



**„Nowe wyzwania  
w wychowaniu i profilaktyce”  
Materiały konferencyjne**

**Warszawa, dnia 14 listopada 2012 roku**

## Spis treści

1. Joanna Mazur *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010* ..... strona 2
2. Janusz Sierosławski *Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. Wyniki Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach (ESPAD) w 2011 roku* ..... strona 17
3. Barbara Wojnarowska *Edukacja zdrowotna w podstawie programowej Kształcenia ogólnego, jako fundament dla szkolnego programu profilaktyki* strona 34
4. Wisława Ostrenga *Działalność Głównego Inspektoratu Sanitarnego w zakresie promocji zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem odżywiania się dzieci i młodzieży* ..... strona 43
5. Katarzyna Koszewska *Budowanie strategii anty kryzysowej na terenie szkoły/placówki oświatowej* strona 56
6. Wiesław Poleszak *Klimat społeczny szkoły* ..... strona 72
7. Anna Borucka, Agnieszka Pisarska *Koncepcja resilience - czyli jak można pomóc dzieciom i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka* ..... strona 82

**ZDROWIE I ZACHOWANIA ZDROWOTNE MŁODZIEŻY SZKOLNEJ  
NA PODSTAWIE BADAŃ HBSC 2010**

*Joanna Mazur*

Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

**Wstęp**

Mające w Europie już prawie 30-letnią tradycję, badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study*) stanowią szeroko zakrojony projekt badawczy ukierunkowany na śledzenie zmian w zakresie zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej. Na poziomie kraju badania HBSC dostarczają szeregu wskaźników zalecanych do monitorowania Narodowego Programu Zdrowia (2007–2015), a w szczególności do monitorowania realizacji celu operacyjnego 8: *„Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszymi problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży”*.

HBSC jest międzynarodową siecią naukowców, zrzeszającą obecnie 43 kraje. Są to kraje zaliczane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) do europejskiego regionu oraz Kanada i USA. Informacje na temat sieci HBSC można uzyskać na stronie [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org). Europejskie Biuro WHO jest w sieci HBSC partnerem, wydającym i rozpowszechniającym międzynarodowe raporty z kolejnych serii badań.

Głównym zadaniem zespołów z krajów członkowskich sieci HBSC jest prowadzenie na terenie szkół cyklicznych badań ankietowych uczniów. Polska brała udział w ich sześciu kolejnych seriach w latach: 1990, 1994, 1998, 2002, 2006 i 2010. Obecnie trwają już prace nad międzynarodowym protokołem do badań planowanych na rok szkolny 2013/14. Anonimowym badaniem ankietowym objęte są trzy roczniki szkolne, co w Polsce odpowiada klasom: V szkoły podstawowej (dalej używamy określenia 11-latki) oraz I i III gimnazjum (13- i 15-latki).

Międzynarodowym koordynatorem badań jest obecnie prof. Candace Currie z Uniwersytetu St. Andrews w Szkocji, a krajowym koordynatorem badań w Polsce – dr Joanna Mazur z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. W Polsce badania te zostały zainicjowane i do maja 2004 r. kierowane były przez prof. Barbarę Woynarowską (obecnie Wydział Pedagogiczny UW).

Szczególne zalety badań HBSC to:

- Stosowanie wspólnego dla wszystkich krajów, standardowego kwestionariusza, zawierającego pytania o udowodnionej trafności i rzetelności;
- Przeprowadzanie badań w tym samym czasie i w tych samych grupach wieku;
- Powtarzalny charakter badań, który umożliwia dla wybranych zmiennych śledzenie tendencji zmian w czasie;
- Interdyscyplinarny charakter grupy badawczej i wielowątkowy kwestionariusz, co pozwala na ocenę stanu zdrowia i stylu życia młodzieży szkolnej w szerokim kontekście psychospołecznych uwarunkowań;
- Dynamiczny charakter badań, uwzględniający pojawianie się nowych problemów i nowych podejść do pomiaru zdrowia dzieci i młodzieży.

Do tej pory opracowano 23 krajowe raporty zawierające wyniki kolejnych serii badań HBSC, trzy prace doktorskie oraz blisko 160 artykułów naukowych i popularnonaukowych. Ostatnio, około pół roku po zakończeniu kolejnej serii badań podstawowe zestawienia tabelaryczne są powszechnie udostępniane w formie elektronicznej na stronie internetowej Instytutu Matki i Dziecka – [http://www.imid.med.pl/klient2/pliki/hbsc\\_rap1.pdf](http://www.imid.med.pl/klient2/pliki/hbsc_rap1.pdf).

W poniższym opracowaniu, nawiązując do tytułu konferencji „Nowe wyzwania w wychowaniu i profilaktyce”, starano się scharakteryzować problemy zdrowotne młodzieży szkolnej, przedstawiając najważniejsze wskaźniki. Jednocześnie położono nacisk na wyłaniające się nowe problemy i nowe kierunki analiz, które mogą wspomagać działania profilaktyczne. W opracowaniu nawiązano do wielu wydanych w ciągu ostatnich 2 lat publikacji prezentujących wyniki badań HBSC 2010.

### **Badane osoby**

Dane dotyczą 4571 uczniów w wieku od 10,5 do 16,5 lat, uczestniczących w badaniach HBSC 2010. Liczebność poszczególnych roczników wynosiła: V klasa szkoły podstawowej – 1550; I klasa gimnazjum – 1650; III klasa gimnazjum – 1551 osób. W badaniach uczestniczyły szkoły z ośmiu województw: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, łódzkie, mazowieckie, podkarpackie, śląskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie. Próba była zrównoważona pod względem płci (2340 chłopców i 2411 dziewczynek). Mieszkańcy dużych miast (pow. 50 tys.), małych miast i wsi stanowili odpowiednio: 42,3%, 23,2% i 34,65% ankietowanych.

**Zdrowie i rozwój**

Obecnie poważnym problemem zdrowotnym polskich uczniów jest nadwaga i otyłość. Według wydanego w maju 2012 roku międzynarodowego raportu z badań HBSC, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>, odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała jest w Polsce większy niż w większości krajów europejskich. Szczególnie wysokie odsetki notowane są w młodszych grupach wieku (tab.1). Przyjmując za podstawę wskaźnik masy ciała BMI (*Body Mass Index*) oraz ujednoczone kryteria definiowania nadwagi (wg IOTF – *International Obesity Task Force*), w latach 2002–2010 stwierdzono rosnący odsetek uczniów z nadwagą (tab.1).

W związku, z tym w polskim zespole realizującym badania HBSC zainicjowano szereg szczegółowych analiz poświęconych uwarunkowaniom nadmiaru masy ciała. Między innymi stwierdzono, że:

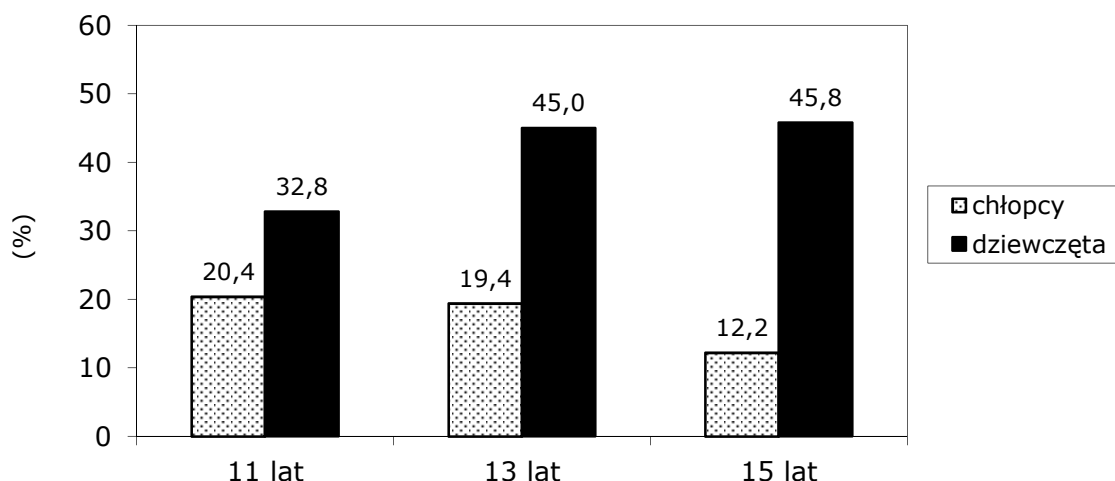
- Zmiany wzorców spędzania wolnego czasu mogą częściowo tłumaczyć nasilającą się epidemię otyłości wśród polskich uczniów. Wysoka aktywność fizyczna nie zawsze jest w stanie zrównoważyć niekorzystny wpływ zajęć sedenteryjnych (realizowanych w pozycji siedzącej). Szczególnie niekorzystne jest nadmierne przesiadywanie przy komputerze („Przeгляд Epidemiologiczny” 2012; 66:503-508).
- Młodzież z nadwagą lub otyłością narażona jest na szereg negatywnych skutków zdrowotnych. Na niektóre nie zwracano do tej pory uwagi. W świetle danych HBSC, w latach 2006–2010 stwierdzono współwystępowanie u młodzieży gimnazjalnej tendencji wzrostowej nadwagi lub otyłości oraz urazów wymagających pomocy medycznej („Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012; 93(2): 298-303).

**Tabela 1. Odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała (wg IOTF) w latach 2002-2012**

Rok	Płeć	Grupa wieku		
		11-latki	13-latki	15-latki
2002	chłopcy	20,8	16,9	11,7
	dziewczęta	16,5	10,3	9,2
2006	chłopcy	21,2	17,1	15,8
	dziewczęta	15,9	10,6	8,6
2010	chłopcy	25,4	21,9	17,5
	dziewczęta	17,9	14,7	11,1

Kwestionariusz HBSC 2010 zawierał też pytanie dotyczące subiektywnej oceny masy ciała: *Gdy myślisz o swojej masie ciała, to sądzisz, że jesteś: zdecydowanie za szczupły; trochę za szczupły; w sam raz; trochę za gruby; zdecydowanie za gruby.*

Wysoki odsetek chłopców i dziewcząt uważających się za zbyt grubych, tylko częściowo znajduje potwierdzenie w rzeczywistej nadwadze. Odsetek oceniających swoją masę ciała, jako *w sam raz* jest dużo mniejszy od odsetka młodzieży z prawidłową masą ciała według wskaźnika BMI. Jeżeli analizowaną grupę ograniczy się do osób z masą ciała prawidłową lub poniżej normy, nadal prawie połowa uczennic gimnazjum uważa się za osoby zbyt grube (ryc. 1). Niezadowolenie ze swojego wyglądu obejmuje coraz młodsze roczniki.



**Ryc. 1. Odsetek chłopców i dziewcząt uważających, że są zdecydowanie zbyt grubi lub trochę za grubi w grupie mających BMI poniżej 85 centyla (badania HBSC 2010)**

Młodym ludziom trudno jest pogodzić się ze zmieniającym się wyglądem, znacznie w ich opinii odbiegającym od ideału szczupłej figury kobiecej i umięśnionej sylwetki męskiej. Stwarza to niebezpieczeństwo podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia – stosowania drastycznych diet odchudzających przez dziewczęta oraz sięgania po sterydy anaboliczne przez chłopców.

### **Subiektywna ocena zdrowia**

Za podstawowe wskaźniki zdrowia subiektywnego uznaje się w badaniach HBSC samoocenę zdrowia, nasilenie nieswoistych dolegliwości subiektywnych oraz dwa mierniki jakości życia związanej ze zdrowiem: ocena zadowolenia z życia w skali Cantrila i sumaryczny indeks KIDSCREEN-10. Podstawowe zestawienie dotyczące 2010 r. przedstawiono w tabeli 2.

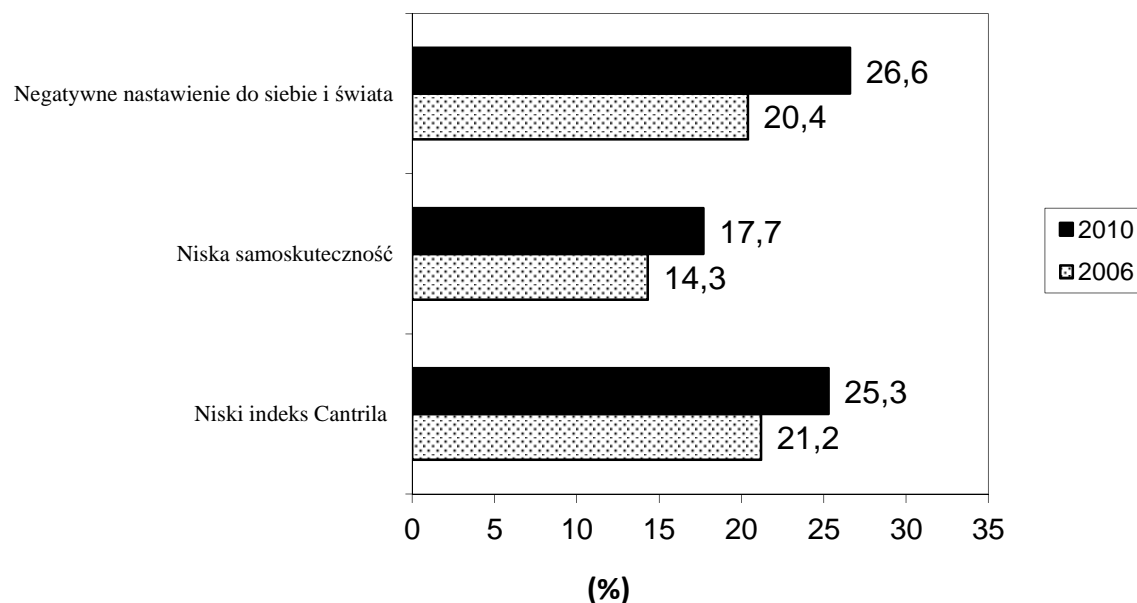
Dokładny opis odpowiednich pytań kwestionariusza znajduje się w innych opracowaniach, m.in. w cytowanym wcześniej raporcie tabelarycznym.

W zależności od przyjętego wskaźnika, płci i grupy wieku, odsetek młodzieży szkolnej sygnalizującej problemy ze zdrowiem waha się od około 10% (gorsza samoocena zdrowia u chłopców 11-letnich) do prawie 50% (powtarzające się dolegliwości subiektywne u dziewcząt 15-letnich). Prawie wszystkie wskaźniki – z wyjątkiem zespołu dolegliwości subiektywnych u chłopców – znacząco pogarszają się z wiekiem ankietowanych. Z wiekiem nasilają się też różnice zależne od płci. Biorąc pod uwagę ogólny indeks jakości życia związanej ze zdrowiem KIDSCREEN-10 stwierdza się różnicę w średniej jego wartości między dziewczętami i chłopcami rzędu 5,5% u 11-latków do 19,6% u 15-latków.

**Tabela 2. Zdrowie subiektywne młodzieży szkolnej na podstawie danych HBSC 2010**

Wskaźniki zdrowia subiektywnego	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Zdrowie gorsze niż dobre	9,8	14,4	17,2	13,8	20,4	31,0
Powtarzające się dwie lub więcej dolegliwości subiektywne	29,5	30,0	29,3	38,5	39,6	48,7
Niezadowolony z życia (<6 punktów w skali Cantrila)	13,9	20,4	19,1	15,6	22,6	31,2
Ocena jakości życia związanej ze zdrowiem (indeks KIDSCREEN-10=<50 pkt.)	10,3	19,2	20,5	15,8	26,7	40,1

Przedstawianie szczegółowych zestawień międzynarodowych przekracza ramy tego opracowania. W innych publikacjach zwrócono uwagę na bardzo niekorzystną pozycję Polski w rankingach międzynarodowych, jeśli chodzi o ogólne zadowolenie z życia (Remedium, 6/12). W grupie 39 krajów Polska zajęła jedną z ostatnich pozycji pod względem odsetka młodzieży, która jest bardzo zadowolona ze swojego życia. Gorzej było tylko w Turcji, Rumunii i na Ukrainie.



**Ryc. 2. Odsetek młodzieży szkolnej w wieku 15 lat w Polsce mającej pogorszoną kondycję psychiczną, tendencje zmian w latach 2006-2010**

Niepokojący jest też kierunek zmian. W latach 2006–2010 w grupie 15-latków stwierdzono pogorszenie nie tylko wskaźnika zadowolenia z życia w skali Cantrila, ale też szeregu pokrewnych wskaźników, co może świadczyć o ogólnie coraz gorszej kondycji psychicznej polskiej młodzieży (ryc. 2). Pogorszeniu ulegają też wskaźniki dotyczące relacji rodzinnych.

### **Podjęmowanie zachowań sprzyjających zdrowiu**

Właściwy styl życia i odpowiednie nawyki żywieniowe gwarantują zdrowie i prawidłowy rozwój fizyczny, psychospołeczny i umysłowy. Zachowania nabyte w okresie dorastania prawdopodobnie będą kontynuowane w wieku dorosłym.

W obszarze zachowań sprzyjających zdrowiu analizowano zachowania żywieniowe, higienę jamy ustnej i poziom aktywności fizycznej. Zdefiniowano osiem pozytywnych wskaźników zachowań zdrowotnych (tab. 3).

Prawidłowe odżywianie w okresie dorastania przynosi efekty bezpośrednie i pośrednie, ponieważ na bieżąco chroni przed wieloma chorobami (niedokrwistość, otyłość, próchnica), a w perspektywie całego życia zmniejsza ryzyko chorób serca i układu krążenia, chorób metabolicznych oraz nowotworów.



Za elementy zdrowego stylu życia uważa się regularne jedzenie posiłków, zwłaszcza pierwszego śniadania, spożywanie zalecanych ilości warzyw i owoców oraz ograniczanie spożycia produktów mniej zdrowych, szczególnie zawierających cukier i tłuszcz. Opuszczanie pierwszego śniadania i/lub niespożywanie posiłku w szkole wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie mózgu i ogólną sprawność fizyczną ucznia, co może prowadzić do gorszego funkcjonowania na lekcjach, w czasie zajęć sportowych na lekcjach wychowania fizycznego oraz w trakcie innych zajęć w czasie wolnym.

Kolejnym ważnym wskaźnikiem zachowań prozdrowotnych jest częstość czyszczenia zębów. Zakłada się, że próchnica zębów i inne choroby jamy ustnej są jednym z częściej występujących problemów zdrowotnych w populacji młodzieży w Polsce. Z danych międzynarodowych wynika, że występowanie tego typu problemów jest w krajach wysokorozwiniętych mniej powszechne. Biorąc pod uwagę konstrukcję pytania, za pozytywną praktykę zdrowotną przyjęto czyszczenie zębów częściej niż 1 raz dziennie.

Ważny element oceny stylu życia młodzieży szkolnej dotyczy aktywności fizycznej i sposobu spędzania wolnego czasu. Pomiar aktywności fizycznej w badaniach kwestionariuszowych jest bardzo trudny. W omawianym badaniu HBSC 2010 za podstawowy wskaźnik przyjęto MVPA (*moderate-to-vigorous physical activity*), czyli aktywność fizyczną od umiarkowanej do intensywnej, która przyspiesza czynność serca i przez jakiś czas powoduje brak tchu. Zadano pytanie pochodzące z testu przesiewowego J. Prochaski i wsp., pozwalające oszacować liczbę dni w ostatnim tygodniu (siedem dni), w których młodzież przeznaczała na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut. Pytanie to poprzedzono wstępem, wyjaśniającym pojęcie aktywności fizycznej. Obecnie przyjmuje się, że młodzież powinna ćwiczyć codziennie przez co najmniej 60 minut, czyli zalecana jest wartość MVPA=7. Kolejne pytania dotyczyły aktywności o dużej intensywności (*VPA – vigorous physical activity*) podejmowanej poza godzinami szkolnymi. Poniżej przedstawiono częstość występowania skrajnej pozytywnej odpowiedzi (*codziennie*), chociaż nie ma w tym zakresie tak wyraźnych rekomendacji, jak dla MVPA.

**Tabela 3. Podejmowanie zachowań korzystnych dla zdrowia**

Wskaźnik zachowań prozdrowotnych	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Śniadania we wszystkie dni szkolne	62,9	62,2	60,6	63,8	56,0	52,8
Owoce spożywane co najmniej 1 raz/dzień	33,5	24,5	19,8	44,4	36,6	26,4
Warzywa spożywane co najmniej 1 raz/dzień	26,1	22,1	22,0	35,3	28,6	30,2
Słodcyce nie częściej niż 1 raz/tydzień	31,2	23,2	19,4	26,6	23,2	17,8
Słodkie napoje nie częściej niż 1 raz/tydzień	38,7	26,0	25,6	48,2	41,0	43,5
Czyszczenie zębów częściej niż 1 raz/dzień	57,7	53,2	59,5	68,8	73,6	85,0
Aktywność fizyczna – MVPA=7	31,4	22,3	23,0	23,2	13,4	9,6
Intensywna aktywność fizyczna codziennie	23,3	19,3	20,2	18,9	11,5	8,1

Istnieją duże różnice zależnie od płci w częstości podejmowania zachowań korzystnych dla zdrowia. Dziewczęta wypadają dużo gorzej od chłopców pod względem poziomu aktywności fizycznej oraz niektórych zachowań żywieniowych (nie jedzą regularnie śniadań). Chłopcy rzadziej niż dziewczęta przyznają się do spożywania owoców lub warzyw, za to częściej piją napoje typu coca-cola. Rzadziej natomiast czyszczą zęby. Większość przedstawionych w tabeli 2 wskaźników pogarsza się z wiekiem. Poprawia się głównie higiena jamy ustnej i niektóre zachowania żywieniowe – starsza młodzież rzadziej sięga po niezdrową żywność zawierająca cukier i tłuszcz.

W zestawieniach międzynarodowych niepokoić powinna bardzo niekorzystna pozycja Polski pod względem poziomu VPA, szczególnie u 13-latków (6 miejsce od końca).

Międzynarodowy protokół badań HBSC 2010 uwzględniał też blok pytań na temat sedenteryjnego trybu życia, czyli spędzania czasu w sposób (fizycznie) bierny, przed telewizorem lub przy komputerze. Zakłada się, że umiarkowane i kontrolowane korzystanie z telewizji, a tym bardziej z komputera, ma pozytywny wpływ na rozwój dorastającej młodzieży. Posiadanie w domu co najmniej jednego komputera deklarowało 97,3% ankietowanych w Polsce uczniów. Zbyt długie przebywanie w pozycji siedzącej może jednak wpływać negatywnie na rozwój fizyczny, tym bardziej jeśli odbywa się ono kosztem zajęć ruchowych oraz jeśli zajęciom przed ekranem towarzyszy „pojadanie” niezdrowych

przekąsek. Jeżeli zaś filmy i gry komputerowe są nasycone agresją i fałszują obraz rzeczywistości, można się spodziewać negatywnych skutków dla rozwoju psychospołecznego. W związku z upowszechnieniem dostępu do komputerów, nowym zjawiskiem jest uzależnienie od komputera i Internetu, a symptomy uzależnienia pojawiają się już w okresie dorastania. Istnieją też dowody, że zajęcia przed ekranem mogą powodować zaburzenia snu i dalsze tego konsekwencje zdrowotne.

W kwestionariuszu HBSC 2010 pytano o liczbę godzin dziennie w czasie wolnym, odpowiednio w dniach szkolnych i w dniach weekendu, przeznaczoną na: oglądanie telewizji (w tym video i DVD), granie w gry komputerowe lub inne wykorzystywanie komputera (czat, internet, e-maile, odrabianie lekcji itd.). Brak jest jasnych kryteriów, jaka dawka zajęć sedenteryjnych jest szkodliwa dla zdrowia w tym wieku, tym bardziej, że różne typy aktywności się kumulują. Przyjęto robocze założenie, że niepokojącym objawem jest spędzanie przed telewizorem więcej niż 3 godzin dziennie, a przy komputerze lub grach komputerowych więcej niż 2 godzin dziennie.

**Tabela 4. Zajęcia sedenteryjne podejmowane przez młodzież szkolną**

Rodzaj zajęcia	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Oglądanie TV >3h w dniach szkolnych	25,0	27,4	20,5	19,8	24,0	21,1
Oglądanie TV >3h w dniach weekendu	45,3	50,4	40,8	43,5	50,1	47,1
Korzystanie z komputera >2h w dniach szkolnych	30,1	35,7	41,3	22,7	30,8	45,4
Korzystanie z komputera >2h w dniach weekendu	41,9	53,5	58,5	35,5	50,4	66,7
Gry komputerowe >2h w dniach szkolnych	36,4	48,1	41,3	15,7	13,5	12,4
Gry komputerowe >2h w dniach weekendu	58,8	70,6	63,2	34,8	28,8	21,8

Wyniki badań wskazują, że młodzież szkolna przeznaczą na zajęcia sedenteryjne więcej czasu w soboty i niedziele niż w dni szkolne. Chłopcy zdecydowanie częściej zajmują się grami komputerowymi, dziewczęta preferują inne wykorzystanie komputera. Zależność od wieku nie przyjmuje jednoznacznego kierunku – w wielu przypadkach niekorzystne wskaźniki obserwuje się u 13-latków. W latach 2006–2010 zaobserwowano w Polsce znaczący wzrost średniej liczby godzin spędzanych przez uczniów przy komputerze.

Wg zestawień z cytowanego najnowszego raportu międzynarodowego, polskie 11-latki zajęły pierwsze miejsce (najwyższy procent), wśród korzystających z komputera dwie lub więcej godzin dziennie w dniach szkolnych.

Zachowania prozdrowotne już w chwili obecnej przekładają się na lepszy stan zdrowia nastolatków. Na przykład średni indeks jakości życia KIDSCREEN-10 (przyjmujący zakres 0-100 punktów) zmienia się wyraźnie wraz z poziomem wskaźników MVPA i VPA. Indeks ten zwiększał się od 57,4 u młodzieży wcale nie ćwiczącej do 70,7 u tych, którzy ćwiczą intensywnie – 7 lub więcej godzin w tygodniu – poza zajęciami szkolnymi.

### **Zachowania ryzykowne dla zdrowia**

W badaniach przedstawiono siedem wskaźników dotyczących nadużywania substancji psychoaktywnych, kontaktów seksualnych oraz zachowań związanych z przemocą (tab.5).

Palenie tytoniu uznane jest za jeden z głównych czynników zwiększających ryzyko rozwoju chorób nowotworowych i przedwczesnej miażdżycy, a w efekcie za jedną z głównych przyczyn umieralności. Mimo, że umieralność z powodu chorób odtytoniowych dotyczy osób dorosłych, początki nałogu zazwyczaj sięgają okresu adolescencji, a wiek sięgnięcia po pierwszego papierosa stale obniża się.

Alkohol jest najczęściej stosowaną przez młodzież substancją psychoaktywną. Mimo, że nie prowadzi w tym wieku jeszcze do uzależnienia, może spowodować szereg szkód zdrowotnych i społecznych, jak:

- podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych (bez zabezpieczenia i/lub z przypadkowym partnerem);
- podejmowanie zachowań sprzyjających wypadkom (utonięcie lub uraz kręgosłupa w przypadku skoku do wody, wypadek drogowy, uraz w trakcie bójki);
- zaniedbywanie obowiązków szkolnych i utrata zainteresowań.

W bieżącym opracowaniu wykorzystano dostępne dla trzech grup wieku wskaźniki dotyczące częstości picia piwa oraz liczby epizodów upicia się w ciągu całego życia.

Przemoc w środowisku szkolnym definiowana jest jako dręczenie (ang. *bullying*). Są to świadome działania mające na celu zrobienie drugiej osobie przykrości lub krzywdy; są one systematycznie powtarzane oraz występuje w nich brak równowagi sił pomiędzy ofiarą a sprawcą (sprawcami). Protokół badania HBSC 2010 zakładał obowiązkowe

uwzględnienie dwóch pytań na temat częstości bycia ofiarą i sprawcą dręczenia w szkole, które były poprzedzone wstępem wyjaśniającym, co rozumiemy pod pojęciem dręczenia (dokuczania) innym. W pracy ograniczono się do analizy częstych przypadków bycia sprawcą *bullyingu*. Uwzględniono też pytanie o uczestniczenie w bójkach.

