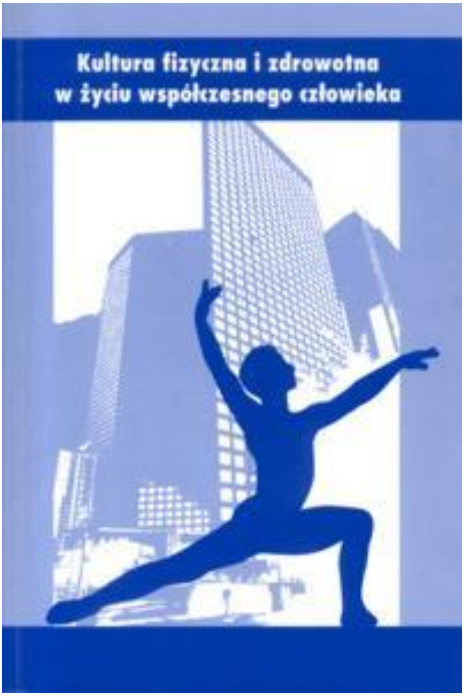

Kultura fizyczna i zdrowotna
w życiu współczesnego człowieka

Redakcja:
Arkadiusz Kaźmierczak
Anna Makarczuk
Anna Maszorek-Szymala

KULTURA FIZYCZNA I ZDROWOTNA W ŻYCIU WSPÓŁCZESNEGO CZŁOWIEKA

Łódź 2007

redakcja naukowa:
Arkadiusz Kaźmierczak
Anna Makarczuk
Anna Maszorek-Szymala

recenzent:
Prof. dr hab. Tomasz Kostka

Sfinansowano ze środków Uniwersytetu Łódzkiego

ISBN 978-83-925085-1-9

Przygotowano i wydano w:
SATORIdruk.pl
M. Pomorski R. Wodyński Sp. Jawna
91-425 Łódź
ul. Północna 36
+48 42 632 96 03, 632 96 08, 633 34 05
+48 509 022 544
www.satoridruk.pl
e-mail: biuro@satoridruk.pl

SPIS TREŚCI

I.
ZDROWIE I AKTYWNOŚĆ RUCHOWA W ŻYCIU CZŁOWIEKA

Zofia Żukowska, Ryszard Żukowski
Zdrowie i aktywność sportowa młodzieży w świetle rozwoju nauk o kulturze fizycznej i pedagogiki 11

Anna Jegier
Wpływ systematycznej aktywności ruchowej na zdrowie 22

Teresa Socha
Potencjał wysiłkowy jako kryterium zdrowia kobiet w późnych dekadach życia 29

Elżbieta Poziomska-Piątkowska, Jacek Lisowski
Stres oksydacyjny a aktywność ruchowa 37

Władysław Pańczyk
Edukacja fizyczna według rozwojowo-zdrowotnych potrzeb dzieci 42

Dmytro Poliszczuk
Kolarstwo i jego korzyści w promocji zdrowia: funkcjonalne i morfologiczne zmiany w pracy układów organizmu 51

Weronika Wrona – Wolny
Nauczyciel wychowania fizycznego w roli wychowawcy zdrowotnego 58

II.
KULTURA FIZYCZNA W PROCESIE KSZTAŁCENIA I WYCHOWANIA

Piotr Winczewski
Metodyka inicjowania sytuacji wychowawczych w zajęciach ruchowych 69

Katarzyna Filar-Mierzwa, Zofia Pelc

Miejsce form tanecznych w lekcjach wychowania fizycznego
w opinii uczniów krakowskich szkół podstawowych 77
Zofia Bubka, Magdalena Tusień-Kuzka
Rytm, ruch, muzyka w lekcjach wychowania fizycznego –
nie bójmy się tańczyć 83
Alicja Romanowska
Świadomość nauczyciela w doborze prób sprawnościowych
do analizy postawy ciała 89
Paweł Ławniczak
Efektywność wychowania fizycznego w perspektywie
krytycznej analizy procesu 102
Paweł Kijo
Wzrastająca rola kompetencji pedagogicznych
w kształceniu nauczycieli wychowania fizycznego 110
Piotr Jaworowicz
Kultura fizyczna studentów na przykładzie aglomeracji łódzkiej 117
Jadwiga Robacha
Społeczne Towarzystwo Oświatowe – alternatywa w edukacji 122
Ewelina Dębowska
Prawne aspekty odpowiedzialności zawodowej nauczyciela –
wybrane zagadnienia 128

III.
ZDROWOTNE UWARUNKOWANIA AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ

Mirosława Cylkowska-Nowak
„Alfabetyzm zdrowotny" w edukacji na rzecz zdrowia –
ustalenia terminologiczne i dyskusja problemu 139
Małgorzata Rębiałkowska-Stankiewicz
Myśliwi, ogrodnicy i gajowi, czyli młodzież akademicka
wobec własnego zdrowia 148
Zofia Kubińska, Andrzej Soroka
Płeć w różnicowaniu oczekiwań i rezultatów osiągnięć studentów
z wychowania zdrowotnego 154
Joanna Rodziewicz-Gruhn, Maria Pyzik, Janusz Wojtyna
Samoocena stanu zdrowia i działania profilaktyczne
studentów niestacjonarnych pedagogiki
Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie 162
Anna Jeziorek
Budowa somatyczna i sprawność fizyczna dzieci 7-14 letnich
z Meridy (Meksyk) i Łodzi (Polska) 168

Elżbieta Kościńska
Aktywność fizyczna ludzi z cukrzycą typu 2 176
Jolanta Danielewicz
Prozdrowotne aspekty aktywności ruchowej osób starszych..... 183
Mieczysław Bytniewski, Jolanta Danielewicz, Alicja Pazur
Wskaźnik krążeniowo-oddechowy Skibińskiego osób starszych uczestniczących w różnych formach aktywności ruchowej..... 189
Jolanta Danielewicz, Mieczysław Bytniewski
Świadomość zdrowotna maturzystów bialskich..... 195
Anna Makarczuk
Wady postawy i dolegliwości bólowe kręgosłupa u nauczycieli wychowania fizycznego 202
Michał Siniarski – Czaplicki
Europejskie standardy w zakresie podstawowych zabiegów ratujących życie..... 208

IV.
PEDAGOGICZNE ASPEKTY SPORTU, REKREACJI I TURYSTYKI

Tatiana Poliszczuk, Agnieszka Dąbrowska-Perzyna
Dynamika sprawności fizycznej kobiet uczestniczących w zajęciach fitness..... 217
Maria Pyzik, Joanna Rodziewicz-Gruhn
Zainteresowania turystyką regionalną studentów Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie..... 222
Monika Sławek
Uczestnictwo i rola rekreacji fizycznej w życiu studentów polskich i niemieckich..... 229
Łucja Płatek, Alicja Stachura, Agnieszka Żynda
Próba oceny efektywności nauczania pływania dzieci w wieku 6-7 lat..... 237
Alicja Stachura, Łucja Płatek, Michał Skóra
Ocena skuteczności uczenia się i nauczania czynności pływackich u 10 letnich dzieci 243
Wojciech Wieczorek
Korelacje między wybranymi cechami budowy ciała, a sprawnością pływacką młodych pływaków 249
Anna Maszorek-Szymala
Zasady Fair Play w spojrzeniu zawodników i kibiców łódzkich klubów piłki nożnej..... 254

Postęp cywilizacyjny i zmiany społeczno-kulturowe zachodzące we współczesnym świecie znajdują swoje odbicie w stanie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego populacji ludzkiej. Zarówno teoretycy jak i praktycy zajmujący się problematyką zdrowia są zgodni, że współczesna wiedza pozwala na wskazanie przyczyn wielu chorób, podkreślając tezę, że utrzymanie dobrego stanu zdrowia jest wypadkową wielu znamiennych czynników. Powszechnie znane są badania, które wskazują, że zdrowie człowieka w najwyższym stopniu zależy od jego stylu życia, który przejawia się zespołami zachowań, zwyczajów i nawyków zdrowotnych. Styl życia jako czynnik warunkujący zdrowie stanowi istotny wskaźnik poziomu kultury zdrowotnej a także kultury fizycznej jednostki oraz społeczeństwa. Egzemplifikacją twórczych - w ostatnich latach - działań na rzecz krzewienia kultury zdrowotnej i fizycznej stały się konferencje naukowe organizowane przez wiele ośrodków akademickich kraju.

Tematem obrad Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej, która odbyła się w Łodzi w dniu 6 października 2006 roku, był problem: „Kultura fizyczna i zdrowotna w życiu współczesnego człowieka". Organizatorami konferencji byli pracownicy Katedry Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego Wydziału Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego we współpracy z Łódzkim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Naukowego Kultury Fizycznej oraz Polskiego Stowarzyszenia Sportu Kobiet. W obradach uczestniczyli uczeni z wielu środowisk akademickich Polski, tworząc płaszczyznę do wymiany myśli naukowej i poglądów na temat roli i miejsca kultury fizycznej i zdrowotnej w egzystencji współczesnego człowieka. Przedstawili także nowe kierunki badań w tej dziedzinie.

Zaprezentowany owoc dokonań naukowych przedstawicieli nauk pedagogicznych, medycznych oraz kultury fizycznej – zawarty w monografii – świadczy o interdyscyplinarnym charakterze omawianej tematyki. Zebrany materiał został podzielony na 4 rozdziały, w których uwzględnione prace odnoszą się do zagadnień współczesnych problemów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, zdrowotnych uwarunkowań aktywności ruchowej oraz uniwersalnych wartości kultury fizycznej w procesie kształcenia i wychowania.

Pomimo przekonania, że niniejsza monografia nie wyczerpuje wszystkich istotnych kwestii związanych z szeroko rozumianą kulturą zdrowotną i fizyczną, redaktorzy mają nadzieję, że zawarte w niej myśli, fakty i spostrzeżenia badawcze staną się cennym materiałem edukacyjnym dla pedagogów, pracowników kultury fizycznej i ochrony zdrowia, przedstawicieli władz samorządowych, a także wszystkich zainteresowanych kreowaniem i podtrzymywaniem zdrowia własnego oraz społecznego.

Arkadiusz Kaźmierczak

I.
ZDROWIE I AKTYWNOŚĆ RUCHOWA W ŻYCIU CZŁOWIEKA

Zofia Żukowska, Ryszard Żukowski
Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, ZW w Białej Podlaskiej

Zdrowie i aktywność sportowa młodzieży w świetle rozwoju nauk o kulturze fizycznej i pedagogiki

Zdrowie i aktywność sportową młodzieży najczęściej rozpatrywano w kategoriach biologicznych uwarunkowań rozwoju i efektywności sportowej. Zdrowiem osób uprawiających sport i przeciwdziałaniom jego zagrożeniom zajmuje się medycyna sportowa. To wszystko, najczęściej – czy w głównej mierze – dotyczy zdrowia fizycznego. Pełna definicja zdrowia obejmuje zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne. I tak pojęte zdrowie ma istotny związek z aktywnością sportową młodzieży. Przedmiotem, bowiem naszych zainteresowań jest człowiek młody w okresie rozwoju jego struktury psychofizycznej, żyjący w określonych warunkach społecznych. Opowiadamy się za holistycznym podejściem do jego osobowości i uwzględniania uwarunkowań psycho-socjo-pedagogicznych zdrowia i aktywności fizycznej – a szerzej – sportowej młodzieży.

Klasyczna triada: ciało, umysł, duch legła u podstaw pedagogiki humanistycznej. Swymi korzeniami sięga daleko wstecz, co najmniej do klasycznej Grecji. Harmonia w rozwoju zależała od równoległej inwestycji w te trzy aspekty podmiotu wychowania – w tym i sportowego.

Idea ta najczystszą swoją formę osiągnęła w nowym humanizmie XVIII i wczesnego XIX wieku. Dziś jest ona silnie reprezentowana przez różne nurty pedagogiki humanistycznej – w tym pedagogiki zdrowia – i rozprzestrzenia się coraz bardziej pod wpływem m. in. tzw. ruchu New Age.

A wszystko to zakłada permanentną potrzebę promocji zdrowia. Zdrowie bowiem fizyczne, psychiczne i społeczne jednostki stanowi cel i jednocześnie warunek wielostronnego rozwoju i podmiotowego traktowania się wzajemnie dwóch stron interakcji wychowawczych – uczniów i nauczycieli, sportowców i trenerów – we wszelkich formach i na wszystkich poziomach aktywności sportowej.

Zdrowie stanowiło i stanowi przedmiot badań wielu nauk o kulturze fizycznej i nauk pedagogicznych. Potwierdzenie tego można znaleźć w polskich tradycjach oświatowych i w literaturze.

Rozwój nauk o kulturze fizycznej i pedagogiki, a promocja zdrowia

Najstarsze związki dotyczą nauk biomedycznych (anatomii, antropologii, biologii, fizjologii), a wraz z rozwojem podstaw humanistycznych kultury fizycznej zdrowie fizyczne i psychiczne jako wartość wpisane zostało dodatkowo do teorii wychowania fizycznego, teorii sportu i teorii rekreacji. Ponadto stanowi żywy przedmiot zainteresowań badawczych pedagogiki i psychologii kultury fizycznej w kontekście zdrowia fizycznego i psychicznego, a socjologii kultury fizycznej w kontekście zdrowia społecznego.

W sporcie – bez względu na poziom jego uprawiania – zdrowie leży w centrum zainteresowań wielu nauk. Rozwój cywilizacji rodzi nowe potrzeby wpisania zdrowia jako istotnej wartości w osiąganiu celów i samorealizacji jednostek i grup uczestniczących w różnych dziedzinach kultury fizycznej: wychowaniu fizycznym, sporcie, rekreacji i rehabilitacji.

W świetle nowych zagrożeń ekologicznych coraz częściej mówi się o potrzebie ekorozwoju, a temu służyć ma racjonalne i planowo realizowane uczestnictwo w kulturze fizycznej w kontakcie z przyrodą i z dala od zanieczyszczeń powietrza i wód, z dala od środowisk wysoko zurbanizowanych. Ekologia w swój przedmiot badań wpisała również potrzebę aktywności fizycznej człowieka.

Przykłady korelacji zachodzących między zdrowiem a szeroko rozumianą aktywnością ruchową człowieka można licznie odnaleźć w literaturze polskiej. Dotyczy to zarówno przeszłości i tradycji, jak i aktualnego spojrzenia na problem. Przybliżymy niektóre osoby, fakty i dokonania, które miały i mają wpływ na obecny stan wiedzy o zdrowiu w naukach o kulturze fizycznej.

I tak od lat sześćdziesiątych XIX wieku forum dyskusyjnym o należne miejsce wychowania fizycznego i higieny szkolnej stały się zjazdy nauczycielskie i kongresy pedagogiczne [Rotkiewicz, Hądzelek 1993].

Zagadnienie zdrowia i aktywności ruchowej stanowiły już przedmiot zainteresowań Kongresu Pedagogów Polskich we Lwowie w 1894 roku. Wskazywano na konieczność wypełniania grami i zabawami ruchowymi przerw międzylekcyjnych oraz wprowadzenia lekcji gimnastyki. Wypowiadano się za wyposażeniem szkół w odpowiednie sale gimnastyczne, powoływano się na przykład Parku doktora Henryka Jordana w Krakowie i domagano się wprowadzenia lekcji higieny we wszystkich szkołach.

Zjazdy oświatowe i nauczycielskie przeplatały się ze zjazdami lekarzy i przyrodników polskich, które także podejmowały – z lekarskiego punktu widzenia – problematykę wychowania fizycznego dzieci i młodzieży.

Zjazdy te, organizowane od 1896 roku, uwzględniały w swoich obradach zagadnienia higieny i ćwiczeń fizycznych dzieci i młodzieży szkolnej, szczególnie od IX Zjazdu w 1900 roku, kiedy to powołano Sekcję Wychowania Fizycznego i Higieny Szkolnej. Sekcja ta na swoich posiedzeniach skupiała najwybitniejszych polskich lekarzy, higienistów, fizjologów i nauczycieli zainteresowanych stanem higienicznym społeczeństwa oraz rozwojem fizycznym dzieci i młodzieży.

Przy okazji zjazdów lekarzy i przyrodników polskich organizowano wystawy higieniczno-lekarskie, na których prezentowano również dorobek oraz nowe propozycje metodyczno-organizacyjne w dziedzinie wychowania fizycznego.

Wypracowane i przygotowane na tych zjazdach koncepcje i programy wychowania fizycznego stały się podstawą zamierzeń w tej dziedzinie, zaprezentowanych na zjazdach nauczycielskich w przededniu odzyskania przez Polskę niepodległości w 1917 roku i w styczniu 1918 roku w Krakowie oraz w sierpniu 1918 w Piotrkowie, w ramach których obradowały sekcje wychowania i higieny szkolnej.

Zjazdy oświatowe i kongresy pedagogiczne, podobnie jak zjazdy lekarzy i przyrodników polskich, stanowiły przegląd osiągnięć naukowych w dziedzinie wychowania fizycznego, upowszechniały tę wiedzę i zaznajamiały szerokie kręgi nauczycielskie i lekarskie z najnowszymi zdobyczami nauk pedagogicznych i lekarskich, wypracowały programy i wytyczne pracy na przyszłość, nakazywały i przypominały rodzime tradycje i dorobek w dziedzinie wychowania fizycznego i higieny szkolnej. Miały wpływ na wprowadzenie do ustawodawstwa szkolnego problematyki wychowania fizycznego i higieny szkolnej [Rotkiewicz, Hądzelek 1993].

Wraz z rozumieniem konieczności prowadzenia wychowania fizycznego coraz częściej i coraz dogłębniej zajmowano się tematyką higieny i sprawami prozdrowotnymi. Widziano potrzebę poszerzenia wiedzy o zdrowiu młodych ludzi. Wynikało to miedzy innymi z faktu masowego występowania chorób przewlekłych, których uniknięcie wymagało od zdrowych ludzi, każdego dnia, działania na rzecz zdrowia, np. właściwego odżywiania czy aktywności fizycznej. Ten stan był pierwszym sygnałem, że metody i możliwości medycyny nie wystarczą by im zapobiegać [Woynarowska 1993].

Edukacja do zdrowia jest podstawowym prawem każdego dziecka. Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych, dobrej jakości życia, efektów ekonomicznych. Poprzez przekazanie dzieciom wiedzy o zdrowiu, kształtowanie ich postaw, umiejętności i nawyków możemy ułatwić im zdrowy styl życia i pracy, a tym samym poprawę zdrowia społeczeństwa.

Zdaniem H. Nakajimy, Dyrektora Generalnego Światowej Organizacji Zdrowia, celem edukacji jest przygotowanie dziecka do tego, aby było niezależnym, zdrowym i twórczym obywatelem. Zdrowie powinno uzyskać najwyższy priorytet w edukacji. Dziecko aby mogło się skutecznie uczyć musi mieć dobre zdrowie.

W chwili obecnej powstały już modele edukacji zdrowotnej oraz działań promujących zdrowie.

O konieczności promowania zdrowia pisze między innymi Henryk Kuński [1993], starając się zdefiniować tę promocję jako proces wprowadzania zmian w sposobie i warunkach życia, w celu doskonalenia i tworzenia zdrowia oraz stałej kontroli nad jego stanem, co wynika z faktu, że większość problemów zdrowotnych jest następstwem wadliwego stylu życia. Idea promowania zdrowia stanowi rozwinięcie i pogłębienie dorobku profilaktyki, której celem jest zapobieganie chorobom lub zwalnianie, często nieuchronnego ich rozwoju.

Podobnie rzecz ujęto w Karcie Ottawskiej [1994], gdzie promocję zdrowia opisuje się jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz stwarzający im możliwość jego poprawienia. Jako proces prowadzący do całkowitego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, przy czym jednostka lub grupa, musi osiągnąć zdolność do identyfikacji i realizacji swoich aspiracji, do

zaspokojenia swoich potrzeb oraz musi mieć możliwość radzenia sobie w danym środowisku. Dlatego zdrowie jest postrzegane jako pozytywny sposób wykorzystywania źródeł społecznych i jednostkowych, a także możliwości fizycznych.

Wojciech J. Wacławski [1994] mówi o konieczności zainteresowania uczniów własnym zdrowiem, możliwościami jego pomnażania i doskonalenia przez prowadzenie właściwego trybu życia i uprawianie odpowiednich praktyk fizycznych.

Barbara Woynarowska [1989] stwierdza jednak, za Hagwdornem, że promowanie zdrowia nie może istnieć bez wychowania zdrowotnego.

Maciej Demel – twórca nowoczesnej, polskiej teorii wychowania zdrowotnego – przytacza definicję sformułowaną przez Edwarda Mazurkiewicza.

Wychowanie zdrowotne polega na:

- wytwarzaniu nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego;
- wyrobieniu odpowiednich sprawności;
- nastawieniu woli i kształtowaniu postaw umożliwiających stosowanie zasad higieny i skuteczną pielęgnację, zapobieganie chorobom i leczenie;
- pobudzaniu pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia przez epizodyczne i systematyczne wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o własnym organizmie i rozwoju, a także o prawach rządzących zdrowiem publicznym [Demel 1968].

Wychowanie zdrowotne – zdaniem Williamsa – określane jest obecnie w Europie jako proces, w którym ludzie mogą uczyć się dbać o swoje zdrowie oraz zdrowie społeczności, w której żyją. Proces ten koncentruje się na uświadamianiu faktu, że środowisko fizyczne i społeczne oraz nasze zachowania zdrowotne i styl życia są głównymi determinantami naszego zdrowia. Proces wychowania zdrowotnego składa się z kilku etapów – od uświadamiania sobie problemu zdrowia – do decyzji osobistych i (lub) działań społecznych czy zachowań zdrowotnych [Woynarowska 1989].

M. Demel [1974] podaje, że efektywność wychowania zdrowotnego zależy od:

- ogólnego poziomu materialnego i kulturalno – społecznego;
- stanu przedmiotów i urządzeń służących zdrowiu;
- umiejętności korzystania z tych urządzeń;
- dojrzałości potrzeb – nie tylko ich realizacja, ale i kreowanie nowych;
- powszechnej zgodności oddziaływania wychowawczo – zdrowotnego.

Głosi za Mazurkiewiczem, iż ani badania lekarskie, ani zabiegi lecznicze, ani nawet profilaktyka i higiena nie są wychowaniem zdrowotnym, gdy pacjent pozostaje bierny i nieświadomy, nienauczony niczego, bez nabycia nawyków. Dopiero podniesienie pacjenta czy wychowanka do godności świadomego i współdziałającego podmiotu daje tym działaniom walor wychowawczy.

Wychowanie zdrowotne jest integralną składową kształtowania pełnej osobowości – stwierdza A. Pawłucki [1993].

Dla potrzeb wychowania zdrowotnego ważne jest stwierdzenie, że zdrowie nie jest wyłącznie darem natury, ale jednocześnie wynikiem pracy nad nim indywiduum i zbiorowości społecznej [Mazurkiewicz 1993].

Jedną z koncepcji założeń programowych wychowania zdrowotnego jest propozycja jego realizacji jako przedmiotu interdyscyplinarnego, np. na lekcjach historii powinno się zwrócić uwagę na zróżnicowanie cywilizacyjne stosowania form aktywności ruchowej w kształceniu nauczycieli, a także na proces ich samodoskonalenia. Również na lekcjach języka polskiego i języków obcych można omawiać teksty dotyczące różnych aspektów promocji zdrowia oraz znaczenia sportu w życiu człowieka. Podstawową wiedzę na ten temat można też przekazać na lekcjach biologii.

Szczególnie ważna rola w zakresie kształtowania zachowań prozdrowotnych przypada wychowaniu fizycznemu, które według M. Demela ma być „fabryką zdrowia", a jej produktami – sprawność i wydolność organizmu. Autor „Pedagogiki zdrowia" widzi pole wzajemnego przenikania wychowania fizycznego i zdrowotnego w obejmowaniu tego wszystkiego, co wiąże się ze świadomością ceny zdrowia, pozytywnym zainteresowaniem się własnym organizmem, rozumieniem zdrowotnych walorów ćwiczeń ruchowych, a także formowaniem przyzwyczajeń rekreacyjnych. W takim ujęciu uznaje się nadrzędność pedagogiki zdrowia, która staje się transmisją biologii człowieka na teren pedagogiki.

Kultura fizyczna (a zwłaszcza sport) jest wybitnym nośnikiem imperatywu pracy nad sobą, co stanowi przecież istotę samokształcenia i samowychowania. Wreszcie wychowanie fizyczne stawia do dyspozycji wychowania zdrowotnego obfity arsenał środków, które umożliwiają osiąganie jego finalnych celów, a mianowicie samych realiów zdrowia [Celejowa 1992].

Zdrowie jest pierwszym, ale nie jedynym celem wychowania fizycznego. Dyscyplina ta nie zajmuje się zdrowiem psychicznym, przynajmniej w sposób programowy. Wyklucza to możliwość postawienia znaku równości pomiędzy wychowaniem fizycznym i wychowaniem zdrowotnym [Demel 1968].

We wszystkich dziedzinach kultury fizycznej, a więc w wychowaniu fizycznym, sporcie i rekreacji fizycznej oraz rehabilitacji ruchowej, podstawowym narzędziem, przy pomocy którego realizuje się zakładane cele, są ćwiczenia ruchowe. Mają one różny charakter, różną formę oraz różny stopień złożoności i intensywności. Istotne jest, że racjonalnie podejmowane i realizowane ćwiczenia fizyczne oraz ruchowo aktywny styl życia służą zdrowiu, – chociaż w różnym stopniu i nie zawsze samoistnie. Z całą pewnością można jednak twierdzić, iż cele zdrowotne są integralnym składnikiem naczelnych wartości kultury fizycznej [Ryba 1994].

Wanda Wentlandowa pisze, że wychowywać należy tak, aby każdy chciał i umiał zdrowie doskonalić, chronić i ratować; a że należy to czynić od najmłodszych lat przekonują nas o tym słowa Janusza Korczaka, wielkiego przyjaciela dzieci, „wali się dach, bo zaniedbano fundament budowli".

Wiek przedszkolny jest niemalże powszechnie uważany za decydujący, czy wręcz przesądzający o późniejszym rozwoju osobowości. Odzwierciedlają owo przeświadczenie znane przysłowia, „czym skorupka za młodu", „Czego się Jaś nie nauczy". Potwierdzają to liczne badania naukowe. Jest, więc wiek przedszkolny olbrzymią szansą, także na wychowanie zdrowotne [Bralak 1993].

Wychowanie zdrowotne opiera się na osobistych, wzajemnych oddziaływaniach i wymianie codziennych doświadczeń związanych ze zdrowiem. Szkoła zaś ma

przekazać uczniom pewną koncepcję, której zrozumienie może mieć w przyszłości pozytywne konsekwencje dla ich zdrowia. Zadaniem nauczycieli jest organizacja takich warunków nauki, które sprzyjać będą zrozumieniu nowej koncepcji i wspieraniu uczniów w działaniach wynikających z nowej orientacji.

Wychowanie zdrowotne realizowane w przeszłości w szkole związane było z „tematem" lub „zintegrowanym podejściem" jako częściami programu. Szkolenie w zakresie wychowania zdrowotnego jest jednym z aspektów promocji zdrowia w szkole. Istnieją przynajmniej dwa inne czynniki warunkujące zdrowie w szkole: nauczyciel jako twórca i źródło koncepcji zdrowia w swoim miejscu pracy oraz organizacja i zarządzanie szkoły podejmowane jako miejsce pracy młodych ludzi. Jeśli nauczyciele nie będą umieli wytworzyć warunków pracy sprzyjających zdrowiu i usensowieniu swoich działań, to powinni liczyć się z tym, że będą wywoływać w swoich uczniach stres i zmartwienie.

W swoich rozważaniach nad potrzebą upodmiotowienia szkoły, to jest związania spraw instytucji szkolnych z koncepcją wychowania zdrowotnego jako działalności towarzyszącej działaniom medycznym i socjalnym – E. Mazurkiewicz [1993] uznaje, że podstawowym ogniwem po stronie pedagogicznej w realizacji wychowania zdrowotnego winni być nauczyciele wychowania fizycznego.

W celu poznania opinii nauczycieli (praktyków) o omawianym problemie, przeprowadzono badania ankietowe, z których wynikało między innymi, że wychowanie fizyczne propaguje aktywność ruchową, która jest niezbędnym warunkiem w utrzymaniu i doskonaleniu zdrowia. Za nauczycielem wychowania fizycznego jako koordynatorem działań szkoły w zakresie wychowania zdrowotnego, przemawia zespół swoistych cech. Zaliczona została do nich wiedza, zarówno z zakresu nauk przyrodniczych (w tym również medycznych), społecznych, a także przygotowanie pedagogiczne i stricte metodyczne.

Przedstawione opinie nauczycieli wychowania fizycznego wskazują, że traktują oni wychowanie zdrowotne jako nierozłączny element składowy swojej pracy [Kędzia 1993].

Rozumiejąc potrzebę nauczycieli wychowania fizycznego realizacji procesu wychowania zdrowotnego rację ma M. Demel [1980] głoszący, że nie tylko przygotowani pedagogicznie lekarze mogą zajmować się wychowaniem do zdrowia. Muszą to także czynić nauczyciele, a spośród nich głównie nauczyciele kultury fizycznej, ze względu na szeroki program ich studiów z zakresu nauk przyrodniczych i medycznych, humanistycznych a także gruntownej znajomości teorii i praktyki wychowania fizycznego, turystyki i sportu, uznawanych przez medycynę za nieodzowny atrybut zdrowia. Wcześniejsze propozycje wzbogacenia istniejącego programu kształcenia nauczycieli w nowe treści np. dotyczące nowoczesnego żywienia, psychologicznych aspektów ontogenezy człowieka oraz treningu antystresowego [Oździński, Chaclarz 1994] znalazły rozwiązanie w stworzeniu pierwszych specjalności dających uprawnienia do wykładania higieny i wychowania zdrowotnego – obok wychowania fizycznego – w niektórych akademiach wychowania fizycznego, jak w Krakowie i w Warszawie, Uniwersytecie Łódzkim oraz Instytucie Kultury Fizycznej Uniwersytetu Szczecińskiego.

Tak, więc rozwój nauk o kulturze fizycznej i ich związek z rozwojem pedagogiki stwarza nowe potrzeby i płaszczyzny promocji zdrowia w procesie edukacji.

Od wychowania zdrowotnego do szkoły promującej zdrowie i pedagogiki zdrowia.

Badając obraz kultury fizycznej w świadomości społecznej, ocenia się postawy Polaków wobec niej jako wielce złożone: „powierzchownym i stereotypowym deklaracjom, upatrującym w kulturze fizycznej istotną wartość zdrowotną, wychowawczą i społeczną, nie towarzyszą zazwyczaj działania o charakterze realizacyjnym" [Raport o Kulturze Fizycznej w Polsce 1989].

Rozważając kulturę fizyczną w kontekście stylu życia, wskazuje się różne typy wzorów kultury fizycznej, funkcjonujące w świadomości społecznej. Zanikowi uległ tradycyjnie doniosły wzór ascetyczny. Ograniczone znaczenie dla młodego pokolenia mają też: wzór higieniczny i sprawnościowy. „Co prawda są one realizowane – czytamy w Raporcie – ale w stopniu dostatecznym". W podobnym stopniu przyjmowane są elementarne kanony wychowania zdrowotnego. Wzór sprawnościowy realizowany jest głownie przez instytucje. Bodaj największym uznaniem młodzieży cieszą się wzory: estetyczny, hedonistyczny i agonistyczny. Pierwszy uznawany jest za synonim młodości i urody, a nawet mody; drugi wiąże się z akceptacją dla gier i zabaw, sportu, tańca, turystyki jako form spędzania czasu wolnego; trzeci z kolei preferuje tylko ta część młodzieży, która sport traktuje hobbystycznie bądź wyczynowo.

Natomiast – jak stwierdza się w Raporcie – „na dalekim planie aspiracji i dążeń życiowych znajduje się działalność profilaktyczna, a środki kultury fizycznej w tym zakresie – uznawane w sferze werbalnej – wykorzystywane są w praktyce w stopniu znikomym".

W tym świetle wzrasta szczególnie rola przygotowania pedagogicznego nauczycieli wychowania fizycznego i trenerów do realizacji procesu wychowania zdrowotnego dzieci i młodzieży.

Według definicji WHO – „zdrowie jest stanem całkowitego fizycznego, umysłowego i społecznego „dobrostanu", a nie tylko brakiem choroby czy dolegliwości". Unia Wychowania Zdrowotnego z kolei wychowanie zdrowotne rozumie jako kombinację zaplanowanych działań pedagogicznych i doświadczeń społecznych w celu umożliwienia ludziom kontroli nad własnym stanem zdrowia i warunkami życia [Kłodecka-Różalska 1990].

W wielu krajach przyjęło się holistyczne podejście do zdrowego stylu życia i uznanie, że „kluczowym problemem wychowania zdrowotnego jest kształtowanie umiejętności osobistego wyboru i podejmowania decyzji" [Woynarowska 1990]. Mimo pogranicza w koncepcji wychowania zdrowotnego dwóch dziedzin: edukacji i medycyny, inicjatywę w jego planowaniu – zdaniem WHO – powinien podjąć resort edukacji, odpowiadający za oficjalną politykę w tym zakresie, którą tworzy we współpracy z innymi resortami, m.in. zdrowia i kultury fizycznej.

Polska ma duże tradycje w wychowaniu zdrowotnym. Wiążą się one w szczególności z żywym nurtem higienicznym i założeniem, że tylko współdziałanie pracowników służby zdrowia i pedagogów stwarza szanse dla powodzenia idei

wychowania zdrowotnego dzieci i młodzieży. Polska dopracowała się 3 modeli wychowania zdrowotnego: przedmiotowego, tandemowego i treści rozproszonych. Żaden z nich na dobrą sprawę nie został w polskim systemie edukacyjnym wdrożony, mimo znaczących prac w literaturze przedmiotu, których autorem jest uznany autorytet w tej dziedzinie – Maciej Demel [1968, 1990].

W większości krajów w Europie nie ma odrębnego przedmiotu „wychowanie zdrowotne", lecz jest ono zintegrowane z innymi przedmiotami, np. biologią, wychowaniem fizycznym, nauką o środowisku, geografią, ekonomiką domu, edukacja konsumenta, etyką itd. [Woynarowska 1990].

Wychowania zdrowotnego nie należy – zdaniem WHO – sprowadzać jedynie do nauczania uczniów. Chodzi o „szkołę promującą zdrowie, co znajdzie swój wyraz m.in. w jej trosce o uczniów i nauczycieli, w posiłkach szkolnych, staraniach o stworzenie bezpiecznego, ale i stymulującego środowiska" [Woynarowska 1990]. Taka szkoła może skutecznie realizować edukację do zdrowia.

W naszym polskim „Narodowym Programie Zdrowia" wśród uwarunkowań sytuacji zdrowotnej wskazuje się m.in. na styl i tryb życia, przypisując znaczną rolę w narastaniu częstości występowania chorób przewlekłych zmianom stereotypów zachowania oraz rozpowszechnianiu się szkodliwych nawyków: „palenia tytoniu, pijaństwa, upodobania do słodkich i tłustych pokarmów, bądź obniżenia aktywności fizycznej. O znaczeniu tych czynników przesądza ich powszechność i intensywność" [Nar.Progr.Zdrowia 1990].

We wszystkich znanych nam programach wychowania zdrowotnego w świecie podkreśla się dążenie do łączenia problemów zdrowia fizycznego i społecznego. I tak np. w Anglii i Holandii wyodrębniono trzy grupy problemów określane jako „kamienie węgielne":

1. Interakcje społeczne,
2. Troska o siebie,
3. Społeczeństwo i środowisko.

Ad. 1) Wymienia się tu m.in. umiejętności współdziałania społecznego, więzi emocjonalne i przyjaźnie.

