

Zdrowie jako podstawowy potencjał jednostki w osiągnięciu sukcesów i samorealizacji oraz zachowania jej warunkujące

Zarówno termin *sukces*, jak i *samorealizacja*, wchodzą w zakres pojęciowy definicji jakości życia, której znaczenie jest dość rozległe i stanowi złożony konstrukt społeczny. Ze względu na wieloznaczność i subiektywizm w rozumieniu tego terminu istnieje pewna trudność w jego zdefiniowaniu. Wynika z tego różnorodność definicji. Jedną z nich brzmi: „Jakość życia to postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście kultury, systemu wartości, w którym ona żyje, w relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”¹.

Pojęcie jakości życia może być stosowane w szerokim i wąskim znaczeniu. W szerokim rozumieniu ujmuje cały wachlarz doświadczeń życiowych jednostki i najpełniej oddaje znaczące płaszczyzny jej życia, do których należą: fizyczny, materialny i psychologiczny dobrostan, zadowolenie, autonomia, relacje społeczne, poczucie bycia we wspólnocie, zdolność dokonywania wyborów oraz kompetencje osobiste. Obecnie zauważa się tendencję do odchodzenia od szerokiego ujmowania jakości życia na rzecz zwężania jego zakresu do określonego obszaru życia jednostki². W definicyjnym ujęciu terminu zwraca uwagę fakt, iż wyraźnie akcentowany jest związek pomiędzy poszczególnymi aspektami jakości życia a samorealizacją i samooceną człowieka (por. definicję Doroty Rybczyńskiej³ oraz Johna Raeburna i Irvinga Rootmana⁴).

¹ THE WHOQOL Group, *Study protocol of the World Health Organization project to develop quality of life instrument (WHOQOL)*, „Quality of Life Research” 1993, nr 2, s. 153–159. Cyt. za: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2008, s. 41.

² W. Okła, S. Steuden, *Wprowadzenie w problematykę jakości życia*, [w:] *Jakość życia w chorobie*, red. S. Steuden, W. Okła, Lublin 2006, s. 5–6.

³ A. Zawisław, *Jakość życia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną*, Warszawa 2011, s. 51.

⁴ M. Parchomiuk, S. Byra, *Rodzaj niepełnosprawności a poczucie jakości życia*, [w:] *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne*, red. Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska, Lublin 2006, s. 26.

Niewątpliwie sferą, która w powszechnej świadomości najmocniej oddziałuje na poczucie satysfakcji i osobistego szczęścia, jest zdrowie. Stanowi ono jeden z najważniejszych obszarów modelu jakości życia, którego nie sposób pominąć w obiektywnej i subiektywnej ocenie. W hierarchii zaproponowanej przez Roberta L. Schallocka dobry stan fizyczny – w tym: zdrowie, odżywianie, mobilność, czas wolny, ubezpieczenie zdrowotne, odpoczynek, aktywność codzienna – zajmuje pierwsze miejsce⁵. Dobrostan fizyczny oraz osobisty znajdują się także wśród najpopularniejszych determinantów wpływających bezpośrednio lub pośrednio na jakość życia⁶. Robert A. Cummins, w swojej klasyfikacji siedmiu zakresów jakości życia, stawia zdrowie i dobrostan emocjonalny na pierwszym miejscu⁷.

Oczywiście błędem byłoby rozpatrywać samo pojęcie sukcesu i samorealizacji jedynie w kontekście zdrowia i powiązanej z tą sferą jakości życia, jednakże złożoność zagadnienia (o sukcesie i samorealizacji jednostki decyduje przecież wiele czynników wewnętrznych i zewnętrznych) nie pozwala na tak obszerne potraktowanie tematu, a jedynie wyszczególnienie i omówienie jednej z perspektyw. W pracy skupiono się więc na zdrowiu i jego znaczeniu dla osiągnięć jednostki.

Zdrowie jest pojęciem trudnym do zdefiniowania ze względu na rozbieżności w rozumieniu jego znaczenia. Coraz częściej wyraża się pogląd, że jednej definicji, która obejmowałaby całość i obszerność tego pojęcia, nie uda się sformułować. Barbara Woynarowska zauważa, że „mimo porażek w sformułowaniu uniwersalnej, profesjonalnej definicji zdrowia, istnieje zgodność, że zdrowie jest:

- odrębną kategorią niż choroba,
- kategorią pozytywną, oznacza dobrostan, pełnię możliwości, sprzyja dobrej jakości życia i życiu twórczemu,
- pojęciem wielowymiarowym”⁸.

