

ZAGROŻENIA ZDROWIA PUBLICZNEGO

**ROLA EDUKACJI
W PREWENCJI CHORÓB**

CZĘŚĆ 4

redakcja naukowa
Zbigniew Tokarski

ZAGROŻENIA ZDROWIA PUBLICZNEGO

**ROLA EDUKACJI
W PREWENCJI CHOROÓB**

CZĘŚĆ 4

**redakcja naukowa
Zbigniew Tokarski**

Stan prawny na 1 września 2016 r.

Recenzent

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Buczyński, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wydawca

Izabella Małecka

Redaktor prowadzący

Joanna Maź

Opracowanie redakcyjne

Dagmara Wachna

Łamanie

Andrzej Gudowski

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych

Maciej Sadowski

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ

Więcej na www.legalnakultura.pl

POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by

Wolters Kluwer SA, 2016

ISBN: 978-83-8092-541-0

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 19

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Spis treści

Wstęp	7
<i>Zbigniew Tokarski</i> Edukacja permanentna	9
<i>Małgorzata Wojciechowska</i> Edukacja w zapobieganiu nadwadze i otyłości – rola wysiłku fizycznego	17
<i>Lidia Ostrowska-Nawarycz</i> Prewencja w zakresie chorób wieku rozwojowego	30
<i>Zenon Gawor</i> Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych	44
<i>Antoni Florkowski</i> Psychoedukacja i prewencja w wybranych zaburzeniach psychicznych zagrożających występowaniem zachowań samobójczych	67
<i>Iwona Łopacińska</i> Edukacja w stanach zagrożenia życia	82
<i>Grażyna Kozak</i> Wypadki i inne nagłe zdarzenia	92
<i>Andrzej Denys</i> Edukacja pacjentów i lekarzy w zakresie zapobiegania nadużywaniu antybiotyków	106
<i>Przemysław Lik, Marek Zadrożny</i> Prewencja chorób nowotworowych	120
<i>Mieczysława Wyderka</i> Prewencja raka szyjki macicy	136
<i>Zdzisław Kidawa</i> Wpływ czynników środowiskowych na procesy starzenia	147
<i>Agnieszka Renn-Żurek</i> Edukacja jako forma komunikacji terapeutycznej w pracy z pacjentami u kresu życia i ich rodzinami	159

Piotr Jamrozik

Edukacja młodzieży w zakresie zapobiegania zażywaniu substancji psychoaktywnych (narkotyki, dopalacze, alkohol) 168

Hieronim Bartel

Szkodliwość palenia tytoniu dla zarodka i płodu 179

Hieronim Bartel

Wirus Zika 192

Gabriela Henrykowska, Julian Wójtowicz

Polityka zdrowotna i promocja zdrowia a zdrowie Polaków w przyszłości 195

Jacek Michalak

Zdrowie Europejczyków w przyszłości 206

Małgorzata Lewicka, Paweł Lewicki

Edukacja w prewencji ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży 217

Wstęp

Oddajemy do rąk Czytelników czwartą część opracowania *Zagrożenia zdrowia publicznego, zatytułowaną Rola edukacji w prewencji chorób*. Jest to praca zbiorowa przygotowana przez zespół naukowców i dydaktyków, w której poruszono najistotniejsze zagadnienia dotyczące edukacji i prewencji chorób.

W poprzednich częściach serii omówiono różnorodne zagadnienia związane z problematyką zdrowia publicznego wraz z metodami używanymi do przeciwdziałania występującym w tym obszarze zagrożeniom. Podstawowym problemem analizowanym w części czwartej jest prewencja, która ma na celu zapobieganie chorobom bądź innym niekorzystnym zjawiskom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka oraz wczesne wykrywanie i leczenie chorób. Istotnym elementem profilaktyki jest zapobieganie powstawaniu niekorzystnych wzorców zachowań społecznych, które mogą przyczynić się do podwyższenia ryzyka zachorowania.

Wyróżniamy następujące fazy prewencji:

- 1) wczesną, której celem jest utrwalenie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia i zapobieganie szerzeniu się niekorzystnych modeli zachowań w odniesieniu do osób zdrowych;
- 2) pierwotną, polegającą na zapobieganiu chorobie poprzez kontrolowanie czynników ryzyka w odniesieniu do osób narażonych na czynniki ryzyka;
- 3) wtórną, której celem jest zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie;
- 4) trzeciorzędną, czyli zahamowanie postępu choroby i ograniczenie powikłań.

Drugim ważnym zagadnieniem poruszonym w prezentowanym opracowaniu jest edukacja zdrowotna, pojmowana jako proces, w którym ludzie uczą się dbać o własne zdrowie. Edukacja zdrowotna stanowi element promocji zdrowia, oparta jest na naukowych zasadach i daje sposobność planowanego uczenia się, które umożliwia jednostkom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowania zgodnie z nimi. Jest to działanie planowane, ukierunkowane na uczenie się, dlatego ważną rolę przypisuje się w nim edukacji permanentnej (kształceniu ustawicznemu). Idea ta ma głęboko humanistyczny charakter, w centrum jej zainteresowania znajduje człowiek, któremu należy stworzyć optymalne warunki i możliwości nieustannego uczenia się, umożliwiając mu rozwój w sferze osobistej, zawodowej i społecznej. Kształcenie ustawiczne osób dorosłych trwa przez cały okres aktywności zawodowej, a często i dłużej – w okresie tzw. trzeciego wieku.

Książka stanowi uzupełnienie rynku wydawniczego w nurcie dotyczącym zagadnień zdrowia publicznego, dotychczas zdominowanym przez specjalistyczne opracowania, i skierowana jest do wszystkich osób zdrowych. Jest kontynuacją pozostałych tomów, omówiono w niej więc aktualne problemy zdrowotne Polaków. Jej przewodnim tematem jest związek zdrowia człowieka z szeroko rozumianą prewencją, edukacją i środowiskiem oraz próba odpowiedzi na pytania, jak zwiększyć efektywność opieki zdrowotnej bez nadmiernego wzrostu kosztów, a także jak uczynić każdego w większym stopniu odpowiedzialnym za własne zdrowie.

Opracowanie odpowiada na zapotrzebowanie osób troszczących się o swoje zdrowie, środowiska pracowników ochrony zdrowia i innych pracowników oraz działaczy różnych szczebli zajmujących się zagadnieniami prewencji i edukacji. Poszczególne rozdziały zostały opracowane przez profesorów i doktorów medycyny, którzy przedstawiają zagadnienia związane z ich specjalnością.