Ad. 2) Eksponuje się aktywność fizyczną i wypoczynek, zdrowe żywienie, bezpieczeństwo, nadużywanie leków i innych środków, higienę osobistą.

Ad. 3) Mowa tu o służbach społecznych i ich powinnościach, permanentnej trosce o środowisko przy współuczestnictwie całego społeczeństwa.

We wszystkich tych programach zdrowie traktuje się w kategoriach wartości; mówi się o zdrowiu własnym, rodziny i publicznym, a tradycyjne wychowanie zdrowotne zastępuje pojęciem szkoły promującej zdrowie. Wszystko to rozpatrywane jest w kategoriach etycznych, zarówno w sensie akceptowanych wartości, jak i dokonywanych wyborów; dotyczy to zarówno seksu, jak higieny osobistej, narkomanii czy zachowań w różnych sytuacjach, wiedzy ekologicznej czy szkodliwości nałogów, aktywności fizycznej w życiu codziennym czy aktywnych form wypoczynku, wychowania do bezpieczeństwa czy zapobiegania wypadkom, chorobom itd. Podkreśla się wiodącą rolę szkoły w zapewnieniu „ciągłości pewnych postaw i wartości"

wraz z wdrażaniem do zdrowego stylu życia. Inicjatywa w zakresie promowania zdrowia młodych ludzi należy do szkoły, lecz „zadanie to należy rozpatrywać na tle istniejących realiów" – zdaniem WHO [Woynarowska 1991].

Do tych realiów, m.in. należy zaliczyć poziom przygotowania nauczycieli wf i trenerów do realizacji nowej koncepcji wychowania zdrowotnego młodzieży. Dotyczy to nie ich przygotowania w zakresie treści poznawczo – instrumentalnych, ale przede wszystkim zmiany mentalności pedagogicznej, zmiany postaw i całkowitej modyfikacji sposobów i form realizacji procesu wychowania zdrowotnego.

W Polsce organizowany był pod auspicjami WHO eksperyment w zakresie „Zdrowej Szkoły", którym objęto 14 szkół. Zdrowa Szkoła – to szkoła promująca zdrowie. „Ideą projektu – jak stwierdza Harry Crawley, konsultant Europejskiego Biura WHO – jest zachęcenie szkół, aby dostrzegły, że promowanie zdrowia jest dziełem, w którym uczestniczą wszyscy pracownicy szkoły i uczniowie, a nie jest to dodatkowy przedmiot nauczany przez kilku nauczycieli" [Woynarowska 1991]. Przyświeca jej hasło: „W swoje ręce swoje życie". Chodzi w niej o promowanie jednostki – ucznia. Szkoła winna być mocno wbudowana w środowisko. Ukryty program oparty jest na etosie szkoły, który może być realizowany tylko przez dobrze przygotowanych nauczycieli. Mówi się o stworzeniu triady, składającej się z wiodącej roli w realizacji tego programu pielęgniarki lub lekarza, nauczyciela wf i psychologa lub pedagoga szkolnego.

Ewolucja procesu od wychowania zdrowotnego do szkoły promującej zdrowie umocniła potrzebę wyodrębnienia w naukach pedagogicznych subdyscypliny zwanej pedagogiką zdrowia. Teoretyczne podstawy pedagogiki zdrowia dał M. Demel [1980] w książce pod tym samym tytułem. Przedmiotem jej badań jest wychowanie jednostki do troski o własne i innych zdrowie; proces kształtowania postaw prozdrowotnych wszystkich podmiotów edukacyjnych (młodzieży, rodziców, nauczycieli, trenerów i in.) w zakresie trzech komponentów: poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego oraz szkoła i rodzina jako środowiska promujące zdrowie. Zdrowie rozpatrywane jest w kategoriach wartości jednostkowych i społecznych, w imię tych wartości należy dokonywać wyborów moralnych w codziennym życiu człowieka i przeciwdziałać współczesnym zagrożeniom zdrowia. Do tego należy wychować młodzież – również tę aktywną sportowo.

Reasumując należy stwierdzić, iż zdrowie i aktywność sportowa młodzieży na wszystkich jej poziomach – od rekreacji do sportu kwalifikowanego – posiadają silne uwarunkowania psycho-socjo-pedagogiczne. Wskazują na to tradycje zdrowotno-oświatowe w kulturze edukacyjnej i ich związek z naukami o kulturze fizycznej w Polsce; rozwój wychowania zdrowotnego i szkoły promującej zdrowie, w których aktywność sportowa waży na zdrowym stylu życia, którego z kolei rola niewspółmiernie wzrosła i warunkuje zdrowie współczesnego człowieka. Odnotowania wart jest fakt wyodrębnienia w naukach pedagogicznych subdyscypliny zwanej pedagogiką zdrowia. Znane są również psychologia zdrowia i socjologia zdrowia.

Literatura

1. Barlak M., 1993, Wiek przedszkolny ważnym etapem edukacji przedszkolnej, (W:) Ku tożsamości pedagogiki kultury fizycznej, red. Z. Żukowska, Warszawa.
2. Celejowa I., 1992, W procesie powszechnego wychowania zdrowotnego w Polsce, Lider, nr 9.
3. Cendrowski Z., 1991, Konkretne techniki krzewienia kultury zdrowotnej i fizycznej, Lider, nr 2.
4. Cendrowski Z., 1993, Dekalog zdrowego stylu życia, Lider, nr 2.
5. Demel M., 1968, O wychowaniu zdrowotnym, Warszawa.
6. Demel M., 1974, Wychowanie zdrowotne, geneza i perspektywy, (W:) Wychowanie zdrowotne w szkole, Warszawa.
7. Demel M., 1980, Pedagogika zdrowia, Warszawa.
8. Karta Ottawska, 1994, Warszawa.
9. Kędzia B., 1993, Wychowanie zdrowotne, założenia oraz możliwości ich realizacji w opinii nauczycieli wychowania fizycznego, (W:) Ku tożsamości pedagogiki kultury fizycznej, red. Z. Żukowska, Warszawa.
10. Kłodecka – Różalska J., 1990, Promocja zdrowia w wychowaniu fizycznym, Kultura Fizyczna, nr 3 – 4.
11. Kłodecka – Różalska J., (red.), 1996, Przekraczanie umysłem możliwości ciała, Warszawa.
12. Kuński H., 1993, O sztuce promowania zdrowia, Magazyn Metodyczny, nr 4.
13. Mazurkiewicz E., 1993, Pedagogika zdrowia a środowisko, (W:) Ku tożsamości pedagogiki kultury fizycznej, red. Z. Żukowska, Warszawa.
14. Narodowy Program Zdrowia, 1990, Warszawa.
15. Oździński J., Chaclarz W., 1994, Zdrowie przez wychowanie fizyczne i sport, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 4.
16. Pawłucki A., 1993, Wychowanie zdrowotne jako dziedzina wychowania do wartości ciała, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 3.
17. Raport o Kulturze Fizycznej w Polsce, 1989, Komitet Nauk o Kulturze Fizycznej PAN, Warszawa.
18. Rotkiewicz M., Hądzelek K., 1993, Problematyka wychowania fizycznego na zjazdach nauczycielskich i kongresach pedagogicznych, (W:) Ku tożsamości pedagogiki kultury fizycznej, red. Z. Żukowska, Warszawa.
19. Ryba B., 1994, Zdrowie przez wychowanie fizyczne i sport, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 5.
20. Vergeer F., Waes J., 1993, Nauczyciel jako rzecznik zdrowia w swoim miejscu pracy, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 4.
21. Wacławski W., 1974, Wychowanie zdrowotne w nowej koncepcji szkoły podstawowej, Wychowanie Zdrowotne w Szkole, Warszawa.
22. Woynarowska B., 1989, Promowanie zdrowia a wychowanie zdrowotne, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 2.
23. Woynarowska B., 1991, Projekt „Zdrowa Szkoła", Lider, nr 5.
24. Woynarowska B., 1993, Edukacja prozdrowotna w szkole, Lider, nr 6.
25. Żukowscy Z.R., 1994, Kultura Fizyczna w alternatywnych koncepcjach edukacyj-

nych, Kultura i Edukacja, nr 1.
26. Żukowska Z., 1981, Sport jako wyznacznik stylu życia, (W:) Kulturowe wartości sportu, red. Z. Krawczyk, AWF, Warszawa.
27. Żukowska Z., 1992, Sport a wychowanie, (W:) Teoria sportu, red. T. Ulatowski, Trening 1.
28. Żukowska Z., 1996, (red.), Fair play – Sport – Edukacja, Warszawa.
29. Żukowska Z., 1994, Aktywność ruchowa i jej zdrowotno – profilaktyczne walory a styl życia współczesnego człowieka, (W:) Wyzwania współczesnego świata w dydaktyczno – wychowawczym systemie pracy szkół, Łódź.
30. Żukowska Z., 1996, Poznanie postaw prozdrowotnych uczniów, nauczycieli i rodziców a zadania szkoły promującej zdrowie, Kultura i Edukacja, nr 2.
31. Żukowska Z., Żukowski R., 2002, (red.), Zdrowie i sport w edukacji globalnej, Warszawa.
32. Żukowska Z., Żukowski R., 2001, (red.), Zdrowie – Ruch – Fair play, Warszawa.

Anna Jegier
Uniwersytet Łódzki, Katedra Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego

Wpływ systematycznej aktywności ruchowej na zdrowie

Na zdrowie człowieka wpływa wiele czynników. Spośród nich największą siłę oddziaływania posiadają zachowania zdrowotne. Przypisuje się im ponad 50% wpływu na stan zdrowia. Do zachowań zdrowotnych zalicza się: aktywność ruchową, sposób odżywiania, fakt palenia tytoniu, picie alkoholu, sposób radzenia sobie ze stresem. Systematyczna aktywność ruchowa zajmuje ważne miejsce wśród czynników o udowodnionym, korzystnym wpływie na zdrowie. Wykazano jej znaczenie w obszarach promocji zdrowia, zapobiegania przewlekłym chorobom jak również we wspomaganiu ich leczenia. Jest to zachowanie nie wymagające dużych nakładów finansowych, proste w zastosowaniu i nie niosące działań ubocznych i powikłań. Aktywność ruchowa jest jednym z najbardziej efektywnych ekonomicznie sposobów umocnienia bądź poprawy zdrowia. Przyjmuje się, że udział w systematycznej aktywności ruchowej jest obowiązkiem każdego człowieka wobec własnego zdrowia. Skutecznie zapobiega on chorobom układu krążenia: chorobie wieńcowej, nadciśnieniu tętniczemu, chorobom metabolicznym: otyłości, cukrzycy, zaburzeniom lipidowym oraz chorobom narządu ruchu: chorobie zwyrodnieniowej, osteoporozie, wadom postawy ciała.

Wysiłek fizyczny wywołuje szereg adaptacyjnych zmian w organizmie osoby ćwiczącej. Najsilniejszy wpływ wysiłku fizycznego na organizm dotyczy dwóch układów: układu krążenia i narządu ruchu. Odpowiedź na wysiłek fizyczny w zakresie obu układów jak i całego organizmu człowieka zależy od rodzaju wysiłku (dynamiczny czy statyczny), jego intensywności (maksymalny czy submaksymalny), czasu trwania (krótkotrwały czy długotrwały) oraz masy ciała poddawanej wysiłkowi (wysiłek ogólny, lokalny). Odpowiedź organizmu na wysiłek fizyczny determinuje również wiek osoby ćwiczącej, stan jej zdrowia oraz wydolność i sprawność fizyczna organizmu.

W układzie krążenia osób poddawanych systematycznym wysiłkom fizycznym powstają zmiany adaptacyjne, które obserwuje się nie tylko w czasie wykonywania

wysiłku, ale również w spoczynku. Odmienności układu krążenia osób systematycznie trenujących, nazywane są sercem wytrenowanym lub sercem sportowca. Rozwijają się one kolejno w obszarach: nerwowej regulacji pracy tego układu, budowy oraz właściwości i metabolizmu mięśnia sercowego. Spoczynkowa wolna czynność serca pojawia się już po 8-10 tygodniach treningu. Najniższe wartości spoczynkowej częstości skurczów serca sportowców obserwowane w czasie snu sięgają wartości poniżej 30 sk./min. Wytrenowana osoba w czasie wykonywania submaksymalnego wysiłku fizycznego osiąga mniejsze przyspieszenie częstości skurczów serca w porównaniu z niewytrenowaną osobą w tym samym wieku. Świadczy to o bardziej ekonomicznej pracy serca. Ponad to u osoby ćwiczącej obserwuje się niższe wartości ciśnienia tętniczego krwi w spoczynku jak i w czasie obciążeń wysiłkowych oraz wydłużenie okresu rozkurczu serca, zmniejszenie ilości zaburzeń rytmu serca, wzrost pojemności minutowej i objętości wyrzutowej serca.

Serce osób systematycznie trenujących powiększa swoją objętość. Powiększone serce w wyniku treningu wraca do normy po 4-10 latach od jego zakończenia. Bezpośrednią przyczyną wzrostu objętości serca pod wypływem treningu fizycznego jest przerost mięśnia sercowego z równoczesnym powiększeniem jam serca. Jest to przerost ekscentryczny i symetryczny.

U osób poddawanych systematycznemu treningowi obserwuje się adaptację w budowie naczyń: wzrost średnicy tętnic wieńcowych, obniżenie oporu w naczyniach wieńcowych, wzrost przepływu krwi w tych naczyniach oraz wzrost zdolności transportowych włosowatych naczyń wieńcowych. Niektórzy autorzy twierdzą, że u osób wytrenowanych dochodzi do indukcji krążenia obocznego w układzie wieńcowym serca. Obserwację tę wykazano w badaniach na zwierzętach, jednak do dzisiaj nie ma badań potwierdzających to zjawisko u ludzi.

Wyżej opisane zmiany charakteryzujące układ krążenia osoby trenującej dowodzą kardioprotekcyjnego, czyli ochronnego na serce, wpływu wysiłku fizycznego. Do zmian tych zaliczamy – obok wyżej wymienionych – również inne skutki, które w sposób pośredni ale jednoznacznie korzystny wpływają na serce i stan zdrowia osoby ćwiczącej. Należy tu wymienić między innymi wzrost wydolności fizycznej organizmu. Obecnie uważa się, że niski poziom wydolności fizycznej jest uznanym czynnikiem zagrożenia chorobami układu krążenia.

Pod wpływem wysiłku fizycznego dochodzi do korzystnej modyfikacji profilu lipidowego krwi: podwyższa się stężenie cholesterolu frakcji HDL, a obniża stężenie triglicerydów. Wskaźniki te odpowiadają za zwiększenie częstości występowania nie tylko chorób układu krążenia ale również metabolicznych. U osoby ćwiczącej obniża się nadmierna masa ciała i ilość zmagazynowanej tkanki tłuszczowej. Dochodzi do poprawy tolerancji glukozy oraz wzrostu wrażliwości na insulinę (zapobieganie i wspomaganie leczenia cukrzycy). Systematyczny wysiłek działa przeciwzakrzepowo, podobnie jak małe dawki kwasu acetylosalicylowego (np. aspiryny). Pod jego wpływem zmniejsza się gotowość płytek krwi do zlepiania się i tworzenia zakrzepów, obniża się stężenie prozakrzepowo działającego fibrynogenu, natomiast wzrasta aktywność fibrynolityczna osocza.

U osób systematycznie ćwiczących dochodzi do poprawy odporności organizmu. Efekt przeciwzapalny ma wpływ nie tylko na mniejszą częstość i mniejsze natężenie infekcji górnych dróg oddechowych, ale również na redukcję czynników zapalnych, które są odpowiedzialne za rozwój procesów miażdżycowych.

Kardioprotekcyjny wpływ systematycznej aktywności ruchowej obejmuje również obniżenie poziomu lęku w organizmie oraz poprawę jakości życia u osób ćwiczących.

Systematyczna aktywność ruchowa powoduje zmiany czynnościowe i anatomiczne w narządzie ruchu. Trening usprawnia koordynację nerwowo-mięśniową, zwiększa harmonijność, precyzję jak i szybkość ruchów. Prowadzi to w efekcie do zmniejszenia kosztu energetycznego wykonywanej pracy. Pod wpływem treningu dochodzi również do zwiększenia siły uzyskiwanej podczas maksymalnego skurczu dowolnego. Na zjawisko to wpływa przerost pojedynczych włókien mięśniowych (FT szybkokurczących się jak i ST wolnokurczących się) jak również – zwłaszcza w początkowym okresie treningu – jednoczesne pobudzanie większej liczby jednostek ruchowych.

U osób trenujących wzrasta potencjał metaboliczny mięśni tak tlenowy jak i beztlenowy. Fizjologiczny treningowy przerost mięśni związany jest głównie ze zwiększoną, syntezą białek w komórkach mięśniowych. W konsekwencji wyżej opisanych zmian, w wyniku zwiększenia maksymalnej siły mięśni trenujących. dochodzi również do wzmocnienia siły mięśni odpowiedzialnych za utrzymanie prawidłowej postawy ciała. Fakt ten ma korzystne znaczenie w czasie trwania całego życia człowieka. W wieku młodym zapobiega wadom postawy, z kolei w wieku średnim i podeszłym zapobiega bólom kręgosłupa.

Pod wpływem treningu poprawia się unaczynienie mięśni szkieletowych. Do tego procesu dochodzi na drodze zwiększenia gęstości naczyń włosowatych. Zwiększa się ukrwienie, a tym samym i odżywienie stawów. Zostaje istotnie pobudzona czynność kaletek maziowych. Efekty te mają znaczenie w zapobieganiu zmianom zwyrodnieniowym stawów. Stwierdzono również zwiększenie zakresu ruchów w stawach osób ćwiczących. Bardzo istotny, a korzystny z punktu widzenia stanu zdrowia osoby trenującej, jest fakt wzrostu masy tkanki kostnej, jak i stopnia jej mineralizacji. Kierunek tych zmian powoduje wykorzystanie systematycznej aktywności ruchowej w działaniach profilaktycznych dotyczących osteoporozy.

Chociaż wpływ systematycznego treningu na układ oddechowy nie jest tak silny jak na układ krążenia, czy układ ruchowy, to jednak i w zakresie tego układu można zaobserwować wiele korzystnych zmian. U osób wytrenowanych stwierdza się wzrost pojemności życiowej płuc (VC) w porównaniu z osobami niewytrenowanymi. Jest to ściśle związane z większą ruchomością klatki piersiowej i większą siłą mięśni oddechowych u osób trenujących. Równolegle zmniejsza się czynnościowa przestrzeń martwa, zaś ogólna pojemność wentylacyjna płuc (TLC) nie zmienia się. Wskaźniki dynamiczne oceniające rezerwy wentylacyjne płuc ulegają korzystnym zmianom. U osób wytrenowanych obserwuje się większą objętość wydechową pierwszo-sekundową (FEV_1) jak również większą maksymalną dowolną wentylację płuc (MVV). W spoczynku wentylacja płuc jest u osób wytrenowanych podobna do wentylacji osób niewytrenowanych, chociaż częstość oddechów na minutę jest

na ogół mniejsza. W czasie wysiłków submaksymalnych, tak wentylacja płuc jak i częstość oddechów są mniejsze u osób wytrenowanych, ale głębokość pojedynczego oddechu jest większa, w porównaniu z osobami niewytrenowanymi. W czasie maksymalnego wysiłku zwiększa się istotnie maksymalna dowolna wentylacja płuc osób trenujących. Dochodzi ona czasem do 180 l/min, podczas gdy u młodych niewytrenowanych mężczyzn osiąga 100 l/min, a u kobiet 80 l/min. U osób trenujących obserwuje się większy przepływ krwi przez szczytowe fragmenty płuc w porównaniu z osobami prowadzącymi siedzący tryb życia. Ułatwia to wymianę gazową w płucach, korzystnie zwiększając stosunek wentylacji pęcherzykowej do włośniczkowego przepływu krwi przez płuca. U osób trenujących hiperwentylacja pojawia się przy pokonywaniu wyższych obciążeń w porównaniu z osobami nietrenującymi. Powoduje to zmniejszenie odczucia duszności przy dużych obciążeniach. Wiele z wyżej opisanych korzystnych efektów wpływu systematycznej aktywności ruchowej na układ oddechowy uzyskuje się nie tylko u osób zdrowych, ale i chorych.

U osób trenujących wraz ze wzrostem wydolności fizycznej wzrasta objętość krwi. Często jest to wzrost o 15-20%, co stanowi istotny składnik poprawy sprawności funkcji zaopatrzenia tlenowego organizmu. U osób trenujących wzrasta również ilość hemoglobiny we krwi. Do typowych zmian potreningowych należy zwiększenie 2,3-difosfoglicerynianu (2,3-DPG) w krwinkach czerwonych średnio o 5-15%. Związek ten łączy się z hemoglobiną i powoduje przesunięcie krzywej dysocjacji hemoglobiny w prawo, co przyczynia się do łatwiejszego oddawania tlenu niesionego przez oksyhemoglobinę z płuc w tkankach. Krew osób wytrenowanych łatwiej oddaje tlen kurczącym się mięśniom podczas ich pracy, w porównaniu z krwią osób niewytrenowanych.

Systematyczny trening powoduje zmniejszenie reakcji hormonalnych na wysiłki submaksymalne. Zmniejsza on m.in. wysiłkową aktywację układu współczulnego, czego wyrazem jest obniżone wydzielanie amin katecholowych tj. adrenaliny i epinefryny w czasie wysiłku, chociaż zdolność do wykonywania wysiłku nie ulega upośledzeniu.

U osób systematycznie trenujących obserwowano również zmianę wrażliwości tkanek na działanie hormonów. Przykładem tego wpływu jest obserwacja wydzielania insuliny i wrażliwości tkanek na jej działanie. U osób poddanych treningowi obniża się stężenie insuliny we krwi. Jest to wynik zahamowania wydzielania insuliny przez trzustkę oraz wzrostu tempa jej wychwytywania i rozkładu w tkankach. Pomimo mniejszego stężenia insuliny tolerancja glukozy przez organizm poprawia się. Wzrasta wrażliwość tkanek osoby trenującej na działanie insuliny, jak również zwiększa się wiązanie insuliny przez receptory insulinowe u tych osób. W piśmiennictwie wykazano, że korzystny potreningowy efekt wzrostu wrażliwości insulinowej obserwowano nie tylko po treningu wytrzymałościowym, ale także siłowym i szybkościowym. Efekt ten jest korzystny nie tylko u osób z cukrzycą, ale również osób otyłych. U osób z cukrzycą, pozwala na obniżenie zapotrzebowania na insulinę dostarczaną w infekcjach lub redukcję ilości leków poprawiających tolerancję glukozy, zaś u osób otyłych efekt ten łagodzi zaburzenia metaboliczne, a zmniejszając insulinooporność zmniejsza prawdopodobieństwo rozwoju cukrzycy i nadciśnienia

tętniczego krwi. U osób otyłych wzrasta dodatkowo wrażliwość tkanki tłuszczowej na czynniki lipolityczne, wzrasta aktywność lipazy lipoproteinowej, zmniejsza się wielkość adypocytów i ilość tkanki tłuszczowej.

U osób trenujących wykazano w czasie wysiłku fizycznego wzrost wydzielania endogennych peptydów opioidowych m.in. β-endorfiny. Przypuszcza się, że mogą one zmniejszać odczuwanie bólu mięśni jak i ogólne odczucie ciężkości pracy. Z działaniem endorfin wiąże się uczucie zadowolenia i dobry nastrój występujący często po wysiłku u osób systematycznie trenujących. Fakt ten zaleca się wykorzystywać jako czynnik wspomagający kontrolę emocji, a nawet uzupełniający leczenie zaburzeń emocjonalnych.

Od wielu lat obserwuje się związek między objętością i intensywnością treningu a stanem odporności osób trenujących. Obserwacje dowodzą, iż umiarkowane wysiłki fizyczne wpływają na ogół korzystnie na układ immunologiczny, a tym samym na poziom odporności organizmu. Już w latach 70. opisywano wzrost po wysiłku fizycznym ilości properdyny, immunoglobulin klasy IgM i IgG, przyrost aktywności fagocytarnej leukocytów jak i zwiększenie średniego miana opsonin. W mniejszym stopniu wzrastała aktywność monocytów. Opisana pozytywna stymulacja aktywności bakteriobójczej granulocytów obojętnochłonnych następowała pod wpływem wielu czynników. Wydaje się, że najistotniejsze z nich to działanie hormonów immunostymulujących, takich jak: hormon wzrostu, beta-endorfiny, prolaktyna, jak również stan układu nerwowego, stężenie jonów wapnia i magnezu oraz równowaga kwasowo-zasadowa organizmu. Związek między aktywnością ruchową a częstością infekcji górnych dróg oddechowych często opisywany jest krzywą w kształcie litery „J". Średnie ryzyko zachorowania na infekcje górnych dróg oddechowych posiadają osoby nie trenujące. Ich ryzyko zachorowania znajduje się w środkowej części krzywej „J". W dolnej części krzywej są osoby o najmniejszym ryzyku zachorowania, są to osoby uprawiające trening zdrowotny. Natomiast na szczycie krzywej znajdują się osoby o największym ryzyku zachorowania, tj. osoby przeciążone treningiem fizycznym. Badania przeprowadzone u osób uczestniczących w aktywności ruchowej typu rekreacyjnego nie wykazały istotnych zmian w obrazie składników krwi odpowiadających za stan odporności organizmu. Wzrost liczby limfocytów T i B oraz białek odpornościowych był statystycznie nieistotny. Wydaje się, że dla każdego organizmu istnieje indywidualna wielkość aktywności ruchowej, która powoduje wzrost odporności organizmu. Przekroczenie jej w kierunku in plus powoduje spadek odporności, natomiast zbyt mała aktywność ruchowa nie wywołuje zmian. Wyniki badań potwierdzają hipotezę, że umiarkowany trening wytrzymałościowy poprawia odporność, natomiast trening prowadzący do przeciążenia organizmu – osłabia mechanizmy odpornościowe.

W dotychczasowych badaniach wykazano korzystny wpływ umiarkowanego wysiłku fizycznego na zdrowie psychiczne. W czasie trwania wysiłku fizycznego rozładowywane są nadmierne obciążenia psychoemocjonalne (następstwa frustracji i stresu). Badania psychologiczne prowadzone u osób poddających się treningowi wykazały zmniejszenie poziomu lęku oraz obniżenie głębokości stanów depresyjnych. Gdy wysiłki fizyczne podejmowane są zgodnie z przygotowaniem czynnoś-

ciowym organizmu i nie później niż o godz. 16.00-17.00 obserwuje się poprawę snu i łatwiejsze zasypianie. U osób, które poddają się systematycznemu treningowi obserwuje się również wyższą subiektywną ocenę własnego samopoczucia. Porównywanie własnej wydolności fizycznej z wydolnością osób tej samej płci w podobnym przedziale wiekowym a nietrenujących powoduje dopływ bardzo korzystnych bodźców dających wyższe poczucie własnej wartości.

Ten wyżej opisany, korzystny wpływ systematycznej aktywności ruchowej na organizm człowieka uzyskuje się jeśli wysiłek o określonej objętości (intensywność x czas trwania) stosowany jest odpowiednio do przygotowania czynnościowego organizmu. Z punktu widzenia fizjologii wysiłków fizycznych, największe korzyści daje człowiekowi systematyczna aktywność ruchowa podejmowana w formie rekreacji fizycznej czy też treningu zdrowotnego. W tym rodzaju treningu zaleca się głównie wysiłki dynamiczne poszerzone o ćwiczenia oporowe (stanowiące 10-15% objętości treningu), podejmowane minimum 3 razy w tygodniu średnio po 40 minut (od 20-60 minut). Niezwykle ważna dla osób dorosłych jest systematyczność i intensywność podejmowanych ćwiczeń. Intensywność treningu powinna być umiarkowana i nie przekraczać 60-75% maksymalnego, odpowiedniego dla wieku tętna. Maksymalne tętno, w zależności od wieku można określić za pomocą reguły 220-wiek. Ważne jest z punktu widzenia zdrowia, aby wydatek energetyczny na aktywność ruchową przekraczał 1000 kcal/tydzień, a optymalnie jest gdy wynosi 2000 kcal/tydzień. Każda osoba przed udziałem w aktywności ruchowej powinna się poddać kwalifikacji medycznej. W przypadku rekreacji fizycznej, kwalifikacja taka może być przeprowadzona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W orzeczeniu powinny być uwzględnione przeciwwskazania do wysiłku fizycznego jak i określona indywidualnie intensywność ćwiczeń. U osób chorych intensywność ćwiczeń winna być zawsze określona indywidualnie na podstawie wyniku testu wysiłkowego przeprowadzonego w warunkach laboratoryjnych.

Literatura

1. Drygas W., Jegier A., 2003, Zalecenia dotyczące aktywności ruchowej w profilaktyce układu krążenia. W: Naruszewicz M.(red.): Kardiologia zapobiegawcza. PTBNM, Szczecin, 252-266.
2. Drygas W., Kostka T., Jegier A., Kuński H., 2000, Long- term effects of different physical activity levels on coronary heart disease risk factors in middle- aged men. Int J Sports Med., 21: 235- 241
3. Jegier A.(red.), 2001, Aktywność ruchowa w zapobieganiu chorobom układu krążenia. Medicina Sportiva, 5, suppl.2.
4. Jegier A., K. Nazar, A.Dziak (red.), 2005, Medycyna sportowa. PTMS, Warszawa
5. Jegier A., 1995, Fizjologiczne efekty treningu fizycznego. Systematyczna aktywność ruchowa w promocji zdrowia i profilaktyce chorób. W Piotrowska H. (red): Sport dla wszystkich. Rekreacja dla każdego. TKKF ZG; Warszawa, 44-74
6. Jegier A., 2005, Układ krążenia a wysiłek fizyczny. W: Bromboszcz J., Dylewicz P.: Rehabilitacja kardiologiczna. Stosowanie ćwiczeń fizycznych. ELIPSA-JAIM s.c. Kraków, 13-39
7. Kozłowski S., Nazar K. (red.), 1999, Wprowadzenie do fizjologii klinicznej. PZWL,

wyd.3., Warszawa
8. Kuński H., Drygas W. (red.), 2003, Trening zdrowotny. Medicina Sportiva, 7, suppl.1.
9. Kuński H., Jegier A., 1999, Ruch doskonali i uzdrawia serce. Wyd. 2., TKKF ZG; Warszawa

Teresa Socha
AWF Katowice, Katedra Sportów Indywidualnych

Potencjał wysiłkowy jako kryterium zdrowia kobiet w późnych dekadach życia

Od początku tworzenia zrębów współczesnego sportu, przedstawiciele wielu dziedzin nauki, zwłaszcza nauk medycznych, wyrażali poglądy, że uprawianie przez kobiety różnych dyscyplin sportu, szczególnie tych o charakterze wytrzymałościowym, stanowi istotne zagrożenie dla ich zdrowia, a przede wszystkim dla macierzyńskich funkcji. Przez wiele dziesięcioleci opinie uczonych przedstawione między innymi w raporcie zespołu ekspertów Królewskiej Akademii Nauk w Londynie *„Wychowanie fizyczne dziewcząt",* a opublikowanym w jednym z najbardziej znanych angielskich periodyków lekarskich „British Medical Journal" w 1922 roku [Kozłowski 1986, s. 86], były podstawą do podejmowania decyzji zakazujących kobietom uprawiania wszelkich sportów.

Mimo obowiązujących zakazów kobiety podejmowały jednak próby uprawiania dyscyplin sportu, w tym także wytrzymałościowych. Na zasadzie faktów dokonanych tworzyły coraz bogatszą praktykę sportu, która podważała opinię uczonych o negatywnych skutkach zdrowotnych, wynikających z uprawiania tych dyscyplin. Coraz liczniejszym udziałem w uprawianiu sportów wytrzymałościowych i osiąganiem wysokich rezultatów, kobiety nie tylko podważały opinie uczonych, ale ujawniały także nieznane dotąd funkcjonalne możliwości do wykonywania długotrwałych wysiłków fizycznych. Potwierdzały posiadanie wysokiego poziomu wydolności fizycznej do późnych dekad życia, jako jednego z ważnych kryteriów oceny zdrowia.

Początkowo zaczęły uprawiać typowo wytrzymałościową konkurencję, jaką jest bieg maratoński, co w opinii nie tylko ludzi nauki uważano za szkodliwe dla zdrowia, ale wręcz niemożliwe do wykonania. Tymczasem w 1975 roku zarejestrowano u niespełna sześcioletniej (5 lat, 261 dni) dziewczynki – Jennifer Amyx, najlepszy dla jej wieku rezultat w biegu maratońskim – 4.56,36 [Contributors: Marty Post & Gunars Akerbergs, LAT. Last Updated on 17 April 2006], która w kolejnych latach osiągała również najlepsze w skali światowej rezultaty. W wieku 12 lat i 329 dni

osiągnęła rezultat – 2.58,12 sek, bardzo zbliżony do wyników osiąganych przez mężczyzn, medalistów Igrzysk Olimpijskich w 1908 roku. Warto podkreślić, że aktualnie w wieku 36 lat cieszy się znakomitym zdrowiem i z powodzeniem łączy pracę profesora ekonomii z uczestnictwem w długotrwałych wysiłkach sportowych.

Kobiety także w późnych dekadach życia uprawiają biegi maratońskie i osiągają zadziwiająco wysokie rezultaty. W 1979 roku 72 letnia kobieta osiągnęła najlepszy na świecie w swojej grupie wiekowej rezultat w biegu maratońskim – 4.37,37 sek i przez następne 16 lat, do 88 roku życia należała do najlepszych maratonek świata [www.arrs.net/SA Mara.htm].

W ostatnich dekadach XX wieku i pierwszych latach XXI wieku, kobiety coraz liczniej uczestniczą nie tylko w biegach maratońskich. Podejmują także ekstremalnie długotrwałe wysiłki sportowe w postaci dobowych – 24 godzinnych, dwudobowych – 48 godzinnych i 72 godzinnych biegów, supertriathlonu (3,8 km pływania, 180 km jazdy na rowerze, bieg maratoński), czy wypraw himalajskich, z wielodniowymi, długotrwałymi wysiłkami w ekstremalnie trudnych warunkach ostrego niedoboru tlenu i niskich temperatur. W tych wymienionych powyżej, jak i wielu innych wysiłkach ujawniły się zadziwiająco wysokie funkcjonalne możliwości organizmu kobiet, potwierdzane poziomem osiąganych rezultatów sportowych [Kozłowski 1986, s. 89].

Coraz bogatsza praktyka sportu kobiet nie potwierdzała opinii uczonych o negatywnych skutkach uprawiania wytrzymałościowych dyscyplin sportu. Obecnie w kręgach ludzi nauki prezentowane są opinie, że aktualna wiedza nie daje wystarczających podstaw do wyjaśnienia nagromadzonych wątpliwości towarzyszących uprawianiu przez kobiety wielu dyscyplin sportu [Gajewski A. K. 1998, Socha S. 2001]. Jeśli skromna jeszcze wiedza, bliższa hipotez naukowych twierdzeń, nie uzasadnia prezentowania przeciwwskazań do uprawiania przez kobiety wszystkich, w tym wytrzymałościowych dyscyplin sportu, nie jest to jeszcze wystarczającym argumentem, by sądzić, że nie wiążą się z tym żadne zdrowotne zagrożenia.

Współczesny sport kobiet jako *„swoisty fenomen XX wieku, w którym praktyka wyprzedza teorię a naukowe osądy nie nadążają za rzeczywistością"* [Socha S., 1999, s. 10] stwarza dla nauki realne możliwości podejmowania badań i tworzenia naukowych podstaw do eliminowania ewentualnych zagrożeń zdrowotnych związanych z uprawianiem przez kobiety sportu [Socha T. 2005].

