstawie powyższych błędów oraz innych danych literaturowych [29,92,94] można wnioskować, iż matki nie przywiązują odpowiedniej uwagi do rekomendacji żywienia niemowląt. Jak wskazują specjaliści rodzice już w żywieniu niemowląt, szczególnie pod koniec II półrocza ich życia, powinni mieć na uwadze wspólne spożywanie posiłków, w tym ważne jest zadbanie o miłą i przyjazną atmosferę.

Małe dzieci

Wiek poniemowlęcy, w porównaniu do okresu niemowlęctwa, to czas, kiedy zwalnia tempo rozwoju fizycznego, zmienia się sylwetka i proporcje ciała dziecka. W ustroju małego człowieka mają jednak miejsce intensywne procesy metaboliczne oraz dynamiczny rozwój psychomotoryczny. W tym czasie często obserwuje się znaczne wahania apetytu oraz manifestowanie pewnych preferencji żywieniowych. Okres poniemowlęcy to także bardzo ważny czas, kiedy dieta z przewagą produktów mlecznych powinna być stopniowo zamieniana na dietę tzw. rodzinnego stołu. Nie można jednak rozumieć tego zbyt dosłownie, bowiem

zalecenia dla małych dzieci uwzględniają specyfikę ich wieku, a dziecko to nie jest mały dorosły. Mleko i jego przetwory jako ważne źródło wapnia w dalszym ciągu powinny stanowić spory udział diety dziecka w wieku 1-3 lat. Jednak, jak wskazują badania nie zawieszak się dzieje. Roszko-Kirszka i wsp. [77], w badaniu, którego celem była ocena żywienia dzieci wiejskich w wieku 2 i 3 lat dowodzą, że ponad 10% dzieci tej grupy nie spożywało mleka i jego przetworów każdego dnia a stopień realizacji zaleceń malał wraz z wiekiem. Na niski udział mleka i jego przetworów w dietach małych dzieci wskazują także inne badania [95]. Taki sposób żywienia często skutkuje niedoborami wapnia w diecie. Prawdopodobieństwo niedostatecznego spożycia wapnia u ponad 1/4 dzieci w wieku 13-36 miesięcy stwierdzono w badaniach prowadzonych w Polsce w 2010 roku, którymi objęto reprezentatywną grupę dzieci w wieku 13-16 miesięcy [91].

Wiek 1-3 lata to okres, w którym zdaniem wielu badaczy szczególnie często występują niedobory pokarmowe oraz zaburzenia stanu odżywienia. W wyżej wymienionym reprezentatywnym badaniu [91] autorzy wskazują, że diety wysokiego odsetka dzieci charakteryzowały się zbyt niską podażą (prawdopodobieństwo niedostatecznego spożycia) witamin D, E i potasu oraz nadmierną ilością sodu. Ci sami autorzy dowiedli także występowania innych błędów żywieniowych, tym razem w zakresie podaży energii oraz udziału makroskładników diety. Stwierdzono, że średnia wartość energetyczna i odżywcza diet badanych dzieci odbiegała od zaleceń i norm z 2008 roku [41]. Ryzyko niedostatecznej podaży energii występowało u co 4. dziecka, przy nieprawidłowych proporcjach makroskładników w dietach większości dzieci; wykazano nadmiar białka i węglowodanów, w tym sacharozy oraz niedobór tłuszczu. Dwa razy wyższe spożycie białka oraz zbyt duży udział cukru zanotowano także w innym badaniu [95]. Nadmiar sacharozy w diecie dzieci w wieku poniemowlęcym może wynikać z faktu przekonania rodziców, że potrawy dla małego dziecka muszą być słodkie. Częstych praktyk dosładzania potraw dowodzą też inne badania [77]. Nadmiar cukru w diecie małych dzieci może wiązać się też ze spożywaniem słodkich napojów, często dodatkowo jeszcze w zbyt dużych ilościach. W tym względzie warto zwrócić uwagę rodziców na soki oraz wskazać im, że nie służą one zaspokajaniu pragnienia i nie mogą zastępować rekomendowanej przez specjalistów wody [84]. Jak dowodzą badania dzieci w wieku poniemowlęcym spożywają większe ilości soków ze względów na ich walory smakowe. Wysoka wartość energetyczna soków może być przyczyną znacznych przyrostów masy ciała dzieci oraz ograniczać spożycie innych produktów w konsekwencji skutkując niedożywieniem (80).

Odrębnym problemem żywienia małych dzieci są występujące w ich menu przekąski, które najczęściej mają znikomą wartość odżywczą a dostarczają sporych ilości cukru i tłuszczu. Duża liczba przekąsek, zwłaszcza słonych dodatkowo sprzyja także nadmiernej podaży soli. W badaniu Roszko-Kirszka i wsp. [77] 3/4 rodziców potwierdziło występowanie takich przekąsek w jadłospisach dzieci

w wieku 2 i 3 lat. Nadmiar soli wynika także z dosalania potraw lub też jej nieograniczania w potrawach serwowanych dla dzieci.

W praktyce oznacza to często serwowanie tych samych potraw dorosłym i małym dzieciom.

Odnosząc się do asortymentu produktów, w tym udziału warzyw i owoców w dietach najmłodszych dzieci, wiele badań dowodzi zbyt małego ich udziału [77,93]. Warzywa i/lub owoce mogłyby stanowić wartościową alternatywę dla innych niezdrowych przekąsek.

W żywieniu dzieci w wieku poniemowlęcym oprócz prawidłowo zbilansowanej diety ważna jest także liczba posiłków, ich regularność oraz przerwy między posiłkami. W tym względzie także notuje się wiele błędów. W badaniu Roszko-Kirpszy i wsp. [77] stwierdzono, że zalecaną liczbę posiłków, czyli 4-5 dziennie, otrzymywało jedynie $\frac{3}{4}$ dzieci, w tym większy odsetek zanotowano w przypadku dzieci młodszych (2 lata) vs starsze (3 lata). Prawidłowe rozłożenie posiłków w ciągu dnia, czyli odpowiednia regularność jest ważna, bowiem zapewnia dziecku komfort psychiczny, normuje przemianę materii oraz wpływa na prawidłowy rozwój. Jednak jak dowodzi literatura [77] często już dzieci w wieku poniemowlęcym nie spożywają posiłków o stałych porach. Jak wspomniano wyżej, wiek poniemowlęcy jest czasem, kiedy powinno się stopniowo przechodzić z diety niemowlęcej do diety tzw. rodzinnego stołu, jednak w praktyce często obserwuje się bezkrytyczne przenoszenie zwyczajów żywieniowych dorosłych na małe dzieci. W konsekwencji skutkuje to nabywaniem przez dzieci nieprawidłowych nawyków żywieniowych od innych, dorosłych członków rodziny.

W żywieniu małych dzieci obserwuje się także transmisję tych samych zasad, które są stosowane w żywieniu niemowląt, w tym fakt nadmiernego rozdrabniania produktów i potraw. Często pokutuje przekonanie, że nie tylko dieta niemowląt, ale także i potrawy przygotowywane dla małych dzieci powinny mieć gładką, jednolitą konsystencję. Zgodnie z zaleceniami konsystencja diety już w drugim półroczu życia dziecka powinna być tak dobrana, aby stymulować żucie. W praktyce obserwuje się korzystanie przez rodziców w żywieniu dzieci powyżej roku z tych samych ulubionych produktów żywności gotowej, które spożywało ono w wieku niemowlęcym. Innymi błędami w tym zakresie jest utrzymanie karmień nocnych oraz kontynuowanie karmienia butelką ze smoczką w wieku powyżej 1,5-2 lat. Powyższe praktyki mogą skutkować zaburzeniami rozwoju aparatu mowy a także, jak wskazują lekarze stomatolodzy, różnymi wadami zgryzu występującymi u dzieci.

Wykazane w przypadku tej grupy wiekowej błędy żywieniowe potwierdzają potrzebę szerokiego upowszechniania wśród rodziców zasad żywienia dzieci w wieku poniemowlęcym.

Dzieci w wieku przedszkolnym

Okres przedszkolny wiąże się z intensywnym wzrostem i rozwojem, w tym układu nerwowego, tkanki kostnej i mięśniowej oraz dodatkowo nabywaniem przez dzieci wielu nowych umiejętności. Żywnienie w tym okresie życia powinno charakteryzować się odpowiednią wartością energetyczną i odżywczą oraz być dopasowane do wieku wielkością porcji, liczbą posiłków czy regularnością. Dostępne w tym zakresie piśmiennictwo dowodzi jednak wielu błędów żywieniowych popełnianych przez rodziców oraz innych opiekunów, w tym przedszkolnych, a także pracowników przedszkoli zajmujących się organizacją żywienia dzieci.

W żywieniu dzieci w wieku przedszkolnym zaleca się podawanie 4-5 posiłków dziennie, w tym trzech głównych, takich jak śniadanie, obiad, kolacja oraz dwóch posiłków uzupełniających (II śniadanie i podwieczorek). Wyniki większości badań dotyczących żywienia przedszkolaków wskazują na występowanie w ich menu minimum 4 posiłków dziennie, w tym 3 głównych [8,9,73,96]. Biorąc pod uwagę regularność spożywanych przez dzieci posiłków, wiele badań dowodzi dużej regularności posiłków dzieci zwłaszcza tych uczęszczających do przedszkola, bowiem serwowane w przedszkolach posiłki, takie jak śniadanie, obiad i podwieczorek, zwyczajowo realizowane są o stałych godzinach. Odnosząc się do posiłków spożywanych w domu i w przedszkolu, te pierwsze powinny być tak zaplanowane, aby uzupełniać posiłki przedszkolne. Jak dowodzi literatura [73,78] w praktyce często notuje się fakt jedynie powielania posiłków (podwójny obiad czy podwieczorek), a nie uzupełniania dziennej racji pokarmowej. Powielanie posiłków może wiązać się także z brakiem wiedzy na temat żywienia dzieci w przedszkolu oraz małym zainteresowaniem rodziców tymi zagadnieniami. Inni autorzy wskazują, że rodzice interesują się tym co jedzą ich dzieci w przedszkolu, ale nie mają wystarczającej wiedzy teoretycznej i praktycznej na temat podstawowych zasad żywienia dzieci. Badania dowodzą, że nawet jeśli rodzice mają taką wiedzę, w wielu przypadkach nie jest ona wykorzystana, np. w przygotowaniu w domu posiłków dla dzieci [78]. Takie praktyki mogą sprzyjać nadmiernej podaży jednych składników pokarmowych przy niedoborze drugich, bowiem nadmierne lub zbyt małe spożycie notowane jest najczęściej w odniesieniu do tych samych produktów spożywanych w domu i w przedszkolu [78].

W menu przedszkolaka ważne miejsce zajmuje posiłek spożywany przed wyjściem z domu, ma on szczególnie duże znaczenie zwłaszcza w sezonie jesienno-zimowym. Brak porannego posiłku, który jest spożywany po długiej przerwie nocnej, jak wskazują Sadowska i Krzymuska (2010) może skutkować poranną hiperglikemią oraz pogorszeniem wydolności psychofizycznej dzieci, a zimą może zwiększać ryzyko zachorowań. Wielu autorów zajmujących się oceną zwyczajów żywieniowych dzieci w wieku przedszkolnym dowodzi, że blisko połowa z nich nie spożywa żadnego posiłku rano przed wyjściem z domu [82].

Kolejną nieprawidłowością notowaną w żywieniu dzieci w wieku przedszkolnym jest nieodpowiedni asortyment przekąsek, spożywanych często w nadmiarze. Rodzice dzieci w tym wieku wskazują na słodczyce i wyroby cukiernicze jako produkty spożywane przez dzieci na przekąskę, ale i także na II śniadanie [48,96]. Zbyt częste spożywanie słodczych oraz znaczny udział pojadania, w tym szczególnie produktów wysokoenergetycznych w dietach przedszkolaków podkreślają także Kozioł-Kozakowska i wsp. [55], Piórecka i wsp. [73] oraz Bawa i wsp. [5]. Wszelkie zwyczaje żywieniowe zwiększające istotnie ilość cukru w diecie, w opinii Bagińskiej i Stokowskiej [42] mogą skutkować próchnicą u małych dzieci oraz otyłością [71].

Odnosząc się do asortymentu produktów przeciętnej racji pokarmowej przedszkolnej oraz domowej wielu autorów wskazuje na zbyt małą ilość mleka i jego przetworów, produktów zbożowych (pieczywa razowego), warzyw i owoców oraz ryb, natomiast zbyt duży udział tłuszczów, cukrów i słodczych a także ziemniaków [32]. Zanotowane w badaniu Sadowskiej i Krzymuskiej [78] nadmiary spożywanych płatków i nabiału wynikały jak wskazują autorzy jedynie z faktu zbyt dużego spożywania przed dziećmi słodkich płatków śniadaniowych oraz słodzonych serków homogenizowanych. W tym samym badaniu dowiedziono spożywanie przez dzieci dużych ilości niskogatunkowych wędlin, w tym parówek.

Występowania pewnych nieprawidłowości w żywieniu dzieci w wieku przedszkolnym zanotowanych na podstawie wywiadów z rodzicami oraz w oparciu o oceny przedszkolnych racji pokarmowych dowodzą różne polskie badania [18,22,32,56,54,60]. Konsekwencjami nieprawidłowej struktury spożywanych przez dzieci produktów najczęściej są niedobory: wapnia, witamin A i C oraz nadmiary tłuszczów (głównie nasyconych) i cukrów (sacharozy). Prowadzone w całej Polsce badania 4-latków uczęszczających i niechodzących do przedszkoli dowiodły ponadto niedoborów żelaza (blisko połowa dzieci) i witaminy D (ponad 88% badanych dzieci) [12]. W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym dodatkowo wskazuje się na możliwe niedobory innych składników mineralnych takich jak: cynk, miedź, potas, jod, a z kolei nadmiar sodu.

Wiek przedszkolny to okres, kiedy dzieci chętnie manifestują swoje preferencje pokarmowe (preferencja smaku słodkiego i słonego) oraz wyrażają niechęć do spożywania mało znanych produktów i potraw. W wielu sytuacjach rodzice jednak nie radzą sobie z wprowadzaniem nowych (często mało lubianych) produktów do menu przedszkolaka. Planowanie jadłospisów dla dzieci w wieku przedszkolnym powinno być oparte na racjonalnych wytycznych dla tej grupy populacyjnej, a nie zgadzać się jedynie z preferencjami dzieci. Często rodzice i inni opiekunowie podczas przygotowania potraw dla dzieci kierują się upodobaniami a nie zaleceniami żywieniowymi. Dane z raportów CBOS [8] wskazują, że najważniejsze dla rodziców jest zadowolenie dziecka, stąd dzieciom serwowane są lubiane potrawy.

W kształtowaniu preferencji oraz poznawaniu nowych smaków zmienną rolę odgrywają rodzice i środowisko przedszkolne, w którym dziecko spędza dużo czasu. Stała i konsekwentna współpraca dom – przedszkole może przynieść wymierne skutki w kształtowaniu preferencji małego człowieka. Opieranie się tylko na preferencjach dzieci skutkuje natomiast powstawaniem nieprawidłowych nawyków żywieniowych oraz innymi konsekwencjami zdrowotnymi.

Dzieci w wieku szkolnym, w tym młodzież

Młodszy wiek szkolny to bardzo ważny okres w życiu każdego człowieka, to przejście od niczym nieograniczonej zabawy do wielu obowiązków związanych z nauką i nowymi obowiązkami szkolnymi. W tym czasie dziecko jest bardzo chłonne, uczy się nowych zachowań poprzez naśladowanie innych, w tym ważną rolę oprócz rodziców zaczyna odgrywać środowisko szkolne – nauczyciele i rówieśnicy. Odgrywają oni także istotną rolę w kolejnych latach życia, czyli w okresie adolescencji (wiek dorastania i wiek młodzieńczy). W tym czasie ma miejsce tzw. skok pokwitaniowy, w którym prawidłowe żywienia ma niezwykle istotne znaczenie. Jak wskazuje Kołtajtis-Dołowy [51] młodzież nie ma jeszcze ostatecznie ukształtowanych postaw i zachowań żywieniowych oraz charakteryzuje się dużą chwiejnością w poglądach związanych z żywieniem, łatwo też ulega skrajnym opiniom oraz jest podatna na mody żywieniowe. Z uwagi na powyższe w żywieniu tej grupy notuje się wiele nieprawidłowości.

Odnosząc się do podaży energii i makroskładników z dietą, charakteryzując się one sporym zróżnicowaniem między grupami wiekowymi dzieci oraz zależnie od płci [89]. Szponar i wsp. [89] dowodzą, że wartość kaloryczna jadłospisów oraz udział makroskładników notowane u dziewcząt i chłopców w wieku powyżej 7 lat są równe bądź wyższe od ilości zalecanych. Nadmierne pobranie energii stwierdza się głównie w przypadku starszych chłopców (w wieku powyżej 10 lat), a zbyt niską kaloryczność diety u nastoletnich dziewcząt [14,33]. Badania dowodzą, że młode dziewczęta, w dążeniu do szczupłej sylwetki, często świadomie ograniczają spożycie różnych produktów. Takie praktyki mogą być już pierwszymi, skrytymi objawami zaburzeń odżywiania o typie jadłowstrętu psychicznego, atypowego oraz bulimii. Należą one do poważnych zaburzeń psychicznych i są charakterystyczne dla wieku dojrzewania, szczególnie w przypadku dziewcząt [45].

Biorąc pod uwagę makroskładniki diety, w badaniach dzieci w wieku szkolnym notuje się zbyt duże spożycie tłuszczu ogółem i węglowodanów prostych (głównie sacharozy) [89]. Mimo, że w ostatnich latach w żywieniu populacji ogółem notuje się spadek energii pochodzącej z tłuszczów zwierzęcych na korzyść tłuszczów roślinnych [81], w dalszym ciągu występuje zbyt duże spożycie tłuszczów nasyconych a niewystarczające wielonienasyconych kwasów tłuszczowych. Powyższe spostrzeżenie dotyczy zarówno osób dorosłych jak i dzieci, w dietach których obserwuje się znaczny udział produktów typu fast-food,

tłustych i niskogatunkowych wędlin, pełnotłustych serów i innych produktów mlecznych. W dalszym ciągu w jadłospisach dzieci oprócz masła występują inne tłuszcze zwierzęce, a częstą techniką przygotowywania potraw jest smażenie. Pewna ilość tłuszczu spożywana przez dzieci i młodzież pochodzi także ze słodczy, które dodatkowo są też źródłem „niepożądanych” cukrów. Jak dowodzą badania spożycie słodczy jest bardzo rozpowszechnione [16,28,32,72], a i niezrządzo zdarza się, że dzieci zastępują nimi II śniadanie.

Soki i napoje słodzone to kolejne źródła cukru występujące powszechnie w dietach dzieci w wieku szkolnym. Wielu autorów podkreśla zbyt częste spożywanie produktów tej grupy [53]. Jak dowodzą wyniki prowadzonego także w Polsce międzynarodowego badania Health Behaviour in School Children (HBSC) Study 2009/2010 [16], którym objęto populację dzieci w wieku 11, 13 i 15 lat częściej słodkie napoje spożywają chłopcy w porównaniu do dziewcząt. Soki i napoje to produkty, które w opinii dzieci i rodziców są zamiennikami świeżych owoców i/lub warzyw, co może pośrednio wpływać na mniejszą ich konsumpcję. Mimo zanotowanego w ostatnich latach wzrostu spożycia owoców i warzyw przez dzieci i młodzież rodziców [88,100], w dalszym ciągu ich ilość w jadłospisach jest niezadowolająca. Wyniki badań HBSC [16] dowodzą, że niespełna 1/3 dzieci w wieku 11-15 lat jada codziennie owoce. Najwyższy odsetek dzieci deklarujących codzienne spożywanie owoców zanotowano w grupie dziewcząt 11 lat (44%), a najniższy w grupie chłopców 15 lat (20%). Odsetek dzieci spożywających codziennie warzywa był jeszcze niższy, w tym warto zauważyć, że chłopcy rzadziej niż dziewczęta przyznawali się codziennego spożywania zarówno warzyw jak i owoców.

Warzywa i owoce to nie tylko źródło wielu cennych witamin i składników mineralnych, ale też błonnika pokarmowego. Przedmiotowe badania dowodzą niedostatecznej ilości tych ważnych produktów w żywieniu dzieci i młodzieży, co skutkuje niewystarczającą podażą niektórych witamin i składników mineralnych, w tym głównie witaminy C, kwasu foliowego i potasu oraz błonnika [11,46,68,97]. Zbyt mała ilość błonnika w jadłospisach dzieci i młodzieży wynika też z faktu zbyt niskiego spożycia pełnoziarnistych produktów zbożowych. W dietach tej grupy populacyjnej nie brakuje za to pieczywa pszennego i ziemniaków, które są preferowane przez dzieci i często spożywane.

Wielu autorów podkreśla, że jednym z najczęstszych błędów w żywieniu dzieci i młodzieży jest mały udział mleka i jego przetworów (32,69), co skutkuje niską zawartością wapnia w dietach. Inni autorzy podkreślają, że w jadłospisach młodych ludzi, podobnie jak i całej populacji Polski brakuje ryb, co między innymi wpływa na niewystarczającą podaż witaminy D. Bardzo wysoki odsetek diet niedoborowych w witaminę D i wapń wykazano w przypadku dzieci z warszawskich szkół podstawowych [97]. Na niską zawartość wapnia i/lub witaminy D w dietach wskazują także inne polskie badania prowadzone wśród dzieci i młodzieży szkolnej [10,11,20,36,69,87,89]. Według Wolnickiej i Taraszewskiej

[97] powszechne występowanie niedoborów wapnia i witaminy D w dietach dzieci i młodzieży jest zjawiskiem niepokojącym, bowiem odpowiednia ich podaż w wieku młodzieńczym jest istotna do budowania optymalnej, szczytowej masy kostnej. Taki stan rzeczy może skutkować opóźnieniem wzrostu i zaburzeniami mineralizacji kości, a w przyszłości większym ryzykiem osteoporozy. Niedobory wapnia w dietach w dzieciństwie korelują także z ryzykiem nadciśnienia, nowotworów oraz nadmierną masą ciała [13,64].

Analizy diet dzieci i młodzieży dowodzą także występowania niedoborów żelaza oraz cynku i magnezu [97]). Autorzy podkreślają, że częściej niedobory żelaza dotyczą dziewcząt [70], stąd warto zwrócić uwagę na jego odpowiednią podaż z dietą, zwłaszcza w przypadku dziewcząt, które już miesiączą. Składnikiem mineralnym, którego z całą pewnością nie brakuje w dietach dzieci i młodzieży jest sód [36], często spożywany w nadmiarze [65,97]. W największej ilości pochodzi on z preferowanych oraz spożywanych w dużych ilościach słonych przekąsek (chipsy, paluszki). Innym źródłem sodu w diecie są dania gotowe i *instant* oraz typu *fast-food* [65].

W ocenie zachowań żywieniowych warto także zwrócić uwagę na liczbę posiłków i ich regularność. Na podstawie przeglądu piśmiennictwa Gronowska-Senger i wsp. [32] wskazują, że większość dzieci szkolnych spożywa 4 posiłki, których liczba zależna jest od pory roku i pochodzenia społecznego. Inni autorzy dowodzą, że liczba posiłków w menu dzieci w wieku szkolnym jest zróżnicowana (1-2 vs 4 lub więcej), natomiast regularność zależy od rodzaju posiłku, w tym najbardziej regularnie młodzież jada obiad, potem śniadanie i kolację [32]. Odnosząc się do raportu z badań HBSC Study 2009/2010 [16], w tym spożywania śniadań stwierdzono, że spożywało je tylko ok. 60% dzieci w Polsce. Odsetek ten zmniejszał się wraz z wiekiem; najwyższy zanotowano w grupie dzieci w wieku 11 lat, a najniższy w przypadku młodzieży w wieku 15 lat. Brak śniadania jest nieprawidłowym zwyczajem oraz istotnym błędem żywieniowym. Taka praktyka może skutkować istotnym pogorszeniem wydolności psychofizycznej ucznia, zaburzeniami koncentracji oraz problemami z przyswajaniem wiedzy w trakcie lekcji, a także ogólnym zmęczeniem. Brak śniadania skutkuje ponadto nieprawidłowym rozłożeniem energii na pozostałe posiłki w ciągu dnia z tendencją przesunięcia energii na godziny popołudniowe i wieczorne. Jeśli dodatkowo uwzględnimy, że dokładnie w tym czasie młodzież spędza wiele godzin na oglądaniu TV, korzystaniu z komputera czy grach komputerowych jednocześnie pojadając przy tym niezdrowe przekąski, to taki stan rzeczy zwiększa ryzyko otyłości oraz ma inne konsekwencje zdrowotne.

Wielu autorów wskazuje dodatkowo, że dieta dzieci w wieku szkolnym jest mało urozmaicona i zbyt monotonna [32], ponieważ często sięgają one po te same, znane i preferowane przez siebie produkty. Inne nieprawidłowości w żywieniu tej grupy to spożywanie wysokoprzetworzonych i małowartościowych produktów oraz dań typu *fast-food*, którymi często zastępowane są główne po-

siłki, a także bezzasadne stosowanie różnych suplementów diety. Kołfajtis-Dołowy [51] zwraca uwagę, że błędy popełniane przez młodzież często pokrywają się z wadami żywienia dorosłych.

Podsumowanie

Omówione w pracy najczęściej występujące błędy w zachowaniach żywieniowych dzieci i młodzieży z poszczególnych grup wiekowych dowiodły z jednej strony ich zróżnicowania, natomiast z drugiej występowania wielu cech wspólnych. Pewne błędy żywieniowe, szczególnie te występujące w dietach młodzieży, częściowo pokrywają się też z nieprawidłowościami obserwowanymi w dietach dorosłych Polaków, co znalazło potwierdzenie w wielu badaniach. Zaobserwowane w ostatnich latach w żywieniu różnych grup wiekowych, w tym także dzieci i młodzieży, korzystne trendy w spożyciu warzyw, owoców czy tłuszczów roślinnych idą niestety w parze z preferencjami i wyższym niż w latach ubiegłych spożyciem wysokoprzetworzonej, często mało wartościowej żywności. Błędy w zachowaniach żywieniowych są także często powiązane z innymi nieprawidłowościami dotyczącymi stylu życia, w tym z brakiem aktywności fizycznej. Wyniki ostatnich badań są bardzo niepokojące ponieważ bezsprzecznie potwierdzają fakt, że dzieci i młodzież aktualnie spędzają nawet kilka godzin dziennie w sposób bierny.

W rozważaniach na temat zachowań żywieniowych i ich uwarunkowań należy uwzględniać czynniki, które je determinują oraz ich specyfikę zależną od wieku dziecka. Bezsprzeczna jest tu rola rodziców i innych opiekunów dziecka, rówieśników a także mediów, w tym szczególnie reklamy. Jak wskazują Kraak i wsp. [57] tak samo jak reklama i media odgrywają istotną rolę w promowaniu otyłości, tak samo mogą odegrać istotną rolę w szeroko pojętej profilaktyce zdrowego stylu życia. Zmiana aktualnie obserwowanych niekorzystnych trendów na te prozdrowotne wydaje się możliwa jedynie dzięki systematycznej edukacji żywieniowej całego społeczeństwa począwszy już od najmłodszych dzieci. Skuteczność podjętych działań mogłoby zwiększyć zaangażowaniem producentów żywności, mediów oraz odpowiednio prowadzona polityka zdrowotna państwa [40].

Piśmiennictwo

1. Akobeng A.K., Ramanan A.V., Buchan I. et al., *Effects of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies*, Arch Dis Child, 2006, 91: 39-43.
2. Anderson D.R., Huston A.C., Schmitt K.L. et al., *Early childhood television viewing and adolescent behavior: the recontact study*, Monogr Soc Res Child Dev, 2001, 66: 1-147.
3. Arenz S., Von Kries R., *Protective effect of breast feeding against obesity in childhood: can a metaanalysis of published observational studies help to validate the hypothesis?*, Adv Exp Med Biol, 2009, 639: 145-152.
4. Bagińska J., Stokowska W., *Nawyki żywieniowe a intensywność próchnicy wczesnej u małych dzieci*, Wiadomości Lekarskie, 2006, 59(1-2): 5-9.
5. Bawa S., Weker H., Vačković A., *Preferencje pokarmowe i nawyki żywieniowe dzieci z nadwagą i otyłością prostą w wieku 2-7 lat*, Annales UMCS, 2003, 58(supl,13): 215, 69-74.

6. Birch L.L., Fisher J.O., *Appetite and eating behavior in children*, *Pediatr Clin N Am*, 1995, 42(4): 931-951.
7. Brownell K.D., Horgen K.B., *Food fight: The inside story of the food industry, America's obesity crisis, and what we can do about it*. New York: McGraw-Hill 2004.
8. Centrum Badania Opinii Społecznej: *Zwyczaje żywieniowe Polaków. Wyniki badania sondażowego*. Warszawa, 2006.
9. Chalcarz W., Radzimirska-Graczyk M., Dulat D., *Wybrane zwyczaje żywieniowe dzieci w wieku przedszkolnym z różnych regionów Polski*, *Żywnie Czuł Metabol*, 2005, 32(supl.1), cz. II: 786-789.
10. Charzewska J., Chabros E., Rogalska-Niedźwiedz M. i wsp., *Trendy w żywieniu i stanie odżywienia młodzieży z Warszawy w ostatnich trzech dekadach*, *Żywnie Czuł Metabol*, 2004, 31(supl.2): 124-135.
11. Charzewska J., Chwojnowska Z., Wajszczyk B. i wsp., *Ryzyko występowania niedoborów wybranych składników mineralnych i witamin w dietach uczniów w wieku okołopokwitaniowym*, [w:] *Niedożywienie a zdrowie publiczne*, Januszewicz P., Mazur A., Socha J. (red), Wydawnictwo Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2011: 36-46.
12. Charzewska J., Weker H., *Ogólnopolskie badanie nad zawartością wapnia i witaminy D w dietach dzieci w wieku 4 lat*, *Pediatr Współ*, 2006, 8(2): 107-109.
13. Chen W., Srinivasan S., Li S. et al., *Metabolic syndrome variables at low levels in childhood are beneficially associated with adulthood cardiovascular risk The Bogalusa Heart Study*, *Diabetes Care*, 2005, 28: 126-138.
14. Chojnowska Z., Charzewska J., Chabros E., *Sposób żywienia i stan odżywienia warszawskiej młodzieży w wieku pokwitania*, *Żywnie Czuł Metabol*, 2002, 29(supl.1): 123-127.
15. Cope M.B., Allison D.B., *Critical review of the World Health Organization's (WHO) 2007 report on 'evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and metaanalysis' with respect to obesity*, *Obes Rev*, 2008, 9: 594-605.
16. Currie C., Zanotti C., Currie D., et al., *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
17. Czarnocińska J., Anioła J., Grabowska J. i wsp., *Food preferences, frequency and intake of school-girls*, *Pol J Food Nutr Sci*, 2009, 59: 251-254.
18. Czech A., Kęska A., *Zawartość składników pokarmowych w zimowych i letnich posiłkach przedszkolnych*, *Żyw Człow Metab*, 2007, 34(1/2): 572-577.
19. Czech-Kowalska J., Dobrzańska A., Janowska J. i wsp., *Zasoby ustrojowe witaminy D a homeostaza wapniowo-fosforanowa u noworodków donoszonych w 3 tygodniu życia*, *Med Wiek Rozw*, 2004, 8(1): 115-124.
20. Czeczulewski J., Raczyńska B., *Zawartość wapnia i fosforu w całodziennych racjach pokarmowych dzieci i młodzieży z powiatu Białskiego*. *Rocz Panstw Zakł Hig*, 2005, 56(3): 237-243.
21. Dobrzańska A. i Zespół Ekspertów. *Polskie zalecenia dotyczące profilaktyki niedoborów witaminy D – 2009*. *Pol Merk Lek*, 2010, XXVIII, 164, 130.
22. Dymkowska-Malesa M., Skibniewska K.A., *Udział posiłków przedszkolnych w pokryciu zapotrzebowania na podstawowe składniki odżywcze i energię*, *Bromat Chem Toksykol*, 2011, XLIV(3): 374-379.
23. ESPGHAN Committee on Nutrition. *Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition*, *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2009, 49(1): 112-125.
24. ESPGHAN Committee on Nutrition. *Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition Medical Position Paper*, *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2008, 46(1): 99-110.
25. European Food Safety Authority. *Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding in infants*, *EFSA Journal* 2009, 7: 1-38.

