

Danuta Michałowska

Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu

damichal@amu.edu.pl

KONCEPCJE ZDROWIA I CHOROBY JAKO PODSTAWY KONSTRUOWANIA PODEJŚĆ DO EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Streszczenie

Edukacja prozdrowotna ma do dyspozycji różne koncepcje zdrowia i choroby człowieka żyjącego w określonym środowisku biologicznym, psychologicznym i społecznym. Choroba i zdrowie mogą być jednak różnorodnie rozumiane i definiowane. Może to wpływać na cele, dobór treści i metod nauczania w szkole z zakresu edukacji prozdrowotnej. W artykule omówione są czynniki wpływające na zdrowie człowieka. Przedstawione są doniesienia o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce u progu XXI wieku. Ostatni wątek dotyczy celów edukacji prozdrowotnej w szkole i społeczeństwie.

Słowa kluczowe: *zdrowie, choroba, edukacja prozdrowotna, promocja zdrowia, profilaktyka, terapia*

THE CONCEPTIONS OF HEALTH AND ILLNESS AS BASES OF CONSTRUCTION IN APPROACHES TO HEALTH EDUCATION

Abstract

Health education may includes different theories of health and illness of a man, who lives in biologic, psychological and social environment. There are various understanding and definitions of health and illness. It may have influence on aims, school program of health promoting education and the way of teaching. Next the paper describes elements which are important for health. It contains information



about the health state of children at the beginning of the XXI age. The last item deal with aims of health promoting education in school and society.

Key words: *health, illness, health education, health promotion, prophylaxis, therapy*

Danuta Michałowska

KONCEPCJE ZDROWIA I CHOROBY JAKO PODSTAWY KONSTRUOWANIA PODEJŚĆ DO EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Edukacja prozdrowotna zgodnie z reformą oświaty jest integralną częścią programu nauczania w szkole. Realizowana jako ścieżka międzyprzedmiotowa ma wyposażyć uczniów w wiedzę dotyczącą zdrowia i czynników warunkujących zdrowie oraz umiejętności osiągnięcia, utrzymywania i doskonalenia stanu zdrowia. Jednym ze sposobów osiągnięcia tych celów jest stosowanie metod tradycyjnych w kształceniu poprzez wykład, dyskusję lub pogadankę. Innym sposobem jest wykorzystywanie metod aktywizujących ucznia na różnych poziomach, nie tylko intelektualnym, ale także emocjonalnym czy społecznym. Podstawy wiedzy z zakresu edukacji prozdrowotnej powinien posiadać każdy, kto profesjonalnie zajmuje się wychowaniem oraz edukacją dzieci i młodzieży. Kreowanie jednostki rozwijającej się w harmonijny sposób dbającej o swoje dobre samopoczucie psychofizyczne i funkcjonowanie społeczne jest jednym z najlepszych sposobów przeciwdziałania wystąpieniu niepożądanych zjawisk międzyludzkich oraz różnych zaburzeń zdrowotnych, typowych dla współczesnego człowieka (agresja, nieumiejętność rozwiązywania konfliktów w sposób konstruktywny, osamotnienie, stres, zaburzenia w odżywianiu: otyłość, anoreksja, uzależnienia itp.).

KONCEPCJE ZDROWIA I CHOROBY

Edukacja prozdrowotna ma do dyspozycji różne koncepcje zdrowia i choroby człowieka żyjącego w określonym środowisku bio – psycho - społecznym. Zależnie od tego, która z tych koncepcji zostanie przyjęta, taki kształt edukacji zostanie określony w zakresie celów, doboru treści nauczania oraz metod kształcenia.



Wyróżniamy trzy kategorie definicji zdrowia: biologiczne, funkcjonalne, biologiczno – funkcjonalne (Roman, 1994). W definicjach kategorii biologicznej akcentuje się somatyczny stan jednostki o parametrach określonych przez nauki medyczne. Definicje funkcjonalne skupiają się na aspekcie zdrowia jako warunku efektywnego uczestnictwa w życiu społecznym. „Zdrowie jest to stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról i zadań wyznaczonych przez proces socjalizacji” (Parsons, 1969). Natomiast definicje w kategoriach biologiczno – funkcjonalnych opierają się na założeniu, że analiza zdrowia powinna uwzględniać wszystkie trzy sfery życia człowieka: biologiczną, psychiczną i społeczną (np. definicja zdrowia wg WHO).

Aspekt kulturowy jest innym ważnym czynnikiem różnicującym, szczególnie wtedy, gdy zajmujemy się określeniem kryterium zdrowia, choroby, profilaktyki oraz rozpatrujemy wartości, jakie nadaje się zdrowiu człowieka w różnych kulturach (Syrek, 1997). Zdrowie rozpatrywane w aspekcie kulturowym i traktowane jako wartość, może być rozumiane jako swoiste zespoły poglądów, norm, zwyczajów oraz wzorów zachowań. Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych, „to społecznie ujawnione przez jednostki sposoby chronienia uznawanych w danej grupie wartości, określanych w kulturze tej grupy mianem zdrowia i stanowiących nieodłączny element kultury grupy, przekazywane w procesie socjalizacji” (Roman, 1994).

Wg Manciaux zdrowie jest stanem dynamicznej równowagi między jednostką, społeczeństwem a środowiskiem. Natomiast Dubos określa zdrowie jako zdolność stałego przystosowania się do zmieniających się warunków oraz umiejętność przygotowania się do tego, co może nastąpić w przyszłości (Bożkowa, Sito, 1994).

Odmienne podejście poszczególnych gałęzi nauki do zagadnień zdrowia i choroby wpływa na różnorodne ich definiowanie. W związku z tym możemy wyróżnić następujące modele zdrowia i choroby:

1. Model biomedyczny,
2. Model socjomedyczny,
3. Model psychologiczny,
4. Model socjoekologiczny.

W biomedycznym modelu, pojęcie choroby jest definiowane w kategoriach anatomii, fizjologii, biochemii, mikrobiologii, natomiast zdrowie jako zagadnienie teoretyczne nie jest brane pod uwagę. Zdrowie rozumiane jest w kategoriach



negatywnych jako brak choroby, czyli brak zakłóceń w przebiegu procesów biologicznych w organizmie człowieka. Choroba jest zaburzeniem funkcjonowania układu, narządu, tkanki, czy komórki, a działania lecznicze są skierowane na chore części organizmu człowieka (Capra, 1987).

Model socjomedyczny przedstawia chorobę nadal jako dewiację biologiczną, wymagającą lekarskiej interwencji, ale także jako dewiację społeczną, gdzie konkretne działania analizuje się w kontekście norm i wartości, stosunków społecznych i zachowań człowieka uwikłanych w problemy zdrowia i choroby (Clark, 1978).