Założenia pracy

1. Systematycznie uprawiane wysiłki fizyczne o charakterze wytrzymałościowym pozwalają kształtować wysoki poziom wydolności fizycznej kobiet do późnych dekad życia.
2. Wszechstronnym i w pełni obiektywnym kryterium oceny poziomu wydolności fizycznej kobiet jest poziom osiąganych rezultatów sportowych w dyscyplinach wytrzymałościowych.
3. Osiągane rezultaty sportowe jako miara poziomu wydolności fizycznej, stanowią również obiektywne kryterium oceny zdrowia kobiet w poszczególnych dekadach życia.

Materiał badawczy

Materiał badawczy stanowią osiągane przez kobiety rezultaty sportowe w wybranych konkurencjach wytrzymałościowych, w biegu maratońskim (42 km 195 m) oraz 12 i 24 godzinnym biegu, w różnych dekadach życia. Do analizy uwzględniono najlepsze na świecie rezultaty kobiet osiągane w poszczególnych przedziałach wiekowych. Do analizy uwzględniono także osiągnięcia sportowe mężczyzn w tych konkurencjach, w których poziom rezultatów kobiet oceniono w aspekcie dymorfizmu płciowego.

Analiza materiału

Bieg maratoński uznawany jest za klasyczną, czy wręcz kulturową konkurencję o charakterze wytrzymałościowym, przypisywaną od początku jej istnienia wyłącznie dla mężczyzn [Mleczko E. 1997]. Przez prawie cały XX wiek głoszono poglądy o niedostępności, czy wręcz szkodliwości dla zdrowia kobiet wysiłków związanych z biegiem maratońskim. Reprezentanci środowisk naukowych głoszone poglądy uzasadniali istnieniem wyznaczonych przez naturę *„nieprzekraczalnych granic"* [T. Socha T., 2002, s. 15]. Na czym oparte były przesłanki do głoszenia poglądów o występowaniu *„nieprzekraczalnych granic"* kobiet, nie zdołano dotąd racjonalnie uzasadnić. Wykreowana przez kobiety na zasadzie faktów dokonanych praktyka uczestnictwa w biegach maratońskich zaprzecza poglądom głoszonym przez reprezentantów niektórych środowisk naukowych. Kiedy w 1952 roku fenomenalny biegacz Emil Zatopek zdobył trzy złote medale olimpijskie na dystansach 5 i 10 km, oraz w biegu maratońskim, nie było żadnych racjonalnych przesłanek, by sądzić, że kobiety mogą uprawiać bieg maratoński, a przewidywania, że będą osiągać lepsze od Zatopka rezultaty nie mieściły się w najśmielszej nawet wyobraźni. Tymczasem już w połowie lat osiemdziesiątych dwie kobiety: Ingrid Kristiansen i Joan Benoit osiągnęły lepsze wyniki w biegu maratońskim od mistrza olimpijskiego – Emila Zatopka, ujawniając tym samym nieznane, wykraczające poza wszelkie wyobrażenia możliwości wydolnościowe kobiet. Wynik Ingrid Kristiansen – 2.21:06, był o 2 minuty lepszy od rezultatu E. Zatopka – 2.23:03. Również rezultat J. Benoit – 2.22:43, jest lepszy od E. Zatopka, mimo że mężczyźni, kiedy Emil Zatopek osiągał swój rezultat, dysponowali już ponad 50-letnim doświadczeniem, w uprawianiu biegu maratońskiego, a kobiety w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych zaledwie kilkuletnim. Tak krótki okres doświadczeń, przy równocześnie głoszonych w tym czasie poglądach o zagrożeniach wynikających dla kobiet z uprawiania długotrwałych wysiłków fizycznych, stanowiły istotne ograniczenia w osiąganiu wysokich rezultatów w biegu maratońskim. Mimo tych ograniczeń i braku społecznej akceptacji, kobiety osiągały zadziwiająco wysokie rezultaty, świadczące o ogromnych możliwościach kształtowania wysokiego potencjału wydolnościowego pod wpływem systematycznie uprawianej aktywności fizycznej o charakterze wytrzymałościowym do późnych dekad życia [Socha T. 2005].

W powszechnie podzielanej opinii u kobiet nie podejmujących aktywności fizycznej, po 40-stym roku życia nasilają się procesy inwolucyjne, wyrażające się

obniżeniem wielu funkcjonalnych możliwości organizmu, w tym także obniżeniu wydolności fizycznej.

W pracy, zgodnie z przyjętymi założeniami podjęto próbę oceny wydolności fizycznej, ocenianej poziomem osiągnięć sportowych w biegu maratońskim kobiet, uprawiających systematycznie wysiłki o charakterze wytrzymałościowym od 40 lat do późnych dekad życia. W tabeli numer I przedstawiono coroczne najlepsze na świecie rezultaty w biegu maratońskim kobiet, w przedziale wiekowym od 40 lat do 50 lat życia. Przedstawione wyniki porównano do aktualnie najlepszych rekordowych wyników kobiet w biegu maratońskim.[1] Starano się określić czy, i na ile zmieniają się różnice wydolności fizycznej mierzonej corocznymi, najlepszymi na świecie wynikami kobiet w biegu maratońskim w przedziale wiekowym 40-50 lat, w porównaniu z wydolnością fizyczną nieoficjalnych rekordzistek świata w biegu maratońskim.

Tabela I
Najlepsze na świecie osiągnięcia kobiet w biegu maratońskim w przedziale wiekowym 40-50 lat, na tle rekordowych wyników.

Wiek	Rezultat, rok, nazwisko	Rekordowe wyniki, nieoficjalne rekordy świata	Różnica %
40 lat	2.27:58 2002, Sultanova F. [RUS]	2.17:18 2002, Radcliffe P. [ENG] – 29 lat	-7,2%
41 lat	2.28:06 2003, Bogacheva I. [KGZ]	2.15:25 2003, Radcliffe P. [ENG] – 30 lat	-8.6%
42 lata	2.26:51 1987, Welch P. [ENG]	2.21:06 1985, Kristiansen I. [NOR] – 29 lat	-3.9%
43 lata	2:29:25 1998, Pozdniakova T. [UKR]	2:20:47 1998, Loroupe T. [KEN] – 25 lat	-6.0%
44 lata	2.29:43 1982, Smith J. [ENG]	2.25:42 1980, Waitz G. [NOR] – 27 lat	-3.0%
45 lat	2.34:27 1983, Smith J. [ENG]	2.22:43 1983, Benoit J. [USA] – 26 lat	-8.0%
46 lat	2.30:26 2002, Pozdniakova T. [UKR]	2.20:43 1999, Laroupe T. [KEN] – 26 lat	-6.5%
47 lat	2.28:59 2002, Pozdniakova T. [UKR]	2.17:18 2002, Radcliffe P. [ENG] – 29 lat	-8.0%
48 lat	2.34:56 2003, Pozdniakova T. [UKR]	2.15:25 2003, Radcliffe P. [ENG] – 30 lat	-12.1%
49 lat	2.30:17 2004, Pozdniakova T. [UKR]	2.15:25 2003, Radcliffe P. [ENG] – 30 lat	-9.9%
50 lat	2.44:12 1987, Lucas B. [AUS]	2.21:06 1985, Kristiansen I. [NOR] – 29 lat	-14.0%

* Źródło własne autora, aktualne na 31 grudzień 2005.

[1] W biegu maratońskim nie rejestruje się oficjalnych rekordów świata.

Rezultat 40-letniej F. Sultanowej – 2.27:58, różni się od aktualnego rekordu świata P. Radcliffe – 2.17:18 o 7.2%, a rezultat 50-letniej B. Lucas – 2.44:12, różni się od rekordowego wyniku I. Kristiansen – 2.21:06 o 14.0%. Można przedstawić pogląd, że poziom wydolności mierzonej osiągnięciami w biegu maratońskim obniżył się w okresie od 40 do 50 lat o 6.8%. (Tab. I) Przedstawione w tabeli coroczne różnice wyników, wskazują, że nie był to systematyczny coroczny spadek różnic wyników. Najmniejsza, bo zaledwie 3 procentowa różnica wyników występuje u 44-letniej J. Smith, w porównaniu z ówczesnym rezultatem Grety Waitz. Przedstawione w tabeli numer I coroczne, najlepsze na świecie osiągnięcia w biegu maratońskim, jako mierniku wydolności fizycznej świadczą o niezwykle ważnej roli systematycznej aktywności fizycznej w utrzymaniu wysokiego poziomu wydolności fizycznej kobiet w przedziale wiekowym 40-50 lat. Najdobitniej świadczą o tym osiągnięcia T. Pozdniakowej, której wyniki osiągnięte w wieku od 43 do 49 lat, różnią się zaledwie o 0.6%. Przedstawione w tabeli numer II osiągnięcia sportowe w biegu maratońskim kobiet, w przedziale wiekowym od 70 do 90 lat, to zupełnie nowe nierozpoznane zjawisko, świadczące o możliwości utrzymania dzięki systematycznej aktywności ruchowej nie tylko wysokiego poziomu wydolności fizycznej kobiet, ale także znakomitego zdrowia do tak późnych dekad życia.

Tabela II
Najlepsze światowe rezultaty kobiet w biegu maratońskim w przedziale wiekowym od 70 do 90 lat.

Wiek	Wynik, data uzyskania	Imię i nazwisko
70 lat 315 dni	3:56:10 – 20 Mar. 2005	Miyo Ishigami [JAP]
71 lat 1 d.	3:48:14 – 03 Oct. 1993	Pat Trickett [ENG]
72 lata 226 d.	3:46:03 – 26 Mar. 2006	Ginette Bedard [USA]
73 lata 322 d.	4:53:03 – 26 Mar. 2006	Heidi Muckle-Gader [CAN]
74 lata 349 d.	4:48:35 – 28 Sep. 1980	Ida Mintz [USA]
75 lat 339 d.	4:08:54 – 27 Oct. 2003	Betty Jean McHugh [CAN]
76 lat 29 d.	4:49:08 – 20 Oct. 1985	Anne Clarke [USA]
77 lat 176 d.	4:11:28 – 01 May 2005	Betty Jean McHugh [CAN]
78 lat 1 d.	5:00:37 – 16 Oct. 1983	Ida Mintz [USA]
79 lat 6 d.	5:03:54 – 21 Oct. 1984	Ida Mintz [USA]
80 lat 11 d.	4:31:42 – 08 Dec. 2002	Helen Klein [USA]
81 lat 37 d.	5:51:10 – 28 Oct. 1990	Anne Clarke [USA]
82 lata 364 d.	6:13:48 – 01 Apr. 1990	Mavis Lindggren [USA]
83 lata 7 d.	5:10:07 – 04 Dec. 2005	Helen Klein [USA]

84 lata 14 d.	6:02:03 – 29 Oct. 1989	Ida Mintz [USA]
85 lat 13 d.	6:53:50 – 28 Oct. 1990	Ida Mintz [USA]
86 lat 177 d.	7:57:24 – 26 Sep. 1993	Mavis Lindggren [USA]
87 lat 183 d.	7:06:48 – 02 Oct. 1994	Mavis Lindggren [USA]
88 lat 182 d.	8:03:24 – 01 Oct. 1995	Mavis Lindggren [USA]
90 lat 144 d.	11:34:00 – 14 Apr. 2002	Janny Wood-Allen [SCO]

* Źródło: www.arrs.net/SA_Mara.htm. Last Updated on 17 April 2006. Contributors: M. Post &Gunars

Jak już podkreślano siłą sprawczą takiego stanu organizmu kobiet, jest systematycznie uprawiana aktywność ruchowa o charakterze wytrzymałościowym. Ten rodzaj aktywności ruchowej, który sprzyja spowolnieniu procesów inwolucyjnych, utrzymaniu wielu funkcji ustroju ludzkiego na wysokim poziomie, warunkuje zdrowie, podejmować można do późnych dekad życia [Bouchard C., Shepard R.J. 1994, Shepard 1995]. Wysiłki wytrzymałościowe warunkują harmonizowanie funkcji z budową ciała ludzkiego, sprzyjają estetyce, co w odniesieniu do ciała kobiety, stanowi szczególną wartość. W pierwszej dekadzie XXI wieku bieg maratoński, to „swoiste przedszkole" w sportach wytrzymałościowych, stanowiący najrozleglejszy i najbardziej zróżnicowany obszar wysiłków fizycznych z udziałem kobiet, mimo że zakazy do uprawiania tych dyscyplin przez kobiety utrzymywane były do ostatnich dekad XX wieku. Poziom osiąganych przez kobiety wyników jako miernik potencjału wysiłkowego i kryterium oceny zdrowia zdumiewa szczególnie przy ich analizie na tle możliwości mężczyzn. Aktualny rekordowy wynik w biegu maratońskim kobiet – 2.15:55, różni się od rekordowego wyniku – 2.04:55 mężczyzn zaledwie o 7.75%. Różnice osiągnięć sportowych kobiet i mężczyzn w znacznie dłuższych wysiłkach od biegu maratońskiego, takich jak 12 i 24 godzinne biegi przedstawione są w tabeli numer III.

Nie podejmując szczegółowej analizy informacji przedstawionych w tabeli III, a przyjmując jedynie założenie, że osiągane przez kobiety i mężczyzn wyniki w tych biegach określają poziom wydolności i stanowią zarazem mierniki zdrowia, skłaniają do zadziwiających refleksji o nieznanych dotąd możliwościach funkcjonalnych i potencjale zdrowia ludzkiego organizmu, a organizmu kobiet w szczególności. Obszar wysiłków wytrzymałościowych podejmowanych obecnie przez kobiety, poszerzony został do ekstremalnie długotrwałych dopiero na przełomie lat XX i XXI wieku. Kobiety na równi z mężczyznami partycypowały w kreowaniu tych ekstremalnie długotrwałych wysiłków. Stąd bardzo skromne doświadczenia i śladowa zaledwie wiedza o skutkach ich oddziaływania na organizm obojga płci. Skromne jeszcze doświadczenia praktyczne nie są poddawane naukowym analizom, a nawet informacje o nich są zaledwie fragmentaryczne [Socha T. 2002]. Jedna z istotnych refleksji, jaka nasuwa się przy rozpatrywaniu informacji przedstawionych we wszystkich trzech tabelach, odnosi się do wieku kobiet podejmujących długotrwałe wysiłki fizyczne [Grzywocz R., Socha T. 2004].

Tabela III
Dymorficzne różnice wyników ultrabiegów w poszczególnych grupach wiekowych.

Wiek	Płeć	12-h	R%	24-h	Różnica%
WBP*	K	147, 600	9, 11%	250, 106	17, 59%
	M	162, 400		303, 506	
40 lat	K	135, 057	16, 08%	240, 169	20, 87%
	M	160, 934		303, 506	
45 lat	K	127, 555	19, 89%	242, 624	14, 69%
	M	159, 223		284, 070	
50 lat	K	132, 202	7, 50%	230, 438	6, 78%
	M.	142, 924		247, 210	
55 lat	K	103, 365	21, 17%	214, 320	12, 60%
	M	131, 128		245, 208	
60 lat	K	100, 000	22, 79%	170, 165	27, 89%
	M	129, 525		235, 969	
65 lat	K	100, 100	16, 86%	176, 223	17, 59%
	M	120, 399		213, 844	
70 lat	K	103, 368	5, 67%	176, 810	7, 44%
	M	109, 600		191, 019	

* Najlepsze wyniki na świecie.

Informacje o możliwościach podejmowania przez kobiety wysiłków charakterystycznych dla biegu maratońskiego do końca dziewiątej dekady życia, a 12 i 24 godzinnego wysiłku do 70-go roku życia, świadczą o ogromnym i pozytywnym wpływie na organizm kobiet, systematycznie uprawianych wysiłków o charakterze wytrzymałościowym. Z drugiej zaś strony dowodzą także, jak ogromny potencjał wydolnościowy drzemie w organizmie kobiet, który może być kształtowany przez systematyczne wysiłki fizyczne do tak późnych dekad życia, i który może być przyczyną i zarazem miernikiem zdrowia kobiet. Przedstawione informacje odnoszą się do jednostkowych przykładów, jednak wiedza o indywidualnych przypadkach może być istotnym dopełnieniem na drodze poznawania zjawisk odnoszących się do zbiorowości.

Podsumowanie

Przedstawione w pracy informacje o udziale kobiet w długotrwałych, czy nawet ekstremalnie długotrwałych wysiłkach fizycznych, oraz ich wstępna, niepełna inter-

pretacja sygnalizują jedynie ważne z poznawczego i aplikacyjnego punktu widzenia nierozpoznane dotąd problemy funkcjonalnych możliwości organizmu kobiet. Dalsze gromadzenie podobnych, obiektywnych informacji, może być ważnym źródłem poznawania wielu funkcji ustroju ludzkiego. Rezultaty dokonanych w pracy analiz uzasadniają zaprezentowanie poglądu o pozytywnej weryfikacji przyjętych założeń pracy. Systematycznie uprawiane wysiłki fizyczne o charakterze wytrzymałościowym stanowią siłę sprawczą w kształtowaniu wysokiego poziomu wydolności do późnych dekad życia kobiet. Rezultaty osiągane w wymiernych wysiłkach wytrzymałościowych mogą być obiektywnym i wszechstronnym miernikiem poziomu wydolności oraz niezawodnym kryterium zdrowia.

Literatura

1. Kozłowski S., 1986, *Granice przystosowania*. Wiedza Powszechna. Warszawa.
2. Sources: www.arrs.net/SA Mara.htm – Contributors: Marty Post & Gunars Akerbergs LAT. Last Updated on-17 April 2006.
3. Gajewski A.K. (red.), 1998, *Kobieta, Sport, Zdrowie.* Polskie Stowarzyszenie Sportu Kobiet, AWF Warszawa.
4. Socha S., 2001, *Sport kobiet – wyzwanie dla nauki.* Sport Wyczynowy, 3-4, 5-10.
5. Socha. S., 1999, *Współczesne problemy sportu kobiet*. (W:) Problemy Dymorfizmu Płciowego w Sporcie. (red.) S. Socha, AWF, Katowice, 8-13.
6. Socha T., 2005, *Women's age and results achieved during prolonged events sporting recreation.* ANNALES UMCS, Sectio D, MEDICINA. Vol. LX., Suppl. XVI, N 5, 169-172.
7. Mleczko E., 1997, *Polski fenomen w biegu maratońskim, czy droga kobiet do maratonu.* (W:) Socha S. (red.) Problemy dymorfizmu płciowego w sporcie. Katowice, 24-30.
8. Socha T., 2002, *Sport kobiet, historia, teoria, praktyka*. COS, Warszawa.
9. Socha T., Grzywocz R., 2005, *Women's recreation, endurance efforts from the perpective of modern science.* ANNALES UMCS, Sectio D, MEDICINA. Vol. LX., Suppl. XVI, 5, 173-176.
10. Bouchard C., Shepard R.J., 1994, *Physical Activity, Fitness, and Health: The Model and Key Concepts.* (In:) Physical activity, fitness, and health. International Proceedings and Consensus Statement. Human Kinetics Publishers. Champaign, 77-79.
11. Shepard R.J., 1995, *Physical activity, health, and well-being at different life stages.* Research Quarterly for Exercise and Sport, 66, 4, 298-302.
12. Grzywocz R., Socha T., 2004, *Analiza intensywności długotrwałych wysiłków startowych kobiet i mężczyzn.* (W:) Kuder A., Perkowski K., Śledziewski D. (red.) Proces doskonalenia treningu i walki sportowej. Tom I. AWF Warszawa, 32-35.
13. Socha T., 1998, *Zdrowotne aspekty uczestnictwa kobiet w sporcie.* (W:) Bergman P. (red.) Człowiek wczoraj, dziś, jutro. UMCS, Lublin, 63-68.
14. Socha T., 2003, *Perspectives of female In the XXI century*. (In:) Kłodecka-Różalska J. Female Athlete a Woman of Success Advantages and barriers of women's sport activities. PSSK, Instytut Sportu. Warszawa, 217-224.

Elżbieta Poziomska-Piątkowska, Jacek Lisowski
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Biomedycznych Podstaw Rehabilitacji

Stres oksydacyjny a aktywność ruchowa

Metaboliczna rola tlenu jest przedmiotem intensywnych badań ostatniego półwiecza. Wiadomo od dawna, że życiodajny tlen może także szkodzić ale dopiero te badania przynoszą dokładne wyjaśnienie mechanizmów jego toksyczności.

Tlen jest niezbędny do procesu oddychania rozumianego jako szereg reakcji enzymatycznych w wyniku których w obecności tlenu następuje rozkład substancji organicznych (pożywienia) do H_2O i CO_2 i uwalniana jest energia potrzebna do zaopatrzenia podstawowych funkcji życiowych.

W wyniku stopniowych redukcji tlenu w etapach jednoelektronowych lub wzbudzania powstają reaktywne formy tlenu, które reagują w sposób niespecyficzny ze składnikami komórki modyfikując je i często uszkadzając. Wielu autorów uważa, że niekorzystne dla komórek, lecz nieuniknione reakcje reaktywnych form tlenu są ceną, jaką organizmy aerobowe muszą płacić za wykorzystanie tlenu jako bardzo korzystnego energetycznie utleniacza [Alessio 1993].

W stanie podstawowym cząsteczka tlenu ma dwa elektrony na zewnętrznych orbitalach.

Spiny tych elektronów, czyli kierunki obrotu wokół własnej osi, mają wartości równoległe czyli obrót w tym samym kierunku. Większość związków organicznych z którymi tlen może reagować w komórkach mają spiny przeciwne i mówimy że elektrony są sparowane, a ich wypadkowy spin jest równy zeru.

Aby cząsteczka tlenu uległa redukcji dwuelektronowej musiałaby przyjąć od innej cząsteczki dwa elektrony które miałyby również równoległe spiny, czyli dwa niesparowane elektrony [Blake i wsp. 1987].

Większość cząsteczek w przyrodzie ma elektrony sparowane, dlatego też możliwości reakcji cząsteczki tlenu są ograniczone i tlen jest znacznie mniej reaktywny niż można byłoby oczekiwać.

W związku z trudnościami ze znalezieniem odpowiednich partnerów do reakcji dwuelektronowej tlen reaguje ze związkami jednoelektronowo, przyjmując jeden elektron. Produktem tej reakcji jest anionorodnik ponadtlenkowy, który jest wolnym rodnikiem z jednym niesparowanym elektronem i anionem o ujemnym ładunku [Bartosz 1995].

Wolny rodnik to atom lub cząsteczka zdolny do samodzielnego istnienia, mający co najmniej jeden niesparowany elektron. Często używany jest termin reaktywne formy tlenu (RFT), który oznacza produkty redukcji i wzbudzania tlenu bardziej aktywne niż cząsteczka w stanie podstawowym. Najczęściej spotykane (RFT) to tlen singletowy, anionorodnik ponadtlenkowy, rodnik hydroksylowy, nadtlenek wodoru, tlenek azotu.

W prawidłowo funkcjonującym organizmie człowieka istnieje wiele źródeł RFT. Najważniejsze to biochemiczne procesy związane z oddychaniem komórkowym [Corral-Debrinski i wsp. 1992, Fridovick 1979].

Biorąc pod uwagę niezwykłą różnorodność świata żywego dziwne byłoby gdyby organizmy nie wykorzystały powszechnie wytwarzanych RFT. Okazało się, że toksyczne właściwości RFT są wykorzystywane przeciwko innym obcym komórkom i są używane jako narzędzie w walce obronnej organizmu.

Komórki fagocytarne odpowiedzialne za otoczenie, zabicie i wchłonięcie (fagocytozę) obcych antygenów zostały wyposażone w niezwykłą biologiczną broń w postaci RFT. Zaobserwowano że komórki obrony immunologicznej zużywają znaczne ilości tlenu a jest on potrzebny do uwalniania dużych ilości anionorodnika ponadtlenkowego z następującym przekształceniem go w H_2O_2 [3]. Aktywnym komórkom fagocytującym towarzyszy zawsze wytwarzanie dużych ilości O_2 i H_2O_2

Jeden granulocyt obojętnochłonny wytwarza ok. 3,2 mln O_2 i 3,6 mln H_2O_2 w ciągu sekundy.

Pobudzone fagocyty wydzielają również NO który jest źródłem związku przeciwbakteryjnego mianowicie nadtlenoazotynu [Bartosz 1995].

RFT walczą również z różnymi pasożytami np. motylicą wątrobową, niektórymi nicieniami, zapobiegają rozwojowi malarii. Również właściwości bakteriobójcze i bakteriostatyczne śliny realizowane są na drodze mechanizmów angażujących różne związki o charakterze RFT [Bartosz 1995].

Istnieje jeszcze wiele innych możliwości wytwarzania RFT zarówno pochodzenia endo jak i egzogennego [Halliwell, 1996 p. 14].

Organizmy tlenowe wykorzystując możliwości posługiwania się tlenem musiały także wykształcić systemy zabezpieczające je w znacznym stopniu przed skutkami działania RFT

W nauce przyjął się podział mechanizmów obronnych na enzymatyczne i nieenzymatyczne.

Główne enzymy antyoksydacyjne to: dysmutaza ponadtlenkowa, katalaza i peroksydaza glutationowa. Do czynników nieenzymatycznych należą: antyutleniacze (tokoferole, betakaroten, kwas askorbinowy, glutation), zmiatacze wolnych rodników (adrenalina, bilirubina, tiomocznik, alkohol etylowy i inne), jony metali grup przejściowych, sekwestr metali, metalotioneiny.

W prawidłowych warunkach fizjologicznych istnieje równowaga pomiędzy wytwarzaniem RFT a ich unieszkodliwieniem [Halliwell 1996, p. 13]. Jednakże w wielu sytuacjach dochodzi do zaburzenia tej równowagi i mówimy wtedy o stresie oksydacyjnym. Stres oksydacyjny występuje w wielu sytuacjach spowodowanych ekspozycją organizmu na dodatkowe źródła RFT lub zwiększeniem tempa endogennej ich produkcji. Wolne rodniki, jeżeli występują w nadmiarze, powodują uszkodzenie struktury i funkcji wszystkich składników komórki [Banfi i wsp. 2006].

Uważa się obecnie, że stres oksydacyjny leży u podłoża, czy występuje, w przebiegu wielu chorób. Dlatego też stres oksydacyjny kojarzony jest przede wszystkim z sytuacjami patologicznymi [Halliwell 1996, p. 13 i 14].

Istnieją jednak pewne sytuacje fizjologiczne w których intensywny metabolizm generuje zwiększone ilości RFT. Taki stan występuje podczas wysiłku fizycznego. Powszechnie uważa się, że wysiłek fizyczny jest korzystny dla zdrowia, ale sprawa nie jest prosta. Wiadomo, że nagły intensywny wysiłek fizyczny może nawet uszkadzać narząd ruchu. Oprócz innych czynników istotną rolę w uszkodzeniu mięśnia podczas intensywnego wysiłku odgrywają RFT.

Występujący podczas wysiłku wzrost tempa oddychania jest przyczyną wytwarzania anionorodnika ponadtlenkowego i innych RFT – a tym samym stres oksydacyjny w mięśniach szkieletowych i mięśniu sercowym. Zużycie tlenu przez mięśnie może wzrastać nawet 100-krotnie co oznacza 100 krotny wzrost produkcji tlenku azotu [Banfi 2006, Finand i wsp. 2006, Poziomska-Piątkowska 2005].

Wzmożone wytwarzanie RFT może być szczególnie niebezpieczne dla mięśni szkieletowych gdyż aktywność enzymów antyoksydacyjnych i fizjologiczne stężenie antyoksydantów są tam niskie, znacznie niższe niż np. w wątrobie [2]. Uważa się, że wzrost produkcji wolnych rodników powoduje powysiłkowe zmęczenie i uszkodzenie mięśni a molekularne podłoże zjawisk związanych z przetrenowaniem jest ściśle związane ze stresem oksydacyjnym [Dekany i wsp. 2006, Finaud i wsp. 2006]. Stopień uszkodzeń wywołanych przez RFT jest zależny od intensywności wysiłku fizycznego [Apor, Radi 2006].

Wiele badań wskazuje, że wzrost produkcji RFT podczas wysiłku fizycznego powoduje kompensacyjny wzrost aktywności enzymów antyoksydacyjnych [Dekany i wsp. 2006]. Wydaje się, że stymulacja układu antyoksydacyjnego również jest uzależniona od intensywności wysiłku [Bassenge i wsp. 2006].

Prowadzone są liczne badania nad wpływem systematycznie podejmowanych wysiłków fizycznych o charakterze treningu zdrowotnego na reakcje metabolizmu tlenowego. Wykazano, że trening stymuluje aktywność enzymów antyoksydacyjnych co zaobserwowano w formie wzrostu aktywności dysmutazy i katalazy [Dekany i wsp. 2006]. Ponadto zaobserwowano aktywację enzymów naprawy DNA [Radak i wsp. 2005] i fakt ten może sugerować wpływ treningu zdrowotnego na opóźnienie procesów starzenia się organizmów.

Następna grupa prac nad stresem oksydacyjnym w aktywności fizycznej dotyczy suplementacji antyoksydantami. Okazało się, że podawanie osobom ćwiczącym antyoksydantów w postaci witamin ogranicza powysiłkowy stres antyoksydacyjny. Suplementacja nieenzymatycznymi antyutleniaczami zmniejsza wytwarzanie RFT

i ogranicza uszkodzenia lipidów w komórce [Banfi i wsp. 2006, Close i wsp. 2006]. Autorzy wskazują na potrzebę skorelowania diety z podawaniem antyoksydantów w postaci preparatów farmakologicznych oraz sugerują, że lepsze efekty ochronne przed RFT uzyskuje się po zastosowaniu antyutleniaczy w formie naturalnej na przykład w postaci soków owocowych i warzywnych.

Przytoczone fakty spowodowały, że trening zdrowotny rozpatrywany jest obecnie jako ważny czynnik profilaktyczny i terapeutyczny wykorzystujący mechanizmy przebiegające z udziałem RFT [Radak i wsp. 2005].

Literatura

1. Alessio H.M.,1993, Exercise induced oxidative stress. Med and Sci. in Sports and Exercise, 25, 218-224.
2. Apor P., Radi A., 2006, Physical exercise, oxidative stress and damage. Orv Hetil, 4; 147 22: 1025-31.
3. Babior B.M., 1984, The respiratory burst of phagocytes. J. Clin. Invest, 73, 599-601.
4. Banfi G., Malavazos A, Iorio E., Dolci A., Doneda L., Verna R., Corsi M. M., 2006, Plasma oxidative stress biomarkers, nitric oxide and heat shock protein 70 in trained elite soccer players. Eur J Appl Physiol, 96 5: 483-6.
5. Bartosz G., 1995, Druga twarz tlenu. PWN, Warszawa
6. Bassenge E., Schneider H.T.,Daiber A., 2005, Oxidative stress and cardiovascular diseases. Dtsch Med Wochenschr,16; 130 50: 2904-9.
7. Blake D.R., Allen R.E., Lunec J., 1987, Free radicals in biological systems – a review orientated to inflamatory processes. Brit. Med. Bull, 43, 2, 371-385.
8. Close G.L., Ashton T., Cable T., Doran D., Holloway C., McArdle F., MacLaren D. P., 2006, Ascorbic acid supplementation does not attenuate post-exercise muscle soreness following muscle-damaging exercise but may delay the recovery process. Br J Nutr, 95 5: 976-81.
9. Corral-Debrinski M., Horton T., Lott M., Shoffner J., Beal M., Wallace D.,1992, Mitochondrial DNA deletions in human brian : Regional variability and increase with advaced age. Nat. Gent, 2, 324-329.
10. Dekany M., Nemeskeri V., Gyore I., Harbula I., Malomsoki J., Pucsok 3, 2006, Antioxidant status of interval-trained athletes in various sports. Int J Sports Med., 27 2: 112-6.
11. Finaud J., Lac G., Filaire E., 2006, Oxidative stress: relationship with exercise and training. Sports Med., 36 4: 327-58.
12. Fridovich I., 1979, Superoxide dismutase: defence against endogenous superoxide radical. CIBA Found., symp, 77-93.
13. Halliwell B., 1996, Antioxidants in human health and disease. Ann. Rev. Nutr., 16, 33-50.
14. Halliwell B., 1996, Mechanisms involved in the generation of free radicals. Pathol. Biol, 41, 6-13.
15. Poziomska-Piątkowska E., 2002,Wpływ submaksymalnego wysiłku fizycznego na parametry krążeniowo-oddechowe i stężenie tlenku azotu we krwi ludzi zdrowych. Przegl. Wojsk.- Med., 44 2, 117-122.

16. Radak Z., Chung H.Y., Goto S., 2005, Exercise and hormesis: oxidative stress-related adaption for successful aging. Biogerontology. 61: 71-5.

Władysław Pańczyk
Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Wychowania Fizycznego
Zamiejscowy Wydział Wychowania Fizycznego AWF Warszawa
w Białej Podlaskiej

Edukacja fizyczna według rozwojowo-zdrowotnych potrzeb dzieci

Współczesne wychowanie fizyczne staje się nieco archaiczną edukacją w wirtualnej szkole. Inaczej ujmując, wychowanie fizyczne przestaje być potrzebą witalną – konieczną. Dorosły człowiek sam sobie, a dzieciom rodzice realizują potrzeby podstawowe, praktycznie bez ruchu, a tym bardziej bez wysiłku fizycznego. Potrzeba aktywności fizycznej pojawia się dopiero wtedy, kiedy rozwiniemy własną osobowość do tego stopnia, że zrozumiemy iż aktywność fizyczna dla żywego organizmu jest konieczną potrzebą biologiczną. Jeszcze refleksja nad teleologią edukacji każe nam stworzyć w szkole warunki dla aktywności fizycznej (cztery lekcje wychowania fizycznego w tygodniu, infrastruktura, nauczyciele, organizacja procesu a nawet ocena jego realizacji), ale obcość potrzeb aktywności fizycznej we wszystkich społecznościach szkolnych (uczniowie, nauczyciele, nadzór, rodzice) umożliwia w wielu szkołach działania pozorowane. Tak naprawdę poziom realizacji tej edukacji w szkole jest często wynikiem zaangażowania jednostek, niestety nie zawsze są nimi nauczyciele wychowania fizycznego. Tak więc wychowanie fizyczne we współczesnej szkole często ma tylko wartość potencjalną.

Ograniczenie aktywności ruchowej doprowadza do obniżenia sprawności i wydolności fizycznej szczególnie u dzieci w młodszym wieku szkolnym [Pańczyk 2004]. Niestety w znacznym stopniu są to już efekty pracy reformowanej szkoły. Szkoła, która miała być odencyklopedyzowana dalej jest zbyt uciążliwa dla uczniów [Woynarowska, Mazur 2004]. Likwidacja lub wyraźne ograniczenie w edukacjach: artystycznej i fizycznej powoduje wzrost odsetka uczniów, którzy szkoły nie lubią. Niestety nie dostrzegają w tym problemu dorosłe społeczności szkoły.

Niepokoją także wnioski z badań dotyczących pracy i swojego miejsca w szkole nauczycieli wychowania fizycznego [Frołowicz 2002]. Wydaje się, że legitymizacji w szkole potrzebuje nie tylko samo wychowanie fizyczne, ale i jego realizatorzy.