26. European Network for Public Health Nutrition: Networking, Monitoring, Intervention and Training (EUNUTNET). *Infant and young child feeding: standard recommendations for European Union*, European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxemburg, 2006.
27. Federal Trade Commission. *Bureau of Economics staff report: Children's exposure to TV advertising in 1977 and 2004*. Retrieved October 22, 2007, from <http://www.ftc.gov>.
28. Frączek B., *Charakterystyka sposobu odżywiania młodzieży klas maturalnych i liceum ogólnokształcącego*, Żywnie i Człowiek, 2003, 30(1/2): 86-90.
29. Gawęda A., Woś H., *Żywnie uzupełniające niemowląt i dzieci w wieku poniemowlęcym z terenu Górnego Śląska*, Nowa Padiatria, 2008, 1: 13-17.
30. Gertig H., Gawęcki J. (red.), *Słownik terminów żywieniowych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
31. Gronowka-Senger A., *Zarys oceny żywienia*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2009.
32. Gronowska-Senger A., Drywień M., Hamułka J., *Analiza stanu żywienia dzieci w wieku przed-szkolnym i szkolnym w oparciu o istniejące piśmiennictwo z lat 1980-1995*, Roczniki Państwowego Zakładu Higieny, 1998, 49: 377-383.
33. Grzybowski A., Trafalska E., Paradowska-Stankiewicz I., *Zachowania żywieniowe młodzieży*, Problemy Higieny, 2000, 69: 13-21.
34. Gutkowska K., Ozimek I., *Zachowania młodych konsumentów na rynku żywności*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2008.
35. Harris J.L., Bargh J.A., Brownell K.D., *Priming Effects of Television Food Advertising on Eating Behavior*, Health Psychology, 2009, 28(4): 404-413.
36. Harton A., Gałązka A., Gajewska D. et al., *Ocena spożycia wybranych składników mineralnych przez młodzież w wieku licealnym*, Bromat i Chemia Toksykologia, 2012, XLV(3): 949-955.
37. Haslam D. W., James W. P., *Obesity*, Lancet, 2005, 366: 1197-1209.
38. Hastings, G., Stead, M., McDermott, L. et al. (2003), *Review of research on the effects of food promotion to children*. Retrieved February 20, 2006, from <http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>
39. Institute of Medicine. *National Academy of Sciences, Committee on Food Marketing and the Diets of Children and Youth. Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?* McGinnis J.M., Gootman J., Kraak V.I. (eds.). Washington 2008, DC: National Academies Press.
40. Jankowski W., Kuskowski P., Strojny M. i wsp., *Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku*. Raport przygotowany we współpracy z Fundacją Nutricia, KPMG w Polsce 2012.
41. Jarosz M., Bułhak-Jachymczyk B. (red.), *Normy żywienia człowieka. Podstawy prewencji otyłości i chorób niezakaźnych*, Instytut Żywności i Żywienia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
42. Jeżewska-Zychowicz M., *Wpływ wybranych cech indywidualnych i środowiskowych na zachowania żywieniowe młodzieży*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2006.
43. Jeżewska-Zychowicz M., *Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania*, Wydawnictwo II zmienione, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2007.
44. John D.R., *Consumer socialization of children: A retrospective look at twenty-five years research*, Journal of Consumer Research, 1999, 26: 183-213.
45. Kierus K., Białokoz-Kalinowska I., Piotrowska-Jastrzębska J., *Zaburzenia odżywiania u młodzieży*, Padiatria i Medycyna Rodzinna, 2012, 8(4): 293-297.
46. Kiliańska A., Chlebna-Sokół D., Kulińska-Szukalska K., *Ocena wartości odżywczej całodziennych racji pokarmowych dzieci łódzkich w wieku szkolnym – składniki podstawowe*, Przegląd Padiatryczny, 2008, 38(1): 20-24.

47. Kirchner H., *Zdrowie i jego uwarunkowania*, (w:) Gawęcki J., Roszkowski W. (red.), *Żywnienie a zdrowie publiczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
48. Kolarzyk E., Janik A., Kwiatkowski J., *Zwyczaje żywieniowe dzieci w wieku przedszkolnym*, Probl Hig Epidemiol, 2008, 89(4): 531-536.
49. Koletzko B., Aggett P.J., Bindels J.G. et al., *Growth, development and differentiation: a functional food science approach*, Br J Nutr, 1998, 80: 5-45.
50. Koletzko B., *Early nutrition and long-term health*, [w:] *Pediatric Nutrition In Practice*, Koletzko B. [red.], Karger, Basel, Switzerland 2008:37-41.
51. Kołtajtis-Dołowy A., *Badania uwarunkowań żywieniowych młodzieży*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2010.
52. Kołtajtis-Dołowy A., *Food advertising as one of sources of nutritional information and the factor influencing food choice among adolescents*, Pol J Environ Stud, 2006, 15(5b): 55-62.
53. Kołtajtis-Dołowy A., Kasińska M., Pietruszka B., *Niektóre zachowania żywieniowe wybranej grupy młodzieży i ich uwarunkowania*, [w:] Gutkowska K., Narojek L. (red.), *Konsument żywności i jego zachowania w warunkach polskiego członkostwa w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2005: 71-99.
54. Kowieska A., Biel W., Chalaba A., *Charakterystyka żywienia dzieci w wieku przedszkolnym*. Żywnienie Człow Metabol, 2009, 36, 1: 179-184
55. Koziół-Kozakowska A., Piórecka B., Żwirska J. i wsp., *Ocena sposobu żywienia dzieci w wieku przedszkolnym z regionu Krakowa z uwzględnieniem charakterystyki socjoekonomicznej*, Probl Hig Epidemiol, 2007, 88(4): 422-427.
56. Koziół-Kozakowska A., Schlegel-Zawadzka M., *Jakościowa ocena jadłospisów przedszkolnych w regionie Krakowa*. Żywnienie Człow Metabol, 2007, XXXIV(1/2): 133-138.
57. Kraak VI., Kumanyika S.K., Story M., *The commercial marketing of healthy lifestyles to address the global child and adolescent obesity pandemic: prospects, pitfalls and priorities*, Public Health Nutr, 2009, 12(11): 2027-2036.
58. Kraak VI., Pelletier D.L., *How marketers reach young consumers: Implications for nutrition education and health promotion campaigns*, Fam Econ Nutr Rev, 1998, 11:31-41.
59. Książyk J., Rudzka – Kańtoch Z., Weker H., *Zalecenia żywieniowe dla niemowląt*. Standardy Medyczne, 2001, 7/8: 10-16.
60. Leszczyńska T., Sikora E., Kręcina K. i wsp., *Udział posiłków przedszkolnych w całkowitym pokryciu zapotrzebowania na energię i składniki odżywcze na przykładzie wybranej stołówki*, 2007, Żywność. Nauka, Technologia, Jakość, 6(55): 327-334.
61. Łuszczynska A., *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczą?* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
62. Mazur A., Rogozińska E., Mróz K. i wsp., *Występowanie nadwagi i otyłości u dzieci przedszkolnych z regionu rzeszowskiego*, Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 2008, 4(4): 159-162.
63. Mazur A., Szymanik I., Matusiak P. i wsp., *Rola reklamy i mediów w powstawaniu otyłości u dzieci i młodzieży*, Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 2006, 2(1): 18-21.
64. Melanie J., Doucet E., Despres J.P. i wsp., *Calcium intake, body composition, and lipoprotein-lipid concentrations in adults*, Am J Clin Nutr, 2003, 77(6): 1448-1452.
65. Mojska H., Świdarska K., Stoś K. i wsp., *Produkty fast food jako źródło soli w diecie dzieci i młodzieży*, Probl Hig Epidemiol, 2010, 91(4): 556-559.
66. Narojek L., *Niektóre uwarunkowania zachowań żywieniowych*, Wydawnictwo IŻŻ, Warszawa 1993.
67. Obuchowicz A., *Epidemiologia nadwagi i otyłości - narastającego problemu zdrowotnego w populacji dzieci i młodzieży*, Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii, 2005, 1(3): 9-12.

68. Okręglicka K., Bawa S., *Spożycie wybranych mikroskładników pokarmowych przez dzieci i młodzież w wieku 7-13 lat z otyłością prostą przed i po korekcie sposobu żywienia*, Roczn. Państw. Zakł. Hig., 2011, 62 (1): 47-52.
69. Ołtarzewski M., Szponar L., Rychlik E., *Spożycie wapnia wśród dzieci i młodzieży w Polsce*, Żywnienie Człow. Metabol, 2003, XXX(1/2): 278-283.
70. Ostrowska A., Szewczyński J., Gajewska M., *Wartość odżywcza całodziennych racji pokarmowych uczniów szkół średnich z województwa mazowieckiego. Część II. Składniki mineralne i witaminy*, Żywnienie Człow. Metabol, 2003, XXX(1/2): 367-371.
71. Pérez-Morales E., Bacardí-Gascón M., Jiménez-Cruz A., *Sugar-sweetened beverage intake before 6 years of age and weight or bmi status among older children; systematic review of prospective studies*, Nutr. Hosp., 2013, 28(1), 47-51.
72. Pieszko-Klejnowska M., Stankiewicz M., Niedoszytko M. i wsp., *Ocena sposobu odżywiania się gimnazjalnej młodzieży zamieszkującej wieś i miasto*, Pediatr. Współ. Gastroenterol. Hepatol. Żyw. Dziecka, 2007, 9, 1: 59-62.
73. Piórecka B., Żwirska J., Kozioł A. i wsp., *Sposób żywienia i stan odżywienia dzieci w wieku przedszkolnym w regionie krakowskim*, [w:], Fizjologiczne uwarunkowania postępowania dietetycznego, red. SGGW, Warszawa 2004, cz. 2: 629-634.
74. Płudowski P., Karczmarewicz E., Czech-Kowalska J. i wsp., *Nowe spojrzenie na suplementację witaminą D*, Standardy Medyczne, 2009, 1(6): 23-41.
75. Powell L.M., Szczpka G., Chaloupka F. et al., *Nutritional content of television food advertisements seen by children and adolescents*, Pediatrics, 2007, 120: 576-583.
76. Rakuś-Kwiatosz A., Frańczak P., Pac-Kożuchowska E., *Ocena sposobu żywienia niemowląt w świetle aktualnych zaleceń*, Czynniki Ryzyka, 1, 2011: 18-27.
77. Roszko-Kirpsza I., Olejnik B.J., Kulesz M. i wsp., *Żywnienie dzieci wiejskich w 2 i 3 roku życia*, Probl. Hig. Epidemiol., 2012, 93(3): 605-612.
78. Sadowska J., Krzymuska A., *Ocena uzupełnienia przedszkolnej racji pokarmowej przez rodziców u dzieci w wieku przedszkolnym*, Bromat. Chem. Toksykol., 2010, XLIII(2): 203-211.
79. Schellong K., Plagemann A., *Differences between metaanalyses on breastfeeding and obesity support causality of the association*, Pediatrics, 2006, 117: 987-992.
80. Schiess S., Grote V., Scaglioni S. i wsp., *Introduction of Complementary Feeding in % European Countries*, J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr., 2010, 50: 92-98.
81. Sekuła W., Figurska K., Jutrowska I. i wsp., *Changes in the food consumption pattern during the political and economic transition in Poland and their nutritional and health implications*, Pol. Popul. Rev., 2005, 27: 141-158.
82. Stankiewicz M., Pegiel-Kamrat J., Zarzeczna-Baran M. i wsp., *Styl żywienia dzieci przedszkolnych w opinii ich rodziców*, Probl. Hig. Epidemiol., 2006, 87(4): 273-277.
83. Stankiewicz M., Pieszko M., Śliwińska A. i wsp., *Występowanie nadwagi i otyłości oraz wiedza i zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży małych miast i wsi – wyniki badania Polskiego Projektu 400 Miast*, Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 2010, 6(2): 59-66.
84. *Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń dotyczących spożycia wody i innych napojów przez niemowlęta, dzieci i młodzież*, Standardy Medyczne. Pediatria, 2011, 8(1): 1-9.
85. Stolarczyk A., Zagórecka E., *Wartość odżywcza i sposób żywienia niemowląt w 6 i 12 miesiącu życia w Polsce*, Pediatr. Współ. Gastroenterol. Hepatol., 2006, 8(2): 111-115.
86. Story M., French S., *Food advertising and marketing directed at children and adolescents in the U.S.*, Int. J. Behav. Nutr. Phys., 2004, 1: 3.
87. Szczepańska E., Bielaszka A., Mikoda M. i wsp., *Ocena zawartości wapnia i żelaza w jadalospisach licealistek zamieszkałych na wsi i w mieście na terenie województwa śląskiego*, Hygeia Public Health, 2011, 46(2): 266-272.
88. Szostak W.B., Sekuła W., Figurska K., *Reduction of cardiovascular mortality in Poland and changes in dietary patterns*, Kardiol. Pol., 2003, 58: 173-181.

89. Szponar L., Sekuła W., Rychlik E. i wsp., *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych*, Prace IŻŻ 101, Warszawa 2003.
90. Wagner N., Meusel D., Höger Ch. i wsp., *Health promotion in kindergarten children: an assessment of evaluated projects in Germany*, J Public Health, 2005, 13: 291-295.
91. Weker H., Barańska M. (red), *Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku 13-36 miesięcy w Polsce – wyniki badań 2010-2011*, Raport końcowy – badania wykonane w ramach projektu zamawianego Fundacja Nutricia nr OPK 549-25-01.
92. Weker H., Barańska M., Dyląg H., *Żywienie niemowląt w drugim półroczu życia w teorii i w praktyce*, Pediatr Pol, 2006, 81(10): 724-729.
93. Weker H., Barańska M., Rhiali A. i wsp., *Analiza wartości energetycznej i odżywczej diet dzieci w wieku 13-36 miesięcy – badanie ogólnopolskie*, Probl Hig Epidemiol 2013, 94(1): 116-121.
94. Weker H., Barańska M., Riahi A., *Problemy matek dotyczące żywienia uzupełniającego niemowląt karmionych piersią*, Pediatr Pol, 2008, 83(6): 682-686.
95. Weker H., Hamułka J., Więch M., Głowacka K., *Analysis of nutrition of children in Warsaw day nurseries in view of current recommendations*, JPCCR, 2010, 4(1): 63-67.
96. Weker H., Rudzka – Kańtoch Z., Strucińska M. i wsp., *Żywienie dzieci w wieku przedszkolnym ogólna charakterystyka sposobu żywienia*, Rocz Panstw Zakł Hig, 2000, 51(4): 385-392.
97. Wolnicka K., Taraszewska A., *Ocena zawartości witamin i składników mineralnych w całodzienniej racji pokarmowej uczniów V i VI klas wybranych warszawskich szkół podstawowych*, Probl Hig Epidemiol, 2012, 93(2): 408-413.
98. Zagórecka E., Motkowska R., Stolarczyk A. i wsp., *Realizacja zaleceń żywienia uzupełniającego w grupie niemowląt uczestniczących w projekcie badawczym „Nawyki żywieniowe a stan odżywienia niemowląt w Polsce”*, Pediatr Pol, 2008, 83: 136-149.
99. Zagórecka E., Socha P., Stolarczyk A. i wsp., *Woda i soki w diecie niemowląt uczestniczących w projekcie Zatoński W.A., Rozwój sytuacji zdrowotnej w Polsce na tle innych krajów Europy Środkowej i Wschodniej*, Centrum Onkologii – Instytut Marii Skłodowskiej Curie, Warszawa 2004.

Anna Harton

Katedra Dietetyki, Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji, SGGW

Streszczenie

Odpowiednie żywienie dzieci i młodzieży warunkuje ich prawidłowy wzrost i rozwój oraz jest istotnym czynnikiem prewencji chorób powstających na tle wadliwego sposobu żywienia. Przegląd literatury z ostatnich lat dowodzi narastającego problemu otyłości na świecie, w tym także w Polsce, gdzie tylko w ciągu ostatniej dekady odsetek dzieci z nieprawidłową masą ciała uległ podwojeniu. Nieprawidłowa dieta ma także inne następstwa zdrowotne, m.in. większe ryzyko cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, chorób serca a także próchnicy zębów. Z uwagi na powyższe ukształtowanie prawidłowych zachowań żywieniowych nabiera bardzo dużego znaczenia. Każdy etap życia jest w tym względzie ważny, w tym szczególnie okres dzieciństwa i młodości. Badania dowodzą, że raz ukształtowane nieprawidłowe wzorce zachowań są powielane w późniejszych latach życia. Zachowania żywieniowe determinowane są przez wiele czynników. W przypadku dzieci szczególną rolę przypisuje się rodzicom i ich postawom względem żywności i żywienia. Ważną rolę odgrywa też środowisko przedszkolne i szkolne, w tym nauczyciele i rówieśnicy. W dzisiejszych czasach nie można też bagatelizować roli mediów, w tym szczególnego wpływu reklamy i Interne-

tu, który jest stałym „towarzyszem” życia współczesnych dzieci. W przedmiotowej pracy wyszczególniono i scharakteryzowano zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży w kontekście najczęściej popełnianych błędów. Wykazano, że pewne błędy żywieniowe są charakterystyczne dla określonej grupy wiekowej a inne, takie jak: mała ilość warzyw, owoców, ryb, mleka i produktów pełnoziarnistych oraz nadmiar tłuszczu, soli i cukru występują niemalże w każdej z nich. Błędy żywieniowe, szczególnie te występujące w dietach młodzieży, częściowo pokrywają się z nieprawidłowościami obserwowanymi w dietach dorosłych Polaków.

Słowa kluczowe:

zachowania żywieniowe, dzieci i młodzież

Abstract

Adequate nutrition of children and adolescents determines their optimal growth and development and is an important factor in preventing of the diseases arising from the improper diet. A literature review of recent years demonstrates the growing problem of obesity in the world, including Poland, where only in the last decade the proportion of children with abnormal body weight has doubled. Improper diet has other health consequences including increased risk of type 2 diabetes, hypertension, heart disease and dental caries. Taking into account the factors mentioned above, creation of correct eating behaviour becomes a very important issue. Each stage of life is important in this regard, particularly young age. Research shows that once formed abnormal eating patterns are reproduced in the later years of life. Eating behaviour are determined by multiple factors. For children, a special role is attributed to parents and their attitudes with respect to food and nutrition. An important role is played by a pre-school and school environment, including teachers and peers. Nowadays, the role of the media cannot be underestimated; particularly the impact of advertising and the Internet, which is a constant „companion” of contemporary children’s lives. In the present work eating behaviour of children and adolescents are listed and characterized in the context of the common errors. It has been shown that certain dietary irregularities are specific to a particular age group and others, such as a small amount of vegetables, fruits, fish, milk and whole grains and excess of fat, salt and sugar are present in almost every age group. The irregularities, especially those occurring in the diets of adolescents, overlap with the irregularities observed in the diets of adult Poles.

Key words:

eating behaviour, children and adolescents

Dr inż. Anna Harton, specjalista ds. żywienia człowieka i dietetyki, adiunkt w Katedrze Dietetyki Wydziału Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW w Warszawie. Dydaktyk, promotor i recenzent ok. 60 prac inżynierskich i magisterskich. Autor i współautor ponad 30 prac naukowych. Członek Rady Ekspertów Europejskiego Centrum Edukacji „Po Prostu”.

Wawrzyniec Kofta, Ewa Kłós

Podstawa programowa kształcenia ogólnego na czterech etapach edukacyjnych jako baza do kształtowania postaw i zachowań młodzieży istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego

1. Nowa Podstawa Programowa Kształcenia Ogólnego – zmiana zasadnicza, czy kosmetyczna?

Od roku szkolnego 2009/2010 w szkołach różnych szczebli, na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej [1] rozpoczęto wprowadzanie nowej Podstawy Programowej Kształcenia Ogólnego (dalej: nPPKO, [2]). Podstawę wprowadzono w klasach I szkół podstawowych i w klasach I gimnazjum. W kolejnych latach nPPKO obejmowała coraz starsze roczniki, a proces zakończenia jej wdrażania zakończy się w roku szkolnym 2014/2015, gdy szkołę podstawową ukończą szóstoklasiści z pierwszego rocznika zmian, a licea ogólnokształcące – pierwsi maturzyści pobierający naukę w zmienionym systemie. Rok później edukację pod rządami nPPKO zakończą pierwsi absolwenci czteroletnich techników.

Tabela 1. Kalendarz wdrażania zmian programowych (za: [2])

| Rok szkolny | Zreformowane nauczanie w klasach | | | |
|-------------|---|--|-------|---------|
| 2009/2010 | I SP | I Gimnazjum | | |
| 2010/2011 | II SP | II Gimnazjum | | |
| 2011/2012 | III SP | III Gimnazjum Egzamin gimnazjalny dostosowany do nowej podstawy programowej | | |
| 2012/2013 | IV SP | I L | I T | I ZSZ |
| 2013/2014 | V SP | II L | II T | II ZSZ |
| 2014/2015 | VI SP Sprawdzian dostosowany do nowej podstawy programowej | III L Egzamin maturalny dostosowany do nowej podstawy programowej | III T | III ZSZ |
| 2015/2016 | | | IV T | I LU |
| 2016/2017 | | | | II LU |

SP – szkoła podstawowa, L – liceum, T – technikum,

ZSZ – zasadnicza szkoła zawodowa, LU – liceum uzupełniające

Rok 2012 – pierwsi absolwenci gimnazjum kształceni zgodnie z nową podstawą programową

Rok 2015 – pierwsi absolwenci szkoły podstawowej i liceów kształceni zgodnie z nową podstawą programową

Zmiany związane z nPPKO dotyczyły różnych aspektów działania systemu edukacji, wśród których można wyróżnić: programowy, organizacyjny i egzaminacyjny.

1.1. Zmiana zasadnicza – scalenie programowe

Najważniejsza zmiana dotyczyła programowego połączenia gimnazjum z pierwszą klasą szkoły ponadgimnazjalnej. W poprzednim systemie, uczniowie poznawali wszystkie główne przedmioty nauczania dwukrotnie – w gimnazjum i w liceum, przy czym program gimnazjum i liceum na poziomie podstawowym (dla wszystkich uczniów) nie różnił się znacząco. Przykładowo, w programie nauczania biologii zarówno w gimnazjum, jak i w liceum dominowały treści związane z anatomią i fizjologią człowieka oraz higieną, przy czym na poziomie szkoły ponadgimnazjalnej były one w niewielkim stopniu pogłębiane. Dodatkowo uczniowie liceów wybierali zazwyczaj dwa przedmioty, których uczyli się na poziomie rozszerzonym. Uczniowie szkół ponadgimnazjalnych niechętnie uczyli się przedmiotów dla nich niekierunkowych, i tak np. w klasach o profilu matematycznym czy humanistycznym, biologia była traktowana przez większość uczniów jako „zło konieczne”.

Twórcy nPPKO zdecydowali, że zamiast realizować ten sam materiał dwa razy powierzchownie, lepiej uczynić to raz, a dobrze. Materiał dotychczas realizowany (z trudem) przez 3 lata gimnazjum „rozciągnięto” dodatkowo na I klasę szkoły ponadgimnazjalnej, bez względu na jej typ, czyli także w technicach i szkołach zawodowych. W starszych klasach szkół ponadgimnazjalnych wszyscy uczniowie uczą się obowiązkowo języka polskiego, matematyki, dwóch języków obcych i wychowania fizycznego. Dodatkowo wybierają od dwóch do czterech przedmiotów na poziomie rozszerzonym, które następnie będą zdawać na maturze. Oznacza to, że większość uczniów nie będzie uczyć się biologii w II i III klasie LO, ale można założyć, że dotychczasowy materiał zostanie omówiony bardziej dogłębnie.

1.2. Likwidacja ścieżek edukacyjnych

W poprzedniej podstawie programowej, obok przedmiotów, przewidziano także ścieżki edukacyjne, takie jak np. edukacja czytelnicza i medialna, edukacja ekologiczna czy edukacja prozdrowotna. Treści kształcenia ścieżek edukacyjnych miały harmonijnie przewijać się przez lekcje różnych przedmiotów i stanowić element międzyprzedmiotowy. I tak np. treści edukacji ekologicznej miały pojawiać się na lekcjach biologii, chemii i geografii. Zgodnie z pierwotnymi założeniami, dyrektor szkoły mógł przydzielić na realizację wybranych ścieżek dodatkowe godziny lekcyjne w planie nauczania, jednak w praktyce działało się tak bardzo rzadko, ponieważ dyrektorzy, z oczywistych przyczyn, woleli dodawać nieliczne

godziny, którymi dysponowali, do przedmiotów egzaminacyjnych takich jak matematyka czy język polski. Treści ścieżek edukacyjnych były oczywiście realizowane na lekcjach poszczególnych przedmiotów, na których byłyby realizowane i bez istnienia ścieżek, natomiast machina biurokratyczna żądała odrębnego dokumentowania realizacji ścieżek. Twórcy nPPKO postanowili zlikwidować ścieżki edukacyjne – silnie krytykowane przez środowiska nauczycielskie – i włączyć ich treści do różnych przedmiotów.

1.3. Doprecyzowanie wymagań

Poprzednia podstawa programowa była sformułowana bardzo ogólnikowo i dawała duże pole do interpretacji przez nauczycieli, autorów podręczników i system egzaminacyjny. Z jednej strony sprzyjało to twórczej postawie nauczycieli, z drugiej nigdy nie było wiadomo, czego można spodziewać się na egzaminach końcowych. Jako przykład można podać punkt z poprzedniej podstawy programowej biologii: Przykłady różnych sposobów pełnienia tych samych funkcji życiowych przez organizmy zależnie od warunków środowiska. Sformułowanie jest tak pojemne, że można by mu równie dobrze poświęcić jedną lekcję, jak i kilka lat nauki. Ze względu na ogólnikowość podstawy programowej system egzaminacyjny wypracował szczegółowe standardy wymagań maturalnych, problem pozostał na poziomie gimnazjum, gdzie standardy egzaminacyjne były wysoce nieprecyzyjne.

Nowa podstawa programowa jest bardzo szczegółowa. Zawiera cele kształcenia – wymagania ogólne oraz treści nauczania – wymagania szczegółowe. Cele kształcenia mają charakter nadrzędny i wskazują umiejętności, zarówno o charakterze przedmiotowym, jak i ponadprzedmiotowym, które powinien opanować uczeń (Tabela 2). Cele kształcenia często korespondują z tak zwanymi kompetencjami kluczowymi, sformułowanymi przez Radę Europy [3]. Treści nauczania są precyzyjne i jasno wskazują, jaki zakres materiału uczeń powinien opanować na koniec danego etapu kształcenia (Tabela 3).

Wraz z wprowadzeniem nPPKO nie ma już potrzeby formułowania odrębnych standardów wymagań egzaminacyjnych – obecnie jest to jeden i ten sam dokument.

Tabela 2. Cele kształcenia – wymagania ogólne z biologii dla III etapu edukacyjnego (gimnazjum)

I. Znajomość różnorodności biologicznej i podstawowych procesów biologicznych.

Uczeń opisuje, porządkuje i rozpoznaje organizmy, wyjaśnia zjawiska i procesy biologiczne zachodzące w wybranych organizmach i w środowisku, przedstawia i wyjaśnia zależności między organizmem a środowiskiem, wskazuje ewolucyjne źródła różnorodności biologicznej.

II. Znajomość metodyki badań biologicznych.

Uczeń planuje, przeprowadza i dokumentuje obserwacje i proste doświadczenia biologiczne; określa warunki doświadczenia, rozróżnia próbę kontrolną i badawczą, formułuje wnioski; przeprowadza obserwacje mikroskopowe preparatów świeżych i trwałych.

III. Poszukiwanie, wykorzystanie i tworzenie informacji.

Uczeń wykorzystuje różnorodne źródła i metody pozyskiwania informacji, w tym technologię informacyjno-komunikacyjną, odczytuje, analizuje, interpretuje i przetwarza informacje tekstowe, graficzne, liczbowe, rozumie i interpretuje pojęcia biologiczne, zna podstawową terminologię biologiczną.

IV. Rozumowanie i argumentacja.

Uczeń interpretuje informacje i wyjaśnia zależności przyczynowo-skutkowe między faktami, formułuje wnioski, formułuje i przedstawia opinie związane z omawianymi zagadnieniami biologicznymi.

V. Znajomość uwarunkowań zdrowia człowieka.

Uczeń analizuje związek pomiędzy własnym postępowaniem a zachowaniem zdrowia (prawidłowa dieta, aktywność ruchowa, badania profilaktyczne) oraz rozpoznaje sytuacje wymagające konsultacji lekarskiej; rozumie znaczenie krwiodawstwa i transplantacji narządów.

Tabela 3. Przykłady treści kształcenia – wymagań szczegółowych z biologii dla III etapu edukacyjnego (gimnazjum)

VIII. Genetyka. Uczeń:

- 1) przedstawia znaczenie biologiczne mitozy i mejozy, rozróżnia komórki haploidalne i diploidalne, opisuje budowę chromosomu (chromatydy, centromer), rozróżnia autosomy i chromosomy płci;
- 2) przedstawia strukturę podwójnej helisy DNA i wykazuje jej rolę w przechowywaniu informacji genetycznej i powielaniu (replikacji) DNA;
- 3) przedstawia sposób zapisywania i odczytywania informacji genetycznej (kolejność nukleotydów w DNA, kod genetyczny); wyjaśnia różnicę pomiędzy informacją genetyczną a kodem genetycznym;
- 4) przedstawia zależność pomiędzy genem a cechą;
- 5) przedstawia dziedziczenie cech jednogenowych, posługując się podstawowymi pojęciami genetyki (fenotyp, genotyp, gen, allel, homozygota, heterozygota, dominacja, recesywność);
- 6) wyjaśnia dziedziczenie grup krwi człowieka (układ AB0, czynnik Rh);
- 7) przedstawia dziedziczenie płci u człowieka i podaje przykłady cech człowieka sprzężonych z płcią (hemofilia, daltonizm);
- 8) podaje ogólną definicję mutacji oraz wymienia przyczyny ich wystąpienia (mutacje spontaniczne i wywołane przez czynniki mutagenne); podaje przykłady czynników mutagennych;
- 9) rozróżnia mutacje genowe (punktowe) i chromosomowe oraz podaje przykłady chorób człowieka warunkowanych takimi mutacjami (mukowiscydoza, zespół Downa).

