

# Katarzyna Wojciechowska

---

## Zachowania zdrowotne uczniów klas trzecich w wybranych szkołach podstawowych województwa kujawsko-pomorskiego

---

Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika 12, 135-146

---

2016

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Katarzyna Wojciechowska\*

## ZACHOWANIA ZDROWOTNE UCZNIÓW KLAS TRZECICH W WYBRANYCH SZKOŁACH PODSTAWOWYCH WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

### WPROWADZENIE

Ciągłość przeobrażeń dokonujących się we współczesnych czasach niesie ze sobą wiele zmian w różnych dziedzinach życia. Wraz z rozwojem techniki czy medycyny cywilizacja przyniosła ludzkości wiele dobrodziejstw, którym, niestety, towarzyszą pewne zagrożenia dotyczące całe społeczeństwa, a szczególnie dzieci i młodzież. Prawidłowe funkcjonowanie i zdrowa egzystencja jest zaburzona poprzez pojawiające się u coraz młodszych członków społeczeństwa czynniki ryzyka, takie jak: brak ruchu, nieprawidłowe odżywianie, odporność na antybiotyki i inne leki, wzrastające użycie środków uzależniających, stany ciągłego napięcia psychicznego.

Oceniając stan świadomości polskiego społeczeństwa, nie należy się spodziewać szybkiej poprawy jego zdrowotnej kondycji. Powszechne jest bowiem przekonanie, że problem zdrowia to raczej sprawa wyposażenia genetycznego organizmu, a jeżeli pojawi się choroba, wkraczają lekarze odpowiedzialni za przywrócenie zdrowia. Ludzie w dalszym ciągu nie rozumieją, że poprawa stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego zależy od zdrowego stylu życia i związanych z tym zachowań zdrowotnych. Wiele zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży, takich jak: urazy, otyłość, próchnica zębów, zaburzenia układu ruchu, infekcje układu oddechowego itd., ma podłoże behawioralne.

### UZGODNIENIA TERMINOLOGICZNE

Większość zachowań człowieka w codziennym życiu ma bezpośredni lub pośredni związek ze zdrowiem. Zachowania te mogą być reaktywne, nawykowe lub celowe. Niektórzy autorzy odróżniają termin „zachowania zdrowotne”, odnoszący się do postępowania podjętego intencjonalnie w celu przywrócenia, utrzymania lub doskona-

---

\* Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.

lenia zdrowia, od „zachowań związanych ze zdrowiem” – automatycznych, nie intencjonalnych (Woynarowska, 2000, s. 68). Zachowania zdrowotne dzieli się także na:

- **sprzyjające zdrowiu** (prozdrowotne, pozytywne), do których można zaliczyć: aktywność fizyczną, racjonalne żywienie, utrzymywanie czystości ciała i otoczenia, zapewnienie bezpieczeństwa (np. w ruchu drogowym), utrzymanie właściwych relacji między ludźmi, radzenie sobie ze stresem;
- **ryzykowne dla zdrowia** (antyzdrowotne, negatywne) – to przede wszystkim: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, używanie środków psychoaktywnych, które niektórzy autorzy zaliczają do zachowań autoagresyjnych.

Zachowania zdrowotne kształtują się od wczesnego dzieciństwa w procesie socjalizacji pod wpływem bardzo różnorodnych czynników, w tym wzorów i instrukcji przekazywanych przez rodziców, rówieśników, szkołę, religię, społeczność lokalną, środki masowego przekazu i reklamy. Dzieciństwo i młodość decydują w istotnym stopniu o zachowaniach zdrowotnych człowieka w wieku dorosłym (Woynarowska, 2000).

Poprzez wybór i realizowanie określonych zachowań zdrowotnych, szczególnie intencjonalnych, jednostka podkreśla swoją autonomię i wolną wolę w dokonywaniu wyborów spośród alternatywnych możliwości działań (Ostrowska, 1997, s. 16). Z drugiej strony, przejawiane przez człowieka zachowania zdrowotne stanowią rezultat socjalizacji naturalnej i zinstytucjonalizowanej, gdyż wzory tych zachowań są własnością kultury, w kręgu której żyje, tzn. są akceptowane w danym społeczeństwie jako sprzyjające zdrowiu, i takie, które w danym układzie społecznym postrzegane są jako zagrażające zdrowiu. W związku z tym jednostce potrzebne jest społeczne przyzwolenie na uczestnictwo społeczne w formie utrwalonej kulturowo i uznanej za właściwą dla kategorii, z którą dana jednostka jest zidentyfikowana (płci, wieku, położenia społecznego). Jeżeli jednostka ujawnia zachowania kwalifikowane jako niesprzyjające zdrowiu, spotyka się ze społeczną dezaprobatą (Roman, 2002, s. 178).

