

KULTURA FIZYCZNA I ZDROWOTNA W ŻYCIU MŁODZIEŻY SZKOLNEJ NA RÓŻNYCH ETAPACH EDUKACJI – TEORETYCZNE ROZWAŻANIA

Zachowania zdrowotne, jako najważniejsze składowe stylu życia, są bezpośrednim czynnikiem, determinującym w największym stopniu zdrowie człowieka. Najważniejszym okresem dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest dzieciństwo i młodość. Kształtują się one w procesie socjalizacji, pod wpływem różnych czynników i wzorców osobowych w domu, w przedszkolu, szkole, grupie rówieśników, społeczności lokalnej, mediach, reklamie. Szczególny wpływ na kształt zachowań młodych ludzi mają osoby ważne w ich życiu, z których czerpią wzorce zachowań i postaw (rodzina, nauczyciele, trenerzy). Edukacja zdrowotna w dzieciństwie i młodości powinna wspierać proces kształtowania się zachowań prozdrowotnych i przeciwdziałać zachowaniom ryzykownym. Badania ankietowe prowadzone w różnych ośrodkach w kraju wskazują na zróżnicowanie w uczestnictwie w kulturze fizycznej pod względem wieku, płci, miejsca zamieszkania i warunków socjalnych. Dlatego ważne jest dążenie do wyrównywania szans, zapewnienie dostępu do kultury fizycznej wszystkim uczniom, w obszarach biedniejszych stworzenie alternatywy i możliwości uczestnictwa w aktywności ruchowej w prostych, ale systematycznie prowadzonych formach spędzania czasu wolnego. Badania własne z 2012 roku, przeprowadzone w Rawie Mazowieckiej, wykazały różnice w uczestnictwie w kulturze fizycznej uczniów różnych poziomów kształcenia.

Styl życia współczesnego człowieka

Styl życia jest przedmiotem badań socjologów, psychologów i pedagogów już od początku XX wieku. Pierwsze badania nad zagadnieniem stylu życia zaowocowały dwoma odmiennymi koncepcjami: w ujęciu ekonomiczno-społecznym oraz psychologicznym. Pierwsza opierała się na zróżnicowaniu społecznym, wiązała pojęcie stylu życia z grupami o podobnym statusie i odnosiła się do sfery konsumpcji tych grup. Druga teoria odnosiła się do wymiaru osobowościowego

i wiązała styl życia z indywidualnymi cechami jednostki. Te dwa odmienne podejścia do przedmiotu badań ukazują wzajemne oddziaływanie na siebie cech grupowych i indywidualnych oraz decydują o złożoności koncepcji stylu życia. Wincenty Okoń za styl życia uważa „formy codziennych zachowań jednostek lub zbiorowości, specyficzne dla ich sytuacji społecznych, a zarazem umożliwiające ich odróżnienie od innych jednostek i zbiorowości”¹. Zofia Słońska oraz Małgorzata Misiuna w swoim opracowaniu podają, że termin stylu życia odnosi się do „codziennych zachowań, specyficznych dla danej jednostki lub zbiorowości. Zakłada się, iż styl życia kształtuje się w procesie wzajemnego oddziaływania bardzo szeroko pojętych warunków życia oraz indywidualnych wzorów zachowań, zdeterminowanych przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy osobiste jednostek”². Według Antoniny Ostrowskiej 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 przełożyć określone zachowania na inne”³.