Na zakończenie warto podkreślić wielodyscyplinarne podejście do omawianych zagadnień. Monografia jest przeznaczona nie tylko dla czytelnika przygotowanego, zawarta w niej wiedza może być z powodzeniem wykorzystywana także przez organizatorów ochrony zdrowia, pielęgniarzy oraz edukatorów zdrowia.

dr n. hum. Zbigniew Tokarski

Edukacja permanentna

1. Rozważania na temat edukacji

Jak stwierdza W. Okoń, edukacja (łac. *educatio* – wychowanie) oznacza „ogół procesów i oddziaływań, których celem jest zmienianie ludzi, przede wszystkim dzieci i młodzieży, stosownie do panujących w społeczeństwie ideałów i celów wychowawczych” [7, s. 93]. Z kolei w leksykonie pedagogiki czytamy, że „edukacja to ogół oddziaływań służących formowaniu się (zmienianiu, rozwijaniu) zdolności życiowych człowieka” [6, s. 54]. Jednakże niejednorodność tego pojęcia ukryta jest w terminach „ogół oddziaływania”, „zmienianie”, „rozwijanie” i „zdolności życiowe człowieka”. Rozpatrywany bliżej ogół oddziaływań oznacza oddziaływania indywidualne i instytucjonalne, świadome i nieświadome. Natomiast same oddziaływania mogą być systematyczne, niesystematyczne, zaplanowane lub przygodne. Systematyczne i zaplanowane działania edukacyjne prowadzone są w szkołach, natomiast niesystematyczne i przygodne mają miejsce m.in. w interakcjach rówieśniczych i mogą kryć się w przekazach kultury, np. dziełach sztuki. Zmienianie czy rozwijanie może podążać w sformalizowanym konkretnym kierunku, przyjętym według kryterium zewnętrznego wobec jednostki, lub bez uprzednio obranego celu [4].

Zdolności życiowe człowieka dotyczą wielu obszarów jego funkcjonowania: intelektualnego, motywacyjnego, emocjonalnego, interpersonalnego i fizycznego. Można powiedzieć, że kształcenie to system działań, który zmierza do tego, aby uczącej się jednostce umożliwić poznanie świata, przygotować ją do zmieniania swojego otoczenia i kształtowania własnej osobowości. Kształcenie oddziałuje na osobowość wychowanka, a więc na jego potrzeby, emocje, motywację, relacje międzyludzkie.

Wielu przedstawicieli pedagogiki uważa, że pojęcie edukacji obejmuje procesy nauczania oraz wychowania i odnosi się do ogółu oddziaływań, które służą formowaniu całokształtu zdolności życiowych, w tym i religijnych, które czynią człowieka istotą dojrzałą, świadomie realizującą się, zadowoloną w danej kulturze, zdolną do krytyki i refleksyjnej afirmacji.

Edukacja stanowi zatem proces doświadczenia, który nigdy się nie kończy, ponieważ świat jest zmienny, a rozwój ucznia (osoby dorosłej) nie powinien być przerywany. Człowiek jest istotą stale rozwijającą się, a jego rozwój dokonuje

się poprzez własne działanie, w trakcie którego zarówno poznaje on świat, jak i go zmienia. Działanie zorientowane jest na rozwiązywanie problemów, które człowiek napotyka w swoim życiu. Jest więc ono źródłem wiedzy i dlatego uczenie się powinno być oparte na działaniu. Człowiek działając, rekonstruuje swoje doświadczenie, a korzystając z posiadanego już doświadczenia, nabywa umiejętność uczenia się, co stanowi jego ważną cechę. Zatem edukacja to warunek życiowego powodzenia jednostki konieczny do przeprowadzenia zmiany społeczeństwa.

2. Edukacja permanentna

Kształcenie obejmuje całą strukturę człowieka, zatem całość jego osobowości. Jest to proces, w którym uczestniczy jednostka lub wyodrębniona zbiorowość.

W. Okoń określa kształcenie ustawiczne jako „kształcenie ciągłe, proces ciągłego doskonalenia kwalifikacji ogólnych i zawodowych”, który „stanowi zasadę współczesnego systemu oświaty, zgodnie z którą kształcenie trwa przez całe życie człowieka, obejmując odnawianie, poszerzanie i pogłębianie jego kwalifikacji ogólnych i zawodowych” [7, s. 205].

Edukacja permanentna, zwana również kształceniem ustawicznym, kształceniem permanentnym, edukacją ustawiczną, edukacją całożyciową, kształceniem ciągłym, kształceniem nieustającym, dalszym kształceniem czy też oświatą nieustającą, to kształcenie, które trwa przez wiele lat i stanowi proces ciągłego zdobywania wiedzy, doskonalenia umiejętności i kwalifikacji nie tylko zawodowych, ale i ogólnych. Jest to nic innego jak uczenie się przez całe życie człowieka, bez przerwy. Na podstawie literatury można stwierdzić, że kształcenie ustawiczne to idea edukacyjna o głęboko humanistycznym charakterze, bowiem w centrum zainteresowania stawia człowieka, któremu należy stworzyć warunki i możliwości do ciągłego uczenia się i doskonalenia, zapewniając przy tym najpełniejszy rozwój w sferze osobistej, zawodowej i społecznej. Dlatego warto przytoczyć definicję edukacji permanentnej, którą sformułował Z. Wiątrowski: „przez edukację permanentną rozumie się najczęściej ogół procesów oświatowo-wychowawczych, występujących w całym okresie życia człowieka, a zatem procesów całożyciowych, prowadzonych we wszelkich możliwych formach organizacyjno-programowych i we wszystkich sytuacjach kontaktów międzyludzkich” [10, s. 356].

Na gruncie polskim wyróżnia się dwa równoległe i równoważne znaczenia terminu „kształcenie ustawiczne”, w myśl których jest to:

- 1) „traktowanie kształcenia ustawicznego jako procesu całożyciowego,
- 2) traktowanie kształcenia ustawicznego jako kształcenia poszkolnego, kształcenia charakterystycznego dla okresu dorosłego człowieka” [10, s. 364].

To drugie, węższe znaczenie terminu „kształcenie ustawiczne” upowszechniło się w latach 80. minionego wieku. Zgodnie z definicją „kształcenie ustawiczne dorosłych to proces systematycznego uczenia się, następujący po zakończeniu obowiązku szkolnego lub wydłużonej edukacji stacjonarnej

i trwający przez cały okres aktywności zawodowej, a często i dłużej, w okresie tak zwanego »trzeciego wieku« [10, s. 365].

W naszym kraju istnieje długa tradycja kształcenia całożyciowego. Szczególne zasługi na tym polu propagowania edukacji permanentnej należy przypisać Komisji Edukacji Narodowej i jej działaniom podejmowanym w końcu XVIII w. Do rozwoju kształcenia ustawicznego przyczynili się również przedstawiciele filozofii mesjanistycznej oraz działacze oświatowi połowy XIX w., tacy jak A. Cieszkowski czy K. Libelt w Wielkim Księstwie Poznańskim, którzy dążyli do oświecenia mas i podniesienia oświaty ludowej na wyższy poziom. Duże znaczenie przypisuje się również ruchowi samokształceniowemu. Naukowe poglądy na temat edukacji ustawicznej na początku XX w. głosili L. Krzywicki, S. Karpowicz i H. Radlińska, która stworzyła podstawy pracy społecznej oraz oświaty dorosłych. W okresie międzywojennym wiele uwagi zagadnieniu kształcenia ustawicznego poświęcali w swoich publikacjach F. Znaniecki, M. Librachowa, W. Spasowski, S. Hessen i J. Chałasiński. Jednak kwestia kształcenia permanentnego pojawiła się w latach 60. ubiegłego wieku, głównie pod wpływem kontaktów z krajami Zachodu. Przede wszystkim chodzi tu o wpływ organizacji międzynarodowych działających w powiązaniu z UNESCO, a także prac P. Legrand, B. Yeaxlea, P. Arendsa i poglądów E. Faurea, które zostały zaprezentowane w raporcie pt. *Learning to be: the world of education today and tomorrow* [10, s. 364].