Na uwagę zasługuje jednak fakt, iż w różnych podejściach do definiowania zdrowia wspólnym mianownikiem je łączącym jest potencjał, jaki ze sobą niesie i możliwości, jakie daje jednostce w jej rozwoju i samorealizacji.

Powszechnie uznaną i najczęściej cytowaną jest definicja zdrowia zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO): „Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”⁹. Definicja ta

⁵ A. Zawiślak, dz. cyt., s. 56–58.

⁶ K. Baumann, *Jakość życia w okresie późnej dorosłości. Dyskurs teoretyczny*, „Gerontologia Polska” 2006, nr 4, s. 165–171.

⁷ A. Zawiślak, dz. cyt., s. 61–62.

⁸ B. Woynarowska, dz. cyt., s. 21.

⁹ M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Warszawa 1980, s. 99.



jest bardzo ważna i postępową, ponieważ nie poprzestaje na negującym ujęciu, że zdrowie jest brakiem choroby, lecz akcentuje również jego aktywny aspekt, jakim jest dobrostan. Oznacza to, że w kwestiach zdrowotnych nie powinno się skupiać jedynie na chorobach i próbach ich zwalczania, lecz koncentrować na samym zdrowiu i jego wzmacnianiu.

Wydano liczne dokumenty wskazujące na wagę zagadnienia zarówno w kontekście funkcjonowania jednostki, jak i społeczeństwa. W Karcie Ottawskiej z 1986 roku czytamy, że zdrowie jest zasobem (środkiem) dla każdego człowieka, zasobem dla społeczeństwa oraz podstawowym prawem. Nie jest ono celem, do którego się zmierza, lecz środkiem, z którego można korzystać w codziennym życiu¹⁰. W dokumencie WHO z 1985 roku czytamy natomiast, iż rozwijanie i wykorzystywanie swojego potencjału zdrowotnego umożliwia jednostce satysfakcjonujące życie (twórcze, spełnione pod względem społecznym i ekonomicznym)¹¹.

W oparciu o idee ogólnoswiatowej polityki zdrowotnej opracowano Narodowy Program Zdrowia, w którym za główny cel przyjmuje się poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności¹². Program ten przedstawia sytuację demograficzną i zdrowotną społeczeństwa polskiego na tle innych państw europejskich. Obecnie obowiązuje druga edycja NPZ (2007–2015), będąca kontynuacją wdrażanych przedsięwzięć. U podstaw koncepcji NPZ leży zawarta w konstytucji WHO definicja, określająca zdrowie jako podstawowe prawo każdego człowieka oraz bogactwo społeczeństwa. Zdrowy człowiek ma większą szansę na samorealizację, satysfakcjonujące pełnienie ról społecznych bądź dobrą adaptację do zmian środowiska. Tylko zdrowe społeczeństwo może stworzyć dobra materialne i kulturowe oraz zapewnić rozwój społeczny i gospodarczy swojemu krajowi¹³.

Zgodnie z naukowym poglądem na temat czynników determinujących zdrowie rozpowszechniona jest idea jego wieloczynnikowych uwarunkowań. Odwołać się tu można do koncepcji pól zdrowia autorstwa Marca Lalonde'a¹⁴. W koncepcji tej wyróżnia się cztery podstawowe grupy czynników, od których zależy zdrowie. Największe znaczenie przypisuje się pierwszej grupie, na którą składa się styl życia i zachowania zdrowotne (wpływ tych zmiennych ocenia się na 50–60%). Drugą grupę stanowią czynniki związane ze środowiskiem fizycznym i społecznym (20–25%), kolejną uwarunkowania genetyczne (około 20%) oraz służba zdrowia (10–15%). Czesław Lewicki zauważa:

¹⁰ B. Woynarowska, dz. cyt., s. 40.

¹¹ Tamże.

¹² Narodowy Program Zdrowia 1996–2006.

¹³ Narodowy Program Zdrowia 2007–2015.

¹⁴ C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna. Systemowa analiza zagadnień*, Rzeszów 2006, s. 75–76.