Czynniki determinujące styl życia

Styl życia jest zbiorem form codziennych zachowań jednostek lub grup społecznych specyficznych dla ich usytuowania społecznego. W takim ujęciu styl życia jest kategorią grupową pozwalającą odróżnić od siebie grupy społeczne, ale także odnoszącą się do indywidualności każdego człowieka, jego zainteresowań, nawyków i możliwości. Omawiając zachowania, które warunkują styl życia, należy zwrócić szczególną uwagę na ich codzienny, rutynowy charakter, powtarzalność wynikającą z przyzwyczajień lub występujących w wyniku zaistnienia określonych sytuacji czy okoliczności. Część naszych zachowań, będących składowymi stylu życia, podejmujemy świadomie lub z konieczności, ze względu na akceptowane wzory społeczne i standardy zachowań. Jednym z głównych czynników determinujących styl życia jest budżet czasu człowieka – w tym cykliczność zachowań, a co najważniejsze, sposób zarządzania własnym czasem. „Zarządzanie własnym czasem to świadome dysponowanie zasobem godzin poprzez użycie przyswojonych technik optymalnego wykorzystania czasu wolnego dla podniesienia jakości życia”⁴. Głównymi wewnętrznymi czynnikami wpływającymi negatywnie na jakość gospodarowania czasem jest: „brak asertywności, odwlekanie wykonania zadań, lekceważenie stałych obowiązków, chęć wykonania zbyt wielu zadań w tej

1 W. Okoń (2007) *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa, s. 393.

2 Z. Słońska, M. Misiuna [opr.] (1994) *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa, s. 49

3 A. Ostrowska (1999) *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Warszawa, s. 26.

4 A. Maszorek-Szymała, K. Król (2009) Zarządzanie własnym czasem – umiejętność potrzebna w sporcie i w życiu, *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, nr 8, s. 24

samej jednostce czasu, perfekcjonizm, nawyki codzienne”⁵. Drugim istotnym czynnikiem wpływającym na styl życia jest praca. Jej charakter oraz nasz stosunek do niej w sposób zasadniczy wpływając na naszą codzienną egzystencję. Wysokość dochodów otrzymywanych za pracę decyduje o kolejnym ważnym czynnikiem stylistycznym – konsumpcji dóbr materialnych. Należy stwierdzić, że „jej poziom, charakter, wzory: zarówno spożycie żywności, jak i zaspokajanie potrzeb związanych z ubieraniem się, mieszkaniem, także ogólny stosunek do świata rzeczy”⁶ mówi bardzo dużo o naszym stylu życia. Kolejnymi elementami tworzącymi styl życia są: zachowania rekreacyjne, aktywność fizyczna, uczestnictwo w kulturze i oświacie, a także aktywność w zaspokajaniu potrzeb intelektualnych i estetycznych. Specyficznymi elementami stylu życia są: uczestnictwo w życiu społeczno-politycznym, postawa wobec tematów publicznych oraz stosunek do religii, która dla części osób jest głównym wyznacznikiem ich codziennych zachowań. Następnie należy wymienić kwestię zachowań międzyludzkich. Ich formy to stosunki sąsiedzkie, koleżeńskie, towarzyskie i przyjacielskie, a także podział ról w rodzinie. Ostatnią znaczącą grupą czynników determinujących styl życia są czynniki natury psychospołecznej. W skład tej grupy wchodzi takie kwestie, jak uznawany system wartości, samoidentyfikacja jednostki oraz uznanie się za członka wybranej grupy społecznej i przejmowanie od jej członków wzorów i standardów zachowań.

Styl życia w dużym stopniu formuje się w dzieciństwie i młodości pod wpływem czynników zewnętrznych takich jak: rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza czy lokalne społeczeństwo. Mimo że styl życia bardzo często zostaje ukształtowany bardzo wcześnie i utrwała się na wiele lat, to wpływ na jego formę i jakość mają świadome wybory każdego człowieka, dzięki którym w każdym momencie możemy zmienić nasze życie. Głównymi czynnikami wpływającymi na kształtowanie zachowań zdrowotnych są: styl życia człowieka mogący ulegać zmianom w czasie całego życia, właściwości jednostki (wiek, płeć, cechy osobowości, stan zdrowia), a także osobiste doświadczenia oraz wzory zachowań i postaw.