Rodzaje zachowań zdrowotnych można uporządkować, przypisując je określonej kategorii, których typologię zaproponowała Roman. Są to:

- zachowania terapeutyczne ujawniane przez człowieka w celu odzyskania traconej wartości zdrowia;
- zachowania profilaktyczne, których celem jest ochrona posiadanej wartości zdrowia przed jej utratą;
- zachowania kompensacyjne, które mają doprowadzić do sublimacji utraconej częściowo lub trwale wartości zdrowia (Roman, 1998).

Woynarowska wyjaśnia jeszcze inne terminy pokrewne związane z zachowaniami i działaniami ludzi w zdrowiu i chorobie:

- „niedziałanie zdrowotne” – polega na niepodejmowaniu działań skierowanych na zdrowie w sytuacjach, w których takie działania powinny być podjęte (np. niezaprzestanie palenia tytoniu, mając świadomość jego szkodliwości dla zdrowia);

- zachowania medyczne – związane z aktywnym korzystaniem z instytucji i świadczeń medycznych (np. wizyty u lekarza, w tym także profilaktyczne);
- zachowania prewencyjne – działania podejmowane w celu zapobiegania chorobie (np. szczepienia ochronne przeciwko grypie) lub wczesnego jej wykrycia (np. poddawanie się badaniom profilaktycznym, samobadanie piersi), zapobieganie urazom (np. zapinanie pasów bezpieczeństwa w samochodzie);
- zachowania promocyjne – ukierunkowane na zwiększenie potencjału zdrowia, jego pomnażanie, potęgowanie (np. systematyczna aktywność fizyczna, racjonalne żywienie) (Woynarowska, 2008, s. 53).

Autorka wyróżniła też specyficzne grupy zachowań w odniesieniu do ludzi chorych. Są to:

- zachowania w chorobie – charakter reakcji na zaobserwowane u siebie zmiany w stanie zdrowia (np. szukanie informacji, zgłoszenie się lub nie do lekarza, podejmowanie innych środków zaradczych), uzależnione od percepcji objawów, oceny zagrożeń, wiedzy na temat choroby, więzi społecznych, wieku, płci, gotowości do szukania pomocy;
- samoopieka – aktywność własna osoby uważającej siebie za chorą w celu poprawy swego zdrowia, często z ograniczeniem udziału terapeuty i pomocy ze strony otoczenia (Woynarowska, 2008, s. 54).

Suma zachowań zdrowotnych, postaw i ogólnej filozofii życia składa się na styl życia człowieka. W rozumieniu potocznym stanowią go określone zespoły zachowań, przekonań i nastawień ujawniające się u danego człowieka w doświadczanych przez niego sytuacjach życia codziennego. Nauki psychologiczne określają styl życia jako zespół typowych dla określonego układu cech osobowości zachowań i reakcji pojawiających się w różnych sytuacjach życiowych. Definicje socjologiczne natomiast ujmują styl życia jako zakres i formy codziennych zachowań jednostek lub grup, specyficzne dla ich usytuowania społecznego (Siciński, 1976, s. 15).

W odniesieniu do zdrowia styl życia określa się jako całościowy powiązanych ze sobą zachowań, zwyczajów i nawyków, które mogą mieć wpływ na poziom ryzyka przedwczesnego rozwoju określonych chorób, determinowane są przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne. Tak rozumiany styl życia jest wypadkową możliwości, uwarunkowań i wyborów (Drabik i Wróblewska, 1995, s. 77).