W definicjach zdrowia i choroby w ujęciu psychologicznym podkreślony został aspekt relacji, jakie zachodzą między psychiką, a funkcjami organizmu człowieka. Zdrowie i choroba są stanami organizmu zdeterminowanymi przez czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne, których oddziaływanie może przebiegać z różnorodnym i zmieniającym się natężeniem, w każdym indywidualnym przypadku. Podkreśla się „salutogenność” psychologicznych koncepcji zdrowia, ponieważ wykraczają poza problemy etiologii, przebiegu, leczenia i rehabilitacji chorób i skupiają uwagę na zdrowiu definiowanym pozytywnie oraz czynnikach i działaniach sprzyjających jego zachowaniu, umacnianiu i rozwojowi. Warto podkreślić, że zdrowie jest tutaj przeważnie definiowane jako dynamiczny proces, który analizuje się w przebiegu czasowym, rejestrując zmiany pojawiające się w odpowiedzi na wyzwania środowiska wewnętrznego i/lub zewnętrznego. Ponadto człowiek jest traktowany tutaj podmiotowo, posiada prawo decydowania o swoim zdrowiu i brania za nie odpowiedzialności. Zdrowie, zdeterminowane wielością i złożonością czynników, jest pewnym zasobem, zdolnością do sprostania wymaganiom życia, osiągnięcia celów i utrzymywaniu równowagi. Choroba natomiast pojawia się w sytuacji braku lub wyczerpania się energii, zasobów, czy umiejętności, aby sprostać wymaganiom i obciążeniom oraz, aby zachować poczucie równowagi i harmonii (Heszen - Niejodek, Broome, 1991; Heszen-Niejodek, 1995; Sęk, Ścigała, Beisert, Bleja, 1995; Antonovsky 1995).

W modelu socjoekologicznym zdrowie jest zdolnością człowieka do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości prowadzenia produktywnego i sensownego życia w sferze społecznej, jak i osobistej. Zdrowie i choroba są tu holistycznie ujmowane w oparciu o systemową teorię



organizmów żywych, zgodnie z którą wszechświat jest dynamicznym układem wzajemnie powiązanych i oddziałujących na siebie elementów, układających się w hierarchiczne pod względem złożoności struktury, stanowiące ekosystem. Zdrowie jest definiowane jako prawidłowy stan ekosystemu, w którym istnieje dynamiczna równowaga jego podsystemów, natomiast choroba jest brakiem równowagi, dysharmonią, czy brakiem integracji między poszczególnymi elementami systemu na różnych poziomach jego organizacji. Zdrowie obejmuje wszystkie aspekty życia człowieka w wymiarze jednostkowym, społecznym i ekologicznym (Puchalski, 1990; Sęk, Ścigała, Beisert, Bleja, 1992; Capra, 1987; Hołysz, 1994).

Narodowy Program Zdrowia, którego realizacja miała obejmować lata 1996-2005 przyjmuje definicję zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia, jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby lub niepełnosprawności. Ponadto według strategii „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” przyjęto rozumienie zdrowia jako:

- wartości, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągnięcia satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie z nim,
- zasobu czy bogactwa dla całego społeczeństwa, gwarantującego jego rozwój społeczny i ekonomiczny, tworzenie dóbr materialnych i kulturowych,
- środek (warunek) do osiągnięcia lepszej jakości życia, czyli sprawnego funkcjonowania do późnej starości, większej wydajności w pracy i lepszych dzięki temu zarobków oraz ogólnie rozumianej satysfakcji z życia.

Tak rozumiane zdrowie jest stanem dynamicznym, zmieniającym się w ciągu życia jednostki. Dlatego najczęściej podejmowane działania to: profilaktyka (zapobieganie chorobom), promocja zdrowia (doskonalenie, pomnażanie zdrowia i zwiększanie jego potencjału) oraz leczenie i rehabilitacja (Narodowy Program Zdrowia (NPZ) – 1996 - 2005). Ten sposób określania zdrowia jest podstawą tworzenia programów edukacji prozdrowotnej w polskiej szkole i podejmowania działań na rzecz polepszania i doskonalenia stanu zdrowia całego społeczeństwa.

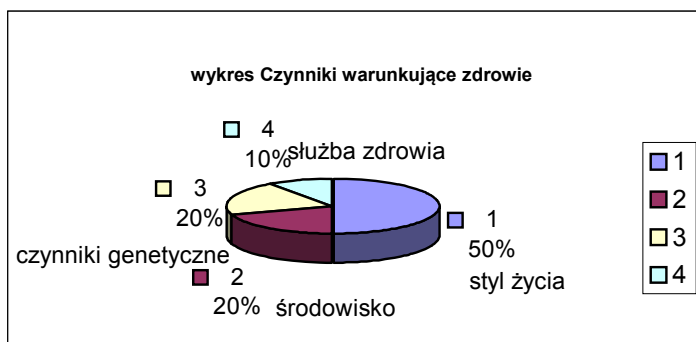
CZYNNIKI WARUNKUJĄCE ZDROWIE

Narodowy Program Zdrowia wyodrębnił cztery grupy czynników, które wpływają na zdrowie:

- styl życia – 50%- 60%,
-



- środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy – ok. 20%,
- czynniki genetyczne – 20 %,
- służba zdrowia, która może rozwiązać 10 –15% problemów zdrowotnych (Narodowy Program Zdrowia (NPZ) – 1996 - 2005).



Rysunek 1. Czynniki warunkujące zdrowie.

Źródło: Narodowy Program Zdrowia (NPZ) – 1996 - 2005, w: Lider nr 1'97, s. 13-20,

Styl życia okazuje się być najistotniejszym czynnikiem wpływającym na zdrowie i, co nie jest bez znaczenia, jednostka może poddawać go swojej kontroli. Pojęcie stylu życia w języku potocznym może być rozumiane jako określony sposób życia oraz pewna liczba wzorów konsumpcji, które mają znaczenie dla zdrowia lub też jako określone zachowania i zwyczaje preferowane przez daną osobę z jej własnej woli.

Styl życia to charakterystyczna dla jednostek i grup konfiguracja codziennych zachowań podejmowanych w wybranych sferach aktywności życiowej. Te sfery życia to m.in.: odżywianie (jakość i regularność posiłków), stosowanie używek (tytoń, alkohol, narkotyki), aktywność fizyczna, sposób spędzania wolnego czasu, nawyki higieniczne (m.in. higiena snu), profilaktyka lekarska, kontakty interpersonalne. Styl życia obejmuje stałe tendencje w wyborze określonych wartości, czynności, przedmiotów, a jego cechą immanentną są zachowania podejmowane z pewną regularnością (Kasperek, 1999; Jawłowska, 1978; Siciński, 1976).

Styl życia jest pojęciem szerszym, to nie tylko zachowania, ale również postawy i ogólna filozofia życia jednostki. Na styl życia mogą wpływać czynniki natury subiektywnej: przekonania jednostki, jej system wartości oraz czynniki obiektywne: środowisko zewnętrzne, środowisko społeczne i kulturalne, ogólna sytuacja polityczno – ekonomiczna. Wzorce rodzinne i społeczne kształtują

indywidualny sposób życia człowieka, wpływają na występowanie zachowań pro lub antyzdrowotnych (Pułtorak, Woynarowska, Murzyńska, 1996).

Inna definicja stylu życia brzmi: „styl życia to wzory wyborów zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno – ekonomicznej i łatwości, z jaką są w stanie przedłożyć określone zachowania nad inne.” Jest to połączenie świadomości indywidualnej jednostki, jej doświadczeń i wzorów zachowań ze wzorami bardziej ogólnymi dla całego społeczeństwa. Pozwala to planować działania w sferze polityki zdrowotnej oraz promocji zdrowia w edukacji.