Prozdrowotny styl życia

Rozpatrując związki między stylem życia a zdrowiem używa się terminu prozdrowotnego stylu życia. Przedrostek „pro” odnosi się tutaj do wzorów zachowań i działań korzystnych dla zdrowia ludzi. Antonina Ostrowska podaje dwa przykłady definicji. Według niej prozdrowotny styl życia to: „wzory świadomych zachowań związanych ze zdrowiem, będących efektem wyborów

5 *Ibid.*

6 B. Zawadzka, M. Leonardziak, A. Mojecka (2004) Styl życia młodzieży akademickiej miasta Kielce, *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, nr 1, s. 9

dokonywanych przez ludzi na podstawie dostępnych, determinowanych ich sytuacją życiową alternatyw”⁷ oraz „nie tylko wzory zachowań związanych ze zdrowiem, ale także wartości i postawy reprezentowane przez ludzi w odpowiedzi na warunki ich społecznego, kulturowego i ekonomicznego środowiska”⁸.

Barbara Woynarowska uważa, że „prozdrowotny styl życia oznacza, że ludzie podejmują świadomie działania ukierunkowane na zwiększenie potencjału swego zdrowia oraz eliminują zachowania zagrażające mu. Lista tych działań i zachowań jest bardzo zróżnicowana i zależy od tego, czy konstruuje ją profesjonalści, czy zwykli ludzie. Nie ma także jasności, jakie i ile zachowań należy wziąć pod uwagę i jaka jest hierarchia ich ważności. Używając terminu w liczbie mnogiej – prozdrowotne style życia – uwzględniamy różne sposoby działań i zachowań sprzyjających zdrowiu”⁹

Wśród zachowań tych Barbara Woynarowska wyróżnia cztery grupy:

„zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym: dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się oraz odpowiednio długo trwający sen;

zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym: korzystanie i dawanie wsparcia społecznego oraz unikanie nadmiaru stresów i radzenie sobie z problemami;

zachowania prewencyjne: samokontrola zdrowia i samobadanie, poddawanie się badaniom profilaktycznym, bezpieczne zachowania w życiu codziennym, bezpieczne zachowania seksualne;

niepodejmowanie zachowań ryzykownych: niepalenie tytoniu, ograniczone używanie alkoholu, nienadużywanie leków nie zaleconych przez lekarza, nie używanie innych substancji psychoaktywnych”¹⁰.

Wśród skutków zachowań dla zdrowia człowieka autorka wyróżnia dwie, przeciwstawne znaczeniowo, grupy zachowań:

- „zachowania pozytywne – sprzyjające zdrowiu, zwiększające jego potencjał, chroniące przed zagrożeniami lub służące przywróceniu zdrowia; należą do nich m.in.: racjonalne żywienie, odpowiednia aktywność fizyczna, radzenie sobie ze stresem. Niedostatki tych zachowań mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie;
- zachowania negatywne – stwarzające ryzyko dla zdrowia, powodujące bezpośrednio lub odległe szkody zdrowotne. Należą do nich m.in. używanie substancji psychoaktywnych oraz zachowania agresywne. Określa się je jako zachowania ryzykowne lub problemowe”¹¹.

7 A. Ostrowska (1999) *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Warszawa, s. 27.

8 *Ibid.*, s. 27.

9 B. Woynarowska (2007) *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, s. 52.

10 *Ibid.*

11 *Ibid.*, s. 53.