1.4. Nowy przedmiot – przyroda w szkole ponadgimnazjalnej

Żeby uczniowie, którzy jako przedmioty rozszerzenia nie wybierają przedmiotów przyrodniczych, nie utracili całkowicie kontaktu z tymi dziedzinami wiedzy, wprowadzony został nowy przedmiot przyroda, który jest dla takich uczniów

obowiązkowy w łącznym wymiarze 120 godzin, co w praktyce oznacza po 2 godziny tygodniowo w II i III klasie. Przedmiot ten stanowi całkowite *novum* w systemie edukacji, nie tylko w skali Polski. Obejmuje wybrane zagadnienia przyrodnicze, które podczas zajęć mają być naświetlane i analizowane z punktu widzenia czterech dziedzin przyrodniczych: fizyki, chemii, biologii i geografii. Przedmiot ten nie ma na celu systematycznego wprowadzania wiedzy, lecz raczej pracę na zasadzie wycinkowego jej pogłębiania, poszukiwania ciekawostek. Zaleca się wprowadzanie metod aktywizujących oraz rozwijanie u uczniów umiejętności korzystania z różnych źródeł informacji, w szczególności popularnonaukowych. Tematyka zajęć jest wybierana przez nauczycieli spośród podanych 24 wątków tematycznych pogrupowanych w trzy działy (Tabela 4). Istnieje też możliwość zaproponowania dodatkowego wątku przez nauczyciela. W założeniu zajęcia w kolejnych semestrach lub latach powinny być prowadzone przez nauczycieli różnych przedmiotów przyrodniczych.

Niestety, na gruncie obowiązujących przepisów okazuje się, że nauczaniem przyrody będzie objęta niewielka grupa uczniów – tylko ci, którzy w ramach rozszerzeń nie wybiorą żadnego z czterech przedmiotów przyrodniczych.

Tabela 4. Działy i wątki tematyczne przedmiotu Przyroda w szkole ponadgimnazjalnej. Do każdego wątku przyporządkowane są określone treści z zakresu biologii, chemii, fizyki i geografii

Dział A. Nauka i świat

Wątek 1. Metoda naukowa i wyjaśnianie świata.

Wątek 2. Historia myśli naukowej.

Wątek 3. Wielcy rewolucjoniści nauki.

Wątek 4. Dylematy moralne w nauce.

Wątek 5. Nauka i pseudonauka.

Wątek 6. Nauka w mediach.

Wątek 7. Nauka w komputerze.

Wątek 8. Polscy badacze i ich odkrycia.

Dział B. Nauka i technologia

Wątek 9. Wynalazki, które zmieniły świat.

Wątek 10. Energia – od Słońca do żarówki.

Wątek 11. Światło i obraz.

Wątek 12. Sport.

Wątek 13. Technologie współczesne i przyszłości.

Wątek 14. Współczesna diagnostyka i medycyna.

Wątek 15. Ochrona przyrody i środowiska.

Wątek 16. Nauka i sztuka.

Dział C. Nauka wokół nas

Wątek 17. Uczenie się.

Wątek 18. Barwy i zapachy świata.

Wątek 19. Cykle, rytmy i czas.

Wątek 20. Śmiech i płacz.

Wątek 21. Zdrowie.

Wątek 22. Piękno i uroda.

Wątek 23. Woda – cud natury.

Wątek 24. Największe i najmniejsze.

1.5. Minimalna liczba godzin w cyklu kształcenia

W poprzednim systemie ramowy plan nauczania (zwany czasami „siatką godzin”) określał, ile ma się odbyć godzin tygodniowo danego przedmiotu. Nieobecność nauczyciela, różne szkolne akcje i wycieczki, niejednokrotnie powodowały, że wiele lekcji się nie odbywało. Nowe rozporządzenie o ramowych planach nauczania [4], powiązane z nPPKO, precyzuje minimalną liczbę godzin przedmiotu, które muszą się odbyć w cyklu kształcenia (podobnie jak to jest w systemie akademickim). I tak np. dla biologii w gimnazjum jest to 130 godzin. Nie jest istotne, jak te godziny będą rozłożone między lata (w praktyce zazwyczaj przez dwa lata nauki jest 1 godzina tygodniowo, a przez rok – 2), ale taka właśnie liczba godzin musi zostać zrealizowana. Wymaga to dużej dyscypliny pracy, ograniczenia imprez szkolnych i wycieczek odbywających się w czasie zajęć szkolnych (co akurat nie jest zbyt korzystne dla nauczania biologii) i wymaga od dyrekcji szkoły znalezienia zastępstwa w przypadku przedłużającej się nieobecności nauczyciela.

1.6. Zmiany w systemie egzaminacyjnym

Egzamin gimnazjalny, dotychczas przeprowadzany w dwóch częściach: humanistycznej i matematyczno-przyrodniczej, został podzielony na 5 części. Są to odrębne egzaminy z:

- języka polskiego;
- historii i wiedzy o społeczeństwie;
- matematyki;
- przedmiotów przyrodniczych (biologii, geografii, fizyki i chemii);
- języka obcego.

Takie rozwiązanie podniosło rangę przedmiotów przyrodniczych, ponieważ liczba zadań z każdego z nich jest obecnie większa i bardziej przewidywalna niż dotychczas, gdy w części matematyczno-przyrodniczej egzaminu dominowała matematyka, a np. pytania z biologii bywały nieliczne. Zarazem część dotycząca przedmiotów przyrodniczych składa się obecnie wyłącznie z zadań zamkniętych. Nie oznacza to bynajmniej powrotu do poleceń typowo pamięciowych, bowiem dobrze skonstruowane zadanie zamknięte może także badać umiejętności złożone (np. zadanie, w którym opisane jest zjawisko, a uczeń dobiera spośród kilku możliwości przyczynę i skutek tego zjawiska i dopiero wybór obu prawidłowych elementów pozwala na uzyskanie punktu).

2. Treści prozdrowotne w „starej” podstawie programowej

2.1. Pojęcie edukacji zdrowotnej w starej podstawie programowej

Według rezolucji Rady Wspólnoty Europejskiej edukacja zdrowotna jest procesem opartym na naukowych zasadach, stwarzającym społeczeństwu możliwość planowanego uczenia się. Powinna zachęcać jednostki do podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowania zgodnie z nimi. Za ten złożony proces odpowiedzialność ponosi rodzina, społeczeństwo oraz system edukacji. W związku z tym najważniejszym z punktu widzenia zdrowia jest taki model edukacji, którego bezpośrednim celem jest przygotowanie ucznia do samodzielnego wyboru zachowań właściwych dla zdrowia własnego i innych ludzi.

Cel ten może być osiągnięty przez:

- ukazanie uczniowi wartości zdrowia jako potencjału, którym dysponuje;
- zapoznanie ucznia ze sposobami zachowania, umacniania i utrwalania zdrowia;
- przekazywanie i utrwalanie zasad zdrowego stylu życia;
- informowanie o różnych zagrożeniach zdrowia, możliwościach ich minimalizowania i eliminowania;
- rozwijanie zdolności do samokontroli, samoobserwacji i samopielęgnacji zdrowia oraz do wspierania innych ludzi w tych zachowaniach;
- kształtowanie umiejętności rozwiązywania własnych problemów zdrowotnych oraz problemów zdrowotnych innych ludzi;
- ukształtowanie postawy odpowiedzialności za swoje zdrowie wraz z umiejętnością przewidywania skutków własnych zachowań dla zdrowia swojego i innych ludzi.

Uświadomienie tych celów uczniom jest możliwe poprzez wszechstronną, odpowiednio zaprogramowaną i realizowaną edukację zdrowotną.

Szczególną rolę do spełnienia ma w tym zakresie szkoła, gdyż:

- edukacja do zdrowia jest prawem każdego dziecka;
- zdrowie jest ważne dla samej edukacji – zdrowy uczeń ma lepsze predyspozycje i osiąga lepsze wyniki w nauce;
- rozbudza prozdrowotne orientacje młodego pokolenia.

2.2. Zadania szkoły w zakresie edukacji prozdrowotnej ujętej w ścieżce edukacyjnej

Głównymi celami edukacji zdrowotnej w szkole są:

1. Kształtowanie zdrowego stylu życia i modyfikacja zachowań prozdrowotnych.
2. Przekonanie o ścisłym związku między stanem środowiska naturalnego a zdrowiem człowieka.
3. Ułatwienie nabywania umiejętności dbania o swoje zdrowie. Stosowanie zasad higieny w życiu codziennym.

4. Przygotowanie uczniów do roli aktywnych członków społeczeństwa, którzy sami lub z innymi mogą podjąć działania dla tworzenia zdrowego życia i środowiska.

Zadaniem szkoły było tworzenie takich warunków, aby uczeń nie tylko nabył określoną wiedzę i umiejętności, ale aby chciał je stosować w życiu. Nie było to zadanie łatwe, zwłaszcza przy użyciu tradycyjnych metod. Niezbędne stało się poszukiwanie nowych metod, do których można zaliczyć m.in.:

- wprowadzenie technik aktywizujących ucznia, przy których nie jest on tylko biernym odbiorcą wiedzy;
- tworzenie w czasie zajęć optymalnej atmosfery zapewniającej poczucie bezpieczeństwa, akceptacji, tolerancji;
- rozpoczynanie pracy z uczniami od zebrania informacji o posiadanej przez niego wiedzy, doświadczeniach i korygowaniu błędów;
- dokonywanie ewaluacji przebiegu zajęć i analizowaniu na bieżąco wyników ewaluacji.

2.3. Edukacja prozdrowotna jako ścieżka edukacyjna

2.3.1. Cele i zadania edukacyjnej ścieżki prozdrowotnej

Podstawa Programowa Kształcenia Ogólnego zatwierdzona przez MEN 15 lutego 1999 roku (tzw. „stara” podstawa programowa) nakładała na nauczycieli obowiązek wszechstronnego rozwoju ucznia jako nadrzędnego celu pracy edukacyjnej. Nauczyciele, mając na uwadze osobowy rozwój ucznia, współdziałali na rzecz tworzenia w jego świadomości zintegrowanego systemu wiedzy, umiejętności i postaw. Integracji wiedzy nauczanej w szkole służyło wprowadzenie między innymi ścieżek edukacyjnych – w tym właśnie – edukacyjnej ścieżki prozdrowotnej.

Począwszy od II etapu edukacyjnego wprowadzono, obok przedmiotów i bloków przedmiotowych, ścieżki edukacyjne o charakterze wychowawczo-dydaktycznym.

Dla klas IV – VI przewidziane zostały następujące ścieżki :

1. Edukacja prozdrowotna
2. Edukacja ekologiczna
3. Edukacja czytelnicza i medialna
4. Wychowanie do życia w społeczeństwie
 - a) Wychowanie do życia w rodzinie
 - b) Wychowanie regionalne – dziedzictwo kulturalne w regionie
 - c) Wychowanie patriotyczne i obywatelskie

Tabela 5. Podstawa programowa w zakresie edukacyjnej ścieżki prozdrowotnej

Cel edukacyjny ścieżki prozdrowotnej:

ułatwienie uczniom nabywania umiejętności dbania o swoje zdrowie.

Zadania szkoły wynikające z celu ogólnego:

1. Stwarzanie warunków do kształtowania zachowań sprzyjających zdrowiu i bezpieczeństwu.
2. Rozbudzanie zainteresowania dziecka własnym zdrowiem i rozwojem, ułatwianie nabywania podstawowych umiejętności dbania o swoje zdrowie.
3. Poznawanie zagrożeń cywilizacyjnych oraz nabycie umiejętności właściwego zachowania się w przypadku kontaktu z przedmiotami niebezpiecznymi, toksycznymi, łatwopalnymi, wybuchowymi, niewybuchami i niewypałami.

Treści przeznaczone do wykorzystania w programach nauczania w II etapie kształcenia:

1. Higiena ciała, odzieży, obuwia, miejsca pracy i wypoczynku.
2. Bezpieczeństwo na drodze podczas gier i zabaw ruchowych; pierwsza pomoc w niektórych urazach.
3. Urozmaicenie i regularność posiłków, estetyka ich spożywania, zabezpieczenie żywności przed zanieczyszczeniem i zepsuciem.
4. Zabawy ruchowe i rekreacja, organizacja odrabiania lekcji i czasu wolnego; prawidłowa postawa ciała.
5. Rozpoznawanie własnych słabych i mocnych stron, zalet i wad; kształtowanie właściwego stosunku do własnych pozytywnych i negatywnych emocji; radzenie sobie w sytuacjach trudnych i umiejętność szukania pomocy; zachowania sprzyjające i zagrażające zdrowiu.
6. Podstawowe zasady i reguły obowiązujące w relacjach międzyludzkich.
7. Problemy i potrzeby kolegów niepełnosprawnych, osób chorych i starszych.
8. Poznawanie zagrożeń cywilizacyjnych oraz nabycie umiejętności właściwego zachowania się w przypadku kontaktu z przedmiotami niebezpiecznymi, toksycznymi, łatwopalnymi, wybuchowymi, niewybuchami i niewypałami.
9. Ochrona przed zagrożeniami naturalnymi i cywilizacyjnymi.
10. Przyczyny (namawianie i presja ze strony osób) i skutki używania środków psychoaktywnych i nadużywania leków oraz innych nalogów.

Oczekiwane osiągnięcia ucznia:

1. Dbanie o zdrowie własne i współpraca z dorosłymi w tym zakresie.
2. Rozróżnianie czynników wpływających pozytywnie i negatywnie na zdrowie i rozwój.
3. Organizowanie czasu wolnego i nauki w domu.
4. Rozpoznawanie zagrożeń i umiejętność reagowania na nie.

2.3.2. Możliwości realizacji treści ścieżki prozdrowotnej

Zakres treści i umiejętności zawartych w ścieżce prozdrowotnej mógł być realizowany w ramach różnych przedmiotów (bloków przedmiotowych) lub w postaci odrębnych zajęć. W każdej z wymienionych wyżej możliwości można dostrzec nie tylko zalety, ale także wady.

Edukacja zdrowotna jako osobny przedmiot:

| Zalety | Wady |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - możliwość realizacji dłuższych programów, - możliwość stopniowania poziomu przyswajanej wiedzy i nabywanych umiejętności, - czas na dyskusje, - etat dla nauczyciela. | <ul style="list-style-type: none"> - jeszcze jeden przedmiot dla ucznia, - dodatkowe obciążenie dla ucznia, - nałożenie całej odpowiedzialności za edukację zdrowotną na jednego nauczyciela, - brak fachowców do nauczania przedmiotu. |

Edukacja zdrowotna jako ścieżka międzyprzedmiotowa:

| Zalety | Wady |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - każdy nauczyciel jest odpowiedzialny za prozdrowotne wychowanie dziecka, - spojrzenie na problem w różnych aspektach i tym samym zapewnienie pełnej edukacji zdrowotnej, - utrwalanie pozytywnych nawyków, - stałe oddziaływanie na ucznia, - konieczność współdziałania wszystkich nauczycieli, - zapewnienie ciągłości edukacji zdrowotnej w całym toku nauczania, - osadzenie edukacji zdrowotnej w rzeczywistości bliskiej uczniowi, wskazywanie konkretnych sytuacji, które mogą zaistnieć w treściach każdego przedmiotu, - wzbogacenie oferty metod, jakimi zagadnienia prozdrowotne będą realizowane, - praktyczne zastosowanie wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej, - korelacja międzyprzedmiotowa, - bliższe i częstsze kontakty nauczycieli ze sobą, - samorozwój nauczyciela - ukierunkowanie pracy wychowawczej. | <ul style="list-style-type: none"> - niewiedza nauczycieli – jak włączyć treści edukacji zdrowotnej do swojego przedmiotu, - trudności w budowaniu programu dla całej szkoły, - przypadkowość podawanych treści, - spłylenie wartości edukacji prozdrowotnej, - znużenie nauczycieli, - brak nawyków ze strony nauczycieli do współpracy, - niezchęcenie i znużenie ucznia ciągłym przypominaniem wiadomości z zakresu edukacji zdrowotnej. |

Edukacja zdrowotna włączona w treść jednego przedmiotu:

| Zalety | Wady |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - możliwości ścisłej korelacji treści przedmiotu i edukacji zdrowotnej, - możliwość zastosowania treści przedmiotu w życiu codziennym. | <ul style="list-style-type: none"> - ani treści przedmiotu, ani edukacja zdrowotna nie będą należycie realizowane, - zbytne obciążenie jednego nauczyciela, - brak czasu na lekcji, - tylko jeden nauczyciel ma obowiązek realizacji treści prozdrowotnych, inni czują się zwolnieni. |

Prowadzenie edukacji zdrowotnej sporadycznie – zapraszając do szkoły specjalistę:

| Zalety | Wady |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - fachowość, - autorytet, - kontakt uczniów z naukowcem, - profesjonalizm. | <ul style="list-style-type: none"> - akcyjność, - niezrozumiały dla uczniów język zawierający terminologię naukową, - często brak umiejętności nawiązywania kontaktu z dziećmi i młodzieżą, - brak kontynuacji tematu, - niska skuteczność, - brak pieniędzy na specjalistę. |

Jak widać każdy sposób wprowadzania treści edukacji prozdrowotnej ma swoje wady i zalety, żaden nie jest idealny, ale lista zalet przemawiała za ścieżką międzyprzedmiotową, gdzie każdy nauczyciel jest odpowiedzialny za kształtowanie nawyków sprzyjających zdrowiu.

2.4. Integracja treści prozdrowotnych i treści przedmiotów zawartych w starej Podstawie Programowej Kształcenia.

Podstawa programowa ścieżek edukacyjnych precyzowała cele dydaktyczne, określała zadania edukacyjne szkoły, wyznaczała treści, które powinny być włączone do programów nauczania różnych przedmiotów, prognozowała także osiągnięcia, które powinny wynikać z realizacji poszczególnych ścieżek.

Przykład integracji treści prozdrowotnych i przedmiotu przyroda

Cele edukacyjne:

| Przyroda | Edukacja prozdrowotna |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> * poznanie współzależności człowieka i środowiska, * poznanie zachowań sprzyjających bezpieczeństwu ludzi i przyrody. | <ul style="list-style-type: none"> * ułatwienie nabywania umiejętności dbania o swoje zdrowie. |

Zadania szkoły:

| Przyroda | Edukacja prozdrowotna |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> * dostarczanie wiedzy na temat człowieka, udzielanie uczniowi pomocy w zrozumieniu samego siebie, * przekazywanie wiedzy na temat budowy i złożoności świata ożywionego i nieożywionego oraz warunków życia, * umożliwienie prowadzenia zjawisk przyrodniczych, wykonywania prostych eksperymentów i interpretowania ich wyników, * pobudzanie wrażliwości uczniów na piękno świata i wartość życia. | <ul style="list-style-type: none"> * stwarzanie warunków do kształtowania zachowań sprzyjających zdrowiu i bezpieczeństwu, * rozbudzanie zainteresowania dziecka własnym zdrowiem i rozwojem, ułatwianie nabywania podstawowych umiejętności dbania o swoje zdrowie, * poznawanie zagrożeń cywilizacyjnych oraz nabycie umiejętności właściwego zachowania się w przypadku kontaktu z przedmiotami niebezpiecznymi, toksycznymi, łatwopalnymi, wybuchowymi, niewybuchami i niewypałami. |

Treści:

| Przyroda | Edukacja prozdrowotna |
|---|---|
| * warunki życia ludzi w najbliższym otoczeniu. | * podstawowe zasady i reguły obowiązujące w relacjach międzyludzkich, * problemy i potrzeby kolegów niepełnosprawnych, osób chorych i starszych. |
| * właściwości różnych substancji i ich zastosowanie: d) właściwości materii o różnych stanach skupienia, e) przemiany chemiczne znane z życia codziennego (np. spalanie, korozja, ściśnięcie białka). | * poznawanie zagrożeń cywilizacyjnych oraz nabycie umiejętności właściwego zachowania się w przypadku kontaktu z przedmiotami niebezpiecznymi, toksycznymi, łatwopalnymi, wybuchowymi, niewybuchami i niewypałami. |
| * podstawowe zjawiska fizyczne: a) mechaniczne, b) elektryczne, c) optyczne i akustyczne. | * poznawanie zagrożeń cywilizacyjnych oraz nabycie umiejętności właściwego zachowania się w przypadku kontaktu z przedmiotami niebezpiecznymi, toksycznymi, łatwopalnymi, wybuchowymi, niewybuchami i niewypałami. |
| * czynności życiowe człowieka, etapy rozwoju człowieka ze szczególnym uwzględnieniem dojrzwania biologicznego, zasady higieny. | * higiena ciała, odzieży, obuwia, miejsca pracy i wypoczynku, * urozmaicenie i regularność posiłków, estetyka ich spożywania, zabezpieczenie żywności przed zanieczyszczeniem i zepsuciem * rozpoznawanie własnych mocnych i słabych stron, zalet i wad; kształtowanie właściwego stosunku do własnych pozytywnych i negatywnych emocji; radzenie sobie w sytuacjach trudnych i umiejętność szukania pomocy * zabawy ruchowe i rekreacja, organizacja odrabiania lekcji i czasu wolnego; prawidłowa postawa ciała. |
| * znaczenie wybranych gatunków roślin, grzybów i zwierząt dla człowieka. | * przyczyny i skutki używania środków psychoaktywnych i nadużywania leków oraz innych nałogów. |
| * bakterie i wirusy – zagrożenia i korzyści dla człowieka. | * higiena ciała, odzieży, obuwia, miejsca pracy i wypoczynku, * pierwsza pomoc w niektórych urazach. |
| * substancje szkodliwe dla organizmów żywych i ich oddziaływanie na środowisko przyrodnicze. | * ochrona przed zagrożeniami naturalnymi i cywilizacyjnymi. |
| * wpływ środowiska na zdrowie człowieka: a) substancje szkodliwe i ich wpływ na organizm człowieka, b) rola wody, powietrza, gleby, ich odtwarzalność, czystość i skażenie. | * poznawanie zagrożeń cywilizacyjnych oraz nabycie umiejętności właściwego zachowania się w przypadku kontaktu z przedmiotami niebezpiecznymi, toksycznymi, łatwopalnymi, wybuchowymi, niewybuchami i niewypałami, * zachowania sprzyjające i zagrażające zdrowiu, * zabawy ruchowe i rekreacja, organizacja odrabiania lekcji i czasu wolnego; prawidłowa postawa ciała. |

Osiągnięcia:

| Przyroda | Edukacja prozdrowotna |
|---|--|
| *rozpoznawanie stanów fizjologicznych organizmu człowieka; dbałość o zdrowie przez stosowanie zasad higieny i korzystanie z różnych form rekreacji, * obserwowanie i identyfikowanie różnorodnych substancji i procesów chemicznych w najbliższym otoczeniu, * właściwe korzystanie z dostępnych produktów chemicznych, * dostrzeganie wpływu działalności człowieka na środowisko przyrodnicze. | *dbanie o własne zdrowie i współpraca z dorosłymi w tym zakresie, *rozróżnianie czynników wpływających pozytywnie i negatywnie na zdrowie i rozwój, * organizowanie czasu wolnego i nauki w domu, * rozpoznawanie zagrożeń i umiejętność reagowania na nie. |

3. Koncepcja treści prozdrowotnych w NPPKO

Biorąc pod uwagę uwarunkowania opisane w podrozdziale 1.3, twórcy NPPKO zdecydowali o likwidacji ścieżek edukacyjnych i włączeniu całego zakresu ich materiału do nauczanych w szkole przedmiotów. Choć pojawiły się – także ze strony niektórych środowisk medycznych – protesty przeciwko takiemu rozwiązaniu, można przyjąć, że wynikały one z niewystarczającej znajomości funkcjonowania szkoły. Choć mogło się bowiem wydawać, że likwidacja odrębnego „przedmiotu” – ścieżki *Edukacja prozdrowotna* wpłynie negatywnie na realizację treści z tego zakresu, w istocie zagadnienia nauczane w ramach „zwykłych” przedmiotów szkolnych są traktowane przez uczniów i nauczycieli bardziej poważnie, szczególnie w obliczu wprowadzenia odrębnego egzaminu z zakresu przedmiotów przyrodniczych na zakończenie nauki w gimnazjum.

Treści edukacji prozdrowotnej zostały wprowadzone do nauczania zintegrowanego w klasach I – III szkoły podstawowej (I etap edukacyjny), do przedmiotu *Przyroda* w klasach IV-VI szkoły podstawowej (II etap edukacyjny) i do programu biologii w gimnazjum (III etap edukacyjny). Szczególnie szeroko zostały te zagadnienia potraktowane w gimnazjum, co wynika z kilku istotnych przyczyn: (1) znaczącą część zakresu treści w gimnazjum zajmuje anatomia i fizjologia człowieka, naturalne jest, by uzupełnić ten materiał zagadnieniami z zakresu higieny; (2) gimnazjum to ostatni etap edukacyjny, na którym treści biologiczne nauczane są w dużym zakresie; (3) etap gimnazjalny, czyli młodzieży 13 – 15-letniej jest tym, na którym należy kształtować właściwe nawyki zdrowotne, które mają zostać zachowane w dorosłym życiu. Wiele zagadnień prozdrowotnych zostało także włączonych do treści nauczania wychowania fizycznego na wszystkich etapach edukacyjnych. Z kolei zagadnienia związane z udzielaniem pierwszej pomocy zostały szeroko uwzględnione w podstawie programowej przedmiotu *Edukacja dla bezpieczeństwa* (zbliżonego do dawnego przysposobienia obronnego), realizowanego w niewielkim wymiarze godzin w gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej.

Wiele treści, np. dotyczących żywienia czy profilaktyki chorób zakaźnych, pojawia się w sposób spiralny na kolejnych etapach edukacyjnych.

4. Treści istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego na różnych etapach edukacyjnych

4.1. I etap edukacyjny – edukacja wczesnoszkolna

Celem edukacji wczesnoszkolnej jest wspomaganie dziecka w rozwoju intelektualnym, emocjonalnym, społecznym, fizycznym, estetycznym i etycznym. W te cele wpisuje się edukacja zdrowotna. W podstawie programowej edukacji wczesnoszkolnej [2] wyróżniono dwa zestawy wiadomości i umiejętności ucznia kończącego klasę I i klasę III. W treściach nauczania kl. I wyróżniono m.in. obszar 10. – wychowanie fizyczne i kształtowanie sprawności fizycznej dzieci, a w treściach kl. III obszar 10. opatrzone nazwą – wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna. Sposób realizacji treści zawartych w obszarze 10. jest opisany w punkcie podstawy programowej: *Zalecane warunki i sposób realizacji*. Pod pozycją 16. widnieje zapis: „Doceniając rolę edukacji zdrowotnej, treści z tego zakresu umieszczono w wielu obszarach kształcenia, np. w obszarze wychowania fizycznego, edukacji przyrodniczej i edukacji społecznej. Ze względu na dobro uczniów, należy zadbać, aby rozumieли oni konieczność oraz mieli nawyk dbania o zdrowie swoje i innych. Powinni także wiedzieć, do kogo zwrócić się w razie konieczności udzielania pierwszej pomocy. Treści z zakresu edukacji zdrowotnej zostały umieszczone też w obszarze edukacji polonistycznej, zajęciach komputerowych, etyce. Można je również uwzględniać w edukacji matematycznej, np. polecając uczniom rozwiązywanie zadań o treściach prozdrowotnych. Włączenie tematyki zdrowotnej w różne obszary edukacji, wg autorów podstawy programowej będzie skuteczne w nabywaniu przez uczniów wiedzy i kształtowaniu umiejętności prozdrowotnych.

W treściach nauczania edukacji wczesnoszkolnej można odnaleźć wiele powiązań z różnymi aspektami zdrowia. Jak wiadomo, zdrowie należy traktować wieloaspektowo, tzn. brać pod uwagę zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne, społeczne, duchowe, seksualne. Z tego względu ważne jest uświadomienie nauczycielom, jak ważną rolę odgrywa edukacja zdrowotna w I etapie kształcenia, dlatego wymagania szczegółowe związane z edukacją zdrowotną są umieszczone w różnych obszarach podstawy programowej.

