# *WSTĘP*

Rozwój nauki i techniki oraz postępujący na ich tle rozwój społeczny otwiera przed człowiekiem nowe możliwości. Jednakże tempo przemian zachodzących we współczesnym świecie wpływa niekorzystnie na warunki zdrowotne człowieka. Obserwujemy stały wzrost występowania chorób przewlekłych i nieuleczalnych, głównie układu krążenia i nowotworowych, a także rozpowszechnianie się zachowań antyzdrowotnych (Narodowy Program Zdrowia 1996 – 2006, 1996, s. 9 - 14; L. Frąckiewicz, 2002, s. 137; J. Bejnarowicz, 1994a, s. 9; H. Kirschner, 1994, s. 12 - 9; W. Zatoński, 1996, s. 3 - 15; B. Woynarowska, 1997, s. 50). Mimo zauważalnej w ostatnich latach poprawy stanu zdrowia Polaków, nadal odbiega on od standardów notowanych w krajach wysoko rozwiniętych (E.P.Eckholm, 1980, s. 34; H.R. Wulff, S. Pedersen, R.Rosenberg, 1993, s. 29; L. Frąckiewicz, 2002, s. 137; J. Bejnarowicz, 1994a, s. 9; H. Kirschner, 1994, s. 12 - 9; W. Zatoński, 1996, s. 3 - 15; B. Woynarowska, 1997a, s. 50; K. Kuszewski, P. Goryński, B. Wojtyniak, R. Halik (red.) 2007). Choroby cywilizacyjne, jak zwykło się je określać, wynikają głównie z niewłaściwego stylu życia (A. Ostrowska, 1999b, s. 9). Zmianę tego stanu rzeczy może przynieść edukacja zdrowotna ukierunkowana przede wszystkim na modyfikację zachowań zdrowotnych. Wiąże się ona z działalnością oświatową, której celem jest dostarczenie elementarnej wiedzy o zdrowiu, jego ochronie i pomnażaniu, kształtowanie systemu wartości, a przede wszystkim zachowań prozdrowotnych. Nie może się ona ograniczać jedynie do nauczania i wychowania szkolnego. Wzory zachowań prozdrowotnych, propagowane w procesie, wychowania związane są z warunkami społecznymi w sensie kulturowym i instytucjonalnym. Szczególną rolę odgrywa tu środowisko lokalne, będące nieodłącznym i nieuniknionym, a zarazem najbardziej uniwersalnym i trwałym elementem otoczenia jednostki - od narodzin po kres życia. Jest ono jednocześnie dogodnym i pilnie potrzebnym terenem nadającym się do organizowania planowych działań wychowania zdrowotnego. Wymaga to jednak rozpoznania czynnych pedagogicznie elementów tegoż środowiska.

Praca zawiera próbę diagnozy o charakterze opisu, mającego na celu pedagogiczną analizę kultury zdrowotnej w środowisku lokalnym. Przedmiotem badań były zachowania zdrowotne mieszkańców, ich wiedza zdrowotna i jej źródła, system wartości oraz samoocena stanu zdrowia. Ponadto interesującym nas zagadnieniem były lokalne warunki środowiskowe oraz działalność edukacyjno–zdrowotna placówek służby zdrowia i instytucji społecznych.

Omawiana problematyka została zawarta w pięciu rozdziałach. Dwa pierwsze stanowią teoretyczną część pracy, zaś trzy pozostałe - empiryczną. Rozdział pierwszy poświęcony jest omówieniu podstawowych zagadnień, odnoszących się do podstaw

promocji zdrowia. Przedstawione tu zostały takie zagadnienia, jak aktualne zagrożenia zdrowotne, założenia i podstawy teoretyczne promocji zdrowia. Następnie skupiono się na problematyce środowiska człowieka w ujęciu pedagogiki społecznej. Przybliżono pojęcie środowiska, jako terminu podstawowego dla pedagogiki, typologię środowisk oraz zagadnienia sił społecznych.

W rozdziale drugim przeanalizowano pojęcie zdrowia jako kategorii pedagogicznej, kultury zdrowotnej, edukacji zdrowotnej jako jednego z obszarów promocji zdrowia oraz zagadnienia kształtowania stylu życia.