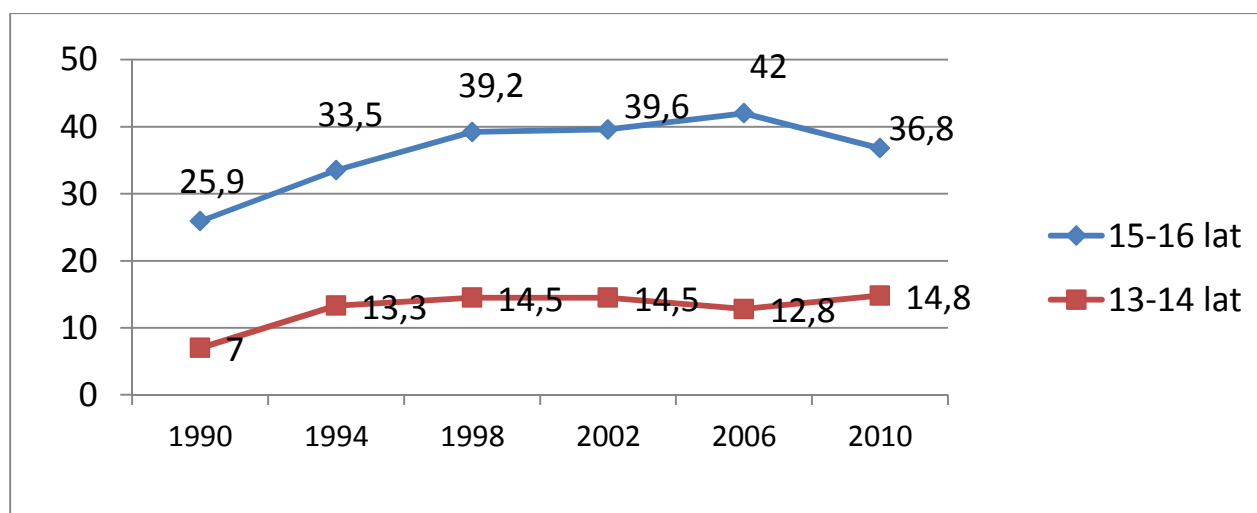
Pytania o niektóre zachowania ryzykowne zadawane były tylko w najstarszej grupie. Uczniów III klas gimnazjum pytano o używanie marihuany: w całym życiu, w ostatnim roku i w ostatnich 30 dniach. Dodatkowy blok pytań dotyczył kontaktów seksualnych. W tabeli 5 zamieszczono dwa wskaźniki odnoszące się do palenia marihuany w ostatnim roku i jeden dotyczący przejścia inicjacji seksualnej.

**Tabela 5. Podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia**

Zachowania ryzykowne dla zdrowia	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Palenie tytoniu codziennie	0,8	6,9	13,8	0,3	4,6	8,2
Picie piwa codziennie lub w każdym tygodniu	1,2	6,8	15,1	0,5	2,7	7,4
Więcej niż 1 epizod upicia się w życiu	2,5	14,8	36,7	1,3	8,7	26,6
Palenie marihuany w ostatnim roku	–	–	19,9	–	–	10,6
Inicjacja seksualna	–	–	20,0	–	–	13,7
Bycie sprawcą przemocy w szkole 2-3 razy w miesiącu lub częściej w ostatnich 2 miesiącach	15,2	14,7	17,7	5,6	8,2	4,8
Udział w bójkę więcej niż 1 raz w ostatnich 12 miesiącach	41,3	32,3	27,2	10,6	7,2	5,2

Jak można było przypuszczać, większość zachowań ryzykownych nasila się z wiekiem oraz częściej występuje u płci męskiej. Jedynie do uczestniczenia w bójkach częściej przyznają się młodsi uczniowie. Pogłębione analizy z wykorzystaniem dodatkowych pytań (HBSC 2002) wskazywały jednak, że o ile młodsi częściej biją się z rodzeństwem, o tyle starsi częściej wchodzą w stanowiące większe zagrożenie konflikty z nieznanymi.

Jeżeli jednak spojrzymy na tendencję zmian, to niepokojącym zjawiskiem jest wzrost wielu wskaźników zachowań ryzykownych w młodszych grupach wieku, szczególnie u 13-latków. Przy znaczącym spadku odsetka 15-letnich chłopców, którzy upili się więcej niż jeden raz w życiu, zaobserwowano w latach 2006–2010 dwuprocentowy wzrost odpowiedniego odsetka 13-latków (ryc.3).



**Ryc. 3. Odsetek chłopców, którzy upili się więcej niż 1 raz w życiu**

### Społeczne uwarunkowania zdrowia i zachowań związanych ze zdrowiem

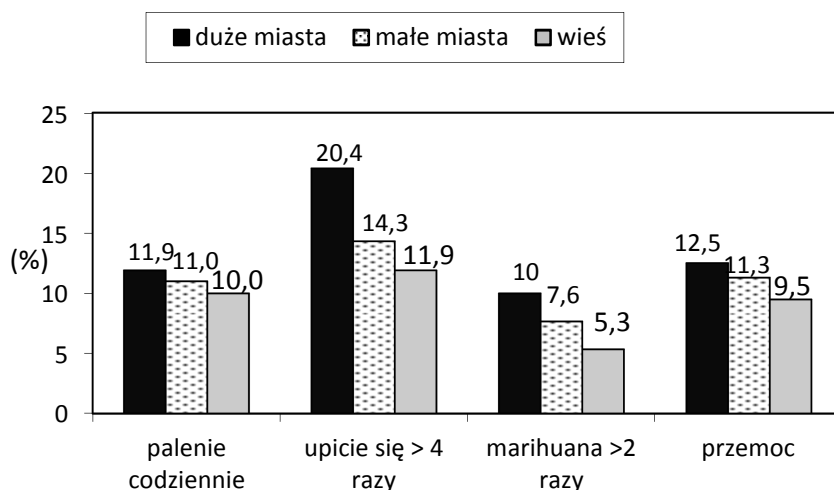
Polski zespół realizując badania HBSC wiele uwagi poświęca ostatnio społecznym uwarunkowaniom zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej. Poświęcone zostały temu tematowi trzy monografie wydane w latach 2007–2011. Przede wszystkim analizowano uwarunkowania socjoekonomiczne, które mierzone były na poziomie rodziny i miejsca zamieszkania, co jest zgodne z nurtem badan nad społecznymi nierównościami w zdrowiu.

W świetle wyników uzyskanych w 2010 r., wiele wskaźników pogarsza się w rodzinach ubogich. Pośrednio zdrowie i zachowania związane ze zdrowiem współwystępują z niższym poziomem osiągnięć szkolnych młodzieży z rodzin ubogich. W rodzinach o niższym statusie materialnym obserwuje się też gorszą komunikację dzieci z ojcem i matką, posiadanie mniejszej liczby bliskich kolegów i ogólnie negatywny stosunek do szkoły. Istnieją przykłady zachowań ryzykownych nasilających się w rodzinach zamożniejszych, co można ciągle tłumaczyć lepszymi możliwościami nabycia substancji psychoaktywnych. Analiza tendencji zmian zachowań ryzykownych w grupach społecznych, pozwala jednak sądzić, że tzw. gradient społeczny będzie się stopniowo odwracał. Zwrócić należy uwagę na przykład na wzrost częstości picia alkoholu przez dziewczęta z rodzin ubogich.

W analizach uwarunkowań zdrowia i zachowań zdrowotnych uwzględniających miejsce zamieszkania, punktem wyjścia były tradycyjnie porównania mieszkańców miast i wsi. Wiele wskaźników wykazuje niewielkie zróżnicowanie wg tego kryterium. Jeżeli występują różnice, to przeważnie na niekorzyść miast. U uczniów mieszkających na wsi coraz

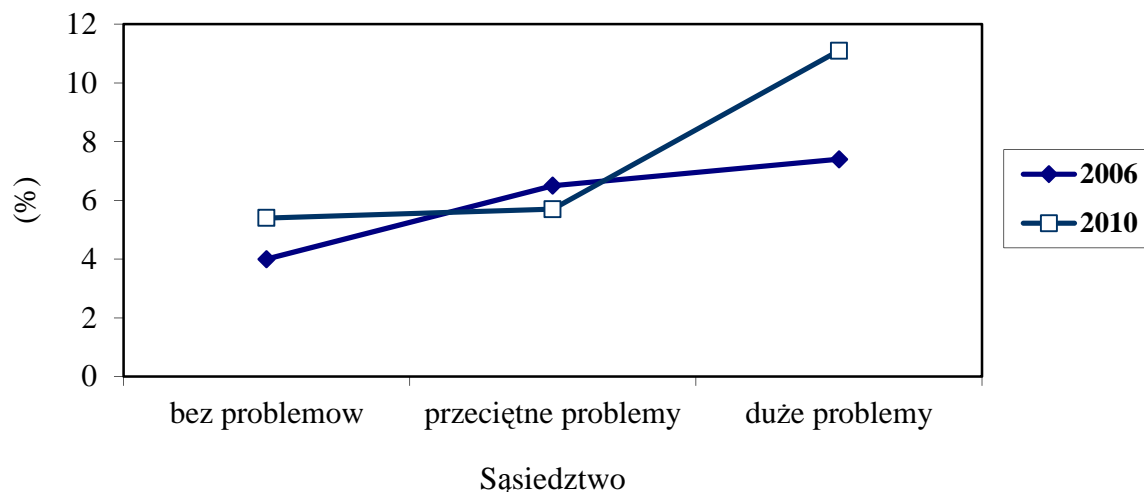
gorsza jest ciągle higiena jamy ustnej. Nowością ostatniej serii badań HBSC 2010 było uwzględnienie trzech kategorii miejscowości: dużych miast, małych miast i wsi. Większość zachowań ryzykownych systematycznie pogarsza się wraz ze wzrostem wielkości miejscowości (ryc.4).

Jak wykazano w drugim wydaniu raportu „Status materialny rodziny i otoczenia a zdrowie i styl życia młodzieży 15-letniej” (Instytut Matki i Dziecka, 2012), pod niektórymi względami społeczność małych miast jest podobna do wiejskiej. Dla wielu wskaźników celowe jest wyodrębnienie właśnie trzech kategorii wielkości miejscowości, dla innych, małe i duże miasta są do siebie podobne.



**Ryc. 4. Wybrane zachowania ryzykowne młodzieży 15-letniej w zależności od wielkości miejscowości**

Polski zespół HBSC stale rozszerza zestaw potencjalnych socjoekonomicznych uwarunkowań zdrowia. Ciekawe wyniki uzyskano, badając wpływ zamożności okolicy w miejscu zamieszkania (w sąsiedztwie). Młodzież z rejonów zaniedbanych dużo gorzej ocenia swoje zdrowie, jest mniej aktywna, przede wszystkim zaś częściej sięga po substancje psychoaktywne. W latach 2006–2010 zaobserwowano wzrost częstości palenia marihuany, który głównie dotyczył rejonów o znacznym nasileniu lokalnych problemów (ryc.5). O ile w całej grupie 15-latków odsetek palących marihuanę więcej niż 2 razy w ostatnim roku zwiększył się z 6,4% do 7,7%, o tyle w rejonach zaniedbanych zanotowano wzrost z 7,4% do 11,1%.



**Ryc. 5. Odsetek 15-latków, którzy palili marihuanę więcej niż 2 razy podczas ostatnich 12 miesięcy**

W dalszych pracach zakres potencjalnych zmiennych społecznych warunkujących zdrowie i zachowania zdrowotne był stale rozszerzany, na przykład o mierniki kapitału społecznego w okolicy zamieszkania, jakość relacji rodzinnych oraz charakterystykę środowiska społecznego szkoły, jak również o wewnętrzne zasoby wzmacniające zdrowie. Oznacza to zasadność odróżniania czynników socjoekonomicznych od społecznych, związanych z relacjami międzyludzkimi. W najnowszych krajowych opracowaniach opartych na wynikach badań HBSC wprowadza się podział na czynniki ryzyka i czynniki chroniące oraz na bliższe i dalsze uwarunkowania zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży.

W jednym z rozdziałów wydanego w 2011 raportu na temat społecznych determinant zdrowia zbadano wpływ czterech czynników społecznych na nasilenie dolegliwości subiektywnych u 15-latków. We wnioskach stwierdzono, że społeczne uwarunkowania zdrowia nastolatków należy analizować właśnie na kilku poziomach, od najdalszych do najbliższych czynników. Najsilniejszą determinantą nieswoistych subiektywnych dolegliwości okazał się stres szkolny, który z kolei zależy od osiągnięć w nauce, klimatu społecznego szkoły i statusu materialnego sąsiedztwa. Udowodniono jedynie pośredni wpływ zamożności rodziny.

### **Uczniowie z chorobami przewlekłymi**

W grupie badanych w 2010 roku gimnazjalistów 20,8% stanowili uczniowie z długotrwałymi problemami związanymi ze zdrowiem (choroby przewlekłe,



niepełnosprawność). Wobec rosnącej populacji przewlekle chorych, trudno jest nie zauważać ich problemów. Średni indeks jakości życia związanej ze zdrowiem – KIDSCREEN uczniów z chorobami przewlekłymi był znacząco niższy niż zdrowych rówieśników (56,9 wobec 62,1). Dużo większy był też odsetek niezadowolonych z życia (30,5% wobec 23,1%). U co drugiego ucznia z chorobą przewlekłą występuje zespół mnogich dolegliwości subiektywnych (51,5% wobec 35,5% u zdrowych rówieśników). Wbrew oczekiwaniom, uczniowie z chorobami przewlekłymi nie powstrzymują się od zachowań szkodliwych dla zdrowia.

### **Podsumowanie**

Na przykładzie danych z 2010 r. przedstawiono znaczenie międzynarodowych badań HBSC jako źródła informacji o problemach zdrowotnych polskiej młodzieży. Szczegółowe zestawienia z uwzględnieniem płci i wieku ankietowanych dotyczyły 26 wskaźników odnoszących się do zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży, ale lista dostępnych wskaźników jest znacznie dłuższa. Badania HBSC dają możliwość porównania polskiej młodzieży z rówieśnikami z innych krajów, a dzięki ich powtarzalnemu charakterowi można śledzić tendencje zmian w czasie.

Interpretując wyniki, zwrócono uwagę na wskaźniki, w odniesieniu do których:

- pozycja Polski jest wyjątkowo niekorzystna w porównaniach międzynarodowych;
- trendy w ostatnich latach przybierają szczególnie niekorzystny kształt;
- notuje się nieuzasadnione względami rozwojowymi pogorszenie związane z wiekiem lub płcią ankietowanych, jak również nasilanie się z wiekiem różnic zależnych od płci.

Szukając nowych wyzwań dla wychowania i profilaktyki, zwrócono też uwagę na:

- przechodzenie niekorzystnych zachowań do młodszych roczników;
- choroby przewlekłe, jako narastający problem w drugiej dekadzie życia;
- coraz gorszą kondycję psychiczną młodzieży;
- konieczność analizowania wskaźników zdrowotnych w szerokim kontekście społecznych uwarunkowań, których nie należy utożsamiać jedynie z czynnikami socjoekonomicznymi;
- (w szczególności) konieczność szukania wśród uwarunkowań zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży elementów, które stanowią czynniki ryzyka i czynniki chroniące.

**UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ.  
WYNIKI EUROPEJSKIEGO PROGRAMU BADAŃ ANKIETOWYCH W SZKOŁACH (ESPAD)  
W ROKU 2011**

*Janusz Sierostawski*

**Wprowadzenie**

Idea paneuropejskiej współpracy w badaniach szkolnych na temat używania substancji psychoaktywnych zrodziła się wśród badaczy tej problematyki skupionych wokół Rady Europy (Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs – Pompidou Group). Idea owa sprowadza się do uzgodnienia i na ile to możliwe wystandaryzowania metodologii badań w różnych krajach, tak aby ich wyniki uczynić maksymalnie porównywalnymi. Badania zainicjowane przez tę grupę przyjęły formę wieloletniego programu badawczego zatytułowanego: „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD) i prowadzone są od 1995 r., co cztery lata, według tych samych wystandaryzowanych technik, co umożliwia porównywalność nie tylko w przestrzeni ale i w czasie. W 1995 r. badanie objęło 26 krajów europejskich, w tym Polskę, w 2011 r. w badaniu uczestniczyło już 39 krajów naszego kontynentu. 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. 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 śledzenia trendu w zakresie używania substancji przez młodzież szkolną. Badanie ESPAD zrealizowano w Polsce już pięciokrotnie w latach: 1995, 1999, 2003, 2007 oraz w 2011 r. na próbach losowych 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 w Polsce realizowane są przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, a finansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Trzeba dodać, że badania terenowe przebiegały zawsze sprawnie dzięki poparciu Ministra Edukacji Narodowej.

Celem badań ESPAD jest przede wszystkim śledzenie trendów w zakresie natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, ale także ocena czynników wpływających na rozpowszechnienie, ulokowanych zarówno po stronie popytu na substancje, jak i ich podaży.

Przedmiotem tego opracowania będzie analiza trendów wybranych wskaźników używania substancji przez uczniów trzecich klas gimnazjów oraz prezentacja pierwszych danych dotyczących nowego zjawiska, jakim są „dopalacze”.

### **Metoda**

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

Próba zawsze dobierana jest 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.

### **Alkohol**

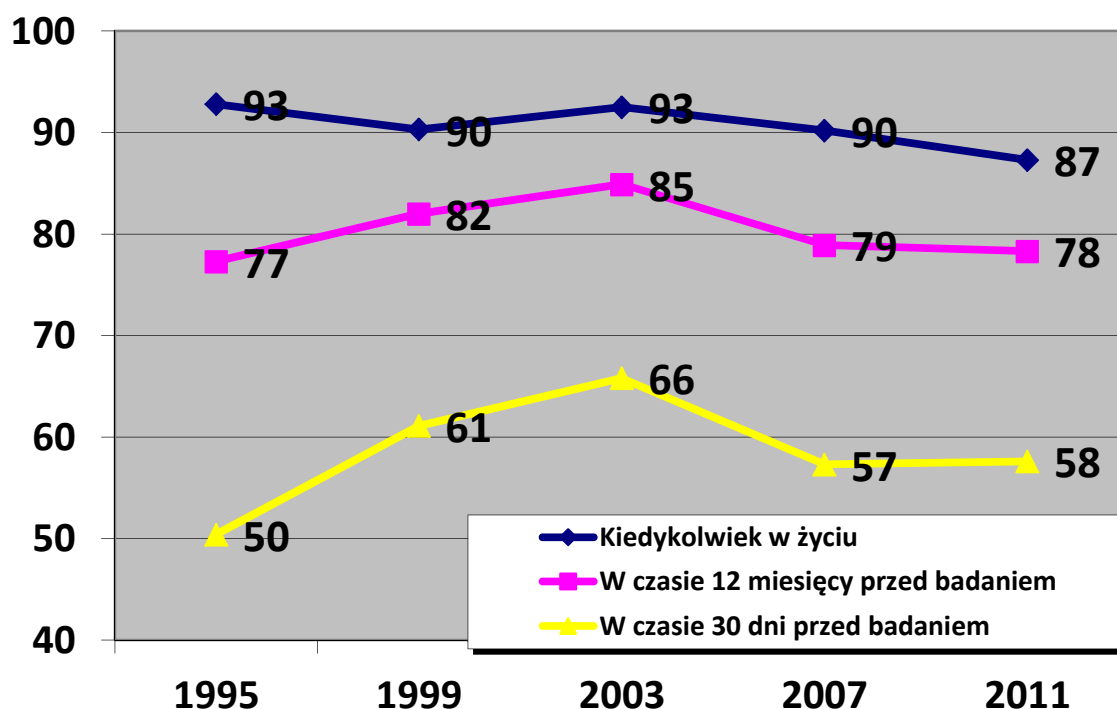
Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa. W 2011 r. próby picia miało za sobą 87% gimnazjalistów z klas trzecich (Wykres 1). Oznacza to, że odsetek uczniów, którym udało się utrzymać 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)



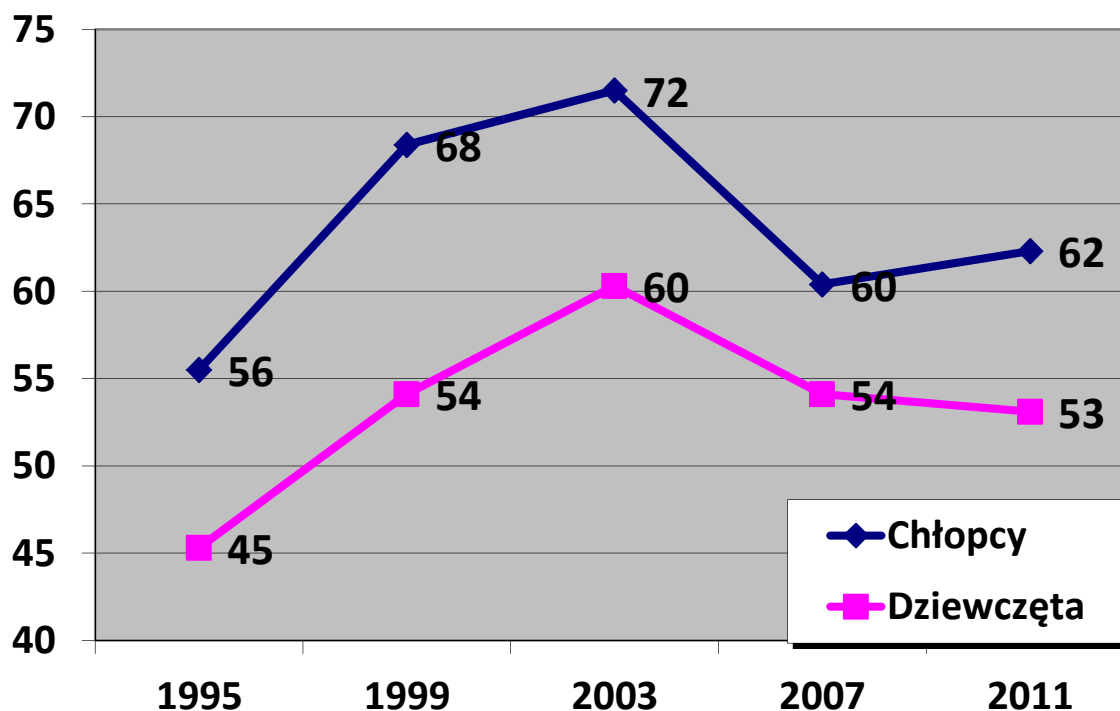
Trzeba też zauważyć, że odsetek konsumentów alkoholu definiowanych jako osoby, które piły jakiegokolwiek napój alkoholowy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, nie odbiega znacząco od odsetka identycznie definiowanych konsumentów stwierdzanych w badaniach populacji osób dorosłych. Jak pokazują 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 rośnie szybciej niż wśród

chłopców, zaś w 2007 r. spadek w rozpowszechniania 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, zaś chłopców – wzrósł.

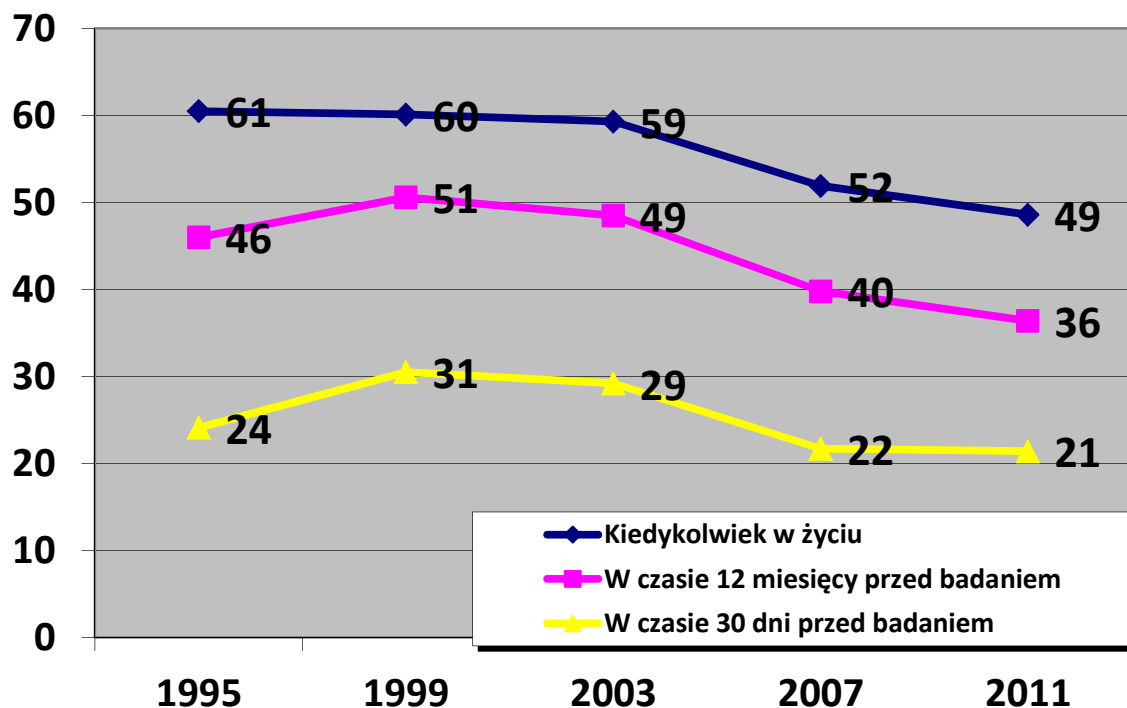
Wykres 2. Picie napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wg płci (odsetki badanych)



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 3. większość badanych ma za sobą doświadczenie upicia się.

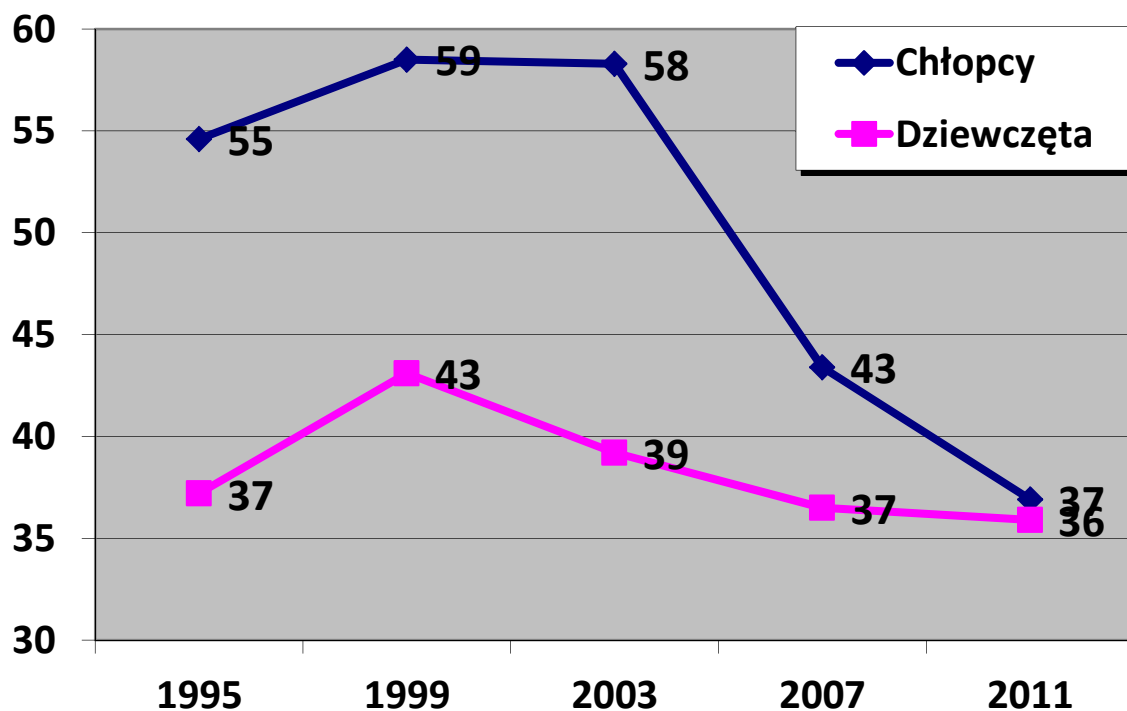
Porównanie wyników uzyskanych w 2011 r. z wynikami z lat 2007, 2003, 1999 i 1995 ujawnia tendencję spadkową wszystkich wskaźników w czasie ostatnich dwunastu lat, którą poprzedził wzrost w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych. W efekcie wskaźniki w 2011 r. są niższe niż w 1995 r.

Wykres 3. Upicie się kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych)



Wśród gimnazjalistów trendy w rozpowszechnieniu upijania się w czasie ostatnich 12 miesięcy przebiegają trochę inaczej u chłopców i dziewcząt (Wykres 4). 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. prawie znikła.