(Zestawienia tabelaryczne na podstawie [5])

Tabela 6. Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące zdrowia fizycznego zawarte w podstawie programowej na koniec klasy I i III

| Obszar edukacji | Uczeń kończący klasę I | Uczeń kończący klasę III |
|--|---|---|
| Wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna | <p>3) dba o to, aby prawidłowo siedzieć w ławce, przy stole itp.;</p> <p>4) wie, że choroby są zagrożeniem dla zdrowia i że można im zapobiegać poprzez szczepienia ochronne, właściwe odżywianie się, aktywność fizyczną, przestrzeganie higieny; właściwie zachowuje się w sytuacji choroby;</p> <p>5) wie, że nie można samodzielnie zażywać leków i stosować środków chemicznych (np. środków czystości, środków ochrony roślin).</p> | <p>4) w zakresie bezpieczeństwa i edukacji zdrowotnej:</p> <p>a) dba o higienę osobistą i czystość odzieży;</p> <p>b) wie, jakie znaczenie dla zdrowia ma właściwe odżywianie się oraz aktywność fizyczna;</p> <p>c) wie, że samodzielnie nie może zażywać leków i stosować środków chemicznych niezgodnie z przeznaczeniem;</p> <p>d) dba o prawidłową postawę, np. siedząc w ławce, przy stole;</p> <p>e) przestrzega zasad bezpiecznego zachowania się w trakcie zajęć ruchowych; posługuje się przyborami sportowymi zgodnie z ich przeznaczeniem;</p> <p>f) potrafi wybrać bezpieczne miejsce do zabaw i gier ruchowych; wie, do kogo zwrócić się o pomoc w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia.</p> |
| Edukacja społeczna | <p>5) zna zagrożenia ze strony ludzi; wie do kogo i w jaki sposób należy się zwrócić o pomoc;</p> <p>6) wie, gdzie można bezpiecznie organizować zabawy, a gdzie nie można i dlaczego.</p> | <p>9) zna zagrożenia ze strony ludzi; potrafi powiadomić dorosłych o wypadku, zagrożeniu, niebezpieczeństwie; zna numery telefonów: pogotowia ratunkowego, straży pożarnej, policji oraz ogólnopolski numer alarmowy 112.</p> |
| Zajęcia komputerowe | <p>2) wie, jak trzeba korzystać z komputera, żeby nie narażać własnego zdrowia.</p> | <p>5) zna zagrożenia wynikające z korzystania z komputera, Internetu i multimedii;</p> <p>a) wie, że praca przy komputerze męczy wzrok, nadwęża kręgosłup, ogranicza kontakty społeczne.</p> |

Tabela 6. cd.

| | | |
|-----------------------|---|---|
| Edukacja przyrodnicza | <p>1e) zna zagrożenia dla środowiska przyrodniczego ze strony człowieka: wypalanie łąk i ściernisk, zatrucie powietrza i wód, pożary lasów, wyrzucanie odpadów i spalanie śmieci itp.; chroni przyrodę: nie śmieci, szanuje rośliny, zachowuje ciszę w parku i w lesie, pomaga zwierzętom przetrwać zimę i upalne lato;</p> <p>1f) zna zagrożenia ze strony zwierząt (niebezpieczne i chore zwierzęta) i roślin (np. trujące owoce, liście, grzyby) i wie, jak zachować się w sytuacji zagrożenia;</p> <p>2d) zna zagrożenia ze strony zjawisk przyrodniczych, takich jak burza, huragan, powódź, pożar, i wie, jak zachować się w sytuacji zagrożenia.</p> | <p>8) nazywa części ciała i organy wewnętrzne zwierząt i ludzi (np. serce, płuca, żołądek);</p> <p>9) zna podstawowe zasady racjonalnego odżywiania się; rozumie konieczność kontrolowania stanu zdrowia i stosuje się do zaleceń lekarza;</p> <p>10) dba o zdrowie i bezpieczeństwo swoje i innych (w miarę swoich możliwości); orientuje się w zagrożeniach ze strony roślin i zwierząt, a także zagrożeniach typu burza, huragan, śnieżycy, lawina, powódź itp.; wie, jak trzeba zachować się w takich sytuacjach.</p> |
| Zajęcia techniczne | <p>2) w zakresie dbałości o bezpieczeństwo własne i innych:</p> <p>a) utrzymuje porządek wokół siebie (na swoim stoliku, w sali zabaw, szatni i w ogrodzie), sprząta po sobie i pomaga innym w utrzymaniu porządku;</p> <p>b) zna zagrożenia wynikające z niewłaściwego używania narzędzi i urządzeń technicznych;</p> <p>c) wie, jak należy bezpiecznie poruszać się na drogach (w tym na rowerze) i korzystać ze środków komunikacji; wie, jak trzeba zachować się w sytuacji wypadku, np. umie powiadomić dorosłych, zna telefony alarmowe.</p> | <p>3) dba o bezpieczeństwo własne i innych:</p> <p>b) właściwie używa narzędzi i urządzeń technicznych;</p> <p>c) wie, jak należy bezpiecznie poruszać się po drogach (w tym na rowerze) i korzystać ze środków komunikacji; wie, jak trzeba zachować się w sytuacji wypadku.</p> |

Tabela 7. Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące zdrowia psychospołecznego zawarte w podstawie programowej na koniec klasy I i III

| Obszar edukacji | Uczeń kończący klasę I | Uczeń kończący klasę III |
|--------------------|---|--|
| Edukacja społeczna | <p>1) potrafi odróżnić, co jest dobre, a co złe w kontaktach z rówieśnikami i dorosłymi; wie, że warto być odważnym, mądrym i pomagać potrzebującym; wie, że nie należy kłamać lub zatajać prawdy;</p> <p>2) współpracuje z innymi w zabawie, w nauce szkolnej i w sytuacjach życiowych; przestrzega reguł obowiązujących w społeczności dziecięcej oraz w świecie dorosłych, grzecznie zwraca się do innych w szkole, w domu i na ulicy;</p> <p>3) wie, co wynika z przynależności do rodziny, jakie są relacje między najbliższymi, wywiązuje się powinności wobec nich;</p> <p>5) zna zagrożenia ze strony ludzi; wie, do kogo i w jaki sposób należy się zwrócić o pomoc;</p> <p>6) wie, gdzie można bezpiecznie organizować abawy, a gdzie nie można i dlaczego.</p> | <p>1) odróżnia dobro od zła, stara się być sprawiedliwym i prawdomównym; nie krzywdzi słabszych i pomaga potrzebującym;</p> <p>3) wie, jak należy zachowywać się w stosunku do dorosłych i rówieśników (formy grzecznościowe); rozumie potrzebę utrzymywania dobrych relacji z sąsiadami w miejscu zamieszkania; jest chętny do pomocy, respektuje prawo innych do pracy i wypoczynku;</p> <p>5) zna prawa ucznia i jego obowiązki (w tym zasady bycia dobrym kolegą), respektuje je; uczestniczy w szkolnych wydarzeniach</p> <p>9) zna zagrożenia ze strony ludzi; potrafi powiadomić dorosłych o wypadku, zagrożeniu, niebezpieczeństwie; zna numery telefonów: pogotowia ratunkowego, straży pożarnej, policji oraz ogólnopolski numer alarmowy 112.</p> |
| Etyka | <p>1) przestrzega reguł obowiązujących w społeczności dziecięcej (współpracuje w zabawach i w sytuacjach zadaniowych) oraz w świecie dorosłych (grzecznie zwraca się do innych, ustępuje osobom starszym miejsca w autobusie, podaje upuszczony przedmiot itp.);</p> <p>2) wie, że nie można dążyć do zaspokojenia swoich pragnień kosztem innych; nie niszczy otoczenia</p> <p>5) niesie pomoc potrzebującym, także w sytuacjach codziennych.</p> | <p>1) rozumie, że ludzie mają równe prawa, niezależnie od tego, gdzie się urodzili, jak wyglądają, jaką religię wyznają, jaki mają status materialny; okazuje szacunek osobom starszym;</p> <p>2) zastanawia się nad tym, na co ma wpływ, na czym mu zależy, do czego może dążyć nie krzywdząc innych; stara się nieść pomoc potrzebującym</p> <p>5) starannie dobiera przyjaciół i pielęgnuje przyjaźnie w miarę swoich możliwości;</p> <p>6) wie, że jest częścią przyrody, chroni ją i szanuje; nie niszczy swojego otoczenia.</p> |

Tabela 7. cd.

| | | |
|------------------------|---|--|
| Edukacja polonistyczna | <p>1) w zakresie umiejętności społecznych warunkujących porozumiewanie się i kulturę języka:</p> <p>a) obdarza uwagą dzieci i dorosłych, słucha ich wypowiedzi i chce zrozumieć, co przekazują; komunikuje w jasny sposób swoje spostrzeżenia, potrzeby, odczucia,</p> <p>b) w kulturalny sposób zwraca się do rozmówcy, mówi na temat, zadaje pytania i odpowiada na pytania innych osób, dostosowuje ton głosu do sytuacji, np. nie mówi zbyt głośno.</p> | |
|------------------------|---|--|

Tabela 8. Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące edukacji seksualnej zawarte w podstawie programowej na koniec klasy I i III.

| Obszar edukacji | Uczeń kończący klasę I | Uczeń kończący klasę III |
|--|--|--|
| Edukacja społeczna | 3) wie, co wynika z przynależności do swojej rodziny, jakie są relacje między najbliższymi, wywiązuje się z powinności wobec nich. | 9) zna zagrożenia ze strony ludzi; potrafi powiadomić dorosłych o wypadku, zagrożeniu, niebezpieczeństwie; zna numery telefonów: pogotowia ratunkowego, straży pożarnej, policji oraz ogólnopolski numer alarmowy 112. |
| Edukacja przyrodnicza | | 8) nazywa części ciała i organy wewnętrzne zwierząt i ludzi (np. serce, płuca, żołądek). |
| Zajęcia komputerowe | | 5b) ma świadomość niebezpieczeństw wynikających z anonimowości kontaktów i podawania swoich adresów. |
| Wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna | | 4a) dba o higienę osobistą i czystość odzieży. |

4.2. II etap edukacyjny – klasy 4-6 szkoły podstawowej.

Treści nauczania, jako wymagania szczegółowe dotyczące bezpośrednio lub pośrednio edukacji zdrowotnej zostały ujęte w podstawach programowych wielu przedmiotów. Szczególnie dużo treści prozdrowotnych zawiera podstawa dla przedmiotu przyroda, wychowanie fizyczne, język obcy nowożytny. Treści te zostały przedstawione w poniższej tabeli.

(Z estawienia tabelaryczne na podstawie [5])

Tabela 9. Cele kształcenia i wymagania szczegółowe dotyczące edukacji zdrowotnej

Wychowanie fizyczne

1. Diagnoza sprawności fizycznej i rozwoju fizycznego. Uczeń:

- 1) wykonuje bez zatrzymania marszo-biegowy test Coopera;
- 2) wykonuje próby sprawnościowe pozwalające ocenić wytrzymałość tlenową, siłę mięśni posturalnych oraz gibkość dolnego odcinka kręgosłupa; z pomocą nauczyciela interpretuje uzyskane wyniki;
- 3) dokonuje pomiarów wysokości i masy ciała oraz z pomocą nauczyciela interpretuje ich wyniki;
- 4) ocenia własną postawę ciała.

2. Trening zdrowotny. Uczeń:

- 1) mierzy tętno w spoczynku i po wysiłku;
- 2) wymienia zasady i metody hartowania organizmu;
- 3) demonstrowuje po jednym ćwiczeniu kształtującym wybrane zdolności motoryczne oraz ułatwiające utrzymywanie prawidłowej postawy ciała.

3. Sporty całego życia i wypoczynek. Uczeń:

- 1) omawia zasady aktywnego wypoczynku.

4. Bezpieczna aktywność fizyczna i higiena osobista. Uczeń:

- 1) omawia sposoby postępowania w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia;
- 2) korzysta bezpiecznie ze sprzętu i urządzeń sportowych;
- 3) stosuje zasady samoasekuracji;
- 4) porusza się bezpiecznie po drogach publicznych na rowerze;
- 5) omawia zasady bezpiecznego zachowania się nad wodą i w górach;
- 6) omawia sposoby ochrony przed nadmiernym nasłonecznieniem;
- 7) dobiera strój i obuwie sportowe do ćwiczeń w zależności od miejsca zajęć oraz warunków atmosferycznych.

Przyroda

Cele kształcenia:

III. Praktyczne wykorzystanie wiedzy przyrodniczej.

Uczeń orientuje się w otaczającej go przestrzeni przyrodniczej i kulturowej; rozpoznaje sytuacje zagrażające zdrowiu i życiu oraz podejmuje działania zwiększające bezpieczeństwo własne i innych, świadomie działa na rzecz ochrony własnego zdrowia.

IV. Poszanowanie przyrody.

Uczeń zachowuje się w środowisku zgodnie z obowiązującymi zasadami; działa na rzecz ochrony przyrody i dorobku kulturowego społeczności.

Wymagania szczegółowe:

1. Ja i moje otoczenie. Uczeń:

- 1) wymienia czynniki pozytywnie i negatywnie wpływające na jego samopoczucie w szkole oraz w domu i proponuje sposoby eliminowania czynników negatywnych;
- 2) wyjaśnia znaczenie odpoczynku (w tym snu), odżywiania się i aktywności ruchowej w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu;
- 3) wymienia zasady prawidłowego uczenia się i stosuje je w życiu;
- 4) opisuje prawidłowo urządzone miejsce do nauki ucznia szkoły podstawowej;

- 5) uzasadnia potrzebę planowania zajęć w ciągu dnia i tygodnia; prawidłowo planuje i realizuje swój rozkład zajęć w ciągu dnia;
- 6) nazywa zmysły człowieka i wyjaśnia ich rolę w poznawaniu przyrody, stosuje zasady bezpieczeństwa podczas obserwacji przyrodniczych;
- 9) rozpoznaje i nazywa niektóre rośliny (w tym doniczkowe) zawierające substancje trujące lub szkodliwe dla człowieka i podaje zasady postępowania z nimi.

5. Człowiek a środowisko. Uczeń:

- 1) prowadzi obserwacje i proste doświadczenia wykazujące zanieczyszczenie najbliższego otoczenia (powietrza, wody, gleby);
- 2) wyjaśnia wpływ codziennych zachowań w domu, w szkole, w miejscu zabawy na stan środowiska;
- 5) podaje przykłady pozytywnego i negatywnego wpływu środowiska na zdrowie człowieka.

8. Organizm człowieka. Uczeń:

- 1) podaje nazwy układów narządów budujących organizm człowieka: układ kostny, oddechowy, pokarmowy, krwionośny, rozrodczy, wskazuje na planszy główne narządy tych układów:
układ kostny – elementy układu: czaszka, kręgosłup, klatka piersiowa, kończyny górne, kończyny dolne,
układ oddechowy – jama nosowa, krtań, tchawica, oskrzela, płuca,
układ pokarmowy – jama ustna, przełyk, żołądek, jelito cienkie, jelito grube, odbytnica,
układ krwionośny – serce, naczynia krwionośne: żyły i tętnice,
układ rozrodczy żeński – jajniki, jajowody, macica, pochwa i układ rozrodczy męski – jądra, nasieniowody, prącie;
- 2) wymienia podstawowe funkcje poznanych układów człowieka;
- 3) rozpoznaje i nazywa, na podstawie opisu, fotografii lub rysunku, etapy rozwoju człowieka (zarodkowy i płodowy, okres noworodkowy, niemowlęcy, poniemowlęcy, przed-szkolny, szkolny, wieku dorosłego, starości);
- 4) opisuje zmiany zachodzące w organizmach podczas dojrzewania płciowego;
- 6) opisuje rolę zmysłów w odbieraniu wrażeń ze środowiska zewnętrznego;

9. Zdrowie i troska o zdrowie. Uczeń:

- 1) podaje przykłady negatywnego wpływu wybranych gatunków zwierząt, roślin, grzybów, bakterii i wirusów na zdrowie człowieka, wymienia zachowania zapobiegające chorobom przenoszonym i wywoływanym przez nie;
- 2) wymienia zasady postępowania z produktami spożywczymi od momentu zakupu do spożycia (termin przydatności, przechowywanie, przygotowywanie posiłków);
- 3) wymienia zasady prawidłowego odżywiania się i stosuje je;
- 4) podaje i stosuje zasady dbałości o własne ciało (higiena skóry, włosów, zębów, paznokci oraz odzieży);
- 5) charakteryzuje podstawowe zasady ochrony narządów wzroku i słuchu;
- 6) wyjaśnia znaczenie ruchu i ćwiczeń fizycznych w utrzymaniu zdrowia;
- 7) podaje przykłady właściwego spędzania wolnego czasu, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa w czasie gier i zabaw ruchowych oraz poruszania się po drodze;

8) opisuje zasady udzielania pierwszej pomocy w niektórych urazach (stłuczenia, zwichnięcia, skaleczenia, złamania, ukąszenia, użądlenia), potrafi wezwać pomoc w różnych sytuacjach;

9) podaje przykłady zachowań i sytuacji, które mogą zagrażać zdrowiu i życiu człowieka (np. niewybuchy i niewypały, pożar, wypadek drogowy, jazda na łyżwach lub kąpiel w niedozwolonych miejscach);

10) wyjaśnia znaczenie symboli umieszczonych np. na opakowaniach środków czystości i korzysta z produktów zgodnie z ich przeznaczeniem;

11) wymienia podstawowe zasady bezpiecznego zachowania się w domu, w tym posługiwania się urządzeniami elektrycznymi, korzystania z gazu, wody;

12) wyjaśnia negatywny wpływ alkoholu, nikotyny i substancji psychoaktywnych na zdrowie człowieka, podaje propozycje asertywnych zachowań w przypadku presji otoczenia;

13) wymienia zasady zdrowego stylu życia i uzasadnia konieczność ich stosowania.

10. Zjawiska elektryczne i magnetyczne w przyrodzie. Uczeń:

4) opisuje skutki przepływu prądu w domowych urządzeniach elektrycznych, opisuje i stosuje zasady bezpiecznego obchodzenia się z urządzeniami elektrycznymi.

Język obcy nowożytny

1. Uczeń posługuje się bardzo podstawowym zasobem środków językowych: leksykalnych, gramatycznych, ortograficznych oraz fonetycznych umożliwiającym realizację pozostałych wymagań ogólnych w zakresie następujących tematów:

1) człowiek (dane personalne, wygląd zewnętrzny, uczucia i emocje, zainteresowania);

5) życie rodzinne i towarzyskie (członkowie rodziny, koledzy, przyjaciele, czynności życia codziennego, formy spędzania czasu wolnego);

6) żywienie (artykuły spożywcze, posiłki);

10) sport (popularne dyscypliny sportu, sprzęt sportowy);

11) zdrowie (samopoczucie, higiena codzienna).

6. Uczeń reaguje ustnie w prostych sytuacjach dnia codziennego:

1) przedstawia siebie i członków swojej rodziny;

3) podaje swoje upodobania;

4) mówi co posiada i co potrafi zrobić;

5) prosi o informacje;

6) wyraża swoje emocje;

7) wyraża prośby i podziękowania.

10. Uczeń współdziała w grupie, np. w lekcyjnych i pozalekcyjnych pracach projektowych.

Historia i społeczeństwo

Cele kształcenia – wymagania ogólne:

IV. Zainteresowanie problematyką społeczną.

Uczeń ma nawyk dociekania w kontekście społecznym – zadaje pytania „dlaczego jest tak, jak jest?” i „czy mogłoby być inaczej?” oraz próbuje odpowiedzieć na te pytania.

V. Współdziałanie w sprawach publicznych.

Uczeń współpracuje z innymi – planuje, dzieli się zadaniami i wywiązuje się z nich.

Wymagania szczegółowe:

1. Refleksja nad sobą i otoczeniem społecznym. Uczeń:

- 1) wyjaśnia, w czym wyraża się odmienność i niepowtarzalność każdego człowieka;
- 2) podaje przykłady różnorodnych potrzeb człowieka oraz sposoby ich zaspokajania;
- 3) wyjaśnia znaczenie rodziny w życiu oraz wskazuje przykłady praw i obowiązków przysługujących poszczególnym członkom rodziny;
- 4) wyraża opinię na temat kultywowania tradycji i gromadzenia pamiątek rodzinnych;
- 5) charakteryzuje społeczność szkolną, z uwzględnieniem swoich praw i obowiązków;
- 6) podaje przykłady działań samorządu uczniowskiego w swojej szkole;
- 7) tłumaczy, odwołując się do przykładów, na czym polega postępowanie sprawiedliwe;
- 8) wyjaśnia, w czym przejawia się uprzejmość i tolerancja;
- 9) podaje przykłady konfliktów między ludźmi i proponuje sposoby ich rozwiązywania.

7. Problemy ludzkości. Uczeń:

- 1) wyjaśnia, co oznacza powiedzenie: „świat stał się mniejszy” i wskazuje przyczyny tego zjawiska;
- 2) opisuje i ocenia na przykładach wpływ techniki na środowisko naturalne i życie człowieka;
- 3) wymienia korzyści i niebezpieczeństwa korzystania z mediów elektronicznych;
- 4) opowiada o przejawach nędzy na świecie oraz formułuje własną opinię o działaniach pomocowych podejmowanych przez państwa lub organizacje pozarządowe;
- 5) wyjaśnia na przykładach przyczyny i następstwa konfliktów zbrojnych na świecie.

| |
|---------------------|
| Język polski |
|---------------------|

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

I. Odbiór wypowiedzi i wykorzystanie zawartych w nich informacji.

3. Świadomość językowa. Uczeń:

- 5) rozpoznaje znaczenie niewerbalnych środków komunikowania się (gest, wyraz twarzy, mimika, postawa ciała).

II. Analiza i interpretacja tekstów kultury. Uczeń zna teksty literackie i inne teksty kultury wskazane przez nauczyciela.

1. Wstępne rozpoznanie. Uczeń:

- 1) nazywa swoje reakcje czytelnicze (np. wrażenia, emocje);
- 2) konfrontuje sytuację bohaterów z własnymi doświadczeniami;
- 3) wyraża swój stosunek do postaci.

4. Wartości i wartościowanie. Uczeń odczytuje wartości pozytywne i ich przeciwieństwa wpisane w teksty kultury (np. przyjaźń – wrogość, miłość – nienawiść, prawda – kłamstwo, wierność – zdrada).

III. Tworzenie wypowiedzi.

1. Mówienie i pisanie. Uczeń:

- 8) uczestnicząc w rozmowie, słucha z uwagą wypowiedzi innych, mówi na temat; pre-

zentuje własne zdanie i uzasadnia je;

Muzyka

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

2. Tworzenie wypowiedzi. Uczeń:

3) śpiewa, dbając o higienę głosu (stosuje ćwiczenia oddechowe, dykcyjne i emisyjne);

Zajęcia techniczne

4. Sprawne i bezpieczne posługiwanie się sprzętem technicznym. Uczeń:

1) potrafi obsługiwać i regulować urządzenia techniczne znajdujące się w domu, szkole i przestrzeni publicznej, z zachowaniem zasad bezpieczeństwa; czyta ze zrozumieniem instrukcje obsługi urządzeń;

2) bezpiecznie uczestniczy w ruchu drogowym jako pieszy, pasażer i rowerzysta.

5. Wskazywanie rozwiązań problemów rozwoju środowiska technicznego. Uczeń:

1) opisuje zasady segregowania i możliwości przetwarzania odpadów z różnych materiałów: papieru, drewna, tworzyw sztucznych, metali i szkła;

2) opracowuje projekty racjonalnego gospodarowania surowcami wtórnymi w najbliższym środowisku: w domu, na osiedlu, w miejscowości.

Wychowanie do życia w rodzinie

Sposób nauczania przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. Nr 67, poz. 756, z 2001 r., Nr 79, poz. 845, z 2002 r. Nr 121, poz. 1037, z 2009 r. Nr 131, poz. 1079 oraz z 2012 r. poz. 300).

Cele kształcenia – wymagania ogólne

Ukazywanie wartości rodziny w życiu osobistym człowieka oraz pomoc w przygotowaniu się do zrozumienia i akceptacji przemian okresu dojrzewania.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

3. Więź rodzinna, związki uczuciowe i inne relacje w rodzinie; konflikty i ich rozwiązywanie.

4. Macierzyństwo i ojcostwo; podstawowa wiedza dotycząca budowy i funkcjonowania układu rozrodczego człowieka.

5. Ciąża, rozwój płodu, poród, przyjęcie dziecka jako nowego członka rodziny.

6. Różnice i podobieństwa między chłopcami i dziewczętami; identyfikacja z własną płcią; akceptacja i szacunek dla ciała.

7. Zmiany fizyczne i psychiczne okresu dojrzewania; zróżnicowane, indywidualne tempo rozwoju.

8. Higiena okresu dojrzewania.

9. Prawo człowieka do intymności i ochrona tego prawa; postawy asertywne.

10. Istota koleżeństwa i przyjaźni, wzajemny szacunek, udzielanie sobie pomocy, współpraca, empatia.

13. Odpowiedzialność za własny rozwój; samowychowanie.

Etyka

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

1. Poznawanie siebie, dostrzeganie cech indywidualnych własnych i najbliższych osób.
2. Wyjaśnianie prawdziwego znaczenia własnych zachowań oraz ich przyczyn i konsekwencji.
3. Człowiek jako osoba; godność człowieka.
4. Przyjmowanie odpowiedzialności za siebie.
5. Prawa i obowiązki, zasady i reguły postępowania, w tym także w ruchu drogowym.
6. Uczestnictwo w grupie, porozumiewanie się z innymi.

4.3. III etap edukacyjny – gimnazjum.**4.3.1. Biologia**

Na etap gimnazjum przypada główny ciężar edukacji prozdrowotnej w nauczaniu biologii. Treści z tego zakresu (ryc. 11) pojawiają się zarówno przy omawianiu anatomii i fizjologii poszczególnych układów i narządów, jak i w specjalnie wyodrębnionym dziale „Stan zdrowia i choroby”. Takie ujęcie, sugerujące całościową realizację zagadnień z zakresu higieny w odrębnym bloku, a nie tylko „przy okazji” dominujących treści anatomicznych i fizjologicznych, stanowi nowe rozwiązanie w edukacji biologicznej w Polsce. Zakres treści omawianych na lekcjach biologii w gimnazjum jest bardzo szeroki, obejmuje między innymi higienę poszczególnych układów wewnętrznych i narządów zmysłów, higienę żywienia, profilaktykę nikotynizmu, alkoholizmu i narkomanii, profilaktykę chorób zakaźnych (w tym wenerycznych), chorób układu krążenia i nowotworowych, rolę aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia, metody walki ze stresem, podstawowe zasady korzystania z leków, higienę ciąży a także społeczny wymiar zagadnień zdrowotnych.

Tabela 10. Treści edukacji prozdrowotnej w podstawie programowej biologii w gimnazjum**VI. Budowa i funkcjonowanie organizmu człowieka.****2. Układ ruchu. Uczeń:**

4) przedstawia znaczenie aktywności fizycznej dla prawidłowego funkcjonowania układu ruchu i gęstości masy kostnej oraz określa czynniki wpływające na prawidłowy rozwój muskulatury ciała.

3. Układ pokarmowy i odżywianie się. Uczeń:

2) przedstawia źródła i wyjaśnia znaczenie składników pokarmowych (białka, tłuszcze, węglowodany, sole mineralne, woda) dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania organizmu;

3) przedstawia rolę i skutki niedoboru niektórych witamin (A, C, B6, B12, kwasu foliowego, D), składników mineralnych (Mg, Fe, Ca) i aminokwasów egzogennych w organizmie;

5) przedstawia rolę błonnika w prawidłowym funkcjonowaniu układu pokarmowego oraz uzasadnia konieczność systematycznego spożywania owoców i warzyw;

6) wyjaśnia, dlaczego należy stosować dietę zróżnicowaną i dostosowaną do potrzeb organizmu (wiek, stan zdrowia, tryb życia i aktywność fizyczna, pora roku itp.), oraz podaje korzyści z prawidłowego odżywiania się;

7) oblicza indeks masy ciała oraz przedstawia i analizuje konsekwencje zdrowotne niewłaściwego odżywiania (otyłość lub niedowaga oraz ich następstwa).

4. Układ oddechowy. Uczeń:

3) przedstawia czynniki wpływające na prawidłowy stan i funkcjonowanie układu oddechowego (aktywność fizyczna poprawiająca wydolność oddechową, niepalenie papierosów czynnie i biernie).

5. Układ krążenia. Uczeń:

4) przedstawia znaczenie aktywności fizycznej i prawidłowej diety dla właściwego funkcjonowania układu krążenia;

5) przedstawia społeczne znaczenie krwiodawstwa.

6. Układ odpornościowy. Uczeń:

3) porównuje działanie surowicy i szczepionki; podaje przykłady szczepień obowiązkowych i nieobowiązkowych oraz ocenia ich znaczenie;

4) opisuje konflikt serologiczny Rh

5) wyjaśnia, na czym polega transplantacja narządów, i podaje przykłady narządów, które można przeszczepiać;

6) przedstawia znaczenie przeszczepów, w tym rodzinnych, oraz zgody na transplantację narządów po śmierci.

7. Układ nerwowy. Uczeń:

4) wymienia czynniki wywołujące stres oraz podaje przykłady pozytywnego i negatywnego działania stresu;

5) przedstawia sposoby radzenia sobie ze stresem.

8. Narządy zmysłów. Uczeń:

3) przedstawia przyczyny powstawania oraz sposób korygowania wad wzroku (krótkowzroczność, dalekowzroczność, astygmatyzm);

4) przedstawia wpływ hałasu na zdrowie człowieka;

5) przedstawia podstawowe zasady higieny narządów wzroku i słuchu.

9. Układ dokrewny. Uczeń:

4) wyjaśnia, dlaczego nie należy bez konsultacji z lekarzem przyjmować środków lub leków hormonalnych (np. tabletek antykoncepcyjnych, sterydów).

10. Skóra. Uczeń:

2) opisuje stan zdrowej skóry oraz rozpoznaje niepokojące zmiany na skórze, które wymagają konsultacji lekarskiej.

11. Rozmnażanie i rozwój. Uczeń:

3) przedstawia przebieg ciąży i wyjaśnia wpływ różnych czynników na prawidłowy rozwój zarodka i płodu;

4) przedstawia cechy i przebieg fizycznego, psychicznego i społecznego dojrzewania człowieka;

5) przedstawia podstawowe zasady profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową.

VII. Stan zdrowia i choroby. Uczeń:

1) przedstawia znaczenie pojęć „zdrowie” i „choroba” (zdrowie jako stan równowagi środowiska wewnętrznego organizmu, zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne; choroba jako zaburzenie tego stanu);

2) przedstawia negatywny wpływ na zdrowie człowieka niektórych substancji psychoak-

tywnych (tytoń, alkohol), narkotyków i środków dopingujących oraz nadużywania kofeiny i niektórych leków (zwłaszcza oddziałujących na psychikę);

3) wymienia najważniejsze choroby człowieka wywoływane przez wirusy, bakterie, protisty i pasożyty zwierzęce oraz przedstawia zasady profilaktyki tych chorób; w szczególności przedstawia drogi zakażenia się wirusami HIV, HBV i HCV oraz HPV, zasady profilaktyki chorób wywoływanych przez te wirusy oraz przewiduje indywidualne i społeczne skutki zakażenia;

4) przedstawia czynniki sprzyjające rozwojowi choroby nowotworowej (np. niewłaściwa dieta, tryb życia, substancje psychoaktywne, promieniowanie UV) oraz podaje przykłady takich chorób;

5) przedstawia podstawowe zasady profilaktyki chorób nowotworowych;

6) uzasadnia konieczność okresowego wykonywania podstawowych badań kontrolnych (np. badania stomatologiczne, podstawowe badania krwi i moczu, pomiar pulsu i ciśnienia krwi);

7) analizuje informacje dołączane do leków oraz wyjaśnia, dlaczego nie należy bez wyraźnej potrzeby przyjmować leków ogólnodostępnych oraz dlaczego antybiotyki i inne leki należy stosować zgodnie z zaleceniem lekarza (dawka, godziny przyjmowania leku i długość kuracji);

8) przedstawia podstawowe zasady higieny;

9) analizuje związek pomiędzy prawidłowym wysypianiem się a funkcjonowaniem organizmu, w szczególności wpływ na procesy uczenia się i zapamiętywania oraz odporność organizmu.

VIII. Genetyka. Uczeń:

8) podaje ogólną definicję mutacji oraz wymienia przyczyny ich wystąpienia (mutacje spontaniczne i wywołane przez czynniki mutagenne); podaje przykłady czynników mutagennych;

9) rozróżnia mutacje genowe (punktowe) i chromosomowe oraz podaje przykłady chorób człowieka warunkowanych takimi mutacjami (mukowiscydoza, zespół Downa).

4.3.2. Wychowanie fizyczne

Podstawa programowa wychowania fizycznego dla gimnazjum obejmuje aż dwa obszernie działy związane z kształtowaniem postaw prozdrowotnych: Edukacja zdrowotna – o charakterze teoretycznym oraz Trening zdrowotny – o charakterze praktycznym.