Rozdział trzeci zawiera metodologiczne podstawy badań własnych. Przedstawiono w nim przedmiot, cele i problemy badawcze. Szczegółowo opisano metody, techniki i narzędzia, procedurę badawczą, a także charakterystykę próby badawczej.

W rozdziale czwartym omówiono wyniki sondażu diagnostycznego dotyczącego kultury zdrowotnej społeczności lokalnej. Określono stan (poziom) takich jej składników, jak wzory zachowań, czyli odżywianie, aktywność fizyczną, stosowanie używek, stres i formy jego przezwyciężania, wartościowanie i wiedzę zdrowotną oraz jej źródła, samoocenę zdrowia a także stan zdrowia badanej populacji.

Rozdział piąty prezentuje wyniki badań dotyczących lokalnych warunków środowiskowych promocji zdrowia. Ze względu na szeroki zakres zagadnienia do badań wybrano tylko te elementy, które zdaniem autorki, odgrywają kluczową rolę w promowaniu zdrowia w środowisku lokalnym. Dokonano opisu i analizy pedagogicznej ekokomponentów i ich powiązań istotnych z punktu widzenia przekształcania go ze względu na potrzeby zdrowotne mieszkańców. Można je określić mianem zasobów wychowania. Są to tereny rekreacyjne, boiska, stadiony, pływalnie, ścieżki rowerowe. W części tej zawarto ocenę mieszkańców na temat środowiskowych bodźców „zdrowotwórczych". W rozdziale tym opisano i przeanalizowano również przejawy wychowania zdrowotnego podejmowane przez placówki służby zdrowia oraz organizacje i stowarzyszenia, które w swej statutowej działalności mają zapisane określone zadania z zakresu edukacji zdrowotnej. Instytucje te stanowią siły społeczne środowiska, które mogą włączyć się w nurt społecznej edukacji zdrowotnej. Pracę zamykają zakończenie, wnioski i sugestie pedagogiczne, aneks zawierający spis tabel, wykresów, rysunków i narzędzia badawcze oraz zestawienie wykorzystanego piśmiennictwa.

W tym miejscu pragnę podziękować wszystkim tym, którzy przyczynili się do powstania tej książki. Szczególne podziękowania kieruję do Pana Profesora Mariana Kapicy za właściwe ukierunkowanie moich wysiłków naukowych oraz inspirujące, jak również krytyczne uwagi i wskazówki, a także okazaną pomoc w czasie jej powstawania. Serdecznie dziękuję recenzentom –Panu dr hab. Michałowi Szepelawemu i Doc. PaedDr. Miroslavovi Kopeckỳemu, Ph.D. – za wszelkie uwagi i cenne rady, które okazały się niezwykle pomocne w dokonaniu niezbędnych poprawek i nadaniu publikacji ostatecznego kształtu.

Dziękuję również moim Bliskim- Mężowi i Córce – za wyrozumiałość, wsparcie i cierpliwość na wszystkich etapach powstawania tej pracy.

# *ROZDZIAŁ 1*

# *Promowanie zdrowia w środowisku lokalnym*

## 1.1. Aktualna sytuacja zdrowotna

Przemiany cywilizacyjne, jakie dokonały się w XX wieku, nie ominęły interesujących nas zagadnień zdrowia. Pozytywne efekty uzyskane w sferze ochrony zdrowia w ostatnich dekadach XIX w. i pierwszej połowie XX w. pod względem skali i tempa realizacji były bardzo spektakularne. Określa się je często mianem pierwszej rewolucji zdrowotnej. Głównymi przyczynami zgonów ludności były wtedy choroby zakaźne. Bronią w walce z nimi była zmiana warunków bytowych, a nie postęp w zakresie metod i środków terapii. Obniżenie zachorowalności i umieralności uzyskano w wyniku szeroko zakrojonych zmian w sposobie życia społeczeństw. Przede wszystkim na skutek wprowadzanych reform socjalnych i sanitarnych (H. De Vries, 1999, s. 90). Najważniejsze z nich to radykalne polepszenie się wyżywienia ludności i związany z tym wzrost odporności na choroby, poprawa warunków mieszkaniowych, ograniczanie kontaktu z zarazkami chorobotwórczymi przez zapewnienie czystej wody i skuteczne odprowadzanie ścieków oraz szczepienia ochronne (D. Burkitt, 1985, s. 92). Przedsięwzięcia na rzecz zdrowia podejmowane w ramach pierwszej rewolucji zdrowotnej skierowane były na neutralizowanie zagrożeń związanych ze środowiskiem. Człowiek występował tu głównie jako obiekt oddziaływań, mających na celu zachowanie jego zdrowia, a więc w roli biernej – przedmiotowej, a nie aktywnej – podmiotowej (A. Gniazdowski, 1990, s. 10).