Według WHO termin „styl życia”, który jest esencją wcześniejszych definicji, oznacza sposób życia oparty o wzajemny związek pomiędzy warunkami życia w szerokim sensie a indywidualnymi wzorami zachowań, zdeterminowanymi przez czynniki społeczno – kulturowe i cechy indywidualne (Kasperek, 1999).

Styl życia warunkowany jest przyjęciem określonej postawy wobec zdrowia, prozdrowotnej lub antyzdrowotnej i jest jej odzwierciedleniem. Przejawia się przede wszystkim w podejmowaniu lub zaniechaniu zachowań prozdrowotnych, które stanowią jeden z komponentów postawy prozdrowotnej.

Postawa prozdrowotna zawiera w sobie:

1. Komponent poznawczy, który odnosi się do poziomu wiedzy na temat zdrowia, zachowań zdrowotnych i zdrowego stylu życia.
2. Komponent emocjonalny, który jest przejawem stosunku i zaangażowania emocjonalnego oraz motywacji do zdobywania informacji na temat własnego zdrowia oraz podejmowania określonych działań zmierzających ku utrzymaniu bądź polepszeniu zdrowia. Pozwala odpowiedzieć na pytanie, jakimi pobudkami kierują się ludzie dbając o swoje samopoczucie psychofizyczne oraz wykazując zainteresowanie lub jego brak wiedzą na temat zdrowia i zdrowego stylu życia.
3. Komponent behawioralny, który jest zespołem określonych zachowań, podejmowanych codziennie działań, określających styl życia jednostki. Zachowania te mogą być prozdrowotne lub antyzdrowotne.

Postawy prozdrowotne określane są przez te formy aktywności człowieka, które przyczyniają się do utrzymania i przywracania jego zdrowia. W psychologii społecznej postawa odnosi się do sposobu ustosunkowania się jednostki wobec różnych zjawisk, czyli np. dostrzegania w danym zjawisku jakieś wartości, mniejszej



lub większej lub jej braku. Sposób ustosunkowania się pozytywnie lub negatywnie wobec jakiegoś zjawiska, w naszym wypadku odnosi się do zdrowia i zachowań zdrowotnych.

Codziennie zachowania zdrowotne stanowią komponent naszej postawy wobec zdrowia i określają nasz styl życia. Wybór określonego wzoru zachowania będzie zależał od czynników natury poznawczej i emocjonalnej oraz od ograniczeń i sprzeczności występujących w otaczającym świecie społecznym. Wzory zachowań mogą być kształtowane pod wpływem czynników środowiskowych oraz indywidualnej samodzielności i charakteryzować się korzystnym, bądź nie, wpływem na zdrowie. Wzory zachowań składają się z wyuczonych reakcji, nabytych i utrwalonych w procesie socjalizacji i wychowania, w trakcie interakcji społecznych z rodziną, grupą rówieśniczą, środkami masowego przekazu itd. Podlegają one ciągłym zmianom w oparciu o nowe doświadczenia i interpretacje danych sytuacji (Kickbusch, 1994; Siciński, 1978).

Zachowania zdrowotne, które stanowią jeden z komponentów postawy prozdrowotnej są określane jako wszystkie działania lub ich zaniechanie, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na nasze zdrowie. Zachowania zdrowotne możemy ogólnie podzielić na zachowania antyzdrowotne i prozdrowotne.

Zachowania sprzyjające zdrowiu, inaczej prozdrowotne są to m.in. aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, utrzymywanie czystości ciała i otoczenia, zachowanie bezpieczeństwa, utrzymywanie dobrych relacji z innymi, radzenie sobie ze stresem.

Zachowania szkodliwe dla zdrowia – zachowania antyzdrowotne są to m.in. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, leków i innych środków uzależniających, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem i w sytuacjach trudnych.

Zachowania zdrowotne obejmują szeroki zakres aktywności człowieka. Nie powstała jak dotąd typologia zachowań prozdrowotnych, która byłaby zwarta i obejmująca cały ich obszerny repertuar. Myśląc o celu zachowań prozdrowotnych możemy podzielić je na takie, które ukierunkowane są na: ochronę zdrowia, zapobieganie chorobom, na poprawę i doskonalenie kondycji psychofizycznej, zwiększenie potencjału własnego zdrowia, jego rozwój oraz na ratowanie zdrowia, jego odzyskanie w przypadku wystąpienia zaburzeń i chorób. Możemy również podzielić zachowania prozdrowotne według kryterium zawartego w definicji zdrowia

WHO, ze względu na płaszczyzny, czy obszary funkcjonowania człowieka. Wyróżniamy:

1. zachowania prozdrowotne odnoszące się do zdrowia fizycznego: aktywność fizyczna, racjonalny sposób odżywiania, nie stosowanie używek (tytoń, alkohol, narkotyki), utrzymywanie czystości ciała i otoczenia, profilaktyczne badania lekarskie,
2. zachowania prozdrowotne odnoszące się do zdrowia psychicznego: radzenie sobie ze stresem i w sytuacjach trudnych, rozwiązywanie konfliktów w sposób konstruktywny, samoakceptacja, samosterowność,
3. zachowania prozdrowotne odnoszące się do zdrowia społecznego: utrzymywanie satysfakcjonujących relacji z innymi, asertywność; (Kasperek, 1999).

Zachowania zdrowotne i styl życia oraz postawy prozdrowotne mogą ulegać zmianie w ciągu całego życia człowieka. Najważniejszym okresem ich kształtowania się jest wczesne dzieciństwo i młodość, pod wpływem wiadomości i wzorów przekazywanych przez rodziców, szkołę, grupy rówieśnicze oraz środki masowego przekazu (Bożkowska, Sito, 1994). Nawyki i wzory nabyte w tym okresie są najsilniejsze i najczęściej powracają w późniejszych etapach życia. Możemy zatem przypuszczać, że ogromną rolę w powstawaniu i utrwalaniu się prozdrowotnych wzorców działania oraz w przyjęciu odpowiedniej filozofii życia, odgrywa tutaj edukacja prozdrowotna w szkole, stymulująca rozwój zachowań prozdrowotnych jednostki i modyfikująca zachowania stanowiące ryzyko dla zdrowia (Pułtorak, Woynarowska, Murzyńska, 1996).

Czynniki związane ze środowiskiem fizycznym oraz społecznym i kulturowym wpływają w 20% na stan zdrowia człowieka (Woynarowska, 1996). Środowisko naturalne i jego zanieczyszczenia (wody, powietrza, gleby), stopień industrializacji, zła organizacja miejsc pracy i wypoczynku, mogą być źródłem zachwianej równowagi zdrowotnej jednostki. Do czynników środowiskowych wpływających na stan zdrowia zalicza się także promieniowanie elektromagnetyczne sieciowe, promieniowanie mikrofalowe oraz radiowe, pochodzące z takich źródeł jak np. kuchenki mikrofalowe, telefony komórkowe, komputery. Innym źródłem zaburzeń funkcjonowania człowieka może być hałas. Jeśli jest zbyt duży i częsty, to może wywoływać nawet nerwicę lub może wpływać zdecydowanie ujemnie na jakość uczenia się, czy wykonywanej pracy, może być przyczyną utrudnień w porozumiewaniu się z innymi oraz może dekoncentrować. Hałas wewnątrz budynków szkoły wynosi średnio 80-85 dB



i stwarza zagrożenie zdrowotne dla osób tam przebywających (Moszczyński, 1999). W ostatnich latach zanotowano również problemy higieniczne w środowisku szkolnym m.in. zatłoczenie i zły stan techniczny budynków szkolnych, niedostatek terenów i pomieszczeń dla zajęć sportowych, niedostatek opieki zdrowotnej: higienicznej i psychologicznej (Kopczyńska - Sikorska, Ignar - Golinowska, Pułtorak, 1996).