Tabela 11. Treści prozdrowotne w podstawie programowej wychowania fizycznego dla gimnazjum

2. Trening zdrowotny. Uczeń:

1) omawia zmiany zachodzące w organizmie w czasie wysiłku fizycznego;

2) wskazuje korzyści z aktywności fizycznej w terenie;

3) omawia korzyści dla zdrowia z podejmowania różnych form aktywności fizycznej w kolejnych okresach życia człowieka;

4) przeprowadza rozgrzewkę;

5) opracowuje i demonstrowuje zestaw ćwiczeń kształtujących wybrane zdolności motoryczne, w tym wzmacniające mięśnie brzucha, grzbietu oraz kończyn górnych i dolnych, rozwijające gibkość, zwiększające wytrzymałość, a także ułatwiające utrzymywanie prawidłowej postawy ciała;

6) opracowuje rozkład dnia, uwzględniając proporcje między pracą a wypoczynkiem, wysiłkiem umysłowym a fizycznym;

7) planuje i wykonuje prosty układ gimnastyczny;

8) wybiera i pokonuje trasę crossu.

7. Edukacja zdrowotna. Uczeń:

1) wyjaśnia, czym jest zdrowie; wymienia czynniki, które wpływają pozytywnie i negatywnie na zdrowie i samopoczucie, oraz wskazuje te, na które może mieć wpływ;

2) wymienia zachowania sprzyjające i zagrażające zdrowiu oraz wyjaśnia, na czym polega i od czego zależy dokonywanie wyborów korzystnych dla zdrowia;

3) identyfikuje swoje mocne strony, planuje sposoby ich rozwoju oraz ma świadomość słabych stron, nad którymi należy pracować;

4) omawia konstruktywne sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami;

5) omawia sposoby redukcji nadmiernego stresu i radzenia sobie z nim w sposób konstruktywny;

6) omawia znaczenie dla zdrowia dobrych relacji z innymi ludźmi, w tym z rodzicami oraz rówieśnikami tej samej i odmiennej płci;

7) wyjaśnia, w jaki sposób może dawać i otrzymywać różnego rodzaju wsparcie społeczne;

8) wyjaśnia, co oznacza zachowanie asertywne i podaje jego przykłady;

9) omawia szkody zdrowotne i społeczne związane z paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych; wyjaśnia, dlaczego i w jaki sposób należy opierać się presji oraz namowom do używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych.

4.3.3. Wychowanie do życia w rodzinie

W ramach przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie [6] treści prozdrowotne dotyczą głównie sfery psychicznej i społecznej. Wskazują uczniowi możliwości kierowania własnym rozwojem, podejmowania wysiłku samowychowawczego zgodnie z uznawanymi normami i wartościami. Wspierają ucznia w poznawaniu, analizowaniu i wyrażaniu uczuć. Pomagają rozwiązywać problemy i pokonywać trudności okresu dorastania.

Tabela 12. Treści prozdrowotne w podstawie programowej wychowania do życia w rodzinie dla gimnazjum

Treści podstawy programowej:

2. Budowa prawidłowych relacji z rodzicami. Konflikt pokoleń; przyczyny i sposoby rozwiązywania konfliktów. Odpowiedzialność wszystkich za atmosferę panującą w rodzinie. Rodzina niepełna.

5. Zachowania asertywne.

7. Dojrzewanie. Rozumienie i akceptacja kryteriów dojrzałości biologicznej, psychicznej i społecznej.

8. Problemy i trudności okresu dojrzewania (napięcia seksualne, masturbacja), sposoby radzenia sobie z nimi, pomoc w rozeznaniu sytuacji wymagających porady lekarza lub innych specjalistów.

12. Inicjacja seksualna; związek pomiędzy aktywnością seksualną a miłością i odpowiedzialnością; dysfunkcje związane z przedmiotowym traktowaniem człowieka w dziedzinie seksualnej. Ryzyko związane z wczesną inicjacją.

13. Kształtowanie i akceptacja tożsamości płciowej. Możliwości pomocy w pokonywaniu trudności związanych z tożsamością płciową.

16. Infekcje przenoszone drogą płciową. AIDS: drogi przenoszenia zakażenia, profilaktyka, aspekt społeczny.

17. Wartości związane z seksualnością człowieka: męskość, kobiecość, miłość, macierzyństwo, rodzicielstwo. Znaczenie odpowiedzialności w przeżywaniu własnej płciowości oraz budowaniu trwałych i szczęśliwych więzi.

4.4. IV etap edukacyjny – szkoły ponadgimnazjalne

4.4.1. Biologia – poziom podstawowy

W ramach obowiązkowego nauczania biologii (w zakresie podstawowym) treści prozdrowotne są bardzo nieliczne, ponieważ zostały one w całości przeniesione na etap gimnazjalny. Nowym elementem, który pojawia się na tym etapie, jest poradnictwo genetyczne.

Tabela 13. Treści prozdrowotne w podstawie programowej biologii na poziomie podstawowym w szkole ponadgimnazjalnej

Biotechnologia i inżynieria genetyczna. Uczeń:

- 7) wyjaśnia, na czym polega poradnictwo genetyczne, oraz wymienia sytuacje, w których warto skorzystać z poradnictwa genetycznego i przeprowadzenia badań DNA;
- 8) wyjaśnia istotę terapii genowej.

4.4.2. Chemia – poziom podstawowy

Co ciekawe, istotne zagadnienia związane ze zdrowiem na etapie pierwszej klasy szkoły ponadgimnazjalnej pojawiają się – w ramach obowiązkowego programu – na lekcjach chemii.

Tabela 14. Treści prozdrowotne w podstawie programowej chemii na poziomie podstawowym w szkole ponadgimnazjalnej

43. Chemia wspomaga nasze zdrowie. Chemia w kuchni. Uczeń:

- 1) tłumaczy, na czym mogą polegać i od czego zależeć lecznicze i toksyczne właściwości substancji chemicznych (dawka, rozpuszczalność w wodzie, rozdrobnienie, sposób przenikania do organizmu) aspiryny, nikotyny, alkoholu etylowego;
- 2) wyszukuje informacje na temat działania składników popularnych leków (np. węgla aktywowanego, aspiryny, środków neutralizujących nadmiar kwasów w żołądku);
- 3) wyszukuje informacje na temat składników napojów dnia codziennego (kawa, herbata, mleko, woda mineralna, napoje typu cola) w aspekcie ich działania na organizm ludzki;

4.4.3. Wychowanie fizyczne

Na lekcjach wychowania fizycznego kontynuowane i rozwijane są wątki związane ze zdrowiem, wiele z nich w zaskakująco daleko idący sposób. Szczególnie istotny jest w tym kontekście fakt, że uczniowie przez cały okres nauki w szkole ponadgimnazjalnej mają obowiązkowe lekcje wychowania fizycznego w dużym wymiarze (najczęściej 3 godzin tygodniowo). Wynikałoby z tego, że w szkole ponadgimnazjalnej to właśnie przede wszystkim podczas zajęć wf treści prozdrowotne będą przekazywane.

Tabela 15. Treści prozdrowotne w podstawie programowej wychowania fizycznego w szkole ponadgimnazjalnej

2. Trening zdrowotny. Uczeń:

- 1) ocenia reakcje własnego organizmu na wysiłek fizyczny o różnej intensywności;
- 2) wyjaśnia, na czym polega prozdrowotny styl życia;
- 3) wyjaśnia związek między aktywnością fizyczną i żywieniem a zdrowiem i dobrym samopoczuciem oraz omawia sposoby utrzymania odpowiedniej masy ciała we wszystkich okresach życia;
- 4) wykonuje proste ćwiczenia relaksacyjne;
- 5) wyjaśnia, gdzie szukać wiarygodnych informacji dotyczących zdrowia i sportu, oraz dokonuje krytycznej analizy informacji medialnych w tym zakresie;
- 6) wymienia choroby cywilizacyjne uwarunkowane niedostatkiem ruchu, w szczególności choroby układu krążenia, układu ruchu i otyłość, oraz omawia sposoby zapobiegania im;
- 7) wylicza oraz interpretuje własny wskaźnik wagowo-wzrostowy (BMI).

6. Edukacja zdrowotna. Uczeń:

- 1) wyjaśnia, dlaczego zdrowie jest wartością dla człowieka i zasobem dla społeczeństwa oraz na czym polega dbałość o zdrowie w okresie młodości i wczesnej dorosłości;
 - 2) wyjaśnia, co oznacza odpowiedzialność za zdrowie własne i innych ludzi;
 - 3) omawia konstruktywne, optymistyczne sposoby wyjaśniania trudnych zdarzeń i przeformułowania myśli negatywnych na pozytywne;
 - 4) wyjaśnia, na czym polega praca nad sobą dla zwiększenia wiary w siebie, poczucia własnej wartości i umiejętności podejmowania decyzji;
 - 5) wyjaśnia, na czym polega konstruktywne przekazywanie i odbieranie pozytywnych i negatywnych informacji zwrotnych oraz radzenie sobie z krytyką;
- 6) omawia zasady racjonalnego gospodarowania czasem;**
- 7) wyjaśnia, na czym polega samobadanie i samokontrola zdrowia oraz dlaczego należy poddawać się badaniom profilaktycznym w okresie całego życia;
 - 8) wyjaśnia, co to znaczy być aktywnym pacjentem i jakie są podstawowe prawa pacjenta;
 - 9) omawia przyczyny i skutki stereotypów i stygmatyzacji osób chorych psychicznie i dyskryminowanych (np. żyjących z HIV/AIDS);
 - 10) planuje projekt dotyczący wybranych zagadnień zdrowia oraz wskazuje na sposoby pozyskania sojuszników i współuczestników projektu w szkole, domu lub w społeczności lokalnej;
 - 11) omawia, na czym polega współuczestnictwo i współpraca ludzi, organizacji i instytucji w działaniach na rzecz zdrowia;
 - 12) wyjaśnia, jaki jest związek między zdrowiem i środowiskiem oraz co sam może zrobić, aby stworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu.

4.4.4. Biologia – poziom rozszerzony

Tylko część uczniów, można szacować, że będzie to ok. 20% licealistów, wybierze biologię jako jeden z przedmiotów rozszerzonych. Uczniowie ci będą mieli okazję pogłębienia niektórych wątków związanych ze zdrowiem w ramach poziomu rozszerzonego (Tabela 16), jednak trzeba przyznać, że treści te nie stanowią obszernej części materiału, co jest celowym zabiegiem twórców NPPKO właśnie ze względu na ograniczony zasięg nauczania na tym poziomie.

Tabela 16. Treści prozdrowotne w podstawie programowej biologii na poziomie rozszerzonym w szkole ponadgimnazjalnej

V. Budowa i funkcjonowanie organizmu człowieka.

2. Homeostaza organizmu człowieka. Uczeń:

- 2) określa czynniki wpływające na zaburzenie homeostazy organizmu (stres, szkodliwe substancje, w tym narkotyki, nadużywanie leków i niektórych używek, biologiczne czynniki chorobotwórcze);
- 3) wymienia przyczyny schorzeń poszczególnych układów (pokarmowy, oddechowy, krwionośny, nerwowy, narządy zmysłów) i przedstawia zasady profilaktyki w tym zakresie.

Układ ruchu. Uczeń:

- 8) analizuje związek pomiędzy systematyczną aktywnością fizyczną a gęstością masy kostnej i prawidłowym stanem układu ruchu.

4. Układ pokarmowy i przebieg procesów trawiennych. Uczeń:

- 5) analizuje związek pomiędzy dietą i trybem życia a stanem zdrowia (otyłość i jej następstwa zdrowotne, cukrzyca, anoreksja, bulimia).

5. Układ oddechowy. Uczeń:

- 5) analizuje wpływ czynników zewnętrznych na stan i funkcjonowanie układu oddechowego (alergie, bierne i czynne palenie tytoniu, pyłowe zanieczyszczenia powietrza).

6. Układ krwionośny. Uczeń:

- 6) analizuje związek pomiędzy dietą i trybem życia a stanem i funkcjonowaniem układu krwionośnego (miażdżyca, zawał serca, zylaki).

7. Układ odpornościowy. Uczeń:

- 3) wyjaśnia, co to jest konflikt serologiczny i zgodność tkankowa;
- 4) przedstawia immunologiczne podłoże alergii, wymienia najczęstsze alergeny (roztocza, pyłki, arachidy itd.);
- 5) opisuje sytuacje, w których występuje niedobór odporności (immunosupresja po przeszczepach, AIDS itd.), i przedstawia związane z tym zagrożenia;
- 6) wyjaśnia, co to są choroby autoimmunizacyjne, podaje przykłady takich chorób.

8. Układ wydalniczy. Uczeń:

- 5) wyjaśnia, na czym polega niewydolność nerek i na czym polega dializa.

10. Narządy zmysłów. Uczeń:

- 4) przedstawia podstawowe zasady higieny narządu wzroku i słuchu.

11. Budowa i funkcje skóry. Uczeń:

- 2) przedstawia podstawowe zasady profilaktyki chorób skóry (trądzik, kontrola zmian skórnych, wpływ promieniowania UV na stan skóry i rozwój chorób nowotworowych skóry).

14. Rozwój człowieka. Uczeń:

- 1) opisuje metody wykorzystywane w planowaniu rodziny;
- 2) wyjaśnia istotę badań prenatalnych oraz podaje przykłady sytuacji, w których warto z nich skorzystać;
- 3) opisuje przebieg kolejnych faz rozwoju zarodka i płodu, z uwzględnieniem roli łożyska, oraz wyjaśnia wpływ różnych czynników na prawidłowy przebieg ciąży;

VI. Genetyka i biotechnologia.

8. Biotechnologia molekularna, inżynieria genetyczna i medycyna molekularna.

Uczeń:

- 9) przedstawia perspektywy zastosowania terapii genowej;

10) przedstawia projekt poznania genomu ludzkiego i jego konsekwencje dla medycyny, zdrowia, ubezpieczeń zdrowotnych.

7. Choroby genetyczne. Uczeń:

1) podaje przykłady chorób genetycznych człowieka wywołanych przez mutacje genowe (mukowiscydoza, fenylketonuria, hemofilia, ślepotą na barwy, choroba Huntingtona);

2) podaje przykłady chorób genetycznych wywoływanych przez mutacje chromosomowe i określa te mutacje (zespoły Downa, Turnera i Klinefeltera).

4.4.5. Przyroda

W ramach nowego przedmiotu przyroda nauczyciel może realizować wybrane zagadnienia związane ze zdrowiem, jeśli dokona wyboru jednego z dwóch wątków tematycznych, które zdrowia dotyczą (ryc. 18). Zajęcia te będą adresowane jedynie do tych uczniów, którzy nie wybiorą jako przedmiotów rozszerzenia dziedzin przyrodniczych, czyli przede wszystkim do osób o zainteresowaniach humanistycznych.

Tabela 17. Treści prozdrowotne w podstawie programowej przyrody w szkole ponadgimnazjalnej

14. Współczesna diagnostyka i medycyna:

14.1. ultrasonografia; radio- i laseroterapia; tomografia komputerowa; rezonans magnetyczny;

14.2. chemiczne podstawy analizy tkanek i płynów ustrojowych; „części zamienne”, czyli materiały, z których wykonuje się implanty;

14.3. molekularne i immunologiczne metody wykrywania patogenów; wykrywanie mutacji genowych; medycyna molekularna;

14.4. czy choroby cywilizacyjne mogą zagrozić światu?; jak się przed nimi ustrzec?

21. Zdrowie:

21.1. fizyka kręgosłupa – jak unikać przeciążeń; wymiana ciepła – przegrzanie i wychłodzenie a właściwy ubiór;

21.2. chemiczne podłoże przemiany materii; cholesterol, tłuszcze, błonnik; chemia skutecznego odchudzania; leki – czy zawsze pomagają (terminy ważności, interakcje, dawkowanie, alergie, efekt placebo)?; sport i rekreacja a procesy chemiczne (odżywki, doping, nowe technologie produkcji sprzętu i odzieży sportowej, procesy chemiczne zachodzące podczas wysiłku fizycznego);

21.3. biologiczne aspekty zdrowia; wewnętrzne i zewnętrzne czynniki wpływające na stan zdrowia;

21.4. zagrożenia cywilizacyjne; co każdy turysta wiedzieć powinien, wyjeżdżając do odległych państw

4.4.6. Wychowanie do życia w rodzinie

Treści prozdrowotne niemal w całości wypełniają zagadnienia zawarte w podstawie programowej przedmiotu – wychowanie do życia w rodzinie. Obejmują zarówno sferę fizyczną – zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową, jaki i psychiczną – np. rozwój psychoseksualny człowieka na różnych etapach rozwoju, i społeczną – komunikacja interpersonalna, asertywność, techniki negocjacji, empatia. Wybrane zagadnienia przedstawia **Tabela 18**.

Tabela 18. Treści prozdrowotne w podstawie programowej biologii na poziomie podstawowym w szkole ponadgimnazjalnej

Treści

2. Komunikacja interpersonalna, asertywność, techniki negocjacji, empatia.
4. Rozwój psychoseksualny człowieka w kolejnych fazach życia.
5. Dojrzewanie: rozumienie i akceptacja dojrzałości biologicznej, psychicznej i społecznej. Problemy okresu dojrzewania i sposoby radzenia sobie z nimi.
12. Metody i środki antykoncepcji. Sposoby ich działania i zasady doboru.
13. Choroby przenoszone drogą płciową i zapobieganie im. AIDS: profilaktyka, aspekt społeczny i etyczny, chory na AIDS w rodzinie.
14. Trudności w osiąganiu tożsamości płciowej, możliwości pomocy.
18. Przebieg i higiena ciąży. Rozwój prenatalny dziecka. Szkoła rodzenia, poród i naturalne karmienie. Rola rodziców w okresie oczekiwania na narodziny dziecka, w czasie porodu i po narodzinach.
20. Nieplanowana ciąża; sposoby szukania pomocy w sytuacjach trudnych.
21. Aborcja jako zagrożenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego – aspekty: prawny, medyczny i etyczny.
22. Konflikty w rodzinie i ich przyczyny. Sposoby rozwiązywania konfliktów.
24. Zagrożenia życia społecznego: alkoholizm, narkomania, agresja, sekty, pornografia.

5. Podsumowanie – NPPKO jako baza do kształtowania postaw prozdrowotnych

Jak wynika z powyższego przeglądu, treści z zakresu edukacji prozdrowotnej są bardzo szeroko reprezentowane w programach nauczania na wszystkich etapach edukacyjnych, przy czym zarówno zakres treści, jak i sposób ich przekazywania, jest dostosowany do możliwości percepcyjnych dzieci i młodzieży w różnym wieku.

Warto zwrócić uwagę na szeroki zakres treści prozdrowotnych w nauczaniu nie tylko biologii i przyrody, co wydaje się oczywiste, ale i wychowania fizycznego. Jest to szczególnie istotne ze względu na możliwość kształtowania podczas tych lekcji także praktycznych nawyków związanych ze zdrowym trybem życia.

Oczywiście, nasuwa się pytanie, na ile treści te rzeczywiście są wprowadzane i przy użyciu jakich metod dydaktycznych. Z pewnością w nauczaniu przyrody i biologii nauczyciele kładą duży nacisk na zagadnienia higieny, w tym profilaktyki chorób. Uważamy, że wskazane byłoby w perspektywie kilku lat równoległe przeanalizowanie postaw prozdrowotnych młodzieży i realizacji tego aspektu nowej podstawy programowej w szkołach różnych szczebli. Badania takie mogłyby choć w części odpowiedzieć na pytanie, w jakim stopniu wiedza i umiejętności wyniesione ze szkoły, przekładają się na postawy w codziennym życiu.

Bibliografia

- [1] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół
- [2] *Podstawa programowa z komentarzami*. Tom 1. *Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna*. Tom 5. *Edukacja przyrodnicza w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*. Tom 8. *Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa*. www.men.gov.pl i wersja drukowana. Warszawa 2008
- [3] Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2006/962/WE z dnia 18 grudnia 2006 r. w spra-

wie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie [Dz.U. L 394 z 30.12.2006].

- [4] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 marca 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych
- [5] *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole, Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół podstawowych*, Praca zbiorowa pod redakcją B. Woynarowskiej; wyd. ORE, Warszawa 2012
- [6] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego

Wawrzyniec Kofta

Wszechnica Polska, Szkoła Wyższa w Warszawie

Ewa Kłós

Kolegium Nauczycielskie w Zgierzu

Streszczenie

Artykuł prezentuje zmiany w kształceniu prozdrowotnym, które zaszły w systemie edukacji w związku z wprowadzeniem nowej podstawy programowej na wszystkich etapach edukacyjnych – od edukacji wczesnoszkolnej po szkoły ponadgimnazjalne. Problematyka kształcenia prozdrowotnego została przedstawiona nie tylko w odniesieniu do biologii i przyrody, ale także i innych przedmiotów. W artykule ukazano kompleksowość wprowadzanych zmian w aspekcie programowym, organizacyjnym i systemu egzaminacyjnego. Szczególny nacisk położono na promocję postaw pożądaných z punktu widzenia zdrowia publicznego.

Słowa kluczowe

zdrowie publiczne, edukacja prozdrowotna, podstawa programowa

Abstract

The article shows changes in the pro-health education, which have been implemented as a result of the introduction of the new national school curriculum in Poland at all levels of education – from early primary school to the high school level. The issue is presented not only in relation to biology and science, but to other school subjects as well. The complexity of changes is presented in regard to programme, organisational and examination system aspects. Special emphasis was put on the promotion of attitude desired from the perspective of the public health.

Key words

public health, pro-health education, national school curriculum

Dr n. wet. Wawrzyniec Kofta, absolwent Wydziału Biologii UW, doktoryzował się w zakresie parazytologii molekularnej na Wydziale Medycyny Weterynaryjnej SGGW; wykładowca Wszechnicy Polskiej Szkoły Wyższej w Warszawie, dyplomowany nauczyciel biologii w VIII LO im. Władysława IV w Warszawie; autor podręczników szkolnych i publikacji metodycznych, współautor nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego.

Jolanta Mirek

Szanse i bariery funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży w Polsce

Wprowadzenie

W Polsce obok lecznictwa uzdrowiskowego dorosłych funkcjonuje lecznictwo uzdrowiskowe dzieci i młodzieży. Ma ono długie tradycje oraz udowodnioną skuteczność zwłaszcza w leczeniu chorób przewlekłych.

Działalność lecznictwa uzdrowiskowego w naszym kraju reguluje Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej z późniejszymi zmianami [34]. Na mocy tej ustawy lecznictwo uzdrowiskowe stanowi integralną część systemu ochrony zdrowia i jest zorganizowaną działalnością polegającą na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzoną w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urzędzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych, takich jak: właściwości naturalnych surowców leczniczych, właściwości leczniczych klimatu, w tym talasoterapii i subterraneoterapii oraz właściwości leczniczych mikroklimatu, a także towarzyszących zabiegów z zakresu fizjoterapii.

Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego obejmują: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze oraz szpitale i sanatoria w urzędzonych podziemnych wyrobiskach górniczych. We wszystkich wymienionych rodzajach zakładów można prowadzić leczenie uzdrowiskowe dzieci i młodzieży, natomiast najczęściej ma to miejsce w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych dla dzieci. Określenie „dla dzieci” jest dużym uproszczeniem, gdyż termin ten obejmuje w tym wypadku osoby w przedziale wiekowym od 3-18 lat, a w przypadku młodzieży uczącej się nawet do 26 lat.

Ze względu na rodzaj udzielanych świadczeń i usług najogólniej lecznictwo uzdrowiskowe można podzielić na: zamknięte (stacjonarne) i otwarte (ambulatoryjne). W ramach lecznictwa zamkniętego wyróżnia się: leczenie szpitalne, leczenie sanatoryjne i rehabilitację uzdrowiskową. Leczenie ambulatoryjne prowadzone jest w przychodniach uzdrowiskowych i zakładach przyrodoleczniczych. Z tego trybu mogą korzystać osoby, które we własnym zakresie zapewniają sobie zakwaterowanie i wyżywienie, a także mieszkańcy uzdrowiska i okolicznych miejscowości.

Do świadczeń gwarantowanych dotyczących dzieci i młodzieży zalicza się:

- uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci (od 3 do 18 roku życia);
- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci (od 7 do 18 roku życia);
- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci pod opieką osoby dorosłej (od 3 do 6 roku życia, a w przypadku dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, ewentualnie schorzeniami neurologicznymi o zbliżonym obrazie klinicznym wiek dziecka mogącego przebywać pod opieką osoby dorosłej jest przedłużony do 18 lat);
- uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dzieci.

W zależności od rodzaju świadczenia różny jest czas trwania leczenia uzdrowiskowego dzieci i młodzieży i wynosi on: 27 osobodni dla leczenia szpitalnego, 21 osobodni dla leczenia sanatoryjnego i 18 osobodni dla leczenia w trybie ambulatoryjnym. Czas trwania leczenia w szpitalu uzdrowiskowym, może być przedłużony jednokrotnie na okres nieprzekraczający 27 osobodni, za zgodą oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który potwierdził skierowanie na leczenie uzdrowiskowe.

Pobyt dzieci i młodzieży do lat 18 w szpitalach uzdrowiskowych dla dzieci, w sanatoriach uzdrowiskowych dla dzieci oraz w sanatoriach uzdrowiskowych jest bezpłatny. Jednakże osoby dorosłe przebywające w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego w roli opiekunów pokrywają w całości koszty zakwaterowania i wyżywienia. Opiekunowie mogą także korzystać z zabiegów na zasadach komercyjnych albo w ramach skierowania na leczenie ambulatoryjne, ale tylko w sytuacji, jeśli właściwy Oddział Wojewódzki NFZ ma podpisaną umowę na takie leczenie z danym przedsiębiorstwem uzdrowiskowym.

Poza leczeniem dzieci mają zapewnioną możliwość kontynuowania edukacji szkolnej, a także całodobową opiekę. Dlatego szkoły specjalne działające przy zakładach lecznictwa uzdrowiskowego dla dzieci realizują zazwyczaj nauczanie w zakresie: szkoły podstawowej i gimnazjum, a także prowadzą zespół pozalekcyjnych zajęć wychowawczych.

Celem niniejszego opracowania jest próba zaprezentowania czynników, które wpływają na funkcjonowanie lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży. Niektóre z nich stanowią szansę dla tej formy leczenia najmłodszych członków społeczeństwa, ale niestety część z nich jest poważną przeszkodą dla jej dalszego rozwoju. Rozważania te zostały poprzedzone analizą wtórnych danych ilościowych, która ma za zadanie pokazanie stanu lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży w Polsce. Dane te pochodzą z opracowań GUS i NFZ. Dane za lata 2011 i 2012 zostały autorce udostępnione przez Urząd Statystyczny w Krakowie oraz Centralę NFZ w Warszawie. Dane GUS za 2012 rok obejmują również jednostki sprawozdawcze, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej.

Sytuacja lecznictwa uzdrowiskowego dla dzieci i młodzieży w Polsce w świetle danych liczbowych

Stacjonarne leczenie uzdrowiskowe dzieci i młodzieży ma miejsce głównie w szpitalach uzdrowiskowych dla dzieci i w sanatoriach uzdrowiskowych dla dzieci. Istnieje problem z oszacowaniem dokładnej liczby ośrodków zajmujących się tą formą leczenia.

Według Ministerstwa Zdrowia, leczeniem uzdrowiskowym dzieci zajmuje się 13 ośrodków. Jak wynika z danych resortu, w 2012 roku na leczenie dzieci zarezerwowanych zostało 4075 miejsc, w tym 1874 miejsc w szpitalach uzdrowiskowych i 2201 miejsc sanatoryjnych [21].

W Tabeli 1 zawarto podstawowe dane dotyczące tych placówek w latach 2009-2012 pochodzące z GUS-u. Ze względu na odmienny sposób gromadzenia i prezentacji danych w różnych okresach skoncentrowano się jedynie na tych cechach, które były porównywalne na przestrzeni kilku ostatnich lat.

Tabela 1. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego dla dzieci w latach 2009-2012

| Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego dla dzieci | Lata | Liczba placówek | w tym czynne w dniu 31 XII | Liczba łóżek -stan w dniu 31 XII | Średnia liczba łóżek |
|--|------|-----------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Szpitale uzdrowiskowe dla dzieci | 2009 | 11 | 11 | 1644 | 1630 |
| | 2010 | 11 | 11 | 1614 | 1540 |
| | 2011 | 12 | 11 | 1545 | 1620 |
| | 2012 | 9 | 9 | 1043 | 1000 |
| Sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci | 2009 | 6 | 6 | 552 | 494 |
| | 2010 | 5 | 5 | 314 | 267 |
| | 2011 | 5 | 5 | 518 | 506 |
| | 2012 | 5 | 5 | 426 | 393 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Jak wynika z danych GUS, zmniejsza się liczba tego typu placówek. W roku 2006 zlikwidowano 1 sanatorium uzdrowiskowe w województwie zachodniopomorskim, natomiast w 2012 zlikwidowano szpitale uzdrowiskowe w województwie dolnośląskim i małopolskim. O ile liczba łóżek w sanatoriach uzdrowiskowych dla dzieci zmienia się w obu kierunkach, to liczba łóżek w szpitalach uzdrowiskowych dla dzieci (biorąc pod uwagę stan w ostatnim dniu każdego roku) systematycznie spada. Należy dodać, że część miejsc w tych obiektach jest wykorzystywana do leczenia osób dorosłych.

W Tabeli 2 zaprezentowano aktualny wykaz przedsiębiorstw uzdrowiskowych, w których prowadzone jest leczenie uzdrowiskowe finansowane przez NFZ w trzech zakresach skierowanych do dzieci.

Tabela 2. Wykaz przedsiębiorstw uzdrowiskowych prowadzących leczenie uzdrowiskowe dzieci i młodzieży oraz zakres ich świadczeń

| Województwo | Uzdrowisko | Nazwa przedsiębiorstwa uzdrowiskowego | uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych | uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat | uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat |
|---------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|
| Dolnośląskie | POLANICA-ZDRÓJ | „Uzdrowiska Kłodzkie” Spółka Akcyjna-Grupa PGU | | | |
| | SZCZAWNO-ZDRÓJ | „Uzdrowisko-Szczawno – Jedlina” S.A. | | | |
| | ŚWIERADÓW-ZDRÓJ (CZERNIAWA) | „Uzdrowisko Świeradów – Czerniawa” Spółka Z O.O. – Grupa PGU | | | |
| Kujawsko-pomorskie | CIECHOCIANEK | Przedsiębiorstwo „Uzdrowisko Ciechocinek” S.A. | | | |
| Lubelskie | KRASNOBRÓD | Samodzielne Publiczne Sanatorium Rehabilitacyjne Im. Janusza Korczaka | | | |
| Małopolskie | RABKA-ZDRÓJ | Sanatorium „Cegielski” | | | |
| | | Śląskie Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrowiskowe im. Dr A. Szestey w Rabce-Zdroju Spółka z o.o. | | | |
| | „Uzdrowisko Rabka” S.A. | | | | |
| | SZCZAWNICA | Centrum Wczasowo-Lecznicze Solar, Sanatorium Uzdrowiskowe, NZOZ, Sanatorium Uzdrowiskowe „H. Cegielski” | | | |
| Podkarpackie | RYMANÓW-ZDRÓJ | Zespół Zakładów Lecznictwa Uzdrowiskowego „Uzdrowisko Rymanów” S.A. | | | |

Tabela 2. cd.