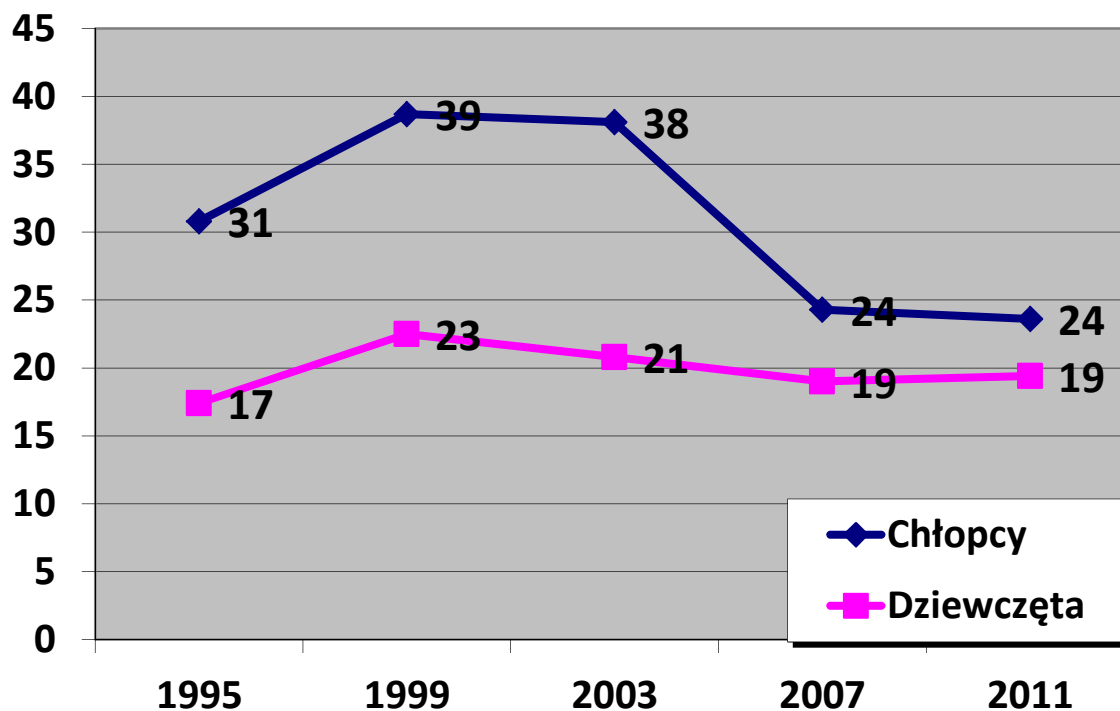
Wykres 4. Upicie się w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wg płci (odsetki badanych)



Analiza wskaźnika upijania się w czasie ostatnich 30 dni przez chłopców i dziewczęta ujawnia podobne tendencje, chociaż o innym nasileniu (Wykres 5). W latach 1995, 1999 i 2003 różnica między chłopcami i dziewczętami w rozpowszechnieniu tego zachowania była szczególnie duża (14%, 16%, 17%). 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 5. Upicie się w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wg płci (odsetki badanych)

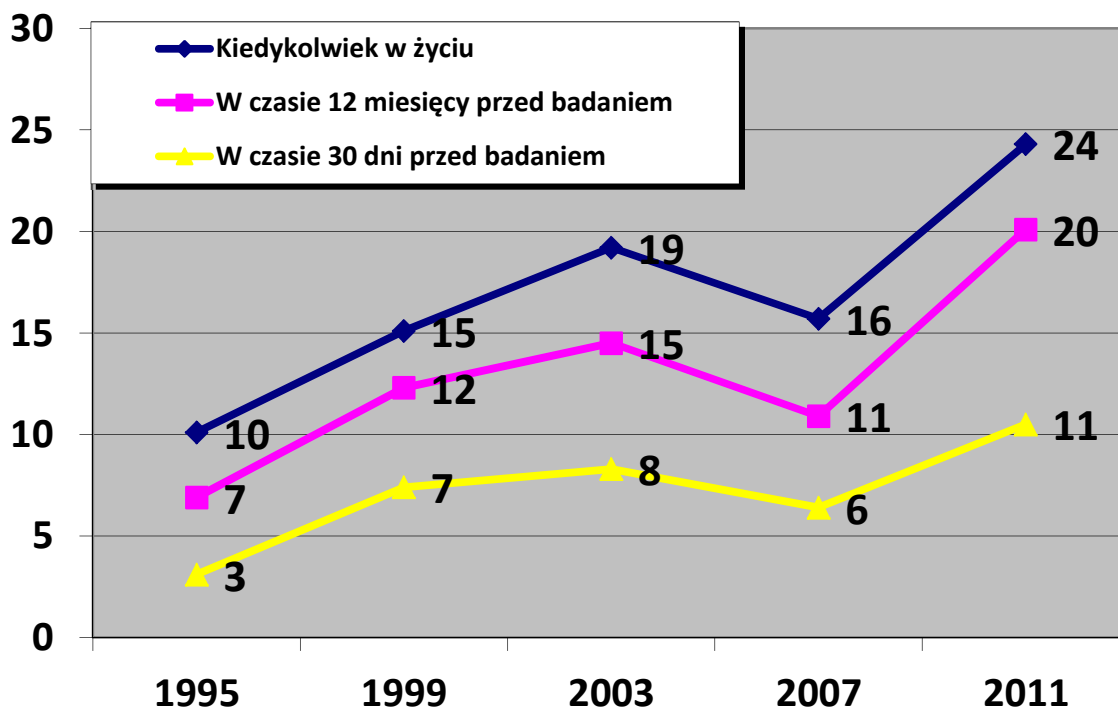


### Przetwory konopi

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 6). Wzrost między 1999 r., a 2003 r. był nieznacznie mniejszy niż w poprzednim czterolecium. W 2007 r. nastąpił spadek wskaźników do poziomu zbliżonego do roku 1999. Natomiast w 2011 r nastąpił wzrost i to do nie notowanego dotychczas poziomu.



Wykres 6. Używanie przetworów konopi kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych)

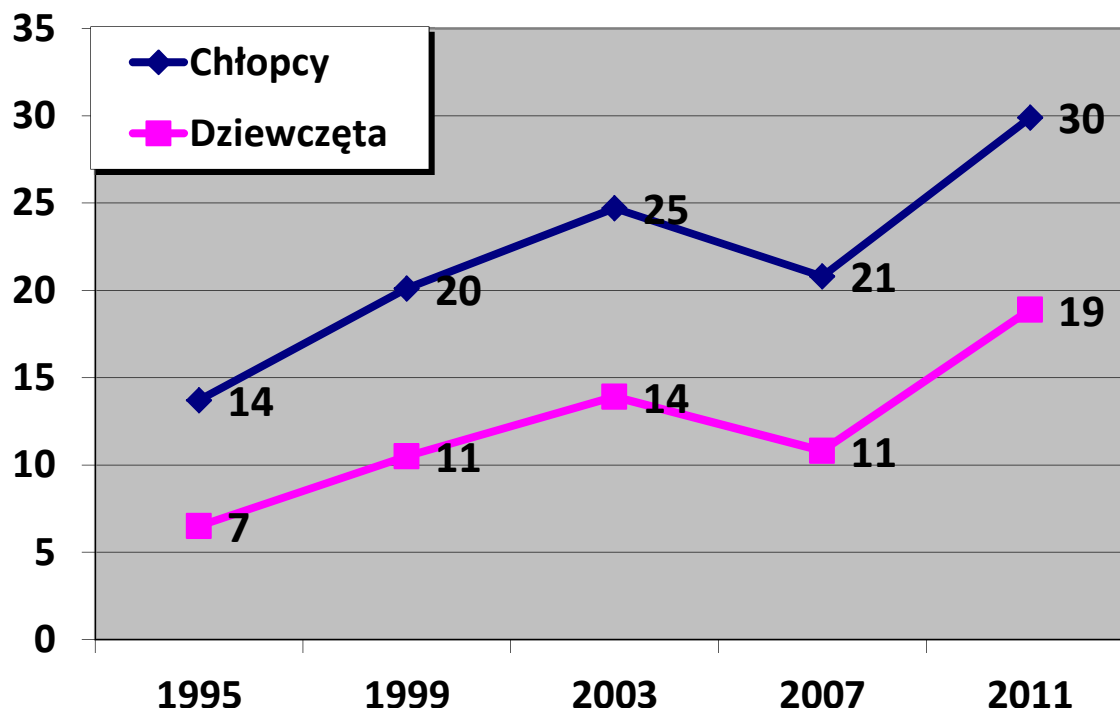


Rozpowszechnienie podejmowania prób używania przetworów konopi zależne jest od płci (Wykres 7). W 1995 r. odsetek chłopców, którzy chociaż raz w życiu używali przetworów konopi był ponad dwukrotnie większy od analogicznego odsetka wśród dziewcząt.

Zróznicowanie 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.

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

Wykres 7. Używanie przetworów konopi kiedykolwiek w życiu 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 „dopalacze”, 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 posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek. Debatę tę ożywiły prace nad rozszerzeniem zakresu rozwiązań probacyjnych podjęta 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 legalizacji marihuany. W efekcie społeczny klimat wokół marihuany stawał się coraz łagodniejszy, a postawy wobec używania tej substancji zdawały się liberalizować.

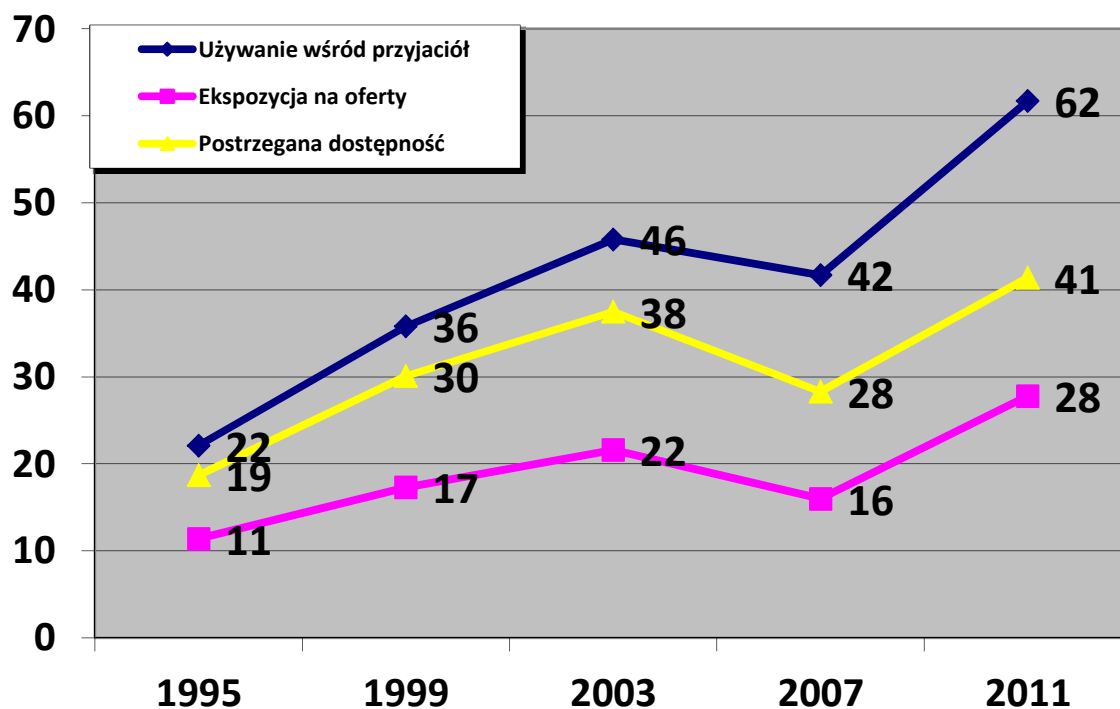
Tendencje te sprzyjały: z jednej strony sięganiu po przetwory konopi, z drugiej zaś, przyznawaniu się do używania tych substancji. Nie można zatem zapewne przypisać całego wzrostu wskaźnika rzeczywistemu wzrostowi rozpowszechnienia używania przetworów konopi.

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 8).

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.

Wykres 8. Używanie przez przyjaciół, postrzegana dostępność oraz oferty przetworów konopi (odsetki badanych)



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

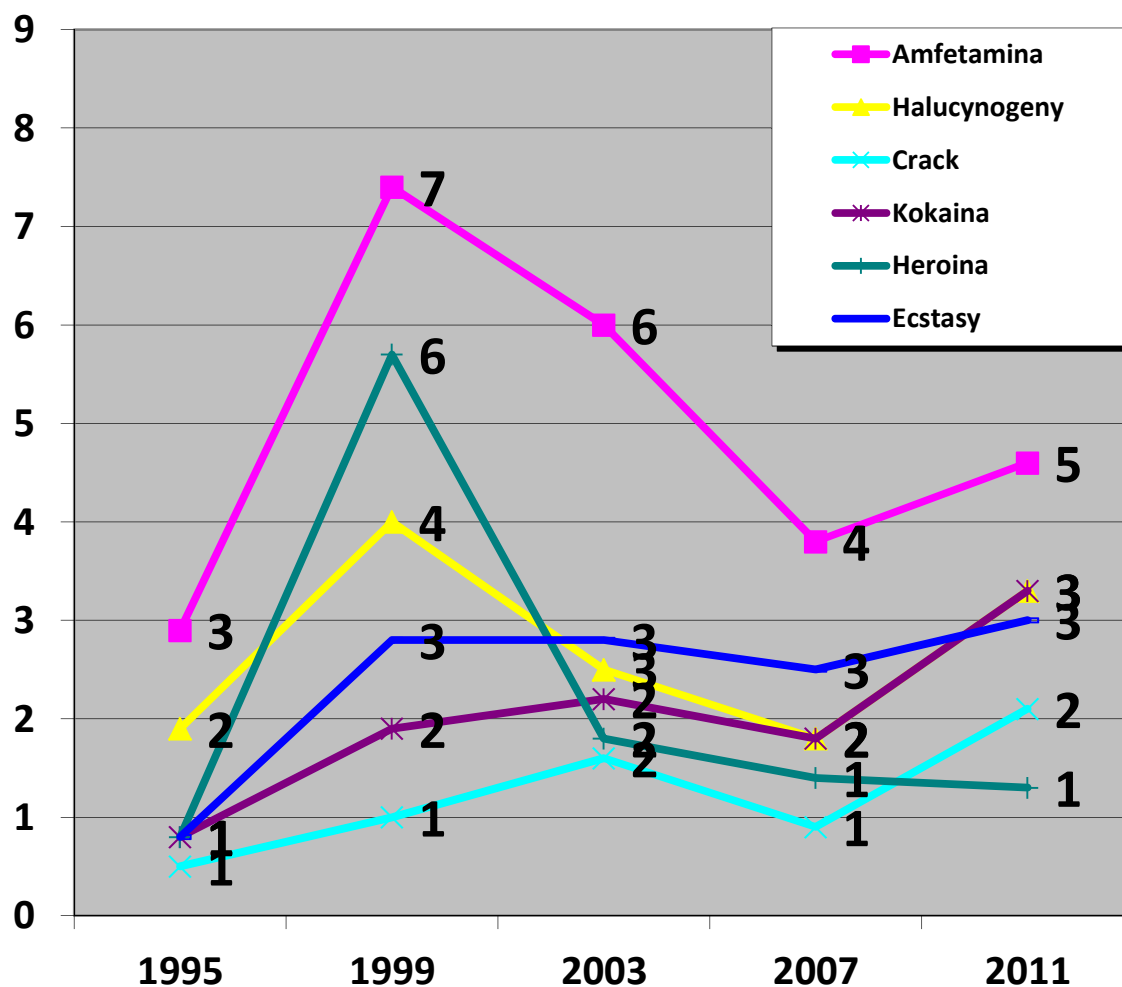
### Inne substancje nielegalne

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 9.

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 ecstasy, czy kokaina wzrastało w latach 1995–1999. W następnych ośmiu latach ustabilizowało się. W 2011 r. odsetek eksperymentujących z kokainą wykazał niewielki wzrost.

Wykres 9. Używanie substancji nielegalnych innych niż przetwory konopi kiedykolwiek w życiu (odsetki badanych)



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 incydentalny, bądź artefaktualny charakter wyników z 1999 r.

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.

### **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. Nasza wiedza na temat dopalaczy jest wyrywkowa, zarówno w wymiarze farmakologicznym, jak społeczno-kulturowym. Brak nawet precyzyjnej naukowej definicji „dopalaczy”.

„Dopalacze” określić można jako preparaty zawierające w swym składzie substancje psychoaktywne nie objęte 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, co stanowi ominięcie prawa. W Polsce, jeszcze do października 2010 r., „dopalacze” sprzedawane były jak produkty kolekcjonerskie, w innych krajach sprzedawane bywają jako kadzidełka, sole do kąpieli, odświeżacze powietrza, itp.

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 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.

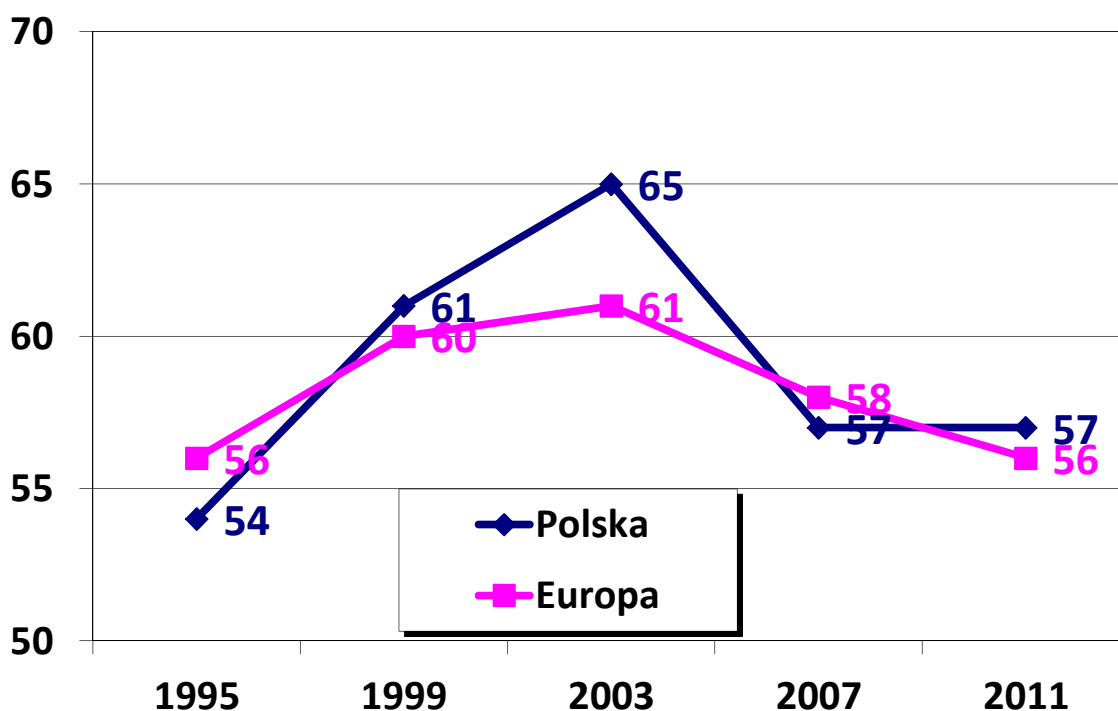
### **Polska młodzież na tle Europy**

Na zakończenie zaprezentowanych analiz spójrzmy na trendy wskaźników używania dwóch substancji w naszym kraju na tle trendów europejskich. Pierwszy wskaźnik dotyczy picia alkoholu, drugi – używania przetworów konopi. Dane europejskie, które posłużyły do porównań stanowią średnie wyników z 19 krajów, które uczestniczyły we wszystkich pięciu badaniach. Polskie dane nieznacznie różnią się od prezentowanych wcześniej, bowiem

obejmują jedynie młodzież pochodzącą z odpowiedniego rocznika. W analizach tych pominięto zatem uczniów urodzonych wcześniej (drugorocznicy) oraz później (ci, którzy wcześniej rozpoczęli naukę). Podejście kohortowe, przy zdefiniowaniu kohorty przez rok urodzenia, podyktowane jest względami międzynarodowej porównywalności. Przy silnym zróżnicowaniu systemów szkolnych w Europie rok urodzenia jest jedynym wspólnym kryterium zapewniającym porównywalność badanych populacji.

Trend w zakresie picia napojów alkoholowych w Polsce przypomina trend europejski, chociaż zauważyć trzeba też pewne różnice (wykres 10). 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.

Wykres 10. Picie napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych)



Trzeba dodać, że picie alkoholu przez młodzież szkolną na naszym kontynencie jest bardzo silnie zróżnicowane. Wystarczy wspomnieć, że w 2012 r. w Czechach odsetek badanych,

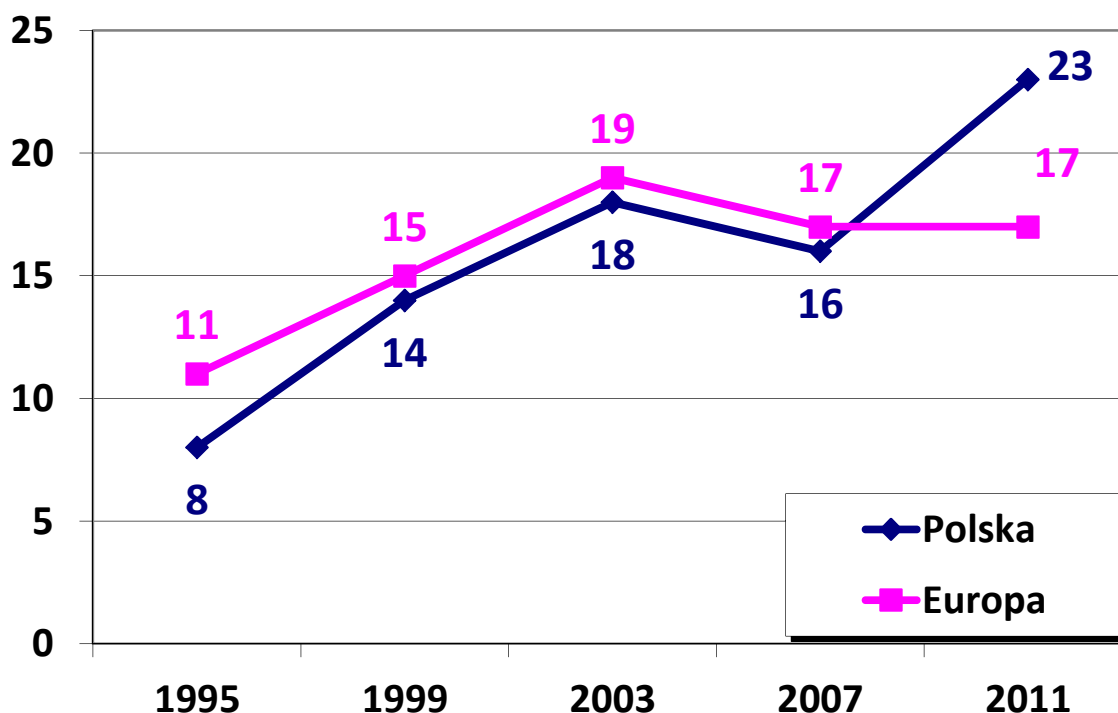


którzy pili w czasie ostatnich 30 dni wynosił 79% (najwyższe rozpowszechnienie), zaś w Islandii 17% (najniższe rozpowszechnienie).

Analiza powyższych danych skłania do sformułowania wstępnej hipotezy, że o dynamice zjawiska względnie częstego picia przez młodzież decydują podobne czynniki jak w innych krajach. Być może tempo i kierunek zmian wyznaczają czynniki związane z procesem globalizacji. Weryfikacja tej hipotezy wymaga dalszych analiz polegających na porównaniach trendów na poziomie krajów, a także sięgnięcia po inne wskaźniki picia alkoholu.

Porównanie trendu rozpowszechnienia używania przetworów konopi kiedykolwiek w życiu w Polsce z trendem średniej europejskiej 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 11. Używanie przetworów konopi kiedykolwiek w życiu (odsetki badanych)



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 dokonana 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. Wydaje się zatem, że zadziałał tu 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 rozbudzonego, a następnie gwałtownie zahamowanego popytu na „dopalacze”.

### **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 stabilizacją w zakresie używania alkoholu i wzrostem rozpowszechnienia używania przetworów konopi.

Trendy w zakresie picia w Polsce w przybliżeniu przebiegają zgodnie z trendami na naszym kontynencie, zaś nasilenie zjawiska sytuuje nas na poziomie średniej europejskiej. Do 2007 r. podobnie było w przypadku przetworów konopi, w 2011 r. rozpowszechnienie używania tej substancji w Polsce znacznie przekroczyło średnią europejską.

To skrótowe podsumowanie sugeruje, że wzrost rozpowszechnienia używania marihuany i haszyszu jest obecnie szczególnym wyzwaniem w naszym kraju. Skłaniać to powinno do przemyślenia na nowo polityki wobec przetworów konopi oraz działań profilaktycznych w tym zakresie. W szczególności warto rozważyć przesunięcie akcentu z profilaktyki uniwersalnej na profilaktykę selektywną oraz zintensyfikowanie działań w zakresie wczesnej interwencji.

**EDUKACJA ZDROWOTNA W PODSTAWIE PROGRAMOWEJ  
KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO  
JAKO FUNDAMENT DLA SZKOLNEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI**

*Prof. dr hab. med. Barbara Woynarowska*  
Zakład Biomedycznych i Psychologicznych Podstaw Edukacji  
Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego

Zgodnie z obowiązującą podstawą programową kształcenia ogólnego, działalność edukacyjna szkoły jest określana przez: szkolny zestaw programów nauczania, program wychowawczy szkoły oraz „program profilaktyki dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym”<sup>1</sup>, które [...] „**Tworzą spójną całość i muszą uwzględniać wszystkie wymagania opisane w podstawie programowej**”.

Działania o charakterze profilaktycznym mogą dotyczyć wielu różnych problemów zdrowotnych i społecznych występujących wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym i/lub czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tych problemów. W tabeli 1 zamieszczono wymagania szczegółowe dotyczące różnych grup tych problemów. Największa liczba wymagań dotyczy bezpieczeństwa i profilaktyki wypadków, urazów i zatruc oraz profilaktyki chorób. Wiele wymagań powtarza się w różnych przedmiotach i na kolejnych etapach edukacyjnych. Niewielka jest liczba wymagań dotyczących zapobiegania agresji oraz zaburzeniom zdrowia psychicznego.

Edukacja zdrowotna koncentruje się wokół pojęcia „zdrowie” (jako kategorii pozytywnej), na czynnikach je warunkujących oraz dbałości o zdrowie. Jej celem jest **nie tylko ochrona zdrowia**, czyli niedopuszczenie do zaburzeń i problemów (utrzymanie „status quo”, co jest istotą profilaktyki). Ważne jest także **doskonalenie i umacnianie zdrowia uczniów i pracowników** przez pomaganie im w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych i tworzeniu w szkole środowiska sprzyjającego zdrowiu. „**W edukacji zdrowotnej jest także miejsce na profilaktykę**”<sup>2</sup>. Można uznać, że stanowi ona fundament dla szkolnego programu profilaktyki. Działania profilaktyczne w szkole powinny być ściśle powiązane z innymi elementami edukacji zdrowotnej oraz działaniami w zakresie promocji zdrowia. W dotychczasowej praktyce szkół program profilaktyki ukierunkowany jest głównie na zwalczanie/przeciwdziałanie różnego rodzaju patologiom, w tym szczególnie używaniu substancji psychoaktywnych i agresji.

We wstępie do podstawy programowej z 2008 r. zapisano, po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce, że: „**Ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku (postaw) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu**”.

---

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2009, Nr 4, poz. 17).

<sup>2</sup> Ostaszewski K.: *Związki między edukacją zdrowotną a szkolnym programem profilaktyki*, [w:] B. Woynarowska (red.): *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2011, s. 62-71 (www.ore.edu.pl).

Zrezygnowano ze ścieżek edukacyjnych, w tym „edukacji prozdrowotnej”, ale wymagania dotyczące edukacji zdrowotnej uwzględniono w wielu przedmiotach. Jest to w rzeczywistości **ścieżka międzyprzedmiotowa** (choć nie użyto takiej nazwy). Liczba i zakres wymagań dotyczących edukacji zdrowotnej jest większy niż w poprzedniej podstawie programowej.

**Nowym rozwiązaniem jest powiązanie edukacji zdrowotnej z wychowaniem fizycznym:**

- na I etapie edukacyjnym wyodrębniono obszar „wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”;
- na II, III i IV etapie edukacyjnym zapisano, że wychowanie fizyczne „pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej”;
- w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych wyodrębniono blok tematyczny „edukacja zdrowotna”.
- rozszerzono zakres edukacji zdrowotnej o aspekty zdrowia psychospołecznego, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności życiowych (osobistych i społecznych).

Podstawą do konstruowania bloku „edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym było przyjęcie definicji i celów tej edukacji<sup>3</sup>:

- „Edukacja zdrowotna jest procesem dydaktyczno-wychowawczym, w którym uczniowie **uczą się jak żyć**, aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki.
- **Celem edukacji zdrowotnej** dzieci i młodzieży jest udzielanie im pomocy w:
  - poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych;
  - zrozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać;
  - rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi;
  - wzmacnianiu poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości;
  - rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia;
  - przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej” (edukacja zdrowotna jest ważnym elementem edukacji obywatelskiej).

**„Pomostem pomiędzy edukacją zdrowotną i profilaktyką jest strategia rozwijania umiejętności życiowych”<sup>4</sup>**. Wymagania dotyczące tych umiejętności znajdują się w wielu przedmiotach (tab. 2). Są one także kluczowym elementem programów profilaktycznych oferowanych szkołom przez różne organizacje oraz ważnym komponentem programu wychowawczego szkoły.

W realizacji edukacji zdrowotnej<sup>5</sup> oraz szkolnego programu profilaktyki istnieje wiele barier. Istnieje pilna potrzeba poszukiwania sposobów poprawy jakości i skuteczności tych działań,

---

<sup>3</sup> Zapisano to w dokumencie: *Podstawa programowa z komentarzami „Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa”*, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2009, s. 56.

<sup>4</sup> Ostaszewski K. op.cit.

<sup>5</sup> Woynarowska B.: *Dlaczego edukacja zdrowotna jest potrzebna uczniom, nauczycielom szkole i społeczeństwu?* Meritum. Mazowiecki Kwartalnik Pedagogiczny 2012, nr 3, s. 6-11.

w tym powiązania programów edukacyjnych oferowanych szkołom przez różne instytucje z zapisami w podstawie programowej kształcenia ogólnego. Wiele z tych programów ma niską jakość, ich realizacja zajmuje czas uczniom i nauczycielom, nie przynosząc oczekiwanych efektów, najczęściej też nie dokonuje się ewaluacji tych efektów.