Koncepcja *pól zdrowia* nie wyczerpuje listy czynników warunkujących zdrowie człowieka. Istotne miejsce wśród nich ma także poziom edukacji zdrowotnej i związany z nim poziom świadomości własnego ciała i zdrowia oraz postaw zdrowotnych ludzi. Poziom ten niewątpliwie wpływa na jakość zachowań zdrowotnych, określanych stylem życia¹⁵.

W oparciu o przyjętą przez WHO koncepcję nastąpiła zmiana polityki zdrowotnej na świecie oraz zapoczątkowanie ruchu promocji zdrowia. Miała ona realny wpływ na przyjęcie społeczno-ekologicznego modelu zdrowia w zamian obowiązującego wcześniej biomedycznego¹⁶. Model ten nawiązuje do istnienia skomplikowanych powiązań między człowiekiem a jego środowiskiem i wskazuje na holistyczne uwarunkowania zdrowia¹⁷.

Ugruntowana w ostatnich dekadach wiedza na temat znaczenia stylu życia na zdrowie jednostki ma swój oddźwięk w licznych dokumentach polityki zdrowotnej oraz założeniach edukacji i promocji zdrowia. W strategii WHO, opracowanej dla regionu europejskiego, przyjmuje się, że „pojęcie stylu życia oznacza sposób życia oparty na wzajemnym związku pomiędzy warunkami życia w szerokim sensie a indywidualnymi wzorami zachowań zdeterminowanymi przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne”¹⁸. Na styl życia jednostki składają się typowe reakcje i wzory zachowań ukształtowane w procesie socjalizacji (interakcji z osobami znaczącymi, rówieśnikami, pod wpływem nauki w szkole i przez mass media). Wzory te są stale interpretowane i testowane w sytuacjach społecznych i mogą ulegać zmianom pod wpływem doświadczeń i ponownych interpretacji¹⁹.

Zależność zdrowia od stylu życia budzi optymizm i niesie nadzieję. Skoro czynnik ten jest w miarę elastyczny i zależny od naszej filozofii życiowej, jest tym samym możliwy do korekty. Stąd tak ważna staje się przesłanka o konieczności wdrażania dzieciom i młodzieży właściwej wiedzy zdrowotnej, kształtowania nawyków i postaw prozdrowotnych poprzez edukację w rodzinie i w szkole. Jest to konieczność wynikająca między innymi z faktu, że stan zdrowotny Polaków jest na ogół słaby i w porównaniu z innymi krajami europejskimi wypada niekorzystnie. Charakterystykę kondycji społeczeństwa polskiego zawierają liczne dokumenty, między innymi Narodowe Programy Zdrowia czy też dane udostępniane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. W ostatnich raportach NIZP-PZH, wydanych w 2008 i 2012 roku, zawarto rozdziały poświęcone wybranym czynnikom ryzyka zdrowotnego

¹⁵ Tamże, s. 76.

¹⁶ B. Woynarowska, dz. cyt., s. 45

¹⁷ Tamże, s. 28–30.

¹⁸ E. Kasperek, *Promocja zdrowia i człowiek współczesny. Nadzieje, problemy, kontrowersje*, [w:] *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, red. M.D. Głowacka, Poznań 2000, s. 207.

¹⁹ B. Woynarowska, dz. cyt., s. 51.



związanym ze stylem życia. Wyszczególniono wśród nich palenie papierosów, spożywanie alkoholu, aktywność fizyczną, nadwagę i otyłość, a także spożywanie owoców i warzyw²⁰. Sytuacja zdrowotna w Polsce, dotycząca rozpowszechnienia omawianych czynników ryzyka, jest zróżnicowana na tle innych krajów Unii Europejskiej.

Palenie papierosów

Wprawdzie odsetek Polaków palących papierosy (37% mężczyzn i 23% kobiet) jest wyższy od średniej innych krajów UE, lecz wśród mężczyzn liczba palaczy maleje. Zmniejsza się również rozpowszechnienie palenia wśród młodzieży i jest ono postrzegane przez osoby w wieku 15–24 lat jako obarczone dużym ryzykiem zdrowotnym, co sprawia, że odsetek palaczy w tej grupie wiekowej jest jednym z najniższych w UE. Niepokojące jest utrzymywanie się liczby palących kobiet na stałym poziomie (według raportu NIZP-PZH z 2008 roku). Według danych z 2009 roku mężczyźni plasują się na 19 miejscu wśród 27 krajów UE (33,5%), kobiety zaś zajmują 20 miejsce (21%). Biorąc pod uwagę dwie ostatnie dekady, zauważa się znaczący spadek odsetka palących wśród mężczyzn, podczas gdy u kobiet takiej tendencji nie obserwuje się. Największą część palących w obydwu grupach stanowią osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (NIZP-PZH z 2012 roku).