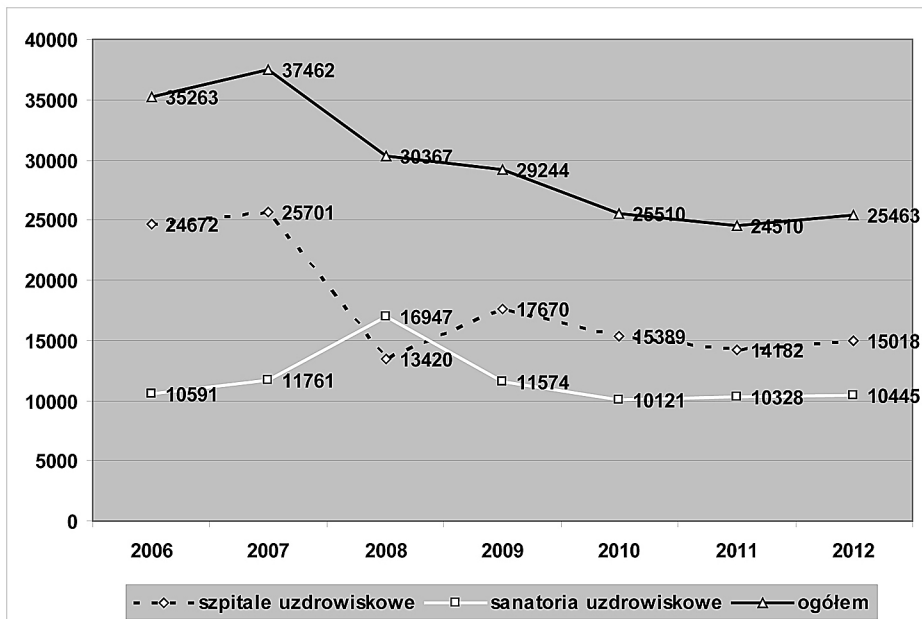
| | | | | | |
|--------------------|---------------------|--|--|--|--|
| Śląskie | GOCZAŁ-KOWICE-ZDRÓJ | „Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój” Wojewódzki Ośrodek Reumatologiczno-Rehabilitacyjny | | | |
| Zachodniopomorskie | DĄBKI | „Interferie” S.A. w Lubinie - Sanatorium Uzdrowiskowe „Argentyt” w Dąbkach | | | |
| | | Ośrodek Sanatoryjno-Wypoczynkowy „Hutmen” | | | |
| | | Sanatorium Uzdrowiskowe” Dukat Medical Spa” | | | |
| | | Sanatorium Uzdrowiskowe „H.Cegielski” ZOZ Niepubliczny | | | |
| | KOŁOBRZEG | „Uzdrowisko Kołobrzeg” S.A. | | | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrali NFZ w Warszawie

Jak wynika z Tabeli 2 10 przedsiębiorstw uzdrowiskowych prowadzi uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku 3-18 lat, z czego 4 (w: Polanicy, Czerniewie, Goczałkowicach i Kołobrzegu) koncentrują się tylko na tej formie. Natomiast 5 spośród nich zajmuje się jednocześnie uzdrowiskowym leczeniem sanatoryjnym dzieci w wieku od 3-6 lat pod opieką osoby dorosłej. Tylko w Krasnobrodzie funkcjonuje jednocześnie uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7-18 lat. Sanatoria w Dąbkach, Szczawnicy oraz Sanatorium „Cegielski” w Rabce prowadzą tylko uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku 3-6 lat pod opieką osoby dorosłej.

Tak jak już wcześniej wspomniano dzieci i młodzież korzystają także w niewielkim zakresie z leczenia w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych dla dorosłych, a także z leczenia w podziemnym wyrobisku górniczym w Wieliczce. Dalsza analiza będzie dotyczyła wszystkich wymienionych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego poza Kopalnią Soli w Wieliczce, gdyż według metodyki gromadzenia danych przez GUS jest ona na razie rozliczana na innych zasadach.

Rysunek 1. Liczba dzieci i młodzieży leczonych w szpitalach uzdrowiskowych i w sanatoriach uzdrowiskowych w Polsce w latach 2006-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

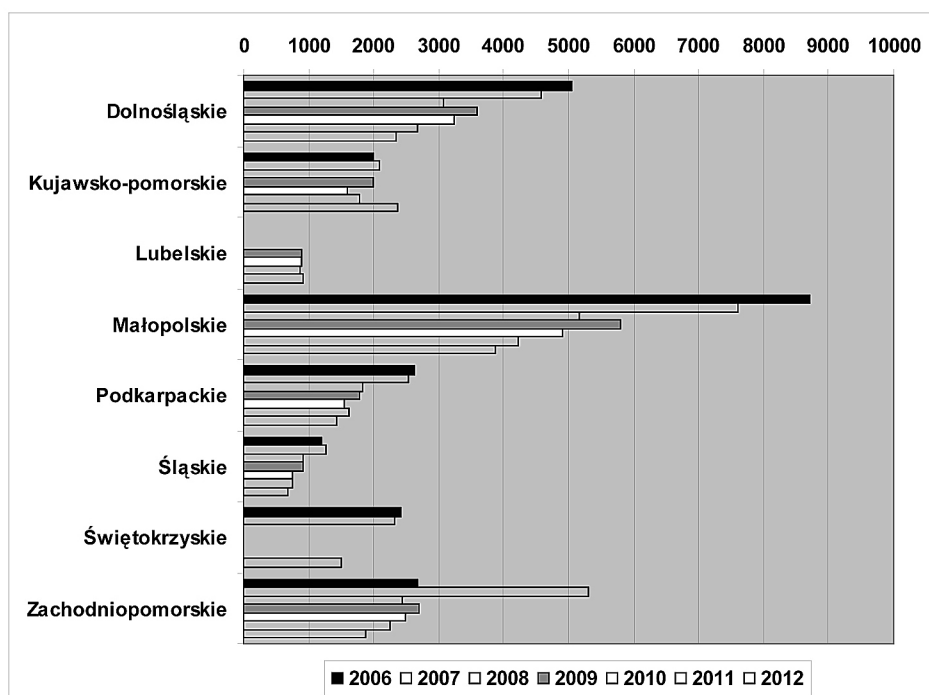
Jak można zauważyć na **Rysunku 1**, liczba dzieci i młodzieży ogółem leczonych w polskich uzdrowiskach od roku 2007 systematycznie spada, choć w roku 2012 we wszystkich analizowanych kategoriach zanotowano niewielki wzrost. Przełomowym rokiem był rok 2008, gdyż w kategorii ogółem zanotowano wtedy największy spadek w stosunku do roku poprzedniego. Był to też rok o najniższej liczbie dzieci i młodzieży leczonych w szpitalach uzdrowiskowych i jednocześnie najwyższej – w sanatoriach uzdrowiskowych. Sytuacja ta wyglądała odmiennie w obrębie różnych województw, co zaprezentowano w **Tabelach 3 i 4** oraz na **Rysunkach 2 i 3**.

Tabela 3. Liczba dzieci i młodzieży leczonych w szpitalach uzdrowiskowych w poszczególnych województwach w latach 2006-2012

| Województwa | Lata | | | | | | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| POLSKA | 24672 | 25701 | 13420 | 17670 | 15389 | 14182 | 15018 |
| Dolnośląskie | 5041 | 4588 | 3067 | 3595 | 3234 | 2683 | 2354 |
| Kujawsko-pomorskie | 1996 | 2089 | 0 | 1990 | 1590 | 1777 | 2382 |
| Lubelskie | 0 | 0 | 0 | 890 | 882 | 860 | 926 |
| Małopolskie | 8703 | 7603 | 5168 | 5793 | 4916 | 4229 | 3869 |
| Podkarpackie | 2622 | 2540 | 1833 | 1791 | 1538 | 1631 | 1437 |
| Śląskie | 1208 | 1263 | 916 | 912 | 745 | 756 | 679 |
| Świętokrzyskie | 2424 | 2324 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1499 |
| Zachodniopomorskie | 2678 | 5294 | 2436 | 2699 | 2484 | 2246 | 1872 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Rysunek 2. Liczba dzieci i młodzieży leczonych w szpitalach uzdrowiskowych w poszczególnych województwach w latach 2006-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Analizując dane zawarte w **Tabeli 3** oraz na **Rysunku 2** można zauważyć, że najwięcej dzieci i młodzieży korzysta ze szpitalnego leczenia uzdrowiskowego w uzdrowiskach województw: Małopolskiego, Dolnośląskiego, Zachodniopomorskiego, Podkarpackiego i Kujawsko-pomorskiego. W większości województw obserwowany jest spadek liczby dzieci i młodzieży w czasie.

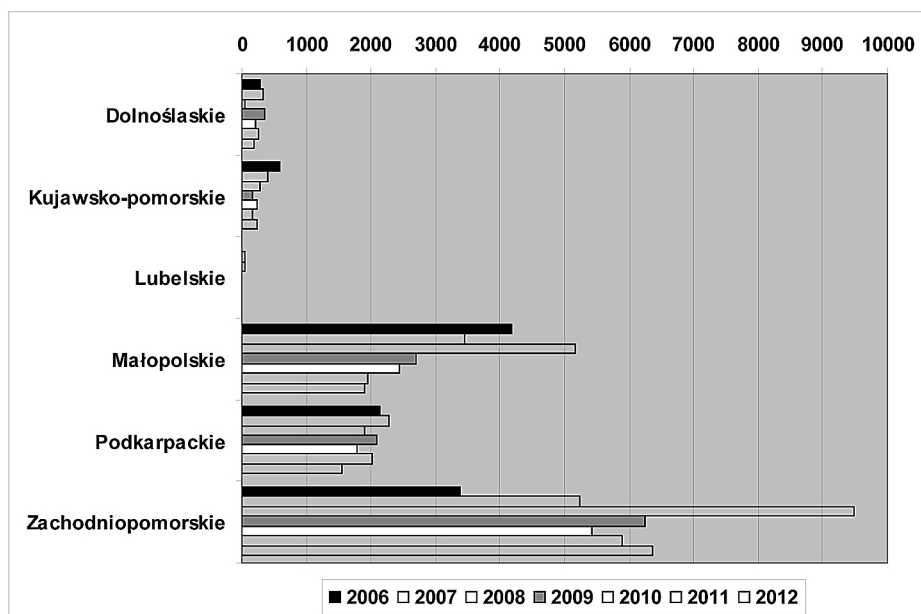
Analogiczne dane dla sanatoryjnego leczenia uzdrowiskowego zaprezentowano w **Tabeli 4** oraz na **Rysunku 3**. Wynika z nich, że największy udział w tej formie leczenia mają województwa: zachodniopomorskie, małopolskie i podkarpackie. O ile w województwie małopolskim od roku 2009 zauważyć można spadek liczby najmłodszych kuracjuszy, to w pozostałych województwach ta liczba wykazuje fluktuacje.

Tabela 4. Liczba dzieci i młodzieży leczonych w sanatoriach uzdrowiskowych w poszczególnych województwach w latach 2006-2012

| Województwa | Lata | | | | | | |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| POLSKA | 10591 | 11761 | 16947 | 11574 | 10121 | 10328 | 10445 |
| Dolnośląskie | 278 | 320 | 37 | 343 | 202 | 249 | 199 |
| Kujawsko-pomorskie | 591 | 409 | 282 | 171 | 239 | 165 | 242 |
| Lubelskie | 30 | 45 | 44 | 0 | 24 | 3 | 9 |
| Małopolskie | 4170 | 3447 | 5175 | 2693 | 2438 | 1955 | 1899 |
| Podkarpackie | 2134 | 2287 | 1896 | 2099 | 1775 | 2020 | 1552 |
| Podlaskie | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 36 |
| Pomorskie | 12 | 11 | 10 | 16 | 14 | 16 | 6 |
| Śląskie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 | 0 |
| Świętokrzyskie | 1 | 1 | 8 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Warmińsko-mazurskie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 138 |
| Zachodniopomorskie | 3370 | 5240 | 9495 | 6248 | 5426 | 5897 | 6364 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

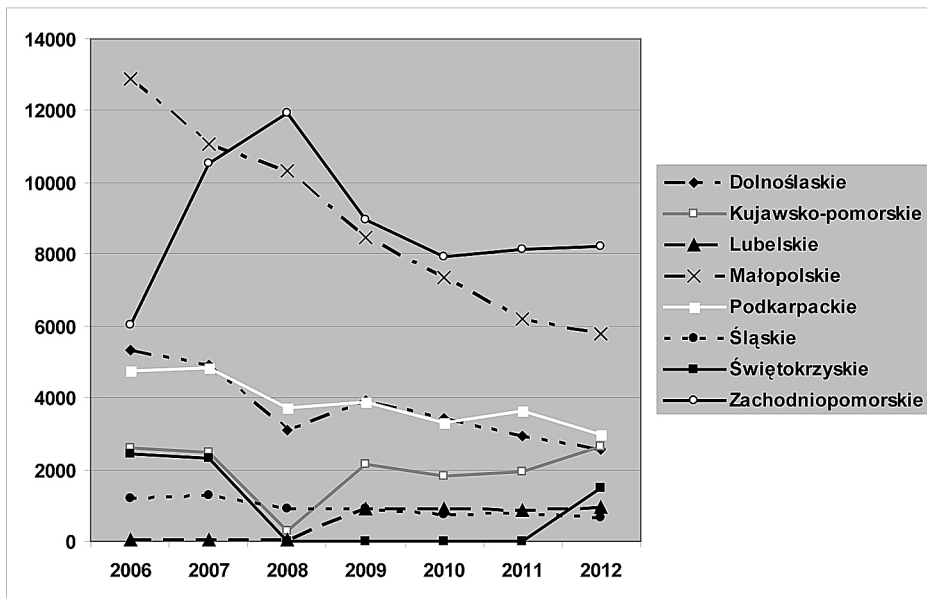
Rysunek 3. Liczba dzieci i młodzieży leczonych w sanatoriach uzdrowiskowych w poszczególnych województwach w latach 2006-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Na **Rysunku 4** przedstawiono łącznie liczbę dzieci i młodzieży korzystających ze stacjonarnego leczenia uzdrowiskowego. Ze względu na czytelność wykresu pominięto województwa: Podlaskie, Pomorskie i Warmińsko-mazurskie, gdyż liczba osób tam leczonych jest niewielka. Analizując dynamikę zmian w rozpatrywanym okresie można zauważyć, że największy (ponad dwukrotny) spadek liczby kuracjuszy dotyczy województwa małopolskiego. Największe dziecięce uzdrowisko – Rabka przyjmuje coraz mniej małych kuracjuszy, a miejsca dla dzieci zastępowane są miejscami dla dorosłych. Pomimo nieznacznego wzrostu liczby kuracjuszy w ostatnich dwóch latach w województwie zachodniopomorskim zauważyć można znaczny spadek w stosunku do roku 2008. Dużo mniejsza liczba dzieci i młodzieży w roku 2006 wynika prawdopodobnie z faktu, że Dąbki uzyskały status uzdrowiska dopiero we wrześniu 2007 roku. Tendencja spadkowa obserwowana jest także w województwach: dolnośląskim, podkarpackim i śląskim. W kujawsko-pomorskim występują wahania liczby dzieci i młodzieży korzystających z leczenia uzdrowiskowego. Jedynie w województwie lubelskim (poza rokiem 2011) możemy zauważyć tendencję rosnącą.

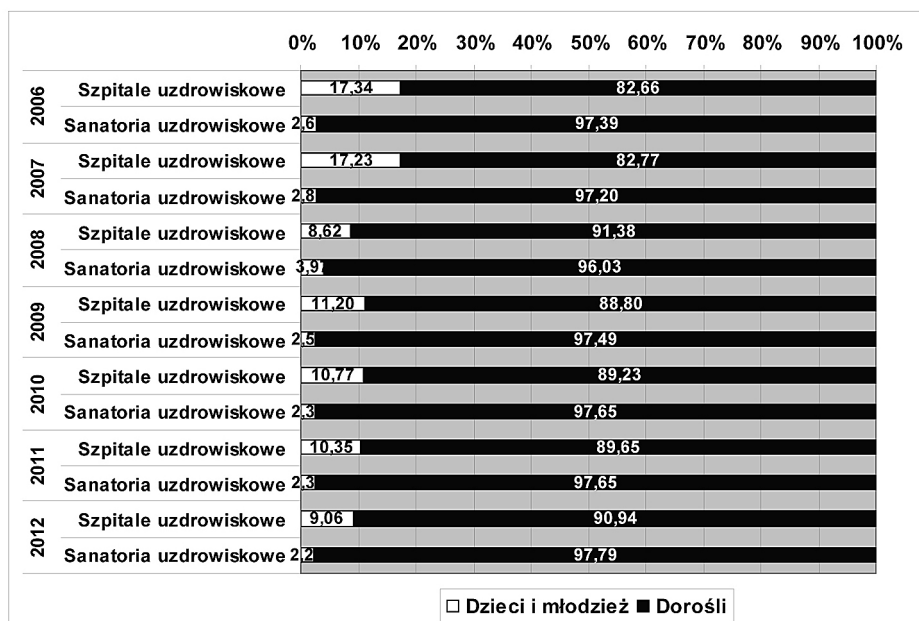
Rysunek 4. Liczba dzieci i młodzieży leczonych łącznie w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach w poszczególnych województwach w latach 2006-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Na kolejnym etapie analizy postanowiono zbadać, jak zmienia się w czasie udział dzieci i młodzieży w stosunku do dorosłych w leczeniu uzdrowiskowym, co przedstawia **Rysunek 5**. Widać na nim wyraźnie, że o ile udział dzieci i młodzieży leczonych w sanatoriach uzdrowiskowych nie ulega dużym zmianom (choć też spada), to w przypadku szpitali uzdrowiskowych spaść on prawie dwukrotnie

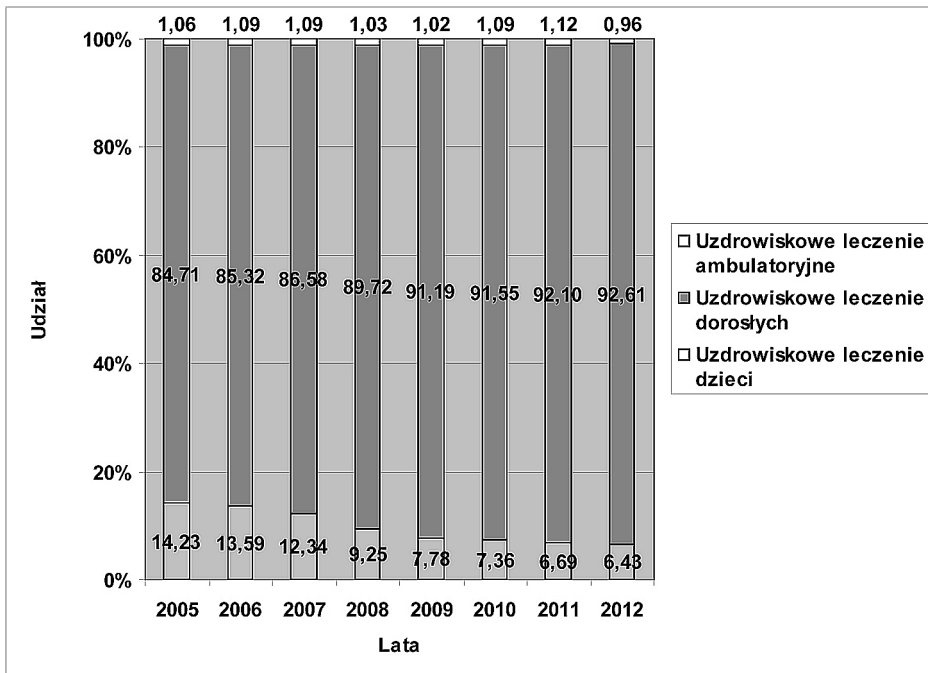
Rysunek 5. Udział procentowy dzieci i młodzieży oraz dorosłych w liczbie kuracjuszy leczonych w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach w Polsce w latach 2006-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Spadek udziału lecznictwa uzdrowiskowego w stosunku do leczenia dorosłych ma charakter nie tylko ilościowy, ale też i wartościowy. Jak wynika z danych NFZ (Rysunek 6), który ma największy udział w finansowaniu leczenia uzdrowiskowego w Polsce, ten spadek w analizowanym okresie wyniósł prawie 8 punktów procentowych udziału lecznictwa uzdrowiskowego w stosunku do leczenia dorosłych i ma charakter nie tylko ilościowy, ale też i wartościowy.

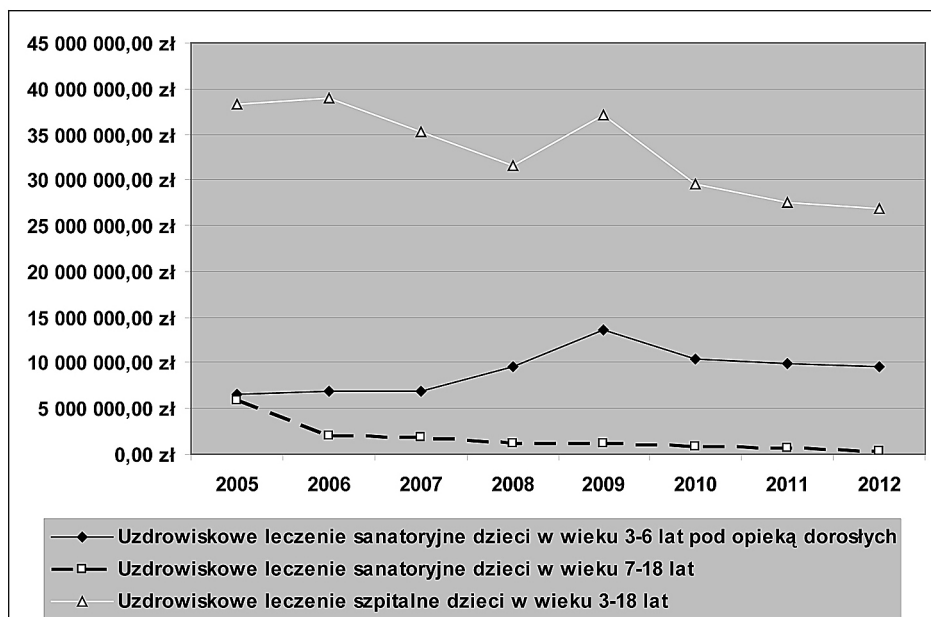
Rysunek 6. Udział procentowy wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego dla dzieci i dorosłych w latach 2005-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na **Rysunku 7** zaprezentowano, jak zmieniały się w czasie kwoty przeznaczone przez NFZ na poszczególne rodzaje świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży.

Rysunek 7. Wartość zawartych przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w zakresach kierowanych do dzieci w latach 2005-2012

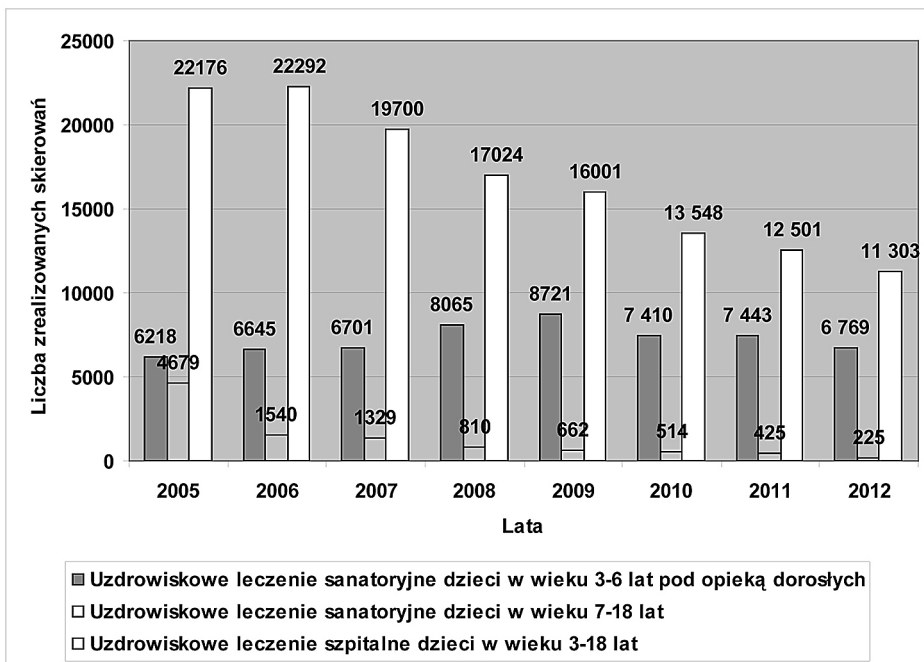


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Jak wynika z danych NFZ tendencja spadkowa w finansowaniu leczenia uzdrowiskowego dzieci i młodzieży dotyczy głównie zdrowiskowego leczenia szpitalnego (poza rokiem 2009) oraz zdrowiskowego leczenia sanatoryjnego osób w wieku 7-18 lat. Do roku 2009 rosły nakłady na zdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku 3-6 lat pod opieką osoby dorosłej. Po roku 2009 widoczny jest spadek wartości umów we wszystkich zakresach. Wartości zawartych umów podane są w kwotach nominalnych nie uwzględniających wzrostu cen, a co za tym idzie wzrostu kosztów świadczenia tego typu usług.

Spadek nakładów finansowych na leczenie uzdrowiskowe uzasadniany był coraz mniejszą liczbą skierowań na leczenie uzdrowiskowe (**Rysunki 8 i 9**) oraz rosnącą liczbą „niedojazdów” [10]. Jednakże liczba tych ostatnich rosła do roku 2009 i wynosiła 1742, w którym wzrosła w stosunku do roku 2005 o 319 „niedojazdów”. Od roku 2010 obserwowanych jest spadek tej liczby, która w roku 2012 wynosiła 1228, chociaż należy pamiętać, że w tym okresie zmalała też liczba skierowań.

Rysunek 8. Liczba zrealizowanych przez NFZ skierowań w i zakresach świadczeń dla dzieci w latach 2005-2012

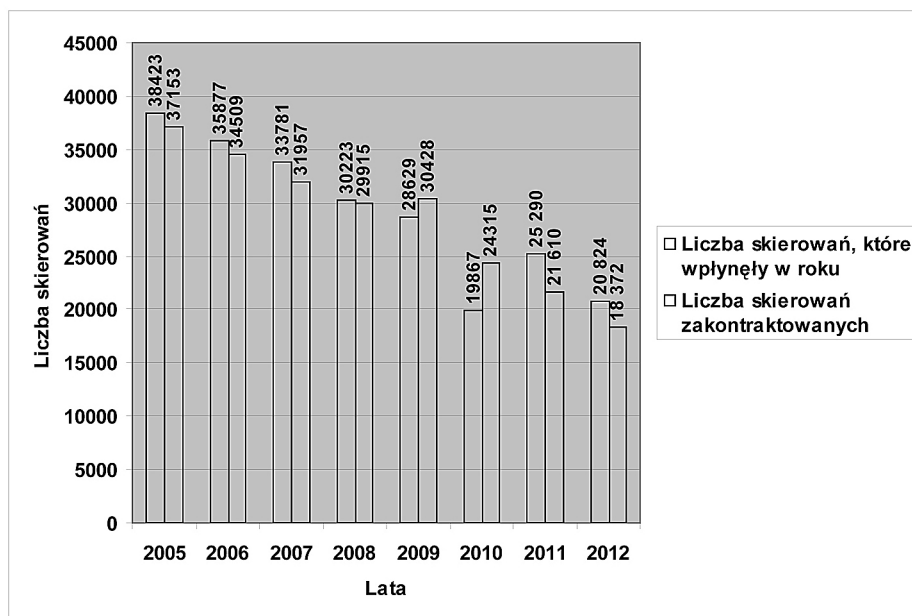


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Podobną jak w przypadku wartości zawartych umów tendencję można zaobserwować w przypadku liczby zrealizowanych przez NFZ skierowań w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Systematycznie spada liczba zrealizowanych skierowań na uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci i młodzieży. Do roku 2009 rosła liczba skierowań na sanatoryjne leczenie dzieci w wieku przedszkolnym pod opieką osoby dorosłej, ale w kolejnych latach nastąpił powolny jej spadek. Pomimo to, jest to najbardziej stabilny w czasie zakres świadczeń skierowanych do dzieci. Natomiast bardzo niepokojąca jest sytuacja dotycząca uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego dzieci w wieku 7-18 lat. Prowadzone jest ono w chwili obecnej tylko w Krasnobrodzie, a liczba skierowań zrealizowanych w 2012 roku stanowi 4,8% liczby skierowań z roku 2005.

Na **Rysunku 9** też można zaobserwować spadek zarówno wpływających, jak i zakontraktowanych skierowań. Liczba tych ostatnich spadła na przestrzeni lat 2005-2012 o połowę.

Rysunek 9. Liczba skierowań, która wpłynęła do OW NFZ i skierowań zakontraktowanych (zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w latach 2005-2012 w zakresach kierowanych do dzieci

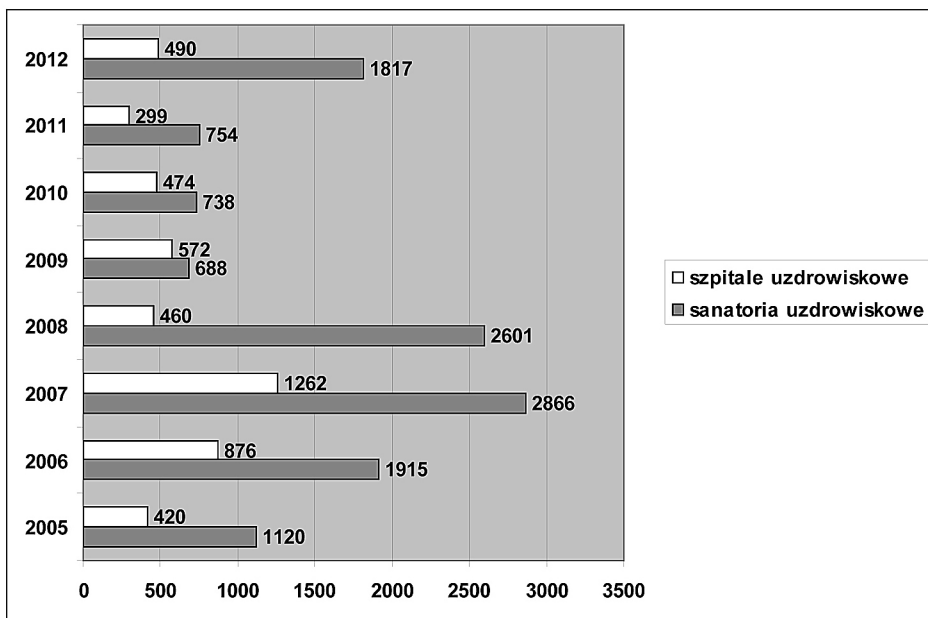


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Przeważająca część skierowań dzieci i młodzieży na leczenie uzdrowiskowe jest finansowana przez NFZ, ale również inne instytucje w mniejszym zakresie partycypują w kosztach takiego leczenia. W 2011 roku koszt leczenia w szpitalach uzdrowiskowych dla dzieci dla 100 osób pokrył PFRON, a dla 5 osób – inne instytucje. Jednocześnie pobyt 1228 kuracjuszy stacjonarnych do 18 roku życia w szpitalach uzdrowiskowych pokryły odpowiednio: ZUS – 26, KRUS – 773, PFRON – 429, inne – 46. Wszystkie te osoby przebywały w ośrodkach dla dorosłych. W 2012 roku 134 osoby z omawianej grupy wiekowej korzystały z leczenia w szpitalach uzdrowiskowych finansowanego przez PFRON, z czego 99 osób przebywało w zakładach dla dzieci, a pozostałe 35 – dla dorosłych. Tylko 1 osoba leczyła się w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci na koszt innego płatnika. W tym samym roku 1508 kuracjuszy w wieku do 18 lat zostało wysłanych na leczenie w sanatoriach uzdrowiskowych odpowiednio przez: KRUS – 706, PFRON – 674, inne – 128. Poza 1 osobą skierowaną przez PFRON do sanatorium uzdrowiskowego dla dzieci, pozostałe osoby przebywały w placówkach dla dorosłych. Należy dodać, że znaczna część skierowań z NFZ dla dzieci i młodzieży jest także realizowana w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego dla dorosłych.