Barbara Woynarowska w swojej pracy *Zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów kończących gimnazja i szkoły ponadgimnazjalne w Polsce* podjęła się diagnozy zdrowia subiektywnego, zachowań sprzyjających i ryzykownych dla zdrowia polskiej młodzieży kończącej gimnazja i szkoły ponadgimnazjalne. Badania przeprowadzono na reprezentatywnych dla Polski, wybranych losowo dwóch grupach młodzieży: 2287 uczniach (1092 chłopców i 1195 dziewcząt) III klas gimnazjum oraz 1379 uczniach (726 chłopców i 653 dziewczęta) ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych wszystkich typów. W badaniach skorzystano z metody sondażu przy użyciu międzynarodowego kwestionariusza HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children: A WHO Collaborative Cross-National Study), w którym anonimowo zapytano młodzież m.in. o samoocenę zdrowia i zachowania zdrowotne. Wyniki badań Woynarowskiej wskazują, że:

- „większość młodzieży zdrowie oceniła jako dobre lub bardzo dobre, tylko 1-2% uznało je za złe. Prawie dwukrotnie więcej chłopców niż dziewcząt uznało swoje zdrowie za bardzo dobre. U obu płci odsetek oceniających swoje zdrowie bardzo dobrze był mniejszy u 18-latków niż 15-latków (różnica o 6% u chłopców i 9% u dziewcząt). Choroby przewlekłe, niepełnosprawność lub inne poważne kłopoty ze zdrowiem stwierdzone przez lekarza dotyczyły 10-17% uczniów. Częściej zgłaszały je dziewczęta i młodzież starsza. Urazu wymagającego pomocy medycznej w ostatnich 12 miesiącach co najmniej jeden raz doznał wśród 15-latków co trzeci chłopiec (33,6%) i co czwarta dziewczynka (26,1%). U 18-latków obu płci częstość urazów była mniejsza. Badana młodzież często (prawie codziennie lub częściej niż jeden raz w tygodniu) odczuwała różnorodne dolegliwości somatyczne i negatywne stany emocjonalne. Do najczęstszych należały: zdenerwowanie (podało je około 28% chłopców i prawie 50% dziewcząt) oraz rozdrażnienie lub zły humor (odczuwał je co piąty chłopiec i co trzecia dziewczyna). Dolegliwości te, w obu grupach wieku, 2-3-krotnie częściej zgłaszały dziewczęta”¹²;
- aktywność fizyczna a oglądanie telewizji: „za wskaźnik aktywności fizycznej przyjęto w badaniach HBSC liczbę dni w tygodniu, w których badany wykonywał wysiłki o umiarkowanej i dużej intensywności, co najmniej przez sześćdziesiąt minut dziennie. Odsetek młodzieży, która osiągnęła poziom zalecany, tzn. 5 dni w tygodniu, wahał się od 45,4% u 15-letnich chłopców do 11,8% u 18-letnich dziewcząt. Liczna była grupa młodzieży, szczególnie dziewcząt (57,3%), o bardzo niskim poziomie aktywności fizycznej (wskaźnik 0-2 dni w tygodniu). U obu

12 B. Woynarowska (2008) *Zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów kończących gimnazja i szkoły ponadgimnazjalne*, *Zdrowie – Kultura zdrowotna – Edukacja*, Gdańsk, t. I, s. 49-50.

płci wraz z wiekiem poziom aktywności fizycznej wyraźnie zmniejszył się. Znaczny odsetek młodzieży (54%-68%) przeznaczzał na oglądanie telewizji (zajęcia sedenteryjne) 2 godziny lub więcej dziennie. U obu płci z wiekiem zmniejszył się odsetek spędzających przed telewizorem 4 godziny lub więcej, a zwiększył odsetek oglądających telewizję krótko – 1 godzinę lub mniej dziennie”¹³;