Prezentowany przez jednostkę styl życia może wzmacniać jej potencjał zdrowotny bądź prowadzić do jego osłabienia, stąd możemy mówić o prozdrowotnym lub antyzdrowotnym jego charakterze. Styl życia o charakterze prozdrowotnym cechuje obecność zachowań nakierowanych na umacnianie i poprawę zdrowia przy jednoczesnej eliminacji zachowań ryzykownych, zagrażających zdrowiu (Gawęł, 2003, s. 23). Człowiek prowadzący prozdrowotny styl życia dba o sprawne funkcjonowanie swojego organizmu, posiada zdolność radzenia sobie z problemami emocjonalnymi i psychicznymi, a także posiada umiejętność reagowania na wyzwania środowiska

i pokonywania sytuacji trudnych. Jest to człowiek zdrowy w sensie społecznym, czyli posiada predyspozycje psychofizyczne, które pozwalają na spełnianie kierowanych do niego oczekiwań w związku z pełnionymi przez niego funkcjami i rolami społecznymi, a jednocześnie ma możliwość życia w sposób satysfakcjonujący (Śliwa, 2001, s. 62). Zgodnie zatem z definicją zdrowia pomnażać jego potencjał będzie jednostka, na której styl życia składać się będą zachowania prozdrowotne w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Wśród zachowań tych można wyróżnić cztery grupy:

- zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym:
  - dbałość o ciało i najbliższe otoczenie;
  - aktywność fizyczna;
  - racjonalne żywienie;
  - hartowanie się;
  - sen – odpowiedni czas jego trwania i jakość;
- zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym:
  - korzystanie i dawanie wsparcia społecznego;
  - unikanie nadmiaru stresów i radzenie sobie z problemami i stresem;
- zachowania prewencyjne:
  - samokontrola zdrowia i samobadanie;
  - poddawanie się badaniom profilaktycznym;
  - bezpieczne zachowania w życiu codziennym (zwłaszcza w ruchu drogowym, w szkole, w miejscu pracy);
  - bezpieczne zachowania w życiu seksualnym;
- niepodjęcie zachowań ryzykownych:
  - niepalenie tytoniu;
  - ograniczenie używania alkoholu;
  - nienadużywanie leków niezaleconych przez lekarza;
  - nieużywanie innych substancji psychoaktywnych (Woynarowska, 2008, s. 52).

Człowiek od wczesnego dzieciństwa uczy się i modeluje swój styl życia, w tym zachowania zdrowotne. Proces ten uzależniony jest od wielu czynników, które można podzielić na cztery grupy:

1. Czynniki związane ze środowiskiem fizycznym, w którym ludzie żyją i pracują (na przykład środowisko naturalne i jego zanieczyszczenia, stopień industrializacji, dostępność i cena żywności, opieka zdrowotna itd.).

2. Czynniki kulturowe, w tym przede wszystkim miejsce zdrowia w hierarchii wartości, poczucie ryzyka, dostępność, spójność i rzetelność informacji, wzory ze strony osób znaczących.
3. Wpływ grup ludzi, w których odbywa się proces wychowania i socjalizacji dziecka. Główną rolę odgrywa tu rodzina, a następnie grupa rówieśników.
4. Czynniki osobiste, w tym własne przekonania w sprawach zdrowia, jego kontroli, potrzeby działań profilaktycznych, także własna aktywność, wytrzymałość w sytuacjach zagrożenia (traktowanie ich raczej jako wyzwania i próba kontrolowania) oraz zdolność do radzenia sobie ze stresami i sytuacjami trudnymi (Woynarowska, 1998, s. 113).

W Polskim Programie Zdrowie dla Wszystkich zwrócono uwagę na behawioralne uwarunkowania chorób i zjawisk zdrowotnych (choroby krążenia, nowotwory, nadumieralność mężczyzn) oraz wysunięto twierdzenie, że poprawa tych zjawisk może nastąpić przede wszystkim poprzez zmianę stylu życia oraz kształtowanie właściwych zachowań zdrowotnych i porzucenie szkodliwych nawyków. Doświadczenie uczy, że eliminowanie takich zachowań z życia jest bardzo trudne. Wynika to bowiem z faktu, że pełnią one często funkcję mechanizmów samoobronnych w sytuacjach walki ze stresem. Dlatego każdy proces wychowania zdrowotnego powinien być w dużym stopniu zorientowany właśnie na szeroko zakrojone działania, które powinny ostatecznie doprowadzić do tego, aby nie tylko wzmacniać zachowania pogłębiające zdrowie, ale także eliminować te zagrażające zdrowiu (Śliwa, 2001, s. 62).