Palenie tytoniu uznano za jeden z najważniejszych, poddających się redukcji, czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów, chorób układu oddechowego oraz zdrowia noworodków. W Narodowym Programie Zdrowia (2007–2015) przyjęto cel operacyjny, którym jest zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.

Spożycie alkoholu

Spożycie alkoholu w Polsce jest niższe niż w innych krajach UE. Zmieniła się struktura spożycia alkoholu, wzrósł także udział napojów o jego niższej zawartości. Również wśród młodzieży sytuacja jest korzystna w porównaniu z innymi krajami UE, lecz co szósty chłopiec w wieku 15 lat pije alkohol przynajmniej raz w tygodniu (według raportu NIZP-PZH z 2008 roku). Spożycie alkoholu

²⁰ I. Sakowska, B. Wojtyński, *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. B. Wojtyński, P. Goryński, Warszawa 2008, s. 185–202; A. Poznańska, D. Rabczenko, B. Wojtyński, *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności...*, s. 287–304.



w kraju w ciągu roku wynosi 10,1 l/os. powyżej 15 roku życia i jest nieco niższe od średniej europejskiej, która wynosi 10,7 l/os. Struktura spożycia różni się od przeciętnej europejskiej – przeważają trunki mocne i piwo, wino zaś nie cieszy się tak dużą popularnością (NIZP-PZH z 2012 roku).

Zgodnie z ocenami WHO choroby i zaburzenia związane z alkoholem stanowią 10% globalnego obciążenia chorobami (*global burden of diseases*). Drugim celem operacyjnym NPZ (2007–2015) jest zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.

Aktywność fizyczna

Wyniki badań wskazują, że aktywność fizyczna Polaków jest zbyt niska. Obserwuje się również jej spadek wśród dzieci i młodzieży w starszych grupach wiekowych (według raportu NIZP-PZH z 2008 roku). Sondaże pokazują, że zaangażowanie Polaków w różne formy aktywności ruchowej wzrosło wprawdzie w ciągu ostatnich lat, jednak w porównaniu z innymi krajami europejskimi aktywność ta jest nadal sporadyczna i niesystematyczna. Polska należy do krajów o niewielkim odsetku osób ćwiczących regularnie (6%), pod względem innych form aktywności fizycznej sytuacja jest jednak bardziej korzystna i zbliżona do średniej UE (systematycznie podejmuje je 26% dorosłych). Także ogół młodzieży nie wypełnia przewidzianych dla wieku norm aktywności, zauważa się jednak w ostatnich latach poprawę wśród chłopców i najmłodszych dziewcząt (NIZP-PZH z 2012 roku).

WHO zaleca codziennie 30 minut podjętej celowo aktywności fizycznej lub wykonania 10 000 kroków. Brak ruchu na wystarczającym poziomie grozi powstaniem wielu dolegliwości i chorób; tym samym aktywność fizyczna wespół z odżywianiem stanowią najważniejsze zachowania w utrzymaniu zdrowia lub jego polepszeniu. Szacuje się, iż zaledwie 30% dzieci i młodzieży oraz 10% dorosłych uprawia formy ruchu, których rodzaj i intensywność obciążeń wysiłkowych zaspokajają potrzeby fizjologiczne organizmu. Czwarty cel operacyjny według NPZ (2007–2015): zwiększenie aktywności fizycznej ludności.

Odżywianie i zaburzenia odżywiania

Pod względem występowania otyłości i nadwagi mieszkańcy Polski znajdują się poniżej średniej dla krajów UE, a problem ten dotyczy głównie mężczyzn. Sytuacja dzieci i młodzieży w porównaniu z innymi krajami UE jest bardzo korzystna,



niemniej odnotowano wzrost odsetka osób z nadwagą w młodszych grupach wiekowych. Spożycie owoców i warzyw utrzymuje się w Polsce na niskim poziomie, a wśród młodzieży można zauważyć w ostatnich latach jego spadek (według raportu NIZP-PZH z 2008 roku).