**Tabela 1. Wymagania szczegółowe dotyczące różnych obszarów profilaktyki zapisane w podstawie programowej kształcenia ogólnego**

Etap/przedmiot	Wymagania dotyczące różnych obszarów profilaktyki. Uczeń:
<b>Bezpieczeństwo, profilaktyka wypadków, urazów i zatruc</b>	
I. Edukacja społeczna	<p>Wie, gdzie można bezpiecznie organizować zabawy, a gdzie nie można i dlaczego.</p> <p>Potrafi powiadomić dorosłych o wypadku, zagrożeniu, niebezpieczeństwie; zna numery telefonów: pogotowia ratunkowego, straży pożarnej, policji oraz ogólnopolski numer alarmowy 112.</p>
I. Zajęcia komputerowe I. Zajęcia techniczne	<p>Wie, jak trzeba korzystać z komputera, żeby nie narażać zdrowia</p> <p>Zna zagrożenia wynikające z niewłaściwego używania narzędzi i urządzeń technicznych.</p> <p>Wie, jak należy bezpiecznie poruszać się na drogach (w tym na rowerze) i korzystać ze środków komunikacji; wie, jak należy zachować się w sytuacji wypadku, np. umie powiadomić dorosłych, zna telefony alarmowe.</p>
I. Wychowanie fizyczne	<p>Przestrzega zasad bezpiecznego zachowania się w trakcie zajęć ruchowych.</p> <p>Wie, że nie może samodzielnie zażywać lekarstw i stosować środków chemicznych (np. środków czystości, środków ochrony roślin).</p>
I. Edukacja przyrodnicza	<p>Dbą o zdrowie i bezpieczeństwo swoje i innych, (na miarę swoich możliwości); orientuje się w zagrożeniach ze strony roślin i zwierząt, a także w zagrożeniach typu powódź, huragan, śnieżycą, lawina itp.; wie, jak trzeba zachować się w takich sytuacjach.</p>
II. Zajęcia komputerowe II. Przyroda	<p>Stosuje się do ograniczeń dotyczących korzystania z komputera, Internetu i multimediów.</p> <p>Podaje przykłady właściwego spędzania czasu wolnego z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa w czasie gier i zabaw ruchowych oraz poruszania się po drodze;</p> <p>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);</p> <p>Wymienia podstawowe zasady bezpiecznego zachowania się w domu, w tym posługiwania się urządzeniami elektrycznymi, korzystania z gazu, wody.</p>
II. Zajęcia techniczne	<p>Bezpiecznie uczestniczy w ruchu drogowym jako pieszy, pasażer i rowerzysta;</p> <p>Omawia sposoby postępowania w sytuacji zagrożenia zdrowia</p>

II. Wychowanie fizyczne	lub życia Korzysta bezpiecznie ze sprzętu i urządzeń sportowych; Porusza się bezpiecznie po drogach publicznych na rowerze; Omawia zasady bezpiecznego zachowania się nad wodą i w górach; Omawia sposoby ochrony przed nadmiernym nasłonecznieniem;
III. Biologia	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); Wyjaśnia, dlaczego nie należy bez konsultacji z lekarzem przyjmować środków lub leków hormonalnych (np. tabletek antykoncepcyjnych, sterydów).
III. Wychowanie fizyczne	Wymienia najczęstsze przyczyny oraz okoliczności wypadków i urazów w czasie zajęć ruchowych, omawia sposoby zapobiegania im.
III. Edukacja dla bezpieczeństwa	Przedstawia typowe zagrożenia zdrowia i życia podczas powodzi, pożaru itp. Omawia zasady zachowania się podczas wypadków i katastrof komunikacyjnych, technicznych i innych; Wymienia rodzaje znaków substancji toksycznych i miejsca ich ekspozycji.
IV. Wiedza o społeczeństwie	Wymienia przestępstwa, których ofiarą najczęściej padają młodzi ludzie; wie, jak można próbować ich uniknąć i przestrzega zasad bezpiecznego zachowania się w sytuacji zagrożenia
III. Chemia	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;
IV. Edukacja dla bezpieczeństwa	Wymienia i charakteryzuje źródła zagrożeń w najbliższym otoczeniu szkoły oraz domu; Przedstawia zasady działania w przypadku awarii, zagrożeń czasu pokoju, podczas przebywania w domu, szkole, miejscu rekreacji i na trasie komunikacyjnej.
<b>Profilaktyka przemocy i innych zagrożeń ze strony ludzi</b>	
I. Edukacja społeczna	Zna zagrożenia ze strony ludzi; wie, do kogo i w jaki sposób należy się zwrócić o pomoc
IV. Wychowanie do życia w rodzinie	Przemoc w rodzinie. Wykorzystywanie seksualne. Profilaktyka. Możliwości uzyskiwania pomocy
<b>Profilaktyka chorób i zaburzeń</b>	
I. Wychowanie fizyczne	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.
I. Edukacja przyrodnicza	Rozumie konieczność kontrolowania stanu zdrowia i stosuje się do zaleceń stomatologa i lekarza.

<p>III. Język obcy nowożytny III. Biologia</p> <p>IV. Biologia zakres Rozszerzony IV. Przyroda</p> <p>IV. Wychowanie fizyczne</p>	<p>Zdrowie (np. higieniczny tryb życia, samopoczucie, choroby, ich objawy i leczenie, uzależnienia).</p> <p>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;</p> <p>Przedstawia czynniki sprzyjające rozwojowi choroby nowotworowej (np. niewłaściwa dieta, tryb życia, substancje psychoaktywne, promieniowanie UV) oraz podaje przykłady takich chorób;</p> <p>Omawia podstawowe zasady profilaktyki chorób nowotworowych; uzasadnia konieczność okresowego wykonywania podstawowych badań kontrolnych (np. badania stomatologiczne, podstawowe badania krwi i moczu, pomiar pulsu i ciśnienia krwi);</p> <p>Omawia podstawowe zasady profilaktyki chorób skóry (trądzik, kontrola zmian skórnych, wpływ promieniowania UV na stan skóry i rozwój chorób nowotworowych skóry)</p> <p>Wyszukuje i analizuje informacje i dane statystyczne o przyczynach i występowaniu chorób cywilizacyjnych na świecie.</p> <p>Wymienia choroby cywilizacyjne uwarunkowane niedostatkiem ruchu, w szczególności choroby układu krążenia, układu ruchu i otyłość, oraz omawia sposoby zapobiegania im.</p> <p>Wyjaśnia, na czym polega samobadanie i samokontrola zdrowia oraz dlaczego należy poddawać się badaniom profilaktycznym w okresie całego życia.</p> <p>Omawia przyczyny i skutki stereotypów i stygmatyzacji osób chorych psychicznie i dyskryminowanych (np. żyjących z HIV/AIDS).</p>
<p><b>Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych</b></p>	
<p>II. Przyroda</p> <p>III. Biologia</p> <p>III. Chemia</p> <p>III. Wychowanie fizyczne</p> <p>IV. Wiedza o społeczeństwie</p>	<p>Wyjaśnia negatywny wpływ alkoholu, nikotyny i substancji psychoaktywnych na zdrowie człowieka, podaje propozycje asertywnych zachowań w wypadku presji otoczenia.</p> <p>Przedstawia negatywny wpływ na zdrowie człowieka niektórych substancji psychoaktywnych (tytoń, alkohol), narkotyków i środków dopingujących oraz nadużywania kofeiny i niektórych leków (zwłaszcza oddziałujących na psychikę).</p> <p>Opisuje właściwości i zastosowania metanolu i etanolu; zapisuje równania reakcji spalania metanolu i etanolu; opisuje negatywne skutki działania alkoholu etylowego na organizm ludzki.</p> <p>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.</p> <p>Przedstawia przepisy prawne dotyczące alkoholu, papierosów i narkotyków i wskazuje na konsekwencje ich łamania.</p>

IV. Przyroda	Omawia stosowany w sporcie doping i uzasadnia szkodliwość stosowanych substancji chemicznych.
IV. Wychowanie do życia w rodzinie	Zagrożenia życia społecznego: alkoholizm, narkomania, agresja, sekty, pornografia.
<b>Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych</b>	
III. Biologia	Przedstawia podstawowe zasady profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową.
III. Wychowanie do życia w rodzinie	Problemy i trudności okresu dojrzewania (napięcia seksualne, masturbacja), sposoby radzenia sobie z nimi, pomoc w rozeznaniu sytuacji wymagających porady lekarza lub innych specjalistów. Zagrożenia okresu dojrzewania: presja seksualna, uzależnienia, pornografia, prostytutka nieletnich. Inicjacja seksualna; związek pomiędzy aktywnością seksualną z miłością i odpowiedzialnością; dysfunkcje związane z przedmiotowym traktowaniem człowieka w dziedzinie seksualnej. Ryzyko związane z wczesną inicjacją; Infekcje przenoszone drogą płciową. AIDS: drogi przenoszenia zakażenia, profilaktyka, aspekt społeczny.
IV. Wychowanie do życia w rodzinie	Dojrzewanie: rozumienie i akceptacja kryteriów dojrzałości biologicznej, psychicznej i społecznej. Problemy okresu dojrzewania i sposoby radzenia sobie z nimi; Inicjacja seksualna, jej uwarunkowania i następstwa. Argumenty biomedyczne, psychologiczne i moralne za opóźnieniem wieku inicjacji seksualnej. Choroby przenoszone drogą płciową i zapobieganie im. AIDS: profilaktyka, aspekt społeczny i etyczny, chory na AIDS w rodzinie. Normy zachowań seksualnych. Przemoc i przestępstwa seksualne; możliwości zapobiegania, sposoby obrony. Informacja o ośrodkach pomocy psychologicznej, medycznej i prawnej. Nieplanowana ciąża; sposoby szukania pomocy w sytuacjach trudnych. Aborcja jako zagrożenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego – aspekty: prawny, medyczny i etyczny.
<b>Profilaktyka nadwagi i otyłości</b>	
I. Edukacja przyrodnicza	Zna podstawowe zasady racjonalnego odżywiania się.
I. Wychowanie fizyczne	Wie jakie znaczenie dla zdrowia ma właściwe odżywianie się i aktywność fizyczna.
II. Przyroda	Wymienia zasady prawidłowego odżywiania się i stosuje je.
II. Wychowanie fizyczne	Dokonuje pomiarów wysokości i masy ciała oraz z pomocą nauczyciela interpretuje ich wyniki.
III. Biologia	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. Oblicza indeks masy ciała oraz przedstawia i analizuje konsekwencje zdrowotne niewłaściwego odżywiania (otyłość lub niedowaga oraz ich następstwa).



III. Wychowanie fizyczne	Wymienia przyczyny i skutki otyłości oraz nieuzasadnionego odchudzania się i używania sterydów w celu zwiększenia masy mięśni.
IV. Biologia zakres rozszerzony	Analizuje potrzeby energetyczne organizmu oraz porównuje (porządkuje) wybrane formy aktywności fizycznej pod względem zapotrzebowania na energię.
IV. Wychowanie fizyczne	Analizuje związek pomiędzy dietą i trybem życia a stanem zdrowia (otyłość i jej następstwa zdrowotne, cukrzyca, anoreksja, bulimia). Wyjaśnia związek między aktywnością fizyczną i żywieniem a zdrowiem i dobrym samopoczuciem oraz omawia sposoby utrzymania odpowiedniej masy ciała we wszystkich okresach życia. Wylicza oraz interpretuje własny wskaźnik wagowo-wzrostowy (BMI).
<b>Inne obszary profilaktyki</b>	
II. Przyroda	Wyjaśnia znaczenie odpoczynku (w tym snu) i odżywiania się i aktywności ruchowej w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu; charakteryzuje podstawowe zasady ochrony narządów wzroku i słuchu.
II. Wychowanie fizyczne	Wymienia zasady i metody hartowania organizmu.
III. Biologia	Wymienia czynniki wywołujące stres oraz podaje przykłady pozytywnego i negatywnego działania stresu; przedstawia sposoby radzenia sobie ze stresem. Przedstawia wpływ hałasu na zdrowie człowieka. Przedstawia podstawowe zasady higieny narządów wzroku i słuchu. Analizuje związek pomiędzy prawidłowym wysypianiem się a funkcjonowaniem organizmu, w szczególności wpływ na procesy uczenia się i zapamiętywania oraz odporność organizmu.
III. Informatyka	Samodzielnie i bezpiecznie pracuje w sieci lokalnej i globalnej.
IV. Przyroda	Opisuje chemiczne aspekty stresu.
IV. Wychowanie fizyczne	Wyjaśnia, na czym polega prozdrowotny styl życia.

**Tabela 2. Wymagania dotyczące umiejętności życiowych zawarte w podstawie programowej kształcenia ogólnego w poszczególnych przedmiotach na kolejnych etapach edukacyjnych**

Przedmiot	Wymagania dotyczące umiejętności życiowych. Uczeń:
<b>Edukacja wczesnoszkolna</b>	
<b>Klasa I</b>	
Edukacja polonistyczna	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ obdarza uwagę dzieci i dorosłych, słucha ich wypowiedzi [...]; komunikuje w jasny sposób swoje spostrzeżenia, potrzeby, odczucia</li> <li>▪ w kulturalny sposób zwraca się do rozmówcy, [...] dostosowuje ton głosu do sytuacji ...</li> </ul>
Edukacja społeczna	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul>

<p>Etyka <b>Klasa III</b> Edukacja społeczna</p>	<p>w szkole, w domu i na ulicy</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niesie pomoc potrzebującym, także w sytuacjach codziennych</li> <li>▪ 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...</li> </ul>
<p><b>II etap edukacyjny klasy IV – VI</b></p>	
<p>Język polski</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rozpoznaje znaczenie niewerbalnych środków komunikowania się (gest, wyraz twarzy, mimika, postawa ciała)</li> <li>▪ uczestnicząc w rozmowie, słucha z uwagą wypowiedzi innych....; prezentuje własne zdanie i uzasadnia je</li> </ul>
<p>Historia i społeczeństwo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wyjaśnia, w czym wyraża się odmienność i niepowtarzalność każdego człowieka</li> <li>▪ podaje przykłady konfliktów między ludźmi i proponuje sposoby ich rozwiązywania</li> </ul>
<p><b>III etap edukacyjny – gimnazjum</b></p>	
<p>Język polski</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rozpoznaje wypowiedzi o charakterze emocjonalnym i perswazyjnym</li> <li>▪ rozpoznaje intencje wypowiedzi (aprobata, dezaprobata, negację)</li> <li>▪ dostrzega w wypowiedzi ewentualne przejawy agresji i manipulacji</li> <li>▪ uczestniczy w dyskusji, uzasadnia własne zdanie, przyjmuje poglądy innych lub polemizuje z nimi</li> </ul>
<p>Język obcy nowożytny</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prosi o radę i udziela rady</li> <li>▪ współdziała w grupie, np. w lekcyjnych i pozalekcyjnych językowych pracach projektowych</li> </ul>
<p>Wiedza o społeczeństwie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wymienia i stosuje zasady komunikowania się i współpracy w małej grupie (np. bierze udział w dyskusji, zebraniu, wspólnym działaniu)</li> <li>▪ wymienia i stosuje podstawowe sposoby podejmowania wspólnych decyzji</li> <li>▪ przedstawia i stosuje w praktyce sposoby rozwiązywania konfliktów w grupie i między grupami</li> <li>▪ wyjaśnia na przykładach jak można zachować dystans wobec nieaprobowanych przez siebie zachowań grupy lub jak im się przeciwstawiać</li> </ul>
<p>Biologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wymienia czynniki wywołujące stres oraz podaje przykłady pozytywnego i negatywnego działania stresu</li> <li>▪ przedstawia sposoby radzenia sobie ze stresem</li> </ul>
<p>Wychowanie fizyczne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ identyfikuje swoje mocne strony, planuje sposoby ich rozwoju oraz ma świadomość słabych stron, nad którymi należy pracować</li> <li>▪ omawia konstruktywne sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami</li> <li>▪ omawia sposoby redukcji nadmiernego stresu i konstruktywnego radzenia sobie z nim</li> <li>▪ omawia znaczenie dla zdrowia dobrych relacji z innymi ludźmi, w tym z rodzicami oraz rówieśnikami tej samej i odmiennej płci</li> <li>▪ wyjaśnia, w jaki sposób może dawać i otrzymywać różne rodzaje wsparcia społecznego</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wyjaśnia, co oznacza zachowanie asertywne i podaje jego przykłady</li> <li>▪ wyjaśnia, dlaczego i w jaki sposób należy opierać się presji oraz namowom do używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych</li> </ul>
Wychowanie do życia w rodzinie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ budowa prawidłowych relacji z rodzicami. Konflikt pokoleń; przyczyny i sposoby rozwiązywania konfliktów</li> <li>▪ relacje międzyosobowe i ich znaczenie</li> <li>▪ zachowania asertywne</li> </ul>
<b>IV Etap edukacyjny</b>	
Podstawy przedsiębiorczości	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rozpoznaje zachowania asertywne, uległe i agresywne; odnosi je do cech osoby przedsiębiorczej</li> <li>▪ rozpoznaje mocne i słabe strony własnej osobowości; odnosi je do cech osoby przedsiębiorczej</li> <li>▪ zna korzyści wynikające z planowania własnych działań i inwestowania w siebie</li> <li>▪ podejmuje racjonalne decyzje, opierając się na posiadanych informacjach i ocenia skutki własnych działań</li> <li>▪ stosuje różne formy komunikacji werbalnej i niewerbalnej w celu autoprezentacji oraz prezentacji własnego stanowiska</li> </ul>
Wychowanie fizyczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ omawia konstruktywne, optymistyczne sposoby wyjaśniania trudnych zdarzeń i przeformułowania myśli negatywnych na pozytywne</li> <li>▪ wyjaśnia, na czym polega praca nad sobą dla zwiększenia wiary w siebie, poczucia własnej wartości i umiejętności podejmowania decyzji</li> <li>▪ wyjaśnia, na czym polega konstruktywne przekazywanie i odbieranie pozytywnych i negatywnych informacji zwrotnych oraz radzenie sobie z krytyką</li> <li>▪ omawia zasady racjonalnego gospodarowania czasem</li> </ul>
Wychowanie do życia w rodzinie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ komunikacja interpersonalna, asertywność, techniki negocjacji, empatia</li> <li>▪ tolerancja wobec odmienności kulturowych, etnicznych, religijnych, seksualnych</li> <li>▪ problemy okresy dojrzewania i sposoby radzenia sobie z nimi</li> <li>▪ sposoby rozwiązywania konfliktów</li> </ul>
Etyka	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ umiejętność życia z innymi i dla innych</li> </ul>

## **DZIAŁALNOŚĆ GŁÓWNEGO INSPEKTORATU SANITARNEGO W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM ODŻYWIANIA SIĘ DZIECI I MŁODZIEŻY**

*Wisława Ostręga*  
Główny Inspektorat Sanitarny

Celem działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest ochrona zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwych i uciążliwych czynników środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (tekst jednolity: Dz. U. 2011, Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.), zwanej dalej *ustawą*, Państwowa Inspekcja Sanitarna podlega Ministrowi Zdrowia. Państwową Inspekcją Sanitarną kieruje Główny Inspektor Sanitarny jako centralny organ administracji rządowej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna inicjuje, organizuje, koordynuje i nadzoruje działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia, a w szczególności:

- inicjuje kierunki działań zmierzające do zaznajomienia społeczeństwa z czynnikami ryzyka społecznego i środowiskowego, wpływającymi na zdrowie ludzi, a przede wszystkim propaguje:
  - zasady zdrowego stylu życia,
  - działania prowadzące do zapobiegania chorobom zakaźnym,
- pobudza aktywność prozdrowotną ludzi do działań na rzecz indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz zdrowia publicznego,
- prowadzi szkolenia, udziela wsparcia organizacyjnego, metodycznego i merytorycznego dla potrzeb realizowanych programów, przeprowadzanych akcji i innych działań prozdrowotnych,
- dostarcza realizatorom w terenie pomoce dydaktyczne i materiały wydawnicze do realizacji programów, akcji,
- monitoruje przebieg i ocenia efekty przeprowadzanych programów oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia.

Aktualnie z inicjatywy Głównego Inspektoratu Sanitarnego specjaliści oświaty zdrowotnej wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno - epidemiologicznych koordynują w całym kraju następujące przedsięwzięcia:

## 1. Profilaktyka nadwagi i otyłości:

Główny Inspektorat Sanitarny i Polska Federacja Producentów Żywności Związek Pracodawców realizują, na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego, od 2006 r. **Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”**. Głównym celem programu jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki. Na poziomie wojewódzkim i powiatowym Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje program „Trzymaj Formę!” w szerokiej współpracy środowiskowej m. in. z Urzędami Marszałkowskimi, Urzędami Miast, zakładami opieki zdrowotnej, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, placówkami kulturowo-oświatowymi, organizacjami tj.: oddziałami PCK, Polskim Towarzystwem Oświaty Zdrowotnej (PTOZ) i innymi jednostkami. Partnerami programu są: Instytut Żywności i Żywienia, Instytut Matki i Dziecka, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, Federacja Konsumentów, z Agencją Rynku Rolnego i Instytutem Medycyny Wsi w Lublinie. Patronat honorowy nad programem objęli: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Ministerstwo Sportu i Turystyki.

W programie udział biorą uczniowie, nauczyciele gimnazjów, uczniowie ostatnich klas (V i VI) szkół podstawowych oraz i ich rodzice. Program w roku szkolnym 2011/2011 (w VI edycji) był realizowany w 7492 szkołach (ok.32% wszystkich szkół podstawowych i gimnazjalnych w Polsce) w tym: w 3619 gimnazjach i 3873 szkołach podstawowych i uczestniczyło w nim 732 498 uczniów (tj. ok. 22 % uczniów we wszystkich klasach szkół podstawowych i gimnazjalnych). Ogółem przez sześć lat działaniami programowymi objętych zostało ok. 4 mln. uczniów. Program jest realizowany metodą projektu i szkoły w ramach programu organizowały festyny poświęcone zdrowiu i zdrowemu stylowi życia, biegi, rajdy i inne działania dostosowane do potrzeb środowiska lokalnego. W działania na rzecz programu zaangażowana była także społeczność lokalna. Koordynatorzy programu brali udział w naradach i szkoleniach dot. realizacji programu. Obecnie rozpoczyna się VII edycja programu (rok szkolny 2012/2013).

Od początku trwania programu działania realizowane są według opracowanych i konsultowanych przez ekspertów założeń merytorycznych, metodycznych i organizacyjnych. Program realizowany jest według autorskich opracowań i metodą projektu. W ramach realizacji programu uczniowie opracowali ponad 30 000 autorskich projektów. Każda szkoła otrzymała pakiet materiałów wspomagających pracę nauczycieli i uczniów (poradnik dla nauczycieli, broszura dla uczniów, poradnik dla rodziców i ulotka dla rodziców nt. żywienia i aktywności fizycznej, w tym GDA, plakat z „Talerzem Zdrowia”, płyta CD oraz strona internetowa: [www.trzymajforme.pl](http://www.trzymajforme.pl) ).

W listopadzie 2011 r. program został włączony do międzynarodowej sieci programów EPODE, której celem jest podniesienie świadomości politycznej, instytucjonalnej i naukowej odnośnie konieczności prowadzenia długoterminowych działań w zakresie zapobiegania otyłości u dzieci oraz doskonalenie istniejących metod oraz wypracowywanie wytycznych, które mogą posłużyć do wdrożenia programów edukacyjnych w innych krajach.

Prowadzona systematycznie od pięciu lat ewaluacja programu, pozwala stwierdzić, że w zdecydowanej większości osiągnął on zamierzone cele. Program oceniany jest pozytywnie zarówno przez realizatorów, jak i odbiorców, treści programowe spotykają się z zainteresowaniem i dobrze wkomponowują się w program nauczania w szkołach podstawowych i gimnazjach.

W 2010 roku przeprowadzono ewaluację efektów poprzez badania ankietowe dotyczące zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży.

## **2. Wyniki badań zwyczajów żywieniowych i zdrowotnych młodzieży w gimnazjach (2010):**

Badania ankietowe przeprowadzono w reprezentatywnej próbie 9360 uczniów szkół gimnazjalnych (po 30 uczniów w badanej szkole). Pełny raport dostępny jest na stronie <http://www.stacjazdrowia.gov.pl>

Problem związany z nadwagą lub otyłością dzieci występuje częściej w grupie chłopców (18% badanych) niż w grupie dziewczynek (15% badanych), podobnie jak u dzieci niedożywionych,

wśród badanych płci męskiej (10%), a wśród badanych płci żeńskiej (8%). Otyłość pojawia się częściej wśród gimnazjalistów, którzy nie uprawiają sportu (13%), niż wśród tych, dla których jest to forma codziennej aktywności fizycznej (8%).

Dzieci z nadwagą i otyłe częściej niż pozostałe próbowały się odchudzać (28% odchudzających się względem 12% nie odchudzających się). Jest to najprawdopodobniej skutek ich otyłości, a zmiana kierunku zależności powinna dotyczyć również pozostałych statystycznie istotnych związków. I tak, dzieci z wagą powyżej normy rzadziej dojadają i spożywają słodczyce (na drugie śniadanie), rzadziej konsumują (na podwieczorek) i dojadają ciastka, a jednocześnie przyznają się do nadmiernej konsumpcji.

Niespełna 63% dzieci otyłych przyznaje, że ma nadwagę lub otyłość, a 35% z nich uważa, że ich budowa ciała nie odbiega od normy. W grupie respondentów z nadwagą, aż 80% twierdzi, że ich budowa ciała jest zgodna z normą. Co drugi otyły gimnazjalista i co piąty z nadwagą usłyszał informację o nadwadze lub otyłości od lekarza. Wśród dzieci otyłych schudnąć chciałoby 82%. Tego samego zdania jest również 68% dzieci z nadwagą oraz 36% dzieci w normie. W rzeczywistości próbę tę podejmowało odpowiednio 63% otyłych, 47% respondentów z nadwagą i 30% respondentów w normie.

Analizując wiedzę gimnazjalistów nt. zachowań zdrowotnych można wyciągnąć dosyć optymistyczne wnioski. Ogólnie rzecz biorąc, prawie wszyscy zgadzają się z tym, że napoje typu cola i chipsy są niezdrowe, i że należy jeść surówki w ciągu dnia. Są również świadomi szkodliwości palenia papierosów i konsumowania alkoholu. Pewne rozbieżności dotyczą dojadania w ciągu dnia oraz chęci zmiany własnych przyzwyczajzeń żywieniowych. 12% dzieci otyłych/z nadwagą oraz 30% dzieci niedożywionych uważa, że dojadanie w ciągu dnia nie jest niczym złym. Swój dotychczasowy sposób odżywiania zmieniłoby 36% respondentów otyłych, 30% respondentów z nadwagą i 25% respondentów z wagą w normie.

### **Program „Trzymaj formę”**

Dzieci uczestniczące w programie „Trzymaj formę” chętniej biorą udział w lekcjach WF i przychylniej patrzą na możliwość zwiększenia liczby godzin z tego przedmiotu. Z drugiej strony osoby, które brały udział w tym programie częściej wymieniają długoterminowe zwolnienie jako powód nieuczestniczenia w lekcjach WF (64%) niż dzieci, które w tym programie nie brały udziału (49%).

Jeśli spojrzeć na zależność między udziałem w programie, a zwyczajami żywieniowymi panującymi w domach respondentów, to tutaj również warto zamieścić kilka wniosków.

Uczestnicy programu:

- rzadziej (niż dzieci w nim nieuczestniczące) spożywają podwieczorki,
- rzadziej jedzą więcej niż 5 posiłków dziennie,
- częściej jedzą w domu, częściej unikają słodczy na podwieczerek,
- częściej piją kompot do obiadu
- rzadziej dojadają w ciągu nocy.

Te dwie ostatnie zmienne (rezygnowanie ze słodczy i niedojadanie nocą) można potraktować jako skutek uczestnictwa w programie. Trzeba w tym miejscu jednak podkreślić, że większość opisanych tu związków może mieć charakter przypadkowy, bowiem o wstąpieniu do programu decydowały władze szkół, a nie rodzice gimnazjalistów z ich prozdrowotnymi zwyczajami kulinarnymi. Wśród osób, które brały udział w programie „Trzymaj Formę!” 57% uważa, że jest w normie. Spośród osób nie objętych programem 53% uważa, że jest w normie, chociaż warto zwrócić uwagę na fakt, że opisywana zależność nie dotyczy faktycznej wagi dziecka, ale jego subiektywnej oceny tej wagi, która często różni się od stanu rzeczywistego.

Analizując zależności między udziałem dzieci w programie a faktem stosowania używek na pierwszym planie pojawiają się papierosy i napoje alkoholowe. Prawie 17% uczestników programu przyznaje, że dziennie wypala więcej niż 10 papierosów, podczas gdy w grupie nastolatków nieuczestniczących w programie odsetek ten wynosi 26%. Uczestnicy programu „Trzymaj formę” rzadziej palą w szkole (15% względem 21%) oraz rzadziej spożywają napoje alkoholowe (21% względem 25%). Trudno w tym miejscu stwierdzić, czy jest to wynikiem działania programu, czy też zależność ma charakter przypadkowy. Jeśli chodzi o inne środki odurzające to aktualnie przyjmuje je 2% uczestników programu i 3,5% dzieci niebiorących w nim udziału.

O konieczności spożywania pięciu posiłków dziennie jest przekonanych 37% uczestników programu i 31% nie-uczestników programu. W grupie dzieci, które brały udział w programie „Trzymaj formę” większy niż w grupie dzieci nieobjętych programem odsetek uważa również, że ważne jest spożywanie surówek w ciągu dnia (82% względem 78%) oraz, że picie alkoholu jest szkodliwe dla zdrowia (91% względem 88%). Nie są to być może różnice wyraźne, jednak ze statystycznego punktu widzenia są istotne.