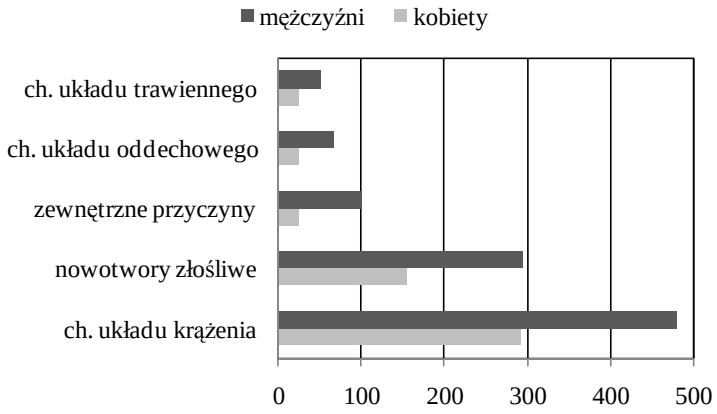
W drugiej połowie XX wieku choroby zakaźne przesunęły się na dalszy plan, a zaczęły dominować przewlekłe schorzenia cywilizacyjne. Można je scharakteryzować jako z trudem poddające się leczeniu (E.P. Eckholm, 1980, s. 34; H.R. Wulff, S. Pedersen, R. Rosenberg, 1993, s. 29). Jeżeli jednak przyjrzeć się tym chorobom bliżej, okaże się, że są ściśle związane z warunkami życia, środowiskiem, określonymi zachowaniami ludzi, wzorami konsumpcji – paleniem tytoniu i piciem alkoholu, nadużywaniem leków, zbyt obfitym lub niewłaściwie dobranym jedzeniem, skażeniem środowiska, brakiem aktywności fizycznej, trudnościami w uporaniu się ze stresem (A. Ostrowska, 1999b, s. 9). Przyjęcie behawioralnej etiologii tych zachorowań było początkiem drugiej rewolucji zdrowotnej. Jej siłą sprawczą był człowiek, który przyjmując indywidualną odpowiedzialność za własne zdrowie, podporządkowuje mu swój styl życia. Najważniejszą kwestią stało się umocnienie i rozwój zdrowia jednostki (A. Gniazdowski, 1990, s. 10 – 27). Przemiany społeczno–ekonomiczne zachodzące w Polsce w ostatnich latach, a zwłaszcza wzrastające bezrobocie i postępująca pauperyzacja części społeczeństwa, wpływa na sytuację zdrowotną Polaków. Trudne warunki życia ludności oraz stosunkowo niski poziom kultury zdrowotnej przy niedostatecznym rozwoju edukacji zdrowotnej i profilaktyki medycznej w zakresie wczesnej wykrywalności chorób, mogą powodować daleko idące konsekwencje chorobowe. Istotne znaczenie ma tu również dostępność i poziom opieki medycznej świadczonej przez służbę zdrowia (M. Kucharska – Ciesielska, 1997, s. 70).

Stan zdrowia Polaków, mimo zauważalnej w ostatnich latach poprawy, nadal odbiega od standardów notowanych w krajach wysoko rozwiniętych
Do zjawisk negatywnych należy zaliczyć:

- rosnący dystans między Polską a krajami zachodnioeuropejskimi w zakresie umieralności
- utrzymującą się zachorowalność na wirusowe zapalenie wątroby i niektóre choroby zakaźne, szczególnie salmonelle, którą należy traktować jako skutek niedostatecznego poziomu higieny
- wzrost wypadkowości w pracy i poza pracą oraz pogarszającą się kondycję fizyczną i psychiczną (B. Wojtyniak, P. Goryński, 2008, s. 47 – 48; K. Kuszewski, P. Goryński, B. Wojtyniak, R. Halik, 2007, s. 9; L. Frąckiewicz, 2002, s. 137; B. Woynarowska, 1997a, s. 50; W. Zatoński, 1996, s. 3 - 15; J. Bejnarowicz, 1994a, s. 9).