Przemawiają za tym następujące argumenty:

- aktywność fizyczna w przedszkolu i w kształceniu zintegrowanym jest właściwie efektem dobrej woli niektórych nauczycieli,
- objętość i intensywność zajęć wychowania fizycznego są minimalne,
- sprawność i wydolność dzieci obniża się z każdym rokiem,
- zajęcia odbywają się praktycznie jedynie w zamkniętych pomieszczeniach,
- łatwość uzyskiwania zwolnień jest zadziwiająca,
- dzieci często zwalniane, praktyczne nie są w stanie uczestniczyć w procesie wychowania fizycznego,
- większość starszych dziewcząt i wielu chłopców to osoby „sprawne inaczej" nie zdając sobie z tego sprawy lub nie rozumiejąc zagrożenia,
- w tej swoistej „anomii" biorą bardziej lub mniej świadomie udział nadzór pedagogiczny, nauczyciele różnych edukacji w tym i niektórzy wychowawcy fizyczni, rodzice i duża część dzieci. Nie bez winy są też niektórzy lekarze,
- w wielu szkołach aktywność fizyczna dla rozwoju i zdrowia jest zjawiskiem obcym, w niektórych liczy się kilkuosobowa reprezentacja sportowa i zdobywane przez nią dyplomy, puchary i medale.

A przecież wg S. Kozłowskiego poziom uzyskanej sprawności w młodości rzutuje na późniejsze życie i zdrowie. Wiek pierwszego zawału w Polsce ciągle się obniża. Coraz powszechniejsze są problemy okołoporodowe nawet młodych kobiet z racji niskiego poziomu sprawności ciała, przygotowania kondycyjnego i zdrowotnego na okres ciąży i porodu. Profesor Fijałkowski postulował szkołę rodzicielstwa w miejsce szkoły rodzenia. Obniża się jakość życia emerytalnego z racji zbyt wczesnych zmian involucyjnych w organizmie. Pozytywne postawy wobec aktywności fizycznej są normą niewielkiej części społeczeństwa i objawiają się często zbyt późno. Fascynacja konsumpcją przysłoniła potrzebę aktywności fizycznej na co dzień. Na naszych oczach ginie szkolne wychowanie fizyczne – to jest błąd. Miejmy nadzieję, że jego legitymizacja realizacją rzeczywistych potrzeb rozwojowo-zdrowotnych ostudzi nasze fascynacje konsumpcją i pobudzi do aktywności fizycznej dla zdrowia.

Ponowoczesną kulturę i konsumeryzm najogólniej charakteryzują niebezpieczne dla rozwoju i zdrowia człowieka zjawiska. Są to:

- niekontrolowany rozrost techniki i informacji medialnej,
- izolacja człowieka od natury,
- różnorodne, znaczne ograniczenie jego aktywności fizycznej.

Technika od lat symbol postępu zamienia nam z czasem rzeczywistość w technopol, N. Postman pisze, że ideę postępu ludzkości zastąpiła idea postępu technicznego. Technika podlega niemal deifikacji [Postman 1995]. Zafascynowani technicznymi ułatwieniami życia bezkrytycznie ulegamy hipokinezji, bo technika jest symbolem nowoczesnej i modnej konsumpcji, a aktywność fizyczna, wręcz odwrotnie kojarzy

nam się z trudnym okresem dostępu do dóbr konsumpcyjnych. Technika bezsprzecznie ułatwia człowiekowi życie, ale w perspektywie jego rozwoju i zdrowia stwarza poważne zagrożenia. Równocześnie z ograniczeniem pracy fizycznej poprzez ułatwienia techniczne współczesny człowiek atakowany jest ciągle przez nadmiar informacji medialnej. Media, narzędzia zbędnej i pożądanej informacji przez swoją mnogość i wszechobecność stwarzają „cywilizację krzyku i reklamy" [Życiński 2000], a duża część ich produktu „to poszukiwanie duchowości dla znerwicowanych". Zagubieni w natłoku informacji, reklam i rad we wszystkich zakresach życia płynących z mediów, ulegamy coraz częściej zjawiskom niepokoju, lęku i stresu.

Kolejnym bardzo niepokojącym zjawiskiem jest izolacja człowieka od środowiska naturalnego. S. Zięba [1998] z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego powiada, że „Człowiek współczesny utracił poczucie zadomowienia w przyrodzie", cywilizacyjne trendy oddaliły go od korzeni jego rozwoju – przyrody. P. Hertz [za Janowską i Mucharskim 1999] współczesność określa jako „czasy strachu przed naturą". Ratunkiem dla człowieka jest oczywiście przynajmniej częściowy powrót do natury. Powrót ten jednak nie jest taki łatwy chociażby i dlatego, że próby socjalizacji do natury często realizujemy przy pomocy środków charakterystycznych dla kultury i cywilizacji technicznej. J. Lipiec [1999] przewiduje, że w przyszłości zmuszeni zostaniemy do połączenia kultury fizycznej i ekologicznej w kierunku tzw. „kultury naturalnej", a nawet w obliczu zagrożeń ponowoczesnych przyszłej „kultury życia".

Programowa walka z konsumpcyjną pasywnością fizyczną, a więc kształtowanie fizycznie aktywnego, chociaż częściowo zdrowszego stylu życia, jest nakazem chwili. Reformująca się szkoła i w jej ramach w dalszym ciągu osamotnione i zagubione wychowanie fizyczne nie odpowiada na rzeczywiste potrzeby rozwojowe i zdrowotne dzieci. Szkoła sprawdza się jedynie w werbalnych zadaniach wobec dzieci i młodzieży. Wychowanie fizyczne nie ma właściwego miejsca w szkole, brak mu poważnej legitymizacji. Rozdarte między biotechniczne kształtowanie bieżącej sprawności i umiejętności a humanistyczne kształtowanie prospekcyjnych – pozytywnych postaw wobec całożyciowej aktywności fizycznej coraz częściej stara się jedynie werbalnie realizować te drugie.

Współczesny człowiek jako „część przyrody" jest jednocześnie w dużym stopniu wytworem swojej cywilizacji. Jego rozwój jak i całe życie przebiega mniej lub bardziej w sferze natury i kultury. Wiele elementów tejże natury i kultury będących w jego otoczeniu, jak i samo wnętrze jego organizmu, wpływa czynnie na przebieg rozwoju i pośrednio na zdrowie. Nazwano je czynnikami rozwoju. Dla potrzeb wychowania fizycznego wydaje się słuszne połączenie czynników rozwojowych z czynnikami zdrowotnymi, co ułatwi teoretyczne rozumienie jak i praktyczne działanie nauczyciela – pedagoga wychowania fizycznego.

Czynniki regulujące rozwój podzielono na cztery grupy [Wolański 1977]:

- czynniki endogenne genetyczne – determinanty,
- czynniki endogenne paragenetyczne i niegenetyczne matki – stymulatory,
- czynniki egzogenne środowiskowe; środowiska naturalnego (ekologiczne) i społeczno-kulturowego (kulturowe) – modyfikatory,
- styl (tryb) życia (pracy, zabawy, wypoczynku, regeneracji sił itp.).

Analiza czynników rozwoju a pośrednio i zdrowia człowieka dla pedagoga wychowania fizycznego to nie tylko wartość poznawcza, ale przede wszystkim poszukiwanie możliwości pożądanego sterowania bodźcami – czynnikami. Nasz wpływ na rozwój i zdrowie zwiększa się zgodnie z powyższym układem grup czynników. Wiemy, że genetyka jest niezależna od naszej woli. Nie jesteśmy też w stanie w ramach wychowania fizycznego wpływać na rozwój i zdrowie ucznia od tej strony. Wydaje się jednak, że już w zakresie wpływów czynników endogennych drugiej grupy (paragenetyczne i niegenetyczne czynniki matki – stymulatory) możemy pewne zabiegi czynić. Fetologia – nauka o rozwoju płodu uczy nas, że proces wychowawczy może wywierać pewne wpływy na bardziej świadomą prokreację i właściwy wiek rodziców (szczególnie matki), jej właściwą higienę i zdrowie w okresie ciąży, przygotowanie fizyczne i psychiczne do ciąży i porodu, unikanie stresów i nałogów oraz pozytywne podejście do rodzicielstwa. Poziom sprawności i zdrowia a także „myśli oraz przeżycia matki podczas ciąży mają wpływ na rozwijające się dziecko – tak w dobrym jak i w złym kierunku [Fijałkowski 1999].

Izolacja od natury, preferowanie pomieszczeń zamkniętych jest nadrzędną cechą środowiska życia dzieci i młodzieży. Bardzo wartościowe środowiska naturalne Polski są dla rozwoju i zdrowia niestety często tylko wartościowe potencjalnie. Zamknięte mikrośrodowiska, w których dzieci i młodzież przebywają każdego dnia łącznie ponad 90 % czasu charakteryzują się złymi dla rozwoju i zdrowia oddziaływaniami. Do nich należą: stała temperatura, tzw. syndrom chorych domów, hałas, nieodpowiedni skład powietrza, większe zapylenie [Flemming 1983]. Długotrwałe przebywanie w stałej temperaturze niezależnie od jej wahań w rytmie doby i roku powoduje z czasem odczuwanie temperatur wyższych, a przede wszystkim niższych jako uciążliwości. W efekcie dłuższe przebywanie tych osób poza domem w niektórych porach roku grozi chorobą. Organizmy współczesnych dzieci (a także i dorosłych), żyjących w zamkniętych – mikroklimatycznych warunkach tolerują wahanie temperatury w granicach 4-6 stopni C. Tak odhartowane organizmy domagają się klimatyzowanych pomieszczeń o temperaturze 22-25 stopni C. Łobożewicz już w 1987 roku oceniał, że około 60% społeczeństwa stało się nadwrażliwe na zmiany pogody. Współcześnie jest to już zapewne 3/4 populacji. Nadwrażliwi reagują złym samopoczuciem, albo chorobą. Przegrzane dzieci po wyjściu na zewnątrz reagują przeziębieniem. Chłód odczuwają dzieci nawet w pomieszczeniach zamkniętych z powodu braku ruchu, ciągłego przebywania w pozycjach siedzących. Stała temperatura to odhartowanie, to znaczne i długotrwałe osłabienie mechanizmów obronnych organizmu [Sarkizow-Sierazini 1956]. Dla takich dzieci zajęcia wychowania fizycznego na powietrzu są dyskomfortem, wiążą się z przykrymi przeżyciami, co jest łatwo wybaczane przez rodziców, nauczycieli i lekarzy, bo oni przecież podlegają tym samym prawom biologicznym, żyjąc w podobnych warunkach. Długotrwałe przebywanie w stałej temperaturze zamkniętych pomieszczeń obniża adaptabilność organizmów do nieco gorszych warunków.

Innym szkodliwym dla rozwoju i zdrowia elementem stylu życia dzieci i młodzieży jest nadmierne korzystanie z monitora telewizyjnego i komputerowego. Poza osłabieniem wzroku, wymusza przez kolejne godziny siedzące pozycje ciała,

zabiera czas wolny i nade wszystko ogranicza sen, i przenosi go na późne godziny nocne.

Pewnym elementem stylu życia dzieci zawinionym przez dorosłych jest tzw. zespół czynników swoistych cywilizacji, a więc: stresujące obowiązki, nakazy i zakazy, uciążliwe bodźce psychiczne. Z jednej strony oczekiwanie konformizmu wobec dorosłych a z drugiej potrzeba nieprzeciętnych sukcesów. Rodzi to depresje, frustracje, ucieczki w uzależnienia i nałogi a nawet samobójstwa.

Reasumując z pozycji wychowania fizycznego wpływy środowiska i stylu życia dzieci i młodzieży na ich rozwój i zdrowie należy stwierdzić, że charakteryzują je niezbyt rozwojowe i niezbyt zdrowotne zjawiska takie jak:

- powszechna hipokinezja a w niektórych przedszkolach i w kształceniu zintegrowanym często wręcz całkowity brak ruchu. Podobnie jest w wielu rodzinach,
- niemal zupełny brak okazji do pracy, wysiłku fizycznego,
- ciągłe życie w pomieszczeniach zamkniętych – nauka, zabawa, odpoczynek, czas wolny, sen i modlitwa odbywają się pod dachem. Rozwijający się organizm niemal całą dobę funkcjonuje w pomieszczeniach zamkniętych o stałej, zazwyczaj temperaturze, niskiej wilgotności powietrza, nadmiernym zapyleniu, sztucznym oświetleniu, często podwyższonym hałasie i wobec zazwyczaj niekorzystnie na organizm oddziałujących elementów budowy i wyposażenia pomieszczeń,
- całkowity brak świadomego hartowania na przykre bodźce fizyczne i psychiczne,
- wymuszona siedząca pozycja ciała, ograniczająca rozwój i dobre funkcjonowanie narządów wewnętrznych,
- konformizacja i stresujące obowiązki, przeplatające się nakazy i zakazy od długiego utrzymywania ciszy i bezruchu w grupach dzieci młodszych do napiętej uwagi, śledzenia ciągłych poleceń i opanowywanie obszernej wiedzy u dzieci starszych i młodszych,
- „niewola monitorowa" – syndrom czasu, ale i edukacyjna konieczność. Monitor powoduje przysłowiowe „zaćmienie słońca", niekorzystnie wpływa na wzrok, wymusza siedzącą pozycję ciała, uczy ale i zabiera czas wolny odwracając uwagę od spontanicznej aktywności fizycznej,
- ograniczenie snu i przesuwanie go na późne godziny nocne,
- brak organizacji czynnego (zdrowego) wypoczynku w rodzinie i szkole,
- obniżanie się wieku inicjacji nikotynowej i alkoholowej, czasem jako ucieczka od stresu,
- rozszerzające się zjawisko uzależnień od innych substancji psychoaktywnych,
- ujemne wpływy stresu społecznego wynikające z bezrobocia i ubóstwa, manifestujące się dysfunkcjonalnością rodziny nie będącej w stanie realizować emocjonalnych a nawet witalnych potrzeb dziecka,
- brak poczucia pewności wynikający z ograniczonego bezpieczeństwa na ulicy, w środowisku zamieszkania a nawet w szkole.

Tak więc współczesna szkoła i rodzina zmienia w pewnym stopniu dzieciństwo z okresu beztroskiej zabawy, a co za tym idzie i spontanicznego rozwoju, w okres mozolnego, pełnego „uzasadnionych" ograniczeń przygotowania, możliwie jak

najlepiej i najszybciej do „walki o byt i rywalizacji o luksus" [Suchodolski 1979]. Taki styl życia stwarza zagrożenie dla wielu sfer rozwoju dziecka. Rzucenie niemal wszystkich sił i środków szkoły na szalę rozwoju umysłowego ucznia przynosi znaczne sukcesy, ale ciągle nie na miarę potrzeb dorosłych społeczności szkolnych: nadzoru, nauczycieli i rodziców. Rzeczywiste potrzeby dzieci mimo ich pozornego upodmiotowienia w hasłach reformy ciągle przegrywają z potrzebami dorosłych kierujących edukacją. Konfrontacja potrzeb dzieci z ich opcją narzucaną przez dorosłe społeczności szkolne wydaje się konieczna chociażby ze względu na podstawowe zadanie szkoły – wspomaganie rozwoju i zdrowia dziecka.

Podstawowym warunkiem powstawania motywacji człowieka są jego potrzeby. Potrzeby [Reykowski 1977] to są właściwości istot żywych polegające na tym, że dla zachowania ich przy życiu, dla prawidłowego funkcjonowania i rozwoju konieczna jest stała wymiana ze środowiskiem: pobieranie z otoczenia różnych elementów i oddawanie otoczeniu produktów ich przemiany. A więc potrzeba jest to stan braku, którego uzupełnienie stanowi warunek niezbędny egzystencji i rozwoju. U człowieka wyróżniamy dwa rodzaje potrzeb:

- potrzeby warunkowane biologiczną strukturą organizmu,
- potrzeby warunkowane psychologiczną strukturą osobowości.

Potrzeby biologiczne wynikają z istoty życia. Natura życia polega na utrzymaniu równowagi biochemicznej, na niezmienności elementów składających się na żywy organizm. Dla zachowania tej niezmienności musi się odbywać stała wymiana materii między organizmem a środowiskiem.

Potrzeby psychiczne wynikają z psychologicznej struktury osobowości a ta z kolei z sumy doświadczeń życiowych, które poprzez powtarzanie się określonych zdarzeń zostawiają w człowieku stan oczekiwania tego co ma nastąpić i programy jego określonych czynności.

Konsumpcyjny styl życia wytwarza sztuczną strukturę potrzeb nie mającą pozytywnego związku z prawidłowym rozwojem i wspomaganiem zdrowia. Konieczne wydaje się poszukiwanie dróg określania rzeczywistych potrzeb dzieci w tym zakresie. Wstępnie można je określić jako specjalne potrzeby rozwojowo-zdrowotne współczesnych dzieci i młodzieży:

- potrzeba regularnej i w miarę intensywnej aktywności fizycznej w rytmie doby, tygodnia i roku,
- potrzeba hartowania i adaptacji do coraz powszechniejszych fizycznych i psychicznych trudności życiowych,
- potrzeba częstego kontaktu z naturą (edukacji ekologicznej) we wszystkich porach roku (korzystania ze słońca i otwartej przestrzeni chociażby np. dla przetwarzania witamin i prowitamin, oswajania z naturą, odpoczynku od wirtualnej rzeczywistości),
- potrzeba regulacji apetytu – zachowania proporcji energii uzyskanej ze spożywania żywności do energii wydatkowanej w czasie aktywności umysłowej i fizycznej,
- potrzeba rozładowania problemów emocjonalnych i psychicznych przez różne formy aktywności ze szczególnym uwzględnieniem aktywności fizycznej w kon-

takcie z naturą. Jak pisze A. Passent [2004] – stres najlepiej jest wypocić – tak zresztą od wieków uczą nas zwierzęta,
- potrzeba odnowy biologicznej (przynajmniej w rytmie tygodnia – weekend) organizmów rozwijających się w pomieszczeniach zamkniętych przy pomocy różnego rodzaju aktywności, ale znowu głównie fizycznej w naturalnych warunkach otwartej przestrzeni niezależnie od pory roku,
- potrzeba wspomagania mechanizmów obronnych organizmu w okresach osłabienia – rekonwalescencji,
- potrzeba pełnej wiedzy o szkodliwościach nałogów, nadmiaru środków farmakologicznych, psychotropowych, wszelkiego rodzaju uzależnień oraz sztucznego budowania sprawności, wydolności i urody środkami cywilizacji konsumpcyjnej,
- potrzeba kształtowania silnej woli w pokonywaniu trudności życiowych,
- potrzeba ukształtowania pozytywnej postawy wobec wysiłku fizycznego – polubienia fizycznego zmęczenia,
- potrzeba praktycznego kształtowania umiejętności życiowych (life skills) w tym i praktycznych umiejętności życiowych czyli posługiwania się własnym ciałem.

Jak widać wstępny zarys specjalnych potrzeb rozwojowo-zdrowotnych ma charakter założeń kompensujących ujemne wpływy cywilizacji konsumpcyjnej i wytworzonego przez nią stylu życia. Realizacja zarysowanych potrzeb będzie zmierzać w kierunku szerokiej aktywizacji fizycznej w kontakcie z rozwojowymi i zdrowotnymi walorami środowiska naturalnego i społeczno-kulturowego.

Postulowane wychowanie fizyczne nie ma być bezkrytycznym nawrotem do natury wg filozofii J.J. Rousseau. Antynomie natury i kultury nie mogą zmieniać orientacji człowieka w nieskończoność. Osobowość ludzka jest niepodzielna, nie potrafiąca bezboleśnie adaptować się do gwałtownych zmian środowiska i stylu życia.

W teleologii pozostają te same cele. Ważne wydają się być cele instrumentalne umożliwiające przynajmniej częściową poprawę sprawności i wydolności fizycznej oraz kształtowanie sprawności morfofunkcjonalnej.

W zakresie treści i miejsca realizacji wydaje się, że należy preferować zajęcia o charakterze przestrzennym z możliwością różnorodnych, sytuacyjnych zachowań ruchowych.

W zakresie objętości, częstotliwości i intensywności zajęć wskazania są jednoznaczne. Współczesny uczeń winien 4-6 razy w tygodniu być aktywnym. Każda z tych aktywności winna przez około 30 minut być na tyle intensywna, żeby serce pracowało w tempie 160-180 uderzeń na minutę.

W zakresie metod i form realizacji wszystkie propozycje wydają się potrzebne z uwzględnieniem zróżnicowania wg różnych kryteriów (wiek, płeć, sprawność, wydolność, miejsce i warunki zajęć, treści programowe, założone cele). Wśród form konieczne są zajęcia w postaci wycieczek, rajdów, biwaków, spacerów terenowych, imprez rekreacyjno-turystycznych, zawodów sportowych i szczególnie treningów zdrowotnych uczących dozowania wysiłku i pomiaru jego intensywności oraz bieżącej oceny zachowań organizmu.

W zakresie warsztatu pracy pedagoga wychowania fizycznego potrzeba szerokiej interdyscyplinarnej wiedzy pozwalającej na wszechstronne działanie, ale i kompetencji praktycznych umożliwiających:

- rozpoznawanie rzeczywistych potrzeb rozwojowych i zdrowotnych,
- budowę i realizację programu ich wspomagania w ramach wychowania fizycznego,
- kształtowanie sprawności, wydolności, umiejętności ruchowych uczniów,
- kształtowanie zdrowego (aktywnego fizycznie) stylu życia uczniów w oparciu o osobisty wzór,
- organizację interdyscyplinarnego warsztatu pracy,
- współdziałanie ze wszystkimi społecznościami szkoły i z rodzicami w zakresie ciągłej ich pedagogizacji,
- współpracę z instytucjami i organizacjami oświaty zdrowotnej i szeroko rozumianej kultury fizycznej oraz z jednostkami wspomagającymi i sponsorującymi.

Powyższe założenia nie wydają się zbyt nowoczesne a nawet mogą budzić krytykę postulowania nawrotu do biotechnicznej wersji wychowania fizycznego. Tak nie jest – nie postuluję rezygnacji z nowoczesnych celów prospekcyjnych, przestrzegam jedynie, że praktyka szkolna ostatnich lat jest przerażająca. Zawinił „nieszczęsny dar wolności", wzory konsumpcyjnej pasywności fizycznej i subiektywne odczytanie założeń teorii wychowania fizycznego, że jedynie ważne są cele prospekcyjne, których efekty sprawdzane będą w dalekiej przyszłości. Wychowanie fizyczne we współczesnej szkole, tak jak inne edukacje, często realizowane jest werbalnie także i dlatego, że od kilkunastu lat brak rzetelnej oceny efektów tej edukacji na wszystkich poziomach szkoły.

Literatura:

1. Fijałkowski W., 1999, Rodzicielstwo w zgodzie z naturą. Poznań.
2. Fleeming G., 1983, Klimat – środowisko – człowiek. PWRiL, Warszawa.
3. Frołowicz T., 2002, Edukacyjne intencje nauczycieli wychowania fizycznego. Między deklaracjami a działaniami. AWFiS, Gdańsk.
4. Janowska K., Mucharski P., 1999, Rozmowy na koniec wieku. Kraków.
5. Lipiec J., 1995, Człowiek wobec natury. Kultura fizyczna a kultura ekologiczna, W: Nauki o kulturze fizycznej wobec wyzwań współczesnej cywilizacji, Materiały konferencji z okazji 25 – lecia AWF w Katowicach. AWF Katowice.
6. Pańczyk W., 2004, Potrzeba legitymizacji aktywności fizycznej dzieci i młodszych. (W:) VI Sejmik szkolnej kultury fizycznej. Warszawa.
7. Passent A., 2004, Felieton „Twój styl", nr 6, s. 48.
8. Postman W., 1995, Technopol. Triumf techniki nad kulturą. Warszawa.
9. Sarkizow-Sierazini J. M., 1956, Podstawy hartowania. SiT, Warszawa.
10. Suchodolski B., 1979, Osobowość i alternatywy cywilizacji. (W:) Zdrowie psychiczne (Dąbrowski K. – red.) PWN Warszawa.
11. Wolański N., 1977, Rozwój biologiczny człowieka. PWN, Warszawa.

12. Woynarowska B., Mazur J., 2004, Postrzeganie środowiska psychospołecznego szkoły przez uczniów w Polsce i w innych krajach. Raport z badań. UW, Warszawa.
13. Zięba S., 1998, Dylematy bezpieczeństwa ekologicznego. Lublin.
14. Życiński J., 2000, Pożegnanie z Nazaretem. Gaudium, Lublin.

Dmytro Poliszczuk
Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie

Kolarstwo i jego korzyści w promocji zdrowia: funkcjonalne i morfologiczne zmiany w pracy układów organizmu

Dzisiaj już nikogo nie dziwi ten fakt, że symbolem współczesnej cywilizacji są komfortowe samochody, ale w sytuacji totalnego uzależnienia człowieka od techniki w wysoko rozwiniętych krajach rower przetrwał i udowodnił swoją przydatność jako środek transportu, rekreacji i wyczynu. W ostatnich latach obserwuje się zasadniczą zmianę mentalności ludzi: zamiast biernego obserwowania przyrody preferowany jest aktywny ruch i powrót do zainteresowania rowerem. Bardzo ważna jest aktywność fizyczna. Teraz właśnie rower zajmuje wysoką lokatę jako wspomagający środek aktywnego wypoczynku lub turystyczny środek transportu, a w szczególnych warunkach alternatywny sposób na przemieszczanie się w centrach miast przy zatłoczonych samochodami ulicach.

W czasie treningu kolarskiego wyrabiają się najcenniejsze wartości psychomotoryczne: odporność, reakcja, odwaga, wysoka sprawność fizyczna, poczucie równowagi i siła. Kolarstwo należy do tych form aktywności ruchowej, która daje nie tylko możliwość prawidłowego rozwoju układów organizmu, ale i buduje charakter młodego człowieka [Poliszczuk 1988].

Podczas treningu kształtują się reakcje przystosowawcze, które powodują funkcjonalne i morfologiczne zmiany w pracy układów organizmu. Adaptacja to złożony proces przystosowywania organizmu do zmieniających się warunków. Niezbędne jest tu jak najpełniejsze wykorzystanie fizjologicznych rezerw organizmu [Miszczenko 1990].

Obciążenia fizyczne wywołują specyficzne dla konkretnej formy ruchów reakcje adaptacyjne, uwarunkowane charakterem pracy różnych organów i układów organizmu. Specyficzność reakcji adaptacyjnych na zadane obciążenia wyraża się w tym, że poszczególne organy należące do różnych struktur anatomicznych łączą się w jeden mechanizm funkcjonalny, którego praca stanowi podstawę do

kształtowania się doraźnych i długotrwałych reakcji adaptacyjnych [Wilmore, Costil 1999].

Pod wpływem obciążeń ze stopniowo wzrastającymi obciążeniami następuje przebudowa układów funkcjonalnych organizmu, zapewniających możliwość wykonywania pracy. Wynikiem takiej przebudowy jest nasilenie procesów nerwowo-humoralnych i przemiany materii. Głównym warunkiem utrzymania homeostazy przy obciążeniach jest zachowanie proporcjonalności powstających zmian adaptacyjnych do zakresu istniejących rezerw organizmu [Gorkin i wsp. 1973].

Mechanizmy oddziaływania treningu na organizm i mechanizmy procesu adaptacji do wytężonej pracy mięśniowej są różne i przebiegają na różnych poziomach: molekularnym, komórkowym, na poziomie tkanek, układów i całego organizmu [Godik 1980].

Celem przeprowadzonych badań było poszukiwanie adekwatnego środka przydatnego w sporcie dla wszystkich. Analizowano korzyści płynące z uprawiania kolarstwa w promocji zdrowia.

W przeprowadzonych badaniach zawodników stwierdzono m. in., że kolarze wysokiej klasy wykonują pracę o znacznie większej objętości i osiągają wyższe wartości maksymalnego pochłaniania tlenu (VO_2max) niż zawodnicy niższych klas, u których VO_2max waha się w granicach 3,6-4,0 l/min, średnio 3,8$\pm$0,95 l/min. Natomiast u kolarzy wysokiej klasy wynosi on średnio 5,25$\pm$0,25 l/min, a u mistrzów – 6,3-6,9 l/min.

Znacznie różni się także moc maksymalna rozwijana przez zawodników o różnym stopniu wytrenowania. Wymuszone przerwanie pracy obserwowano u kolarzy niskiej klasy przy obciążeniu 1328 kGm/min. (216 W). Natomiast zawodnicy wysokiej klasy przerywali pracę po wykonaniu obciążenia 2310 kGm/min. (378 W), a niektórzy z nich dopiero przy obciążeniu 2640 kGm/min. (432 W) i 2970 kGm/min. (486 W) [Polishuk 1993].

Istotne różnice wydolności stwierdzono również podczas wykonywania obciążeń o jednakowej intensywności. Podczas obciążeń o dużej intensywności kolarze niskiej klasy nie mogli wykonywać pracy o mocy 990 kGm/min. (162 W) dłużej niż przez 16-20 min., podczas gdy kolarze wysokiej klasy wykonywali obciążenie o dużej mocy (1980 kGm/min. lub 324 W) w ciągu 58-62 min. Pochłanianie tlenu w stosunkowo stabilnych warunkach u kolarzy obu grup wynosiło 72-80% VO_2max; przed wymuszonym przerwaniem pracy przez zawodników wysokiej klasy pochłanianie tlenu wynosiło 95,0$\pm$0,88 VO_2max.

Zawodnicy początkujący i wysokiej klasy mogli wykonywać pracę o maksymalnym czasie trwania jedynie wtedy, kiedy intensywność obciążenia była u zawodników słabszych znacznie niższa: pochłanianie tlenu w warunkach stabilnych u zawodników początkujących wynosiło 57-59% VO_2maks., a u zawodników wysokiej klasy – 72-80% VO_2max.

Przytoczone wyżej fakty świadczą o pozytywnym wpływie systematycznego treningu kolarskiego.

Aparat ruchowy i wartości rozwijanych sił. Pozycja kolarska zapewnia rozłożenie na cały aparat ruchowy sił rozwijanych podczas pedałowania przez mięśnie koń-

czyn dolnych i górnych oraz tułowia. Pozwala to kolarzowi bardziej efektywnie wykorzystywać swoje potencjalne możliwości podczas pokonywania dystansu. Masa ciała kolarzy w czasie jazdy na rowerze stosunkowo równomiernie rozkłada się na kierownicę, siodełko i pedały, a siły przykładane są w kilku punktach: dłonie, łokcie, miednica, stopy.

W tab. I pokazano dane o wielkości poziomych i pionowych sił działających na kierownicę, siodełko i jeden z pedałów podczas jazdy na rowerze przy 80-85% VO_2max.

Tabela I
Wielkość nacisku na kierownicę, siodełko i pedał podczas jazdy na szosie, masa zawodnika 75 kg.

Kierunek siły	Kierownica	Siodełko	Pedał
Siła pionowa, kg	45	30	40
Siła pozioma, kg	17	20	20

Składowe pionowe i poziome sił rozwijanych przez stopy podczas pedałowania są 4-4,5 razy mniejsze niż wartość maksymalna odbicia w czasie biegu. Przy zwiększaniu prędkości jazdy, a także na podjazdach, siły przykładane przez zawodnika do pedałów znacznie wzrastają. Na krętych zjazdach zawodnicy przestają kręcić pedałami, kontynuując poruszanie się z zadziwiającą prędkością. Przy stosunkowo podobnych wydatkach energii i pracy układów sercowo-naczyniowego i oddechowego obciążenie aparatu ruchu np. u biegaczy jest znacznie większe niż u kolarzy [Poliszczuk 1996].

Duże znaczenie ma także fakt, że podczas jazdy przez 35-58% czasu obrotów pedałami (jak to pokazano w tab. II) mięśnie kończyn dolnych znajdują się w stanie rozluźnienia.

Skutkiem treningu jest wyraźna ekonomizacja funkcji. U kolarzy wysokiej klasy przed wymuszonym przerwaniem pracy siły przykładane podczas pedałowania wzrastają do 6,7$\pm$1,48 N, ale praca użyteczna wzrasta bardziej niż włożona i wynosi 9,9$\pm$1,21 N. W wyniku tego wzajemny stosunek między pracą użyteczną, a ogólną pracą włożoną przed wymuszonym przerwaniem pracy u kolarzy wysokiej klasy praktycznie nie zmienia się.

Podczas wykonywania ćwiczeń dynamicznych (jazda na rowerze, na łyżwach, wioślarstwo itp.) utrzymywanie pozycji ciała przez długi czas jest możliwe dzięki izometrycznym skurczom mięśni. W czasie pracy o charakterze mieszanym ogniwem najbardziej ograniczającym wydolność człowieka są mięśnie kurczące się izometrycznie.

Dynamika przepływu krwi przy napięciu statycznym zależy od mocy obciążenia fizycznego. Zmniejszenie przepływu krwi obserwuje się nie tylko w czasie napięć statycznych, ale także podczas pracy dynamicznej wykonywanej w dużym tempie. Podczas naciskania na pedał w rytmie jeden raz na sekundę przepływ krwi także

wzrasta. Jednakże z powodu utrudnień mechanicznych powstających przy skurczach mięśni w rzeczywistości obniża się on o 40%.

Tabela II
Czas rozluźnienia mięśni kończyn dolnych u kolarzy podczas pedałowania [%].

Mięśnie	*Tempo pedałowania, obr./min*		
	60	*90*	*120*
Prosty uda	41,2	42,3	43
Dwugłowy uda	39,6	41,5	43,0
Piszczelowy przedni	32,6	35,3	48,8
Obszerny przyśrodkowy	35,1	41,5	48,0
Trójgłowy łydki	51,3	50,7	50,0
Płaszczkowaty	58,7	58,2	57,0

Specyfika koordynacji ruchów kolarza wyraża się w zdolności do dokładnego regulowania częstotliwości pedałowania, wielkości przykładanych sił, stałości pozycji dla utrzymania wymaganej prędkości.

Układ krążenia i oddychania. Kolarstwo stawia największe wymagania pracy układów sercowo-naczyniowego i oddechowego. Krew dostarcza do pracujących organów tlen, substraty utleniania i pomaga w usunięciu z organizmu produktów przemiany materii. Podczas treningu zmienia się objętość krwi, jej zdolność do wiązania i transportowania tlenu i dwutlenku węgla oraz zdolność do neutralizowania produktów przemiany, szczególnie kwasu mlekowego, powstającego w organizmie w czasie intensywnej pracy. Ukrwienie mięśni jest jednym z głównych czynników limitujących wydolność specjalną zawodników [Wasilewa 1988].

Moc pracy serca ocenia się na podstawie objętości krwi, przepompowywanej przez nie w jednostce czasu. Podczas intensywnej pracy mięśniowej serce nietrenującego człowieka może przepompować w ciągu jednej minuty 20-24 litrów krwi, a serce kolarza wysokiej klasy do 46 litrów. Efektywnym sposobem treningu doskonalącego pracę układu krążenia jest wysiłek przemian tlenowych przy HR 130-160 ud./min. W tym przedziale intensywności objętość skurczowa wynosi od 93 do 100% max. Wysoką efektywność mają tu obciążenia o charakterze ciągłym, zmiennym i interwałowym.

Życiowa pojemność płuc wynosiła u badanych kolarzy 5,5-6,8 l (u początkujących 3,2-3,8 l); siła wdechu wynosiła 150-240 mm Hg (u początkujących 80-150 mm Hg). Połączenie wysokiego poziomu życiowej pojemności płuc i dużej siły mięśni oddechowych pozwala osobom uprawiającym kolarstwo uzyskiwać wielkość mak-

symalnej wentylacji płuc w zakresie 200-250 l/min, a wentylacja płuc o wielkości 60-140 l/min., charakterystyczna dla kolarzy, uzyskiwana jest przez układ oddychania bez dużego wysiłku.

Sporne pozostaje zagadnienie stosowania specjalnych rodzajów oddychania mających na celu podwyższenie jego efektywności. Zaleca się tu przez różnych autorów:

a) synchronizować liczbę obrotów pedałami z liczbą cykli oddechowych (np. w stosunku 1:1 lub 1: 2) w czasie jazdy z różną prędkością;
b) podczas treningu stosować różne przyrządy i sposoby, utrudniające wdech i wydech, np. jazda na rowerze w masce lub opasywanie klatki piersiowej bandażami;
c) w czasie pedałowania zatrzymywać oddychanie na 5-15 s;
d) podczas jazdy oddychać rzadko, ale głęboko;
e) wykonywać specjalne ćwiczenia oddechowe podczas treningu ogólnorozwojowego.