Według danych ostatniego raportu z 2012 roku wynika, że sytuacja związana z zachowaniami żywieniowymi i zaburzeniami odżywiania pogarsza się. Zwiększa się liczba Polaków z nadwagą i otyłością, a problem ten narasta zwłaszcza wśród młodzieży szkolnej.

Spożycie (dostępność) owoców jest jednym z najniższych w krajach UE. Najbardziej niekorzystną sytuację zauważa się wśród dzieci i młodzieży, zwłaszcza najstarszej. Odnotowuje się tendencję spadkową liczby uczniów jedzących codziennie owoce we wszystkich kategoriach wieku. Sytuacja wygląda gorzej, jeśli uwzględnimy dane z Badań nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej (HBSC). Okazuje się, że ponad połowa uczniów nie jada tych produktów nawet raz dziennie, co wskazuje, że nawyki żywieniowe większości nastolatków nie są prawidłowo ukształtowane. Dziewczęta wypadają w tym przypadku korzystniej od chłopców (NIZP-PZH z 2012 roku).

Zarówno w krajach rozwijających się, jak i rozwiniętych zwiększa się występowanie przewlekłych chorób niezakaźnych, głównie układu krążenia, niektórych rodzajów nowotworów złośliwych i cukrzycy typu 2. Najważniejszymi czynnikami ryzyka są wysokie ciśnienie krwi oraz stężenie cholesterolu w surowicy. Przyczynia się do tego niewłaściwa dieta – zbyt małe spożycie owoców i warzyw, nadwaga i otyłość, brak wystarczającej aktywności fizycznej i palenie tytoniu.

Właściwe odżywianie i aktywność fizyczna stanowią fundament prozdrowotnego stylu życia, są sposobem zapobiegania wielu chorobom oraz ważnym elementem postępowania terapeutycznego w wielu chorobach. Trzeci cel operacyjny (według NPZ): poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości.

Podsumowując, można zauważyć, że kondycja zdrowotna Polaków nie należy do zadowalającej, a wzrost zgonów z powodu chorób cywilizacyjnych utwierdza w przekonaniu o konieczności wdrażania edukacji zdrowotnej w rodzinie i w szkole. Wszelkie działania zapobiegawcze są skuteczniejsze od naprawczych – ogromne znaczenie pełni więc edukacja zdrowotna rozumiana jako „proces, w którym ludzie mogą uczyć się, dbać o zdrowie własne i innych ludzi w społeczności, w której żyją”²¹. Aby zdrowie posiadać i zachować, należy być świadomym jego wartości i znaczenia w życiu. Ponadto posiadać odpowiednią wiedzę na temat zasad, jakie obowiązują w tym zakresie i właściwie stosować je w codziennym życiu. Efektem edukacji powinna być jednostka o ukształtowanej

²¹ T. Williams, *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1989, nr 7/8, s. 195.



postawie prozdrowotnej, ceniąca wartość zdrowia i życia, które są we wszystkich kulturach i społeczeństwach traktowane jak bezcenne dobro.

Tymczasem okazuje się, że poważnym problemem populacji dzieci i młodzieży stają się zaburzenia zdrowia psychospołecznego oraz zachowania ryzykowne. Na zdrowie w wymiarze psychospołecznym składa się zdrowie psychiczne, w tym umysłowe i emocjonalne, a także funkcjonowanie w społeczeństwie oraz budowanie dobrych relacji z innymi.

Istotnym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego jest zadowolenie z życia. Według międzynarodowych badań porównawczych odsetek polskiej młodzieży zadowolonej z życia należy do najniższych w Europie²². Wyniki badań Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) przeprowadzonych w Polsce w latach 1990–2010 wskazują także na potrzebę promocji zdrowia psychospołecznego wśród dzieci i młodzieży. Obecnie jedynie co drugi 11-latek, co czwarty 13-latek i co piąty 15-latek jest zadowolony ze swojego życia. W badanym dziesięcioleciu systematycznie zwiększała się grupa młodzieży niezadowolonej z życia²³. Na zaburzenia zdrowia emocjonalnego i społecznego mogą wskazywać różnego rodzaju dolegliwości psychosomatyczne zgłaszane przez dzieci. Najczęściej występujące to rozdrażnienie, zły humor, przygnębienie, trudności w zasypianiu.