Różnice w samoocenie stanu zdrowia między uczestnikami programu i osobami nie objętymi programem nie są zbyt duże. 40% osób z pierwszej grupy i 39% osób z drugiej grupy ocenia swój stan zdrowia bardzo dobrze. Rzeczywiste problemy ze zdrowiem ma 18% uczestników programu i 21% nie-uczestników programu, przy czym ci pierwsi przyznają, że rzadziej są zestresowani (42% względem 46%).

Podsumowując, należy dodać, że dzieci objęte programem są bardziej zadowolone ze swojego wyglądu niż dzieci nie objęte tym programem (75% względem 71%), częściej deklarują także fakt mycia rąk przed posiłkiem (75% względem 71%).

### **Modele predykcyjne**

W grupie zmiennych, które zwiększają prawdopodobieństwo nadwagi lub otyłości u dzieci znajdują się: zaburzenia w odżywianiu (jadłowstręt, prowokowanie wymiotów po jedzeniu itp.), płeć męska, występowanie otyłych krewnych wśród najbliższej rodziny. Można zatem powiedzieć, że dzieci z wagą powyżej normy to głównie chłopcy, dzieci z zaburzeniami odżywiania oraz dzieci, których członkowie najbliższej rodziny (rodzice, dziadkowie) są otyli. Interpretacja jednostkowych ilorazów szans pozwala wyciągnąć bardziej szczegółowe wnioski:

- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,7-krotnie wyższe wśród dzieci z zaburzeniami odżywiania niż wśród dzieci, które tych zaburzeń nie posiadają;
- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,4-krotnie wyższe wśród chłopców niż wśród dziewczynek;
- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 2-krotnie wyższe wśród dzieci, których najbliżsi krewni są otyli, niż wśród dzieci, które nie mają wśród członków najbliższej rodziny ludzi otyłych.

Druga grupa zmiennych, redukujących prawdopodobieństwo nadwagi lub otyłości, obejmuje natomiast: fakt spożywania słodczy na drugie śniadanie; fakt spożywania na podwieczorek ciastek i słodczy; uczęszczanie do drugiej lub trzeciej klasy; udział w programie „Trzymaj formę”; częste spożywanie kolacji; dobrą samoocenę stanu zdrowia.

Jednostkowy iloraz szans dla zmiennej „udział w programie Trzymaj formę!” wynosi 0,84, co oznacza, że prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,2-krotnie niższe u gimnazjalistów uczestniczących w tym programie niż u ich rówieśników, którzy nie biorą w nim udziału.

Różnica nie jest wprawdzie duża, ale w tym wypadku należy wziąć pod uwagę stosunkowo krótki czas jaki minął od wprowadzenia programu, a także długi okres czasu, jaki jest niezbędny do zmiany postaw żywieniowych wśród nastolatków.

Ostatnia zmienna to „dobra samoocena stanu zdrowia”, którą można traktować zarówno jako przyczynę, jak i skutek otyłości. Prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 2-krotnie niższe u dzieci, które dobrze oceniają własny stan zdrowia niż u dzieci, których ocena stanu zdrowia jest przeciętna lub zła.

### **Podsumowanie modeli predykcyjnych**

W grupie zmiennych „mających wpływ” na nadwagę dziecka znajdują się: niezbyt częste spożywanie podwieczorków, przekonanie rodzica, że w ciągu dnia należy spożywać 3 posiłki; występowanie otyłych krewnych wśród najbliższej rodziny (mamy lub taty); przeciętna ocena stanu zdrowia dziecka przez rodzica.

Podsumowując, można powiedzieć, że dzieci z wagą powyżej normy mają otyłych rodziców, rzadko spożywają podwieczorki, ich rodzice są przekonani, że dziennie należy spożywać 3 posiłki i jednocześnie przeciętnie oceniają stan zdrowia dziecka. Interpretacja jednostkowych ilorazów szans pozwala wyciągnąć bardziej szczegółowe wnioski:

- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,7-krotnie wyższe wśród dzieci które stosunkowo rzadko spożywają podwieczorki (jest to zapewne skutek ich nadwagi i stąd ograniczanie liczby posiłków) niż w grupie częściej spożywających podwieczorki;
- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,6-krotnie wyższe wśród dzieci, których rodzice twierdzą, że dziennie powinno się spożywać 3 posiłki, niż w grupie, gdzie rodzice są innego zdania;
- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,5-krotnie wyższe wśród dzieci, których tata jest otyły, niż wśród dzieci, których waga taty jest w normie;
- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,7-krotnie wyższe wśród dzieci, których mama jest otyła, niż wśród dzieci, których waga mamy jest w normie;
- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 3-krotnie wyższe wśród dzieci, których stan zdrowia jest oceniany przeciętnie niż wśród dzieci których stan zdrowia oceniany jest dobrze.

W przypadku tej zmiennej, również trudno określić, czy jest ona przyczyną czy skutkiem otyłości.

Druga grupa zmiennych „działających” ograniczająco na nadwagę dziecka, obejmuje natomiast: fakt spożywania ciasta na podwieczorek; częste spożywanie słodczy; aktywność dziecka związaną z pracą w domu. W tym miejscu również konieczny jest krótki komentarz. Z całą pewnością w przypadku dwóch pierwszych zmiennych należy odwrócić kierunek zależności. Być może to właśnie dzieci z nadwagą unikają częstego jedzenia słodczy i ciast. Możliwa jest też druga interpretacja – rodzice otyłych dzieci nie przyznają się do konsumowania przez ich pociechy dużej liczby słodczy. Jeśli natomiast wziąć pod uwagę pracę dziecka w domu, to jednostkowy iloraz szans informuje o tym, że prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,1-krotnie niższe wśród dzieci, które pracują w domu 1-2 razy na tydzień niż wśród dzieci, które robią to rzadziej bądź wcale.

### **Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce.**

Společne skutki rozpowszechnienia chorób odytoniowych – to ponad 60 tys. zgonów rocznie, w tym ponad 40 tys. zgonów ludzi w wieku 35-65 lat, a więc utrzymujących rodziny i tworzących dochód narodowy.

W 2010 r. opublikowane zostały również wyniki badania gospodarstw domowych pt. Globalne Badanie Dotyczące Używania Tytoniu Przez Osoby Dorosłe (Global Adult Tobacco Survey – GATS). Z badań wynika, że codziennie pali tytoń 33,5% dorosłych mężczyzn i 21% dorosłych kobiet – łącznie 27% osób dorosłych, okazjonalnie pali 3,3% dorosłych Polaków. Ogółem, obecnie pali (okazjonalnie lub codziennie) 30,3% dorosłych Polaków.

Osoby palące najczęściej uzależniają się od nikotyny przed osiągnięciem dorosłości, nie zdając sobie sprawy z realności uzależnienia. Według badań GATS 2009, 47% osób w wieku 20-34 lat rozpoczęło codzienne palenie w wieku 11-17 lat.<sup>1</sup>

Dla polityki zdrowotnej i ekonomicznej najważniejszy jest fakt, że większości strat wynikających z rozpowszechnienia epidemii tytoniowej można skutecznie zapobiegać przez zmniejszenie palenia tytoniu, a zatem i poprzez zmniejszenie narażenia na dym tytoniowy. Taka też jest istota zobowiązania nałożonego na rząd treścią art. 4 ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.). Wykonaniem tego zobowiązania jest Program

Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Cele i Zadania na lata 2010-2013.

Na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego TNS OBOP przeprowadził w 2011 roku ogólnopolskie badanie ankietowe na temat postaw wobec palenia tytoniu. Badania przeprowadzono na losowej, reprezentatywnej 1000 osobowej próbie Polaków w wieku 15 lat i więcej metodą bezpośrednich wywiadów w domach respondentów.

Badania pokazują, że nowe przepisy, wynikające z nowelizacji *ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* zmniejszyły ryzyko narażenia na dym tytoniowy m.in. w obiektach sportowych (spadek o ok. 72 %), restauracjach (o 68%), barach i pubach (o 49%), zakładach pracy (o 37%) oraz na przystankach i w obiektach komunikacji miejskiej (o 33%). Obecnie poparcie dla obowiązującego prawa deklaruje aż 68% palących i 84% niepalących Polaków.

Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje zadania z obszaru profilaktyki palenia tytoniu poprzez:

- Program „Czyste Powietrze Wokół Nas” skierowany do dzieci w wieku 5-6 lat, ich rodziców i opiekunów. W roku szkolnym 2011/12 program realizowany był w 4 204 przedszkolach (47,7%) i 2 283 oddziałach przedszkolnych (25,2%). Udział w programie wzięło: 209 526 dzieci.
- Program „Nie pal przy mnie, proszę” skierowany do uczniów klas I-III szkół podstawowych. W roku szkolnym 2011/12 program realizowany był w 4 702 szkołach podstawowych (33,8%). Udział w programie wzięło: 292 338 uczniów (28,5 %).
- Program „Znajdź właściwe rozwiązanie” skierowany do uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów W roku szkolnym 2011/12 program realizowany był w: 2 778 szkołach podstawowych (20%) i 2 577 gimnazjach (34,6%). Udział w programie wzięło: 395 758 uczniów klas IV-VI szkół podstawowych i uczniów klas I-III gimnazjum (17% uczniów w danym przedziale wiekowym).
- Kampanie w ramach Światowego Dnia Bez Tytoniu i Światowego Dnia Rzucania Palenia.

- Kontrole w zakresie przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania bieżącego nadzoru w zakresie warunków i wymogów higieniczno sanitarnych prowadzi systematyczne kontrole dotyczące przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej. Podstawę prawną przeprowadzania kontroli stanowi § 2 pkt 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 roku w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego (Dz. U. z 2002 r. Nr 174, poz. 1426, z późn. zm.): „Funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadaje się uprawnienia do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego za wykroczenia określone w art. 13 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 ustawy z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.)”.

Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 16 lutego 2010 r. Główny Inspektor Sanitarny jest koordynatorem Programu i z-cą przewodniczącego Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego, w którego skład wchodzi przedstawiciele Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Rolnictwa, Ministerstwa Środowiska oraz organizacje: Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów i Centrum Onkologii-Instytut.

### **Projekt „Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities)”**

Projekt realizowany ze środków Światowej Fundacji ds. Walki z Chorobami Płuc (*World Lung Foundation*) i Fundacji Bloomburga (*Bloomberg Philanthropies*)

W ramach projektu do 2013 roku zorganizowane zostaną szkolenia dla funkcjonariuszy Policji i Strażników Miejskich, odpowiedzialnych za egzekucję zapisów ustawy w zakresie przestrzegania zakazu palenia i oznakowania stref bezdymnych. Przygotowano także podręcznik dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, sprawujących bieżący nadzór nad realizacją obowiązków wynikających z ww. ustawy. Wszystkim działaniom w ramach projektu będzie towarzyszyła kampania społeczna.

Wprowadzenie stref bezdymnych oraz kampania społeczna wspierająca działania związane z tworzeniem przepisów prawnych regulujących używanie tytoniu w miejscach publicznych, a także uzyskanie akceptacji społecznej na wprowadzenie zaostrzonych przepisów *ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r., Nr 10, poz. 55 z późn zm.)*

Poprawa egzekwowania i wzrost przestrzegania postanowień *ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r., Nr 10, poz. 55 z późn zm.)*, a także zapoznanie społeczeństwa ze szkodliwymi skutkami zdrowotnymi dymu tytoniowego (czynni i bierni palacze)

Badania GIS z lutego 2011 roku pokazują, że nowe przepisy znacznie zmniejszyły ryzyko narażenia na dym tytoniowy m.in.

- w obiektach sportowych (spadek o 72 %),
- restauracjach (o 68%),
- barach i pubach (o 49%),
- zakładach pracy (o 37%)
- oraz na przystankach i w obiektach komunikacji miejskiej (o 33%).

Obecnie poparcie dla obowiązującego prawa deklaruje aż 68% palących i 84% niepalących Polaków.

56% społeczeństwa dostrzega poprawę w przestrzeganiu przepisów ograniczających palenie tytoniu, a 45% palaczy przyznało, że wprowadzenie zakazu sprzyja podejmowaniu przez nich decyzji o rzuceniu palenia.

59% niepalących częściej niż kilka lat temu ma odwagę zwrócić uwagę osobom łamiącym zakaz palenia.

Kierunki zmian:

- Przeszkolenie personelu medycznego w zakresie minimalnej interwencji i realizacja jej w ramach poz.
- Uwolnienie wszystkich miejsc publicznych od dymu tytoniowego
- Wzrost akcyzy na wyroby tytoniowe
- Długoterminowe kampanie społeczne i medyczne na temat skutków zdrowotnych palenia tytoniu

Przepis art. 11 ustawy z dnia 22 grudnia 2011 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją ustawy budżetowej wprowadza zmiany dotyczące stawek akcyzy, które będą obowiązywać od dnia 2 stycznia 2012 r. do ustawy z dnia 6 grudnia 2008 r. o podatku akcyzowym (Dz.U. z 2011 r. nr 108, poz. 626, z późn. zm.) wprowadza zmiany dotyczące stawek akcyzy.

Według raportu WHO z 2011 zwiększenie średniego podatku akcyzowego do 9,76 PLN na paczkę papierosów w Polsce spowodowałoby rzucenie palenia przez 618 000 dorosłych i zniechęciłoby 215 000 młodych osób do rozpoczęcia palenia, co oznaczałoby ograniczenie liczby przypadków przedwczesnej śmierci o 7,2% w populacji Polski. Co więcej zwiększyłyby to dochody z podatku akcyzowego o 7,1 mld PLN.

### **Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych**

W 2009 r. GIS we współpracy z wojewódzkimi i powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi, Centrum Onkologii w Warszawie, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii przeprowadził badania nt. używania substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków) przez kobiety w ciąży. Badanie wykazało następujące problemy istniejące w populacji kobiet w wieku prokreacyjnym:

- w odniesieniu do tytoniu: kiedykolwiek w życiu paliło 50% kobiet, 36% kobiet paliło w ciągu ostatnich dwóch lat, a prawie co piąta z nich wypaliła w ostatnich dwóch latach blisko 20 paczek papierosów w ciągu jednego miesiąca. Aż 11% badanych kobiet będąc w ciąży kontynuowało palenie. Wśród kobiet palących w ciąży odsetek wcześniaków wyniósł 11% (u nigdy nie palących 7%). Kobiety palące rodziły dzieci z niedowagą dwukrotnie częściej (12%) niż nigdy niepalące (5%).
- w odniesieniu do alkoholu: abstynencję alkoholową w ciągu ostatniego roku deklarowało 50% kobiet w wieku prokreacyjnym. Około 14% wszystkich badanych i aż 29% kobiet pijących alkohol w ciągu ostatniego roku, spożywało go będąc w ciąży. Do najczęstszych skutków picia alkoholu przez ciężarne należały: przedwczesny poród u 11% (wśród niepijących badanych przedwczesny poród wystąpił u 8% kobiet), niska waga urodzeniowa u 14% dzieci (wśród dzieci matek niepijących było to 6%), niższa

punktacja w skali Apgar. Wady wrodzone miało aż 16% dzieci matek pijących alkohol w czasie ciąży, u pozostałych dzieci stwierdzono te wady tylko w 2% przypadków.

- w odniesieniu do narkotyków: Używanie narkotyków choć raz w życiu deklarowało 4% badanych, z czego ok. 1% kobiet używało ich będąc w ciąży.

Celem „Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym (15 – 49 lat). Beneficjentami projektu będą także rodziny kobiet z grupy docelowej, lekarze, nauczyciele, uczniowie szkół ponadgimnazjalnych, pracownicy wybranych zakładów pracy, a także ogół społeczeństwa będący adresatem kampanii społecznej.

Projekt realizowany jest w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. W ramach programu będą realizowane następujące zadania:

- szkolenia dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (pediatrów), ginekologów, neonatologów, lekarzy medycyny pracy, pielęgniarek i położnych z zakresu wykrywania zespołu FAS (Fetal Alcohol Syndrome) czyli zespołu nieprawidłowości, stwierdzany u matek spożywających alkohol w okresie ciąży oraz podejmowania podczas wizyt lekarskich interwencji edukacyjnych w zakresie profilaktyki używania alkoholu, tytoniu czy innych środków psychoaktywnych,
- szkolenia dla nauczycieli (koordynatorów programu edukacyjnego w szkołach ponadgimnazjalnych),
- szkolenia dla koordynatorów programu edukacyjnego z wojewódzkich i powiatowych ze stacji sanitarno-epidemiologicznych;
- realizacja programów edukacyjnych w szkołach ponadgimnazjalnych oraz wybranych zakładach pracy,
- stworzenie platformy internetowej SEMPZ (System Elektronicznego Monitorowania i Promocji Zdrowia), która umożliwi działania edukacyjne realizowane w ramach projektu oraz będzie wykorzystywana jako narzędzie do e- poradnictwa dla kobiet w ciąży,
- ogólnopolska kampania społeczna;
- ogólnopolskie badania mające na celu określenie zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży i ocenę podejmowanych działań.



## **BUDOWANIE STRATEGII ANTYKRYZYSOWEJ NA TERENIE SZKOŁY/PLACÓWKI OŚWIATOWEJ**

*Katarzyna Koszewska*

Mazowieckie Samorządowe Centrum Doskonalenia Nauczycieli

*Telewizja TVN 24 w dniu 23 października 2012 roku donosiła, że w jednym ze szczecińskich gimnazjów 42 osoby zatruty się gazem. Rzeczniczka pogotowia ratunkowego Elżbieta Sochanowska potwierdziła tę informację. Zatruciu uległy 42 osoby. Jedna z nich – dorosła, pozostałe to młodzież – powiedziała Sochanowska. Do szpitali w Zdrojach przy Unii Lubelskiej i na Pomorzanych trafiło już 21 osób. Reszta poszkodowanych jest transportowana. Rzeczniczka pogotowia poinformowała, że wszystkie osoby skarżą się na bóle brzucha i głowy. Gazownicy poszukują ewentualnego miejsca przecieku gazu – podaje policja<sup>6</sup>.*

*Były policjant z wydziału ds. nieletnich, a ostatnio wieloletni pedagog szkolny w jednym z warszawskich gimnazjów i wychowawca w domu dziecka, stanie wkrótce przed sądem oskarżony o pedofilię – ustalili dziennikarze Superwizjera TVN<sup>7</sup>.*

*Ta potworna tragedia musi zostać wyjaśniona! Czternastoletni Adrian Kalewski, gimnazjalista z Nasielska, niewielkiej miejscowości koło Nowego Dworu Mazowieckiego, powiesił się w drewnianej komórce kilka metrów obok własnego domu. Drobny, spokojny i skryty chłopiec miał problemy w szkole, a kilka dni przed tragedią koledzy z gimnazjum grozili mu pobiciem<sup>8</sup>.*

To tylko wybrane wydarzenia kryzysowe z ostatniego roku, związane ze środowiskiem szkolnym.

W ostatnich latach na świecie znacznie osłabło poczucie bezpieczeństwa, także i u nas w Polsce. Wpłynęły na to tragiczne wydarzenia – zamachy, ataki terrorystyczne, powodzie, zabójstwa w szkołach, samobójstwa w następstwie nękania i upubliczniania wizerunku osób prywatnych w sieci komputerowej i inne.

---

<sup>6</sup> [http://www.se.pl/wydarzenia/kraj/szczecin-ewakuacja-szkoly-42-ozoby-zatruly-sie-gazem\\_287143.html](http://www.se.pl/wydarzenia/kraj/szczecin-ewakuacja-szkoly-42-ozoby-zatruly-sie-gazem_287143.html)

<sup>7</sup> <http://tvnplayer.pl/programy-online/superwizjer-odcinki,337/odcinek-939,pedagog-szkolny-pedofilem,S00E939,4747.html>

<sup>8</sup> [http://www.se.pl/wydarzenia/warszawa/adrian-powiesi-sie-bo-dokuczali-mu-w-szkole\\_190301.html](http://www.se.pl/wydarzenia/warszawa/adrian-powiesi-sie-bo-dokuczali-mu-w-szkole_190301.html)

19 maja w 2003 roku nikt by się pewnie nie dowiedział, co młodzi ludzie z III klasy toruńskiego technikum zrobili ze swoim anglistą, gdyby oni sami nie wpadli na pomysł sfilmowania tych wyczynów. Cała Polska „odrobiła wtedy lekcję toruńską<sup>9</sup>. Po raz pierwszy zaczęto używać słowa **kryzys** w odniesieniu do środowiska szkolnego. Oglądając migawki telewizyjne dotyczące tamtej sytuacji, odnosiło się wrażenie dużego nieprzygotowania całej rady pedagogicznej, jej komunikaty były niespójne, a nauczyciele – bezradni.

Gdy parę miesięcy później młodzież z białostockiego liceum jechała na pielgrzymkę do Częstochowy i zdarzył się tragiczny wypadek, już tego samego dnia psycholodzy byli w białostockim liceum. Policjanci przesłuchiwali młodzież – ofiary wypadku będące w traumie (sic!). Wszyscy chcieli dobrze, ale jeszcze dużo musimy się nauczyć.

Obecnie kryzys w szkole stał się zjawiskiem powszechnie znanym. Dyrektorzy szkół, nauczyciele, wychowawcy, pedagodzy i psycholodzy zdali sobie sprawę z konieczności przygotowania się do działań w sytuacji niespodziewanego, niekorzystnego wydarzenia o szerokim zasięgu, które może mieć miejsce w środowisku szkoły/placówki lub w niej samej.

Rejestrujemy też pozytywne zmiany wskazujące, że w gronie pedagogicznym rośnie świadomość zagrożenia sytuacją kryzysową, a tym samym – przekonanie o niezbędności przygotowania się do niej oraz w razie jej wystąpienia – udzielania różnych form wsparcia osobom, które w niej uczestniczą.

Silniejszy staje się pogląd, że nieoczekiwane wydarzenie czy wypadek postawi byt całej organizacji pod znakiem zapytania. **Dyrektorzy szkół już nie zastanawiają się, czy kryzys nadejdzie, ale kiedy może to nastąpić!**

Musimy przy tym pamiętać, że szkoła nie jest samotną wyspą, odizolowaną od społeczności i innych instytucji. W razie wystąpienia kryzysu warto więc brać pod uwagę oddziaływanie wpływów płynących z różnych kręgów społecznych. Najistotniejsza jest sama społeczność szkolna, czyli jej środowisko wewnętrzne. Ważne jest także działanie czynników zewnętrznych – interesariuszy szkoły, czyli rodziców, organu prowadzącego i nadzorującego szkołę. Nie bez znaczenia są opinie kluczowych liderów, czyli mediów, a także zewnętrznych sprzymierzeńców i konkurentów – organizacji pozarządowych, partnerów w projektach, społeczności innych placówek oświatowych.

---

<sup>9</sup> internetowy portal [www.gazeta.pl](http://www.gazeta.pl), (red.), 2003.09.04.

Próbując zdefiniować pojęcie kryzysu, warto rozpatrywać to zjawisko w kilku aspektach.

Tymon Smektała zwraca uwagę na zakłócenia równowagi w dowolnej sferze działalności organizacji. Jego zdaniem: *Sytuacja kryzysowa to nagłe i nieoczekiwane, niepożądane wydarzenie zakłócające równowagę w organizacji i stanowiące zagrożenie dla dowolnej sfery działalności*<sup>10</sup>.

Anna Murdoch podkreśla fakt niemożliwości powstrzymania nagłego rozwoju wypadków, jego nagłośnienia i skutków tego nagłośnienia: *Kryzys to niedający się powstrzymać nagły rozwój wypadków, którego nagłośnienia w mediach i potencjalnych skutków tego nagłośnienia nie da się w żaden sposób powstrzymać ani kontrolować*<sup>11</sup>.

Barbara Rozwadowska wskazuje, że *sytuacja kryzysowa to każda, w której zagrożony jest aktualny wizerunek organizacji*<sup>12</sup>.

Z takim ujęciem nie zgadza się Piotr Bielawski, który twierdzi, że w sytuację kryzysową nie musi być wpisany element utraty wizerunku, utraty wiarygodności i pogorszenie się kontaktów z otoczeniem. Czytamy: *Kryzys nie musi naruszać aktualnego wizerunku organizacji, jeżeli komunikacja z opinią publiczną jest prowadzona zgodnie z regułami sztuki*<sup>13</sup>.

Zatem istnieje uzasadniona potrzeba zarządzania sytuacją kryzysową w szkole w aspekcie na stylu kierowania, podziału zadań, przyjętych procedur prawnych i komunikacyjnych.

**Mówiąc o kryzysie w szkole, należy wyróżnić następujące jego elementy:**

- nagłość;
- dolegliwość, np. utrata lub groźba utraty dobrej reputacji;
- skala zjawiska (szeroki zasięg).

Należy pamiętać, że sytuacja kryzysowa różni się od sytuacji trudnej i wymaga innego zachowania oraz przyjęcia innych niż zwykle strategii postępowania.

Rozróżnienie to ma fundamentalne znaczenie z punktu widzenia zarządzania szkołą jako organizacją w czasie kryzysu.

---

<sup>10</sup> Smektała T., (2001), *Public Relations w sytuacjach kryzysowych*, Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM, , s. 65.

<sup>6</sup> Murdoch A., (2003), *Komunikowanie się w kryzysie, jak ratować wizerunek firmy*, Warszawa: Poltex, s.13.

<sup>7</sup> Rozwadowska B., (2010), *Public Relations. Teoria, praktyka, perspektywy*, Warszawa: Studio Emka, s.167.

<sup>8</sup> Bielawski P., (2006), *Działanie w kryzysie*, [www..proto.pl](http://www.proto.pl)

Sytuacja trudna to sytuacja związana z rozwiązywaniem problemu. Jest to np. konflikt między nauczycielem a rodzicem jednego z uczniów albo pogarszające się wyniki egzaminów do szkół ponadgimnazjalnych.

W odróżnieniu od sytuacji kryzysowej w sytuacji trudnej występują określone **stany ryzyka, czyli symptomy kryzysu**. Jeżeli nie zostaną rozwiązane na poziomie operacyjnym w wyniku aktywności nauczyciela, pracownika administracyjnego, wychowawcy lub/i zarządzania, czyli jako przejaw aktywności dyrektora szkoły, mogą doprowadzić do wybuchu kryzysu.

W kryzysie wyodrębniamy następujące etapy:

- wybuch pociągający za sobą niemożliwość ukrycia (opanowania kryzysu);
- chaos;
- utrata wiarygodności
- rozprzestrzenianie się na wiele sfer;
- destabilizacja.

Zdarzenia kryzysowe w szkole mogą mieć różną naturę i mogą przyjąć postać:

- zdarzenia o charakterze klęski żywiołowej, skażenia środowiska w pewnej skali lub nagłego wydarzenia niebezpieczne dla zdrowia i życia (powódź, rozlanie się niebezpiecznej substancji w szkole lub w otoczeniu szkoły, pożar);
- aktu terroryzmu (podłożenie bomby, napad z bronią, przetrzymywanie zakładników);
- systematycznych aktów przemocy wewnątrz społeczności szkolnej (nauczycieli wobec uczniów, uczniów wobec nauczycieli, tzw. fali);
- ekstremalnych traumatycznych wydarzeń z udziałem osób ze szkoły (samobójstw, zabójstw, nieszczęśliwych wypadków na imprezach szkolnych lub pozaszkolnych, w tym wypadków śmiertelnych).

Najczęstszym kryterium wyszczególniania rodzajów kryzysu w szkole/placówce oświatowej jest przyczyna jego powstawania:

- kryzys wywołany wewnętrznymi problemami, np. agresją w szkole, konfliktami;
- kryzys wywołany zewnętrznymi problemami, np. wypadkiem ucznia poza szkołą;

- nieszczęśliwe zdarzenia, np. wypadek podczas wycieczki szkolnej;
- konflikt z prawem, np. toczące się postępowanie sądowe;
- konflikt z otoczeniem, np. konflikt z władzami samorządowymi;
- skandal, np. konflikt związany z niewłaściwymi zachowaniami uczniów, nauczycieli;
- inne rodzaje kryzysu – wywołane przyczynami niezależnymi od szkoły, np. huraganem, zamiecią, powodzią.

Warto wskazać też kryterium skutków, według którego można wyróżnić:

- kryzys, który ma charakter przejściowy, nie wywiera większego wpływu na funkcjonowanie organizacji;
- kryzys, który zaburza funkcjonowanie organizacji i może zagrozić jej egzystencji.

Kryzys w szkole dotyczy każdego członka społeczności szkolnej. Można go rozpatrywać w wymiarze jednostkowym – mówimy wtedy o traumie, lęku, przerażeniu, niepokoju, wstydzie pojedynczych osób wymagających wsparcia ze strony profesjonalistów – i organizacyjnym – kiedy występują zaburzenia/zakłócenia w funkcjonowaniu różnych sfer działalności szkoły.

W szkole, jako organizacji, kryzys wywołuje poczucie zagrożenia i niepewności, obnaża słabości, odrywa od spraw związanych z rozwojem organizacji, utrudnia pracę nauczycieli, wychowawców, pracowników administracyjnych, uniemożliwia osiągnięcie celów, sprowadza groźbę orzeczenia winy i wymierzenia kary – wówczas pada pytanie: kto za to poleci?. Na zewnątrz organizacji dostarcza sensacji mediom, lokalnej społeczności, środowisku z tzw. branży, jest znakomitą okazją do rozmaitych – z reguły niekorzystnych – spekulacji, sygnałem słabości dla konkurencji i przeciwników.