- zachowania żywieniowe: „śniadanie spożywało w domu, w dni szkolne, codziennie tylko 67% chłopców i 57% dziewcząt. Prawie co piąty chłopiec i co czwarta dziewczynka nie jadła śniadania nigdy. Częstość spożywania śniadań była podobna u 15- i 18-latków. Stosowało dietę lub podejmowało inne działania w celu schudnięcia 7%-9% chłopców i co czwarta dziewczynka”¹⁴;
- picie alkoholu: „piło piwo regularnie (co najmniej 1 raz w tygodniu, w tym codziennie) 19,9% chłopców i 5,2% dziewcząt w wieku 15 lat. Odsetki te u 18-latków obu płci zwiększyły się trzykrotnie. Picie wódki, a zwłaszcza wina, było wśród młodzieży mniej rozpowszechnione. Niepokojące jest, że pił regularnie wódkę co dziesiąty 18-letni chłopiec, trzy razy więcej wskazań niż u 15-latków, oraz bardzo duży odsetek młodzieży często upijał się – 4 razy lub więcej upił się wśród 15-latków prawie co czwarty chłopiec i co dziesiąta dziewczynka, a wśród 18-latków ponad dwukrotnie więcej (odpowiednio: 58,3% i 24,0%)”¹⁵

Obszerne badania pozwoliły na sformułowanie wniosków (oto kilka z nich): „stan zdrowia i zachowania zdrowotne młodzieży kończącej szkoły ponadgimnazjalne budzi więcej zastrzeżeń niż młodzieży kończącej gimnazja. Wskazuje to, że młodzi ludzie wkraczają w dorosłe życie z wieloma problemami, dotyczącymi głównie zdrowia psychicznego. Dziewczęta, w obu grupach wiekowych, gorzej niż chłopcy oceniają swoje zdrowie, rzadziej jednak podejmują ryzykowne zachowania. Znajomość i zrozumienie tych różnic jest ważne z punktu planowania edukacji zdrowotnej w gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych. Istnieje pilna potrzeba intensyfikacji edukacji zdrowotnej w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na kształtowanie umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających zdrowiu psychicznemu oraz zachęcanie młodych ludzi do aktywności fizycznej”¹⁶. Badania własne, przeprowadzone w 2012 roku w Rawie Mazowieckiej w Zespole Szkół – Centrum Edukacji Zawodowej i Ustawicznej na trzech kierunkach kształcenia (szkoła zasadnicza, liceum, technikum) wskazują na

13 *Ibid.*

14 *Ibid.*, s. 50-51.

15 *Ibid.*, s. 52.

16 *Ibid.*, s. 53.

konieczność uświadamiania i zachęcania młodzieży do aktywnego spędzania czasu wolnego, do uprawiania sportów całego życia i czerpania radości ze sportowania, udziału w rywalizacji w duchu fair play dla sprawdzenia swoich umiejętności i propagowania społecznych wartości. Uczniowie trzech różnych kierunków kształcenia prowadzą odmienne style życia. Uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej, w porównaniu z uczniami liceum i technikum, poświęcają najmniej czasu na naukę i odrabianie lekcji; są grupą badanych, która podobnie jak uczniowie technikum przeznaczają na co dzień na oglądanie telewizji najwięcej czasu; spośród wszystkich badanych spędzają z przyjaciółmi najwięcej czasu; wśród ogółu respondentów są najmniej aktywni ruchowo i najczęściej opuszczają lekcje wychowania fizycznego; są grupą, która najczęściej pali papierosy, pije alkohol i zażywa narkotyki. Uczniowie technikum są grupą, która podobnie jak uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej najdłużej na co dzień ogląda telewizję; jest najbardziej aktywna ruchowo na co dzień; najrzadziej spośród wszystkich ankietowanych sięga po książki i czasopisma. Uczniowie liceum spośród wszystkich respondentów przeznaczają na naukę i odrabianie lekcji najwięcej czasu; najczęściej czytają książki i czasopisma; na tle uczniów technikum i zasadniczej szkoły zawodowej są grupą najczęściej uczęszczającą na zajęcia wychowania fizycznego w szkole. Wyniki wskazują, że kierunek kształcenia ma znaczący wpływ na czas poświęcany przez uczniów na naukę i odrabianie lekcji. Najwięcej czasu na ten cel przeznaczają uczniowie liceum, najmniej uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej. Uczniowie poszczególnych kierunków kształcenia w sposób odmienny wykorzystują dostępny im czas wolny. Kierunek kształcenia w dużym stopniu wpływa na podejmowanie przez uczniów aktywności ruchowej. Uczniowie technikum najczęściej podejmują aktywność ruchową, a uczniowie liceum najbardziej regularnie uczęszczają na zajęcia wychowania fizycznego. Uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej są grupą najmniej aktywną ruchowo i najrzadziej uczęszczającą na lekcje wychowania fizycznego. Analiza wyników badań wykazała różnice w stylu życia między uczniami liceum, technikum oraz zasadniczej szkoły zawodowej uczęszczającymi do Zespołu Szkół – Centrum Edukacji Zawodowej i Ustawicznej w Rawie Mazowieckiej. Oto wnioski:

1. Kierunek kształcenia ma wpływ na ilość czasu poświęcanego przez uczniów na naukę.

Badania wykazały, że najwięcej osób nieodrabiających lekcji i nieuczących się w ogóle jest wśród uczniów zasadniczej szkoły zawodowej, następnie technikum, a najmniej wśród uczniów liceum.

2. Uczniowie różnych kierunków kształcenia w odmienny sposób wykorzystują dostępny im czas wolny.

Stwierdzono różnice w sposobach wykorzystywania dostępnego czasu wolnego pomiędzy uczniami trzech różnych kierunków kształcenia.

Największy odsetek ankietowanych poświęcających swój wolny czas na oglądanie telewizji to uczniowie technikum i zasadniczej szkoły zawodowej, natomiast najmniejszy wśród uczniów liceum. Podobną ilość czasu na zabawę komputerem przeznaczają wszyscy uczniowie. Uczniowie liceum najczęściej sięgają po książki i czasopisma. Najrzadziej robią to uczniowie technikum. Najwięcej wolnego czasu na spotkania z przyjaciółmi poświęcają uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej.

3. Poziom kształcenia wpływa na decyzję o podejmowaniu przez uczniów aktywności ruchowej.

Największy odsetek uczniów aktywnych i bardzo aktywnych ruchowo stwierdzono wśród uczniów technikum. Najmniejszy wśród uczniów zasadniczej szkoły zawodowej. Uczniowie liceum to grupa najczęściej uczestnicząca w zajęciach wychowania fizycznego w szkole. Najrzadziej uczęszczają na te zajęcia uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej.

4. Między uczniami poszczególnych kierunków kształcenia nie występują znaczące różnice w samoocenie i akceptacji przez rówieśników.

Najbardziej akceptowani w swojej grupie rówieśniczej czują się uczniowie technikum, mniej uczniowie liceum, najmniej zaś uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej. Różnice te nie są jednak znaczące.

Oprócz potwierdzenia postawionych hipotez, przeprowadzone badania wykazały, że istnieją obszary szkolnej codzienności, w których potrzebne są działania profilaktyczno-naprawcze ze strony nauczycieli, wychowawców oraz dyrekcji szkoły:

- niepokojący jest fakt, że dla 58,44% uczniów nauka w szkole jest źródłem stresu;
zastanawiający jest stosunkowo duży odsetek uczniów, którzy czują się dyskryminowani w różnym stopniu przez nauczycieli (18,68%) lub mają problemy z nauką (35,54%);
uczniowie mają niski poziom świadomości na temat zagrożeń, jakie niosą za sobą zachowania ryzykowne;
ponad połowa badanych nie je rano śniadania lub spożywa je tylko czasami;
czterech na dziesięciu uczniów nie uczestniczy w obowiązkowych zajęciach wychowania fizycznego w szkole.

Wychowanie do kultury fizycznej i zdrowotnej, nauczanie nawyków zdrowego stylu życia to edukacyjna powinność nauczycieli, instruktorów i animatorów aktywności ruchowej, na każdym szczeblu kształcenia. Stwarzanie wciąż nowych możliwości uprawiania sportu wśród dzieci i młodzieży zwiększa sportowe umiejętności wychowanków.