Wśród czynników środowiskowych analizowanych w aspekcie społecznym i kulturalnym wymienia się m.in.:

- wzory osobowe, miejsce zdrowia w hierarchii wartości, jakość i dostępność informacji na temat zdrowia, niekorzystna sytuacja w dziedzinie edukacji, nauki i kultury,
- warunki społeczno – ekonomiczne rodziny (m.in. problemy mieszkaniowe relacje między członkami rodziny, atmosfera domowa),
- warunki społeczno – ekonomiczne w miejscu nauki lub pracy (m.in. wysoka stopa bezrobocia, ubożenie wielu grup ludności, relacje między wszystkimi osobami w miejscu nauki i pracy) (Bożkowska, Sito, 1994).

Zjawisko przemocy społecznej należy do ważnych czynników środowiska społecznego wpływających na zdrowie. Zjawisko przemocy społecznej, niestety coraz częściej spotykane wśród dzieci i młodzieży, jest kolejnym powodem zajmowania się problematyką nie tylko interwencji w sytuacjach już zaistniałych, ale przede wszystkim profilaktyką i promocją zachowań oraz wartości prozdrowotnych. Okazuje się, że „co trzeci uczeń był dręczony przez innych uczniów w szkole (40% chłopców i 25% dziewcząt) lub sam uczestniczył w dręczeniu innych co najmniej jeden raz lub dwa razy (45% chłopców i 25% dziewcząt) (Wojciechowski, 1998).

Uwarunkowania genetyczne, podobnie jak środowisko fizyczne i społeczne, stanowią 20% ogółu czynników wpływających na zdrowie człowieka. Okazuje się, że działania służby zdrowia nie odgrywają zbyt znaczącej roli wśród czynników warunkujących stan zdrowia (10%). Możemy zatem przypuszczać, że edukacja prozdrowotna prowadzona w szkołach ma szansę stania się efektywnym sposobem oddziaływania na zdrowy styl życia młodych ludzi.

Warto również zadać pytanie: jakie czynniki natury psychologicznej mogą wpływać na zdrowe funkcjonowanie człowieka? Jak dowodzą wyniki badań,



znaczący wpływ na zdrowie ma również określenie własnej tożsamości oraz stopień sprawowania kontroli nad sobą samym i środowiskiem. Okazuje się, że osoby, które mają poczucie kontroli nad własnym życiem oraz poczucie odpowiedzialności za swoje zachowania, stan zdrowia, przyjmują taką orientację życiową, która harmonijnie łączy dobrostan fizyczny i psychiczny jednostki z oddziaływaniem środowiska zewnętrznego.

W salutogenetycznym modelu zdrowia, autorstwa socjologa medycyny Aarona Antonovsky'ego, prawidłowe, zdrowe funkcjonowanie człowieka polega na aktywnym przystosowaniu się do środowiska. Przystosowanie to, czyli radzenie sobie ze stresem polega na podejmowaniu działań umożliwiających rozpoznanie i aktywizowanie uogólnionych zasobów jednostki. Zasoby określane są jako elementy środowiska naturalnego, społecznego, kulturalnego, świata materialnego oraz biologiczne i psychiczne cechy jednostki. Uruchomienie i wykorzystanie właściwych w danym momencie zasobów umożliwia według Antonovsky'ego poczucie koherencji, które jest definiowane jako „globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:

1. bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny (poczucie zrozumienia),
2. dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce (poczucie zaradności),
3. wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (poczucie sensowności)”.

Poczucie koherencji koreluje istotnie z zachowaniami zdrowotnymi. Osoby z wyższym poziomem poczucia sensowności mają silniejszą motywację do aktywnego kształtowania swego życia i wpływania na nie. Natomiast ci, którzy posiadają wyższe poczucie zaradności są w większym stopniu przekonani o wpływie własnych działań na swój los (Włodarczyk, 1998). Wzrost poczucia koherencji, posiadanie stabilnego przekonania, że życie ma sens, jest uporządkowane i przewidywalne, że dysponuje się zasobami, sprzyja stosowaniu przez ludzi adaptacyjnych sposobów i stylów radzenia sobie, co wpływa na lepsze funkcjonowanie i stan zdrowia (Słowik, Wysocka-Pleczyk, 1998).



Wyniki badań nad czynnikami warunkującymi zdrowie, które zostały tu przedstawione, sugerują rodzaj celów edukacji zdrowotnej, które nie powinny pominąć kształtowania sprzyjających zdrowiu cech osobowości.

STAN ZDROWIA DZIECI I MŁODZIEŻY W POLSCE – GŁÓWNE ZAGROŻENIA

Niekorzystna sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży we współczesnym świecie jest bezdyskusyjnym powodem prowadzenia działań, również w szkole, na rzecz poprawy zdrowia. Kondycja psychofizyczna dzieci i młodzieży w Polsce wskazuje na to, że przeciętny 15 - latek ma szansę żyć o 6 - 7 lat krócej, niż jego rówieśnik w krajach rozwiniętych (Wojnarowska, 1996). Z danych statystycznych, epidemiologicznych oraz demograficznych Ministerstwa Zdrowia, Instytutu Matki i Dziecka, Państwowego Zakładu Higieny i Głównego Urzędu Statystycznego nad stanem zdrowia fizycznego dzieci 6 -10, 14,18 - letnich wynika, że od 30% do 50% młodzieży wykazuje odchylenia od normy zdrowotnej lub rozwojowej, co prowadzi do istotnych zaburzeń i trudności w adaptacji szkolnej, w wyborze dalszego kierunku kształcenia i nauki zawodu, a często ogranicza również możliwości prawidłowego funkcjonowania w wieku dojrzałym (Kopczyńska – Sikorska 1997).

Ważniejsze problemy zdrowotne dzieci i młodzieży to:

1. urazy i choroby układu pokarmowego (badania w grupie dzieci w wieku 11 - 15 lat wykazały, że 18% młodzieży wymagało pomocy lekarza lub pielęgniarki),
2. nieprawidłowości narządu wzroku i układu ruchu,
3. próchnica zębów; występuje u 90% - 92% dzieci 7 i 12 – letnich,
4. zaburzenia zdrowia psychicznego: należą do nich zaburzenia zachowania, nerwice, różne formy nieprzystosowania społecznego - w tym używanie środków uzależniających i próby popełnienia samobójstwa (szacuje się, że 15 - 20% dzieci i młodzieży w wieku szkolnym wymaga opieki psychiatryczno - psychologicznej; u znacznego odsetka młodzieży występują różne dolegliwości i objawy psychosomatyczne),
5. niepełnosprawność i przewlekłe choroby (szacuje się, że do grupy tej można zaliczyć około 400 tys. dzieci - 4% populacji, najliczniejszą grupę stanowią dzieci z upośledzeniem umysłowym) (Wojnarowska, 1996).