Liczni kolarze 3-4 razy dziennie wykonują specjalne zestawy ćwiczeń oddechowych (np. serie głębokich oddechów, a także pełne wydechy ze skłonem w przód z rękami przed siebie), ponieważ uważają, że konieczne jest zwiększenie ruchomości klatki piersiowej i możliwości mięśni oddechowych.

Przekonanie, że przy niskiej pozycji naruszone zostaje normalne oddychanie kolarzy, z powodu niedostatecznej wentylacji dolnych części płuc nie znalazło potwierdzenia.

Podczas badań laboratoryjnych kolarzy tradycyjnie określa się VO_2max. w czasie intensywnej pracy w pozycji niskiej. Gdyby ta pozycja utrudniała oddychanie, odbijałoby się to przede wszystkim na wartościach VO_2max.

Jednakże chociaż niska pozycja i charakterystyczna dla jazdy na rowerze pozycja rąk nie odbijają się ujemnie na wymianie gazowej, stwarza to jednak pewne utrudnienie dla oddychania. Dlatego podejmowane są próby opracowania racjonalnej pozycji, której efektywność określano by nie tylko czynnikami aerodynamicznymi, ale także lepszym komfortem oddychania.

Na uwagę zasługują zalecane kolarzom ćwiczenia oddechowe mające na celu podwyższanie ruchomości kręgosłupa. Podczas pokonywania różnych części tras częstotliwość obrotów pedałami u kolarzy wynosi 50-90 obr./min. Jak wykazały badania, odruchowa i świadomie nie kontrolowana częstotliwość oddychania wynosi 45-47 oddechów na minutę. Ruchy nóg i częstotliwość oddychania są u kolarzy asynchroniczne (np. u pływaków obserwuje się proporcje 1:2, a u wioślarzy 1:1).

Wszystkie ogniwa procesu oddechowego podlegają znacznym zmianom przystosowawczym w czasie treningu. Te pozytywne zmiany dokonują się podczas zajęć treningowych na skutek ogromnej pracy całego aparatu oddychania. Jest to zupełnie wystarczająca ilość pracy bez konieczności dodatkowego wykonywania jakichś ćwiczeń oddechowych o dużej objętości.

Wysiłek fizyczny stawia znaczne wymagania układowi termoregulacji. Maksimum wydolności organizm człowieka uzyskuje przy podniesieniu temperatury ciała o 1-1,5°C. Jednakże kiedy treningi odbywają się w ciepłym lub gorącym klimacie,

produkcja ciepła o 18-20 razy przewyższa jej poziom w stanie spoczynku. Oddawanie ciepła drogą parowania odgrywa główną rolę w niedopuszczeniu do przegrzania organizmu. Systematyczny trening powoduje szereg zmian adaptacyjnych, co wyraża się w szybszym poceniu się, w zwiększeniu ilości wydalanego potu, a także w dużej ilości parującego potu.

Układ termoregulacji kolarzy znajduje się w sytuacji komfortowej. Obfite picie, zapewniające równie intensywne pocenie się połączone z intensywnym owiewaniem, zapobiega i zmniejsza odwodnienie i przegrzewanie organizmu kolarza [Pawłow 1983]. Podczas intensywnych i długotrwałych wycieczek kolarze tracą na wadze nie więcej niż 2,0-2,5 kg. Temperatura ciała zwykle nie przewyższa 39,0°C.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania pozwalają stwierdzić, że poziom wydolności w znacznym stopniu limitowany jest funkcjonalnym stanem aparatu ruchu, układów energetycznych i termoregulacją. Przy przeciążeniu jednej z tych funkcji wydolność zawodnika spada. U kolarzy „udział" wymienionych funkcji jest bardziej równomierny, a warunki w jakich wykonywana jest praca są bardziej sprzyjające w porównaniu z innymi dyscyplinami o charakterze cyklicznym.

Jazdę na rowerze można oferować ludziom w różnym wieku: dzieciom i osobom w wieku starszym, kobietom i mężczyznom, uczniom, studentom, pracującym i emerytom; jeździć można indywidualnie, z rodziną lub w gronie przyjaciół. To nie tylko poprawia kondycję fizyczną, ale także humor. Podczas wysiłku zwiększa się w organizmie produkcja przeciwciał i hormonu zadowolenia (endorfina), który łagodzi skutki stresu, a to właśnie on jest jednym z głównych czynników wywołujących spadek odporności [Gorbunow 1986]. Jazda na rowerze nie wymaga wyjątkowych umiejętności. Pozytywne emocje, korzystne fizjologiczne zmiany jako skutek wysiłku fizycznego są czynnikami które przemawiają na korzyść tego rodzaju wysiłku. Jest to sposób ciekawy, korzystny i co nie bez znaczenia tani sposób spełnienia wolnego czasu. Dla ludzi którym w związku ze stanem zdrowia należy zwiększyć dawkę aktywności fizycznej jazda na rowerze jak najbardziej jest wskazana [Siemkin 1992]. Pozwala ona dużo czasu spędzać na świeżym powietrzu, a słoneczny dzień to dawka witaminy D, zapełniająca człowiekowi dobre samopoczucie.

Żeby osiągnąć opisane w pracy cele trzeba sięgać po skuteczne środki. Takim środkiem jest jazda na rowerze. Warto złożyć taką ofertę swoim znajomym i kolegom.

Literatura

1. Godik M. A., 1980, *Kontrol trienirowocznych i soriewnowatielnych nagruzok.* Moskwa. Fizkultura i sport.
2. Gorbunow G.D., 1986, *Psichopiedagogika sporta.* Moskwa. Fizkultura i sport.
3. Gorkin M. Ja., 1973, Kaczarowska O.W., Jewgieniewa Ł. Ja.: *Bolszije nagruzki wsportie.* Kijew. Zdorowja.
4. Miszczenko W.S., 1990, *Funkcjonalnyje wozmożnosti sportsmienow.* Kijew. Zdorowja.

5. Pawłów A.S., 1983, *Wlijanije tiempieratury tieła na rabotosposobnost' czełowieka.* „Fizjołogija czełowieka", nr 6.
6. Polishuk D.A., 1993, *Ciclismo: Preparatión, Teoria y Prśctica.* Barcelona. Paidotribo.
7. Poliszczuk D.A., 1996, *Kolarstwo – teoria i praktyka treningu*. Warszawa. RCMSzKFiS.
8. Poliszczuk D.A., 1988, *Na progułku z welosypedom.* Kijew. Zdorowja.
9. Siemkin A.A., 1992, *Fiziołogiczeskaja charaktieristika razlicznych po strukturie dwiżenija widów sporta.* Miechanizm adaptacii. Mińsk, Połymia.
10. Wasilewa W.W., 1988, *Krowosnabżenije myszc osnownoj faktor spiecjalnoj podgotowlennosti sportsmienow.* „Tieorija i Praktika Fiziczeskoj Kultury", nr 8.
11. Wilmore J.W., Costil D.L., 1999, Physiology of Sport and Exercise. Champaign. Human Kinetics.

Weronika Wrona-Wolny
Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Nauczyciel wychowania fizycznego w roli wychowawcy zdrowotnego

Demel [1980] wychowawcami zdrowia określił specjalną kategorię pracowników o przygotowaniu medyczno – pedagogicznym zorientowanych wyłącznie lub przede wszystkim na działalność w zakresie wychowania zdrowotnego. Wentlandtowa [1976] w kształceniu i doskonaleniu oświatowców zdrowotnych wymieniała nauczycieli wychowania fizycznego, gdyż oni wywierają szczególny wpływ na zachowania zdrowotne młodych ludzi. Kulmatycki [2003] podkreślił, iż uczelnie wychowania fizycznego są jednymi z najbardziej predysponowanych w kształceniu profesjonalistów również w zakresie promocji zdrowia. Na uczelniach tych program kształcenia studentów opiera się na trzech filarach: nauk biologiczno-medycznych, nauk humanistyczno-pedagogicznych oraz umiejętności praktycznych związanych z aktywnością ruchową i stylem życia. Nauczyciel wychowania fizycznego jest odpowiedzialny za wdrażanie uczniów do aktywności fizycznej, jako jednego z elementów zdrowego stylu życia.

Celem opracowania jest przedstawienie na podstawie literatury zadań i obowiązków nauczyciela wychowania fizycznego, w aspekcie realizowanej przez niego edukacji zdrowotnej w szkole.

Nauczyciel wychowania fizycznego – realizatorem wychowania zdrowotnego

Już w 1982 r. w wytycznych programowych do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole[1] zapisano hasło, iż „każdy nauczyciel realizatorem programu kultury zdrowotnej". Wytyczne te obligowały nauczycieli konkretnych przedmiotów, a w szczególności właśnie ten obowiązek dotyczył nauczycieli wychowania fizycznego (wówczas nauczycieli kultury fizycznej).

Według karty z Bangkoku w 2005 r. na temat „ Promocji zdrowia w zglobalizowanym świecie" w ramach podstawowych zobowiązań promowanie zdrowia

[1] Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. 1982. Ministerstwo Oświaty i Wychowania, Instytut Badań nad Młodzieżą, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.

było głównym punktem zainteresowania społeczności i społeczeństwa obywatelskiego, a szczególny udział w nim powinny mieć osoby zawodowo związane ze zdrowiem[2].

Nauczyciel wychowania fizycznego zasługuje na określenie wychowawcy zdrowotnego, gdyż kształtuje on u ucznia stosunek do zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Jego postawa, zachowania i postępowanie ma być przykładem do naśladowania przez młodego człowieka.

Nauczyciel wychowania fizycznego jako wzór osobowy, składający się na środowisko wychowujące, odgrywa doniosłą rolę w procesie wychowania zdrowotnego [Demel 1980]. Głównym założeniem w pracy dydaktyczno-wychowawczej realizowanego przedmiotu wychowania zdrowotnego w krakowskiej Akademii Wychowania Fizycznego, jest więc uwrażliwienie studentów, przyszłych nauczycieli wychowania fizycznego czyli wychowawców zdrowotnych, jak ważną rolę w środowisku młodzieżowym odgrywa wzorzec osobowy nauczyciela. Jest on przygotowany do promowania zdrowia, jako inicjator, realizator powierzonych obowiązków oraz doradca merytoryczny. Jednym z celów nauczania z przedmiotu wychowanie zdrowotne w kształceniu studentów to nauczenie przyszłych nauczycieli sposobów organizowania w środowisku szkolnym edukacji zdrowotnej oraz popularyzacji wiedzy o zdrowiu [Wrona-Wolny 1998]. Zakres treści programowych przedmiotu jest bardzo szeroki, dlatego też w jego realizacji nawiązuje się do wiedzy i umiejętności, które uzyskują studenci podczas nauczania innych przedmiotów jak: psychologia, pedagogika, socjologia, filozofia itp.

O efektywności pracy wychowawczo zdrowotnej nauczyciela decydują trzy czynniki. Podkreśla się tu wzór osobowy reprezentowany wobec młodzieży, posiadana przez niego wiedza higieniczna i pedagogiczna, a zwłaszcza znajomość rozwojowych potrzeb młodych ludzi oraz zainteresowania a także zamiłowanie do tego typu działalności [Demel 1980].

Rolę nauczyciela wychowania fizycznego przedstawiła Żukowska [1998, s. 150] pisząc, iż „nie wystarczy dużo wiedzieć i umieć, ale trzeba w tym zawodzie być autentycznym kreatorem kultury fizycznej i zdrowotnej".

Nauczyciel wychowania fizycznego posiada wiedzę biomedyczną, a to pozwala mu na kierowanie wszechstronnym rozwojem fizycznym i psychicznym wychowanków. Natomiast wiedza pedagogiczna ułatwia mu włączenie się w proces wychowania zdrowotnego.

Maszczak [2002] określił nauczyciela centralną postacią w edukacji zdrowotnej uczniów. Głównym zadaniem stawianym nauczycielom we współczesnej szkole, jest przekazywanie uczniom wiedzy, kształtowanie ich postaw, nawyków, umiejętności i sprawności służących zdrowiu. Zadania te odnoszą się również do nauczyciela wychowania fizycznego. Jak zaznaczyła Żukowska [1999, s. 9] „Kiedy szkoła ma spełniać wiodącą rolę w zapewnieniu ciągłości pewnych postaw i wartości prozdrowotnych, wraz z wdrażaniem do zdrowego stylu życia, szczególna rola przypada nauczycielom wychowania fizycznego".

Udział wszystkich nauczycieli, w tym wychowania fizycznego, w realizacji programu edukacji zdrowotnej podkreślono również w projekcie szkoły promującej

[2] Promocja zdrowia w polityce zdrowotnej i społecznej państwa. Konferencja Krajowa, 26 października 2005 r., Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

zdrowie [Woynarowska red. 1995]. Na uczestnictwo absolwentów studiów wychowania fizycznego w realizacji środowiskowego programu wychowania zdrowotnego wskazywała także Charzyńska-Gula [1997]. Według Żukowskiej [2002] nauczyciel jest najlepszym kreatorem zdrowego stylu życia. Autorka akcentując zasadność tego podmiotu podkreśliła, iż edukacja prozdrowotna to ciągły rytmiczny, planowany proces w którym ludzie uczą się dbać z równą troską o zdrowie własne i innych. Proces ten jest wielorako ukierunkowany, ale najlepiej przebiega w konkretnym klimacie mikrosystemu edukacyjnego, w którym zgodnie współdziałają trzy podmioty tj. uczniowie, nauczyciele i rodzice.

Jaworski [2005] konstatował, iż postrzeganie absolwenta studiów wychowania fizycznego jako najbardziej predysponowanego do roli lidera i koordynatora krzewienia kultury zdrowotnej pojawiło się wcześniej, na co zwrócono uwagę w części wstępnej opracowania i trwa aż do lat ostatnich. Według autora realizator programu kultury zdrowotnej, powinien spełniać przede wszystkim wymagania stawiane każdej osobie, która chce pracować w zawodzie nauczyciela. Wskazał na takie jego cechy jak: pogodne usposobienie, łatwość nawiązywania kontaktów interpersonalnych, zmysł organizatorski oraz zdrowy styl życia.

Woynarowska [2000, s. 111] uważa nauczyciela wychowania fizycznego i pielęgniarkę szkolną, jako pracowników szkoły o najbardziej zbliżonym przygotowaniu zawodowym. Ich współdziałanie i partnerstwo jest niezbędne do poprawy jakości opieki zdrowotnej nad uczniami oraz skuteczności wychowania fizycznego.

Rola nauczyciela polega głównie na umożliwianiu, organizowaniu i ułatwianiu uczenia się. Aktywne uczenie jest podstawą edukacji zdrowotnej, stąd aby uczniowie mogli uczyć się aktywnie, nauczyciele powinni uświadomić sobie własną rolę. Jest to przede wszystkim rola przewodnika, osoby wspierającej, a nie eksperta lub osoby kontrolującej. Odpowiedzialność za efekty uczenia jest rozłożona na nauczyciela i ucznia. Ten udział wychowawcy w edukacji zdrowotnej należy również odnieść do nauczyciela wychowania fizycznego [Sokołowska 1995]. Według Makowskiej [2001] zasadnicza i niezastąpiona rola nauczyciela polega na tym, że reprezentuje on wobec młodego pokolenia zwarty oraz całościowy program pedagogiczny i tylko on może sprawić, że problematyka zdrowia skojarzy się trwale z całokształtem wychowania i kultury.

Nauczyciel powinien posiadać odpowiednie kompetencje do realizacji edukacji zdrowotnej [Woynarowska 2001]. Na kompetencje te składają się trzy elementy, a więc wiedza, umiejętności oraz jego postawa. Wiedza powinna dotyczyć zagadnień związanych z zdrowiem, czynników go warunkujących, profilaktyki najczęstszych zaburzeń i chorób, celów, procesu, metod, form realizacji edukacji zdrowotnej, ewaluacji oraz promocji zdrowia. Umiejętności nauczyciela mają polegać na diagnozowaniu wiedzy, zachowań zdrowotnych oraz potrzeb wychowanków w zakresie edukacji zdrowotnej. Powinien umieć planować program oraz realizować podstawowe zagadnienia edukacji zdrowotnej. Konieczną umiejętnością dla nauczyciela jest współdziałanie i poszukiwanie sojuszników do realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Ważną umiejętnością w pracy nauczyciela jest stosowanie aktywizujących metod uczenia oraz tworzenie atmosfery sprzyjającej dobremu samopoczuciu, uczestnictwa

i aktywności uczniów. W realizacji edukacji zdrowotnej należy też wskazać na znaczenie umiejętności przeprowadzania przez nauczyciela ewaluacji procesu i wyników.

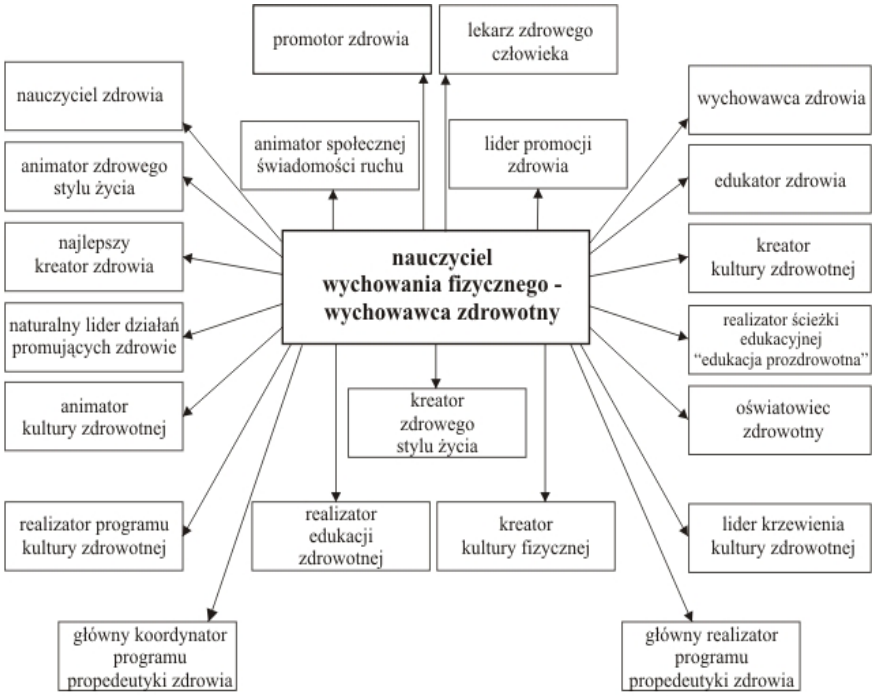
Postawa nauczyciela wskazywana przez Woynarowską [2001] powinna charakteryzować się przekonaniem, iż zdrowie jest wartością, zasobem dla człowieka i społeczeństwa, koniecznością doskonalenia własnego zdrowia, tworzenia wzorców zachowań zdrowotnych dla wychowanków a także gotowością do działań na rzecz budowania zdrowego środowiska pracy oraz nauki. Nauczyciel wychowania fizycznego zdaniem Krawańskiego [2003] staje się kreatorem kultury fizycznej i zdrowotnej a więc jest specjalistą, który mieści się w obszarze tzw. lekarza zdrowego człowieka lub nauczyciela zdrowia. Autor również wyszczególnił kompetencje współczesnego nauczyciela wychowania fizycznego w odniesieniu do trzech warstw tj. społecznej [kulturowej], utylitarnej [edukacyjnej] oraz egzystencjonalnej. Kompetencje w warstwie społecznej dotyczą współtworzenia postaw i umiejętności prospołecznych człowieka za pomocą środków kultury fizycznej oraz aktywnego udziału w procesie edukacji zdrowotnej społeczności lokalnej, zwłaszcza poprzez promowanie aktywności fizycznej. Kompetencje w warstwie utylitarnej mają związek z rozwojem umiejętności życiowych a także z kształtowaniem nawyku ruchu i innych zachowań zdrowotnych, jako znaczących elementów stylu życia. Kompetencje nauczyciela wychowania fizycznego w warstwie egzystencjonalnej łączone są ze stymulacją rozwoju i sprawności fizycznej organizmu oraz kształtowania osobowości na rzecz dbałości o ciało na bazie refleksji prozdrowotnej.

W Kodeksie Etycznym, który jest oficjalnym dokumentem Europejskiego Stowarzyszenia Wychowania Fizycznego (EUPEA-European Physical Education Association), przyjętym na XII Forum w Kopenhadze (12-14 października 2001 r.) w jednym z trzech rozdziałów pt.: „Dobra praktyka w wychowaniu fizycznym" zapisano, iż nauczyciel wychowania fizycznego powinien promować aktywny i zdrowy styl życia. W berlińskim programie działań dla ministrów odpowiedzialnych za edukację i sport (3-5 listopada 1999 r.) podkreślono, iż przedmiot szkolny, jaki prowadzi nauczyciel wychowania fizycznego jest jedynym, który główną uwagę skupia na ciele ucznia, aktywności fizycznej, rozwoju fizycznym i zdrowiu. Koncentrowanie się nauczyciela wychowania fizycznego w czasie zajęć dotyczy w szczególności samopoczucia i zdrowia ucznia, a dopiero na dalszym planie odnoszenia sukcesów w sportowym współzawodnictwie [Pośpiech 2003].

Krawański [2003] uważa nauczyciela wychowania fizycznego za jednego z głównych animatorów zdrowego stylu życia społeczności szkolnej i środowiska lokalnego. Na podstawie powyższych zadań również można uznać jego rolę jako wychowawcy zdrowotnego. Robacha [2001] uważała, że sama wiedza poparta epizodycznym doświadczeniem jest niewystarczająca, aby u dzieci i młodzieży zaistniały trwałe zachowania prozdrowotne. Możliwe jest to dzięki właściwemu, permanentnie realizowanemu procesowi wychowawczemu głównie w rodzinie, który jest wspomagany środowiskiem szkolnym – z nauczycielem naturalnym liderem działań promujących zdrowie. Również Kapica [2000] i Zawadzka [2001], biorąc pod uwagę zadania jakie wykonuje nauczyciel z zakresu edukacji zdrowotnej w środowisku szkolnym, nazywają go nauczycielem zdrowia.

Nauczyciel wychowania fizycznego- realizatorem ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna"

Pod koniec lat dziewięćdziesiątych i na początku 2000 r. dokonało się wiele zmian w edukacji zdrowotnej w szkole. W 1997 r. po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce wprowadzono edukację zdrowotną do podstaw programowych wszystkich typów szkół[3]. Natomiast w 1999 r. w ramach reformy systemu oświaty do podstaw programowych dla szkoły podstawowej i gimnazjum włączono ścieżkę edukacyjną „edukacja prozdrowotna"[4]. W 2001r. uwzględniono ścieżkę edukacyjną „edukacja prozdrowotna" w liceum profilowanym[5].



Rysunek 1
Określenia przypisywane nauczycielom wychowania fizycznego – wychowawcy zdrowotnemu w aspekcie prowadzonej przez niego edukacji zdrowotnej.

[3] Zarządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 maja 1997 r. w sprawie podstaw programowych obowiązkowych przedmiotów w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. Dz. Urz. MEN 1997, nr 5, poz. 23.

[4] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego. DzU 1999. nr 14, poz. 129.

[5] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego, kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół oraz kształcenia w profilach w liceach profilowanych. DzU 2001. nr 61, poz. 625.

W 2002 r. do podstaw programowych we wszystkich typach szkół ponadgimnazjalnych włączono ścieżkę edukacyjną „edukacja prozdrowotna"[6]. Należy podkreślić, iż edukacja zdrowotna na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum i ponadgimnazjalnej jest realizowana w formie ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna". Dyrektor szkoły odpowiedzialny jest za uwzględnienie problematyki ścieżki edukacyjnej w szkolnym zestawie programów nauczania. Za jej realizację odpowiedzialnymi są nauczyciele wszystkich przedmiotów, którzy do własnego programu włączają odpowiednio treści danej ścieżki. Stąd prowadzenie edukacji prozdrowotnej jest powinnością każdego nauczyciela, a jednym więc z jej realizatorów jest nauczyciel wychowania fizycznego.

Podsumowanie

Uzasadnionym jest z punktu widzenia posiadanych przez nauczyciela wychowania fizycznego kompetencji, włączenie go do prowadzenia edukacji zdrowotnej i uznanie jego roli wychowawcy zdrowotnego. Rolę tę pełni poprzez realizację ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna" w środowisku szkolnym, w ramach prowadzonego przez siebie przedmiotu nauczania.

Przygotowanie nauczycieli w kształceniu przeddyplomowym z zakresu edukacji zdrowotnej jest też odpowiedzią na oczekiwania zawarte we wstępnym projekcie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015, w celu operacyjnym nr 17 „Rozbudowa kadr i infrastruktury dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej[7]. Szereg różnych określeń spotykanych w literaturze, właściwych dla nauczyciela wychowania fizycznego w roli wychowawcy zdrowotnego, w oparciu o wykonywane przez niego zadania i obowiązki – przedstawiono na rys.1.

Literatura

1. Charzyńska-Gula M. (red.), 1997, Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole. Założenia, cele, treści, sposób realizacji. Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej, Lublin.
2. Demel M., 1980, Pedagogika zdrowia. WSiP, Warszawa.
3. Jaworski Z.,2005, Koncepcje krzepienia kultury zdrowotnej w szkole polskiej (1965-2004). Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam", Warszawa.
4. Kapica M., 2000, Nauczyciel zdrowia w okresie cywilizacyjnego przełomu. (W:) Problemy pedeutologii na przełomie XX i XXI wieku. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, WSP ZNP. (red.) Z. Jasiński, T. Lewowicki, Kolegium Nauczycielskie w Raciborzu i Wałbrzychu, Opole, s. 37-42.
5. Krawański A., 2003, Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego. Akademia Wychowania Fizycznego, Poznań.
6. Kulmatycki L., 2003, Promocja zdrowia w kulturze fizycznej. Kryteria dobrej praktyki. Studia i Monografie 68, Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław.
7. Makowska B., 2001, Przygotowanie nauczycieli do prowadzenia edukacji zdrowotnej w zreformowanej szkole. (W:) Teoretyczne podstawy edukacji zdrowot-

[6] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego, kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół DzU 2002. nr 51, poz. 458.

[7] Wstępny projekt Narodowego Programu Zdrowia 2006 – 2015.

nej. Stan i oczekiwania. (red.) B. Woynarowska, M. Kapica. Materiały z Konferencji Naukowej. Kamień Śląski, 25-26 września 2000. Uniwersytet Opolski, Uniwersytet Warszawski, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, Warszawa, s 195-198.
8. Maszczak T., 2002, Nauczyciel jako centralna postać w edukacji zdrowotnej uczniów. [W:] Nauczyciel w edukacji zdrowotnej. (red.) W. Wrona-Wolny, B. Makowska, B. Jawień. Ogólnopolska Konferencja Naukowa, 27-28 maja 1999 AWF Kraków. Zeszyty Naukowe nr. 86, Tom I, Akademia Wychowania Fizycznego Kraków, s. 14-20.
9. Pośpiech J., 2003, Wychowanie fizyczne i sport szkolny w krajach europejskich – wybrane problemy. Studia i Monografie, Z 145, Oficyna Wydawnicza, Politechnika Opolska, Opole.
10. Robacha J., 2001, Promocja zdrowia a styl życia uczniów i nauczycieli wybranych szkół w Łodzi. (W:) Zdrowie – Ruch – Fair Play. (red.) Z. Żukowska. R. Żukowski, Akademia Wychowania Fizycznego, Warszawa, s. 109-116.
11. Sokołowska M., 1995, Strategie i metody w edukacji zdrowotnej. [W:] Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie. Edukacja Zdrowotna w Szkole. Komisja Europejska, Rada Europy, SOZ. Wersja w jęz. ang. pod red. I. Younga. Wersja polska pod red. B. Woynarowskiej. Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa, s. 44-47.
12. Wentlandtowa H., 1976, Oświata zdrowotna. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
13. Woynarowska B. (red.), 1995, Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenie z realizacji projektu „Szkoła Promująca Zdrowie" w latach 1992-1995. Polski Zespół d/s projektu „Szkoła Promująca Zdrowie", Warszawa.
14. Woynarowska B. (red.), 2000, Zdrowie i szkoła. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
15. Woynarowska B. (red.), 2001, Propozycja programu nauczania przedmiotu „edukacja zdrowotna". Wychowania Fizyczne i Zdrowotne, nr.5, s. 29-37.
16. Wrona-Wolny W., 1998, Realizacja problematyki uzależnień w ramach przedmiotu wychowanie zdrowotne. (W:) Wychowanie zdrowotne – osiągnięcia i perspektywy wdrożenia do szkół. (red.) W. Wrona-Wolny, B. Makowska, Zeszyty Naukowe nr 74, część I, Akademia Wychowania Fizycznego, Kraków, s. 127-129.
17. Zawadzka B., 2001, Nauczyciel zdrowia w nowej koncepcji reformy szkolnej. (W:) Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania. (red.) B. Woynarowska, M. Kapica. Materiały z Konferencji Naukowej. Kamień Śląski 25-26 września 2000. Uniwersytet Opolski, Uniwersytet Warszawski, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, Warszawa, s. 181-185.
18. Żukowska Z., 1998, Pedagogika humanistyczna a przygotowanie nauczycieli do edukacji zdrowotnej i edukacji sportowej młodzieży. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr, 144-150.
19. Żukowska Z., 1999, Nauczyciel kreatorem zdrowia w reformującej szkole. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 5.
20. Żukowska Z., 2002, Nauczyciel kreatorem zdrowia w reformującej się szkole.

(W:) Nauczyciel w edukacji zdrowotnej. (red.) W. Wrona-Wolny, B. Makowska, B. Jawień. Ogólnopolska Konferencja Naukowa, AWF Kraków, 27-28 maja 1999. Tom I, Akademia Wychowania Fizycznego, Kraków, s. 21-30.

II.

KULTURA FIZYCZNA W PROCESIE KSZTAŁCENIA I WYCHOWANIA

Piotr Winczewski
Akademia Świętokrzyska, Filia w Piotrkowie Trybunalskim,
Wydział Nauk Społecznych

Metodyka inicjowania sytuacji wychowawczych w zajęciach ruchowych

Teoria wychowania fizycznego wykonała zwrot w kierunku pedagogiki nazwany przez Macieja Demela repedagogizacją. W zgodzie z jego refleksją zajęcia ruchowe zyskują status wychowania fizycznego dopiero wskutek rozgrywających się w ich trakcie sytuacji wychowawczych[1]. To inspiruje do dyskursu nad wpływami wychowawczymi specyficznymi dla takich zajęć; szczególnie w sytuacji, gdy zagadnienie to jest marginalizowane w podręcznikach metodyki wychowania fizycznego.

Poniżej prześledzimy wybrane aspekty oddziaływań wychowawczych specyficznych dla zajęć ruchowych. Celem przeglądu jest uwypuklenie okoliczności im sprzyjających. Struktura prezentacji wpisze się w systematykę metod wychowania przeprowadzoną przez Mieczysława Łobockiego[2].

Wychowywanie przez modelowanie

Wychowywanie przez modelowanie opiera się o przedstawienie uczniowi przykładów pożądanych zachowań, które on „podchwytuje", naśladuje i utrwala jako bliskie sobie i następnie identyfikując się z nimi powtarza już jako własne[3]. Kanwą modelowania jest aktywność pedagoga – uczeń obserwuje jego zaangażowanie, postawę, działania; odczytuje i interpretuje jego emocje. Taki przykład daje daleko więcej aniżeli długa pogadanka. Udział nauczyciela w grze u boku dzieci jest sygnałem, że rywalizacja jest atrakcyjna także dla niego. Obserwując jak pedagog przyznaje się do przewinień we współzawodnictwie, dziecko wdraża się do idei fair play. Kiedy drużyna wychowawcy przegrywa, uczeń zerka przede wszystkim na zachowania dorosłego

[1] Por.: Demel M., O trzech wersjach teorii wychowania fizycznego. Próba ujęcia komplementarnego, Wychowanie Fizyczne i Sport 1989/1, nadbitka,

[2] Łobocki M., 2005 (w. II), Teoria wychowania w zarysie, Impuls, Kraków, s. 187 i nast.,

[3] Działamy wówczas w duchu łacińskiej zasady *„Verba docent, exempla trahunt"* – słowa uczą, przykłady przyciągają. Eksponowanym przykładem jest przy tym najczęściej postępowanie samego nauczyciela.

i uczy się, że można przegrywać z podniesionym czołem. Konsekwentnie eksponowanie niezadowolenia przez nauczyciela po porażce może inspirować uczniów do zachowań niepożądanych.

Pedagog wielokrotnie sam prezentuje przebieg ćwiczeń. Uczeń postrzegając go jako wzór osobowy starannie przygląda się temu pokazowi. Wychowanek jednak nie tylko uczy się nowego ruchu, ale także bacznie śledzi reakcje nauczyciela – jest świadkiem tego, jak pedagog zachowuje się, gdy prezentacja mu się nie uda. Poczynione wówczas obserwacje torują drogę przyszłym wzorcom postępowania dziecka. Ostentacyjne reakcje dorosłego po nieudanym ćwiczeniu mogą stać się osnową dla podobnych zachowań uczniów.

Zachowanie uczniów nie zawsze modeluje sam pedagog. Czynią to także i rówieśnicy. To oni nawzajem inspirują się do zaangażowania i osiągnięć. Wówczas to bierni uczniowie pociągani są do działania przez przykład bardziej aktywnych, na których się wzorują. Korzystają na tym obie strony tej interakcji – oto liderzy ugruntowują swe przekonanie, że ich sprawność jest zauważana i doceniana przez rówieśników. Uczniowie ci stają się pewniejsi siebie, rozpiera ich duma, ale nie dzieje się to kosztem słabszych – lider nie może wszak odtrącać żywiącego podziw kolegi, bo przestałby cieszyć jego atencją, a zatem straciłby prestiżową pozycję.

W podręcznikach metodyki gier i zabaw ruchowych często można natrafić na stwierdzenia, że dana zabawa wdraża do sumienności, altruizmu, uczciwości i innych aprobowanych postaw. To poniekąd wyrażenie idei modelowania. Jednak, że fabuła zabawy nie ma samoistnego waloru sprawczego – funkcje modelujące zyskuje ona dopiero dzięki komentarzowi pedagoga kierującego uwagę uczniów na jej wybrane aspekty wyciszając inne. To nauczyciel wytłumia niekorzystne skojarzenia uczniów, ale też eksponuje te pożądane wychowawczo. Gdyby tak nie było, to jakie postawy uczniów modelowalibyśmy grami opartymi o upozorowaną walkę? Czy inspirujemy nimi do wrogości i agresywności? Nie! Dlatego właśnie konieczne jest systematyczne podkreślanie umowności pościgów, polaryzacji ról, żeby i dla wychowanków było to oczywiste.

Modelowanie nie zawsze przebiega zgodnie z intencją wychowawcy – gdy prowadzi on lekcję w stroju różnym od sportowego, to w gruncie rzeczy uczeń otrzymuje dwa komunikaty – pierwszy zgodny z intencją nauczyciela, drugi demaskujący jego rezerwę wobec aktywności ruchowej jako takiej. Uczeń podpatruje także ruchy, postawę ciała, mimikę i inne przejawy stanów emocjonalnych wychowawcy i wyciąga z tego wnioski. Nie zawsze takie, jakich winszowałby sobie pedagog.

Modelowanie okazuje się nieustannym dialogowaniem pedagoga z wychowankami. Kolejne frazy owego dyskursu opierają się przy tym nie tylko o eksponowanie idei, ale także o działania, postawy, zachowania.