W początkowej fazie kryzysu popełniamy najczęściej błędów. Towarzyszy nam ogromny stres i silna potrzeba jego redukcji. Jeżeli nie jesteśmy przygotowani, pierwszą reakcją jest najczęściej lekceważenie sytuacji – odrzucenie obowiązującego standardu zachowań, tendencja do upraszczania komunikatów, które przekazujemy na zewnątrz.

Oczywiście, osobą najbardziej odpowiedzialną za zarządzanie w trakcie trwania sytuacji kryzysowej w szkole/placówce jest dyrektor. Niemniej jednak, psycholog, wychowawca klasy, nauczyciel, pracownik administracyjny, jako członkowie społeczności szkolnej,

osobiście odpowiadają za bezpieczeństwo dzieci powierzonych im przez rodziców, ponieważ uczestniczą w tym procesie.

Przyjrzyjmy się przykładowej sytuacji – próbie samobójczej podjętej w czasie lekcji w jednej z warszawskich szkół. Świadcami zdarzenia byli inni uczniowie, którzy w tym czasie szli do szkoły. Na widok dziewczyny skaczącej z okna doznali szoku psychicznego, który pojawił się natychmiast po zdarzeniu, ale przeminął w ciągu 2–3 dni, u niektórych nawet kilku godzin.

Inni w podobnej sytuacji mogą doświadczać całkowitej lub częściowej niepamięci – dlatego policja popełniła błąd, przesłuchując licealistów z Białegostoku jadących na pielgrzymkę do Częstochowy zaraz po tragicznym wypadku, w którym zginęli ich koledzy. Uczniowie byli oszołomieni, mieli zawężone pole świadomości, uwagi, niemożność rozumienia sytuacji. W kolejnej fazie wychowawcy obserwowali u nich wyłączenie się aż do stuporu dysocjacyjnego lub pobudzenie i nadmierną aktywność, często lęk, poczucie winy, rozpacz, złość, która występuje bardzo często jako reakcja na czyjeś samobójstwo. Ta grupa wymagała szczególnej pomocy psychologicznej. Istotne było udzielenie jej przez psychologów w stosunkowo krótkim czasie od traumatycznego przeżycia, ponieważ zdrowienie ze skutków, jakie pozostawia trauma, może być długotrwałe.

W opisanej sytuacji nauczyciele, pracownicy administracyjni szkoły też wymagali wsparcia, wyjaśnienia sytuacji – informacji o zdarzeniu, przedstawienia faktów, omówienia sytuacji od strony psychologicznej. Potrzebowali rozmowy o ich emocjach, stworzenia możliwości odreagowania emocjonalnego, pomocy w przezwyciężeniu bezradności, czyli tzw. odbarczenia z nieadekwatnego poczucia winy na rzecz wzięcia odpowiedzialności i gotowości do podjęcia działań naprawczych. W tym przypadku przekazywanie informacji o zachowaniu w sytuacjach traumatycznych sprzyjało normalizacji i obniżeniu napięcia. Ludziom tym zapewniono pomoc w dotarciu do ich zasobów – nazwano to, czym dysponują jako jednostki i zespół, odniesiono przeżycie do ich dawnych doświadczeń radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Poza tym otrzymali wsparcie w wypracowaniu jednolitego systemu działań nauczycieli, uczniów i rodziców oraz konkretne psychologiczne wskazówki: co mówić, czego nie mówić, jak mówić, co robić, czego nie robić itd. I to – co szczególnie ważne – dowiedzieli się, jak pracować z grupami szkolnymi, czy osobami, które nie były świadkami zdarzenia, ale np. znały ofiarę tragicznego wypadku lub tę, która podjęła próbę samobójczą.

Praca z grupami szkolnymi czy pojedynczymi uczniami w warunkach kryzysu to kolejne trudne zagadnienie dla nauczycieli, wychowawców. Działania szkoły podejmowane są w sytuacji, w której traumatyczne zdarzenie odrywa jej społeczność od spraw związanych z rozwojem organizacji, blokuje możliwość realizacji materiału programowego procesu dydaktycznego. Zapanowuje destabilizacja, tworzą się koalicje, wybuchają konflikty – kryzys wywołuje poczucie zagrożenia i niepewności, obnaża słabości, utrudnia pracę nauczycieli, wychowawców, pracowników administracyjnych, uniemożliwia osiągnięcie celu!

**Proces zarządzania sytuacją kryzysową powinien uwzględnić zatem działania profilaktyczne związane z przygotowaniem i treningiem (zastosowaniem elementów przygotowań w praktyce) realizacji programów w akcji, oceną post factum, wyciągnięciem wniosków.**

We wszystkich wymienionych etapach rola pracowników szkoły jest znacząca. Istniejące w szkole/placówce procedury działania w sytuacjach kryzysowych, np. tzw. instrukcja postępowania przeciwpożarowego czy inne, wynikające z prawa, powinny odnosić się do koniecznych zachowań na wypadek zdarzeń niespodziewanych i niekorzystnych, uwzględniać specyfikę szkoły jako organizacji, zawierać podział obowiązków między pracownikami, strukturę komunikowania się (kto do kogo i jakimi kanałami komunikacji) i – co najważniejsze – być znane ogółowi.

**Dlatego też tak ważne jest uczestniczenie w procesie przewidywania tego, co nieprzewidywalne, w procesie podziału ról i odpowiedzialności.**

W ramach działań profilaktycznych, pracownicy szkoły (nauczyciele i administracja), pod kierunkiem dyrektora, na kilku kolejnych posiedzeniach rad pedagogicznych powinni:

- określić mocne i słabe strony organizacji, w której pracują;
- zastanowić się nad jej wizerunkiem;
- wyodrębnić potencjalne sytuacje kryzysowe;
- podzielić sytuacje pod względem:
  - prawdopodobieństwa wystąpienia,
  - podobieństwa (np. wypadek, pożar),
  - poziomu zagrożenia i dolegliwości,
  - sposobów reagowania,

- określić czynniki sprzyjające występowaniu i rozwojowi sytuacji kryzysowej (standardy, procedury postępowania);
- wyznaczyć osoby, które mają zajmować się rozpoznawaniem zagrożenia sytuacjami kryzysowymi i przeciwdziałać ich występowaniu, będąc zapleczem zespołu kryzysowego, a w sytuacji zagrożenia działają jako sztab kryzysowy;
- stworzyć modelowy plan działania w warunkach kryzysowych, wyznaczyć osoby, które w pierwszej kolejności będą zawiadamiane o sytuacji kryzysowej, stanowiące trzon zespołu kryzysowego.

W modelowym planie działania powinny znaleźć się wszystkie zagrożenia, przewidziane przez radę pedagogiczną, które mogą dotyczyć społeczności szkolnej. Do każdego zagrożenia należy przyporządkować problemy, które pojawią się w trakcie trwania sytuacji kryzysowej, a następnie zastanowić się i opisać procedury postępowania, uwzględniając: kto, co, kiedy, w jaki sposób, oraz koniecznie określić zasoby do uzupełnienia. Może bowiem nagle okazać się, że w szkole brakuje masek gazowych, sygnalizacji komunikacyjnej, niezbyt fortunnie określone są dyżury nauczycieli, brakuje czynnych linii telefonicznych itp. Uzupełnienie zasobów to zadanie dyrektora.

#### **Przykładowy fragment modelowego planu działania**

Zagrożenie – w pobliżu placówki rozbiła się ciężarówka pełna toksycznych chemikaliów.

Problemy:

- zatrucia, objawy skórne, wymioty;
- kłopoty komunikacyjne;
- konieczność zapewnienia uczniom schronienia i zabezpieczenia budynku przed oparami;
- kłopoty z przepływem informacji;
- zajęte linie telefoniczne;
- przybycie rodziców;
- ludzie starający się dostać do szkoły;
- problemy natury psychologicznej

Procedury postępowania: co, kto, kiedy, w jaki sposób, jakie zasoby trzeba uzupełnić:



- .....
- .....
- .....itd.

Budując plan, trzeba szukać odpowiedzi na następujące pytania:

- kto będzie podejmował krytyczne decyzje;
- jak uzyskać zasoby niezbędne do natychmiastowej reakcji;
- co zrobić, gdy miejsce zdarzenia jest jednocześnie miejscem przestępstwa;
- jakie działania należy podjąć natychmiast i kto je wykona.

Należy wiedzieć, że kwestie bezpieczeństwa w szkołach reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych w szkołach i placówkach (Dz. U. z 2003 r. Nr 6, poz. 69, z późn. zm.). Ponadto są określone standardy w odniesieniu do różnych obszarów funkcjonowania szkoły, dotyczące ogólnych warunków bezpieczeństwa budynku i pomieszczeń szkolnych.

Teren szkoły musi być ogrodzony, właściwie oświetlony. Szkoła musi posiadać równą nawierzchnię dróg, przejść i boisk, a także instalację do odprowadzania ścieków i wody deszczowej. Otwory kanalizacyjne, studzienki i inne zagłębienia na terenie szkoły zakrywa się odpowiednimi pokrywami lub trwale zabezpiecza w inny sposób. Szlaki komunikacyjne wychodzące poza teren szkoły i placówki zabezpiecza się tak, aby uniemożliwić bezpośrednie wyjście na jezdnię. W miarę możliwości szlaki komunikacyjne kieruje się na ulicę o najmniejszym natężeniu ruchu. Schody wyposaża się w balustrady z poręczami zabezpieczonymi przed ewentualnym zsuwaniem się po nich. Stopnie schodów nie mogą być śliskie. Otwartą przestrzeń pomiędzy biegami schodów zabezpiecza się siatką lub w inny skuteczny sposób. Plan ewakuacji szkoły lub placówki umieszcza się w widocznym miejscu, zapewniającym łatwy dostęp do niego, wyraźnie oznacza się drogi ewakuacyjne.

Prace remontowe, naprawcze i instalacyjne w pomieszczeniach szkoły lub placówki oświatowej przeprowadza się pod nieobecność osób, którym szkoła lub placówka zapewnia opiekę. Zajęcia poza szkołą lub placówką nie mogą odbywać się w tych miejscach, w których prowadzone są remonty.

W pomieszczeniach szkoły i placówki zapewnia się właściwe oświetlenie, wentylację i ogrzewanie a także instaluje właściwe wyposażenie posiadające konieczne atesty lub certyfikaty. Sprzęty, z których korzystają osoby pozostające pod opieką szkoły lub placówki, dostosowuje się do wymagań ergonomii. Pomieszczenia, w których odbywają się zajęcia, wietrzy się w czasie każdej przerwy, a w razie potrzeby także w czasie zajęć. Jeżeli pomieszczenie lub inne miejsce, w którym mają być prowadzone zajęcia, stan znajdującego się w nim wyposażenia stwarzają zagrożenie dla bezpieczeństwa, niedopuszczalne jest rozpoczęcie zajęć.

Jeżeli stan zagrożenia powstanie lub ujawni się w czasie zajęć – niezwłocznie się je przerywa i wyprowadza z zagrożonych miejsc osoby powierzone opiece szkoły lub placówki.

Pomieszczenia szkoły, w szczególności pokój nauczycielski, laboratoria, pracownie, warsztaty szkolne, pokój nauczycieli wychowania fizycznego, kierownika internatu (bursy) oraz kuchnię, wyposaża się w apteczki zaopatrzone w środki niezbędne do udzielania pierwszej pomocy i instrukcję o zasadach udzielania tej pomocy.

Miejsca pracy oraz pomieszczenia, do których osoby nieuprawnione nie mają dostępu, są odpowiednio oznakowane i zabezpieczone przed swobodnym wkraczaniem do nich.

Niedopuszczalne jest prowadzenie jakichkolwiek zajęć bez nadzoru upoważnionej do tego osoby. Przerwy w zajęciach uczniowie spędzają pod nadzorem nauczyciela. Jeżeli pozwalają na to warunki atmosferyczne, umożliwia się uczniom uczestniczenie w czasie przerw w zajęciach na świeżym powietrzu.

**Zachowanie tych standardów jest badane podczas lub po zakończeniu sytuacji kryzysowej, a za ewentualne zaniedbania odpowiada dyrektor szkoły.**

W skład zespołu kryzysowego mogą wejść:

- wybrani członkowie rady pedagogicznej (dyrektor, zastępca dyrektora, pedagog szkolny, wychowawca danej klasy);
- osoba wyznaczona do kontaktowania się z mediami;
- eksperci merytoryczni, w zależności od rodzaju sytuacji kryzysowej;
- doradcy prawni.

Warto zastanowić się nad tym, kto jeszcze mógłby usprawnić proces planowania:

- kto posiada szczegółową wiedzę na temat zagrożeń szkoły;

- kto może znać zagrożenia okolicy;
- kto może posiadać wiedzę o terenie;
- kto najlepiej zidentyfikuje zagrożenia w klasach, korytarzach, szatniach, magazynach, salach gimnastycznych.

### **Plan działań członków zespołu kryzysowego**

W pierwszej fazie kryzysu:

- ocena emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych aspektów reakcji kryzysowych;
- szybkie ustanowienie kontaktów (z osobami czy grupami zaangażowanymi w kryzys);
- identyfikacja głównych problemów lub czynników wyzwalających kryzys;
- wybór strategii komunikacji z otoczeniem zewnętrznym szkoły/placówki;
- uprawomocnienie planu oddziaływań;
- wdrażanie oddziaływań.

W drugiej fazie kryzysu, po opadnięciu emocji i wyciszeniu reakcji środowiska zewnętrznego:

- tworzenie i badanie alternatyw;
- wyciągnięcie wniosków;
- modyfikacja modelowego planu działania w sytuacji kryzysowej.

Podczas identyfikacji problemów stanowiących przyczyny, np. kryzysu wychowawczego, zespół kryzysowy powinien zadać sobie pytania:

1. Z jakimi trudnymi zachowaniami (uczniów, rodziców, nauczycieli) mamy do czynienia?
2. Co stanowi istotę trudności tych zachowań (dla kogo są trudne do zniesienia, komu wyrządzają szkody, jakie łamią normy, jakie podwajają wartości)?
3. Jakim zachowaniom trzeba natychmiast przeciwdziałać?

Przykład:

Próba samobójcza ucznia jest zazwyczaj zagrożeniem dla funkcjonowania klasy jako grupy. W jej następstwie mogą wystąpić trudne zjawiska i zachowania, wynikające głównie z poszukiwania winnego. Pojawiają się inne trudne sprawy, tzw. tematy zastępcze, mające

luźny związek ze zdarzeniem. Niektórzy uczniowie przejawiają zachowania obronne, np. w formie agresji. W grupie następuje nagle zmiana pozycji tych uczniów, których klasa wiąże z samobójstwem kolegi lub koleżanki: „To przez niego...”. Wyzwalają się nowe emocje o charakterze destrukcyjnym dla funkcjonowania grupy, np. lęk przed konsekwencjami.

Celem interwencji kryzysowej w klasie jest ułatwienie odzyskania przez grupę równowagi wewnętrznej i poczucia sprawczości, ewentualne rozwiązanie problemu stanowiącego podłoże doświadczenia kryzysowego.

W przytoczonym przykładzie podstawowymi kierunkami pracy z grupami szkolnymi było przeprowadzenie procesu polegającego na odreagowaniu emocji poprzez:

- omówienie tego co się stało;
- rozważenie potrzeb pojedynczych uczniów i grupy jako całości w bieżącej sytuacji;
- skoncentrowanie się na podejmowaniu konstruktywnych działań w celu odbudowania poczucia bezpieczeństwa grupy i rekonstrukcji jej spójności;
- wprowadzenie takich zmian w normach i zasadach obowiązujących w grupie, które lepiej służyłyby jej członkom i klasie jako całości.

Przykładowe ważne pytanie, wokół którego wychowawcy i nauczyciele mogą prowadzić spotkanie z uczniami, brzmi:

Co możemy zrobić jako poszczególne osoby lub grupa jako całość, aby nasza koleżanka przebywająca teraz w szpitalu lepiej się poczuła, żeby wiedziała, że z nią jesteśmy, że cały czas należy do naszej klasy?

Badając i tworząc alternatywy, członkowie zespołu kryzysowego zastanawiają się:

- co ważnego chcą osiągnąć osoby zaangażowane w kryzys – jakie ich potrzeby nie są zaspokojone;
- w jaki konstruktywny sposób można zaspokoić te potrzeby;
- jakie kompetencje powinny być rozwijane.

Warto wiedzieć, że sytuacja kryzysowa w szkole jest skrajnym odejściem od normy, sensacją, którą bardzo zainteresowane są media. Nie można ich lekceważyć, ponieważ mają ogromny zasięg, kształtują opinię publiczną i cieszą się dużą wiarygodnością. Wybór narzędzi,

za pomocą których szkoła będzie komunikować się z uczestnikami sytuacji kryzysowej, a także z otoczeniem społecznym, wymaga uwzględnienia okoliczności i czynników, które dotyczą konkretnej sytuacji kryzysowej. Do najbardziej powszechnych należą osobiste spotkania przedstawicieli szkoły, w tym dyrektora, z uczestnikami kryzysu oraz innymi zainteresowanymi, organizacja konferencji prasowej, spotkania z mediami, korzystanie z własnej strony internetowej oraz przekazywanie informacji do portali internetowych i mediów elektronicznych, organizacja infolinii itp.

Prawo prasowe, ustawa o dostępie do informacji publicznej i szczegółowe rozporządzenia zobowiązują dyrektora szkoły do udzielania dziennikarzom informacji, o ile na podstawie odrębnych przepisów informacje te nie są objęte tajemnicą lub nie naruszają prawa do prywatności osób uczestniczących w sytuacji kryzysowej. Do udzielania informacji zobowiązani są kierownicy jednostek organizacyjnych, ich zastępcy, rzecznicy prasowi lub inne upoważnione osoby, w granicach obowiązków powierzonych im w tym zakresie.

Prawo prasowe – ustawa z 1984 r., z późniejszymi zmianami określa prawa i obowiązki dziennikarzy, redaktorów naczelnych i wydawców. Mówi także o prawach i obowiązkach osób udzielających mediom informacji:

„Art. 11. 1. Dziennikarz jest uprawniony do uzyskiwania informacji w zakresie, o którym mowa w art. 4.

2. Informacji w imieniu jednostek organizacyjnych są obowiązani udzielać kierownicy tych jednostek, ich zastępcy, rzecznicy prasowi lub inne upoważnione osoby, w granicach obowiązków powierzonych im w tym zakresie.

3. Kierownicy jednostek organizacyjnych są obowiązani umożliwiać dziennikarzom nawiązanie kontaktu z pracownikami oraz swobodne zbieranie wśród nich informacji i opinii”.

Dlatego dyrektor szkoły/placówki oświatowej powinien zadbać o opracowanie określonej procedury i zorganizować szkolenie z jej stosowania. W sytuacji kryzysowej zadanie to należy do zespołu kryzysowego. Jeden z pracowników szkoły może być osobą wskazaną przez szkolny zespół kryzysowy do kontaktowania się z mediami. Jest to ważna funkcja, ponieważ, treść i kontrola informacji przekazywanych na zewnątrz istotnie wpływa na czas trwania kryzysu. Jeżeli dyrektor szkoły nie opracuje takiej procedury i jej nie upowszechni, nie może wyciągać służbowych konsekwencji wobec nauczycieli czy

pracowników administracyjnych szkoły, którzy wypowiedzieli się w mediach na temat sytuacji kryzysowej.

Z charakterem sytuacji kryzysowej, niezależnie od zastosowanych narzędzi komunikacyjnych, związany jest wybór strategii komunikacyjnej.

W sytuacji wspomnianej próby samobójczej dotykamy niezwykle subtelnej materii, bardzo łatwo więc naruszyć prawo do prywatności. Dyrektora, nauczycieli, wychowawców, psychologów obowiązuje też tajemnica służbowa.

Najlepszą strategią komunikacyjną w kontaktach z mediami i rodzicami w takim przypadku jest z reguły strategia milczenia, która zakłada niekomentowanie i nieodpowiadanie na oskarżenia i żądania otoczenia oraz unikanie wszelkich okazji do konfrontacji.

Ale ta sama strategia, wykorzystana przez nauczycieli Gimnazjum nr 2 w Gdańsku po samobójstwie Ani w 2006 roku, okazała się bardzo nieskuteczna, bowiem media zachęczone kryzysem wkomponowanym w polityczne tło tak długo szukały potwierdzenia tezy, że w tej szkole naprawdę źle się dzieje, aż je znalazły. W telewizji mogliśmy zobaczyć uczniów siedzących tyłem w oknach, z podniesionym do góry palcem wskazującym, w powszechnie znanym, obraźliwym geście wyrażającym dezaprobatę. Dopiero zastosowanie strategii negliżu – czyli przyznanie się do winy, pełne i bezwarunkowe przyjęcie żądań, roszczeń, warunków, zadośćuczynienie poszkodowanym – spowodowało obniżenie napięcia medialnego w sytuacji kryzysowej. Kryzys szybko się skończył, tym bardziej że znaleziono i ukarano winnych – odwołano z pełnienia funkcji dyrektora szkoły i gdańskiego kuratora oświaty.

W czasie kryzysu godna polecenia jest strategia współpracy, polegająca na współdziałaniu ze wszystkimi uczestnikami sytuacji kryzysowej. Jej istotą jest zminimalizowanie napięcia, konfliktu oraz dążenie do wyjaśnienia wszystkiego, co wymaga wyjaśnienia, jednak w granicach przyjętych wartości, standardów i priorytetów. O zachowaniu takiego dystansu warto pamiętać szczególnie w warunkach kryzysu spowodowanego próbą samobójczą, samobójstwem, zabójstwem, gwałtem – czyli takimi sytuacjami, w których ważne staje się przestrzeganie prawa do prywatności ofiar, sprawców czy innych uczestników sytuacji kryzysowej.

W sytuacji kryzysowej dziennikarze najczęściej pytają:

- dlaczego do niej doszło;
- jakie są lub mogą być jej skutki;
- kto jest odpowiedzialny, kto jest sprawcą;
- kto może na tym zyskać, a kto stracić;
- czy może dojść do zaostrzenia sytuacji;
- czy możliwe są reperkusje polityczne;
- czy kryzys jest fragmentem czegoś większego;
- o sposób zachowania w stosunku do mediów;

Komunikując się z przedstawicielami mediów, należy postugiwać się określonymi socjotechnikami i w pełni kontrolować emocje.

Warto zatem:

- mówić jako pierwszy o złych wiadomościach;
- mieć absolutną pewność co do faktów i stwierdzeń;
- bezwzględnie zachować spójność przekazu, logikę i konsekwencję;
- nie upubliczniać informacji dotyczących bezpieczeństwa, objętych tajemnicą;
- analizować dane;
- nie snuć spekulacji, podejrzeń i nie stawiać hipotez;
- reagować błyskawicznie i zdecydowanie na plotki, dementując je i wykazując ich fałsz lub głupotę;
- trzymać nerwy na wodzy i nie liczyć na wyrozumiałość żądających wyjaśnień lub oczekujących informacji;
- pokazywać, że dyrektor szkoły kontroluje sytuację i ma wizję wybrnięcia z kryzysu;
- nie ujawniać nazwisk ofiar zanim nie dowie się o tym rodzina;
- zawsze wyrażać troskę z powodu strat, cierpień, ofiar, zniszczeń, nawet gdyby były nieuniknione i najbardziej uzasadnione.

Warto też wiedzieć, jak wybrnąć z kłopotliwych sytuacji związanych z zadawaniem przez dziennikarza tzw. trudnych pytań, np. skierować rozmowę na inny temat, wyjaśnić kontekst, unikać rozmowy na ten konkretny temat. W przypadku formułowania negatywnych twierdzeń należy zneutralizować ich wydźwięk, a jeśli spodziewamy się zarzutów –

zneutralizować siłę argumentu, np. „zapewne chciałby pan wiedzieć, co szkoła robi w celu zapewnienia bezpieczeństwa” itp.

### **Podsumowanie**

Pracownicy szkoły codziennie mają do czynienia z sytuacjami trudnymi, które mogą być zwiastunami sytuacji kryzysowej, w związku z czym wymagają działań. Kryzys może dotknąć każdą szkołę/placówkę oświatową. Cechami charakterystycznymi kryzysu są nagłość, dolegliwość, szeroki zasięg zjawiska, wybuch pociągający za sobą niemożliwość ukrycia, destabilizacja.

Sytuacja kryzysowa wymaga innego zachowania niż sytuacja trudna oraz narzuca konieczność przyjęcia innych niż zwykle strategii postępowania. W sytuacji trudnej mamy czas, aby mediować, negocjować, a po analizie – podejmować decyzje na podstawie obowiązującego prawa.

W sytuacji kryzysowej potrzebne jest jasne określenie roli dowódcy, wszystkim powinny być znane sposoby reagowania, decyzje muszą zapadać szybko, zespołowa analiza musi służyć rozważeniu różnych aspektów kryzysu i ujednoczeniu stanowiska.

Dyrektor, nauczyciele, wychowawcy, pracownicy administracyjni, jako członkowie społeczności szkolnej, uczestniczą w procesie zarządzania sytuacją kryzysową. – np. jako członkowie rady pedagogicznej opracowującej modelowy plan działania na wypadek sytuacji kryzysowej; członkowie szkolnego zespołu zarządzania kryzysowego; szkolni rzecznicy prasowi; osoby towarzyszące psychologowi (psychologom) w celu wspierania uczniów po zakończeniu sytuacji kryzysowej.

### **Więcej na ten temat**

1. Koszewska K., Taraszkiewicz M. (red.), (2007), *Sytuacje kryzysowe w szkole*, Warszawa: CODN.
2. Koszewska K. (red.), (2009, 2011), *Kryzys. Szybkie reagowanie. Poradnik dla pedagogów i psychologów szkolnych*, Warszawa: WCIES, MSCDN.
3. Koszewska K., (2010), ....., „Meritum. Mazowiecki Kwartalnik Edukacyjny”, nr 4(19).



## KLIMAT SPOŁECZNY SZKOŁY

*dr Wiesław Poleszak*

Zakład Psychoprofilaktyki i Pomocy Psychologicznej

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

[wieslaw.poleszak@wsei.lublin.pl](mailto:wieslaw.poleszak@wsei.lublin.pl)

### Wstęp

Tytuł tego opracowania zawiera trzy istotne pojęcia – *klimat*, *społeczność* i *szkoła*. Warto przybliżyć znaczenie każdego z nich, zgodnie z prawdą psychologiczną - ***jak świat spostrzegamy, tak się w nim poruszamy***. Na wstępie warto przyjrzeć się znaczeniu rzeczownika ***szkoła***. Znaczenie wydaje się oczywiste, aczkolwiek po głębszym zastanowieniu można dostrzec co najmniej dwie jego konotacje. Pierwsza sugeruje budynek, miejsce gdzie zdobywa się wiedzę lub wykonuje pracę. Przy takim rozumieniu trudno w szkole szukać jakiegokolwiek klimatu, tu nie ma miejsca na społeczność.

Nieco inaczej sytuacja wygląda, gdy szkołę potraktujemy jako społeczność, zespół, wspólnotę ludzi – wtedy zasadnym jest pytanie o klimat tej społeczności. Zanim o klimacie, przyjrzyjmy się czym jest ***społeczność***. Najogólniej ujmując, to grupa ludzi, którzy wspólnie zmierzają do tego samego celu i pozostają we wzajemnych relacjach. **Każdą wspólnotę możemy opisać poprzez kilka wymiarów:**

- posiadanie wspólnego celu,
- normy grupowe – regulują wewnętrzne życie społeczności,
- więzi między ludźmi, którzy współtworzą daną społeczność,
- struktura w jaką układa się dana społeczność,
- role grupowe, które wyływają ze strukturalnego charakteru społeczności.

Jakość funkcjonowania społeczności jest pochodną wszystkich wyżej wymienionych wymiarów.

Ostatnim z pojawiających się w tytule pojęć jest ***klimat*** rozumiany jako warunki niezbędne do życia i prawidłowego rozwoju w danym systemie. W klimacie ziemskim (atmosferycznym) do warunków tych zaliczyć należy obieg ciepła i wody, cyrkulacje powietrza, oraz czynniki geograficzne: układ lądów i oceanów, wysokość nad poziomem

morza. Natomiast, w klimacie społeczności szkolnej do warunków tych zaliczyć należy **sześć kluczowych elementów jakie powinien tworzyć wychowawca** (Gaś 2006):

- 1) Doświadczanie przez wychowanka zrozumienia i akceptacji:
  - akceptacja osoby wychowanka,
  - rozumienie mechanizmów jego zachowania,
  - informacja zwrotna oceniająca zachowanie, umożliwiająca wychowankowi branie odpowiedzialności za własne życie.
- 2) Poczucie więzi uczuciowych z wychowawcą:
  - poczucie przynależności,
  - doświadczanie ciepła,
  - doświadczanie opiekuńczości.
- 3) Otwartość we wzajemnych relacjach:
  - wzajemna wymiana uczuć,
  - wzajemna wymiana myśli,
  - konkretność,
  - specyficzność,
  - zaufanie jako wynik wzajemnej otwartości.
- 4) Wzajemny szacunek wychowawcy i wychowanka:
  - wzajemne zainteresowanie cudzym dobrem,
  - poszanowanie indywidualności drugiej osoby,
  - ochrona godności osobistej drugiej osoby.
- 5) Świadomość granic w życiu i rozwoju:
  - destrukcyjne znaczenie braku granic w wychowaniu,
  - znajomość granic,
  - granice jako przejaw zasad,
  - odniesienie zasad do wartości,
  - kierowanie się wartościami drogą do odpowiedzialnego życia.
- 6) Dzielenie się odpowiedzialnością za osiągnięcie zmian w procesie wychowania:
  - wychowawca jest odpowiedzialny za tworzenie wychowankowi warunków do rozwoju,

- wychowanek jest odpowiedzialny za realizację zadań rozwojowych,
- efektem współpracy jest osiągnięcie celów wychowawczych.