P. Lengrand, jeden z teoretyków oświaty ustawicznej, przedstawił ciekawą koncepcję dotyczącą kształcenia ustawicznego. Uważał, że jest to zespół działań, który zmierza do stworzenia nowego systemu edukacyjnego. Twierdził on, że kształcenie ustawiczne jest różnie rozumiane, niektórzy autorzy postrzegają je wyłącznie jako kształcenie, doskonalenie lub przekwalifikowanie zawodowe, zaś inni utożsamiają je z oświatą dorosłych ujmowaną szerzej niż kształcenie zawodowe. Zdaniem Legrand podstawową zasadą kształcenia ustawicznego powinno być zachowanie ciągłości i systematyczności procesu uczenia się, co zapewnia jednostce stały rozwój i chroni ją przed zdezaktualizowaniem zdobytej wiedzy. Ponadto edukacja i rozwój każdego człowieka muszą przebiegać wielopłaszczyznowo.

Edukacja ustawiczna powinna być powiązana z celami oświaty, różnymi formami działalności człowieka, a nade wszystko z aktywnością w sferze kulturalnej, politycznej, technicznej i zawodowej.

Jak podkreśla J. Półturzycki, we współczesnych przemianach oświatowych kształcenie ustawiczne jako idea dominująca nie było jednakowo rozumiane w różnych środowiskach pedagogicznych, jednak w tworzeniu pełnego znaczenia tego pojęcia pojawiły się określenia pośrednie. Początkowo uważano, że istotą kształcenia ustawicznego jest doskonalenie zawodowe pracujących, jednakże głębsza analiza tego stanowiska doprowadziła do wniosku, że jedynie wszystkie dziedziny oświaty dorosłych mogą stworzyć odpowiedni system kształcenia, co wyraźnie odgraniczyło ideę kształcenia ustawicznego od szkolnictwa młodzieżowego oraz wychowania w rodzinie i środowisku [8].

Obecnie najpopularniejszy jest pogląd, że istota kształcenia ustawicznego obejmuje całe życie człowieka i służy jego rozwojowi. Kształcenie to stanowi naczelną zasadę określającą kierunek współczesnych reform oświatowych do-

tyczących szkolnictwa zawodowego i wyższego, a także doskonalenia zawodowego pracujących i oświaty dorosłych, kształcenia równoległego oraz wychowania w rodzinie i środowisku, dokonując istotnej zmiany dotychczasowego systemu oświatowego poprzez wprowadzenie nowych celów, form, metod i treści edukacji.

Głównym zadaniem edukacji ustawicznej w powyższym ujęciu jest wychowanie nowego typu człowieka, który charakteryzuje się twórczym, dynamicznym stosunkiem do życia i kultury, jednostki, która potrafi doskonalić siebie, zmieniać warunki życia oraz ulepszać je dla dobra społeczeństwa. Dużą uwagę przywiązuje się do rozwijania procesu samokształcenia i samoedukacji, poznawania różnych metod, środków dydaktycznych oraz wypracowania indywidualnych strategii uczenia się. Specjalną rolę w procesie edukacji ustawicznej należy przypisać nauczycielowi, który powinien być organizatorem pracy i współuczuciem się, musi dawać przykład aktywności intelektualnej, znać i stosować różne metody uczenia się i nauczania, a także twórczo wypracowywać nowe rozwiązania.

W edukacji ustawicznej ważną rolę pełnią trzy podstawowe komponenty, którymi są ciągłość, uczenie się i twórczość, przy czym należy zwrócić uwagę na ideę kreatywności i twórczości w efektach podjętej edukacji. Edukacja powinna silnie opierać się na kulturze ogólnej, rozwijać kreatywność jednostki oraz uczyć podejmowania decyzji i zachęcać wszystkich do zdobywania nowej wiedzy.

Uczenie się przez całe życie określa nową strukturę życia ludzkiego i wyznacza w niej specjalne miejsce dla edukacji. Kształcenie ustawiczne zgodnie z potrzebami nowoczesnego społeczeństwa uwzględnia przemiany czasu, wartości rynku oraz rytm indywidualnej egzystencji i staje się systematycznie realizowaną rzeczywistością oświatową. Kształcenie przez całe życie stanowi ogólną wartość i jest jednocześnie indywidualną relacją przestrzeni, czasu, życia, pracy i aktywności obywatelskiej. Jest ono wielowymiarowe i realizuje kształcenie dla wiedzy, działań czy umiejętności, dla znajdowania sensu własnego życia, zrozumienia innych i współpracy. Ten wymiar kształcenia jest ważny i potrzebny, bowiem łącznie z innymi tworzy nienaruszalną całość. Edukacja ustawiczna, jako proces, który trwa przez całe życie, powinna rozpoczynać się w środowisku rodzinnym, przedszkolu i w pierwszych latach nauki szkolnej.

Uczenie się przez całe życie obejmuje różne wymiary. Stanowi ono codzienne doświadczenie, połączone z naśladowaniem różnych sposobów postępowania, co prowadzi do osobistego i kreatywnego rozwoju wrodzonych talentów, połączonego ze zdobywaniem nowych kompetencji, które powiązane są z fazami życia człowieka.

O. Czerniawska pisze, że edukacja jest procesem całościowym, intencjonalnym, ale – jak zauważa – nie można jej ograniczać jedynie do tego, bowiem prowadzona jest zarówno w instytucjach zorganizowanych (w tym w formie edukacji permanentnej), jak i w ramach tzw. edukacji równoległej, która obejmuje swoimi oddziaływaniami osoby w każdym okresie rozwojowym [1, s. 11]. Dlatego też edukacja „pojmowana jako proces życiowy stawania się sobą, musi prowadzić człowieka ku reinterpretacji życia, własnych doznań i doświadczeń. Człowiek powinien cenić swoje doświadczenie, ale postrzegać je w perspektywie doświadczeń innych osób i generacji” [1, s. 13–14].

W każdym człowieku istnieje ogromny potencjał, który można wykorzystać i uruchomić. Każdy z nas z czasem może uczyć się wydobywać i doskonalić swoje zdolności, odkrywać siebie. Ta autoedukacja polega na umiejętności analize i ponownej oceny przeszłości.