## MATERIAŁ I METODA BADAWCZA

Badania związane z próbą określenia zachowań zdrowotnych dzieci prowadzono w sześciu szkołach podstawowych usytuowanych w trzech różnych środowiskach lokalnych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Próbę stanowili uczniowie trzecich klas w liczbie 337 osób. Źródłem dokładnego i obiektywnego poznania zachowań zdrowotnych dzieci była obserwacja prowadzona zgodnie z przygotowaną tabelą obserwacyjną. Przedmiotem obserwacji uczyniono zachowania zdrowotne uczniów ujawniane w ciągu całego dnia pobytu w szkole i poza nią, na przykład na wycieczce, spacerze, podczas prac porządkowych na terenie szkoły i innych. Zakres obserwowanych zachowań obejmował:

- higienę osobistą i czystość otoczenia;
- bezpieczeństwo i pierwszą pomoc;
- odżywianie i zdrową żywność;
- aktywność ruchową, pracę i wypoczynek, czas wolny;
- profilaktykę uzależnień.

Higiena osobista to zapewnienie prawidłowego rozwoju organizmu i dążenie do uzyskania optymalnej sprawności fizycznej i psychicznej. Celem higieny jest nie tylko ochrona organizmu przed chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi, ale również dążenie do jego w dobrym stanie zdrowotnym i w dobrym samopoczuciu. Każdy narząd człowieka i jego czynności mogą być rozpatrywane pod względem działania bodźców pozytywnych i negatywnych, więc często szkodliwych dla organizmu. Zadaniem higieny osobistej jest zwrócenie uwagi przede wszystkim na czynniki pozytywne, które prowadzą nie tylko do utrzymania, ale i wzmocnienia zdrowia człowieka. Celem higieny jest rozwijanie pełni sprawności i aktywności organizmu człowieka w każdym wieku. Czynniki negatywne, a więc szkodliwe, jeśli występują przez dłuższy okres, to mogą prowadzić do rozwoju choroby (Kuński, 2000, s. 97). Okres wczesnoszkolny sprzyja kształtowaniu i umacnianiu nawyków i przyzwyczajęń higieniczno-kulturalnych, zamiłowania do czystości, dbałości o swój estetyczny wygląd na zasadzie wytworzonych złożonych odruchów warunkowych (Bartkowiak, 1981, s. 73–92). W tym zakresie obserwowano takie zachowania, jak m.in.: mycie rąk przed i po określonych czynnościach, dbanie o czystość własnego ciała i odzieży oraz umiejętność jej doboru w zależności od warunków pogodowych i okolicznościowych, utrzymanie czystości w klasie i otoczeniu, stosunek do zabiegów lekarskich.

W zakresie ujawniania zachowań zdrowotnych dotyczących przestrzegania zasad bezpieczeństwa brano pod uwagę: bezpieczeństwo ruchu drogowego i kulturę w ruchu drogowym, zachowanie ostrożności i bezpieczeństwa przy posługiwaniu się urządzeniami i przedmiotami, które mogą wzniecić ogień oraz prawidłowych reakcji w przypadku zauważenia pożaru, przestrzeganie zasad bezpiecznej zabawy w szkole i na boisku, a w razie wypadku umiejętność niesienia pomocy, przede wszystkim poprzez natychmiastowe wezwanie dorosłych.

Jednym z podstawowych czynników warunkujących zdrowie człowieka jest właściwe odżywianie. Prawidłowy rozwój fizyczny, psychiczny i emocjonalny, dobry stan zdrowia, efektywność nauki i pracy, odporność na choroby w dużej mierze zależą od racjonalnego odżywiania. W młodszym wieku szkolnym sposób żywienia ma szczególne znaczenie, gdyż jest to czas intensywnego wzrostu i rozwoju organizmu. Zasoby, w które zostanie wówczas wyposażony organizm, są podstawą jego rozwoju i dobrego funkcjonowania w ciągu całego życia. Świadomość tego faktu powinna być kształtowana już od najmłodszych lat, a wraz z nią motywacja do podejmowania najkorzystniejszych dla zdrowia decyzji o sposobie odżywiania.