Poszukując wymiarów charakteryzujących każdy klimat dostrzega się kilka prawidłowości. Podstawowe cechy klimatu, związanego ze społecznością, to:

- mnogość elementów, które się na niego składają (klimatu nie budują pojedyncze działania, czy zachowania),
- czynniki budujące klimat są mocno zróżnicowane (dlatego trudno go badać i nim sterować),
- dostrzegalny jest on w kontekście wieloletnich obserwacji (co sprawia, że klimatu nie da się zbudować w krótkim czasie).

### **Klimat rozpatrywany w kontekście celu społeczności szkolnej**

R. H. Moos (za Gaś 2006, Collie, Shapka, Perry 2012) definiuje klimat szkoły jako *społeczną atmosferę środowiska edukacyjnego, którego uczestnicy mają różne doświadczenia życiowe*. Atmosfera ta ma pomóc w realizacji celów, dla których została powołana społeczność szkolna. Do celów tych należy:

- wspieranie wszechstronnego rozwoju ucznia,
- integracja wychowania z kształceniem,
- zachowanie proporcji między wiedzą a umiejętnościami i wychowaniem,
- uszanowanie podmiotowości ucznia, czyli prymat potrzeb rozwojowych ucznia nad wymogami przedmiotów,
- oparcie na funkcjach nauczyciela: modelowej, dydaktycznej, instruktażowej oraz wychowawczej.

Proces wspomagania dziecka w rozwoju, ukierunkowany jest na osiągnięcie pełnej dojrzałości w czterech podstawowych sferach: fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej.

**Dojrzałość w sferze fizycznej** wyrażać się będzie prawidłowym rozwojem fizycznym i związaną z nim sprawnością, ale także z wiedzą i umiejętnościami pozwalającymi prowadzenie zdrowego stylu życia.

Natomiast **dojrzałość w sferze psychicznej** wiązać się będzie z braniem odpowiedzialności za siebie i swój stosunek do otoczenia oraz z satysfakcją czerpaną z życia.

Z kolei **dojrzałość w sferze społecznej** to posiadanie umiejętności adekwatnego funkcjonowania w wymiarze norm i ról społecznych oraz podejmowanie nowych zadań rozwojowych wynikających z wchodzenia w nowy etap życia.

Wreszcie **dojrzałość na poziome sfery duchowej** to posiadanie konstruktywnego systemu wartości i poczucie sensu życia (Gaś 2001).

Naczelnym zadaniem społeczności szkolnej jest aktywne towarzyszenie uczniowi w jego rozwoju, stworzenie atmosfery umożliwiającej realizację celów rozwojowych.

Wsparcie to powinno zawierać następujące działania:

- w sferze fizycznej - chronić zdrowie i życie,
- w sferze psychicznej - pozwalać uczniowi doświadczać poczucia bezpieczeństwa,
- w sferze społecznej - dostarczać uczniowi wzorców konstruktywnych ról społecznych,
- w sferze duchowej - propagować konstruktywne wartości i pomagać w odnalezieniu sensu istnienia.

Powyższe działania powinny przyjąć trojaki formę:

- 1) Budowanie relacji z innymi członkami społeczności:
  - poprzez osobiste zaangażowanie,
  - poczucie przynależności,
  - wzajemne odbieranie i udzielanie wsparcia.
- 2) Rozwój osobisty wszystkich członków społeczności szkolnej:
  - poprzez rozwój osobowy, ukierunkowany na stawanie się lepszym człowiekiem,
  - samodoskonalenie w obszarze pełnionych ról.
- 3) Podtrzymywanie i doskonalenie systemu szkolnego obejmujące:
  - formalne uporządkowanie środowiska szkolnego,
  - jasność obowiązujących zasad,
  - współdziałanie w przestrzeganiu i wzmacnianiu przyjętych zasad (Moos, za Gaś 2006).

Żeby móc doskonalić system jakim jest społeczność szkolna, należy zrozumieć, czym jest system i przez jakie wymiary możemy go opisywać.

### Szkoła jako system

Jak wspomniano wyżej szkoła to społeczność ludzi, którzy są we wzajemnych relacjach, łączą ich więzi, mają wspólny cel (choć czasami nie w pełni uświadomiony), do którego dążą pełniąc różne role. Definicja ta opisuje jedynie strukturę tej społeczności. Z perspektywy poruszanego tematu brakuje nam jeszcze informacji o roli jaką mogą pełnić członkowie tej społeczności. Dopiero ona decyduje o jakości klimatu społecznego. Najbardziej spójny model, który ma aspiracje opisania jakości funkcjonowania społeczności to teorie systemowe. Model ten wykorzystuje się zarówno w naukach społecznych, jak i przyrodniczych. Zresztą, z tych ostatnich został przeniesiony do porządkowania systemów ludzkich.

Teoria systemowa zakłada wpływ każdego elementu systemu na całość i na odwrót jakość systemu determinuje życie każdego z tworzących go elementów. Już na pierwszy rzut oka dostrzegamy analogię do życia społeczności szkolnej. Liczba dysfunkcyjnych uczniów wpływa na jakość pracy nauczyciela, podobnie jak sprawność wychowawcy determinuje skuteczność jego działań na wychowanków, co w konsekwencji składa się na atmosferę w klasie, czy szkole. Dodajmy, że system szkolny to nie tylko uczniowie i wychowawcy, ale także rodzice, władze szkoły i personel pomocniczy. Każdy z wymienionych elementów buduje system szkolny, a jakość pełnionych ról determinuje funkcjonowanie systemu szkolnego. Inaczej mówiąc jakość życia szkoły zależy od sprawności każdego z członków społeczności szkolnej, a zwłaszcza tych, którzy funkcjonują w roli specjalistów i budują jakość relacji szkolnych. Za to jak się żyje w społeczności szkolnej odpowiada każdy z jej członków. Pamiętać jednak należy, że zakres odpowiedzialności wynika ze struktury społecznej, a więc z ról jakie pełni dany podsystem w społeczności.

Bertalanffy definiuje system jako „zbiór elementów pozostających we wzajemnych relacjach” (za Radochoński 1987). Do cech charakterystycznych systemu zalicza się najczęściej:

- całościowość
- addytywność
- mechanizację
- hierarchiczną organizację systemu.

Dla sprawnego funkcjonowania systemu konieczny jest adekwatny poziom **więzi emocjonalnych, sprawność w komunikowaniu się (komunikatywność) oraz adaptacyjność w sytuacjach problemowych** – Model Kolowy Davida Olsona *Circumplex Model of Marital and Family Systems* (Olson 1982, Gaś 1995). Różne nasilenie każdego z tych wymiarów i ich wzajemne konfiguracje sprawiają, iż system jest: неповtarzalny, osiąga różny poziom funkcjonalności/dysfunkcjonalności i posiada specyficzne ograniczenia oraz możliwości rozwoju.

Wymiar **spójności systemu** wyraża się w tym jaka jest więź emocjonalna łącząca członków systemu oraz stopień ich indywidualnej autonomii jakiej doświadczają. Dodatkowo, dla scharakteryzowania wymiaru spójności należy wziąć pod uwagę takie elementy jak:

- **Więź emocjonalna** – wyraża się ona siłą przywiązania, zaangażowaniem w życie drugiego człowieka, zainteresowaniem się jego sprawami.
- **Granice** – świadomość gdzie zaczyna się i kończy się społeczność, kto ją buduje. Dają poczucie wyjątkowości i odrębności danej społeczności. Granice są ważnym elementem dającym poczucie bezpieczeństwa i poczucie tożsamości.
- **Koalicje** – to budowane dla osiągnięcia wspólnych celów podgrupy. Dają poczucie siły w działaniu. Mają raczej charakter krótkotrwały, gdyż skupiają się z reguły wokół określonych interesów. Mogą przyjmować postać konstruktywną lub destrukcyjną.
- **Czas i przestrzeń** – to dwa ważne wymiary dla budowania poczucia wolności i odpowiedzialności, ale też dla siły więzi. Pierwszy z nich mówi o tym, jak dużo czasu spędzamy w społeczności, a ile poza nią. Przestrzeń to miejsce dla poszanowanie indywidualności członka społeczności ale nie kosztem społeczności.
- **Przyjaźnie** – to wskaźnik mówiący o tym, gdzie budujemy głębsze relacje, w systemie, czy poza nim.
- **Podejmowanie decyzji** – to wymiar określający sposób podejmowania decyzji. Określa, na ile społeczność pozwala wszystkim członkom uczestniczyć

w podejmowaniu decyzji, a w konsekwencji w braniu odpowiedzialności za jakość systemu.

- **Spędzanie czasu wolnego, zainteresowania członków systemu** – ten wymiar opisuje sposoby spędzania czasu wolnego i realizacji zainteresowań w kontekście społeczności. Inaczej ujmując, na ile członkowie społeczności spędzają go wspólnie, a na ile indywidualnie.

Spójność systemu to kontinuum, na którym nasilenie elementów charakteryzujących decyduje o jakości funkcjonowania systemu.

Kolejny wymiar opisujący jakość działania systemów ludzkich to **adaptacyjność**.

Ogólnie rozumiana jest ona jako zdolność systemu do zmiany. W szczególności zaś zmiany te dotyczą struktury władzy, układu ról i zasad w odpowiedzi na stres rozwojowy lub sytuacyjny.

Do elementów charakteryzujących wymiar adaptacyjności należą:

- **Wyrażanie opinii** - to otwartość na wyrażanie różnych stanowisk i punktów widzenia. Różnorodność opinii to warunek rozwoju społeczności, aczkolwiek konstruktywna jest wtedy, gdy idzie w parze z umiejętnością przyjmowania jednego ustalonego stanowiska.
- **Kontrola** – oparta na zdrowym rozsądku, dostosowana do poziomu odpowiedzialności członków społeczności.
- **Dyscyplina** – umiejętność respektowania zasad przyjętych przez społeczność.
- **Poziom negocjacji** – sprawność rozwiązywania sytuacji konfliktowych.
- **Pełnione role** – świadomość pełnionej roli oraz zdolność do jej wypełniania zgodnie z wysokimi standardami etycznymi.
- **Zasady** – świadomość i jawność zasad regulujących życie społeczności. Dla optymalnego funkcjonowania społeczności ważnym jest, aby były one wprowadzane w uzgodnieniu z członkami społeczności.
- **Sprzężenia zwrotne** (pozytywne lub negatywne) – dotyczą one jakości relacji i opierają się na społecznej regule wzajemności. Przykładowo agresja budzi agresję, otwartość na drugiego człowieka sprzyja budowaniu postawy otwartości. Zgodnie z zasadą – co siejesz to zbierasz.

Powyższe cechy układają się w cztery rodzaje systemów w zależności od nasilenia charakteryzujących je elementów. Mianowicie, możemy mieć do czynienia z systemami chaotycznymi, elastycznymi, ustrukturalizowanymi, bądź systemami sztywnymi. Najlepiej funkcjonują systemy środkowe, im bardziej skrajne, tym większa dysfunkcjonalność.

Ostatnim wymiarem modelu Circumplex Davida Olsona jest **komunikatywność**, zapewniająca systemowi względną równowagę w zakresie dwóch poprzednich wymiarów. Porozumiewanie jest zdolnością do zrozumienia punktu widzenia drugiego człowieka.

Sprawność w procesie porozumiewania się zależy od zdolności w wymiarze dostosowania poziomu komunikatu do odbiorcy i sytuacji, umiejętności związanych z aktywnym słuchaniem oraz sprawności w identyfikowaniu i unikaniu barier komunikacyjnych.

Warunkiem poprawnego komunikowania się jest umiejętność nadawania jasnych, konkretnych i spójnych wewnętrznie komunikatów oraz podtrzymywanie wymiany informacji. Dzięki temu procesowi możemy poznać potrzeby członków danego systemu.

Olson (1986) wyróżnia następujące wzorce komunikacyjne: emocjonalne oddzielenie, strukturę zdezorganizowaną, relacje zrównoważone, strukturę sztywną oraz emocjonalne uwikłanie.

Wydaje się iż, sprawność systemu szkolnego zależy od świadomego wysiłku jaki włożymy w jego budowanie. Niewątpliwie więcej trudu potrzeby w tych szkołach, gdzie członkom społeczności zabrakło doświadczenia konstruktywnie funkcjonującej społeczności.

Budując zdrowe środowisko wychowawcze warto zwrócić uwagę na następujące prawidłowości:

- 1) skoro problemy jakich doświadczamy są własnością systemu, to należy je rozpatrywać w świetle tego, jak dany system funkcjonuje;
- 2) skoro problemy mają charakter systemowy, to głównym obiektem oddziaływań powinna być jakość funkcjonowania systemu szkolnego;
- 3) ponieważ zdrowie jednostki i społeczeństwa jest wartością to wychowanek od najmłodszych lat powinien żyć zgodnie z tą zasadą, doświadczając jej w różnych aspektach swojego życia;
- 4) aby młody człowiek prawidłowo się rozwijał i zdrowo żył musi się nauczyć brania odpowiedzialności za swoje zdrowie i rozwój.



Wyrazem powyższej odpowiedzialności może być budowanie od najmłodszych lat tradycji dbania o swoje zdrowie. Adekwatna postawa wobec zdrowego stylu życia i odpowiedzialność za siebie i środowisko to gwarancja zadowolenia z życia.

Przy stale zwiększających się trudnościach wychowawczych i zaburzeniach zdrowego stylu życia, koniecznym staje się przeciwdziałanie tym dysfunkcjom poprzez budowanie silnej i sprawnej społeczności szkolnej. Członkowie tej społeczności spędzając wspólnie czas dbają o bliskie więzi, sprawne komunikowanie się i wspieranie się w trudnych sytuacjach. Aby to osiągnąć potrzeba zajęć, gdzie buduje się poczucie wspólnoty, poprzez dzielenie trudów i realizację wspólnych zadań. Godnym polecenia są zajęcia sportowe, czy rekreacyjne, podczas których cała społeczność bawi się razem i odpoczywa. Takie doświadczenia budują i rozwijają więzi.

Wyniki badań nad skutecznością wychowania i profilaktyki potwierdzają, że efektywne działania to te, które aktywizują całą społeczność szkolną i angażują jak największą ilość jej członków.

### **Podsumowanie**

Jak w takim razie sprawić aby szkoła miała pozytywny klimat społeczny? Należy uświadomić sobie, że budowanie pozytywnego klimatu społecznego to proces długotrwały i złożony. Do odniesienia sukcesu koniecznym jest zaangażowanie wszystkich osób reprezentujących społeczność szkolną. Zarówno tych, którzy tworzą szkołę, jak i tych którzy do niej uczęszczają. Przy tak złożonym zadaniu należy zbudować koalicję osób, dla których taki cel jest ważny, i którzy gotowi będą opracować plan i koordynować działania.

Zadaniem takiego zespołu będzie polegało na zrealizowaniu następujących działań (Gaś 2006):

- opracowanie i przestrzeganie jasnych przepisów dotyczących zachowania uczniów w placówce i poza nią,
- kształtowanie normatywnych oczekiwań dotyczących jakości funkcjonowania wszystkich uczestników życia w lokalnej społeczności,
- budowanie troskliwej społeczności wychowawczej, w której dojrzałsi, silniejsi i bardziej zaradni życiowo służą pomocą osobom mniej dojrzałym, słabszym i mniej zaradnym życiowo,

- organizowanie różnorodnych możliwości włączania wychowanków w działania pozalekcyjne organizowane przez szkołę lub w pomieszczeniach szkoły,
- rozwijanie wolontariatu uczniów tak w środowisku szkolnym, jak i w lokalnej społeczności.

Bibliografia:

Collie R. J., Shapka J. D., Perry N. E. (2012), *School Climate and Social-Emotional Learning: Predicting Teacher Stress, Job Satisfaction, and Teaching Efficacy*, „Journal of Educational Psychology”. Advance online publication. Doi. 10.1037/a0029356.

Fan W., Williams C. M., Corkin D. M. (2011), *A Multilevel Analysis of Student Perceptions of School Climate: The Effect of Social and Academic Risk Factors*, „Psychology in the Schools”, Vol. 48(6).

Gaś Z. B. (2006), *Profilaktyka w szkole*, WSiP, Warszawa.

Olson D. H., McCubbin H. I.: *Circumplex Model of marital and family systems*. Springfield. Ill, 1982.

Radochoński M. (1987), *Choroba a rodzina*, WSP w Rzeszowie, Rzeszów.

## KONCEPCJA *RESILIENCE* – CZYLI JAK MOŻNA POMÓC DZIECIOM I MŁODZIEŻY Z GRUP PODWYŻSZONEGO RYZYKA

Anna Borucka, Agnieszka Pisarska  
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”  
Zakład Zdrowia Publicznego  
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### Koncepcja *resilience* - czyli jak można pomóc dzieciom i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka

#### Wprowadzenie

W niniejszym opracowaniu chcielibyśmy przybliżyć koncepcję *resilience*, która wyjaśnia fenomen dobrego funkcjonowania jednostki mimo niekorzystnych warunków życiowych, czy traumatycznych przeżyć. Pytanie dlaczego, niektórzy ludzie radzą sobie w bardzo trudnych, a nawet tragicznych sytuacjach życiowych, które u innych powodują poddanie się i utratę nadziei, towarzyszy poszukiwaniom badawczym poświęconym zjawisku *resilience* od drugiej połowy XX wieku. Historia tych badań sięga lat 40. i 50. W tym bowiem czasie zaczęto dostrzegać, że losy osób cierpiących z powodu schizofrenii nie zawsze układają się tak niepomyślnie, jak można by się tego spodziewać zważywszy na symptomy i przebieg tej choroby. Badacze analizując historie życia tych osób doszli do wniosku, że pacjenci, którzy nie doświadczyli w swoim życiu długotrwałych problemów i stresu, w porównaniu do tych, którzy przeżywali takie trudności, lepiej radzili sobie w okresach remisji choroby (podejmowali pracę, zakładali rodziny).

Odkrycia te w latach 60. i 70. zainspirowały do przeprowadzenia badań, którymi objęto dzieci dorastające w trudnych (niekiedy skrajnie) warunkach. Stały się one początkiem nowego nurtu w myśleniu o czynnikach i mechanizmach sprzyjających pozytywnemu rozwojowi dzieci i młodzieży doświadczających niepomyślności losu (Luthar, 2006).

#### Definicje i kluczowe pojęcia

Do tej pory w polskim piśmiennictwie nie znaleziono odpowiedniego słowa na określenie zjawisk, które obejmuje angielskie słowo *resilience*. Termin ten został zapożyczony z fizyki, gdzie oznacza wysoką elastyczność lub sprężystość materiałów odpornych na odkształcenie. Wśród polskich badaczy brakuje jednomyślności co do stosowanej

terminologii i *resilience* bywa tłumaczone jako: odporność psychiczna, odporność na zranienie, sprężystość psychiczna, prężność czy rezyliencja (Junik 2011). W naszym opracowaniu będziemy posługiwać się angielskim terminem *resilience*.

### **Terminy *resilience* i *resiliency***

Najogólniej rzecz ujmując, pojęcie *resilience* odnosi się do procesów i mechanizmów, sprzyjających pozytywnemu funkcjonowaniu jednostki mimo przeciwności losu lub traumatycznych przeżyć, które trwają obecnie lub zdarzyły się w przeszłości (Garmezy 1985; Rutter 1987; Werner 1994; Luthar i in. 2000; Masten i Powell 2003; Masten 2007).

W literaturze funkcjonuje również pojęcie *ego-resiliency* rozumiane jako indywidualna właściwość osoby. Termin ten, wprowadzony na początku lat 50. przez Jeanne i Jacka Blocków, odnosi się do zestawu cech osobowości, które wyrażają się dzielnością w pokonywaniu trudności, umiejętnością rozwiązywania problemów oraz zdolnością elastycznego przystosowanie się do różnych warunków życiowych (Block, Kremer 1996). Innymi słowy, *ego-resiliency* to cecha, która występuje bez związku z negatywnymi zdarzeniami życiowymi. Warto może dodać, że niektórzy spośród badaczy są przeciwni używaniu tego terminu w kontekście koncepcji *resilience*. Uważają bowiem, że ujmowanie tego fenomenu w kategoriach cechy oznacza przypisywanie jednostce odpowiedzialności za to, że nie udało jej się przezwyciężyć przeciwności losu, ponieważ nie była dostatecznie elastyczna, dzielna itp. (Luthar i In. 2000).

Najbliższe jest nam ujmowanie *resilience* w kategoriach dynamicznego procesu, który umożliwia jednostce pokonanie przeciwności losu.

### ***Resilience w rodzinie i społeczności lokalnej***

Koncepcja *resilience* rozwinęła się dzięki pracom dotyczącym pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży. Rozważania badaczy na temat procesów sprzyjających dobremu funkcjonowaniu pomimo przeciwności losu odnoszą się również do rodzin a nawet społeczności lokalnych. Ten stosunkowo nowy i interesujący wątek badawczy zostanie pokrótce scharakteryzowany poniżej.

- ***Resilience w rodzinie (family resilience)***

Zgodnie z definicją, którą zaproponowali Hamilton i Marilyn McCubbin, *resilience* w odniesieniu do rodziny to zestaw cech, właściwości lub wymiarów, które zapobiegają

rozpadowi rodziny oraz umożliwiają przystosowanie w sytuacjach kryzysowych (McCubbin i McCubbin 1988). Procesy *resilience* nie tylko umożliwiają przetrwanie, ale również mogą służyć rozwojowi i umocnieniu więzi rodzinnych (Black i Lobo 2008)

Keri Black i Marie Lobo (2008), na podstawie przeglądu prac teoretycznych oraz badawczych, opracowały listę czynników bądź atrybutów, które sprzyjają zdrowiu i dobremu funkcjonowaniu rodziny. Do tych czynników należą: **pozytywne, optymistyczne nastawienie** poszczególnych osób z rodziny wobec przeciwności losu; **duchowość** nadająca sens tym przeciwnościom; **jedność i harmonia w rodzinie, elastyczność**, czyli zdolność modyfikacji ról pełnionych przez poszczególnych członków rodziny; bezpośrednia i otwarta **komunikacja w rodzinie**, umiejętne **rozporządzanie funduszami, wspólnie spędzany czas, wspólne rozrywki, zajęcia rutynowe i rodzinne rytuały** oraz **sieć wsparcia pozarodzinnego** – zarówno ze strony dalszej rodziny, przyjaciół, sąsiadów jak i służb lokalnych (Pisarska i Ostaszewski 2012).

- ***Resilience w społeczności lokalnej (community resiliency)***

Koncepcja *resilience* wykorzystywana jest także w badaniach poświęconych funkcjonowaniu społeczności, szczególnie w obliczu sytuacji kryzysowych związanych, na przykład, z transformacją społeczną i ekologiczną, klęskami żywiołowymi, działaniami wojennymi, czy atakami terrorystycznymi (Mykota i Muhajarine, 2005).

W ujęciu Judith Kulig, pojęcie to odnosi się do zdolności dzięki którym społeczność nie tylko radzi sobie z przeciwnościami, ale również dzięki ich pokonaniu, osiąga wyższy poziom funkcjonowania (Kulig, 2000). Termin *resilience* w odniesieniu do społeczności nie tyle definiuje tę społeczność, ile raczej opisuje sposób w jaki zbiorowość radzi sobie z trudnościami i kryzysami. *Resilience* w społeczności lokalnej tworzą takie komponenty jak:

- 1) interakcje sprzyjające doświadczaniu wspólnoty, m.in. dobre relacje pomiędzy mieszkańcami, poczucie przynależności oraz sieć wsparcia społecznego,
- 2) poczucie tworzenia społeczności, czyli więzi między mieszkańcami oraz „duch” społeczności.

Te dwa komponenty tworzą poczucie spójności, niezbędne do tego, by społeczność mogła sprawnie podejmować działania umożliwiające rozwiązywanie problemów i radzenie sobie z trudnościami. Im bardziej spójna jest społeczność tym skuteczniej radzi sobie z wyzwaniami i kryzysami (Kulig 2000; Pisarska i Ostaszewski 2011).

### **Kluczowe pojęcia związane z procesami *resilience***

Procesy *resilience* w życiu jednostki są nierozłącznie związane z wystąpieniem: (1) **przeciwności losu**, które stanowią zagrożenie dla prawidłowego psychofizycznego rozwoju jednostki i mogą prowadzić do **podwyższonego poziomu ryzyka** oraz (2) dobrego funkcjonowania, które stanowi wyraz pokonania tych przeciwności losu i jest określane terminem **pozytywna adaptacja**.

#### ***Przeciwności losu***

Pojęcie **przeciwności losu** ma bardzo szeroki zakres semantyczny i obejmuje całą gamę jakościowo różnych niepomyślnych zdarzeń, które: (1) występują w życiu jednostki niezależnie od jej woli oraz (2) są zróżnicowane ze względu na rodzaj i stopień zagrożenia dla jej zdrowia fizycznego i psychicznego oraz prawidłowego funkcjonowania.

W badaniach nad *resilience* przeciwności losu były ujmowane jako silnie stresujące zdarzenia lub okoliczności życiowe związane z sytuacją społeczną czy rodzinną dziecka (na przykład: ubóstwo, rozwód, choroba psychiczna jednego z rodziców) albo z bezpośrednim zagrożeniem życia (działania wojenne, katastrofy, ataki terrorystyczne) (Rutter 2000; Luthar i Zigler 1991; Masten i Powell 2003).

Należy przy tym zaznaczyć, że ze względu na istotę procesów *resilience* przy określaniu przeciwności losu ważne jest odróżnienie negatywnych zdarzeń, które mogą być już oznaką nieprzystosowania społecznego i zależą od decyzji jednostki (na przykład: używanie substancji psychoaktywnych, złe wyniki w nauce) od tych, które występują niezależnie od jej woli, a więc nie podlegają kontroli (na przykład: choroba psychiczna rodzica, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców). W kontekście procesów *resilience* powinny być brane pod uwagę tylko te zdarzenia, które mają charakter losowy (Luthar i Zigler, 1991).

**Podwyższony poziom ryzyka** w życiu jednostki jest ujmowany w kategoriach większego niż przeciętny poziomu przeżywanego stresu, związanego z wystąpieniem określonego czynnika ryzyka lub grupy czynników ryzyka w życiu jednostki. Statystycznie rzecz ujmując podwyższony poziom ryzyka oznacza większe prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń zdrowia lub zachowania. Na przykład, prawdopodobieństwo wystąpienia problemów emocjonalnych i zaburzeń zachowania u dzieci, których rodzice rozwiedli się i ponownie weszli w związek małżeński jest dwukrotnie większe niż w przypadku dzieci, których rodzice się nie rozwiedli (Hetherington i Elmore, 2003). Innymi słowy, dzieci z rodzin zrekonstruowanych znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka związanego z rozwojem

w przyszłości problemów zdrowia psychicznego i zachowania. Trzeba jednak podkreślić, że wyniki niektórych badań wskazują na to, iż działanie jednego lub dwóch czynników ryzyka ma zwykle niewielki negatywny wpływ na dziecko, dopiero współwystępowanie trzech lub więcej czynników może być powodem nieprzystosowania lub wywołać zaburzenia zdrowia psychicznego (Kumpher 1999; Masten i Powell 2003; Smokowski i in. 2004)

Podwyższony poziom ryzyka jest więc konsekwencją oddziaływania czynników ryzyka, przy czym wyróżnić można **niespecyficzne i specyficzne czynniki ryzyka**. Czynniki niespecyficzne to takie, których działanie może powodować wystąpienie wielu zaburzeń. Na przykład takie czynniki ryzyka jak: zespół nadpobudliwości psychoruchowej, brak wystarczającej kontroli rodziców czy zła komunikacja w rodzinie mogą prowadzić do różnych zaburzeń takich jak: przestępczość, sięganie po substancje psychoaktywne, agresja, czy symptomy depresji. Działanie specyficznych czynników ryzyka jest związane w wystąpieniem określonych typów problemów lub zaburzeń. Na przykład, u osoby, która nie odczuwa poczucia winy bardziej prawdopodobne jest pojawienie się w przyszłości zaburzeń zachowania niż depresji (Loeber i in., 1998).

**W badaniach nad fenomenem *resilience* uwzględniano, między innymi, następujące czynniki ryzyka:**

- (1) rodzinne: zaburzenia psychiczne rodziców (schizofrenia, depresja), życie w ubóstwie, przestępczość, rozwód rodziców, wrogi klimat w rodzinie, niskie wykształcenie rodziców;
- (2) indywidualne - związane z genetyczną i biologiczną podatnością (trudny, „wybuchowy” temperament, niższy poziom inteligencji)
- (3) środowiskowe: wysoki poziom bezrobocia, przestępczości, przemocy w miejscu zamieszkania, niski poziom edukacji w szkole.