Wychowywanie przez stawianie zadań

Wedle założeń metody zadaniowej odpowiedni dobór działań ucznia owocuje konstruktywnymi zmianami jego zachowań. Zadania powinny przy tym wprost wdrażać do pożądanych postaw docelowych. Dzięki temu uczeń wprowadza się do

umiejętności postępowania w nowy – oczekiwany przez nauczyciela sposób[4]. Rolą wychowawcy jest tu nie tyle wyznaczenie ścieżki działania dziecka, ile nieustanne monitorowanie jego rezultatów. Tu potrzeba aktywnego uczestnictwa, permanentnego eksponowania ważnych aspektów sytuacji wychowawczej. Dla skuteczności tej metody niezbędne jest także „otwarcie oczu" dziecku na jego osiągnięcia i ugruntowywanie rodzącego się w nim przeświadczenia o sukcesie. Ważne jednak jest też, aby wychowanek był przeświadczony, że sukcesy osiągnął dzięki własnemu wysiłkowi, a nie inspiracji, wsparciu, nadzorowi i kontroli wychowawcy.

Egzemplifikacją tej metody w lekcji wychowania fizycznego jest m. in.: powierzanie uczniowi roli sędziego, czy też inicjowanie współdziałania w zespołach lub wyznaczanie wychowankom funkcji przywódczych (kapitanowie drużyn). Dziecko uczy się wówczas bycia odpowiedzialnym, ale także oswaja się z poczuciem dumy z własnych dokonań. To sprzyja kształtowaniu się zdolności konsekwentnego dążenia do celu.

Powyższe akapity odnosiły się do warstwy potencjalnej (pasywnej) metody zadaniowej. Przechodzi ona w stan aktywny dopiero, gdy pedagog dzieli się z uczniem swoimi obserwacjami, wnioskami, ocenami; gdy niby od niechcenia rzuca słowo wsparcia, czy też dezaprobaty. Ukoronowaniem zadań są zatem ich podsumowania i omówienia będące kulminacją tak mozolnie budowanych sytuacji wychowawczych. Uczeń bowiem dopiero wówczas otrzymuje niezależną recenzję własnych działań: albo wspierającą je, albo wyciszającą. To ważne, bowiem wychowanek obok aktywności fizycznej i ekspresji ruchowej, równie sobie ceni zaspokojenie potrzeby rozumienia sensu własnych działań. Podsumowania i omówienia są tak potrzebne, jak morały w bajkach. Bez nich wychowanie przez stawianie zadań jest tylko zamiarem, co najwyżej niezrealizowanym zamiarem.

Wychowywanie przez perswazję

Wychowanie w zgodzie z metodą perswazji jest osnute o wdawanie się w dyskusje z uczniami. Sięga się w nich po argumenty, które np. uświadamiają wychowankom ich społeczne powinności, propagują postawy altruistyczne, pomagają odróżniać dobro od zła. Metoda ta wykorzystywana jest w kształtowaniu świadomości moralnej i społecznej dziecka.

W zajęciach ruchowych perswaduje się np. poprzez komentarze domykające fabuły kolejnych zabaw. Nauczyciel – mentor eksponuje w nich promowane przez zabawy wartości, podkreśla np., że postaci ilustrowane przez uczestników dokonywały wyborów kierując się wzajemnym szacunkiem i życzliwością. W ten sposób kształtuje się empatię, wyrozumiałość, szczerość, poczucie sprawiedliwości. Nauczyciel niejednokrotnie ukazuje, że postaci postępujące niewłaściwie były piętnowane, traciły, przegrywały. Podążając za myślą wychowawcy dzieci stają się arbitrami interpretującymi wybrane zachowania. Daje im to okazję do zinternalizowania norm ilustrowanych przez zabawy (sytuacje wychowawcze).

Pedagog wygłaszając komentarze bieżących wydarzeń może np. przybrać ton sprawozdawcy sportowego. Wówczas staje się w oczach dziecka poniekąd zewnętrz-

[4] To upostaciowanie łacińskiej reguły: „*Scribere scribendo, dicendo dicere disces*" – nauczysz się pisać pisaniem, mówić mówieniem, czy syntetycznie: ćwiczenie czyni mistrzem.

nym obserwatorem – wszak zmieniony tembr głosu potwierdza to niezbicie. Istotne jest przy tym, aby opinie nauczyciela były wtedy nade wszystko sprawiedliwe i w miarę możliwości ogólnikowe – aby nie piętnowały, ale raczej dawały do zrozumienia. Da to wychowankowi szansę na refleksję nad własnym postępowaniem i ewentualnie wycofanie się z niego bez ujmy na honorze. Nie skapituluje bowiem po napiętnowaniu przez nauczyciela, ale poniekąd pod wpływem głosu sumienia. Taka refleksja nad własnym postępowaniem to ukoronowanie wychowania przez perswazję.

Swoistą autoperswazją jest podporządkowanie się przepisom gry – zwyciężyć wszak może tylko ten, kto postępuje zgodnie z przyjętymi regułami. Jeśli chce się być najlepszym, trzeba się do nich zastosować. Gdy się tego nie zrobi, traci się szansę na prestiż. To samoograniczenie zawodnika daje nieocenione efekty w pracy z osobami nadpobudliwymi. Zewnętrzna kontrola ich zachowania zastąpiona jest kunktacją – zamiar odniesienia zwycięstwa przeradza się w samokontrolę; w rozważania nad własnym zachowaniem. Prowadzą one nieuchronnie do refleksji, że „*fair play*" wymiernie popłaca – a jeśli tak, to dlaczego by nie postępować przepisowo (honorowo) i w innych sytuacjach? Zadaniem wychowawcy jest unaocznienie dziecku takiego toru rozumowania.

Dodatkowymi wzmocnieniami dla uzyskanych przez perswazję (autoperswazję) skutków wychowawczych są podsumowania i omówienia zarówno poszczególnych gier i zabaw, jak i całej lekcji. Przypominają one wychowankom o uzyskanych sukcesach i tym samym sposobach dojścia do nich. To ugruntowuje wzorce właściwego postępowania.

Wychowywanie przez nagradzanie (wychowawcze)

Pochwały, wyróżnienia i nagrody wskazują dziecku wartości i cele działania. Dzięki nim wzmacniamy i utrwalamy jego pozytywne zachowania. W lekcji wychowania fizycznego nagrodami są m.in.: zdobywane punkty, podziw ze strony rówieśników, pochwały nauczyciela. Wzbudzają one radość wychowanka i inspirują go do zaangażowania.

Najskuteczniej oddziałują nagrody uzyskiwane bezpośrednio po zachowaniu, które ma być wzmocnione. Stąd konieczne wydaje się wspieranie ucznia wyróżnieniem niezwłocznie po sytuacji, w której na to zapracował – rzecz w tym, aby pomiędzy zachowaniem wartym nagrodzenia a samą pochwałą nie nadarzyły się choćby potencjalne okazje do zachowań negatywnych. Bo które zachowanie byłoby wówczas nagradzane w świadomości wychowanka i innych uczniów – uprzednie, czy aktualne?

Ogłoszenie wyników gry jest możliwe dopiero, gdy ukończą ją wszyscy zawodnicy. Dlatego pochwały ogłasza się z opóźnieniem. Stąd należy na bieżąco kierować do ucznia gesty aprobaty. Wówczas dziecko, spodziewając się wyróżnienia, powstrzymuje się od czynów, wskutek których może utracić zapowiedzianą korzyść. To czynnik silnie wyciszający zachowania dezaprobowane przez wychowawcę. Konsekwentnie, po zakończeniu gry, nauczyciel powinien dotrzymać zapowiedzianej obietnicy wyróżniając wychowanka[5].

[5] Nagradzanie wychowawcze ma zatem wprowadzić ucznia do umiejętności działania zgodnie z receptą Owidiusza: „Quidquid agis, prudenter agas et respice finem" – cokolwiek robisz, rób dobrze i cierpliwie patrz końca.

Po nagrody sięga się z pewnego rodzaju powściągliwością, aby ich nie spauperyzować. Dziecko uczestniczy w lekcji nie dla gratyfikacji, ale dla radości, satysfakcji, przyjemności. Rzecz w tym, aby nagrody nie zmajoryzowały najdonioślejszych walorów aktywności ruchowej – aby dziecko delektując się nią nie było odciągane od refleksji nad radością płynącą z wysiłku fizycznego.

Nagradzanie wychowawcze nie jest przyznawaniem wyróżnień; ale raczej przewidywaniem, planowaniem, wyzyskiwaniem potencjalnych szans na wsparcie ucznia. Te czynności zazwyczaj rozgrywają się na długo przed lekcją, jeszcze na etapie jej przygotowywania. Planując zajęcia powinno się zatem tak dobierać zadania, aby zapewnić szansę na zabłyśnięcie możliwie wszystkim wychowankom. Wówczas każdy z nich na przemian raz zazna dumy po zwycięstwie, innym razem zapała chęcią rewanżu po porażce. Jeśli jednak któryś z wychowanków nie wygrywa nigdy, należy wyróżnić go za zaangażowanie podkreślając np., że to on podał piłkę do zdobywcy decydującego punktu, czy też skutecznie bronił wyznaczonego sektora boiska. Takie wyróżnienia doceniają także koledzy. To umożliwia pedagogowi wydobycie z izolacji uczniów mniej sprawnych ruchowo, których permanentny brak sukcesu może zniechęcać do aktywności ruchowej.

Wychowywanie przez karanie (wychowawcze)

Metodę karania wychowawczego wyróżnia od pozostałych to, że nauczyciel stara się unikać jej atrybutów. Jego celem jest bowiem uprzedzanie zagrożeń, a nie piętnowanie negatywnych zachowań. Wychowawcy zależy raczej, aby jego uczniowie byli karni, a nie karani. Karność uczniów nie oznacza jednak ich podległości wobec dorosłego, czy też autorytarnie stanowionych przez niego norm – świadomość takiej podległości boli nie mniej, niż same represje. Karność opiera się raczej o znajomość praw i aktywne podporządkowanie się ich rygorom; pierwszoplanowego znaczenia nabiera uświadamianie dziecku zasadności przyjętych reguł. Ważne jest, aby to on sam dostrzegał korzyści z nich wypływające – wszak to dzięki regułom można planować działania w dążeniu do zwycięstwa.

Jeśli wychowanek ma traktować prawa jako własne, to łatwiej mu to przyjdzie, gdy wcześniej będzie uczestniczył w ich stanowieniu. Wówczas łatwiej dostrzeże ich obiektywność i sprawiedliwość. Wtedy też, naruszając normy będzie świadom swych win, a ewentualne sankcje potraktuje jako egzekwowanie wspólnych postanowień, a nie nastawanie na swą godność. Nauczyciel sięgający po karę w takiej sytuacji nie będzie dla ucznia uosobieniem przemocy, ale autorytetu[6].

Pedagog zwykle wie, ze strony którego wychowanka może spodziewać się ostentacyjnego naruszania przyjętych zasad. Można uprzedzać takie sytuacje zwracając się wprost do tego niego np. z prośbą, aby zaproponował regulamin kolejnego wyścigu. Wtedy, już jako autor przepisów, nie będzie skłonny ich oprotestowywać. Skutecznym rozwiązaniem jest także np.: powierzenie permanentnemu kontestatorowi prestiżowej roli sędziego w którejś z gier. Wówczas nie będzie mu już „wypadało" łamać regulaminu, gdy będzie znów już „tylko" zawodnikiem – wszak godziłoby to pośrednio w jego eksponowaną pozycję sprzed

[6] Por. wywód o warunkach skuteczności metody karania wychowawczego zamieszczony w: Łobocki M., op. cit., s. 213 i nast.

chwili. W ten sposób nawet abnegat przeradza się w zagorzałego zwolennika reguł.

Warto też pamiętać o traktowaniu z całą powagą wszelkich zastrzeżeń uczniów do werdyktów sędziego – zgłaszanie protestów przewidują regulaminy każdej imprezy sportowej, czy rekreacyjnej, więc i w lekcji należy liczyć się z ich występowaniem. Zastrzeżenia trzeba rozpatrywać możliwie szybko po ich zgłoszeniu. W przypadku utrudnień w ocenie zasadności protestu, należy powtórzyć całą rozgrywkę. Uczniowie przyjmują to znacznie lepiej, aniżeli utrzymanie niesprawiedliwego werdyktu.

Tak, jak szybko nauczyciel powinien reagować na ewentualne zastrzeżenia uczestników rywalizacji, tak szybko powinien piętnować ich występki. Błahe odstępstwa od przyjętych zasad (zwłaszcza, jeśli nie dały wymiernych korzyści w rywalizacji) kwituje się dezaprobatą. Ukazanie uczniowi, że jego niepożądana postawa jest zauważona i stosownie oceniona zwykle skutecznie ją wycisza. W przypadku uzyskania korzyści przez nieuważnego uczestnika wyścigu odejmuje się mu (jego drużynie) punkty. On sam w praktyce tego nigdy nie oprotestowuje (zwłaszcza jeśli jest świadom swego niedopatrzenia), a i rywale są usatysfakcjonowani. Zarazem jednak, zgodnie z duchem „fair play", za nieuczciwość związaną z premedytacją karą jest dyskwalifikacja.

Pamiętajmy, że każda kara musi być zawsze uzasadniona. Bez tego nie ma ona nawet potencjalnych szans na stanie się środkiem wychowawczym (pouczającym). Jawność uzasadnienia służy pogodzeniu się z sankcjami. Zarazem już samo napiętnowanie naruszenia reguł budzi niejednokrotnie skruchę ucznia, która z wychowawczego punktu widzenia działa wiele skuteczniej niż dotkliwa represja. W lekcji gier i zabaw ruchowych istnieją także inne, równie skuteczne, sposoby na minimalizowanie niepożądanych wychowawczo zachowań uczniów. Maksymalizowanie tempa zajęć oraz duża zmienność ich kolejnych całostek. Wysoka dynamika lekcji wymaga od ucznia koncentracji i zaangażowanego uczestnictwa.

Wychowywanie przez oddziaływania grupowe

Wspólnym mianownikiem metod grupowych jest inicjowanie bliskiego współdziałania uczniów. Są one zorientowane na angażowanie wychowanków we współpracę zespołową, działania samorządne. Osobliwe jest to, że niejednokrotnie dla wspólnego dobra działają ramię w ramię osoby stroniące od siebie. W takiej sytuacji mogą pryskać wzajemne niechęci i właśnie m. in. w tym celu pedagog może sięgać po działania grupowe.

Nauczyciel, z uwagi na zróżnicowanie swych zamierzeń wychowawczych, może powoływać zespoły uczniów zarówno na stałe, jak i okazjonalnie, czy wręcz doraźnie. Lekcja wychowania fizycznego oparta o klasyczny tok gier i zabaw ruchowych zapewnia ku temu przeliczne okazje – kolejne jej całostki dostarczają co i rusz pretekstów (powodów) do wyodrębniania nowych zespołów. Mało tego – zmiany składu osobowego poszczególnych drużyn traktowane są przez dzieci jako zjawisko naturalne. Dzięki temu doświadczony pedagog może „zamaskować" swe prawdziwe intencje przed dociekliwością uczniów. Jest to o tyle ważne, że przecież nie wszystkie cele wychowawcy muszą być dla nich jawne – oznajmienie grupie, że

oto kolejna gra ma za zadanie przełamywać wzajemną niechęć mogłoby wywołać wręcz efekty przeciwne do zamierzonych

Kluczowe dla skuteczności oddziaływań grupowych jest, aby wszyscy członkowie zespołu postrzegali wyzwania przed nim stające jako własne. Sprzyja to otwartości w kontaktach, wzajemnemu zrozumieniu, zaangażowaniu, odpowiedzialności, wdawaniu się w konstruktywne dialogowanie, koncentrowaniu się na dążeniu do wspólnego celu.

Metody grupowe są ściśle wpisane w formułę lekcji gier i zabaw ruchowych – fabuły wprowadzają wychowanków we wspólne im role. Didaskalia zabaw budują niepowtarzalną atmosferę eksponującą względy, z których współdziałanie jest pożądane, korzystne i wręcz konieczne. W licznych grach nie da się odnieść zwycięstwa bez współpracy wszystkich członków zespołu. Uczy to pokory, wycisza wzajemne animozje, inspiruje do troski o dobro grupy. Sytuacje takie oswajają wychowanka z mechanizmami wpisywania zamierzeń własnych w cele zbiorowe, co może nabierać waloru uniwersalnego.

W zajęciach wychowania fizycznego można także skłaniać uczniów do modyfikowania zabaw i gier, a następnie prezentowania ich na forum grupy. Wdraża to ich do asertywności, umiejętności radzenia sobie ze stresem rodzącym się w podczas prezentacji prowadzonej dla całej grupy. Kształtuje to umiejętności koncentrowania na sobie uwagi koleżanek i kolegów oraz precyzyjnego wyrażania myśli. Współdziałanie dostarcza okazji brania pod uwagę sprawności fizycznej i umiejętności ruchowych poszczególnych członków drużyny. Aby uzyskać ten skutek nauczyciel jednak musi zapewnić drużynie możliwość pozostawanie „samej ze sobą" – na rozwiązywanie trudnych sytuacji jej własnymi siłami.

Najmłodsi chętnie przyjmują na siebie ważne dla grupy role. Dość przypomnieć pierwszoklasistów obejmujących z wypiekami na twarzach dyżur klasowy. W lekcji wychowania fizycznego jego odpowiednikiem jest prowadzenie zbiórki, rozdawanie przyborów, czy też pełnienie funkcji sędziego pomocniczego. Wszystkie te czynności wdrażają do odpowiedzialności. Dostarczają one także okazji do polaryzacji celów poszczególnych uczniów – oto dyżurny musi niejednokrotnie przeciwstawić się doraźnym zamierzeniom koleżanek i kolegów (np. chęci „pogadania sobie" i „powygłupiania się" w trakcie zbiórki, czy też ich dążeniu do odniesienia zwycięstwa z naruszeniem przepisów). Te sytuacje dostarczają wychowankowi okazji do uświadomienia sobie, jak liczne motywacje kierują grupą. Zarazem mogą one sprzyjać rodzeniu się podziwu wobec sprawności zawodowej nauczyciela – wszak on potrafi radzić sobie z takimi przeciwnościami.

Powyższy przegląd eksponuje oddziaływania wychowawcze właściwe dla zajęć ruchowych. Ilustruje on mnogość sposobów kształtowania postaw ucznia. Pedagog właściwie nigdy nie decyduje się korzystać z jednej tylko metody wychowania zarzucając inne. Oznaczałoby to aprioryczny wybór jednej tylko drogi oddziaływania na wychowanka i równoczesne zarzucenie pozostałych. Jak podkreśla Mieczysław Łobocki, „każda z możliwych metod wychowania pozbawiona jest charakteru uniwersalnego. Wszystkie one wzajemnie się uzupełniają i dopełniają. Stąd też niewskazane byłoby posługiwanie się niektórymi z nich i celowe pomijanie wszystkich

pozostałych metod wychowania"[7]. W zgodzie z powyższym powinnością nauczyciel jest dążenie do takiego wykorzystania całego zespołu metod (aranżowania zajęć z ich wykorzystaniem), aby pomnażać spektrum wychowawczych skutków zajęć ruchowych.

[7] Łobocki M., op. cit., s. 189.

Katarzyna Filar-Mierzwa, Zofia Pelc
Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Miejsce form tanecznych w lekcjach wychowania fizycznego w opinii uczniów krakowskich szkół podstawowych

We współczesnym zurbanizowanym świecie o nadmiernym rozwoju techniki, dużym tempie dnia codziennego straciła na ważności potrzeba aktywności ruchowej oraz potrzeba bezpośredniego komunikowania się z drugim człowiekiem poprzez uczestnictwo w zajęciach ruchowych. A przecież mechanizm przekazywania i przejmowania doświadczeń zarówno duchowych jak i fizycznych jest charakterystyczny dla gatunku ludzkiego, ukierunkowuje on rozwój jednostki, grupy i społeczeństwa. Wydaje się więc ważne odnajdywanie, przypominanie, pielęgnowanie pozytywnych bodźców wywierających wpływ na organizm ludzki, a w szczególności na organizm jeszcze nie w pełni ukształtowany. Nie ma wątpliwości, iż uczestniczenie w aktywności ruchowej jaką jest taniec jest działaniem pozytywnym [Kulesza 2000].

Dla dzieci okazją do nauki tańca są, a właściwie powinny być – między innymi – lekcje wychowania fizycznego. W klasach starszych program treści kształcenia dotyczący nauczania rytmu, muzyki oraz tańca i na lekcjach wychowania fizycznego przewiduje: odtwarzanie ruchem muzyki i rytmu, poruszanie się w wyznaczonym rytmie, przystosowanie ruchów ciała do rytmu i muzyki, improwizację ruchową przy muzyce [Romanowska 1999] oraz wyczucie napięcia i rozluźnienia mięśni, ekspresję ruchową w rytmie i przy muzyce, czynności ruchowe z przyborem, elementy tańców ludowych ze szczególnym wyeksponowaniem walorów kulturowych oraz podstawowe kroki i figury tańców towarzyskich [Kuźmińska 2002].

Taniec, jego poznawanie, jest zjawiskiem, które, niezależnie od tego, czy solowy, w parze, czy też grupowy, odbywa się w określonej społeczności. Występują w niej rozmaite relacje, będące doskonałą płaszczyzną do tworzenia przeróżnych sytuacji wychowawczych, sytuacji, których nauczyciel nie powinien przeoczyć [Siedlecka, Biliński 2003].

Niestety z badań wynika, że realizacja programu nauczania dotycząca działu *„rytm – muzyka – taniec"* jest niewystarczająca głównie z powodu braku należytego przygotowania ze strony nauczycieli [Cieślińska, Rzędzicki 2002].

Warto więc wspomnieć słowa angielskiego filozofa i pedagoga Johna Locke`a: *„nic nie daje dzieciom tyle stosownej pewności siebie i umiejętności zachowania się i nic ich tak nie pobudza do obcowania z ludźmi starszymi od nich, jak taniec, przeto sądzę, że należałoby uczyć je tańczyć tak wcześnie, jak tylko są w stanie tego się nauczyć"* [Locke 1959].

Taniec wpływa na sferę motoryki, rozwój emocjonalny i sferę poznawczą młodego organizmu. Ruchy całego ciała, lub jego części sprzyjają utrzymaniu, bądź rozwijaniu sprawności fizycznej. Duża ich różnorodność wykorzystywana w tańcu daje możliwość wszechstronnego rozwoju organizmu. Starsze dzieci poprzez ruchy taneczne poznają własne ciało, łatwiej uczą się orientacji przestrzennej, potrafią łączyć zjawisko przestrzeni z czasem i dynamiką, a także dobrze radzą sobie z ćwiczeniami koordynacyjnymi. Podczas nauki tańca dochodzi do wytwarzania więzi społecznych w zespole, kształtuje się współdziałanie w grupie, partnerstwo, a także przysposabianie do odnajdywania się w rolach przypisywanych danej płci. Poprzez taniec, jako szczególny rodzaj ruchu, może być rozwijane także myślenie. Dzieje się to poprzez wypróbowywanie różnych zestawów ruchowych, odwoływanie się do wyobrażeń oraz operowanie na różne sposoby przyswojonymi wcześniej ruchami ciała.

Umiejętnie zaplanowane i stale powtarzane zachowania taneczne dzieci przyczyniają się do wykształcenia umiejętności współpracy z innymi, oceniania swoich ruchów, ukształtowania zdolności jednoczesnego koncentrowania się na dwóch, a następnie trzech wymiarach przestrzennych, a także umiejętności kontrolowania wybranych części ciała w stosunku do całości.

Formy muzyczno-ruchowe mają duży wpływ na kształtowanie się młodego organizmu, na rozwijanie osobowości człowieka. Prowadzanie takich form aktywności uczniów pomaga im odkryć własne możliwości twórcze, uzdolnienia ruchowe, a ponadto utwierdzić się w poczuciu własnej wartości [Kulesza 2000].

Celem podjętych badań było określenie:

- czy i w jakim stopniu realizowane są w szkołach podstawowych na lekcjach wychowania fizycznego zajęcia o charakterze muzyczno-ruchowym,
- jakie formy zajęć muzyczno-ruchowych prowadzone są najczęściej,
- czy uczniowie chcieliby uczestniczyć w takich zajęciach w ramach lekcji wychowania fizycznego, czy może wolą inne działy kultury fizycznej,
- jakie formy zajęć muzyczno-ruchowych preferowane są najczęściej przez uczniów,
- czy według uczniów wiedza i umiejętności taneczne zdobyte na lekcjach wychowania fizycznego mogłyby przydać im się w życiu.

Materiał i metoda badań

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Autorki uznały, że metoda ta jest najbardziej adekwatna do zebrania informacji od uczniów szkół

podstawowych na temat ich uczestnictwa w zajęciach tanecznych i innych ruchowych. Prowadzono również rozmowy z uczniami, które miały charakter wstępny (pilotażowy). Jako technikę badawczą zastosowano ankietę, a narzędziem wykonawczym był kwestionariusz-ankiety.

Opracowanie oparto na wynikach badań ankietowych oraz rozmowach (wybiórczo), przeprowadzonych wśród uczniów klas V i VI szkół podstawowych w Krakowie. Średnia wieku uczniów wynosiła 12 lat. Liczba ankietowanych to 65 osób, w tym 30 dziewcząt i 35 chłopców. Analizę wyników podano w formie opisowej, tabelarycznej i na wykresach. Obliczenia przedstawiono w ujęciu procentowym.

Wyniki

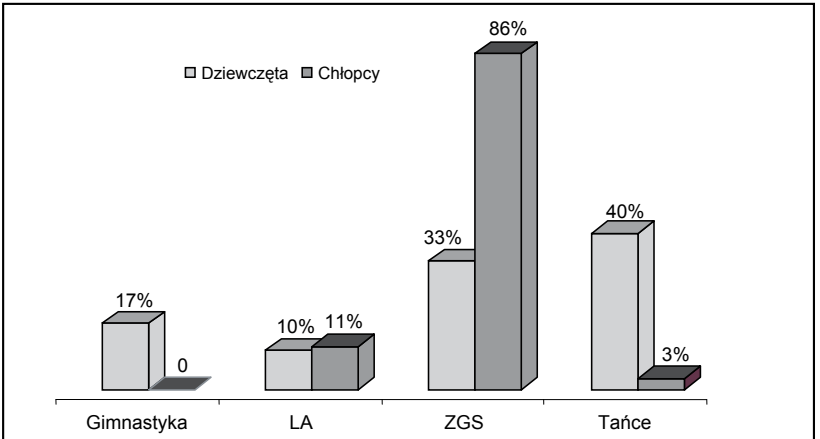
Wśród badanych uczniów aż 77% zadeklarowało wcześniejszy kontakt z formami muzyczno-ruchowymi. Były to zajęcia pozaszkolne i obejmowały głównie rytmikę, taniec towarzyski, ludowy i zajęcia fitness. W szkole natomiast zajęcia muzyczno-ruchowe organizowane były tylko na początku lekcji wychowania fizycznego w ramach rozgrzewki lub czasami prowadzony był aerobic, tak twierdziło 53% ankietowanych dziewcząt. Chłopcy natomiast twierdzili, że zajęcia tego typu podczas lekcji wychowania fizycznego nie są realizowane.

Zapytano więc uczniów czy chcieliby, aby zajęcia ruchowe przy muzyce były organizowane na lekcjach wychowania fizycznego, a także jakie miejsce zajmuje taniec w ich życiu osobistym w porównaniu z innymi działami kultury fizycznej. W badanej grupie odpowiedzi dziewcząt zdecydowanie różniły się od odpowiedzi kolegów (Tab. I).

Tabela I
Charakterystyki liczbowe i procentowe dotyczące wyboru dyscypliny sportowej.

Płeć / Forma	Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%
Gimnastyka	5	17	0	0
Lekka atletyka	3	10	4	11
Gry zespołowe	10	33	30	86
Zaj. muz.-ruch.	12	40	1	3

Mając do wyboru, takie działy kultury fizycznej jak: gimnastykę, lekką atletykę, gry zespołowe i zajęcia muzyczno-ruchowe, 40% dziewcząt wybrało właśnie tą ostatnią formę zajęć. Dużym zainteresowaniem wśród uczennic cieszyły się również gry zespołowe (33%), następnie gimnastyka (17%) i lekka atletyka (10%). Wśród chłopców najbardziej popularne były gry zespołowe, które wybrało 86% uczniów.



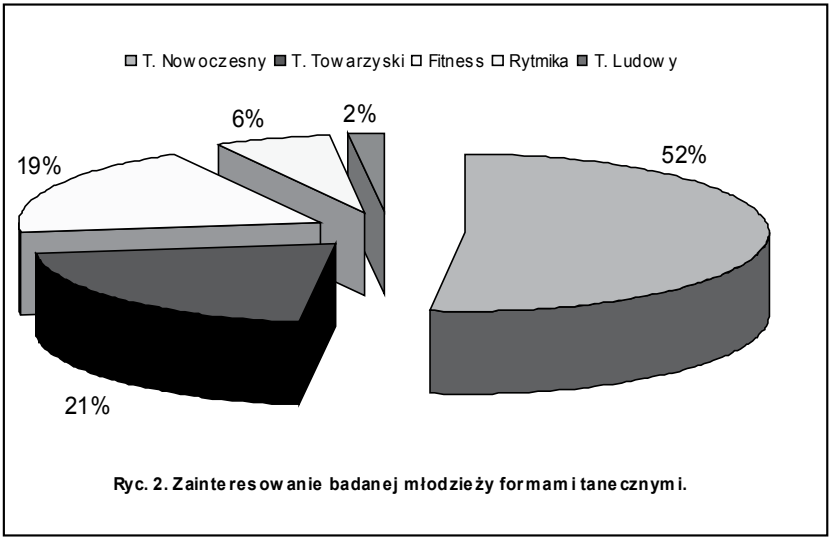
Ryc. 1. Zainteresowania badanej młodzieży formami aktywności fizycznej.

Lekką atletykę wybrało 11% chłopców, a gimnastyką nie był zainteresowany żaden z uczniów. Taniec dla chłopców ze szkół podstawowych nie jest atrakcyjną formą ruchu. Spośród zaproponowanych działów kultury fizycznej zajął on przedostatnie miejsce (3%), (Ryc. 1).

Można to tłumaczyć tym, że chłopcy w tym wieku jeszcze nie odczuwają potrzeby komunikowania się poprzez taniec z płcią przeciwną, nie biorą oni zbyt częstego udziału w dyskotekach i innych formach aktywności tanecznej, co w połączeniu ze specyficznym okresem wieku rozwojowego mogło dać przedstawione rezultaty badań.

Tabela II
Charakterystyki liczbowe i procentowe dotyczące wyboru formy zajęć muzyczno-ruchowych

Uczniowie / Forma	n	%
Taniec nowoczesny	34	52
Taniec towarzyski	14	22
Fitness	12	18
Rytmika	4	6
Taniec ludowy	1	2



Ryc. 2. Zainteresowanie badanej młodzieży formami tanecznymi.

Następnie mając do wyboru różne formy zajęć muzyczno-ruchowych (Tab II), aż 52% ankietowanych zarówno dziewcząt jak i chłopców wybrało taniec nowoczesny, 22% taniec towarzyski i 18% uczniów fitness. Mniejsze zainteresowanie wzbudzała rytmika (6%) i taniec ludowy (2%).

W kwestii związanej z doświadczeniem kontaktu z muzyką i tańcem zarówno dziewczęta jak i chłopcy także mieli podobne zdania. Dotyczy to przydatności w życiu umiejętności tańczenia. Większość, bo 86% ankietowanych osób zgodnie przyznały, że zdolność poruszania się w rytm melodii jest w życiu bardzo potrzebna. Pozostałe 14% nie odczuwało takiej potrzeby.

Osoby ankietowane (83%) były świadome tego, że taniec poprawia naszą sprawność fizyczną, a także pomaga w nawiązywaniu kontaktów towarzyskich. Nie byli jednak pewni co do tego, że taniec wpływa na osobowość człowieka i rozwija jego umysł. Tutaj zdania były podzielone, 52% uczniów stwierdziło, że taniec kształtuje osobowość i umysł, a pozostali (48%), że nie ma on na umysł i osobowość żadnego wpływu.

Omówienie i wnioski

Zajęcia muzyczno-ruchowe realizowane w grupie gwarantują najbardziej bezpośrednią i głęboką formę przeżyć estetycznych, umożliwiając tworzenie specyficznych więzi emocjonalnych pomiędzy uczestnikami grupy oraz pozytywnie wpływając na ich kontakty interpersonalne. Tupieka-Buszmak pisze, że *zajęcia muzyczno-ruchowe spełniają jeden z najważniejszych aspektów twórczej postawy człowieka – rozwój jego autokreacji na przestrzeni całego życia* [7].

Realizacja zajęć muzyczno-ruchowych na lekcjach wychowania fizycznego jest niewystarczająca. Z badań wynika, że w zajęciach tych uczestniczą głównie dziew-

częta. Chłopcy natomiast w tym wieku (średnia ~12 lat) nie są zainteresowani aktywnością ruchową tego typu. Bardziej od tańca cenią sobie gry zespołowe. Jednak większość uczniów zdaje sobie sprawę z korzyści, jakie niesie ze sobą uczestnictwo w zajęciach muzyczno-ruchowych.

Zatem należałoby zastanowić się nad możliwością i umiejętnością przekazywania przez pedagogów (szczególnie nauczycieli wychowania fizycznego) takich form muzyczno-ruchowych, które spełniałyby oczekiwania wszystkich uczniów, np. wprowadzenie tańca nowoczesnego – który wybrało większość uczniów – albo prowadzenie tańców ludowych, czy towarzyskich na tyle interesująco, aby stanowiły prawdziwą atrakcję i wzbudzały chęć obcowania z tą formą ruchową.

Literatura

1. Cieślińska E., Rzędzicki M., 2002, *Taniec w programie wychowania fizycznego w opinii nauczycieli*. (w:) Ruch, muzyka i taniec jako element kultury i edukacji. Wydawnictwo AWF Wrocław
2. Kulesza B., 2000, *Taniec w edukacji szkolnej*. Wydawnictwo AWF, Gdańsk
3. Kuźmińska O., 2002, *Taniec w teorii i praktyce*. Wydawnictwo AWF, Poznań
4. Locke J., 1959, *Myśli o wychowaniu*. Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław – Kraków
5. Romanowska A., 1999, *Autorski program wychowania fizycznego dla klas IV-VI szkoły podstawowej*. Wydawnictwo Korepetytor M Gałczyński, Płock
6. Siedlecka B., Biliński W., 2003, *Taniec w edukacji dzieci i młodzieży*. AWF Wrocław
7. Tupieka-Buszmak A., 2002, *Dydaktyczno-wychowawcze funkcje zajęć muzyczno-ruchowych w metodzie dramy.* (w:) Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji. Wydawnictwo Akademia Muzyczna, Łódź s. 128

Zofia Bubka, Magdalena Tusień-Kuzka
Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

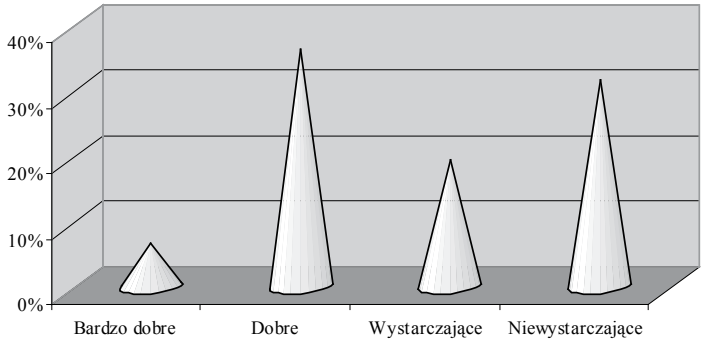
Rytm, ruch, muzyka w lekcjach wychowania fizycznego – nie bójmy się tańczyć

Ćwiczenia ruchowe przy muzyce są formą ruchu nie docenianą i często pomijaną przez nauczycieli przy planowaniu i realizacji godzin z wychowania fizycznego. Być może przyczynę takiego stanu rzeczy, należy upatrywać w obawach pedagogów, że nie posiadają odpowiednich umiejętności i predyspozycji do prowadzenia tego typu zajęć. Ogromna różnorodność form ruchowych przy muzyce, pozwala każdemu nauczycielowi wybrać ćwiczenia zgodnie ze swoimi predyspozycjami i przeprowadzić lekcję bardzo atrakcyjną dla uczniów.