Pośrednią przyczyną tego niezadowalającego stanu zdrowia są zachowania antyzdrowotne. Młodzież odżywia się nieracjonalnie. Maleje aktywność ruchowa.



Narasta problem otyłości. Zwiększa się liczebność reakcji nerwicowych i uzależnień, zwłaszcza jeśli chodzi o palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu oraz substancji psychoaktywnych. Często nierozwiązane zostają problemy związane z dojrzewaniem płciowym. Większość młodzieży przeciążona jest obowiązkami szkolnymi i pozaszkolnymi i nie znajduje należytej pomocy w sytuacjach stresowych (Krawczyński, 1997). Główne problemy zdrowotne młodzieży dotyczą zdrowia psycho - społecznego. W szczególnie trudnej sytuacji jest młodzież w wieku 15 -19 lat (Woynarowska, 1997; Raport MEN, 1998).

Wyniki badań subiektywnej oceny stanu zdrowia dzieci i młodzieży potwierdzają potrzebę podjęcia działań w kierunku poprawy, a następnie umacniania ich zdrowia bio – psycho – społecznego. Odsetek polskiej młodzieży, która czuje się „nie bardzo zdrowa”, która jest „często” zdenerwowana, okazuje się najwyższy w porównaniu z innymi krajami, w których przeprowadzono badania nad stanem zdrowia. Większość badanych (70%) podała, że czują się samotni, u 14% zdarza się to „bardzo często” lub „dość często”. Najczęściej występujące dolegliwości natury psychosomatycznej to zdenerwowanie, rozdrażnienie lub zły humor, bóle głowy. Młodzież polska szczególnie często przyjmowała leki z powodu bólów głowy, brzucha i zdenerwowania (Woynarowska, 1996).

Dbłość o stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce automatycznie nasuwa pewne wnioski ważne dla edukacji. Według Narodowego Programu Zdrowia niezbędne wydaje się natychmiastowe podjęcie następujących działań w zakresie edukacji prozdrowotnej w szkole:

- uznanie jej za priorytet narodowy i tworzenie polityki państwa w tym zakresie,
- koordynację działań na różnych poziomach oświaty, służby zdrowia, kultury, ekonomii,
- opracowanie wszechstronnego programu edukacji prozdrowotnej i przeszkolenie nauczycieli w tym zakresie,
- tworzenie systemu monitorowania i ewaluacji edukacji prozdrowotnej (Raport o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, MEN 1998).

Warto dodatkowo podkreślić, że wyniki badań stanowią podstawę do zwrócenia szczególnej uwagi na konieczność podejmowania różnorodnych działań edukacyjnych, prowadzonych w różnych środowiskach, w celu zatroszczenia się o zdrowie społeczeństwa. Ogromną rolę może odegrać tu nie tylko rodzina,



najbliższe osoby, z którymi styka się młody człowiek, ale także społeczność lokalna, czy media. Edukacja prozdrowotna w szkole, umiejętnie przeprowadzona, wydaje się być tu niezwykle istotnym czynnikiem wspomagającym lub organizującym prozdrowotną działalność, podejmowaną przez różne podmioty życia społecznego.

FORMY DZIAŁAŃ NA RZECZ OCHRONY ZDROWIA DZIECI I MŁODZIEŻY: EDUKACJA PROZDROWOTNA, PROMOCJA ZDROWIA, PROFILAKTYKA, CHOROBA, TERAPIA

Edukacja zdrowotna, edukacja prozdrowotna, czy wychowanie zdrowotne to różne formy działań mające wspólny i najważniejszy mianownik – określają proces niesienia pomocy ludziom w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu, czynnikach warunkujących zdrowie (czynnikach zwiększających jego potencjał i zagrażających zdrowiu) oraz odnoszą się do kształtowania postaw sprzyjających zdrowiu własnemu i innych ludzi, a także do zdobywania umiejętności niezbędnych dla zachowań prozdrowotnych i zdrowych stylów życia (Kasperek, 1999; Woynarowska, 1995).

Edukacja prozdrowotna (zamienny termin - edukacja zdrowotna) określana jest przez T. Williams'a jako proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i zdrowie społeczności, w której żyją. W tym celu proces uczenia koncentruje się na uświadamianiu związków między zdrowiem człowieka, a jego stylem życia oraz środowiskiem fizycznym i społecznym. Składa się on z kilku etapów: od uświadomienia sobie problemów zdrowotnych do decyzji i działań w celu poprawy zdrowia i podejmowania zachowań zdrowotnych (Williams, 1989). Edukacja prozdrowotna powinna głównie przebiegać w systemie działań rodzinnych i instytucji oraz placówek wychowawczych (Słońska, 1994).

Edukacja zdrowotna (ang. „health education”, „education for health”) wydaje się szerszym sposobem oddziaływania niż proces wychowania zdrowotnego gdyż uważa się, że edukacja obejmuje nie tylko wychowanie i kształcenie lecz także wspieranie rozwoju, kształtowanie postaw, samokierowanie własnym rozwojem (Górniewicz, 1993).

Promocja zdrowia jest koncepcją, która pojawiła się wraz z powstaniem ruchu „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku” w 1977 roku w Alma-Acie. Promocja zdrowia powinna być rozumiana jako system działań w zakresie m.in. polityki państwa, służby zdrowia i edukacji, których celem jest kształtowanie zachowań prozdrowotnych i



zdrowych stylów życia, aby utrzymywać i udoskonalać stan zdrowia człowieka. Cel ten trudno osiągnąć za pomocą tradycyjnych metod, którymi dotychczas dysponowały nauki medyczne, wychowanie zdrowotne, oświata zdrowotna (Kopczyńska - Sikorska, Ignar - Golinowska, Pułtorak, 1996). Karta Ottawska określa pięć współzależnych działań i obszarów objętych promocją zdrowia, są to:

- określenie polityki zdrowia publicznego - polityka sprzyjająca zdrowiu,
- tworzenie środowisk wspierających - zdrowe środowisko życia i pracy,
- wzmocnienie działań społecznych - podejmowanie działań na rzecz zdrowia przez jak największą liczbę osób,
- rozwijanie działań społecznych i indywidualnych umiejętności sprzyjających zdrowiu,
- reorientacja służby zdrowia (Karski, Słońska, Wasilewski, 1994).