Współczesny świat stawia ludziom coraz wyższe wymagania. Dostęp do wiedzy, możliwość i chęć podejmowania działań edukacyjnych przez całe życie (także poza pracą) są „dominującymi wyznacznikami rozwoju cywilizacyjnego, w tym nade wszystko rozwoju człowieka i jego społeczeństwa” [10, s. 76].

H. Kwiatkowska w rozważaniach dotyczących edukacji w starszym wieku przyjmuje koncepcję J. Delorsa, w myśl której edukacja prowadzona przez całe życie stanowi propozycję modelu aktywnego życia, funkcjonowania i adaptacji w zmieniającym się świecie: „współczesne przemiany edukacyjne muszą uwzględniać diagnozę sytuacji człowieka w świecie. Każda zasadnicza zmiana ludzkiego świata stawia pojedynczych ludzi i społeczeństwo przed koniecznością nabywania nowych sposobów zachowania i wartościowania, domaga się zasadniczych zmian mentalnych i świadomościowych, domaga się tym samym całościowej edukacji” [5, s. 9].

Aby sprostać wyzwaniom i zaspokoić potrzeby edukacyjne i rozwojowe każdego człowieka bez względu na wiek, oświata w Polsce ciągle się zmienia. Dlatego warto wykorzystać potencjał i możliwości każdego z nas, wolny czas, którym dysponujemy, by wziąć aktywny udział w procesie całościowego rozwoju, w tym również podnoszenia jakości swojego życia, nadawania mu sensu, wyznaczania i realizacji celów. Ten potencjał należy uaktywnić i wykorzystać poprzez edukację, która – jak podkreśla M.J. Szymański – wzbogaca człowieka bez względu na jego wiek: „zdobywana wiedza zwiększa świadomość jednostki, przyczynia się do rozwoju psychicznego, doskonalenia inteligencji emocjonalnej, uczestnictwa w kulturze. Zwiększa jej szanse życiowe (...). Staje się coraz ważniejszym wyznacznikiem jakości życia człowieka zarówno w sferze aktywnego działania, jak i konsumpcji” [9, s. 7].

3. Działalność edukacyjna pielęgniarki

Pielęgniarstwo jest jednym z zawodów, w których komunikacja werbalna i niewerbalna odgrywa ważną rolę, bowiem służy ona podtrzymywaniu i nawiązywaniu kontaktów z ludźmi. Same zawody pielęgniarki i położnej związane są z niesieniem pomocy. Kojarzą się z nimi takie pojęcia jak opieka, wsparcie czy asysta. Działania prowadzone przez pielęgniarki i położne mają doprowadzić chorego do takiego stanu, aby był on w pełni samodzielny.

Pielęgniarki i położne stanowią najliczniejszą grupę zawodową wśród wszystkich pracowników ochrony zdrowia, znajdują zatrudnienie nie tylko w oddziałach szpitalnych, klinikach, w podstawowej opiece zdrowotnej, domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych czy hospicjach, ale także w domach pacjentów.

Reforma systemu edukacji zapoczątkowana w 1999 r. wprowadziła zasadnicze zmiany w kształceniu pielęgniarek i położnych, które polegały na usytuowaniu kształcenia zawodowego na poziomie akademickim (wyższym). Na

proces ten decydujący wpływ miało wstąpienie Polski w struktury Unii Europejskiej.

Na mocy ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. (Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.) powołano Samorząd Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, który wyposażono w struktury administracyjne, procedury postępowania i wewnętrzne organy kontroli. W jego obrębie działają okręgowe rady pielęgniarek i położnych funkcjonujące na terenie kraju oraz naczelna izba pielęgniarek i położnych z siedzibą w Warszawie. Przynależność do samorządu jest obowiązkowa.

Z zapisów statutowych wynika, że w ciągu całego życia zawodowego każda pielęgniarka i położna powinna doskonalić swoje umiejętności w zakresie wykonywania zawodu, stosując nowe formy edukacyjne – uczenie się w trakcie wykonywania pracy zawodowej (*Work-Based Learning* – WBL) – oraz wzbogacać swoją wiedzę o zagadnienia z zakresu socjologii, psychologii, ekonomii, zarządzania i prawa [2, s. 17].

W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.), w rozdziale 6 dotyczącym kształcenia podyplomowego, jest zapis mówiący, że pielęgniarka i położna ma obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia zawodowego. Za kształcenie podyplomowe uważa się również kształcenie odbywane w ramach studiów podyplomowych w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Ustawa jasno określa rodzaje kształcenia podyplomowego. Są to:

- szkolenie specjalizacyjne, zwane dalej „specjalizacją”,
- kurs kwalifikacyjny,
- kurs specjalistyczny,
- kurs dokształcający.

Powyższe formy kształcenia podyplomowego mogą być prowadzone w systemie stacjonarnym i niestacjonarnym.

Specjalizacja ma na celu uzyskanie tytułu specjalisty i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek i położnych ma na celu uzyskanie wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych umożliwia uzyskanie wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Kurs dokształcający ma na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarek i położnych.

W ustawie określono również organizatorów kształcenia podyplomowego, którymi mogą być uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze lub inne podmioty, po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe.

Ustawa definiuje zawód pielęgniarki i położnej jako samodzielne zawody medyczne. Stwierdzono w niej również, że wykonywanie powyższych zawodów polega m.in. na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Stawia to przed przedstawicielami tych zawodów nowe wyzwanie, które dotyczy edukacji. Aby dobrze wyedukować nie tylko pacjenta, ale przeciętnego obywatela, pielęgniarki czy położne muszą posiadać określoną wiedzę.

W ostatnich latach zmiany zachodzące w kulturze i życiu społecznym przyniosły nowe wyzwania dla szeroko pojętej edukacji. Transformacja, jaka dokonała się w systemie ochrony zdrowia, oraz reforma systemu kształcenia spowodowały konieczność dostosowania edukacji zdrowotnej do potrzeb rynku pracy. W związku z tym inną formą kształcenia pielęgniarek i położnych jest doskonalenie zawodowe, będące elementem podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Stanowi ono proces pogłębiania wiedzy i umiejętności, którego realizacja jest możliwa dzięki rzetelnej, profesjonalnej wiedzy oraz ustawicznemu kształceniu, czyli uczeniu się przez całe życie.

Ważną rolę przypisuje się procesowi samokształcenia oraz pracy jednostki nad sobą (autoedukacja) – należy umieścić je w szerokim polu edukacji i egzystencji człowieka. Edukacja to permanentny proces, który prowadzi do osiągnięcia coraz wyższej świadomości stanu swego rozwoju, w tym własnego indywidualnego wkładu w jego osiąganie, dlatego potrzebny jest indywidualny udział każdego człowieka w trudzie swojego stawania się oraz refleksyjnego i twórczego postępowania [3].