Liczne badania pokazują, że dzieci regularnie jedzące posiłki, które jakościowo i ilościowo są zgodne z realnym zapotrzebowaniem ich organizmu, w pełni wykorzystują genetycznie uwarunkowane możliwości optymalnego rozwoju, są bardziej efektywne podczas pracy w szkole, popełniają mniej błędów, lepiej koncentrują uwagę, osiągają lepsze wyniki w sprawdzianach kondycji fizycznej, mają lepsze samopoczucie i mniej dolegliwości niż dzieci, które jedzą nieregularnie, a ich posiłki nie są zbilansowane (Sokołowska, 2002, s. 6–7).



Jednym z warunków racjonalnego odżywiania się jest regularność spożywania posiłków. Każde dziecko powinno w ciągu dnia mieć możliwość spożycia 5 posiłków rozłożonych w odstępach 4-godzinnych. Niespożycie posiłku po czasie dłuższym niż 4 godziny powoduje uczucie głodu. Obniża to zdolność do koncentracji uwagi, aktywności ucznia, pogarsza jego nastrój, zwiększa drażliwość, co często prowadzi do konfliktów w szkole i w domu (Sokołowska, 2002, s. 18).

Istotne jest też kulturalne zachowanie się podczas spożywania posiłków. Związane jest to z: estetyką przygotowania dań, spożywaniem posiłków w miejscach do tego przeznaczonych w towarzystwie innych osób, wygospodarowaniem czasu na jedzenie, unikaniem pośpiechu, zdenerwowania. W tym obszarze obserwowano: chęć sięgania przez dzieci po pokarm o dużej wartości odżywczej, umiejętność wyboru produktów do przygotowania zdrowego dania, umiejętność przygotowania posiłku, estetycznego podania i kulturalnego spożywania.

Ocenie zachowań zdrowotnych uczniów kończących edukację wczesnoszkolną poddano też stosunek badanych do aktywności ruchowej. Zmiany, jakie zachodzą w organizmie pod wpływem systematycznie wykonywanych ćwiczeń, są **wszecstronne. Aktywność ruchowa wpływa na poprawę motoryki dziecka. Korzystne zmiany zachodzą również w tkankach organizmu. U dzieci i młodzieży ruch odgrywa ważną rolę** we wzrastaniu i dojrzewaniu organizmu. W wieku dorosłym przeciwdziała osteoporozie, pod warunkiem że jest odpowiednio dozowany i ukierunkowany. U osób starszych pod wpływem aktywności ruchowej wzmocnieniu ulega struktura kości, przez co są one bardziej odporne na urazy. Odpowiednio „dawkowany” ruch i wysiłek fizyczny zapewniają prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny uczniów. Od jak najmłodszych lat należy wdrażać nawykowe formy odreagowywania stresów poprzez ruch i wysiłek fizyczny. W wyniku ruchu uruchamiane zostają w organizmie pewne mechanizmy obronne – odpornościowe. Pod wpływem zwiększonego wysiłku fizycznego aktywizuje się w organizmie mechanizm polegający na zwalczaniu przez białe krwinki drobnoustrojów i obcych substancji, przeciwdziałając rozwojowi choroby. Dokładne określenie zapotrzebowania organizmu na wysiłek fizyczny nie jest łatwe. Zmienia się ono w zależności od wieku, płci, stanu zdrowia, rodzaju wykonywanej pracy i wielu innych czynników obciążających organizm w różnej mierze w zmieniających się okolicznościach życiowych. Rozwiązanie problemu pośrednio ułatwia przestrzeganie dwóch głównych zaleceń: regularnego zaprawiania się w wysiłku fizycznym oraz bezwzględnego reagowania na nasilające się zmęczenie jako sygnał do zaprzestania wysiłku (Jaczewski, 1998, s. 182–183). Można w przybliżeniu określić łączny czas zajęć ruchowych dla dzieci w młodszym wieku szkolnym na 3–3,5 godziny dziennie, uwzględniając czas na przebycie drogi do szkoły i ze szkoły, aktywność ruchową w czasie przerw śródlekcyjnych, uczestniczenie w zajęciach wychowania fizycznego i pozalekcyjnych oraz obowiązki domowe.