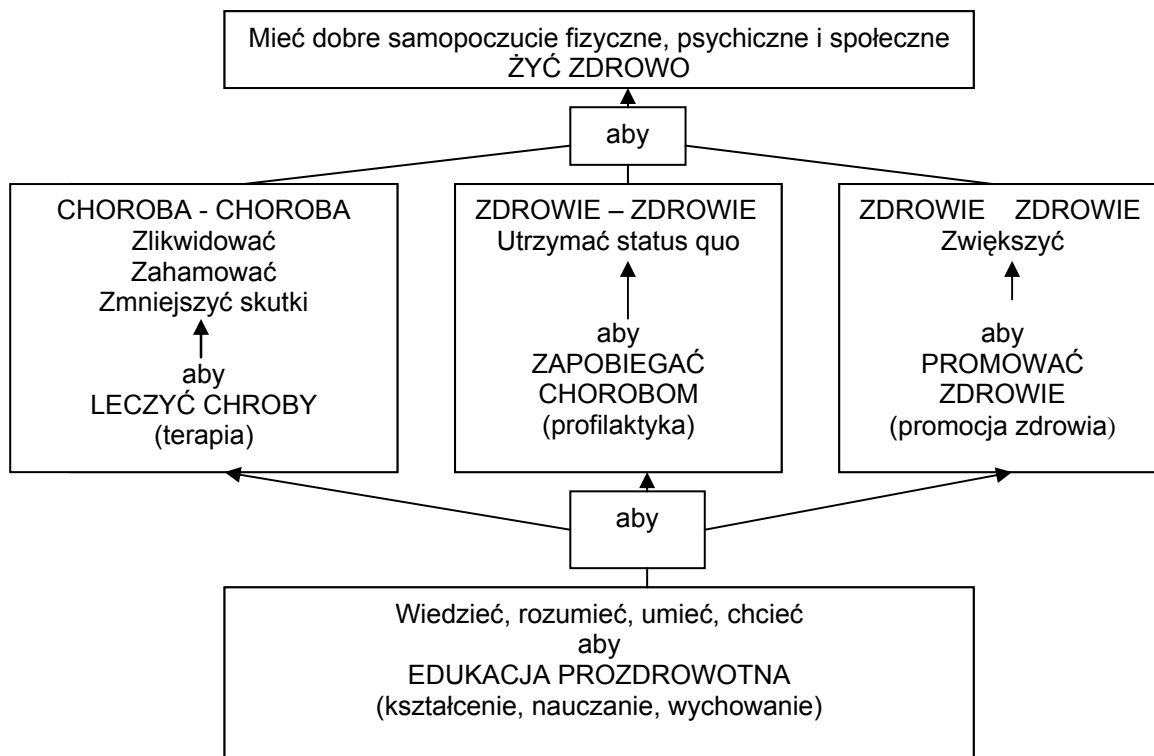
Tak rozumiana promocja zdrowia ma swoje zastosowanie w polityce, ekonomii, edukacji i kulturze (Narodowy Program Zdrowia (NPZ) – 1996 – 2005). Edukacja prozdrowotna jest ukierunkowana na jednostki, podczas gdy promocja zdrowia na systemy społeczne. Promocja zdrowia nie jest jednoznaczna z pojęciem profilaktyki. Profilaktyka polega na zapobieganiu wystąpieniu chorób i do nich się odnosi, a promocja zdrowia polega na wieloaspektowym działaniu odnoszącym się do zdrowia i ma „wartość polityczną” (NPZ 1996-2005).

Można zatem przyjąć, że na dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne oraz twórcze życie człowieka wpływa:

1. terapia - leczenie choroby, likwidowanie, zahamowanie, zmniejszenie skutków choroby,
2. profilaktyka - zapobieganie chorobie i utrzymywanie zdrowia,
3. promocja zdrowia - doskonalenie, tworzenie, potęgowanie, zwiększanie stanu zdrowia.

Istotną rolę odgrywa tu edukacja prozdrowotna, czyli nauczanie, kształcenie, wychowywanie skierowane na to, aby wiedzieć, rozumieć, umieć i chcieć wcielać w życie te trzy formy działalności dla dobrego samopoczucia i zdrowia.

Rysunek 2. Schemat powiązań między edukacją prozdrowotną, terapią, profilaktyką i promocją zdrowia



Źródło: Woynarowska B., Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole, w: Lider nr 1'99, s. 18.

Schemat powiązań między edukacją prozdrowotną, terapią, profilaktyką i promocją zdrowia przedstawiono na powyższym rysunku. Każda z wymienionych form oddziaływania ma swoje odrębne i niezastąpione zadania. Należy jednak podkreślić, że edukacja prozdrowotna odgrywa tu ważną i podstawową rolę. Stanowi fundament dla terapii, profilaktyki i promocji zdrowia, poprzez dbanie w różnorodny sposób o szeroko rozumiany stan zdrowia ludzi. Możliwość dotarcia do każdego w okresie szczególnej podatności, dzieciństwa i młodości, jest szansą na utrwalanie wzorów zachowań i kształtowanie stylów życia.

CELE EDUKACJI PROZDROWOTNEJ

Edukacja prozdrowotna jest podstawowym prawem każdego młodego człowieka. Pomiędzy edukacją a zdrowiem istnieje ścisła zależność. Zdrowy uczeń będzie uzyskiwał lepsze wyniki w nauce, a jako człowiek dorosły i wykształcony,

będzie prowadził styl życia sprzyjający nie tylko utrzymaniu zdrowia, ale także efektywności zawodowej, prowadzącej do polepszenia jakości życia materialnego, psychicznego i społecznego, w wymiarze indywidualnym i społecznym. Szkoła powinna przekazywać wiadomości i informacje o zdrowiu, kształtować umiejętności i postawy sprzyjające zdrowiu i prowadzeniu zdrowego stylu życia. Przyczyni się to jednocześnie do poprawy zdrowia całego społeczeństwa, a tym samym lepszej jakości życia, także w sferze ekonomicznej.

Główne kierunki działań na polu edukacji prozdrowotnej odnoszą się do:

1. podejmowania odpowiedzialnych decyzji i wyborów wspierających harmonijny rozwój i zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe ucznia w sposób uwzględniający potrzeby innych ludzi i środowiska,
2. kształtowania zdrowego stylu życia, identyfikacji własnych problemów zdrowotnych i podejmowania działań dla ich rozwiązania (Woynarowska, Sokołowska, Szymańska, 1998).

Według Rezolucji Rady Wspólnoty Europejskiej edukacja prozdrowotna jest procesem, opartym na naukowych zasadach, stwarzającym sposobność planowanego uczenia się, zmierzającym do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowania zgodnie z nimi. Odpowiedzialność za ten złożony proces spoczywa na rodzinie, systemie edukacji i społeczeństwie (Rezolucja 89/C3/O1 Rady Wspólnoty Europejskiej, 1989r.).

Cele edukacji prozdrowotnej są ściśle powiązane z celami kształcenia ogólnego. Celem kształcenia ogólnego jest wspomaganie i ukierunkowanie rozwoju człowieka jako osoby funkcjonującej w odniesieniu do wybranego przez siebie systemu wartości i zdolnej do życia w zmieniających się warunkach ustrojowych, ekonomicznych i cywilizacyjnych. Rozwój ma obejmować całą osobę, a nie ograniczać się do wymiaru sprawności intelektualnej i fizycznej. Chodzi tu o wspomaganie rozwoju jednostki ludzkiej w kierunku coraz większej jej personalizacji (Bieldki, 1998). Największą siłą napędową rozwoju fizycznego i intelektualnego jest motywacja wewnętrzna wyrastająca z poczucia odpowiedzialności za siebie. Ustawiczne zaangażowanie ucznia w swój rozwój intelektualny i fizyczny, w działania zmierzające do utrzymywania zdrowia, daje możliwość osiągnięcia celów wychowania.