Można stwierdzić, że edukacja permanentna musi i powinna się zmieniać. Zdaniem O. Czerniawskiej „ma ona prowadzić do autoedukacji, do decydowania o treściach i dziedzinach, które chce się poznać. Musi polegać na jednostkowym projektowaniu uczenia się. Samorealizacja i autoedukacja dokonuje się w życiu codziennym. Refleksja nad doświadczeniami i przeżyciami pozwala je inaczej oceniać i zbudować na nich własną tożsamość. Poprzez powstałe na przeżyciach doświadczenie rozwija się wiedza, a tym samym świadomość siebie i otaczającego nas świata. Poznany świat staje się ciekawą księgą, którą czytamy z zapartym tchem (...). Edukacja nadaje życiu nową jakość. Jest ona wtedy możliwa, gdy umiemy zreinterpretować doświadczenia i wiedzę, gdy zdolni jesteśmy do tzw. »oceny kształtującej«” [1, s. 15].

Pielęgniarki i położne, które podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe poprzez uczestnictwo w różnych formach doskonalenia zawodowego, dzięki nabytej wiedzy poznają świat na nowo, odkrywają go, lepiej rozumieją, natomiast jako aktywna i wykształcona grupa zawodowa stanowią kapitał społeczny. Edukacja przyczynia się również do poprawy jakości życia, co jest związane z przekazywaniem wiedzy nie tylko przeciętnym obywatelom, ale również pacjentom, którymi się opiekują przedstawicielki tych zawodów. Dzięki aktywności edukacyjnej i rozumieniu znaczenia całowyciowego rozwoju pielęgniarki i położne zyskują własne doświadczenie i lepiej potrafią akceptować siebie.

Bibliografia

1. Czerniawska O., *Style życia w starości*, Wydawnictwo WSHE, Łódź 1998
2. Jankowski D., *Edukacja i autoedukacja. Współzależność, konteksty, twórczy rozwój*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2012
3. Kulik T., *Pielęgniarstwo w europejskiej przestrzeni szkolnictwa wyższego*, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2009, nr 9, s. 17
4. Kwieciński Z., Śliwerski B., *Pedagogika. Podręcznik akademicki*, t. 1, PWN, Warszawa 2004
5. Kwiatkowska H., *Edukacja nauczycieli. Konteksty – kategorie – praktyki*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 1997
6. Milerski B., Śliwerski B., *Pedagogika. Leksykon*, PWN, Warszawa 2000, s. 54
7. Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2004
8. Półturzycki J., *Tendencje rozwojowe kształcenia ustawicznego*, PWN, Warszawa 1981
9. Szymański M.J., *Edukacja we współczesnej debacie publicznej*, *Debata Edukacyjna* 2009, nr 2, s. 17
10. Wiatrowski Z., *Podstawy pedagogiki pracy*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2005

dr n. hum. Zbigniew Tokarski, Kierownik Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego w Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

Małgorzata Wojciechowska

Edukacja w zapobieganiu nadwadze i otyłości – rola wysiłku fizycznego

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie jest kompletnym dobrostanem biologicznym, psychicznym, społecznym, a nie tylko brakiem choroby czy niepełnosprawności. Zdrowie jest zatem najwyższą wartością w życiu każdego człowieka, a jak powiedział niemiecki filozof A. Schopenhauer – życie polega na ciągłym ruchu i ruch jest jego istotą. Można więc stwierdzić, że na zdrowie każdego człowieka, poza odpowiednim odżywianiem, wpływa także aktywność fizyczna. Ma ona duże znaczenie nie tylko dla kondycji zdrowotnej, zwiększa także sprawność umysłową, poprawia samopoczucie i stan psychiczny.

1. Uwarunkowania rozwoju nadwagi i otyłości

W 1997 r. WHO uznała otyłość za ogólnoswiatową epidemię, która obejmuje dzieci i dorosłych i opisała ją jako jedno z największych zagrożeń dla zdrowia ludzkości [6]. Obok racjonalnego żywienia aktywność ruchowa została uznana przez ekspertów WHO za główną metodę, która zapobiega chorobom cywilizacyjnym. Nadwaga i otyłość to poważny problem zdrowotny i społeczny nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Mimo że jest uważana za współczesną chorobę cywilizacyjną, to początek jej występowania sięga czasów Hipokratesa, który jako pierwszy stwierdził, że otyli żyją krócej niż szczupli. Badaniem nad otyłością (libidem) jako pierwszy zajął się lekarz Santorio Santorio (był konstruktorem wag), który twierdził, że stan organizmu ludzkiego jest zdeterminowany m.in. przez jego masę, położenie, kształt i wiele innych czynników [18].

Do nadwagi i otyłości dochodzi wówczas, gdy organizmowi wraz z pożywieniem dostarcza się nadmierną ilość energii, której nie jest w stanie zużyć na codzienne funkcjonowanie. To, czy u osoby dorosłej występuje nadwaga lub otyłość, można sprawdzić, obliczając wskaźnik masy ciała – BMI – czyli rzeczywistą masę ciała (w kg) podzieloną przez wzrost (w m²).

Rysunek 2.1. Wzór obliczania wskaźnika masy ciała [4]

$$BMI = \frac{\text{masa}}{(\text{wzrost})^2}$$

Wskaźnik masy ciała w granicach 18,5–24,9 kg/m² oznacza prawidłową masę ciała, o nadwadze świadczy BMI ≥25 kg/m², natomiast otyłość występuje u osób z BMI powyżej 30 kg/m². U dzieci i młodzieży do oceny stopnia nadwagi i otyłości służą siatki centylowe (stosunek masy ciała do wieku i wzrostu oraz wzrostu do wieku). O nadwadze decyduje wynik umieszczony na siatkach centylowych (dla odpowiedniej płci i wieku) na poziomie powyżej 85. centyla, otyłość występuje wtedy, gdy przekracza on 95. centyl [14]. Nadwaga to różnica pomiędzy aktualną wagą a należną masą ciała wyrażoną w procentach lub w kilogramach, którą wylicza się według wcześniej przedstawionego wzoru BMI. Nadwaga jest stanem poprzedzającym otyłość, który prowadzi z czasem do wielu powikłań, stąd też o nadwadze, oprócz objawów zewnętrznych, świadczą symptomy, których nie wolno lekceważyć. Zalicza się do nich np. krótki oddech, szybkie męczenie się, duszność występującą w czasie wysiłku fizycznego. Skutkiem nadwagi utrzymującej się u dzieci i młodzieży mogą być także powikłania układu kostno-stawowego [22].

2. Występowanie otyłości

Nadmierna masa ciała to duży problem społeczny na całym świecie, dlatego Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła, iż nadwaga i otyłość to jedno z największych zagrożeń dla zdrowia ludzkości. Około 10% światowej populacji do 18. roku życia cierpi na nadwagę lub otyłość, z czego około 80% młodzieży z otyłością w okresie dojrzewania ma szansę pozostania otyłymi także w wieku dorosłym [14].