W roku 2000 przeprowadzono badania ankietowe wśród 47 nauczycieli wychowania fizycznego z regionu Małopolski [Bubka Z., Bubka J. 2001]. Celem badań było między innymi określenie, w jakim stopniu realizowane są w szkołach, zajęcia o charakterze muzyczno-ruchowym i jak nauczyciele oceniają swoje przygotowanie do prowadzenia tego typu zajęć. W świetle danych ankietowych ustalono, że prawie 90% nauczycielek realizuje tematy z ćwiczeń muzyczno-ruchowych, natomiast wśród nauczycieli tylko połowa z nich.

Jeżeli chodzi o stopień przygotowania do prowadzenia zajęć ruchowych przy muzyce, to tylko 6,4% ankietowanych ocenia go stopniem bardzo dobrym, natomiast prawie 39% za niewystarczające (Ryc. 1).

Już w starożytności dostrzegano doniosłą rolę, jaką odgrywał taniec w życiu człowieka. Platon w dziele Prawa wykazał, że *przedmioty nauczania są dwojakiego rodzaju: gimnastyka służąca usprawnianiu ciała i udoskonaleniu duszy służąca muzyka. Taniec odtwarza z jednej strony poetycki tekst z zachowaniem jego podniosłego i szlacheckiego nastroju, z drugiej dla wyrobienia ciała, nadania mu zwinności i piękna [Bednarzowa, Młodzikowska, 1978]*. Czołowy angielski filozof i pedagog John Locke pisał, *chociaż bowiem taniec polega na zewnętrznym wdzięku ruchów, to jednakże, choć nie wiem, jakim sposobem, dodaje on dzieciom więcej miękkości w myśleniu i zachowaniu się, niż co innego [Locke, 1959]*.



Ryc. 1. Przygotowanie nauczycieli wychowania fizycznego do prowadzenia zajęć muzyczno ruchowych.

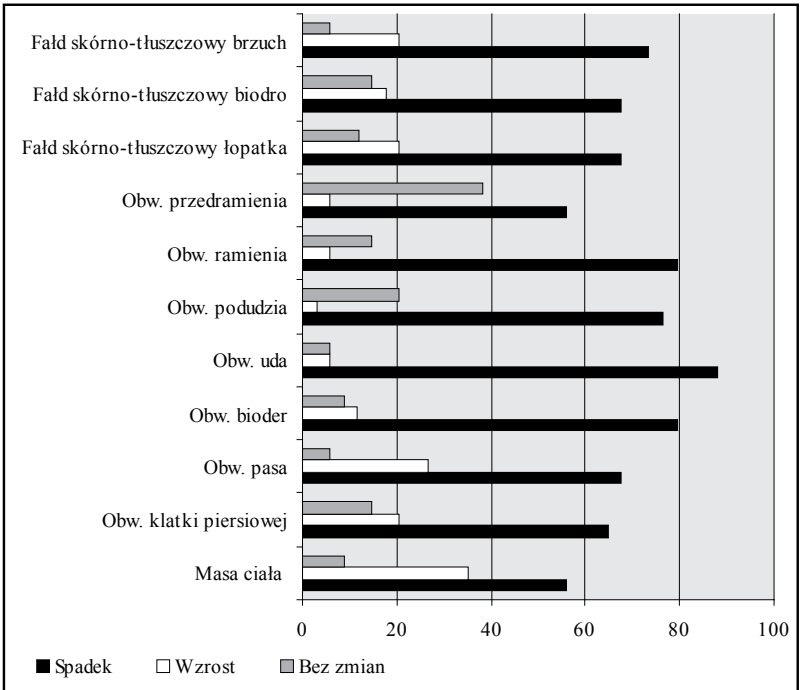
W końcowym dziesięcioleciu XVIII wieku istotne znaczenie dla rozwoju kultury tanecznej miały reformy postulowane i wprowadzone w życie przez Komisję Edukacji Narodowej. *Komisja połączeniem zabaw, gier i ćwiczeń fizycznych z śpiewem i muzyką dała dowody wielkiej znajomości natury młodzieży i wielkiej mądrości pedagogicznej [Karbowiak, 1901]*.

Obecnie opracowanych jest wiele programów, z których nauczyciel może skorzystać, mając wytyczne Ministerstwa Edukacji Narodowej. Zadaniem szkoły między innymi jest stymulowanie i umożliwianie uczniom podejmowania aktywności ruchowej i wyrażanie własnych przeżyć w zabawach, grach i tańcach. Współcześnie taniec figuruje w programach szkolnych, jednak przeznacza się na ten cel minimalną liczbę godzin. Zależnie od osobistego zainteresowania, przygotowania merytorycznego, zrozumienia wagi przedmiotu przez nauczyciela, osiąga lepszą lub gorszą w danej szkole pozycję. I tak w programach nauczania w szkole podstawowej i gimnazjum ćwiczenia ruchowe przy muzyce obejmują głównie naukę podstawowych kroków tanecznych tańców narodowych – głównie krakowiaka, kujawiaka i poloneza, oraz podstawowych kroków i figur wybranych tańców towarzyskich. Ponadto w szkołach gimnazjalnych i ponad gimnazjalnych w programach nauczania zatwierdzonych przez MEN i dopuszczonych do realizacji oprócz tańców towarzyskich i ludowych pojawił się aerobik i elementy fitnessu.

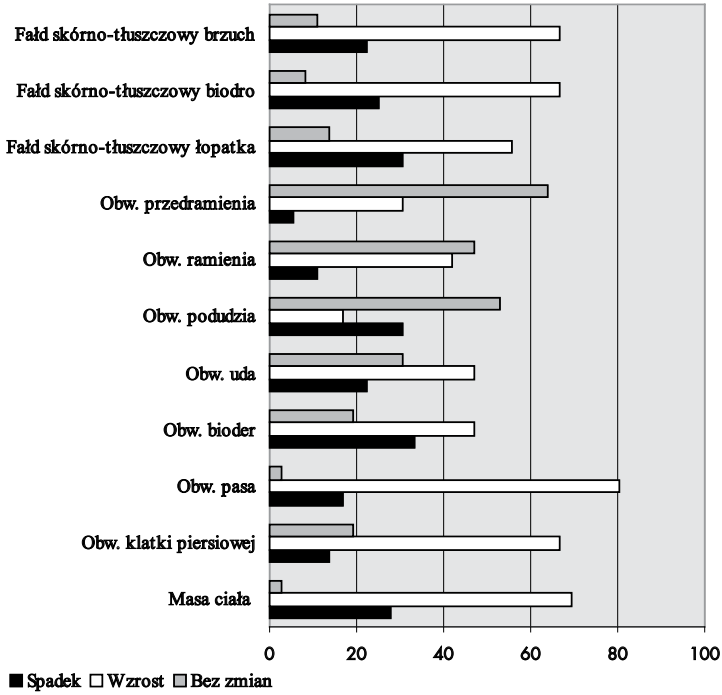
Ruch w połączeniu z muzyką, a w szczególności tańce o charakterze zabawowo-relaksującym stanowią istotny czynnik o rozwoju estetycznym, fizycznym i umysłowym. Osoby uczestniczące w zabawach taneczno-ruchowych czują się znacznie lepiej i są bardziej aktywne. Zajęcia te zapewniają dobry humor, kształtują umysł i rozwijają wyobraźnie.

W ostatnim czasie taniec towarzyski stał się coraz popularniejszą formą aktywności fizycznej naszego społeczeństwa. Jak grzyby po deszczu powstają nowe szkoły tańca, których parkiety zapełniają się młodymi ludźmi. Nauczanie tańca towarzyskiego winno zaczynać się już w szkole podstawowej, gdyż znane jest twierdzenie, że taniec towarzyski odgrywa ważną rolę w procesie wychowania człowieka zwłaszcza dzieci i młodzieży. Opanowanie tańców związane jest z określonym treningiem ciała. Zajęcia takie dają duże obciążenie sportowo-fizyczne, rozwijają proporcjonalnie figurę, wypracowują ładną postawę i przysparzają człowiekowi elegancji. Nie należy zapominać również o tym, że ucząc tańców towarzyskich uczymy równocześnie dzieci i młodzież pewnych form zachowania się, które stają się nieodłączne w życiu codziennym i świadczą o kulturze osobistej (sposób proszenia do tańca, podziękowanie, odprowadzenie partnerki na miejsce itp.).

W dzisiejszych czasach, gdy mówi się coraz więcej o obniżającej się sprawności fizycznej dzieci i młodzieży, sztuką jest zaproponowanie takiej lekcji, aby uczniowie – nawet ci leniwi, uczestniczyli w niej chętnie. Wprowadzenie nowoczesnych form ruchowych przy muzyce zwiększy atrakcyjność, a tym samym efektywność lekcji wychowania fizycznego. Zajęcia takie muszą być jednak dokładnie przemyślane,



Ryc. 2. Zmiany wielkości mierzonych parametrów - grupa eksperymentalna.



Ryc. 3. Zmiany wielkości mierzonych parametrów - grupa porównawcza.

aby przygotowana choreografia nie była zbyt skomplikowana, a nauczanie poszczególnych kroków i łączenie ich z pracą ramion nie sprawiało większych problemów. Bardzo ważnym elementem lekcji fitness jest prawidłowo dobrana muzyka, która będzie stanowiła atrakcję i miała wpływ motywacyjny. Ale lekcja fitness to nie tylko taneczne kroki w rytm muzyki. To również ogromna gama ćwiczeń wzmacniających z użyciem przyboru (taśmy gumowe, hantle, tubingi, piłki), lub bez jego użycia [Szot 2002]. Dodatkowym atrybutem tego typu lekcji jest również i to, że może być przeprowadzona w różnych warunkach, a więc nie tylko na sali gimnastycznej, ale także na szkolnym korytarzu czy na boisku (plenerze). Zajęcia takie odbywają się w rytm odpowiednio dobranej muzyki, lub muzyka może stanowić tylko tło przy ich wykonywaniu. Tego typu lekcje z ćwiczeniami wzmacniającymi w części głównej mogą być z powodzeniem prowadzone również z chłopcami. Włączając zajęcia fitness do programu nauczania wychowania fizycznego, dzieci i młodzież osiągają korzyści nie tylko dla samych siebie, ale także dla innych dyscyplin sportowych. Dzięki systema-

tycznie wykonywanym ćwiczeniom aerobowym zwiększa się wydolność organizmu a co za tym idzie następuje poprawa „kondycji", która jest niezbędna w wielu dyscyplinach sportu. Ćwiczenia wzmacniające wykonywane w odpowiednich pozycjach wyjściowych wzmacniają gorset mięśniowy, przez co korygują sylwetkę i zapobiegają powstawaniu wad postawy. Umiejętne łączenie pracy ramion i nóg przy nauczaniu choreografii i wielokrotne powtarzanie sekwencji ruchowych powoduje zwiększenie koordynacji ruchowej oraz koncentracji, co jest również niezbędne przy nauczaniu niektórych gier zespołowych czy lekkiej atletyki. Ćwiczeni rozluźniające, relaksacyjne, które stosuje się w części końcowej zajęć fitness, uczą dzieci i młodzież prawidłowego oddechu, rozluźnienia i rozciągnięcia odpowiednich grup mięśniowych, wzmacniają stabilizację stawową, wyrabiają nawyk prawidłowej postawy. Najważniejszym jest jednak to, że zajęcia z nowoczesnych form ruchowych dają dziewczętom wiele satysfakcji. Kształtują poczucie rytmu i estetykę ruchu. Dobrze przygotowana i poprowadzona lekcja wydobywa z uczniów wiele energii i zmusza do dużego wysiłku takiego, który nie „wyzwala się" w trakcie innych zajęć wychowania fizycznego.

Ruch w połączeniu z muzyką wpływa wszechstronnie na rozwój młodego człowieka. Wydaje się, że najistotniejszym argumentem zachęcającym dziewczęta do uprawiania tej formy aktywności ruchowej, jest ich wpływ na kształtowanie się sylwetki. Tytułem eksperymentu w liceum w Bodzentynie, w dwóch losowo wybranych klasach (38 osób) wprowadzono w ramach godzin wychowania fizycznego, ćwiczenia muzyczno-ruchowe (tańce towarzyskie i elementy z fitness). W pozostałych klasach (36 osób) realizowano zajęcia zgodnie z programem. Eksperyment trwał 6 tygodni. Przed jego rozpoczęciem i bezpośrednio po jego zakończeniu u wszystkich ćwiczących dokonano pomiaru wybranych cech morfologicznych. Uzyskane wyniki przestawiono na poniższych rycinach (Ryc. 2, Ryc. 3).

Wyniki przeprowadzonego eksperymentu wykazały, że ćwiczenia ruchowe przy muzyce, wpływają na sylwetkę ćwiczących. We wszystkich badanych parametrach w grupie eksperymentalnej, nastąpił spadek ich wartości. Najbardziej widoczne jest to w obwodzie uda (blisko 88% ćwiczących), bioder i ramienia (79%). We wszystkich pozostałych parametrach obniżenie ich wartości wystąpiło u przeszło połowy badanych. W grupie porównawczej spadek wielkości badanych cech nastąpił średnio u 22% ćwiczących, natomiast ich wzrost wystąpił średnio, u co drugiej uczennicy.

Ruch w połączeniu z muzyką i rytmem tworzy pewne zjawisko, które nazywamy tańcem. Daje ono wiele pozytywnych przeżyć, które nauczyciel może w umiejętny sposób wykorzystać do realizacji celów i zadań wychowania fizycznego. Taniec i fitness to formy aktywności, które mogą stać się sposobem na spędzanie czasu wolnego przez dorastającą młodzież i jednocześnie pozwalają wyrobić w niej nawyk aktywnego i zdrowego stylu życia.

„O człowieku, ucz się tańczyć,
a jeśli nie, to aniołowie w niebie
nie będą wiedzieli, co z tobą począć"
(przypisywane Augustynowi z Hippony)

a więc nie bójmy się tańczyć.

Literatura

1. Bednarzowa B., Młodzikowska M., 1978, „Taniec, rytm ruch, muzyka", Wydawnictwo Sport i Turystyka, Warszawa.
2. Bubka Z., Bubka J., 2001, „Ćwiczenia muzyczno-ruchowe w realizacji programu nauczania wychowania fizycznego w szkołach" (w:) Ruch, muzyka i taniec jako element kultury i edukacji. Red. Siedlecka B., Biliński W., AWF Wrocław.
3. Karbowiak A., 1901, Wychowanie fizyczne Komisji Edukacji Narodowej w świetle historii pedagogiki, „Muzeum", Lwów.
4. Locke J., 1959, Myśli o wychowaniu, Ossolineum, Wrocław-Kraków.
5. Aerobik, 2002, Teoria, technika wykonania, metodyka nauczania, przepisy sędziowania. Pod red. Szota Z., AWF Gdańsk.

Alicja Romanowska
Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego w Olsztynie

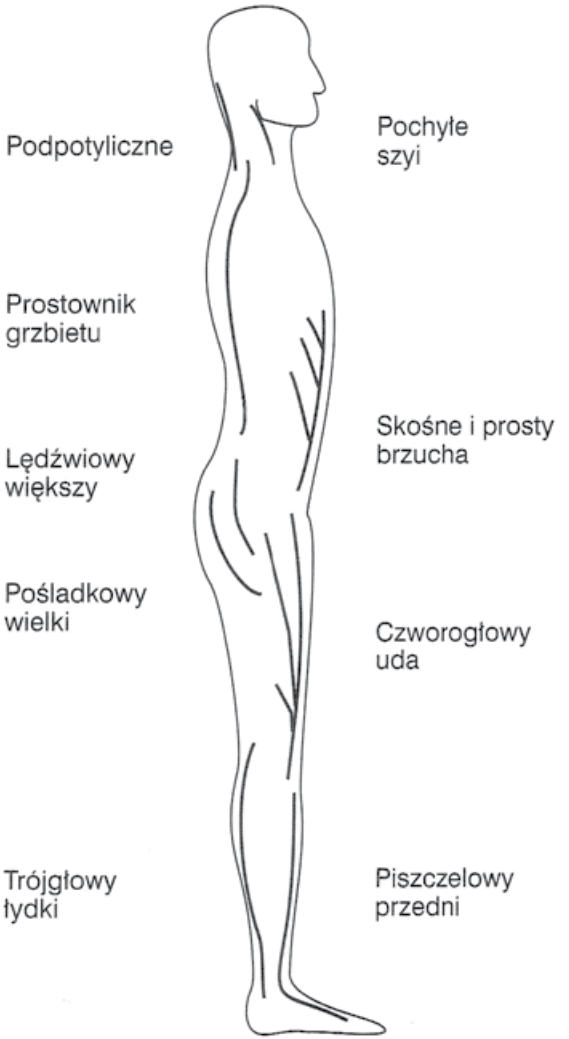
Świadomość nauczyciela w doborze prób sprawnościowych do analizy postawy ciała

„Aby poznać samego siebie,
trzeba się wystawiać na próby"
Seneka

Współczesny nauczyciel wychowania fizycznego oraz prowadzący gimnastykę korekcyjną, ma potrzebę i, przede wszystkim obowiązek, uaktualniania swojej wiedzy z zakresu przedmiotów kierunkowych. Dorobek interdyscyplinarnych nauk związanych z charakterem wykonywanego przez nich zawodu narzuca każdemu nauczycielowi uwzględnienie aktualności teoretycznych i praktycznych przesłanek i wychowania fizycznego i gimnastyki korekcyjnej. W znaczącym stopniu temu przesłaniu służy szeroka gama fachowej literatury, kierowanej do środowiska wychowawczego dziecka, lecz nie zawsze dla niego dostępnej. W ciągu ostatnich dwudziestu lat badania naukowe dostarczyły wiele informacji z zakresu diagnozowania sprawności i wydolności fizycznej ucznia oraz na temat analizy jego postawy ciała. Znowelizowanie wiedzy jest tym bardziej istotne, że zarówno kultura fizyczna, medycyna, fizjoterapia, rehabilitacja czy sama gimnastyka korekcyjna wzbogaciły się o wiele nowych środków i metod służących temu zagadnieniu. Warto również zauważyć, iż próby stosowane w analizie postawy ciała oraz w ocenie stopnia zdrowotnej sprawności fizycznej dziewcząt i chłopców, stanowiące istotny materiał poznawczy, co pewien czas powinny podlegać weryfikacji.

Podstawą niniejszego opracowania jest stwierdzony brak aktualnej wiedzy i świadomości nauczycieli wychowania fizycznego i gimnastyki korekcyjnej w zakresie doboru prób sprawnościowych do analizy postawy ciała.

Każda dziedzina dysponuje właściwymi oraz specyficznymi dla niej metodami diagnostycznymi. W gimnastyce korekcyjnej oraz w wychowaniu fizycznym konieczna jest między innymi ocena siłowej wytrzymałości mięśni posturalnych (zob-



Rycina 1.
Ważniejsze zespoły mięśni posturalnych zaangażowanych w utrzymywanie postawy pionowej.

razowanych na rycinie 1) oraz szczegółowe badanie ruchomości kręgosłupa. Piszę „między innymi" ponieważ testów stosowanych w diagnostyce postawy ciała jest znaczna ilość i obejmuje pełną gamę metod pomiaru zakresu ruchów w stawach oraz przykurczy poszczególnych grup mięśniowych.

Chciałabym się skupić na tych próbach, których dobrany sposób przeprowadzenia budzi kontrowersje. Decydujący wpływ na postawę ciała mają mięśnie brzucha, grzbietu i pośladków. Siła tych mięśni odgrywa ważną rolę w krótkotrwałym utrzymaniu prawidłowej postawy ciała. Zdaniem wielu autorów „istotniejszą od czystej siły mięśniowej jest wytrzymałość mięśni odpowiedzialnych za długotrwałe utrzymywanie postawy ciała w różnych warunkach dnia codziennego" [Niesłuchowski 1994, Nowotny i Saulicz 1998, Kaszuba 2003]. Dla celów diagnostycznych postawy ciała ważna jest więc ocena siłowej wytrzymałości mięśni posturalnych, stąd proponowany czas przebiegu wybranych prób – to jedna minuta.

Moim zamierzeniem jest przegląd wybranych prób stosowanych w diagnostyce postawy ciała na podstawie analizy literatury oraz własnej wiedzy i doświadczenia. Każdy zobrazowany test został omówiony krok po kroku, począwszy od ułożenia i pozycji badanego, oraz zaopatrzony rysunkami, które ilustrują sposób badania. Każdorazowo przedstawiona została interpretacja testu oraz niezbędne uwagi dotyczące jego przeprowadzenia.

Pomiar siłowej wytrzymałości mięśni brzucha

Badanie siłowej wytrzymałości mięśni posturalnych – to jeden z elementów ortopedycznych metod oceny postawy ciała, stosowany w celu wykrycia etiologicznego czynnika zaburzeń postawy. Siłowa wytrzymałość tych mięśni jest przejawem efektywności istotnych składników gorsetu mięśniowego.

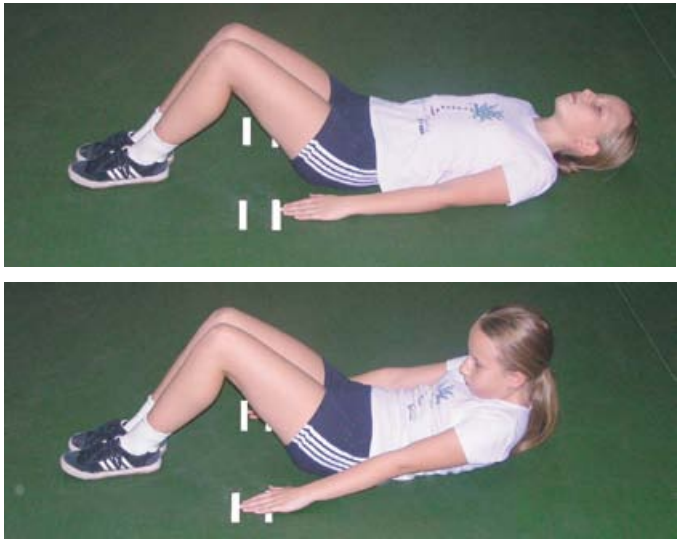
Od wielu lat mięśnie brzucha testuje się za pomocą liczby przejść z leżenia tyłem (z nogami ustalonymi) do siadu, z zachowaniem pełnej korekcji. Powszechnie znane są różne odmiany tej próby, tj. z różnorodnym ułożeniem rąk, z nogami wyprostowanymi lub zgiętymi w stawach biodrowych i kolanowych, czy tzw. „brzuszki". Wszystkie jednak rodzaje prób łączą błędne „siady z leżenia". Odpowiedź – dlaczego „błędne" – można znaleźć w analizie przyczepów tych mięśni. Znaczna część tej grupy mięśni – prosty brzucha – biegnie od mostka i chrząstek żebrowych V-VIII (przyczep początkowy) do gałęzi kości łonowej i spojenia łonowego (przyczep końcowy). Oba przyczepy tego mięśnia znajdują się więc w obrębie tułowia. Podczas „siadów z leżenia" tylko w początkowym momencie następuje napięcie tych mięśni, mięśnie brzucha nie są przyczepione do nóg. Zmiana ułożenia tułowia w stosunku do kończyn dolnych (czyli „siad"), to intensywna praca zginaczy stawu biodrowego (mięśni biodrowo-lędźwiowych i prostego uda) [Owczarek 2000]. Napięcie tych grup mięśni natomiast zwiększa przodopochylenie miednicy, a przez to powiększa lordozę lędźwiową. W założeniu słuszne pod względem postępowania korekcyjnego działanie – mające wzmocnić mięśnie brzucha, w „siadach z leżenia" powoduje przeciwny efekt – przykurcz zginaczy stawu biodrowego. Stosowana więc od lat próba oceny mięśni brzucha, czyli „siady z leżenia", jest w rzeczywistości próbą oceny zginaczy stawu biodrowego i w minimalnej części mięśni brzucha.

Własne badania nad zależnością pomiędzy siłową wytrzymałością zginaczy stawu biodrowego i mięśni brzucha (mierzoną w siadach z leżenia) a reakcją kręgosłupa na obciążenie zewnętrzne potwierdziły intensywną pracę zginaczy stawu biodrowego w tej próbie. Istotność statystyczna wartości i kierunku współczynnika korelacji świadczyła o pewnym zjawisku – wraz ze wzrostem siłowej wytrzymałości zginaczy stawu biodrowego zwiększało się nachylenie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Gdyby zastosowana próba była miernikiem siłowej wytrzymałości mięśni brzucha, to wraz ze wzrostem siłowej wytrzymałości mięśni brzucha zmniejszałoby się nachylenie odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Potwierdza to błędne stosowanie próby „siadów z leżenia" celem oceny mięśni brzucha.

Przy testowaniu brzusznego umięśnienia racjonalnie i celowo jest wykorzystać metodę dopracowaną przez Fałkniera w 1988r. [za Kaszubą 2003].

Kanadyjski test do określenia siłowej wytrzymałości mięśni brzucha.

Pozycja wyjściowa – Leżenie tyłem, nogi zgięte w stawach biodrowych i kolanowych (kolana tworzą kąt 90°), ręce wyciągnięte dłońmi w dół, palce dotykają brzegu znacznika-taśmy rozłożonej prostopadle do ciała z obu stron na podłożu (ryc. 2a). Dwa dodatkowe znaczniki-taśmy rozmieszczone są równolegle do pierwszych w odległości od 8 do 12cm. Dla badanych do 45 roku życia odległość między znacznikami powinna wynosić 12cm. Badanym starszym od 45 lat poleca się wykonywać próbę na odległości 8cm.



Rycina 2.
Kanadyjski test do określenia siłowej wytrzymałości mięśni brzucha:
a - pozycja wyjściowa, b – wykonanie
(Zdjęcia – Dariusz Kosobucki).

Wykonanie – Unoszenie tułowia z jednoczesnym ślizganiem się palców wzdłuż podłoża do momentu dotknięcia nimi drugich znaczników (ryc. 2b), powrót do pozycji wyjściowej do tego momentu, gdy tylna część głowy dotknie rąk prowadzącego test.

Interpretacja – Przy unoszeniu tułowia w górę na początku zauważa się „prostowanie" odcinka lędźwiowego z następnym powolnym „zginaniem w górę" górnej części pleców (grzbietu) poprzez napięcie mięśni brzucha. W próbie tej podczas wykonywania ruchu z pracy wyłączone są zginacze stawu biodrowego.

Uwagi – Ruchy (ćwiczenie) powinny być wykonywane dokładnie, bez przystanków i pod nieustanną kontrolą instruktora.

Miarą siłowej wytrzymałości tej grupy mięśni jest liczba powtórzeń tego zadania w czasie 1 minuty (Tab. I).

Tabela I
Normy wykonania testu „częściowe zginanie w górę", wg danych Fałkniera i innych (za Kaszubą 2003).

Ocena	Ilość powtórzeń					
	Mężczyźni, wiek			Kobiety, wiek		
	<35	35-44	>45	<35	35-44	>45
Celująco	60	50	40	50	40	30
Dobrze	45	40	25	40	25	15
Zadowalająco	30	25	15	25	15	10
Źle	15	10	5	10	6	4

Przy ocenie siłowej wytrzymałości mięśni brzucha nie należy zapomnieć o kontroli dolnej części mięśni brzucha. Okazuje się jednak, że wykonywanie tradycyjnych ćwiczeń połączonych z różnymi wznosami nóg ma niewielkie działanie na tę część mięśni brzucha, natomiast ogromne – na wzmocnienie siły mięśni zginaczy stawu biodrowego, doprowadzając jednocześnie do powiększenia hiperlordozy. Chcę również zwrócić uwagę na fakt, że unoszenie wyprostowanych nóg obciąża znacznie odcinek lędźwiowy kręgosłupa powiększając jednocześnie i lordozę lędźwiową i skrzywienie kręgosłupa występujące w tej części. Stosowane więc do tej pory próby siłowej wytrzymałości mięśni brzucha części dolnej, polegające na unoszeniu kończyn dolnych – są również błędne.

W swojej praktyce zawodowej nauczyciela wychowania fizycznego i prowadzącego zajęcia korekcyjno-kompensacyjne zaczęłam stosować inne ćwiczenie, które uznałam za próbę siłowej wytrzymałości mięśni brzucha części dolnej. W próbie tej pomiarowi siłowej wytrzymałości mięśni brzucha części dolnej towarzyszy zminimalizowana praca zginaczy stawu biodrowego, ale nie powoduje ona ich przykurczu.

Zadanie ruchowe zastosowane w tej próbie zaczerpnięte zostało z propozycji ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha podanych przez Owczarka [2000].

Próba do określenia siłowej wytrzymałości mięśni brzucha części dolnej

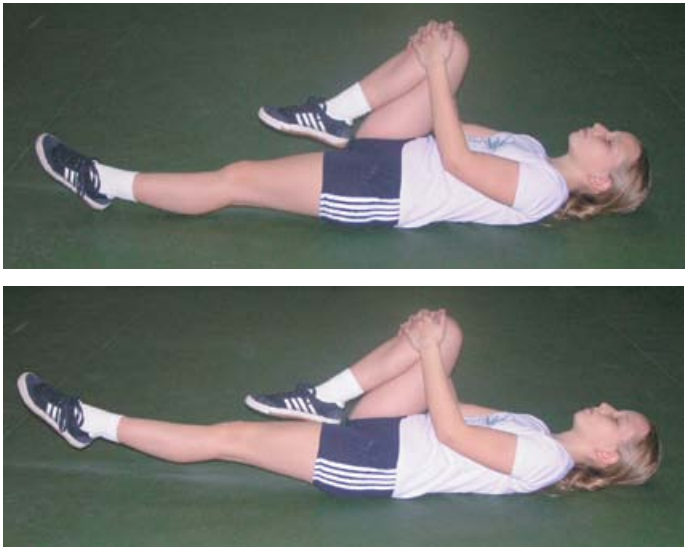
W próbie tej mięśnie zginacze stawu biodrowego pracują w oddaleniu przyczepów, co zabezpiecza ich przed przykurczem. Przed przystąpieniem do próby należy sprawdzić prawidłowe ułożenie ciała badanego. W przypadku asymetrycznego ułożenia, np. tułowia względem kończyn dolnych albo głowy względem tułowia, należy skorygować pozycję wyjściową. Ciało badanego winno być ułożone wzdłuż osi podłużnej ciała. Unikniemy w ten sposób negatywnego oddziaływania napięcia mięśniowego oraz pogłębiania asymetrii.

Pozycja wyjściowa – Leżenie tyłem, jedna noga zgięta w stawie kolanowym i biodrowym, przyciągnięta do klatki piersiowej, druga noga wyprostowana (ryc. 3a).

Wykonanie – Unoszenie nogi nisko nad podłoże, około 15-20 cm (ryc. 3b).

Interpretacja – W próbie tej noga zgięta stabilizuje miednicę i odcinek lędźwiowy kręgosłupa ustawiając je w korekcyjnej pozycji. Uniesienie drugiej nogi nad podłoże angażuje do pracy mięśnie brzucha. Pracujące mięśnie zginacze stawu biodrowego po stronie wyprostowanej nogi ustawione są w oddaleniu przyczepów, co zabezpiecza ich przed przykurczem.

Miarą siłowej wytrzymałości mięśni brzucha części dolnej jest liczba unoszenia nogi wyprostowanej nad podłoże w ciągu jednej minuty.



Rycina 3.
Próba do określenia siłowej wytrzymałości mięśni brzucha:
a - pozycja wyjściowa, b – wykonanie
(Zdjęcia – Dariusz Kosobucki).

Pomiar siłowej wytrzymałości mięśni grzbietu

Dużo niepewności i polemiki wymagają również proponowane do tej pory próby siłowej wytrzymałości mięśni grzbietu. Stosowane w diagnostyce wad postawy ciała unoszenie tułowia w leżeniu przodem na kozetce (stole lub ławeczce gimnastycznej), celem oceny siły mięśni grzbietu, okazuje się być pomiarem szczególnie mięśni odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Występujący ból w tej części kręgosłupa, podczas wykonywania próby przez każdego badanego czy ćwiczącego, potwierdza silne napięcie prostownika grzbietu odcinka lędźwiowego. Niezależnie od tego, czy badany unosi tułów do poziomu kozetki, czy próba polega na przeproście tułowia z pozycji leżenia przodem, to najbardziej obciążony jest odcinek lędźwiowy kręgosłupa. Gdyby więc celem diagnozy była ocena siły czy wytrzymałości tej części mięśni grzbietu, to próby te można byłoby uznać za celowe i zasadne. Jednak w przypadku oceny siły i wytrzymałości mięśni grzbietu odcinka piersiowego próby te należałoby uznać za błędne. Bowiem, to siłowa wytrzymałość mięśni grzbietu odcinka piersiowego jest szczególnie istotna w utrzymaniu pionowej pozycji górnej części tułowia. Przy obecnym, niestety sedenteryjnym trybie życia naszych dzieci (siedzenie w ławkach, przy komputerze, przed telewizorem), przy dźwiganiu przeciążonych tornistrów, siła mięśni grzbietu odcinka piersiowego ma „decyzyjne" znaczenie profilaktyczne i korekcyjne dla utrzymania prawidłowej postawy ciała.

Świadomość powyższych spostrzeżeń i wieloletnia praktyka nauczyciela wychowania fizycznego prowadzącego zajęcia korekcyjne zmusiła mnie do poszukiwań testów oceniających siłową wytrzymałość mięśni grzbietu odcinka piersiowego z wyłączeniem odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Poniżej przedstawiam propozycję własną próby pomiaru siłowej wytrzymałości mięśni grzbietu odcinka piersiowego.

Próba „unoszenie skrzydełek" do oceny siłowej wytrzymałości mięśni grzbietu (propozycja własna)

Przed przystąpieniem do próby należy skorygować ułożenie ciała badanego (j.w.).

Pozycja wyjściowa – Leżenie przodem, pod brzuchem w odcinku lędźwiowym zrolowany kocyk, ręce ułożone w „skrzydełka", łokcie zbliżone do tułowia, przedramiona i dłonie na podłożu (przedramiona ułożone równolegle do tułowia), klatka przylega do podłoża, głowa w przedłużeniu tułowia zbliżona do podłoża, wzrok skierowany w podłogę (ryc. 4a).

Wykonanie – Unoszenie barków i „skrzydełek" nad podłoże z jednoczesnym ściągnięciem łopatek, powrót do pozycji wyjściowej (ryc. 4b). Badanym w wieku szkolnym (do klasy VI szkoły podstawowej włącznie) zalecam unoszenie „skrzydełek" na wysokość 10 cm., starszym – 15cm.

Interpretacja – Poprzez ułożenie kocyka pod brzuch podczas próby uzyskujemy prawidłowe antylordotyczne zabezpieczenie odcinka lędźwiowego. Unoszenie „skrzydełek" z jednoczesnym ściągnięciem łopatek w opisanej pozycji angażuje w szczególności mięśnie: czworoboczny grzbietu, równoległoboczny, dźwigacz łopatki oraz mięśnie zębate tylne. Utrzymanie natomiast pozycji w leżeniu przodem z uniesioną głową i barkami nad podłoże aktywuje również prostownik grzbietu, szczególnie odcinka szyjnego i piersiowego. Ćwiczenie w tej próbie nie obciąża

odcinka lędźwiowego, tym samym nie powodując pogłębiania lordozy lędźwiowej ani powiększania skrzywienia bocznego w tej części kręgosłupa.