Część osób w wieku do 18 lat korzysta z leczenia uzdrowiskowego na zasadach komercyjnych, gdzie rodzice/opiekunowie opłacają w całości koszt takiego leczenia. Jednakże, jak wynika z danych zamieszczonych na **Rysunku 10**, liczba tych kuracjuszy nie jest zbyt wielka. W rekordowym 2007 roku z leczenia pełnopłatnego korzystało 4128 osób w wieku do 18 lat, natomiast w najgorszym pod tym względem roku 2011 – czterokrotnie mniej.

Rysunek 10. Liczba kuracjuszy stacjonarnych (dzieci i młodzież w wieku poniżej 18 lat) wnoszących pełną opłatę w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2005-2012

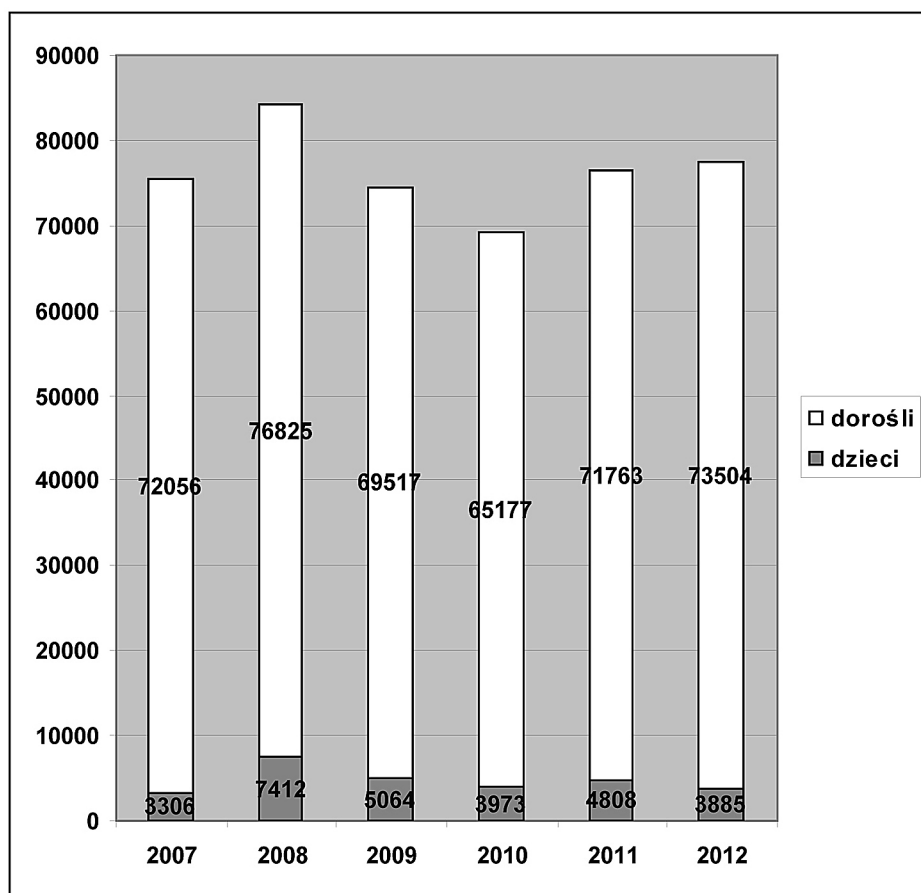


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Poza leczeniem stacjonarnym, część osób w wieku do 18 lat korzysta także z leczenia ambulatoryjnego (**Rysunek 10**).

Analiza danych pokazuje, że od roku 2009 (poza rokiem 2011), podobnie jak w przypadku leczenia stacjonarnego, ma miejsce spadek liczby osób do 18 lat, korzystających z usług ambulatoryjnych. Natomiast w porównaniu z liczbą osób dorosłych korzystających z usług ambulatoryjnego lecznictwa uzdrowiskowego, w niektórych latach dzieci jest nawet około dwudziestokrotnie mniej.

Rysunek 11. Liczba kuracjuszy ambulatoryjnych w latach 2005-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

3. Determinanty funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży w Polsce

Jak wynika z analizy danych statystycznych, sytuacja lecznictwa uzdrowiskowego dzieci nie jest korzystna. Maleje zarówno liczba osób w wieku do 18 lat korzystających z leczenia uzdrowiskowego, jak również nakłady na leczenie tych osób. Skutkiem tego ograniczana jest liczba miejsc i placówek specjalizujących się w tego typu leczeniu.

W wielu wypowiedziach i dokumentach, jako główny powód malejącej liczby składanych wniosków oraz rosnącej liczby „niedojazdów”, podaje się informację, że rodzice chcą wysyłać dzieci tylko w okresie wakacyjnym i głównie do miej-

sowości nadmorskich traktując leczenie w uzdrowisku jako darmowe kolonie. A być może należałoby się zastanowić nad bardziej złożonymi przyczynami tego zjawiska. Jak wynika z ustaleń autorki, nie jest możliwe podanie jednej konkretnej przyczyny takiego stanu rzeczy. Składa się na to szereg czynników o różnorodnym charakterze. Część z nich dotyczy strony popytowej, ale też znaczna część leży po stronie podażowej. Jednakże należy dodać, że istnieją też determinanty, które stanowią szansę dla tej formy leczenia dzieci i młodzieży. Dlatego w tej części opracowania spróbowano skupić się na tych, zdaniem autorki, najważniejszych uwarunkowaniach, które mają wpływ na funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży w Polsce zarówno w pozytywnym, jak i negatywnym sensie.

Na wstępie spróbowano zaprezentować krótko czynniki o charakterze historycznym, gdyż leczenie uzdrowiskowe dzieci ma w naszym kraju długie tradycje. Pomimo, że w literaturze dotyczącej funkcjonowania uzdrowisk, także współczesnej, bardzo rzadko pisze się o dzieciach, to w niektórych źródłach dotyczących historii uzdrowisk można znaleźć zapiski, które świadczą o tym, że już przed kilkoma wiekami poddawano dzieci zabiegom balneologicznym. Dla przykładu w opracowaniu z 1677 r. autorstwa Jerzego Ambrożego Woltera, fizyka miejskiego z Kłodzka, znaleziono między innymi opis sposobu korzystania z kąpeli w Łądku (najstarszym polskim uzdrowisku), który zalecał, aby dzieci do lat siedmiu nie stosowały kąpeli dłużej niż godzinę [4].

W Rabce już w 1889 roku rozpoczęto budowę kolonii dla dzieci skrofulicznych (chorych na rzadko spotykaną odmianę przewlekłej gruźlicy węzłów chłonnych), co zapoczątkowało specjalizację Rabki jako uzdrowiska dziecięcego. Na początku XX wieku i w okresie międzywojennym uzdrowisko to posiadało sławę międzynarodową, czego dowodzi liczba kuracjuszy: w 1914 roku – 6 729 osób, w 1934 roku – 20 339 osób, w 1938 roku – 27 452 osoby, w 1939 rok – 30 153 osoby. Dla porównania według danych przekazanych autorce przez „Uzdrowisko Rabka” S.A. w 2012 roku zrealizowano 2 354 skierowania dla dzieci i młodzieży. Powojenna historia Rabki też zaczyna się od leczenia uzdrowiskowego dzieci. Rada Ministrów 11 lipca 1946 r. podejmuje uchwałę w sprawie utworzenia „Zespołu Sanatoriów dla Dzieci Gruźlicznych w Rabce”. Powstaje Komitet Organizacyjny, w skład którego weszli przedstawiciele ministerstw: Zdrowia, Oświaty, Pracy i Opieki Społecznej, Obrony Narodowej, Komunikacji i Obrony [5], co świadczy o randze, jaką nadawano tej formie leczenia dzieci i młodzieży.

Od leczenia dzieci swoją powojenną działalność uzdrowiskową zaczynał także Kołobrzeg. W 1952 roku w pierwszych wyremontowanych poniemieckich budynkach rozpoczęło swoją działalność sanatorium dla dzieci „Słoneczko” [8], które funkcjonuje tam do dzisiaj.

Na stronie Narodowego Archiwum Cyfrowego można znaleźć archiwalne fotografie przedstawiające dzieci między innymi w takich obiektach, jak: Sanatorium „Górka” Kolonia Lecznicza Dziecięca im. dr. med. Rektora Józefa Brudzińskiego

w Busku-Zdroju (którego budowę rozpoczęto w roku 1922), Sanatorium Uniwersytetu Jagiellońskiego dla dzieci chorych na gruźlicę na Bystrem w Zakopanem, Sanatorium „Nasza Chata” Ligi Szkolnej Przeciwgruźliczej w Starej Miłosnej, Sanatorium dla dzieci w Andrychowie, Zakład Leczniczo-Wychowawczy Rodziny Kolejowej im. Aleksandry Piłsudskiej w Rabce, Gimnazjum Żeńskie Sanatoryjne im. św. Tereski, Dziecięce Sanatorium Przeciwgruźlicze w Istebnej. Na uroczystość poświęcenia tego ostatniego w 1937 roku przybył nawet prezydent RP Ignacy Mościcki.

Lecznictwo uzdrowiskowe dzieci bardzo prężnie rozwijało się w drugiej połowie XX-tego wieku, umożliwiając korzystanie z tej formy terapii wielu młodym kuracjuszom.

Jak wynika z przytoczonych faktów, już w przeszłości ceniono leczenie uzdrowiskowe dzieci i młodzieży, doceniając wpływ balneoterapii na ich zdrowie. Bogate tradycje uzdrowiskowe stanowią niewątpliwie mocną stroną funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego. Dzięki nim istnieje odpowiednia infrastruktura oraz przetestowane skuteczne metody leczenia, a przy zakładach lecznictwa uzdrowiskowego działają szkoły umożliwiające dzieciom kontynuację edukacji szkolnej. Zarówno w zakresie leczenia jak i nauczania jest zatrudniony wykwalifikowany personel znający specyfikę pracy z dziećmi i młodzieżą.

O przyznaniu danemu obszarowi statusu uzdrowiska decydują głównie (poza odpowiednią infrastrukturą) uwarunkowania naturalne, takie jak istnienie odpowiedniego klimatu i naturalnych surowców leczniczych, do których na terenie Polski zaliczamy wody lecznicze, peloidy (głównie borowiny) oraz gazy lecznicze. Obszar naszego kraju jest dość bogaty w naturalne surowce lecznicze. Dotyczy to zwłaszcza wód leczniczych, których udokumentowane źródła występują w ponad 70 miejscowościach, stwarzając możliwość tworzenia nowych uzdrowisk. Korzystne warunki naturalne stanowią szansę dla rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego w ogóle, w tym także tego dotyczącego dzieci i młodzieży.

W oparciu o rodzaj posiadanych surowców leczniczych, leczniczych właściwości klimatu oraz istnienie odpowiedniej infrastruktury i kadry poszczególnym uzdrowiskom statutowym nadaje się kierunki (profile) lecznicze. Kierunki te definiują grupy chorobowe, które podlegają leczeniu w danej miejscowości i zobowiązują działające tam podmioty do prowadzenia działalności leczniczej tylko w wyznaczonym zakresie [23]. Większość uzdrowisk posiada kilka lub kilkanaście kierunków leczniczych. Jeszcze do niedawna według ustaleń I. Poniakowskiej (Krajowego Konsultanta w dziedzinie Balneoklimatologii i Fizjoterapii) 19 uzdrowisk posiadało kierunki lecznicze skierowane do dzieci i młodzieży. Spośród 17 kierunków wymienionych we wspomnianej wcześniej ustawie o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, aż 13 znajdowało zastosowanie w lecznictwie uzdrowiskowym dzieci i młodzieży [17]. Porównując je z danymi zawartymi w Tabeli 2 niniejszego opracowania można stwierdzić, że obecnie w polskich

uzdrowiskach prowadzi się leczenie uzdrowiskowe dzieci i młodzieży w 12 kierunkach. Najczęściej dotyczą one chorób górnych i dolnych dróg oddechowych (z uwzględnieniem w niektórych przypadkach astmy oskrzelowej). Następnie wymienić należy choroby związane z układem ruchowym: ortopedyczno-urazowe i reumatologiczne. W kilku uzdrowiskach leczy się także schorzenia neurologiczne, a wśród nich mózgowie porażenie dziecięce. Niektóre uzdrowiska oferują leczenie uzdrowiskowe takich chorób jak otyłość i cukrzyca. Warto dodać, że w żadnym obecnie obowiązującym akcie prawnym nie ma wyszczególnionych kierunków leczniczych dla dzieci, ani szczegółowych wskazań i przeciwwskazań dla tej grupy wiekowej. Wygląda to tak, jakby państwo powoli wycofywało się z tej formy leczenia w stosunku do najmłodszych obywateli.

W związku z tym, że leczenie w uzdrowiskach ma udowodnioną skuteczność w leczeniu wielu chorób, także przewlekłych, możemy mówić o uwarunkowaniach profilaktyczno-zdrowotnych funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży, które stanowi cenne uzupełnienie podstawowej opieki medycznej.

Jak pokazują dane epidemiologiczne [32, 33], choroby przewlekłe dotyczą coraz większej populacji dzieci i młodzieży.

Według danych GUS [31] około 20 % osób w wieku 5-19 lat cierpi na choroby i dolegliwości przewlekłe. Są to głównie choroby takie jak: alergia, astma i choroby kręgosłupa, przewlekłe stany lękowe, depresja lub zaburzenia zachowania, choroby serca i układu krążenia, choroby nerek i układu moczowego, padaczka i cukrzyca. Prawie 4% omawianej grupy wiekowej obarczone jest niepełnosprawnością

Obserwuje się także zwiększenie średniej wagi ciała u dzieci w wieku 0-14 lat. W populacji 15-29 lat w 2009 roku 20,1% populacji miało nadwagę, a u około 4% wystąpiła otyłość [36]. Jest ona efektem nieprawidłowego żywienia, a także sposobu spędzania czasu wolnego z niskim poziomem aktywności fizycznej.

Paradoksalnie niekorzystna sytuacja zdrowotna jest szansą dla funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży, które, jak wcześniej wspomniano, może być pomocne w przypadku wielu z wymienionych chorób, a także pełni funkcję edukacyjną np. w zakresie radzenia sobie z chorobą, właściwego sposobu żywienia, itp. Coraz częściej obserwuje się także powrót zainteresowania naturalnymi metodami leczenia.

Z drugiej strony w przypadku niektórych chorób, rozwój medycyny i postęp w farmakologii spowodowały, że np. nie ma zaawansowanych postaci astmy, które dawniej leczono jedynie w uzdrowiskach, w związku z czym zamknięto oddziały zajmujące się leczeniem ciężkich przypadków.

Metody stosowane w leczeniu uzdrowiskowym wciąż podlegają zmianom. Te, które okazują się nieskuteczne są wycofywane, a w zamian wprowadza się nowe [24]. Jednakże, aby potwierdzić skuteczność poszczególnych metod leczenia, muszą być na bieżąco prowadzone badania w tym zakresie.

Przez wiele lat przy zakładach lecznictwa uzdrowiskowego dla dzieci działały Ośrodki Naukowo-Badawcze, potem Ośrodki Badawczo-Konsultacyjne, w ramach których pod nadzorem profesorów z uczelni medycznych prowadzone były badania dokumentujące wpływ leczenia uzdrowiskowego na zdrowie dzieci. Opracowywano schematy leczenia, badając potem ich skuteczność. Dzieci mogły uzyskiwać specjalistyczne konsultacje, a personel medyczny szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych mógł podnosić swoje kwalifikacje. Obecnie nie ma takich ośrodków i ze względów finansowych nie prowadzi się takich badań, choć paradoksalnie przeciwnicy wydawania pieniędzy na leczenie uzdrowiskowe wysuwają argument o braku wiarygodnych danych dotyczących skuteczności takiego leczenia [11].

Kolejnym czynnikiem, który ma wpływ na funkcjonowanie lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży są zmiany demograficzne w polskim społeczeństwie, a głównie proces jego starzenia. Według danych GUS [27] od roku 1984 spada przyrost naturalny, będący różnicą pomiędzy liczbą urodzeń żywych a liczbą zgonów, a w latach 2002-2005 przyjmował on wartości ujemne. Od roku 2006 następował ponowny wzrost tego przyrostu, który w roku 2011 znów zaczął spadać.

Jak podkreśla S. Szczepaniak [30], 14 lat jest granicą wiekową, do której dzieci korzystają z leczenia uzdrowiskowego. Dzieci ze szczytu wyżu z 1984 miały w 1998 roku 14 lat, a potem nastąpił gwałtowny spadek żywych urodzeń i po 1998 roku spadła gwałtownie liczba dzieci leczonych w uzdrowiskach. Pokolenie urodzone w latach o najniższym przyroście naturalnym (według danych GUS – 1999-2006), to pokolenie, które korzysta z leczenia właśnie w chwili obecnej.

W społeczeństwie spada liczba dzieci i młodzieży do 18 lat, natomiast równocześnie wzrasta populacja ludzi starszych. Naturalną konsekwencją takiego stanu rzeczy jest stopniowa zamiana miejsc dla dzieci na miejsca dla dorosłych, przy czym ze względów organizacyjnych proces ten może być trudny do odwrócenia w przypadku korzystnych zmian demograficznych.

Jak wynika z prognozy w latach 2011-2015 liczba dzieci w wieku szkoły podstawowej wzrośnie tylko o 11 tys. i dopiero w następnym pięcioleciu będzie ich więcej o ponad 220 tys. Natomiast liczba dzieci w wieku szkoły gimnazjalnej do roku 2015 będzie znacząco się zmniejszać, a w kolejnych dwóch pięcioleciach wzrośnie w stopniu umiarkowanym. Z kolei w wypadku młodzieży w wieku ponadgimnazjalnym – jej liczebność będzie maleć do roku 2020 [29].

Rozwój procesów demograficznych stwarza nowe wyzwania, którym powinna sprostać odpowiednia polityka zdrowotna ukierunkowana na systemowe, adresowane do wszystkich grup wiekowych (także dzieci i młodzieży) działania w obszarze promocji zdrowia, profilaktyki zagrożeń i chorób, a także restytucji zdrowia [15].

Duży wpływ na funkcjonowanie lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży mają także uwarunkowania organizacyjne.

Jednym z głównych problemów dotyczącym lecznictwa uzdrowiskowego w ogóle (w tym dzieci i młodzieży) jest stopień skomplikowania samej procedury tego kierowania. Druk skierowania jest dość obszerny i wymaga podania wielu informacji i wykonania wcześniej niektórych badań. Skutkuje to sytuacją, że lekarze ubezpieczenia zdrowotnego nie chcą wypisywać takich wniosków, gdyż zajmuje im to dużo czasu, twierdząc niekiedy, że leczenie w uzdrowisku może pacjentowi zaszkodzić. Towarzyszący temu często brak wiary w skuteczność takiego leczenia wynika zdaniem I. Ponikowskiej z małej wiedzy i błędnej oceny. Takiego stanu rzeczy należy upatrywać w tym, że tylko na niektórych uczelniach medycznych w Polsce prowadzi się w trakcie studiów zajęcia dydaktyczne z zakresu balneologii [26].

Według P. Kalmusa skierowanie przechodzi skomplikowaną podwójną (merytoryczną i formalną) procedurę oceny w oddziale wojewódzkim NFZ. Pacjent nie ma żadnego wpływu na wybór uzdrowiska. Jest kierowany tam, gdzie NFZ zawarł kontrakt i gdzie w danym momencie jest wolne miejsce, co jest sprzeczne z jedną z głównych zasad prowadzonej reformy zdrowia – z zasadą wolnego wyboru lekarza i zakładu opieki zdrowotnej. Poza tym skierowanie na jakikolwiek inny rodzaj leczenia nie wymaga tak skomplikowanej procedury przed jego rozpoczęciem [7]).

Uproszczenia wymagałaby także procedura korzystania z lecznictwa ambulatoryjnego dla osób, które we własnym zakresie pokrywają koszty zakwaterowania i wyżywienia, a także dla mieszkańców uzdrowiska i okolicznych miejscowości, którzy często nie zdają sobie sprawy z tego, że mają możliwość korzystania z takiej formy leczenia.

Czasami okres oczekiwania na rozpatrzenie skierowania od momentu jego złożenia jest dość długi. Wystawienie skierowania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego nie gwarantuje, że dziecko otrzyma przydział na leczenie w uzdrowisku. Oddział Wojewódzki NFZ może odmówić takiego przydziału podając przyczynę, a pacjentowi nie przysługuje odwołanie od takiej decyzji. Proponowane przez lekarza kierującego konkretne uzdrowisko oraz rodzaj leczenia uzdrowiskowego są tylko wskazówką dla NFZ, który nie musi się nią kierować. Jak już wcześniej wspomniano, rodzice dzieci, dla których złożono skierowanie na leczenie uzdrowiskowe nie mogą wybrać ani dogodnego dla siebie i dziecka terminu, ani miejsca, do którego chcieliby je wysłać. W dużym stopniu może się to przyczyniać do rezygnacji z już przyznanych pobytów, ponieważ część osób nie może lub nie chce skorzystać w narzuconym terminie z wyjazdu na leczenie np. z powodu braku możliwości skorzystania z urlopu w wyznaczonym okresie (w przypadku opiekunów) lub zmiany planów, zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, że mogą zostać zawiadomione na 14 dni przed rozpoczęciem turnusu [18].

S. Szczepaniak w swoim wystąpieniu podkreśla, że na spadek liczby leczonych dzieci miała (obok jej pozytywnych skutków) także reforma służby zdrowia, która zakładała odejście od całościowego finansowania służby zdrowia z budże-

tu państwa, przejście na system mieszany ubezpieczeniowo-budżetowy. W 1997 roku do życia powołano kasy chorych jako publiczne instytucje ubezpieczeniowe, w budżetach których wyodrębniono określone środki przeznaczone na lecznictwo uzdrowiskowe. Wprowadzono kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, a w odniesieniu do lecznictwa uzdrowiskowego wiązało się to między innymi z limitowaniem liczby miejsc. Zmieniła się także procedura kierowania pacjentów na leczenie uzdrowiskowe, jak również sposób i miejsce dystrybucji skierowań. Przed reformą wszyscy chętni mogli nawet kilka razy w roku wyjechać na leczenie uzdrowiskowe. Termin rozpoczęcia leczenia można było uzgodnić, ponieważ dystrybucja skierowań prowadzona była przez przedsiębiorstwa uzdrowiskowe. Niektórzy rodzice traktowali pobyt dziecka w uzdrowisku jako darmowe kolonie. Często wysyłano też dzieci ze względu na tzw. wskazania społeczne. Dla dzieci, które miały problemy w szkole była to często okazja do poprawienia wyników w nauce, a czasami nawet do uzyskania promocji do kolejnej klasy. Było to niewątpliwie uzasadnione w wypadku dzieci przewlekle chorych, które lecząc się w uzdrowisku nie opuszczały zajęć lekcyjnych, a po lekcjach wychowawcy pomagali im nadrobić zaległości. Podstawowy czas leczenia uzdrowiskowego dla dzieci wynosił 54 dni i można go było przedłużyć, często nawet do pół roku, co często się zdarzało. Po reformie wnioski na leczenie uzdrowiskowe były kierowane do kas chorych a w późniejszym czasie do oddziałów NFZ, gdzie były dokładnie weryfikowane. Wymienione instytucje zaczęły decydować o terminie, a także o miejscu leczenia. Ze względu na kontraktowanie liczby kuracjuszy, mogących korzystać z leczenia w danym przedsiębiorstwie uzdrowiskowym, wprowadzono system turnusowy, gdzie ściśle wystandaryzowano dzień rozpoczęcia i zakończenia leczenia, co jak już wcześniej wspomniano przyczyniło się do wzrostu liczby „niedojazdów”. Przed reformą to właśnie rodzic/opiekun w drodze indywidualnych uzgodnień z przedsiębiorstwem uzdrowiskowym mógł decydować o tym, kiedy dziecko rozpocznie i zakończy leczenie uzdrowiskowe. Następowало też stopniowe skracanie długości trwania turnusów, najpierw z 54 do 42 i w końcu do 27 dni. W związku z tym spora grupa dzieci, zainteresowanych wcześniej leczeniem, zrezygnowała z wyjazdów do uzdrowisk. W ciągu 2 lat funkcjonowania Kas Chorych liczba dzieci leczonych w Rymanowie Zdroju spadła o połowę z 748 na turnus w roku 1998 do 374 w roku 2000 [30]. Zdaniem D. Leszczyńskiej skrócenie długości turnusu spowodowało, że więcej dzieci mogło teoretycznie skorzystać z leczenia uzdrowiskowego w ciągu roku. Jednakże nie wzrosła liczba skierowań, co przyczyniło się do niewykorzystania bazy leczniczej, a tym samym zmniejszenia liczby łóżek i obiektów.

Leczenie uzdrowiskowe dzieci i młodzieży wiąże się koniecznością zapewnienia im realizacji obowiązku szkolnego na etapie szkoły podstawowej i gimnazjum. Szkoły specjalne działające przy zakładach lecznictwa uzdrowiskowego dla dzieci prowadzą zazwyczaj edukację w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum. Dlatego też uczniowie szkół podstawowych i gimnazjalnych są kierowani

na leczenie przez cały rok, natomiast uczniowie szkół ponadgimnazjalnych – w kresach wolnych od nauki. Być może też dlatego udział tych ostatnich jest tak niewielki.

Od roku 2003 oddzielono „czystą opiekę” od opieki wychowawczej i zmniejszono z 56 do 35 godzin tygodniowo na grupę. W efekcie poza negatywnymi skutkami terapeutycznymi i wychowawczymi w odniesieniu do dzieci, spowodowało to straty finansowe dla przedsiębiorstw uzdrowiskowych związane z koniecznością zatrudnienia opiekunek [14]. We wcześniejszym systemie wychowawca z odpowiednim wykształceniem i przygotowaniem, przez cały dzień sprawował opiekę nad dzieckiem, co zmniejszało stres związany z rozłąką z rodziną, od opiekunek natomiast wymaga się jedynie ukończenia krótkiego kursu. Opieka nad dziećmi jest przekazywana w ciągu dnia, w związku z czym pogarsza się automatycznie jej jakość (zwłaszcza w okresie wolnym od nauki) i powstają różnego rodzaju problemy o charakterze adaptacyjnym i wychowawczym (które i ak rozwiązuje wychowawca grupy). To z kolei wpływa na satysfakcję i w efekcie kolejne przyjazdy najmłodszych kuracjuszy.

Malejąca liczba dzieci i młodzieży w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego dla dzieci może też być spowodowana w niewielkim stopniu tym, że jak wynika z danych GUS są one także leczone w placówkach dla dorosłych. Z kolei w tych pierwszych miejsca dla dzieci zastępuje się miejscami dla dorosłych.

Obawy, co do dalszego funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego dzieci rodzą się także z uwagi na prywatyzację i komunalizację przedsiębiorstw uzdrowiskowych, które były wcześniej jednoosobowymi spółkami Skarbu Państwa. Jak pokazuje przykład Cieplic, gdzie obiekt dla dzieci po prywatyzacji w 2011 roku zamieniono na obiekt dla dorosłych, obawy te mogą być uzasadnione. Zgodnie z przepisami właściciele spółek uzdrowiskowych mają za zadanie utrzymanie lecznictwa uzdrowiskowego według jednostek chorobowych, ale nie ma zapisów dotyczących utrzymania lecznictwa dla dzieci [13]. W sprawie tej interweniuje także Rzecznik Praw Dziecka – M. Michalak.

Dodatkową obawę może wzbudzać także możliwość wyeliminowania w przyszłości lecznictwa uzdrowiskowego z koszyka świadczeń gwarantowanych, co niewątpliwie spowodowałoby załamanie całego systemu lecznictwa uzdrowiskowego.

Czynnikami, które dotyczą zarówno przedsiębiorstw uzdrowiskowych, jak i kuracjuszy, są czynniki o charakterze ekonomicznym. W odniesieniu do tych pierwszych, corocznie zmniejszane są nakłady finansowe na leczenie uzdrowiskowe dzieci i młodzieży. NFZ motywuje to malejącą liczbą skierowań na leczenie uzdrowiskowe oraz rosnącą liczbą „niedojazdów” [10]. Z kolei S. Szczepaniak zwrócił uwagę na fakt, że od roku 1999 liczba kuracjuszy zaczęła być ściśle określana w umowach najpierw z kasami chorych, a obecnie z NFZ. Na przykładzie „Uzdrowiska Rymanów” S.A. pokazał, że realizacja skierowań była zawsze mniejsza niż w umowie. Podkreśla on, że wynika to z nieracjonalnego rozdziału skierowań na poszczególne oddziały NFZ. W efekcie niektóre oddziały nie wyko-

rzystują przydzielanych im skierowań, które przepadają. Z kolei inne wykorzystują je w całości i mogłyby wykorzystać ich więcej, ale nie pozwalają im na to limity. W efekcie ogólne wykonanie umowy nigdy nie osiąga 100%. Natomiast NFZ kontraktuje liczbę skierowań na dany rok na podstawie liczby skierowań zrealizowanych w roku poprzednim. W efekcie działania takiego mechanizmu powstaje samonakręcająca się spirala, której mechanizm powoduje, że kontrakty co roku są coraz mniejsze [30].