Otyłość to ogólnoustrojowa, przewlekła choroba metaboliczna, która wynika z zaburzonej homeostazy energetycznej (między poborem a zużyciem energii) [21]. Pierwotną przyczyną otyłości są zaburzenia popędu żywieniowego, które prowadzą do zwiększenia się ilości tkanki tłuszczowej. Z czasem powstają dysfunkcje i patologie dotyczące wszystkich układów i narządów. Do najczęstszych przyczyn otyłości zalicza się nieprawidłowe nawyki żywieniowe, a także nieodpowiednią wartość energetyczną przyjmowanych posiłków, które zawierają dużą ilość tłuszczów i cukrów prostych. Ważnym problemem również jest nieprawidłowy (tzw. sieczący) tryb życia, czyli spędzanie zbyt długiego czasu przed komputerem lub telewizorem i podjadanie wysokokalorycznych przekąsek, podczas gdy ruch na świeżym powietrzu jest bardzo ograniczony. Na wzrost otyłości wpływają także problemy emocjonalne, do których zaliczyć można m.in. nieodpowiednie relacje rodzinne czy też stresujący tryb życia z obciążeniem psychicznym. Do przyczyn występowania otyłości należą też czynniki genetyczne, obserwacje kliniczne wskazują na częstsze pojawianie się otyłości u dzieci rodziców, którzy byli otyli lub mieli nadwagę, niż u rodziców z prawidłową masą ciała.

Otyłość może być wynikiem zaburzenia funkcjonowania genów, które kontrolują masę ciała poprzez wpływ na prawidłową termogenezę, metabolizowanie i gromadzenie tłuszczu, jak i utrzymanie prawidłowych ilości komórek tłuszczowych. Nie wykryto jeszcze genu odpowiadającego za otyłość, zidentyfikowano natomiast geny, które predysponują do występowania otyłości, np. gen receptora leptyny (kluczowy negatywny regulator poboru pokarmu), receptora adrenergicznego, insulinowego [21]. Zdiagnozowanie otyłości według opisanych kryteriów stanowi wskazanie do leczenia, które powinno rozpocząć się w jak najwcześniejszym okresie życia i musi być prowadzone przy współpracy z terapeutą. Osoby uczestniczące w programie terapeutycznym (zarówno dzieci, jak i rodzice) otrzymują wskazówki dotyczące sposobów osłabienia bodźców pobudzających apetyt np. poprzez planowanie pór i miejsc spożywania posiłków, a także unikanie przekąsek i słodczy.

W walce z nadwagą i otyłością stosuje się przede wszystkim leczenie dietetyczne, którego celem jest obniżenie wskaźnika BMI poprzez zmniejszenie spożycia pokarmów i naukę prawidłowego sposobu jedzenia [22]. Spośród popularnych diet stosowanych przez młodzież najwłaściwsza jest zbilansowana dieta niskoenergetyczna, która pokrywa zapotrzebowanie na witaminy, białka oraz składniki mineralne. Dużo lepsze efekty otrzymuje się dzięki połączeniu diety z terapią ruchową odgrywającą kluczową rolę w leczeniu otyłości. Ważne jest również stosowanie środków farmakologicznych jako dodatkowego sposobu leczenia osób bardzo otyłych. W leczeniu otyłości można sięgnąć także po metody chirurgicznie, nie są one jednak w pełni akceptowane, zaś koszty takiego leczenia są bardzo wysokie. Ingerencja chirurgiczna może polegać na założeniu opaski na żołądek, założeniu by-passu metodą laparoskopową czy też operacyjnym zmniejszeniu pojemności żołądka.

Nie każdy człowiek tyje w taki sam sposób, osoby otyłe mają odmienne sylwetki, ponieważ tkanka tłuszczowa rozmieszcza się w różnych miejscach. Klasyfikacja otyłości jest złożona, zależy od wielu kryteriów – wyróżnia się różne rodzaje otyłości, np. ze względu na czas wystąpienia (otyłość wczesna w okresie dzieciństwa i adolescencji i otyłość późna w okresie dorosłości), spotyka się też otyłość, która powstaje w związku z występowaniem innych chorób np. cukrzycy innymi chorobami [21].

3. Wpływ nadwagi i otyłości na funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie

Jak już wspomniano wyżej, otyłość jest zjawiskiem niekorzystnym, ponieważ przyczynia się do wzrostu chorobowości, a nawet śmiertelności – w związku z tym WHO zakwalifikowała otyłość do przewlekłych niezakaźnych chorób wpływających na pogorszenie, jak również skrócenie jakości życia. Dużym problemem jest nasilenie się nadwagi i otyłości wśród dzieci oraz młodzieży. Badania przeprowadzone w latach 2007–2009 nad otyłością w Polsce wykazały, że najbardziej zagrożone są dzieci i młodzież, wywodzące się z rodzin o wysokim statusie materialnym, które mają w swoim pokoju komputer czy

telewizor [16]. Problem pojawia się wtedy, gdy dziecko w sposób szczególny – np. otyłością – wyróżnia się wśród rówieśników. Dzieci mogą grubszą koleżankę lub kolegę izolować, przezywać, nie akceptować w zajęciach grupowych, zwłaszcza tych, które wymagają sprawności fizycznej. Otyłość będąca chorobą zostaje przypisana dziecku jako jego cecha, a to powoduje, iż otyłe dziecko jest mniej atrakcyjne społecznie. Ten sam problem obserwuje się w grupie osób dorosłych. Zatem można stwierdzić, iż otyłość jest czynnikiem, który utrudnia zaspokojenie potrzeb społecznych [15]. Do elementów, które mogą pomóc w walce z piętnowaniem osób otyłych, zalicza się działania na poziomie społeczności, tj. informowanie na temat choroby, jaką jest otyłość, oraz wzmocnienie wsparcia i więzi społecznych.

4. Choroby spowodowane złymi nawykami żywieniowymi

Żywnienie należy do najbardziej istotnych elementów życia człowieka. Jego ilość i jakość ma znaczący wpływ na organizm, warunkując wzrost, rozwój, zdrowie, a także sprawność fizyczną i psychiczną. Znajomość zasad prawidłowego żywienia pozwala każdemu człowiekowi na dokonanie właściwego wyboru sposobu żywienia. Niewielka znajomość roli, jaką pełnią składniki odżywcze pożywienia w organizmie człowieka, może być przyczyną nieprawidłowego odżywiania się, co powoduje pogorszenie stanu zdrowia jednostki. Na zdrowie człowieka niekorzystny wpływ mają długotrwałe niedobory pokarmowe, spowodowane np. zbyt monotonnym składem posiłków czy wyborem niewielkiej ilości produktów, jak i jedzenie zbyt obfite w stosunku do potrzeb organizmu. Należy podkreślić, iż stany niedoboru składników odżywczych są szczególnie niebezpieczne dla dzieci, ponieważ powodują zahamowanie ich wzrostu i rozwoju [7].