Istotnym elementem zdrowego stylu życia jest umiejętność racjonalnego gospodarowania czasem. Tryb życia dziecka powinien być taki, aby zapewnił dobre samo-



poczucie i pełny wypoczynek. Mówiąc o zachowaniach dzieci związanych z racjonalnym organizowaniem czasu, należy podkreślić znaczenie snu, który spełnia w życiu człowieka, szczególnie w okresie wczesnoszkolnym, niezmiernie doniosłe funkcje. Obserwacji poddano takie kategorie zachowań, jak: chęć przebywania na świeżym powietrzu, uczestnictwo w zabawach i grach ruchowych, dbanie o prawidłową postawę w ławce szkolnej, umiejętność organizowania wypoczynku czynnego.

Bardzo ważne miejsce w przygotowaniu dzieci w okresie wczesnej edukacji do podejmowania zachowań korzystnych dla zdrowia przypada profilaktyce uzależnień. Na podjęcie próby używania substancji odurzających przez dzieci i młodzież, a następnie regularne ich przyjmowanie, wpływa wiele czynników często wzajemnie ze sobą powiązanych. Trzy z nich wymienia się najczęściej: ciekawość, dostępność i odurzanie się przez rówieśników. W związku z doniesieniami o obniżaniu wieku inicjacji tytoniowej należy profilaktykę antynikotynową rozpoczynać już w przedszkolu, kontynuować w szkole i propagować w rodzinie. Innym rodzajem uzależnienia, przeciwko któremu należy podejmować działania profilaktyczne wśród dzieci w młodszym wieku szkolnym, jest uzależnienie od alkoholu i związane z nim problemy alkoholowe. W ostatnich latach nasilił się problem szerokiego i łatwego dostępu do narkotyków, dopalaczy oraz leków niezleconych przez lekarza poprzez pojawienie się handlarzy w okolicach szkół, a nawet w samych szkołach wśród uczniów (Woynarowska, 2000, s. 212). Zapobieganie i zwalczanie używania substancji psychoaktywnych oraz zmniejszenie związanych z nimi szkód zdrowotnych jest bardzo trudnym i złożonym procesem. Szkoła zatem prowadzi wiele projektów w tym zakresie, co pozwoliło na obserwowanie zachowań dzieci podczas takich inicjatyw.

Zadaniem promocji zdrowia jest też rozwijanie u dzieci świadomości ekologicznej i zagrożeń, jakie niesie degradacja środowiska naturalnego, aby jako ludzie dorośli nie czuli się bezsilni i podejmowali działania, które leżą w ich zasięgu (Kopeć-Ślęzak, 1999, s. 414–437). W związku z tym obserwacji poddano też zachowania uczniów w zakresie kultury ekologicznej.

## ANALIZA WYNIKÓW

W toku przeprowadzonej obserwacji zgromadzono bogaty materiał empiryczny, który w postaci danych liczbowych i procentowych zestawiono w tabeli 1.

Wyniki obserwacji pozwalają stwierdzić, że badaną grupę dzieci charakteryzuje postawa prozdrowotna. Większość dzieci przestrzega racjonalnych zasad zachowań zdrowotnych we wszystkich badanych obszarach lub robi to po przypomnieniu. Wartości procentowe wskazują, że ilość dzieci, które mają ukształtowane nawyki zdrowotne, oscyluje między 90,5% w obszarze higieny, 93,8 % w obszarze aktywności ruchowej i profilaktyki uzależnień, 94% w ramach bezpieczeństwa, a 97,3% w zakresie odżywiania.

Tab.1. Zachowania zdrowotne badanych dzieci klas trzecich

Obszar obserwowanych Zachowań zdrowotnych	Kategoria zachowań					
	przestrzega		wymaga przypomnienia		nie przestrzega	
	N	%	N	%	N	%
Higiena osobista i czystość otoczenia	230	68,25	75	22,26	32	9,5
Bezpieczeństwo i pierwsza pomoc	266	78,93	51	15,13	20	5,93
Odżywianie i zdrowa żywność	213	63,20	115	34,12	9	2,67
Aktywność ruchowa, praca i wypoczynek, czas wolny	252	74,78	64	18,99	21	6,23
Profilaktyka uzależnień	295	87,54	21	6,23	21	6,23

Źródło: opracowanie własne.