Od kilkunastu lat w obrębie zainteresowań badaczy zajmujących się procesami *resilience* znajdują się również dorośli i dzieci, którzy żyją na terenach objętych działaniami wojennymi lub terrorystycznymi bądź na których doszło do klęsk żywiołowych (Punamaki i in. 2001; Cortes i Buchanan 2007; Masten i Obradović 2007; Bentacourt i Khan 2008).

### **Pozytywna adaptacja**

Kolejnym, kluczowym dla koncepcji *resilience* pojęciem jest **pozytywna adaptacja**, która świadczy o pokonaniu z powodzeniem przeciwności losu. Odpowiedź na pytanie, czy w przypadku określonej osoby procesy *resilience* doprowadziły do pozytywnej adaptacji wymaga przyjęcia określonych jej kryteriów. W praktyce badawczej wybór tych kryteriów

okazuje się być bardzo trudnym zadaniem. Badacze przyjmują bardzo różnorodne kryteria - od braku wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego i/lub zachowania do posiadania psychospołecznych kompetencji i wypełniania zadań adekwatnych do wieku. W wyniku licznych dyskusji i wymiany poglądów sformułowane zostały następujące kwestie, które powinny zostać uwzględnione przy wyborze **kryteriów pozytywnej adaptacji**:

1. Zadania rozwojowe, a wiek dziecka. Na przykład, inne stoją zadania przed małym dzieckiem (m.in. stworzenie więzi z rodzicami), inne przed dzieckiem w wieku szkolnym (m.in. uzyskiwanie dobrych osiągnięć w nauce). W przypadku małych dzieci kryterium pozytywnej adaptacji będzie jakość ich więzi z rodzicami, a w przypadku starszych - osiągnięcia szkolne.

2. Specyficzny związek pomiędzy czynnikiem ryzyka, a rodzajem zagrożenia dla prawidłowego funkcjonowania dziecka. Na przykład, wiadomo z badań epidemiologicznych, że u ok. 10-15% dzieci z rodzin, w których jedno z rodziców choruje na schizofrenię rozwijają się symptomy tej choroby w przyszłości. W takim przypadku kryterium pozytywnej adaptacji będzie brak objawów zaburzeń zdrowia psychicznego u dziecka rodziców cierpiących na tę chorobę (Fraser i in. 1999).

3. Znaczenie obszaru funkcjonowania dla prawidłowego rozwoju psychospołecznego dziecka. Na przykład, dla dziecka w wieku szkolnym, którego jeden z rodziców jest uzależniony od picia alkoholu, ważnymi obszarami funkcjonowania jest środowisko rodzinne (dobre lub bardzo dobre relacje z niepijącym rodzicem) i rówieśnicze (posiadanie przynajmniej jednego bliskiego przyjaciela, dobre relacje z pozytywnymi rówieśnikami).

W innych obszarach, na przykład, szkolnym może funkcjonować na poziomie przeciętnym, może wystarczyć, że „przechodzi” z klasy do klasy.

Ann Masten postuluje, by oprócz kryteriów pozytywnej adaptacji odnoszących się do społecznego funkcjonowania (takich jak wypełnianie zadań rozwojowych, przestrzeganie ogólnie przyjętych norm) uwzględniać również te, które dotyczą zdrowia psychicznego (na przykład: dobre samopoczucie, niski poziom odczuwanego stresu) (Masten 2001).

Wyniki niektórych badań wskazują bowiem na to, że dzieci narażone na działanie znaczących czynników ryzyka i jednocześnie posiadające wysokie kompetencje psychospołeczne mogą przeżywać stany lękowe, depresyjne i cierpieć z powodu niskiej samooceny w większym stopniu niż ich rówieśnicy, o podobnym poziomie kompetencji, a którzy nie doświadczyli



w swoim życiu tego typu przeciwności losu (Luthar i Zigler 2001, Hetherington i Elmore 2003).

### **Główne nurty badań nad fenomenem *resilience***

W badaniach nad fenomenem *resilience* wyróżnia się cztery nurty, z których każdy wniósł cenną wiedzę na temat pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka (Masten 2007).

#### **Nurt I – Identyfikowanie czynników chroniących**

Pierwszy nurt badań nad *resilience* koncentrował się **na poszukiwaniu czynników chroniących**, to jest czynników, które zmniejszają bądź neutralizują działanie czynników ryzyka. Emmy Werner na podstawie swoich długoletnich badań rozpoczętych jeszcze w drugiej połowie lat 50. na wyspie Kauai, którymi objęła grupę kobiet w ciąży a następnie ich dzieci od chwili narodzin do 32 roku życia, wyodrębniła czynniki chroniące, sprzyjające pozytywnej adaptacji tych dzieci, mimo ekspozycji na znaczące czynniki ryzyka takie jak: powikłania okołoporodowe, bieda, poważne konflikty i wrogi klimat w rodzinie, niskie wykształcenie rodziców, choroby psychiczne rodziców.

Opisane przez Emmy Werner **czynniki chroniące to:**

- (1) pozytywne cechy temperamentu, które ułatwiły dzieciom nawiązanie kontaktu z troskliwymi, czułymi osobami;
- (2) posiadanie umiejętności (na przykład: nastawianie się na wykonywanie zadań najlepiej jak to możliwe), które pozwoliły tym dzieciom wykorzystać swoje talenty i zdolności, czemu towarzyszył rozsądny plan edukacyjny i zawodowy;
- (3) styl opieki rodziców, który rozwijał kompetencje dzieci i sprzyjał wzmocnieniu ich samooceny;
- (4) kontakt z wspierającym dorosłymi innymi niż rodzice (dziadkowie, liderzy młodzieżowi, członkowie grup religijnych, starsze osoby cieszące się szacunkiem i zaufaniem), którzy pomagali dzieciom rozwinąć wiarę we własne siły i możliwości;
- (5) otrzymanie „drugiej szansy”, która dawała młodym ludziom możliwość podążania nową drogą (na przykład: wstąpienie do wojska, podjęcie studiów, czy związek z akceptującym partnerem) (Werner 1994, Jordan Institute for Families 1996).

Ann Masten (2005) na początku nowego stulecia uwzględniając wcześniejsze prace Normana Garmezeego (1985) oraz dokonując własnego przeglądu badań wyodrębniła cztery

główne kategorie czynników chroniących, które w ujęciu statystycznym są korelatami pozytywnej adaptacji:

(1) cechy indywidualne - dobre funkcjonowanie intelektualne i umiejętności rozwiązywania problemów, skuteczne strategie regulowania emocji i zachowań, zrównoważony temperament we wczesnym dzieciństwie, pozytywny obraz własnej osoby, optymizm, wiara w przyszłość; wiara i poczucie sensu życia, posiadanie uzdolnień i cech cenionych społecznie (na przykład: talenty, poczucie humoru, atrakcyjność);

(2) cechy rodziny - stabilne i dające oparcie środowisko rodzinne (ciepło, spójność, posiadanie jasno sprecyzowanych oczekiwań, poczucie więzi z rodzicami, troskliwe wypełnianie obowiązków przez rodziców, rzadkie kłótnie małżeńskie, pozytywne związki z dalszymi członkami rodziny), zaangażowanie rodziców w naukę i inne sprawy dziecka, dobre relacje z rodzeństwem, dobry status ekonomiczny rodziny, wykształcenie rodziców (przynajmniej średnie), wiara i przynależność rodziny do kościoła;

(3) cechy społeczności lokalnej - dobre środowisko zamieszkania (wysoki poziom bezpieczeństwa, niski poziom przemocy, dostęp do centrów rekreacyjnych, czystej wody i powietrza, odpowiednie warunki mieszkaniowe), skuteczna praca szkoły (dobrze przygotowani nauczyciele, dodatkowe zajęcia edukacyjne, szkolne zajęcia pozalekcyjne – sportowe, artystyczne, muzyczne), możliwości zatrudnienia rodziców i nastolatków, dobra opieka zdrowotna, dostęp do służb społecznych (policji, straży pożarnej, opieki medycznej), związki z osobami dorosłymi spoza rodziny (mentorzy, prospołeczni rówieśnicy (liderzy));

(4) cechy polityki i kultury społeczeństwa - ochrona zdrowia i bezpieczeństwo dzieci, dbałość o system edukacji i przeznaczanie na nią odpowiednich środków, zapobieganie i ochrona przed przemocą i/lub prześladowaniem politycznym, niski poziom społecznej akceptacji dla przemocy (O'Dougherty Wright i Masten 2005, str. 24)

### **Nurt II – Odkrywanie procesów *resilience***

Drugi nurt badań nad *resilience* był poświęcony wyjaśnianiu mechanizmów działania czynników chroniących w przewyciężaniu przeciwności losu, czyli inny słowy modyfikowaniu poziomu ryzyka w życiu dzieci i młodzieży. Oprócz teoretycznych modeli wyjaśniających wzajemne interakcje między czynnikami chroniącymi a czynnikami ryzyka (Garmezy i in. 1984) zostały również opisane konkretne strategie działania, które mają na celu wspieranie procesów i mechanizmów *resilience* wśród dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka (Rutter 1987, Rutter 2000). Zostaną one scharakteryzowane poniżej.

- **Strategia minimalizowania negatywnego wpływu stresu** czy przeciwności losu, która może polegać na:

(1) zmianie subiektywnej oceny stresu związanego z oczekiwanym negatywnym zdarzeniem. Ocena ta, między innymi, jest zależna od procesów poznawczych jednostki. Prześledzenie razem z dzieckiem całego toku wydarzeń, które będą miały miejsce w związku ze stresującym wydarzeniem (na przykład przyjęciem do szpitala), może wpłynąć na obniżenie poziomu lęku przed nieznanym, strachu przed chwilową rozłąką z rodzicami.

(2) „dawkowaniu” stresu przy jednoczesnym zapewnieniu praktycznej pomocy w realizacji nowych zadań. Przykładem są tu historie matek, które wychowywały się w domach dziecka. Wspierający mężowie, którzy dzielili z nimi obowiązki rodzicielskie i pomagali w różnych trudnych sytuacjach, zapobiegali przenoszeniu negatywnych doświadczeń, czy praktyk wychowawczych wyniesionych przez ich żony z instytucji opiekuńczych.

(3) uczeniu młodych ludzi takiego sposobu myślenia, który pozwala przyjmować przeciwności losu jako część doświadczenia życiowego bez obwiniania się za te zdarzenia pozostające poza ich kontrolą. Warto też zachęcać do prób znalezienia dobrych stron trudnych przeżyć, tak by stały się cennym doświadczeniem na przyszłość. Ten sposób myślenia umożliwia również nabranie psychologicznego dystansu do niektórych problemów występujących w rodzinie (na przykład, problemu alkoholowego rodziców), przez co zmniejsza siłę oddziaływania rodzinnych czynników ryzyka.

- **Strategia zamiany ekspozycji na działanie czynników ryzyka**, poprzez:

(1) zmniejszenie stopnia narażenia dziecka na sytuacje, które niosą ze sobą ryzyko dla jego prawidłowego rozwoju. Na przykład wywieranie przez rodziców wpływu na wybór przyjaciół, czy kontrolowanie zachowania dziecka przez dorosłych: rodziców, sąsiadów, nauczycieli zmniejsza ryzyko popełniania przestępstw przez dzieci wychowywane w środowisku wysokiego ryzyka;

(2) uzyskanie fizycznego dystansu od sytuacji (problemów) niekorzystnie wpływających na zdrowie psychiczne i fizyczne nastolatka. Ta aktywność własna jednostki pozwala jej w dosłownym sensie oddalić się od środowiska, które jest źródłem problemów, na przykład, przez zmianę najbliższego otoczenia (zamieszkanie u krewnych, otaczanie się gronem prospołecznie nastawionych przyjaciół, zmian szkoły). Innym sposobem jest uczestniczenie w wydarzeniach kulturalnych, zostanie liderem działań podejmowanych w szkole, angażowanie

się w działalność klubów, uczestniczenie w programach, które ułatwiają nawiązanie relacji z pozytywnymi i wartościowymi rówieśnikami lub osobami dorosłymi.

(3) otwarcie się na nowe możliwości, które ułatwią zmianę środowiska i tym samym ogranicza wpływ niekorzystnych warunków życiowych lub innych niepomyślności losu. Na przykład, wstąpienie do wojska, które zapewnia dalszą edukację i szkolenie zawodowe może stworzyć nowe perspektywy młodym ludziom w grup podwyższonego ryzyka.

- **Strategia wzmocnienia łańcucha pozytywnych zdarzeń**, która polega na wczesnym przewidywaniu i zapobieganiu przyszłym niekorzystnym następstwom określonych indywidualnych cech jednostki.

Temperament dziecka wpływa na jakość jego relacji z najbliższym otoczeniem. Łatwiej jest nawiązać przyjacielski kontakt z dzieckiem, które jest zrównoważone emocjonalnie i zachowuje się spokojnie niż z takim, które nie kontroluje swoich emocji i jest nadpobudliwe. Na podstawie wiedzy i doświadczenia, można przewidzieć, że dziecko z tzw. z trudnym temperamentem, które reaguje na sytuacje stresowe niepokojem emocjonalnym i zachowaniami buntowniczymi będzie wywoływać negatywne reakcje, takie jak wrogość, odrzucenie, nadmierna krytykę dorosłych i rówieśników. Zapobiec temu mogą odpowiednio wczesne działania, które wzmocnią łańcuch pozytywnych zdarzeń w życiu dziecka.

Dziecko można nauczyć zachowywania się w sposób, który będzie sprzyjał pozyskiwaniu sympatii i życzliwości, co z kolei będzie ułatwiało uzyskanie wsparcia najbliższego otoczenia (rodziców, nauczycieli, rówieśników) w radzeniu sobie z trudnościami.

- **Strategia przerywania łańcucha negatywnych zdarzeń**, która polega na uruchomieniu procesów, które zahamują kumulowanie się problemów mogących zakłócić prawidłowe funkcjonowanie psychospołeczne dziecka.

Na przykład, wczesna śmierć jednego z rodziców, może wywołać u dziecka objawy depresji, społeczne wycofywanie się, zaburzenia zachowania oraz wiele innych niekorzystnych następstw utrzymujących się przez wiele lat. Dodatkową, istotną przyczyną problemów dziecka może być brak wystarczająco czulej i troskliwej opieki ze strony owdowiałego rodzica, które są niezbędne dla prawidłowego rozwoju emocjonalno-społecznego oraz funkcjonowania dziecka w szkole czy w grupie rówieśniczej. Sposobem na przerywanie łańcucha negatywnych zdarzeń mogłoby być wspieranie samotnego rodzica w dobrym spełnianiu swoich funkcji rodzicielskich lub zapewnienie alternatywnej opieki nad dzieckiem.

- **Strategia wzmacniania samooceny i poczucia skuteczności.**

To, co dana osoba myśli na swój temat, jakie towarzyszą temu uczucia, jak spostrzega swoje środowisko i jak ocenia własne możliwości, może mieć wpływ na to, czy w obliczu przeciwności losu uruchomi dostępne jej zasoby. Wysoka i adekwatna samoocena oraz przekonanie, że można z powodzeniem podołać nowemu zadaniu należą do kluczowych czynników chroniących. Kształtują się one w wyniku bezpiecznych, harmonijnych i bliskich relacji ze znaczącymi osobami oraz odniesionych sukcesów w realizacji ważnych dla jednostki celów.

Zarówno poczucie własnej wartości, jak i poczucie własnej skuteczności nie jest przypisane jednostce raz na zawsze. Mogą one ulegać zmianom w zależności od sytuacji i nowych doświadczeń, związanych między innymi z ważnymi momentami w życiu dziecka (ang. *turning points*). Na przykład, takim momentem może być rozpoczęcie nauki w szkole.

Oznacza to zmierzenie się z takimi wyzwaniami jak nawiązanie kontaktów z rówieśnikami, wykonywanie zadań na lekcji, prac domowych itp. Osiągnięcie w tych obszarach sukcesów przez dziecko, które ma niekorzystne środowisko rodzinne, jest istotnym czynnikiem chroniącym, natomiast doświadczenie przez niego niepowodzeń, zwiększa jego podatność na wpływ innych czynników ryzyka.

### ***Nurt III -Idee resilience w praktyce***

Trzeci nurt badań był poświęcony praktycznemu zastosowaniu idei *resilience* w profilaktyce i wczesnych interwencjach, ukierunkowanych na rozwój kompetencji oraz poprawę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży dorastającej w niekorzystnych warunkach życiowych. W obrębie zainteresowań badaczy znalazły się skuteczne strategie modyfikujące poziom ryzyka w przypadku dzieci narażonych na znaczące rodzinne czynniki ryzyka (choroba psychiczna jednego z rodziców, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców, rozwód rodziców) (Kumpher i Bluth 2004, Luthar i Cicchetti 2000, Werner 2000).

Warto zaznaczyć, że opracowane programy były głównie nastawione na wzmacnianie wpływu czynników chroniących. Działania w tych programach polegały, na przykład, na wzmacnianiu bliskich i dobrych relacji między dziećmi i rodzicami, poprawie umiejętności wychowawczych rodziców, tak by unikali włączania dzieci w konflikty małżeńskie oraz nie obwiniali swoich córek i synów za powstawanie tych konfliktów, a także nauczania dzieci, by nie przyjmowały odpowiedzialności za występowanie objawów choroby psychicznej

u rodzica (Fergus i Zimmerman 2005). Badania ewaluacyjne tych programów przyniosły, między innymi, bardzo obiecujące wyniki w zakresie poprawy umiejętności wychowawczych rodziców, ograniczenia wśród dzieci problemów związanych ze zdrowiem psychicznym i zachowaniami problemowymi, rozumienia mechanizmów choroby psychicznej, lepszego radzenia sobie w szkole (Kumpher i Bluth 2004, Luthar i Cicchetti 2000, Werner 2000, Fergus i Zimmerman 2005). Nurt ten zaowocował również opracowaniem 10 zasad, w oparciu o które można tworzyć skuteczne programy i interwencje profilaktyczne (Luthar i Cichhetti 2000, Borucka 2011).

#### **Nurt IV – Procesy i mechanizmy resilience w naukach biologicznych**

Czwarty nurt badań nad *resilience* umożliwił odkrycie biologicznych i neurologicznych procesów oraz mechanizmów leżących u podstaw poznawczego, psychicznego oraz behawioralnego rozwoju dzieci żyjących w niekorzystnych warunkach.

Badania prowadzone w oparciu o nauki biologiczne i neurologiczne pogłębiły wiedzę na temat zarówno tych procesów *resilience*, które zwiększają podatność jak i tych, które chronią przed negatywnymi skutkami ekspozycji na podwyższony poziom ryzyka (Luthar i Brown 2007; Curtis i Cicchetti 2003). Integracja wyników badań z nauk biologicznych i społecznych oprócz znaczenia praktycznego tj. pogłębienia wiedzy na temat procesów leżących u podstaw zjawiska *resilience* daje również szansę na lepsze i bardziej precyzyjne rozumienie powiązań między złożonym podłożem biologicznym, a tymi procesami *resilience*, które są włączone w procesy poznawcze i kontroli emocji.

Jednocześnie, przekraczając pewne tradycyjne granice między dyscyplinami, wytycza drogę współpracy między naukowcami zajmującymi się profilaktyką i naukami medycznymi.

#### **Podsumowanie**

W ciągu ostatnich kilku dekad, dzięki dynamicznie rozwijającym się badaniom nad, między innymi, fenomenem *resilience* rozumienie procesów i mechanizmów ryzyka stanowiących zagrożenie dla prawidłowego rozwoju psychospołecznego i fizycznego jednostki uległo znacznym przeobrażeniom. Znaczącym wkładem koncepcji *resilience* w rozwój wiedzy na temat mechanizmów przystosowania człowieka jest skupienie się na czynnikach i mechanizmach chroniących. Przyjęto szerszą perspektywę, która uwzględniając wiek rozwojowy jednostki, obejmowała wzajemne interakcje czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych związanych nie tylko z nieprawidłowym

rozwojem ale także z mechanizmami adaptacyjnymi (Sroufe i Rutter 1984, Cicchetti 2006, Cicchetti i Toth 2009, Rutter 2009).

Badania i działania inspirowane przez koncepcję *resilience* stały się również podstawą do skuteczniejszej pracy z dziećmi z grup zwiększonego ryzyka (Borucka i Ostaszewski 2012; Junik 2012; Rustecka-Krawczyk 2012). Pozytywne i bliskie relacje z innymi ludźmi, które zaspokajają ważne potrzeby jednostki takie jak miłość, poczucie bezpieczeństwa i przynależności są podstawą dla pozytywnej adaptacji wbrew przeciwnościom losu czy traumatycznym wydarzeniom. Zdarza się, że nie można uwolnić dziecka całkowicie od wpływu długotrwałych czynników ryzyka, takich jak życie w ubóstwie, wojny, wychowywanie się w rodzinie w której brak harmonii, ale można spróbować przeciwdziałać negatywnym skutkom tych zdarzeń poprzez świadome działania oparte na znajomości procesów i mechanizmów ochronnych.

#### **Afiliacja**

Anna Borucka, Agnieszka Pisarska  
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”  
Zakład Zdrowia Publicznego  
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

#### **Piśmiennictwo**

1. Betancourt, t. s., & Khan, K. t. (2008), *The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience*, "International Review of Psychiatry", 20, s. 317–328.
2. Black K., Lobo M. (2008), A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing*, 14 (1), 33-55.
3. Borucka, A., Ostaszewski, K. (2008), Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*. XII, 2, część I. str. 587 – 597.
4. Borucka A. (2011), *Koncepcja resilience. Podstawowe założenia i nurty badań, Resilience. Teoria–badania–praktyka*, W. Junik (red.), Warszawa: Parpamedia,, s. 11–28.
5. Borucka, A. Ostaszewski, K. (2012), *Czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych*. Dziecko krzywdzone: Resilience – pozytywna adaptacja dzieci krzywdzonych, Nr 3(40), 7-22.
6. Cicchetti D. (2006), *Development and Psychopathology*, w: D. Cicchetti (red.), *Developmental Psychopathology* (2 wyd.): *Theory and Method*, red., vol. 1, s. 1–23. New York: Wiley, [http://cfc.uoregon.edu/classes/SPSY\\_650/Readings/Class%201/1-A%20Cicchetti.pdf](http://cfc.uoregon.edu/classes/SPSY_650/Readings/Class%201/1-A%20Cicchetti.pdf), dostęp: 11.05.2012.
7. Cicchetti D., Toth S.L. (2009), *The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline*, *Child Psychology and Psychiatry*, vol. 50: 1–2, s. 16–25.
8. Cortes L., Buchanan M.J. (2007), *The experience of Columbian child soldiers from a resilience perspective*, *International Journal for the Advancement of Counseling*, 29:43–55.

9. Curtis J., Cicchetti D. (2003), Moving research on resilience into 21 st. century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, 15, 773-810.
10. Fergus, S., & Zimmerman, M. A (2005), Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
11. Fraser M .W., Richman J.M., Galinsky M., J. (1999), *Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice*. Social Work Research, Sep. 1999, 23,3, 131-143.
12. Garmezy N (1985), Stres-Resistant Children: The Search for Protective Factors (w:) J. Stevenson (red). *Recent Research in Developmnetal Psychopatology*. Pergamon Press, Oxford – New York – Toronto – Sydney – Paris – Frankfurt, 213-234.
13. Greenberg M. T. (2006), Promoting resilience in children and youth. Preventive intervention and their interface with neuroscience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Volume 1094, Resilience in Children, 139-150.
14. Hetherington E.M., Elmore A. M. (2003), Risk and resilience in children coping with their parent’s divorce and remarriage. (w:) Luthar S. S. (red.) *Resilience and Vulnerability*. Cambridge University Press, 182-212.
15. Jordan Institute for Families (1996), Helping at-risk children beat the odds. Children’s Services, Practice Notes, Vol.1, No3, Spring 1996
16. Junik W. (2011), *Zjawisko rezylencji – wybrane problem metodologiczne*, w: *Resilience. Teoria–badania–praktyka*, red. W. Junik, parpamedia, Warszawa, s. 47–66.
17. Junik, W.(2012) *Teoretyczne i empiryczne podstawy wzmacniania rezylencji (reslience) u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym*. Dziecko krzywdzone: Resilience – pozytywna adaptacja dzieci krzywdzonych, Nr 3(40), 27-45.
18. Kulig J. (rok), Community resiliency: the potential for community health nursing theory development. *Public Health Nursing*, 17 (5), 374-385.
19. Kumpfer K .L. (1999), Factors and processes contributing to resilience. The resilience framework. (w:) *Resilience and development: Positive life adaptations*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 179-224.
20. Kumpfer K .L., Bluth B. (2004), Parent/child Transactional Processes Predictive of Resilience or Vulnerability to “ Substance Abuse Disorders. *Substance use & Misuse*, Vol, 39, No 5, 671-698.
21. Loeber R., Farrington D.P., Stouthamer-Loeber M., Van Kammen W.B. (1998), Multiple risk factors for multiproblem boys: Co-occurrence of delinquency, substance use, attention deficit, conduct problems, physic al aggression, covert behavior, depressed mood, and shy/withdrawn behavior (w:) Jessor R. (red) *New Perspective on Adolescents Risk Behavior*, wyd. Cambridge University Press, 90-149.
22. Luthar S.S., Zigler E (1991), Vulnerability and Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood. *Amer. J. Orthopsychiat*, 1991, 61(1), 6-22.
23. Luthar S.S. Cicchetti D., Becker B. (2000), The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, May/June, Volume 71, Number 3, 543-562.
24. Luthar S.S. Cicchetti D. (2000), The construct of resilience: Implication for intervention and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
25. Luthar S.S.: Resilience in development (2006), A synthesis of research across five decades (w:) Cicchetti D. & Cohen D. J. (red) *Developmenthal Psychopatology: Risk, disorder, and adaptation*, Volume 3 (2 edition) New York: Wiley,740-795.



26. Luthar S.S, Brown J. P (2007), Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: prevailing paradigms, possibilities and priorities for the future. *Development and Psychopathology* 19, 931-955.
27. Masten A.S. (2001), Ordinary magic. *American Psychologist*, Volume 56, Number 3, 227-238.
28. Masten A.S., Powell J.L (2003), A Resilience Framework for Research Policy and Practice. (w:) *Luthar S.S. (red) Resilience and Vulnerability*, Cambridge University Press, 1-28.
29. Masten A.S. (2007), Resilience in developing system: Progress and promise as the fourth waves rises. *Development and Psychopathology* 19, 921-930.
30. McCubbin H., McCubbin M. (1988), Typologies of resilient families: emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, 37 (3), 247-254.
31. Mycota D.B., Muhajarine N. (2005), Community resilience impact on child and youth health outcome: A neighbourhood case study. *Canadian Journal of School Psychology*, 20 (5), 5–20.
32. Obradović J., Dulman M., Tuppett Y., Carlson E., Egeland B. (2006) Developmental assessment of competence from early childhood to middle adolescence. *Journal of Adolescence* 29, 857-889.
33. Masten A. S., Obradović J.(2008) Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13(1):9 (online) <http://www.ecologyandsociety.org/vol13/iss1/art9/>.
34. O’Dougherty Wright M., Masten A.S. (2005), *Resilience processes in development. Fostering positive adaptation in the context of adversity*, w: *Hand Book of Resilience*, red. S. Goldstein.& R.B. Brooks, Springer, s. 17– 38.
35. Pisarska A., Ostaszewski K.(2011), Środowisko sąsiedzkie w percepcji warszawskich gimnazjalistów w kontekście koncepcji resilience [w:] Junik W. (red.) *Resilience*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa: 87-103.
36. Pisarska A. Ostaszewski K. (2012), *Resilience w rodzinie – wynik badań warszawskich gimnazjalistów. Dziecko krzywdzone: Resilience – pozytywna adaptacja dzieci krzywdzonych*, Nr 3(40), 62-83.
37. Punamaki R.L., Qouta S., El-Sarraj E. (2001), *Resiliency factors predicting psychosocial adjustment after political violence among Palestinian children*, *International Journal of Behavioral Development*, 25 (3), s. 256–267.
38. Rustecka – Krawczyk, A (2012), *W poszukiwaniu czynników chroniących młodzieży z grup ryzyka Dziecko krzywdzone: Resilience – pozytywna adaptacja dzieci krzywdzonych*, Nr 3(40), 46-61.
39. Rutter M. (1987): Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *Amer. J. Orthopsychiat.* 57(3), 1987, 316-331.
40. Rutter M ( 2000) Resilience Reconsidered: Conceptual considerations, Empirical Findings and Policy Implications. (w:) Shonkoff J.P. & Meisels S.J. (Eds), *Handbook of Early Child Intervention*, New York Cambridge, 651-681.
41. Smokowski P.R., Mann E. A., Reynolds A. J., Fraser M.W. (2004), Childhood risk and protective factors and late adolescent adjustment In inner city minority youth. *Children and Youth Services Review* 26, 63-91.
42. Sroufe L.A., Rutter M. (1984), *The Domain of Development Psychopathology*. *Child Development*, 55, s. 17–29.
43. Werner, E. E (1994), Overcoming the odds. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, (2) 131-136.
44. Werner E. E. (2000), Protective factors and individual resilience (w:) J. P. Shonkoff, S. J. Meisels (red.) *Handbook of Early Childhood Intervention. Second editio*. Cambridge University Press, 115-132.