Niewłaściwe żywienie może być przyczyną wielu chorób cywilizacyjnych, nazywanych także dietozależnymi. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe, obok siedzącego trybu życia oraz stosowania używek, należą do głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów, cukrzycy i opiswanej wcześniej otyłości. Wymienione choroby są główną przyczyną zgonów w krajach uprzemysłowionych i rozwijających się. Prawidłowe, zbilansowane żywienie w połączeniu z aktywnością fizyczną w znacznym stopniu zmniejsza ryzyko rozwoju przewlekłych chorób niezakaźnych (otyłość, choroby układu krążenia, cukrzyca, nowotwory złośliwe, osteoporoza) [12]. Człowiek sam może wpływać na swój stan zdrowia, chociażby poprzez modyfikację stylu życia, np. zmianę jedzenia, zwiększenie ilości ruchu czy niestosowanie używek.

Nadmierna masa ciała, szczególnie pod postacią otyłości brzusznej, prowadzi m.in. do: cukrzycy, zaburzeń wielkości i czynności serca, miażdżycy, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń układu oddechowego, chorób stawów, kamicy pęcherzyka żółciowego czy zaburzeń układu hormonalnego. Spożywanie nadmiernej ilości pokarmów pochodzenia zwierzęcego, które obfitują w kwasy tłuszczowe nasycone i cholesterol, oraz przyjmowanie zbyt dużej ilości kalorii prowadzi do wysokiego poziomu cholesterolu i triglicerydów we krwi oraz do otyłości [8]. Poprawa nawyków żywieniowych jest podstawą pierwotnej, jak

i wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych. Około jedna trzecia przypadków zachorowania na nowotwór związana jest bezpośrednio lub pośrednio z odżywianiem. Spożywane pokarmy mogą być źródłem substancji rakotwórczych takich jak np. alfatoksyny (związki niszczące komórki wątroby syntetyzowane przez pleśń). Mutagenne działanie mają także wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne występujące w produktach grillowanych i wędzonych dymem. Azotany obecne w żywności konserwowanej i peklowanej, w owocach i warzywach pochodzących z intensywnie nawożonych upraw, a także w wodzie pitnej również stanowią czynnik występowania nowotworów. Z drugiej strony to warzywa i owoce mają zdecydowanie największy potencjał antyrakowego działania, dlatego trzeba jeść ich dużo, wybierając produkty pochodzące ze sprawdzonych źródeł. Tłuszcz (zwłaszcza nasycone kwasy tłuszczowe oraz produkty powstałe z wielonienasyconych kwasów tłuszczowych podczas ich utleniania) wzmacnia rozrost nieprawidłowych komórek. Uszkodzające działanie na komórki ma alkohol, którego nadmierne spożywanie wiąże się głównie z występowaniem raka wątroby, trzustki oraz przełyku. Zachorowaniu na raka jelita grubego sprzyja dieta niskobłonnikowa i wysokie spożycie mięsa, szczególnie czerwonego. Również sposób przygotowania potraw jest ważny dla profilaktyki, ponieważ smażenie, grillowanie oraz pieczenie w wysokich temperaturach powoduje powstawanie karcynogennych substancji [8].

Nieodpowiednie żywienie wpływa na występowanie cukrzycy, zwłaszcza typu 2. Prognozuje się, że do 2030 r. liczba chorych na cukrzycę na świecie zwiększy się i będzie wynosiła około 250 mln. W Polsce cukrzycę wykryto u ok. 2 mln ludzi, przypuszcza się, że liczba ta jest znacznie większa, ale nie do końca oszacowana [24]. Najpowszechniejszą postacią cukrzycy jest cukrzyca typu 2, spowodowana narastającą insulinoopornością tkanek. Za jej rozwój są odpowiedzialne w 20% czynniki genetyczne, a w 80% czynniki nabyte, wśród których najważniejsze to otyłość, styl życia i stres [8]. Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia 90% przypadków zachorowań na cukrzycę typu 2, 30% nowotworów i 80% zdarzeń wieńcowych mogłoby nie mieć miejsca, gdyby pacjenci zachowywali zdrową dietę, zwiększyli aktywność fizyczną i nie palili tytoniu [12].

5. Zasady racjonalnego żywienia

Każdy człowiek może wybrać spośród wielu rodzajów sposobów żywienia – od modnych diet odchudzających, po diety oczyszczające, wegetariańskie czy przeznaczone dla osób z nietolerancją pokarmową (dieta bezglutenowa, bezmleczna). Istnieją także diety zróżnicowane ze względu na region, np. dieta śródziemnomorska czy tradycyjna dieta azjatycka. Racjonalny sposób żywienia ludzi bez problemów chorobowych, niewymagających specjalnych diet, w polskiej nomenklaturze nazywany jest dietą podstawową. Na jej podstawie planowane są diety lecznicze zalecane osobom z określonymi dolegliwościami zdrowotnymi, takie jak np. dieta łatwostrawna, ubogoenergetyczna czy bogatoresztkowa [8]. Odpowiedni wybór diety poprawia skuteczność leczenia, uzupełnia leczenie farmakologiczne, a w licznych schorzeniach stanowi często podstawową i jedyną skuteczną formę leczenia. Racjonalne żywienie to dobór

ilości i jakości składników, które uwzględnia wiek, płeć, masę ciała, aktywność fizyczną, warunki klimatyczne oraz stan zdrowia. Podstawowymi składnikami pokarmowymi są węglowodany, tłuszcze, białka, witaminy, składniki mineralne i woda [23]. Dla ułatwienia zobrazowania proporcji poszczególnych produktów codziennego spożycia opracowuje się tzw. piramidy żywienia. Na początku 2016 r. Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie opublikował najnowszą wersję piramidy żywienia, zmieniając jej nazwę na Piramidę Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej (rys. 2.2).

Rysunek 2.2. Piramida zdrowego żywienia [1]



Piramida z 2016 r. zawiera wyraźne zmiany, które odzwierciedlają najnowsze ustalenia nauki w zakresie żywienia człowieka. U jej podstawy umieszczono aktywność fizyczną, zalecając dziennie minimum pół godziny ruchu w dowolnej formie. Piętro wyżej została dokonana wyraźna zmiana, ponieważ zamiast wyrobów mącznych i zbożowych umieszczono warzywa i owoce. Zaleca się, aby na talerzu każdego człowieka pojawiły się proporcjonalnie jedna czwarta owoców i trzy czwarte warzyw, przy czym warzywa mają być różnokolorowe (z przewagą zielonych) i jądane na surowo. Wyroby mączne straciły status podstawowego pożywienia i zostały przesunięte na kolejne piętro. Tak jak to było poprzednio zaleca się spożywanie produktów z pełnego ziarna oraz unikanie żywności przetworzonej i oczyszczonej (np. biały chleb, biały makaron). Z boku piramidy umieszczono dzbanek z wodą, która powinna być podstawowym napojem. Dalej znajduje się nabiał i mleko, zaleca się dziennie picie dwóch szklanek mleka lub zjadanie innego rodzaju nabiału. Następne piętro zajmują rośliny strączkowe wraz z mięsem drobiowym, rybami i jajami (mięso czerwone zniknęło z piramidy). FAO ogłosiła 2016 r. Międzynarodowym Rokiem Roślin Strączkowych, zwracając uwagę na wartości odżywcze oraz pozytywny wpływ na zdrowie tych roślin. Na szczycie piramidy znajdują się oleje i orzechy – te drugie stanowią nowość w piramidzie. Po prawej stronie piramidy po raz pierwszy umieszczono zioła, które mają zastąpić sól kuchenną [1].