Kolejnym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego i związanym z tą sferą zaburzeniem są zachowania agresywne oraz przemocowe. Problem ten występuje głównie wśród chłopców, a dotyczy przede wszystkim 11-latków. W kategorii zaburzeń związanych ze sferą psychospołeczną swoje miejsce odnajdują zaburzenia odżywiania, których występowanie przybiera w ostatnich latach na sile.

W obliczu narastających problemów zdrowotnych w obszarze zdrowia psychospołecznego nieodzowne wydaje się kształtowanie umiejętności życiowych. Zgodnie z propozycją WHO umiejętności życiowe to „umiejętności (zdolności) umożliwiające jednostce pozytywne zachowania przystosowawcze, które pozwalają efektywnie radzić sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia”²⁴. Umiejętności te, zwane też umiejętnościami psychospołecznymi:

- mają znaczenie dla osiągnięcia przez jednostkę satysfakcjonującego życia;
- pozwalają na poznanie samego siebie, swoich możliwości i ograniczeń;
- decydują o możliwości świadomego i rozsądnego kierowania własnymi wyborami;

²² Zob. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. International report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe („Health Policy for Children and Adolescents” 2012, nr 6).

²³ Zob. *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik, Warszawa 2011.

²⁴ M. Sokołowska, *Umiejętności życiowe*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2008, s. 444.



- są warunkiem budowania dobrych relacji z otoczeniem, sprzyjają aktywnemu uczestnictwu w życiu społecznym oraz radzeniu sobie na rynku pracy²⁵.

Należy mieć świadomość, że kształtowanie umiejętności życiowych w praktyce szkolnej nie jest przelotną modą, lecz wynika z Konwencji o Prawach Dziecka, zgodnie z którą „nauka dziecka będzie ukierunkowana na:

1. a) rozwijanie, w jak najpełniejszym zakresie osobowości, talentów oraz zdolności umysłowych i fizycznych dziecka;
2. [...]
3. d) przygotowanie dziecka do odpowiedzialnego życia w wolnym społeczeństwie”²⁶.

Zapisy te wskazują wyraźnie na fakt, iż samo przygotowanie dziecka do następnego etapu edukacji i organizowanie całości procesu edukacyjnego pod kątem czekającego go egzaminu nie wypełnia całości.

Zasady realizowania w szkole edukacji ukierunkowanej na kształtowanie umiejętności

Według WHO szkoła powinna:

- umożliwić każdemu wzbogacanie percepcji siebie i innych;
- ułatwiać poznawanie siebie nawzajem i budować pozytywne relacje;
- wspierać współpracę, a nie rywalizację;
- tworzyć okazje, dzięki którym uczniowie i nauczyciele będą mogli rozpoznawać i doceniać indywidualne umiejętności i wzmacniać poczucie własnej wartości;
- rozwijać umiejętności słuchania i porozumiewania się;
- tworzyć okazje do zajmowania się trudnymi, drażliwymi sprawami;
- budować tolerancję i zrozumienie dla indywidualnych potrzeb;
- wzmacniać kreatywność i innowacyjność²⁷.

Problemy zdrowia psychospołecznego, które występują aż u około 20% populacji w wieku szkolnym – i przy tym zauważa się tendencję zwykłą częstotści ich występowania – uznane są obecnie w Europejskiej Strategii dla Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży za jeden z priorytetów wymagających rozwiązania.

²⁵ Tamże.

²⁶ Tamże, s. 448–449.

²⁷ Tamże, s. 455.



Wśród zadań w zakresie promocji zdrowia psychicznego tej populacji wymieniono, między innymi, prowadzenie odpowiednio ukierunkowanej edukacji zdrowotnej oraz rozwój sieci Szkół Promujących Zdrowie. Znaczącą rolę dla dobrej kondycji zdrowia psychospołecznego pełnią czynniki takie jak:

- dobrostan psychiczny,
- emocje i stres – radzenie sobie z nimi,
- optymizm,
- poczucie tożsamości i własnej wartości,
- umiejętności życiowe.

Są to podstawy potrzebne do tego, aby osiągać życiowe sukcesy i realizować swoje plany bądź marzenia.