W ujęciu personalistycznym, realizując założenia edukacji prozdrowotnej, szkoła powinna więc:

- uświadomić swoim wychowankom potrzebę i możliwości ich rozwoju,
- wskazać na wartości jakimi są zdrowie, wiedza, wysoka sprawność fizyczna i uświadomić konsekwencje zaniedbań w tym zakresie,
- wyposażyć ucznia w środki i informacje, które ten rozwój uczniowi ułatwią,
- nauczyć krytycyzmu, czyli ostrożnego obcowania z informacjami, ideami, narzuconymi upodobaniami i propozycjami innych,
- respektować prawo do wolnego wyboru wartości przez ucznia,
- pomóc uczniom w ich rozwoju, poprzez organizowanie i prowadzenie zajęć dydaktycznych, lekcyjnych i pozalekcyjnych (Bieldki, 1998).

Nauczyciel, jako integralna, niepowtarzalna istota ludzka, musi mieć możliwości dokonywania wyboru i brania odpowiedzialności za swoją pracę, aby umożliwić uczniowi zadowalające zrealizowanie powyższych zdań. Większa wolność i możliwość dokonywania wyboru oraz ponoszenia konsekwencji swoich decyzji powinna dotyczyć wszystkich uczestników systemu edukacyjnego, uczniów i nauczycieli (Bieldki, 1998).

Wszechstronny rozwój jednostki, zdobywanie wiedzy o zdrowiu, stymulowanie rozwoju zachowań prozdrowotnych i modyfikacja zachowań stanowiących ryzyko dla zdrowia stanowią podstawowe cele edukacji prozdrowotnej. Jest to pochodną współczesnej holistycznej koncepcji zdrowia. Osiągnięcie tych celów wymaga spełnienia następujących warunków:

1. wiedza ucznia o zdrowiu powinna być integralną częścią wiedzy o sobie i świecie, zdobywaną w codziennych, szkolnych i pozaszkolnych doświadczeniach,
2. program edukacji powinien być ramowy, tak aby nauczyciel miał swobodę doboru treści i metod w zależności od potrzeb uczniów, warunków i możliwości szkoły,
3. układ programu nauczania powinien być spiralny, gwarantujący zdobywanie określonych wiadomości i kształtowanie umiejętności przez ich stopniowe rozszerzanie zgodne z możliwościami percepcyjnymi ucznia w różnych okresach nauki,

4. uczeń, przy pomocy nauczyciela powinien aktywnie uczestniczyć w procesie nauczania i uczenia się oraz być traktowany podmiotowo, jako osoba z pewnym zasobem wiedzy i doświadczeń, do których może się odwoływać,
5. zajęcia z zakresu edukacji prozdrowotnej powinny charakteryzować się odpowiednią atmosferą akceptacji, bezpieczeństwa, wzajemnego zaufania i nastawienia na kontakt z drugą osobą (Debrich, Nowocień, 1997).

M. Demel zauważył już znacznie wcześniej, że wychowanie zdrowotne (edukacja prozdrowotna) stanowi integralną część kształtowania dojrzałej i twórczej osobowości i powinno być częścią edukacji szkolnej. Spełnia ono następujące funkcje i zadania:

1. wytwarza nawyki bezpośrednio lub pośrednio związane z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego,
2. wyrabia odpowiednie sprawności,
3. pozwala na odpowiednie nastawienie woli i kształtowanie postaw umożliwiających stosowanie zasad higieny, skuteczną pielęgnację, zapobieganie chorobom i leczenie,
4. pobudza pozytywne zainteresowanie sprawami zdrowia poprzez epizodyczne i systematyczne wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o sobie, jak też o prawach rządzących zdrowiem publicznym” (Demel, 1980).

Cele edukacji prozdrowotnej jako ścieżki międzyprzedmiotowej w szkole to:

1. stwarzanie warunków do zachowań sprzyjających zdrowiu, do kształtowania i stosowania zasad zdrowego stylu życia, rozwijania poczucia własnej wartości oraz zaspokajania budzącego się poczucia niezależności i samodzielności, korygowania i nabywania nowych umiejętności oraz tworzenia wzorców dla innych w tym zakresie,
 2. wzmacnianie i rozszerzanie partnerstwa dla zdrowia, budowanego na podstawach solidarności, jawności i szacunku oraz uznania i akceptacji różnic etnicznych czy kulturowych,
 3. doskonalenie umiejętności właściwego postępowania w sytuacjach zagrożenia w szkole,
 4. pomoc w podejmowaniu odpowiedzialnych wyborów życiowych związanych ze zdrowiem swoim i innych, identyfikowanie własnych problemów i podejmowania działań dla ich rozwiązania, (m.in. zapobieganie HIV/AIDS
-

i chorobom przenoszonym drogą płciową, przede wszystkim przez wdrożenie właściwej edukacji seksualnej, profilaktyka uzależnień, zwracanie szczególnej uwagi na dzieci i młodzież, znajdującą się w trudnych sytuacjach, eliminowanie wszelkiej formy dyskryminacji i izolacji ludzi w szkole i w pracy, które mogą być związane z ich stanem zdrowia i cechami genetycznymi),

5. rozbudzanie zainteresowania własnym rozwojem i zdrowiem, ułatwianie nabywania i rozwijania podstawowych umiejętności dbania o własne zdrowie,
6. zapoznanie z podstawowymi zasadami pierwszej pomocy przedmedycznej,
7. rozpoznanie zagrożeń cywilizacyjnych oraz nabycie umiejętności właściwego zachowania się (postępowania) w przypadku kontaktu z przedmiotami niebezpiecznymi, toksycznymi, łatwopalnymi, wybuchowymi i niewypałami,
8. pomoc w przygotowaniu się do pełnienia dorosłych ról społecznych oraz uczestnictwa w tworzeniu zdrowych środowisk życia, pracy i zabawy (Reforma systemu edukacji, MEN 1998, Drugi Światowy Kongres Education International 1998).

Wobec powyższego cele edukacji prozdrowotnej możemy podzielić ogólnie na:

1. bezpośrednie (nadrzędne) – zachowanie i doskonalenie zdrowia (fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego) własnego i innych, podnoszenie jakości życia w wyniku uświadamiania potrzeby dbania o własny wszechstronny rozwój i edukację poprzez m.in. podejmowanie odpowiedzialnych decyzji i wyborów,
2. pośrednie (cele operacyjne, zadania dla osiągnięcia celu nadrzędnego) – zdobywanie wiedzy i informacji, kształtowanie umiejętności życiowych, przekonań, nastawień, niezbędnych dla zachowania i doskonalenia zdrowia własnego i innych ludzi, identyfikacja własnych problemów zdrowotnych i podejmowanie działań dla ich rozwiązywania (Woynarowska, 1999).