Równie ważny co jakość i ilość spożywanych pokarmów jest rozkład i proporcje posiłków w ciągu dnia. Zaleca się spożywanie regularnie 4–5 posiłków na dobę, nie powinno ich być jednak mniej niż 3. Przerwy między posiłkami powinny wynosić 3–4 godziny. Śniadanie powinno pokrywać 25–30% zapotrzebowania energetycznego, drugie śniadanie 5–10% dziennej ilości kalorii, obiad 35–40%, a kolacja wraz z podwieczorkiem 25–30%. Kolację należy zjeść minimum trzy godziny przed udaniem się na nocny spoczynek i powinna być ona lekkostrawna [8].

6. Aktywność fizyczna

Promocja zdrowia oraz jej nadrzędne zadanie, jakim jest postulat zwiększenia aktywności fizycznej, skierowane są do każdego człowieka bez względu na wiek. Aktywność ruchowa podejmowana jako trening zdrowotny powinna być realizowana jako stały, systematyczny komponent stylu życia. W aspekcie chorób cywilizacyjnych korzystne efekty zdrowotne przypisuje się aktywności ruchowej o charakterze wytrzymałościowym z elementami grawitacyjnymi. Jest to ważne w chorobach układu krążenia, w usprawnianiu systemu immunologicznego, wpływa korzystnie na układ kostno-stawowy oraz na ogólną poprawę wydolności organizmu u osób niesprawnych ruchowo (po wypadkach czy doznanych urazach). Promocja zdrowia dotycząca aktywności fizycznej powinna zatem zaczynać się od wychowania fizycznego i przejść w stałą formę aktywności ruchowej. Wychowanie fizyczne dzieci i młodzieży czy trening zdrowotny osób dorosłych nie powinny mieć charakteru sportu wyczynowego [6].

Aktywnością fizyczną, zdaniem C. Boucharda, jest każda praca wykonywana przez mięśnie szkieletowe, która charakteryzuje się ponadspoczynkowym wydatkiem energetycznym. Zdaniem S. Kozłowskiego i K. Nazara jest to wysiłek fizyczny, czyli praca mięśni szkieletowych wraz z zespołem towarzyszących jej czynnościowych zmian w organizmie [17]. A. Maslow aktywności fizyczną zalicza do dominujących fizjologicznych potrzeb każdego człowieka, które niezaspokojone zamykają możliwość realizacji pozostałych wyżej stojących potrzeb. W Polsce aktywność fizyczna łączona jest ze zdrowiem, co obrazuje przysłowie „W zdrowym ciele zdrowy duch” [9] lub sentencja Singera: „Ruch jest życiem, życie jest ruchem” [19]. Przyjmuje się, że „optimalny poziom aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży to taki, który zapewnia potrzeby ruchowe i stymuluje rozwój ich organizmu” [12, s. 56] pod względem intelektualnym, fizycznym, społecznym i emocjonalnym. Poziom aktywności fizycznej zależy od płci, wieku, rozwoju, warunków życia, stanu zdrowia, czynników genetycznych i sprawności fizycznej. Optimalny poziom będzie inny dla utrzymania zdrowia i inny dla jego poprawy. Do zalecanego wysiłku fizycznego zalicza się ćwiczenia wpływające na siłę, wytrzymałość i szybkość [11]. Poziom sprawności ruchowej sprawdza się za pomocą testu Zuchory, który składa się z 6 zadań dotyczących: szybkości, skoczności, gibkości, siły ramion, wytrzymałości oraz siły mięśni brzucha. Za każde zadanie przyznawane są punkty od 1 do 6, a ich suma określa poziom sprawności (tab. 2.1).

Tabela 2.1. Normy punktowe określające sprawność fizyczną [20, s. 678]

	Wiek														
	6	7	8	9-10	11-12	13-15	16-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-60	61-65	66-70	71
Minimalny	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Dostateczny	8	9	10	11	11	12	12	12	12	12	11	11	10	9	8
Dobry	11	12	13	15	16	17	18	18	18	17	16	15	13	12	11
Bardzo dobry	14	15	17	19	20	22	23	24	23	22	20	19	17	15	14
Wysoki	17	18	21	23	25	27	28	30	28	27	25	23	21	18	17
Wybitny	20	22	25	25	29	31	33	35	33	31	29	27	25	22	20

Największa potrzeba ruchu występuje w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym, dlatego należałoby wykorzystać ten fakt do kształtowania zachowań prozdrowotnych, tak aby uchronić młode pokolenie od biernego spędzania czasu wolnego i powielania złych nawyków w dorosłym życiu [9]. Ruch przyczynia się do osiągania lepszych wyników w nauce i sporcie, prawidłowego funkcjonowania w środowisku szkolnym i poza nim. Potwierdza to Z. Dziubiński, który zauważa, że „uprawianie różnych form sportu jest alternatywą dla autodestrukcyjnych form zachowań młodzieży” [25, s. 259]. Główną formą codziennej aktywności jest ruch, a najprostszą marsz. W ostatnich latach aktywność fizyczna stała się elementem zdrowego trybu życia, a także zapobieganiem chorobom, sposobem na radzenie sobie ze stresem, terapią różnych chorób i zaburzeń [17]. Do profilaktyki wielu chorób cywilizacyjnych można wykorzystać trening wytrzymałościowy w formie biegu czy marszu, pływanie, jazdę na rowerze. Współcześnie łatwo zauważyć niepokojące zjawisko, które dotyczy ograniczenia aktywności fizycznej. Zdaniem WHO „brak aktywności fizycznej skutkuje wysoką śmiertelnością, powodującą na całym świecie 2 miliony zgonów rocznie” [19, s. 199]. Dlatego Światowa Organizacja Zdrowia rozpoczęła działania na rzecz zdrowia, tworząc różne programy zdrowotne na szczeblu globalnym, terytorialnym, krajowym i lokalnym.

W Polsce jednym z najważniejszych projektów był Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 (NPZ) przyjęty uchwałą Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r., którego drugi cel operacyjny dotyczył czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia, a w pkt 2 postulowało się zwiększenie aktywności fizycznej ludności [6].

7. Udział dzieci w zajęciach ruchowych

Bodźce ruchowe należy tak dawkować, aby przynosiły najkorzystniejsze efekty zdrowotne w kategoriach biologicznych, psychicznych i społecznych, a dziecko wytworzyło afirmatywną postawę wobec swojego zdrowia. Szkolne zajęcia ruchowe w wielu przypadkach są jedyną aktywnością kompensującą siedzący tryb życia. Wśród społeczeństwa, niestety także i wśród wielu nauczycieli, funkcjonuje przekonanie, że miarą efektów pracy nauczyciela wychowa-