Przyczyn tendencji spadkowej w wypadku świadczeń na leczenie uzdrowiskowe dzieci przy jednoczesnej tendencji rosnącej w wypadku dorosłych upatruje się między innymi w wyższym koszcie lecznictwa uzdrowiskowego dzieci, związanym dodatkowo z koniecznością zapewnienia im możliwości uczęszczania do szkoły, a także opieki pozaszkolnej [6].

Jak podkreślają przedstawiciele przedsiębiorstw uzdrowiskowych zajmujących się leczeniem uzdrowiskowym dzieci, stawka osobodnia płacona przez NFZ nie pokrywa kosztów tego leczenia i pobytu dziecka w uzdrowisku. Przedsiębiorstwa te muszą też z własnych środków finansować koszty dodatkowej opieki wychowawczej.

Stawka za osobodzień, obejmująca zakwaterowanie, wyżywienie, opiekę medyczną i leczenie, jest negocjowana podczas składania ofert (w praktyce od kilku lat się nie zmienia, pomimo systematycznego wzrostu cen żywności i opłat za korzystanie z mediów). Z danych uzyskanych w „Uzdrowisku Rabka” S.A., stawka ta w tej spółce wynosi 90 zł/osobodzień w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci i 73 zł/osobodzień w sanatorium dla dziecka przebywającego z opiekunem (opiekun, jak już wcześniej wspomniano, pokrywa sam koszt swojego pobytu).

Załącznik rzeczowo-finansowy, który stanowi integralną część umowy przedsiębiorstwa uzdrowiskowego z Narodowym Funduszem Zdrowia wiąże jedynie usługodawcę a nie NFZ. W załączniku zawarte są liczby skierowań w podziale na turnusy za określoną stawkę osobodnia. Liczba „niedojazdów” lub braku wysłanych do pacjentów skierowań nie odpowiada zawartym w umowie i działa na niekorzyść przedsiębiorstwa, które zobowiązane jest do przygotowania i zabezpieczenia miejsca w turnusie. W konflikcie do niewystarczającego finansowania lecznictwa dziecięcego jest forma prawna prowadzonej działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych, gdyż w świetle przepisów przedsięwzięcia realizowane przez spółki prawa handlowego mają przynosić zysk. Zarządy tych spółek mają ciągły problem z uzasadnieniem nierentownych przedsięwzięć gospodarczych. Dodatkowo fakt, że spółki uzdrowiskowe należące do Skarbu Państwa mają obowiązek przeprowadzenia restrukturyzacji przed przystąpieniem do procesu prywatyzacji, tak by podnieść wartość prywatyzowanego majątku, powoduje, że racjonalnym staje się wygaszanie niedochodowej działalności związanej z lecznictwem dziecięcym [9].

Za zamianą miejsc dziecięcych na miejsca dla dorosłych w sanatoriach uzdrowiskowych dodatkowo przemawia fakt, że dorośli dopłacają we własnym zakresie do swojego pobytu, a dzieci nie.

Czynniki o charakterze ekonomicznym w znacznej mierze wpływają także na stronę popytową. Co prawda pobyt i leczenie dzieci są bezpłatne, ale dojazd do miejsca leczenia uzdrowskiego i z powrotem bez względu na to, czy dziecko będzie przebywać tam samo, czy z opiekunem, rodzice organizują i opłacają we własnym zakresie. Odległa lokalizacja uzdrowskiego, do którego dziecko uzyskało skierowanie, a także czasami słaba dostępność komunikacyjna, utrudnia tam dojazd opiekunów z dziećmi. Niektórzy rodzice nie mogą sobie pozwolić na dojazd dziecka wraz z opiekunem np. na drugi kraniec Polski ze względów finansowych, czy też z racji sprawowania opieki nad innymi osobami. Gdyby mieli możliwość wyboru uzdrowskiego o podobnych kierunkach leczniczych położonego bliżej, to znacznie ograniczyliby ich wydatki i być może pozwoliło na odwiedzenie dziecka w trakcie pobytu. Poza tym w przypadku konieczności (czasami z przyczyn losowych) późniejszego przyjazdu lub wcześniejszego wyjazdu, kuracjusze muszą płacić za niewykorzystane dni. Części rodziców nie stać też na zapewnienie dziecku rzeczy oraz kieszonkowego na kilkutygodniowy pobyt.

W wypadku dzieci, które muszą przebywać pod opieką osoby dorosłej, o rezygnacji z przyznanej kuracji często też decydują względy ekonomiczne, gdyż rodzice (opiekunowie) muszą pokrywać koszty swojego pobytu w pełnej wysokości. Koszt ten jest uzależniony od cennika konkretnego zakładu lecznictwa uzdrowskiego i jest też zróżnicowany ze względu na termin (2 sezony: I – od 1 października do 30 kwietnia i II – od 1 maja do 30 września) oraz od standardu pokoju przydzielonego przez świadczeniodawcę. Dla przykładu w „Uzdrowsisku Rabka” S.A. koszt ten w roku 2013 wynosi odpowiednio: od 65-80 zł za osobodzień w sezonie I i 75-90 zł w sezonie II. Ponadto od osób tych może być pobrana opłata uzdrowskowa. Jest ona różna w różnych uzdrowskach, ale nie może przekraczać kwoty 4,26 zł dziennie. W miarę wolnych miejsc także do szpitala uzdrowskiego dzieci mogą przyjechać z opiekunami, ale wtedy koszty są odpowiednio wyższe ze względu na dłuższy o tydzień czas leczenia. Jeśli istnieją ku temu warunki opłatę wnosi się także za rodzeństwo małego kuracjusza, które nie ma skierowania na leczenie, a które rodzic/opiekun musi zabrać ze sobą z racji sprawowania nad nim opieki.

Jak pokazują dane GUS, w sumie 244 tys. dzieci chorych, chorych przewlekle i posiadających orzeczenie o niepełnosprawności funkcjonuje w rodzinach korzystających z pomocy społecznej. Należy dodać, że według danych EUROSTAT-u dzieci zagrożone ubóstwem stanowiły 23,0% w roku 2009, a rok później 22,5% populacji w wieku poniżej 18 lat [3]. Dlatego wielu osób nie stać na wysłanie dziecka na kilka tygodni.

Duża część rezygnacji ma miejsce na kilka dni przed rozpoczęciem turnusu, przez co trudno jest wolne miejsce przyznać innej osobie.

Na funkcjonowanie lecznictwa uzdrowskiego dzieci wpływają także uwarunkowania infrastrukturalne. Istnieje w polskich uzdrowskach odpowiednia baza przystosowana do takiego leczenia. Z drugiej jednak strony wiele budyn-

ków, w których zlokalizowane są zakłady lecznictwa uzdrowiskowego dla dzieci i młodzieży wymaga generalnego remontu. Obiekty te muszą do grudnia 2016 roku zostać dostosowane do wymogów unijnych. Być może brak inwestycji w tym zakresie jest dla niektórych przedsiębiorstw uzdrowiskowych sposobem na zakończenie niedochodowego leczenia dzieci i młodzieży. Jednakże niektóre z tych obiektów ze względu na swój wiek otoczone są ochroną konserwatora zabytków, w związku z czym, nie wszystkie konieczne zmiany są możliwe. Poza tym niedoszacowana stawka płacona za osobodzień często nie pozwala na remonty.

Dzieci często mają w swoich mieszkaniach, czy domach osobne pokoje i dlatego nie chcą przebywać przez kilka tygodni w salach wieloosobowych, które nie zapewniają intymności. Z drugiej strony przecież wiele dzieci w okresie wolnym od nauki wyjeżdża np. na obozy harcerskie, gdzie warunki są o wiele mniej komfortowe niż w pokojach wieloosobowych w szpitalu uzdrowiskowym czy sanatorium. Z kolei w obiektach o wyższym standardzie, jedno- czy dwuosobowe pokoje dla dzieci utrudniają opiekę i zapewniającą bezpieczeństwo kontrolę ze strony opiekunów.

Jak już wcześniej wspomniano w miarę stabilnym zainteresowaniem cieszą się (przy spadku zainteresowania innymi) wspólne wyjazdy do sanatorium uzdrowiskowego dla dzieci od 3-6 lat z opiekunem. Skoro opiekun ponosi pełny koszt swojego pobytu, dlaczego nie rozszerzyć takiej możliwości na pobyty dzieci starszych, a także pobyty w szpitalu uzdrowiskowym. Ale to też w wielu przypadkach wiąże się z przebudową istniejących obiektów, gdyż nie ma warunków do takich pobytów. Niektóre budynki wykorzystywane wcześniej do leczenia uzdrowiskowego najmłodszych kuracjuszy zostały wyłączone z użytku ze względu na zły stan techniczny. Można byłoby przystosować je do pobytów dzieci z opiekunem albo stworzyć hotel dla opiekunów, którzy płacą za swój pobyt.

W Polsce nie funkcjonuje wspólne lecznictwo uzdrowiskowe dzieci i dorosłych. W niektórych uzdrowiskach w tych samych obiektach miejsca dla dzieci zamieniane są na miejsca dla dorosłych. Również dzieci i młodzież korzystają z leczenia w placówkach dla dorosłych. Dlaczego więc w wypadku posiadania przez dane uzdrowisko odpowiednich kierunków leczniczych, nie można stworzyć warunków dla wspólnego leczenia dzieci i opiekunów. Nie muszą to być konieczne rodzice, ale np. dziadkowie.

Kolejną grupę stanowią czynniki o charakterze psychologiczno-społecznym. W pierwszej kolejności możemy tutaj wymienić obawy rodziców przed wysłaniem dzieci, zwłaszcza małych, na długi okres (21-27 dni) leczenia bez opieki (w przypadku świadczeń bez obecności opiekuna). Z drugiej są to także obawy dzieci przed rozłąką z rodzicami. Jak twierdzi D. Leszczyńska, która kieruje Zespołem Szkół Specjalnych przy Szpitalu Uzdrowiskowym „Słoneczko” w Kołobrzegu, u małego dziecka stres z tym związany może niweczyć pozytywne skutki leczenia [14].

Często pojawiają się opinie, że większość rodziców/opiekunów prawnych jest zainteresowana leczeniem dzieci tylko w okresach wolnych od nauki. Ale prawdopodobnie wynika to z braku wiedzy rodziców na temat możliwości i sposobu kontynuowania edukacji szkolnej w trakcie leczenia, w których nauczyciele i odpowiednio przygotowane osoby pomagają dziecku także w zadaniach domowych i nauce własnej, często pomagając nadrabiać zaległości spowodowane absencją w szkole. W szkołach tych odbywają się także egzaminy kończące szkołę podstawową czy gimnazjum, a także olimpiady przedmiotowe.

Niektóre dzieci mogą obawiać się negatywnych reakcji rówieśników ze szkoły macierzystej. Dzieci niestety bywają czasami bezwzględne i nietolerancyjne, i jeśli nie są w dostateczny sposób wyedukowane, mogą wyśmiewać swoich chorych kolegów. Sytuację tę potęguje fakt, że pobyt w sanatorium większość społeczeństwa kojarzy z osobami starszymi i niedołącznymi. Poza tym powodem wykluczenia z grupy może być dłuższa nieobecność dziecka w szkole.

Jednym z powodów niewysyłania dzieci na leczenie w trakcie roku szkolnego jest to, że rodzice nie chcą przerywać także zajęć dodatkowych, w których uczestniczą ich dzieci.

Wielu rodziców szuka w tej chwili informacji w Internecie. Na różnych forach rodzice mogą znaleźć opinie o zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i z pewnością nie będą chcieli wysłać dzieci do tych, które są źle oceniane. Ponieważ nie mają wpływu na wybór uzdrowiska, to rezygnują z przyznanego skierowania.

Powodem rezygnacji może być też niska atrakcyjność turystyczna danego uzdrowiska. Niektóre zakłady lecznictwa uzdrowiskowego położone są w małych miejscowościach nieposiadających innych (poza przyrodniczymi) walorów. Natomiast dzieci zazwyczaj oczekują też innego rodzaju atrakcji, zwłaszcza w przypadku złych warunków pogodowych. Z drugiej strony uzdrowiska atrakcyjne turystycznie mogą cieszyć się większym zainteresowaniem, jak np. te położone nad morzem – w sezonie letnim.

Kolejnym powodem ograniczającym liczbę skierowań jest brak wiary rodziców w skuteczność leczenia uzdrowiskowego.

Z kolei na korzyść leczenia uzdrowiskowego przemawia fakt, że pobyt dziecka w sanatorium czy szpitalu uzdrowiskowym ma poza leczeniem inne pozytywne strony, które powinny być propagowane. Należą do nich między innymi nauczenie się przez dzieci:

- życia z chorobą przewlekłą i zrozumienie jej mechanizmów, a także zmiany zachowań zdrowotnych;
- w przypadku chorób metabolicznych, takich jak: cukrzyca czy otyłość – prawidłowego odżywiania;
- samodzielności;
- funkcjonowania w grupie rówieśniczej (dzieci i młodzież coraz więcej czasu spędzają przed ekranem telewizora lub przy komputerze., a w dobie Interne-

tu zanika umiejętność nawiązywania i utrzymywania bezpośrednich relacji między ludźmi i w dużej mierze dotyczy to także najmłodszych członków społeczeństwa).

Dla dzieci z rodzin uboższych, których nie stać na wspólne wyjazdy z dziećmi ani opłacenie im pobytu na obozie czy koloniach, jest to czasami jedyna możliwość okresowej zmiany klimatu. Dotyczy to zwłaszcza dzieci pochodzących z obszarów zanieczyszczonych.

Ostatnią wyróżnioną przez autorkę grupę uwarunkowań stanowią te o charakterze marketingowym.

W Polsce nie promuje się leczenia uzdrowiskowego dzieci i młodzieży. W przychodniach nie ma ulotek, ani innych informacji na temat możliwości oraz zalet leczenia uzdrowiskowego dzieci i młodzieży. Propagowaniem takiej formy nie są często zainteresowani także lekarze, gdyż wiąże się to dla nich ze żmudną procedurą wypisywania skierowań i kierowania na dodatkowe badania. Często, jak już wcześniej wspomniano, nie wierzą oni także w skuteczność leczenia uzdrowiskowego.

Nie docenia się roli badań marketingowych, które mogłyby dostarczyć wielu cennych informacji. Wskazane byłoby przeprowadzenie badań jakościowych, np. w formie zogniskowanych wywiadów grupowych zarówno z rodzicami dzieci chorych, którzy nie wykorzystują przyznanych skierowań, jak również z tymi, którzy w ogóle nie starają się o leczenie uzdrowiskowe swoich dzieci, co pozwoliłoby poznać przyczyny braku popytu na leczenie uzdrowiskowe. Kolejnym obszarem, w którym można wykorzystać badania marketingowe, mogłyby być szeroko pojęte badania satysfakcji z pobytu i leczenia dziecka w uzdrowisku, umożliwiające dokonanie (w miarę posiadanych środków) odpowiednich zmian. Należy pamiętać o zasadzie, że „zadowolony klient jest najtańszą formą reklamy”, a dodatkowo chętnie wróci na kolejny turnus.

Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe muszą dostosowywać swój produkt do potrzeb kuracjuszy, z uwagi na konkurencję zarówno ze strony innych podmiotów krajowych, jak i uzdrowisk zagranicznych np. węgierskich, słowackich oferujących ofertę dla osób w różnym wieku, zwłaszcza, że część pacjentów stanowią kuracjusze komercyjni, którzy płacąc za swój pobyt, wybierają sami (w przypadku dzieci i młodzieży – są to rodzice lub opiekunowie) placówkę, w której chcą się leczyć.

Polskie uzdrowiska nie mogą się koncentrować wyłącznie na ludziach starszych także ze względów wizerunkowych. Często są postrzegane jako nudne miejsca, do których przyjeżdżają starzy i schorowani ludzie. Obecność lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży może pomóc w zmianie tego wizerunku.

Uwagi końcowe

Jak podkreśla J. Szymborski konieczność ochrony zdrowia i inwestowania w rozwój dzieci i młodzieży może wynikać z przesłanek: moralnych, medycznych, społecznych i ekonomicznych, a także jest obowiązkiem wynikającym z przepisów Konstytucji RP oraz Konwencji o prawach dziecka [33]. Natomiast jego zdaniem „zdrowie młodzieży w Polsce jest najbardziej zaniedbywanym, marginalizowanym i ignorowanym obszarem medycyny i polityki zdrowotnej” [32]. Dotyczy to także lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży.

Pomimo tego, że jak twierdzi Ministerstwo Zdrowia [22] „lecznictwo uzdrowiskowe powinno być przede wszystkim kontynuacją leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, a w ograniczonym stopniu wykorzystywane do działań profilaktycznych”, to w tym samym dokumencie pojawia się propozycja zastanowienia się nad sposobem innego postrzegania leczenia uzdrowiskowego i wykorzystywania go w większym stopniu np. w leczeniu otyłości u dzieci, która jest przyczyną wielu poważnych chorób. W wielu opracowaniach dotyczących medycyny uzdrowiskowej, jako zadania lecznictwa uzdrowiskowego wymienia się: leczenie chorób przewlekłych, rehabilitację, profilaktykę i edukację zdrowotną. Według I. Ponikowskiej – Krajowego Konsultanta w dziedzinie Balneoklimatologii i Fizjoterapii, część oddziałów sanatoryjnych w uzdrowiskach może pełnić funkcję pierwotnej prewencji medycznej w wielu chorobach cywilizacyjnych. Podstawę profilaktyki stanowi z jednej strony dążenie do zmiany patogenicznego modelu życia i zachowania człowieka, a z drugiej – wzmacnianie naturalnych mechanizmów obronnych i dlatego szeroko rozumiana profilaktyka może być realizowana właśnie w uzdrowiskach [25].

Inwestowanie w edukację oraz zdrowie dzieci i młodzieży przynosi największe zyski w formie poprawy zdrowia narodu i dobrobytu społeczeństwa, a szczególną troską powinno się otaczać dzieci i młodzież z chorobami przewlekłymi [31]. Zdaniem W.A. Zatońskiego budowanie zdrowia daje siłę oraz poczucie szczęścia członkom społeczeństwa, a jednocześnie umacnia państwo [35].

Być może wyjazd leczniczy do uzdrowiska może okazać się jedną z tańszych form profilaktyki, w myśl zasady, że „lepiej zapobiegać niż leczyć”. Jak podkreśla K. Krystosik-Łasecka „złotówka wydana dziś na leczenie uzdrowiskowe dzieci, to kilkadziesiąt, jeśli nie kilkaset złotych oszczędności na leczeniu dziecka, na zwolnieniu z pracy matki” [11]. Dlatego też bezpośredni rachunek ekonomiczny nie może być jedynym kryterium decydującym o funkcjonowaniu lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży. Zanim podejmie się decyzję o jego likwidacji, należy zastanowić się, jaki będzie koszt społeczny takiego działania, gdyż może być to proces nieodwracalny.

Jednakże funkcjonowanie systemu nie może się odbywać kosztem przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Państwo musi czynnie zaangażować się w ratowanie lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży poprzez:

- urealnienie stawki osobodnia w taki sposób, aby pokrywała ona w rzeczywistości koszty pobytu, wyżywienia, leczenia i opieki, a także remontów i modernizacji budynków, w których prowadzi się leczenie uzdrowiskowe dzieci;
- stworzenie systemu promocji tego typu leczenia, gdyż wielu rodziców nie zdaje sobie sprawy z tego, że ono istnieje i że jest połączone z kontynuacją edukacji szkolnej;
- zachęcanie lekarzy do wypisywania skierowań na leczenie uzdrowiskowe;
- stworzenie rodzicom/opiekunom możliwości wyboru miejsca i terminu leczenia;
- stworzenie możliwości wspólnego leczenia dzieci i opiekunów (niekoniecznie rodziców, ale np. dziadków), jeśli uzdrowisko posiada odpowiednie profile;
- zmiana niektórych przepisów prawa oraz niewłaściwej organizacji leczenia dzieci i młodzieży.

Należy dodać, że pomimo wielu spotkań oraz inicjatyw osób i środowisk zainteresowanych dalszym funkcjonowaniem lecznictwa uzdrowiskowego dla dzieci i młodzieży, niestety w okresie ostatnich kilku lat niewiele udaje się zrobić w kwestii jego ratowania.

Dlatego jako główna konkluzja, niech posłuży cytat, że „dziecięce lecznictwo uzdrowiskowe potrzebuje skutecznych Przyjaciół i mądrych decyzji” [11].

Piśmiennictwo

1. Duraj I. *Jeśli nie lecznictwo uzdrowiskowe dla dzieci, to co?*, (wywiad z A. Mrózek), <http://www.mp.pl/kurier/69798>
2. Duraj I. *Leczmy dzieci w uzdrowiskach* (wywiad z dr med. A. Walawskim, pediatrą, dyrektorem ds. lecznictwa „Uzdrowiska Rabka” S.A.) <http://pediatria.mp.pl/wywiady/show.html?id=76648>
3. *Dzieci korzystające ze świadczeń pomocy społecznej w Polsce w 2011r. Studia i analizy statystyczne*, red. K. Jakóbk, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2013.
4. *Historia uzdrowiska Łądek – Zdrój*, <http://www.ziemiaklodzka.pl/uzdrowiska/historia-uzdrowiska-ladek-zdroj>
5. *Historia uzdrowiska Rabka* <http://www.rabka.pl/index.php?dzial=2&dok=11>
6. Hurkała T., *Ratujmy lecznictwo uzdrowiskowe dla dzieci*, Biuletyn Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP, „Jedziemy do wód” 2011, nr 1 i 2, s. 85 - 92.
7. Kalmus P., *Uzdrowisko. Tradycja i nowoczesność. Na jakim etapie jesteśmy?*, w: *XIV Kongres Uzdrowisk Polskich*, 12-15 maja 2005, Kołobrzeg 2005, s.33.
8. *Kołobrzeskie uzdrowisko* (<http://www.pieknykolobrzeg.pl/ni-uzdrowisko.html> Korkuć M., Perspektywy lecznictwa uzdrowiskowego dzieci w Polsce, Praca dyplomowa pod kier. dr Elżbiety Wabiszewskiej, Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w Szczecinie Wydział Przedsiębiorczości w Kołobrzegu, Kołobrzeg 2010.
9. Kosowski A., Jabłońska B., Teter Z., *Sytuacja lecznictwa uzdrowiskowego dla dzieci w Polsce*, Acta Balneologica, 2010, LII,4; 291-295, http://actabalneologica.pl/pl/articles/item/19409/sytuacja_lecznictwa_uzdrowiskowego_dla_dzieci_w_polsce
10. Krystosik-Łasecka K., *Walory lecznicze klimatu kołobrzeskiego*, Kołobrzeg 26 marca 2012, referat, Obchody Świątowego Dnia Zdrowia w Szpitalu Uzdrowiskowym „Słoneczko” Kołobrzeg 26 marca 2012,

11. *Lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce w latach 2000-2010. Informacje i opracowania statystyczne*, kier. K. Jakóbiak, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2011.
12. Leszczyńska D., Hok M., *Zapytanie do Ministra Skarbu Państwa w sprawie projektu z dnia 13.06.2012 r. Rozporządzenia Ministra Skarbu Państwa w sprawie wykazu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonych w formie jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, które nie będą podlegać prywatyzacji*, materiały niepublikowane
13. Leszczyńska D. *Sytuacja Dziecięcych Szpitali Uzdrowiskowych na przestrzeni ostatnich 12 lat*, materiały niepublikowane.
14. Marciniak G., Szymborski J., *Przyszłość demograficzna, a ochrona zdrowia*, [w:] *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski*, red. J. Szymborski, Biuletyn RPO. Materiały nr 68, Warszawa 2010, s. 113-139.
15. Mirek J., *Czynniki wpływające na funkcjonowanie i rozwój polskich uzdrowisk*, w: *Turystyka uzdrowiskowa. Stan i perspektywy*, red. M. Boruszczak, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2009.
16. Mirek J., *Organizacyjno-prawne aspekty lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży*, Zeszyty Naukowe „Ekonomiczne Problemy Turystyki”, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego (w druku)
17. Mirek J., *Organizacyjno-prawne uwarunkowania funkcjonowania i rozwoju usług uzdrowiskowych w Polsce*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Nr 694, Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu nr 22, s. 115-125
18. Mirek J., *Spoleczno - ekonomiczne uwarunkowania funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce*, Zeszyty Naukowe Politechniki Rzeszowskiej / Zarządzanie i Marketing / Kwartalnik, Zeszyt 17, 1/2010, s. 257-266
19. Mirek J., *Współczesne tendencje i uwarunkowania funkcjonowania i rozwoju turystyki uzdrowiskowej dzieci i młodzieży w Polsce*, Handel Wewnętrzny (w druku)
20. Odpowiedź Sekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia Sławomira Neumanna na pismo Rzecznika Praw Dziecka, Marka Michalaka do Ministra Zdrowia RP Bartosza Arłukowicza z dnia 8.08.2012, http://www.brpd.gov.pl/wystapienia/wyst_2012_08_07_mz.pdf
21. Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia (Cezarego Rzemka) – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 21097 w sprawie zagrożenia istnienia sanatoriów oraz uzdrowisk dla dzieci i młodzieży, na przykładzie uzdrowiska w Rabce Zdroju z dnia 28 marca 2011r., <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/1583D982>
22. Ponikowska I., *Kierunki lecznicze polskich uzdrowisk*, w: *Zdrowie i wypoczynek. Wielka księga polskich uzdrowisk, kąpielisk nadmorskich i miejscowości o walorach klimatyczno-zdrojowych*, red. Z. Franczukowski, Mirex, Bydgoszcz 2008.
23. Ponikowska I., Ferson D., *Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa*, Medi Press, Warszawa 2009.
24. Ponikowska I., *Podstawy kliniczne balneologii i medycyny fizykalnej*, <http://www.zdrowie.med.pl/czytelnia/012.html>
25. Ponikowska I., *Podstawy teoretyczne i kliniczne lecznictwa uzdrowiskowego*, http://balneoklinika.republika.pl/ptbimf/art_nades2.htm
26. *Rocznik demograficzny*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. 2009 nr 139 poz. 1136) wraz z późniejszymi zmianami.
28. Strzelecki Z., Witkowski J., Nowak L., *Perspektywy demograficzne Polski*, [w:] *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski*, red. J. Szymborski, Biuletyn RPO. Materiały nr 68, Warszawa 2010, s. 61-83.
29. Szczepaniak S., *Lecznictwo uzdrowiskowe dzieci – kryzys czy kres?*, prezentacja multimedialna, XXII Kongres Uzdrowisk Polskich 3-5 czerwca 2013.

30. Szymborski J., *Dziecko przewlekle chore i/lub niepełnosprawne w szkole – jak poprawić jego szanse rozwojowe?*, [w:] *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski*, red. J. Szymborski, Biuletyn RPO. Materiały nr 68, Warszawa 2010, s. 177-194.
31. Szymborski J., *System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w Polsce. Stan i zagrożenia*, Rządowa Rada Ludnościowa, Biuletyn 53, Warszawa 2008, s. 110-127.
32. Szymborski J., *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce, zarys diagnozy i kierunków poprawy*, [w:] *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, red. J. Szymborski, Tom II, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 40 – 64.
33. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej (Dz. U.2005.167.1399) wraz z późniejszymi zmianami.
34. Zatoński W.A., *Rozwój sytuacji zdrowotnej w Polsce*, [w:] *ZDROWIE PUBLICZNE*, Monografie, Tom I/2012, red. J. Szymborski, W.A. Zatoński, Wszechnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie, Warszawa 2012, s. 11-21
35. *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku*, Studia i analizy statystyczne, kier. K. Jakóbk, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2011.
36. *Zdrowie i wypoczynek. Wielka księga polskich uzdrowisk, kąpielisk nadmorskich i miejscowości o walorach klimatyczno-zdrojowych*, red. Z. Franczukowski, Mirex, Bydgoszcz 2008.

Jolanta Mirek

Streszczenie

Niniejsze opracowanie stanowi próbę analizy sytuacji lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży w Polsce, a także identyfikacji szans i barier dalszego jego funkcjonowania. Artykuł ma charakter poglądowy. Wykorzystano w nim dostępne dane wtórne, pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego oraz z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Zostały one zaprezentowane w różnych ujęciach w formie tabelaryczno-graficznej. Wyniki tych analiz wskazują niekorzystną tendencję w odniesieniu do lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży. Ogólnie co roku zmniejsza się liczba dzieci i młodzieży korzystających z leczenia w uzdrowiskach, ograniczana jest liczba miejsc dla tej grupy wiekowej na korzyść osób dorosłych, a także maleją nakłady finansowe na ten rodzaj terapii. Sytuację tę potwierdzają dalsze rozważania, gdzie w oparciu o literaturę, źródła internetowe i informacje pochodzące z najważniejszych uzdrowisk dziecięcych oraz od niektórych rodziców, znaleziono więcej czynników ograniczających funkcjonowanie lecznictwa uzdrowiskowego dzieci i młodzieży w Polsce, niż tych które mu sprzyjają. Autorka podkreśliła rolę państwa w ratowaniu tej formy lecznictwa zarówno poprzez odpowiednią organizację, adekwatne do kosztów finansowanie, jak również jej promowanie, ze względu na niski poziom wiedzy wśród rodziców jak i lekarzy. Istnieje bardzo niewiele opracowań na ten temat.

Słowa kluczowe

uzdrowiska, uzdrowiska dziecięce, lecznictwo uzdrowiskowe, lecznictwo uzdrowiskowe dzieci i młodzieży, zdrowie, zdrowie dzieci i młodzieży

Summary

This paper is an attempt to analyze the situation of the health resort treatment of children and adolescents in Poland and also identification its opportunities and barriers of further functioning. It is a review article. In the paper has been used available secondary data, from the Central Statistical Office and the Office of the National Health Fund. They were presented from different perspectives in the tabular-graphic form. Results of these analyzes indicate an unfavorable trend for health resort treatment of children and adolescents. Generally every year, the number of children and young people benefiting from treatment in health resorts is decreasing, the number of places for this age group is limited for the benefit of adults, as well as expenditures for this type of therapy are decreasing. This situation is confirmed by further considerations, which based on the literature, internet sources, information from the most important health resorts of children and from some parents. Found factors are more limiting the functioning of health resorts of children and youth in Poland, than foster it. The author emphasized the role of the state in saving that form of treatment both by adequate organizations, by adequate to costs financing, as well as its promoting, due to the low level of knowledge in this area among parents and doctors. There are very few studies on this topic.

Keywords

health resorts, health resort for children and adolescents, the health resort medical treatment, the health resort medical treatment of children and adolescents, health, health of children and adolescents

Jolanta Mirek, dr nauk ekonomicznych, pracownik Katedry Analizy Rynku i Badań Marketingowych Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. Jednym z obszarów jej zainteresowań naukowych i dydaktycznych jest szeroko pojęta tematyka funkcjonowania uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego kuracjuszy. Autorka ponad 50 publikacji naukowych. Uczestniczyła w projekcie Instytutu Turystyki w Krakowie „Partnerstwo na rzecz adaptacyjności i modernizacji uzdrowisk województwa małopolskiego”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.