Obecnie wśród metabolicznych chorób cywilizacyjnych przyczyną ponad 80 % zgonów są choroby układu krążenia, nowotwory, wypadki i urazy (K. Kuszewski, P. Goryński, B. Wojtyniak, R. Halik, 2007, s. 13). Głównym zagrożeniem życia mieszkańców zarówno Polski, jak i innych krajów rozwiniętych na świecie, są choroby układu sercowo – naczyniowego, szczególnie choroby tętnic na tle miażdżycowym, a zwłaszcza choroba niedokrwienna serca i choroby naczyniowe mózgu. W 1996 r. spowodowały one połowę wszystkich zgonów - 46% zgonów mężczyzn i 56% zgonów kobiet.

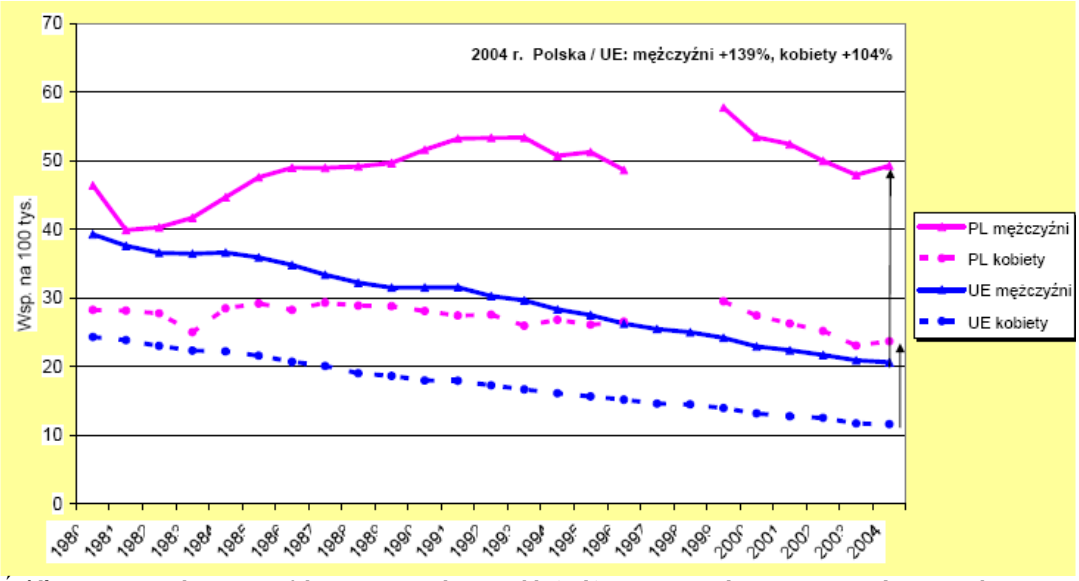
**Wykres 1.** *Struktura przyczyn zgonów mężczyzn i kobiet wg głównych klas chorób w Polsce (standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys.)*




*Źródło: B. Wojtyniak, P. Goryński, Sytuacja zdrowotna ludności Polski. NIZP-PZH, Warszawa 2008, s. 47 – 48*

W rozwiniętych krajach europejskich umieralność z powodu chorób układu krążenia zmniejsza się już od połowy lat 70. W Polsce epidemia tych schorzeń narastała, zwłaszcza w populacji mężczyzn do 1991 r., kiedy ta niekorzystna tendencja została zatrzymana i ustąpiła miejsca oczekiwanemu trendowi malejącemu (wykres 2).

**Wykres 2.** *Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych osób w wieku 25-64 lata w Polsce i średnie dla UE*




*Źródło: K. Kuszewski, P. Goryński, B. Wojtyniak, R. Halik (red.), 2007, Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015. Warszawa s. 17*