Podsumowując, szkoła powinna stwarzać warunki do kształtowania zachowań sprzyjających zdrowiu i bezpieczeństwu oraz rozbudzać zainteresowania dziecka własnym zdrowiem i rozwojem (Kędziera-Osuchowska, Kuziel, 1995). Celem edukacji prozdrowotnej, nauczanej w formie ścieżki międzyprzedmiotowej, jest z jednej strony dążenie do podniesienia poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie poprawy, utrzymywania zdrowia i jego pogłębiania, a z drugiej strony zwiększenie integracji środowisk szkolnych i zapewnienie uczniom społecznego wsparcia

(Słońska, 1994). Edukacja prozdrowotna w szkole to najbardziej opłacalna, długofalowa inwestycja w poprawę zdrowia społeczeństwa.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky, A. (1995). Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Fundacja IPN.
- Bieldki, J. (1998). Personalistyczna koncepcja Reformy Edukacyjnej. Lider. Nr 10 (3-6).
- Bożkowa, K., Sito, A. (1994). Opieka zdrowotna nad rodziną. Warszawa: PZWL (87-89,97).
- Brockington, F. (1980). Zdrowie świata. Warszawa: PWN.
- Brzeziński, J., Korczak, C. (1976). Higiena i ochrona zdrowia. Warszawa: PWN.
- Capra, F. (1987). Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura. (177,180 - 184). Warszawa: PIW (177), (180 – 184).
- Clark, D.H. (1978). Terapia społeczna w psychiatrii. Warszawa: PWN.
- Debrich, J., Nowocień, J. (1997). Warsztaty pedagogiczne formą realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Wychowanie fizyczne i zdrowotne Nr 2 (78-82).
- Demel, M. (1980). Pedagogika zdrowia. Warszawa: PWN (69).
- Górniewicz, J. (1993). Status metodologiczny teorii wychowania. W: J. Górniewicz (red.) Stare i nowe dylematy teorii wychowania. Toruń: Wyd. A. Marszałek (64).
- Edukacja Międzynarodowa. Rezolucja w sprawie promocji zdrowia w szkole, przyjęta przez Drugi Światowy Kongres Education International. (1998). Lider nr 12 (24).
- Heszen – Niejodek, I., Broome, A.K. (1991). Rozwój zastosowań psychologii do obszaru zdrowia i choroby. Przegląd psychologiczny nr 1, t. 4 -1, (72 – 73).
- Heszen – Niejodek, I. (1995). Promocja zdrowia – próba systematyzacji z perspektywy psychologa. Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna nr 5 (7-21).
- Hołysz, B. (1994). Czynniki społeczne a zdrowie. W: J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.) Promocja zdrowia. Warszawa: Sanmedia.

- Janczewski, A. (1996). Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania. cz.II, Warszawa: PWN (112 -114).
 - Jawłowska, A. (1978). Styl życia, przemiany we współczesnej Polsce. Warszawa:
 - Karski, J.B., Słońska, Z. (1994). Promocja zdrowia. Warszawa: Sanmedia (20).
 - Kasperek, E. (1999). Zachowania prozdrowotne nauczycieli. Poznań: G&P (32, 27-39, 46-49).
 - Kędziera-Osuchowska, M., Kuziel, E. (1995). Zajęcia warsztatowe z edukacji zdrowotnej. Nowoczesna pielęgniarka i higienistka. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej (63).
 - Kickbusch, I. (1994). Styl życia a zdrowie. Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna Nr 1-2 (99-111).
 - Kopczyńska – Sikorka, J. (1997). Stan zdrowia fizycznego populacji w wieku szkolnym. Ogólnopolska Konferencja Naukowo – Szkoleniowa. Kielce 21 - 23 lutego.
 - Kopczyńska – Sikorka, J., Ignar – Golinowska, B., Pułtorak, M. (1996). Potrzeby rozwojowe i higieniczne populacji w wieku szkolnym. Lider nr 11 (30).
 - Krawczyński, M. (1997). Problemy zdrowotne i psychospołeczne dorastającej młodzieży. Ogólnopolska Konferencja Naukowo – Szkoleniowa. Kielce 21 - 23 lutego.
 - Moszczyński, P. (1999). Środowisko a zdrowie populacji u progu 2000 roku. Lider nr 2 (3-7).
 - Narodowy Program Zdrowia (NPZ) – 1996 – 2005. (1997). Lider nr 1 (3-20).
 - Parsons, T. (1969). Struktura społeczna a osobowość. Warszawa: PWN (68).
 - Puchalski, K. (1990). Elementy potocznej świadomości zdrowotnej. W: A. Gniazdowski (red.) Zachowania zdrowotne. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
 - Puchalski, K. (1990). Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: A. Gniazdowski (red.) Zachowania zdrowotne., Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
 - Pułtorak, M., Woynarowska, B., Murzyńska, I. (1996). Zachowania zdrowotne i postrzeganie własnego zdrowia przez młodzież szkolną w Polsce. Lider nr 3 (5-8)
 - Raport o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. MEN (1998).
 - Reforma systemu edukacji. MEN (1998).
-



- Rezolucja 89/C3/O1 Rady Wspólnoty Europejskiej przyjęta przez ministrów edukacji krajów Wspólnoty w 1989r.
 - Roman, E. (1994). Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesu socjalizacji dzieci i młodzieży. Forum Oświatowe nr 1 (213,215).
 - Sęk, H., Ścigała, I., Beisert, M., Bleja, A. (1992). Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania. Przegląd Psychologiczny nr 3, t. 35 (351 – 363).
 - Siciński, A. (1976). Styl życia – problemy pojęciowe i teoretyczne. W: A. Siciński (red.) Styl życia, koncepcje i propozycje. Warszawa: PWN (34-40).
 - Siciński, A. (1978) Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce. Warszawa: PWN (3-20).
 - Słońska, Z. (1994). Wychowanie dla zdrowia. W: J.B. Karski, Z. Słońska, B. Wasilewski, (red.) Promocja zdrowia. Warszawa: PWN (329).
 - Słowik, P., Wysocka-Pleczyk, M. (1998). Poczucie koherencji a style i sposoby radzenia sobie. Sztuka leczenia Nr 1 (43-48).
 - Syrek, E. (1997). Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego (53-60).
 - Williams, T. (1989). Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne Nr 2 (26).
 - Włodarczyk, P. (1998). Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne. Lider Nr 6 (13-18).
 - Wojciechowski, M. (1998). Dręczenie wzajemne uczniów elementem wychowawczego klimatu szkoły. Lider Nr 11 (9-11).
 - Woynarowska, B.(1994). Zdrowie, edukacja do zdrowia, promocja zdrowia. Warszawa: WSiP.
 - Woynarowska, B. (1995). Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Warszawa: PWN (88).
 - Woynarowska, B. (1996). Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Lider Nr 2 (3).
 - Woynarowska, B. (1996). Dzieci nie mogą czekać. Warszawa: PWN.
 - Woynarowska, B. (1997). O potrzebie tworzenia poradnictwa psycho - socjo - medycznego dla młodzieży. Ogólnopolska Konferencja Naukowo - Szkoleniowa, Kielce 21 - 13 lutego.
-



- Woynarowska, B., Sokołowska, M., Szymańska, M. (1998). Edukacja zdrowotna w szkole (strategie pracy szkoły, treści, metody realizacji). Lider Nr 1 (3-12).
- Woynarowska, B. (1999). Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole. Lider Nr 1 (15).