Sukces jednostki i samorealizacja zdeterminowane są wieloma czynnikami. Abraham Maslow przedstawia kryteria dojrzałej osobowości człowieka samorealizującego się²⁸. W tym kontekście samorealizacja jest utożsamiana z dojrzałością i jako odrębna klasa poczynań człowieka zapewnia spełnienie możliwości ludzkich i doskonalenie siebie samego w myśl standardów nazywanych ideałem własnej osoby²⁹. Jednostka samorealizująca się to osoba nacechowana pozytywnymi wartościami, wolna od egocentryzmu, frustracji i ukierunkowana na potrzeby wyższego rzędu. Nie można zatem zaprzeczyć, iż budowanie zdrowia psychospołecznego należy do ważnych zadań w rodzinie i w szkole. W edukacji zdrowotnej szczególną rangę powinno się nadać znaczeniu zdrowia w omawianym wymiarze. Wynika to choćby z faktu, iż obserwowany współcześnie wzrost patologizacji życia, przestępczości, frustracji i poczucia niezadawalającej jakości życia przybiera na sile. Sytuacja ta ma swój początek najczęściej w negatywnych obserwacjach i doświadczeniach młodych ludzi, którzy w konfrontacji z niekorzystnymi dla ich rozwoju czynnikami, ulegają wpływom. Jeśli szkoła i środowisko rodzinne mają przygotować niedojrzałą jednostkę do dorosłego życia, tak aby czuła się zrealizowana, miała poczucie zadowolenia z życia, osiągała sukcesy na miarę swoich możliwości, konieczne jest kształtowanie odpowiednich dyspozycji, również – lub nade wszystko – w zakresie zdrowia.

Bibliografia

- Baumann K., *Jakość życia w okresie późnej dorosłości. Dyskurs teoretyczny*. „Gerontologia Polska” 2006, nr 4, s. 165–171.
Demel M., *Pedagogika zdrowia*, Wydaw. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980.

²⁸ J. Szostak, *Samorealizacja i samoocena młodzieży*, Warszawa 2000, s. 14–18.

²⁹ Tamże, s. 9.



- Kasperek E., *Promocja zdrowia i człowiek współczesny. Nadzieje, problemy, kontrowersje*, [w:] *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, red. M.D. Głowacka, Wolumin, Poznań 2000.
- Lewicki C., *Edukacja zdrowotna. Systemowa analiza zagadnień*, Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006.
- Okła W., Steuden S., *Wprowadzenie w problematykę jakości życia*, [w:] *Jakość życia w chorobach*, red. S. Steuden, W. Okła, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin 2006.
- Parchomiuk M., Byra S., *Rodzaj niepełnosprawności a poczucie jakości życia*, [w:] *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne*, red. Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska, Wydaw. UMCS, Lublin 2006.
- Poznańska A., Rabczenko D., Wojtyniak B., *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Warszawa 2012.
- Sakowska I., Wojtyniak B., *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Warszawa 2008.
- Sokołowska M., *Umiejętności życiowe*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, red. B. Woynarowska, PWN, Warszawa 2008.
- Szostak J., *Samorealizacja i samoocena młodzieży*, Wydaw. Wyższej Szkoły Ekonomiczno-Informatycznej, Warszawa 2000.
- Williams T., *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1989, nr 7/8, s. 195–179.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2008.
- Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szkućnik, Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Warszawa 2011.
- Zawiślak A., *Jakość życia osób dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi*, Difin, Warszawa 2011.

Health as a basic potential unit in achieving success, self-realization and also the preservation of these conditioning

Abstract: Health is the paramount. This in itself is the success of the individual, if you can enjoy it. This affects the perceptual quality of life and feasible. On the other hand, health is an essential tool for achieving success in various areas of functioning. Hence the importance of health education place in the family and the school. The content presented here focuses on the issues related to the contemporary, holistic understanding of health as well as some factors that determine them. It also shows, on the basis of existing documents (NPZ, NIPH-NIH), the health situation of the population of the country on the basis of selected health behaviours. In this work attention is drawn to the psychosocial dimension of health, as one of the important determinants of health of the individual, his success and personal happiness.

Keywords: health, life skills, lifestyle, psychosocial health, quality of life, self-realization

Słowa kluczowe: jakość życia, samorealizacja, styl życia, umiejętności życiowe, zdrowie, zdrowie psychospołeczne