Osoby, które nie przestrzegają zasad prozdrowotnych, stanowią niewielką grupę. Ich zaniedbania w tym zakresie wynikają najczęściej z warunków, w których się wychowywali i w których przebiegała ich edukacja zdrowotna. Nieumiejętność podejmowania współpracy przez najważniejsze z punktu widzenia dziecka podmioty wychowawcze też stanowi najczęstszą przyczynę braków w kulturze prozdrowotnej. Zachowania zdrowotne bowiem są wynikiem przyzwyczajień i nawyków kształtowanych przez planowe i systematyczne organizowanie działań wychowawczych. Aby jakaś czynność stała się nawykiem, potrzeba wielokrotnego ćwiczenia, które

doprowadzą do takiego stanu, że udział świadomości jest w niej znikomy, a po wyzwoleniu łańcucha ruchów dalsze jego ogniwa toczą się automatycznie (Demel, 1980, s. 116).

Ważna jest systematyczność i konsekwencja w podejmowanych działaniach, a także umiejętne przeprowadzenie dziecka przez wszystkie etapy kształtowania się nawyku. Rozpocząć należy od podania nazwy i znaczenia opanowania danej czynności w życiu codziennym. Tego etapu nie należy lekceważyć, gdyż odnosi się on do wyrobienia pozytywnej motywacji. Dzięki temu ukierunkowuje myślenie i kształci wolę dzieci, uświadamiając im, jaką czynność i po co mają opanować. Drugi etap to wzorcowy pokaz danej czynności, któremu towarzyszy komentarz słowny oraz dodatkowe środki dydaktyczne wzmacniające przekaz. Pierwsze próby samodzielnego wykonania ćwiczonej czynności są kolejnym etapem kształtowania nawyków. Są one świadome, połączone z dużym wysiłkiem i staraniem o poprawne wykonanie. Kolejny etap to już wielokrotne powtarzanie ćwiczonej czynności, prowadzące do automatyzacji. Liczba niezbędnych ćwiczeń uzależniona jest od możliwości psychofizycznych uczniów i od rodzaju nawyku. Rola nauczyciela i rodziców polega na kontrolowaniu poprawności wykonywania poszczególnych czynności tworzących większą całość. W razie potrzeby dorośli udzielają rad, wskazówek, służą pomocą. W opanowaniu

nawyku ważna jest systematyczność i zaangażowanie. Jeżeli wcześniej opanowane nawyki przez dłuższy czas nie są ćwiczone, to ulegają osłabieniu, a nawet całkowitemu wygaszeniu (Żuchelkowska i Wojciechowska, 2000, s. 61).

## PODSUMOWANIE

Reasumując, można stwierdzić, że uczniowie kończący edukację wczesnoszkolną wykazali wysoki poziom obserwowanych zachowań zdrowotnych we wszystkich badanych obszarach. Świadczy to o posiadanej przez uczniów wiedzy o zdrowym stylu życia i rozwoju zainteresowań własnym zdrowiem. Badani mają ukształtowane właściwe postawy wobec zdrowia, co pozwala im dokonywać właściwych wyborów zachowań sprzyjających zdrowiu. W większości ich zachowania są zgodne z zasadami zdrowego stylu życia, tzn. podejmują aktywność fizyczną, stosują zasady racjonalnego odżywiania, poddają się zabiegom hartowania. Potrafią też zareagować właściwie w przypadku zagrożenia oraz w kontakcie z niebezpiecznymi, toksycznymi przedmiotami. Dobrze sobie radzą w sytuacjach stresowych oraz bardzo dobrze są przygotowani do udzielania pomocy poszkodowanym.

Zachowania prozdrowotne, w tak szerokim zakresie ujawnione przez badanych, będą trwałe tylko wtedy, gdy będą ściśle powiązane z warunkami środowiskowymi, w których żyją uczniowie. Oznacza to, że potwierdzeniem przekazywanych w szkole informacji o ochronie zdrowia powinny być zachowania zdrowotne, które dziecko obserwuje w otoczeniu. Stąd niezwykle ważny postulat o pilnej potrzebie rozwijania i umacniania współpracy szkoły z rodzicami, aby w domu i w szkole stworzyć warunki sprzyjające umacnianiu nawyków i rozwijaniu zachowań pomnażających zdrowie. Edukację należy skierować tak, by uczniowie, wykorzystując nabytą wiedzę i umiejętności, umieli w sposób dla siebie skuteczny działać na rzecz swego zdrowia i dokonywać właściwych prozdrowotnych wyborów.

## BIBLIOGRAFIA

- Bartkowiak, Z. (1981). *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Warszawa.
- Demel, M. (1980). *Pedagogika zdrowia*. Warszawa.
- Drabik, J. i Wróblewska, A. (1995). Styl życia rodziców dzieci u progu szkoły podstawowej. W: Z. Czaplicki i W. Muzyka (red.). *Styl życia a zdrowie*. Olsztyn.
- Gawęł, A. (2003). *Pedagogia wobec wartości zdrowia*. Kraków.
- Jaczewski, A. (1998). *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Warszawa.
- Kopec-Ślęzak, J. (1999). Problematyka zanieczyszczeń środowiska w aspekcie pro-

- mocji zdrowia. W: J. Karski (red.). *Promocja zdrowia*. Warszawa.
- Kuński, H. (2000). *Promowanie zdrowia*. Łódź.
- Ostrowska, A. (1997). Prozdrowotne style życia. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, IV*.
- Roman, E. (1998). *Młodzież studiująca wobec wartości własnego zdrowia*. Poznań.
- Roman, E. (2002). Stosunek dzieci i młodzieży do wartości zdrowia. Wzory zachowań prozdrowotnych. W: Z. Żukowska i R. Żukowski (red.). *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*. Warszawa.
- Siciński, A. (1976). Styl życia – problemy pojęciowe i teoretyczne. W: A. Siciński (red.). *Styl życia koncepcje i propozycje*. Warszawa.
- Sokołowska, M. (2002). Realizacja ścieżki edukacyjnej – edukacja prozdrowotna. *Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia, 4*.
- Szukalski, W. (2001). Zdrowotne walory aktywności ruchowej. *Lider, 1*.
- Śliwa, M. (2001). *Wychowanie zdrowotne. Zarys teorii i metodyki*. Katowice.
- Woynarowska, B. (1998). *Profilaktyka w pediatrii*. Warszawa.
- Woynarowska, B. (2000). *Zdrowie i szkoła*. Warszawa.
- Woynarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa.
- Żuchelkowska, K. i Wojciechowska, K. (2000), *Promocja zdrowia w edukacji dzieci przedszkolnych*. Bydgoszcz.

## ZACHOWANIA ZDROWOTNE UCZNIÓW KLAS TRZECICH W WYBRANYCH SZKOŁACH PODSTAWOWYCH WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne, edukacja wczesnoszkolna, uczniowie klas trzecich

**Streszczenie:** Prezentowany tekst jest próbą oceny zachowań zdrowotnych uczniów uczęszczających do klas trzecich szkół podstawowych. Próbę badawczą stanowiła grupa 337 uczniów losowo dobranych. Materiał empiryczny zebrano w oparciu o metodę obserwacji. W toku badań obserwowano wszystkie czynności uczniów w szkole i poza nią w obszarach: higiena osobista i czystość otoczenia, bezpieczeństwo i pierwsza pomoc, odżywianie i zdrowa żywność, aktywność ruchowa, praca i wypoczynek, czas wolny, profilaktyka uzależnień. Analiza uzyskanych danych pozwala stwierdzić, że badani uczniowie kończący edukację wczesnoszkolną wykazali wysoki poziom obserwowanych zachowań zdrowotnych we wszystkich badanych obszarach.

## HEALTH BEHAVIOR OF THIRD-GRADE STUDENTS IN SELECTED PRIMARY SCHOOLS IN THE KUYAVIAN-POMERANIAN VOIVODESHIP

**Keywords:** health behavior, early childhood education, third-grade students

**Abstract:** The presented text attempts to assess the third-grade students health behavior. The sample comprised 337 randomly selected students. The empirical material was collected based on the method of observation. During the research all students' activities in the school and beyond were observed in the areas of: personal hygiene and environmental cleanliness, safety and first aid, nutrition and healthy food, physical activity, work and leisure, free time, addictions prevention. Analysis of the obtained data brings to a conclusion that the surveyed students who were finishing early school education indicated a high level of the observed health behavior in all tested areas.