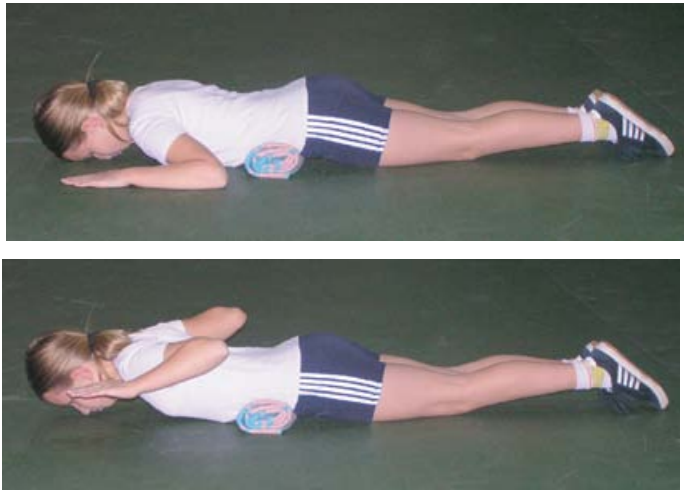
Uwagi – Ruchy (ćwiczenie) powinny być wykonywane dokładnie, bez przerw i pod nieustanną kontrolą instruktora. Należy egzekwować unoszenie i powrót do pozycji wyjściowej całych przedramion (dzieci ułatwiają sobie zadanie dotykając przy powrocie do pozycji wyjściowej tylko dłoni, co jest nieprawidłowe).

Miarą siłowej wytrzymałości tej grupy mięśniowej jest liczba unoszenia „skrzydełek" w ciągu 1 minuty.

Próba „zwis na ugiętych rękach" do określenia siły i siłowej wytrzymałości mięśni grzbietu i mięśni obręczy barkowej (propozycja własna).

Inną propozycją pomiaru siłowej wytrzymałości mięśni grzbietu odcinka piersiowego jest zwis na ugiętych rękach. Ćwiczenie to wymaga również znacznego udziału mięśni kończyn górnych oraz wspomagania poprzez unoszenie nóg do pozycji „krzesełka" (zgięcia nóg w stawach biodrowych i kolanowych). Sam zwis, zwłaszcza bierny, wykonywany na wyprostowanych rękach, jest dyskusyjną pozycją wyjściową. W opisanej poniżej próbie, zwis na drabinkach wykonywany jest na ugiętych rękach. Takie ułożenie rąk wymusza wzmacnianie mięśni grzbietu odcinka piersiowego, mięśni ściągających łopatki, a unoszenie nóg do pozycji „krzesełka" odciąża odcinek lędźwiowy kręgosłupa, zmniejszając tym właściwości lordozujące takiego zwisu.

Pozycja wyjściowa – Stanie tyłem do drabinek, chwyt rękoma za szczebel drabinki na wysokości głowy, łokcie zgięte pod kątem 90° (ryc. 5a).



Rycina 4.
Próba „unoszenia skrzydełek" do oceny siłowej wytrzymałości mięśni grzbietu odcinka piersiowego:
a – pozycja wyjściowa, b – wykonanie (propozycja własna).
(Zdjęcia – Dariusz Kosobucki).

Rycina 5.
Próba „zwisu na ugiętych rękach" do oceny siły i siłowej wytrzymałości mięśni grzbietu odcinka piersiowego kręgosłupa oraz mięśni obręczy barkowej:
a – pozycja wyjściowa, b – wykonanie (propozycja własna).
(Zdjęcia – Dariusz Kosobucki).

Wykonanie – Zwis na ugiętych rękach z jednoczesnym unoszeniem nóg do pozycji „krzesełek" (ryc. 5b). Wytrzymanie jak najdłużej w tej pozycji.

Interpretacja – Już przyjęta pozycja wyjściowa z rękoma zgiętymi w stawach łokciowych jest pozycją korygującą, wzmacniającą odcinek piersiowy, ściągającą łopatki. Zwis na ugiętych rękach jest miarą siły mięśni grzbietu odcinka piersiowego oraz mięśni obręczy barkowej, natomiast utrzymanie się w zwisie – miarą siłowej wytrzymałości tych grup mięśni. Im dłuższy czas utrzymania się w zwisie, tym większa siłowa wytrzymałość mięśni grzbietu i mięśni obręczy barkowej.

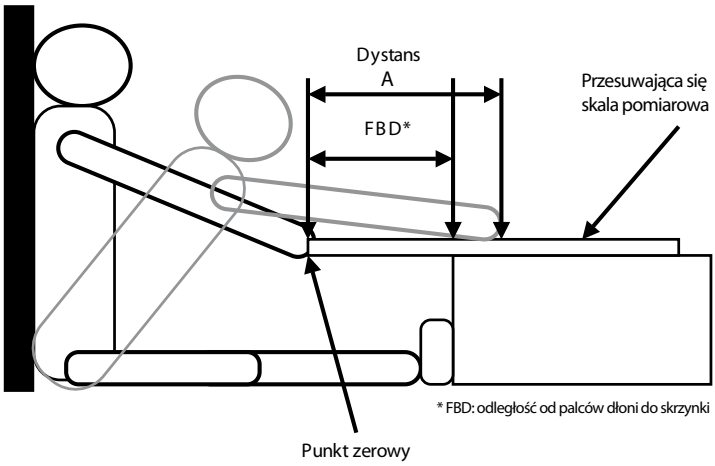
Podane próby siłowej wytrzymałości wybranych grup mięśni pozwolą na rzetelną ocenę stopnia wytrenowania mięśni posturalnych, ważnych z punktu widzenia utrzymywania pionowej pozycji ciała.

Pomiar gibkości

Kolejnym etapem diagnostycznym jest pomiar gibkości. Gibkość wyraża się zakresem ruchu w pojedyńczym lub kilku stawach. Jest również określana jako zdolność jednego lub kilku stawów do płynnego ruchu w pełnym zakresie. Zakres tego ruchu natomiast zależy nie tylko od budowy i kształtu powierzchni stawowych, ale także od długości i elastyczności ścięgien, więzadeł i mięśni antagonistycznych zaangażowanych w danym akcie ruchowym. Badania antefleksji kręgosłupa w ostatnich latach potwierdzają znaczenie odpowiedniej ruchomości kręgosłupa dla profilaktyki i korekcji kształtującej się postawy ciała.

Gibkość można potraktować także jako jedną ze składowych sprawności fizycznej, jest częścią Indeksu Sprawności Fizycznej Zuchory, baterii testów TKKF oraz Międzynarodowego Testu Sprawności Fizycznej. Popularnie stosowany pomiar gibkości poprzez skłon tułowia w przód (ocena głębokości skłonu) okazuje się próbą nie uwzględniającą czynnika proporcji ciała. Skłon tułowia w przód, bez uwzględnienia długości kończyn górnych i dolnych, nie pozwala na nieobarczony błędem pomiar gibkości. Zdaniem Szopy i innych wyeliminowanie z pomiaru gibkości proporcji ciała (długości tułowia, długości kończyn górnych i dolnych) diametralnie zmienia przebieg jej zmienności w ontogenezie, jak również wielkość dymorfizmu płciowego.

Do określenia poziomu gibkości dolnej części pleców i ścięgien podkolanowych Hopkins i Hoeger w 1992 r. [za Kaszubą 2003] proponują wykorzystanie testu „siąść i dosięgnąć". Autorzy przedstawili zmodyfikowany wariant własnego testu, usuwający wpływ niedostatecznej ruchliwości obręczy barkowej i proporcjonalnych różnic między długością kończyn dolnych i górnych.



Rycina 6.
Test „siąść i dosięgnąć" do oceny poziomu gibkości.

Test „siąść i dosięgnąć" do oceny poziomu gibkości (propozycja Hopkinsa i Hoegera)

Do przeprowadzenia testu niezbędny jest przyrząd – skrzynka z ruchomą skalą pomiarową. Jak widać na rycynie 6 dla każdego badanego ustala się punkt zerowy, w miejscu zetknięcia się palców dłoni ze skalą pomiarową, rozłożoną proporcjonalnie do różniących się długości kończyn dolnych i górnych.

Pozycja wyjściowa – Siad prosty przy ścianie, z maksymalnym zbliżeniem lędźwi do ściany. Do stóp dosunięta skrzynka z ruchomą pomiarową skalą. Przy wyprostowanym tułowiu ręce badanego są wyciągnięte w przód na wysokość skrzynki. Do palców dłoni dosunięta jest skala pomiarowa, gdzie wyznaczony jest punkt zerowy.

Wykonanie – Głęboki skłon w przód z ruchem dosiężnym dłoni na skali. Podczas próby nogi są cały czas wyprostowane w kolanach.

Interpretacja – miarą gibkości jest „Dystans A", czyli odległość między punktem zerowym, a punktem dosiężnym dłoni.

Pomiar ruchomości kręgosłupa

Niezmiennym jest fakt, że kręgosłup wykazuje różną ruchomość w poszczególnych odcinkach. Największa jest w odcinku szyjnym i lędźwiowym. Niezbędnym okazuje się więc określenie ruchomości poszczególnych odcinków kręgosłupa. Najbardziej popularnymi testami w tym zakresie są: Test Otta i Schobera [Buckup 2002]. O ile test gibkości „siąść i dosięgnąć" jest próbą możliwą do wykonania w każdych warunkach szkolnych, o tyle przeprowadzenie Testów Otta i Schobera może być niemożliwe, zwłaszcza na lekcji wychowania fizycznego. Przyczyna jest oczywista i tkwi w odpowiednim przygotowaniu się badanego. Do celów diagnostycznych oraz kontroli efektów korekcji postawy ciała badanie ruchomości poszczególnych odcinków kręgosłupa jest konieczne. Poniżej przypominam Test Otta i Schobera określające sztywność kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym.

Test Otta

Polega na obserwacji oddalania się wyrostków kolczystych w odcinku piersiowym kręgosłupa.

Pozycja wyjściowa – Badany w pozycji stojącej. Na plecach badanego zaznaczamy wyrostek kolczysty Th1 i Th12 oraz dokonujemy pomiaru odległości tych punktów.

Wykonanie – Badany wykonuje zgięcie tułowia (skłon w przód o nogach prostych). Dokonujemy pomiaru odległości zaznaczonych punktów w skłonie.

Interpretacja – W skłonie fizjologicznie odstęp zwiększa się o 2-4 cm. W sztywności odcinka piersiowego odległość ta zmienia się w niewielkim stopniu. W sytuacji zagrożenia skoliozą pojawia się usztywnienie odcinka Th7-Th12, czasami zanik fizjologicznej kifozy na rzecz kilustopniowej lordozy oraz zanik wyrostków kolczystych.

Test Schobera

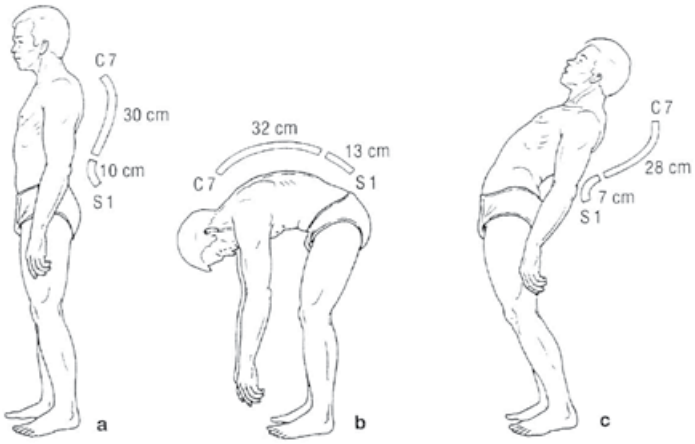
Polega na obserwacji oddalania się wyrostków kolczystych w odcinku lędźwiowym kręgosłupa.

Pozycja wyjściowa – Badany w pozycji stojącej. Na plecach badanego zaznaczamy wyrostek kolczysty L1 i L5 oraz dokonujemy pomiaru odległości tych punktów.

Wykonanie – Badany wykonuje zgięcie tułowia (skłon w przód o nogach prostych). Dokonujemy pomiaru odległości zaznaczonych punktów w skłonie.

Interpretacja – W skłonie fizjologicznie odstęp ten zwiększa się o 4-6 cm. W sztywności odcinka lędźwiowego odległość ta zmienia się w niewielkim stopniu.

W indywidualnych przypadkach budowy zwłaszcza otyłej, trudności wykonania testów wynikają z niemożności oznaczenia wyrostków kolczystych poszczególnych kręgów. Oba testy Schobera i Otta można przeprowadzić w innej formie.



Rycina 7.
Objaw Otta-Schobera:
a – postawa wyprostowana, b – pochylenie do przodu,
c – pochylenie do tyłu.

Pomiar ruchomości piersiowego odcinka kręgosłupa – Objaw Otta (ryc. 7)

Pozycja wyjściowa – Badany stoi. Oznacza się wyrostek rylcowaty kręgu C7 i punkt położony 30cm dystalnie (ryc. 7a).

Wykonanie – Skłon w przód, pomiar odległości między punktami (ryc. 7b). Przeprost, pomiar odległości (ryc. 7c).

Interpretacja – Odległość ta ulega zwiększeniu o 2-4 cm przy pochyleniu do przodu i zmniejszeniu o 1-2 cm przy maksymalnym przeproście.

Pomiar ruchomości lędźwiowego odcinka kręgosłupa – Objaw Schobera (ryc. 7)

Pozycja wyjściowa – Badany stoi. Oznacza się punkt nad wyrostkiem rylcowatym kręgu S1 oraz położony 10 cm w kierunku dogłowowym (ryc. 7a).

Wykonanie – Skłon w przód, pomiar odległości między punktami (ryc. 7b). Przeprost, pomiar odległości (ryc. 7c).

Interpretacja – Znaki na skórze rozchodzą się przy pochyleniu do przodu do około 15 cm i zbliżają przy maksymalnym przeproście do 8-9cm.

Piśmiennictwo

1. Buckup K., 2002, Testy kliniczne w badaniach kości, stawów i mięśni. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
2. Błaszczyk J.W., 2004, Biomechanika kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
3. Hoeger W.W, Hopkins DR., 1992, A comparison of the sit and reach and the modified sit and reach in the measurement of flexibility in women. Res Q Exerc Sport, 63:191-5.
4. Kaszuba B.A., 2003, Biomechanika osanki. Olimpijskaja Literatura, Kijów.
5. Niesłuchowski W. 1994, Kręgosłup klucz do zdrowia. Agencja Wydawnicza Comes, Katowice.
6. Nowotny J. i Saulicz E., 1998, Niektóre zaburzenia statyki ciała i ich korekcja. Wydawnictwo AWF, Katowice.
7. Owczarek S., 2000, Trudności w korygowaniu pleców wklęsłych wynikające z działania mięśnia biodrowo – lędźwiowego. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 1.
8. Strony internetowe: http://www.brianmac.demon.co.uk/sitreach.htm, http://www.topendsports.com/testing/tests/sit&reach.htm

Paweł Ławniczak
Uniwersytet Łódzki
Katedra Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego

Efektywność wychowania fizycznego w perspektywie krytycznej analizy procesu

Powszechne niezadowolenie ze szkolnego wychowania fizycznego, jego wszechstronna i wszechobecna krytyka z zachowaniem dogmatycznego uznania dla jego roli w rozwoju i procesie wychowania dziecka i młodego człowieka ma swoje źródło w obserwowanych efektach.

Dzięki niemu mieliśmy bowiem być zdrowsi, a jesteśmy jakby bardziej chorzy, mieliśmy być sprawniejsi a nie jesteśmy, co więcej wszystko wskazuje na to, że jesteśmy coraz słabsi, mniej odporni, sylwetki mamy coraz gorsze. Także i postawy wobec swojego ciała, jego potrzeb, jego sprawności, urody i zdrowia – postawy prosportowe, proaktywnościowe, prozdrowotne, wokół których tyle na przestrzeni ostatnich lat było dyskusji – nie dają podstaw do optymizmu. Łatwo jest wykazać, że jeżeli tutaj coś się zmieniło to na gorsze. Realne zainteresowania sportowe zastąpiły co najwyżej fascynacje rozgrywkami mistrzów. Aktywność ruchowa na świeżym powietrzu – w przypadku najmłodszych przegrała z komputerem (ta pierwsza stała się po prostu zbyt mało atrakcyjna, a i też mniej wygodna, bardziej kłopotliwa bo często niebezpieczna) – w przypadku młodzieży zaś – zastąpiona została aktywnością „barowo-pubową". Naturalny w przypadku młodych pęd do poznawania świata, przemieszczania się, spotykania się z innymi, zaspokajania naturalnej ciekawości – pozostał – z tym, że przyjął postać wielogodzinnych rajdów po ekranie komputera (tak jest taniej, szybciej więcej) i niekończących się rozmów tą sama drogą.

A przecież tyle się robiło i robi w tej materii; powstają sale gimnastyczne, kształceni są coraz lepsi nauczyciele – wychowawcy (czy aby na pewno?), powstają nowoczesne projekty i programy wychowawcze, prowadzone są pełną parą badania naukowe – i co? Zawód.

Zawód, który śledząc uważnie rzeczywistość ma wszelkie podstawy, skłania do ponownego przeanalizowania oczekiwań wobec szkolnego wychowania fizyczne-

go. W szczególności wobec stawianych przed tym przedmiotem szkolnym celów i możliwości, sposobów ich realizacji, uświadomienia sobie roli funkcji jaką pełni ten przedmiot szkolny.

Cele w wychowaniu to pewne założone skutki oddziaływań wychowawczych, pewne intencje wychowawcze, punkty wyznaczające kierunek pracy nauczyciela – z jednej strony, oraz element procesu kształcenia umożliwiający jego późniejszą ocenę i weryfikację – z drugiej [Kupisiewicz 2000].

Formułowanie celów w zakresie wychowania fizycznego posiada swoją długą historię wplecioną w powstanie i rozwój szkoły jako instytucji.

Rodowód wychowania fizycznego

Pierwowzorem wychowania fizycznego są ćwiczenia ruchowe w postaci zabaw i gier ruchowych, tańców i spacerów na świeżym powietrzu, które pojawiły się w szkole u początku jej formowania w kształcie jaki dziś znamy. Okres w którym to nastąpiło – wiek XVI i odradzanie się kultury antycznej, której motywem przewodnim był stosunek do ciała i jego potrzeb, w myśli pedagogicznej nawiązuje do koncepcji zrównoważonego rozwoju psychofizycznego wychowanka jako efektu równoległego inwestowania sferę fizyczną i duchową.

Na bazie tych zainteresowań dostrzeżono wówczas potrzeby rozwijającego się organizmu w zakresie różnorodności przejawów jego aktywności. Aktywność ta o czym wiemy dzisiaj i co zauważono wtedy ma w zdecydowanej mierze charakter fizyczny. Refleksja ta dała impuls do rozwoju systemów pedagogicznych i kształtowania się nowoczesnych poglądów na wychowanie, w których ćwiczeniom cielesnym przypisuje się rozległe funkcje w zakresie kształtowania pewnego solidnego fundamentu dla rozwoju intelektualnego i moralnego. Tak zaczyna się w historii wychowania fizycznego okres „wychowywania ciała" jako istotnego czynnika powodzenia życiowego i szczęścia. Tym torem podążą refleksje wielkich postaci pedagogiki XVII i XVIII wieku. John Locke (1632-1704) analizuje i objaśnia zagadnienie wychowania fizycznego od strony medyczno – higienicznej uzasadniając konieczność pedagogicznej interwencji w rozwój fizyczny dziecka. Akcentuje przy tym hartowanie jako podstawę zdrowia. Jean Jacques Rousseau (1712-1778) w swojej koncepcji wychowania naturalnego, wychowaniu fizycznemu wyznacza funkcje w zakresie kształtowania zmysłów oraz cech charakteru, ale także funkcje odnoszące się do przygotowania do pracy w zakresie rożnych rzemiosł i rękodzieł. Tworzenie fundamentu biologicznego dla edukacji jako motyw przewodni znajdzie się w pracach Jana Henryka Pestalozziego (1746-1827) [Wroczyński 1979].

Zarówno J.J. Rousseau jak i J. H. Pestalozzii widzą w edukacji fizycznej dzieci pierwszy krok wyrównywania szans społecznych i przygotowania do życia (przygotowanie do pracy, opanowanie konkretnych umiejętności i ukształtowanie niezbędnej do tego sprawności fizycznej). W obrębie fizycznej struktury i zdrowia widzą oni tę przestrzeń gdzie te nierówności społeczne w największym stopniu się uwidaczniają. Ten też obszar ich zdaniem powinien skupiać szczególną uwagę pedagogów jako tych, którym dobro dziecka leży na sercu.

Cele zajęć fizycznych wykraczają tym samym poza obszar biologii stając się częścią właściwego wychowania. Podejście to zostanie rozwinięte i zastosowane w praktyce a koncepcja wychowawczej mocy wysiłku fizycznego rozwinięta w tworzonych w tym okresie filantropiach (ośrodkach szkolno-wychowawczych dla biedoty), a stamtąd przeniknie do koncepcji niemieckiego systemu gimnastycznego, gdzie staje się fundamentem myśli i praktyki wychowania młodzieży niemieckiej. Równolegle funkcjonuje z powodzeniem w elitarnych szkołach dla młodzieży zamożnej części społeczeństwa, arystokracji i burżuazji (Szkoła Rycerska, Liceum Krzemienieckie) będąc czynnikiem wyróżniającym to szkolnictwo, podkreślającym jego ekskluzywizm i nowoczesność podejścia do wychowania.

Także w tym czasie w krajach skandynawskich rozwija się i zdobywa olbrzymią popularność wybitnie biomedyczny kierunek w wychowaniu fizycznym. Jest to system gimnastyki szwedzkiej, który koncentruje się na profilaktyce zaburzeń rozwoju fizycznego, w tym na kształtowaniu prawidłowej postawy ciała jako fundamentu jego pozostałych cech.

System niemiecki ma nieporównanie większe aspiracje pedagogiczne, stawiając przed sobą zadania kształtowania charakteru, cech wolicjonalnych, prospołecznych (umiejętności podporządkowania własnych celów celom nadrzędnym, umiejętności współdziałania i współpracy w grupie), zachowań etycznych, prostoty, zdolności do poświęcenia itd. W ten sposób wychowanie fizyczne weszło w swoją kolejną fazę „wychowania przez ciało". Koncepcja ta do dziś dnia funkcjonująca w świadomości wielu wuefistów opiera się na przekonaniu o osobotwórczej mocy wysiłku fizycznego o odpowiednio dużej objętości i natężeniu.

Obydwa te systemy – niemiecki i szwedzki – o tak różnych założeniach koncepcyjnych ostatecznie wprowadzą do szkoły przedmiot wychowanie fizyczne, które – i to trzeba podkreślić dla czytelności dyskusji nad celami tego przedmiotu – funkcjonuje pod nazwą gimnastyki w istocie odzwierciedlając zakres oddziaływań na organizm w ramach tych zajęć.

Efektywność wychowania fizycznego

Efektywność procesu dydaktycznego, a takim jest wychowanie fizyczne, to w najprostszym ujęciu stopień wykorzystania czasu przeznaczonego na ten proces, poziom realizacji przyjętych celów.

Cele kształcenia wyrastają z wartości uznawanych w społeczności, w której to kształcenie jest realizowane oraz związanych z tymi wartościami potrzeb. W przypadku wychowania fizycznego wartością tą jest ciało, a ściślej wartości skupione wokół ciała i odnoszące się do jego cech – zdrowia, sprawności, odporności, urody [Demel 1970, Strzyżewski 1996, Osiński 2002]. Wśród nich zdrowie jest wartością najmniej, na tle pozostałych dyskusyjną, czy wręcz – jak twierdzą niektórzy – uniwersalną. Na płaszczyźnie aksjologicznej nie ma tu istotnie większych kontrowersji, co innego gdy przejdziemy do formułowania celów nauczania i wychowania.

Problem z formułowaniem celów wychowania fizycznego wynika z faktu, że cele w tym obszarze kształcenia będąc w swej istocie zorientowane na ciało i jego przy-

mioty odnoszą się do sfery psychicznej, intelektualnej i duchowej. Dotyczą kształtowania sfery poznawczej i emocjonalnej w intencji cało życiowej troski o zdrowie [Demel, Zuchora 1975]. Takie, jeśli chodzi o obszar wychowania precyzowanie celów wychowania fizycznego funkcjonuje od niedawna (lata 60-te XX wieku). Od tego czasu mamy do czynienia w wychowaniu fizycznym z koncepcją wychowania do ciała (do wartości ciała).

O wiele czytelniejsze i tym samym lepiej ugruntowane w społecznej świadomości są cele odnoszące się do pomocy udzielanej dziecku, aby mogło wyrosnąć na zdrowego i sprawnego człowieka. Innymi słowy – pilnowania i wspomagania prawidłowego rozwoju biologicznego dziecka, korygowania ewentualnych odchyleń. Te jednak, choć podstawowe z punktu widzenia dobra i szczęścia dziecka – odnoszą się do sfery fizycznej i jako takie nie wchodzą w zakres obszaru wychowania. Stanowią domenę biologii a działania zorientowane na ich realizację – przez wielu określane właśnie jako wychowanie – zespół poczynań adaptacyjnych wobec organizmu i jego funkcji, biotechnologię (określenie Pawłuckiego).

O ile samo sformułowanie celów nastręcza już tyle trudności (z pewnością nie jest tak proste i oczywiste jak w przypadku innych przedmiotów – matematyki, języka polskiego, biologii), o tyle nieporównanie większym problemem jest transmisja tej wiedzy do szerokiej świadomości społecznej. O tym jak istotny i zarazem złożony to problem świadczy powszechny brak wiedzy na ten temat przekładający się na brak uznania dla znaczenia wychowania fizycznego, wręcz podważanie sensu istnienia takiego przedmiotu w szkole.

Jednak najpoważniejszy problem stanowi pomiar (a raczej niemożność pomiaru) stopnia realizacji założonych celów. Sama natura celów wychowania fizycznego, ich złożoność ontyczna składa się w zasadniczej mierze na podstawowy problem wychowania fizycznego jakim jest mierzenie jego efektywności [Ławniczak 2003].

Jeżeli przyjmiemy, że miarą efektywności szkolnego wychowania fizycznego jest trwałość zmian wywołanych w parametrach somatycznych, morfologicznych, zdrowotnych oraz zmian w sferze postaw i nawyków wobec ciała i jego potrzeb, to natychmiast napotykamy na problem możliwości oceny.

W rzeczywistości, bowiem nie potrafimy precyzyjnie oceniać (mierzyć) zmian, jakie zachodzą pod wpływem jakiegokolwiek świadomego i celowego oddziaływania wychowawczego w zakresie: przekonań, postaw, stosunku do świata, hierarchii wartości czy celu życia. Podejmowane próby mierzenia postaw prozdrowotnych (badania takie prowadzone były pod kierownictwem prof. dr hab. Zofii Żukowskiej w latach 90-tych) dają nieodmiennie negatywny obraz tych postaw w badanych grupach społecznych, wskazując jednocześnie na ich niejednorodność – negatywna komponenta behawioralna przy pozytywnych poznawczej i emocjonalnej.

Co się tyczy trwałości zmian w sferze fizycznej to należałoby się odwołać do dyskusji nad przebiegiem naturalnych procesów rozwoju i inwolucji. Nikt na dobrą sprawę nie jest w stanie przedstawić przekonujących wyników badań, jednoznacznie pozytywnej i mierzalnej zależności sprawności fizycznej od wychowania fizycznego, takiego jakim jest. Innymi słowy nie ma dowodów na to, że gdyby tego wychowania nie było młodzież byłaby mniej zdrowa, mniej sprawna, mniej prosta

(oczywiście w wymiarze społecznym). Pogląd ten w żadnym wypadku nie podważa znaczenia ruchu dla zdrowia organizmu – to zupełnie inne zagadnienie.

Trzeba pamiętać, że przemiany wywoływane w strukturze fizycznej na skutek aktywności ruchowej podążają równolegle do biologicznego procesu przemian adaptacyjnych, które w okresie szkolnym mają przecież bardzo dynamiczny przebieg. Stąd pojawia się pytanie:

Jak duży zasięg przemian fizycznych w zakresie struktury i funkcji układów i narządów (jeżeli w ogóle) jest efektem zamierzonych oddziaływań „wychowawczych" w ramach 4 godzin zajęć tygodniowo edukacji fizycznej w szkole?
Lub inaczej:

Ile możemy zawdzięczać czterem godzinom (o ile byłyby racjonalnie realizowane – a przecież tak nie jest) wychowania fizycznego w wymiarze tygodnia, a ile pozostałym kilkudziesięciu godzinom (o ile się na nie zezwoli) spontanicznej aktywności dziecka?

Udzielenie kompetentnej wypowiedzi jest niemożliwe, choć logika wskazuje, iż stwierdzenie, że zajęcia takie w każdym razie nie zaszkodzą może uchodzić za dobry punkt wyjścia do dalszych rozważań i dyskusji na temat wpływu lekcji wychowania fizycznego na organizm.

Z kolei rozmiar i natężenie zmian inwolucyjnych ma z pewnością związek z poziomem, charakterem i rodzajem aktywności ruchowej a ten w znacznej mierze zależy od jakości postaw prozdrowotnych i proaktywnościowych choć wpływ mają i takie czynniki jak: ekonomiczny wskazujący często silne związki z ilością czasu wolnego oraz środowiskowy.

Problem mierzenia skuteczności efektywności zajęć wychowania fizycznego ma absolutnie podstawowy wymiar dla przebiegu tego procesu. Kontrola i ocena to elementy, które organizują ten proces, czynią go racjonalnym przez to, że umożliwiają porównanie skutków założonych z rzeczywistymi i tym samym poprawianie go, dostosowywanie, optymalizowanie zgodnie z otrzymanym rezultatem. Bez kontroli przebiegu i możliwości oceny efektywności zajęcia wychowania fizycznego stanowią ewenement na tle pozostałych zajęć szkolnych i jako takie słusznie są krytycznie postrzegane przez nauczycieli innych specjalności pracujących pod stałą presją oceny osiągnięć swoich podopiecznych. Postrzegane są między innymi jako te, które jeśli się nie odbędą, to nic się nie straci.

Brak (możliwości?) kontroli i oceny procesu szkolnej edukacji ma swoje jednoznaczne przełożenie na treści zajęć wychowania fizycznego. Jest bezpośrednią przyczyną całkowitej dowolności i przypadkowości w ich doborze. O tym co uczniowie będą robili na zajęciach decyduje zasada minimalizacji nakładów – pracy (stąd całe tygodnie gry w siatkówkę) i maksymalizacji zysków – w tym przypadku polegających na świętym spokoju i dobrych relacjach z uczniami. Wychowanie fizyczne jest bodaj jedynym przedmiotem w szkole, gdzie uczniowie mają tak duży wpływ na to co robią a czego nie robią i czego się uczą. I nie ma to nic wspólnego z postulowanym, świadomym udziałem ucznia w procesie wychowawczym. Jest raczej osobliwą odmianą spolegliwości pedagogicznej wyrażającej się w zabieganiu o względy uczniów, a wpisującej się doskonale w ugruntowaną na przestrzeni ostatnich lat

koncepcję, swoistą myśl pedagogiczną – „róbta co chceta". Postawy wyrosłej ze szczególnej sytuacji zawodowej nauczyciela wychowania fizycznego odnoszącej się do kryteriów oceny jego pracy. Dobry nauczyciel wychowania fizycznego to ten „kontaktowy", „fajny", z którym można „wszystko załatwić", który jest wyrozumiały, który „nie zmusza do ćwiczeń", który „pozwala na wiele rzeczy", zły – to ten, który dużo (za dużo) wymaga, którego zajęcia „są męczące".

Zrozumienie dla praw dziecka, uznanie i poszanowanie jego wolności, wyrozumiałość i tolerancja dla jego niedoskonałości są odczytywane bezwarunkowo. W praktyce pedagogicznej funkcjonują zaś jako oczekiwanie akceptacji dla wad, ułomności, jako usprawiedliwienie dla odstąpienia od działań wymagających wysiłku – i od nauczyciela i od ucznia.

Treści kształcenia

W dydaktyce ogólnej wymienia się szereg kryteriów, które winny zostać uwzględnione w doborze treści kształcenia. Są to kryteria naukowe (odnoszące się do odpowiedniości, zgodności z aktualnym stanem wiedzy), społeczne, środowiskowe, kulturowe, wieku rozwojowego oraz aksjologiczno – teleologiczne [Kupisiewicz 2000].

Bezdyskusyjne, nie wzbudzające kontrowersji jest kryterium wiekowe choć i tutaj można spotkać – rzekomo oparte na bliżej niesprecyzowanych badaniach – opinie, jak choćby te, odnoszące się do przeciwwskazań w zakresie wykonywania poszczególnych ćwiczeń gimnastycznych. Są mianowicie i takie, których negatywny wpływ miałby dotyczyć prawidłowej postawy ciała, sylwetki!

O wiele bardziej złożone są wskazania odnoszące się do konieczności uwzględniania w doborze treści, założonych celów wywiedzionych z określonych wartości odnoszących się w wychowaniu fizycznym do wartości ciała i jego zdrowia.

Sformułowania mówiące o kształtowaniu osobowości w kierunku rozwoju zainteresowań, zamiłowań, przekonań i postaw zapewniających skuteczną i systematyczną, całożyciową troskę o zdrowie oraz wyposażenie w wiedzę, umiejętności, sprawności umożliwiające przejawianie się tych zachowań są, o ile się im uważnie przyjrzeć wystarczająco precyzyjne by określić treści, które w możliwie najpełniejszym wymiarze przybliżały by osiągniecie tego ideału wychowawczego. Wymaga to jednak pewnej operacji koncepcyjnej, konkretnie – symulacji pozwalającej na stworzenie modelu aktywności ruchowej, spełniającego postulat zdrowotności i przede wszystkim – realności. Model, wzorzec aktywności winien być wywiedziony z antycypowanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa wynikających z powszechnych zagrożeń dla zdrowia, typowych chorób jak i wieku adresatów. Postulat realności odnosi się z kolei do faktycznych możliwości przejawiania się określonych zachowań aktywnościowych. Chodzi o zerwanie z fikcją polegającą na oczekiwaniu, czy wręcz przewidywaniu form zachowań aktywnościowych nie możliwych do zaistnienia w wymiarze powszechnym w zachowaniach ludzi dorosłych. Pielęgnowanie takiej iluzji przejawia się w doborze treści wychowania fizycznego w postaci preferowania zespołowych form aktywności ruchowej. Badania wskazują, że na tych zajęciach istnieją w zasadzie tylko (70-80%) gry spor-

towe, a to oznacza, że treści nie odpowiadają przyjętym celom edukacji fizycznej [Ławniczak 2003]. Nie można w nieskończoność bezrefleksyjnie, bez liczenia się z realiami zakładać, że powszechna aktywność fizyczna zaistnieje, bo tak się po prostu nie stanie jeśli ma ona mieć formę powszechnych rozgrywek w piłkę siatkową, koszykową czy ręczną po pracy trzy razy w tygodniu.

W tym kontekście żal i ubolewanie wychowawców, wyrażany z powodu niskiej aktywności fizycznej społeczeństwa przekładającej się na poziom zdrowotności tegoż społeczeństwa staję się niezrozumiały. Jeszcze bardziej zdumiewająca jest równocześnie wyrażana satysfakcja z wykonywanej pracy i poczucie dobrze realizowanej misji.

Istotę wychowania fizycznego winien stanowić pewien rodzaj dialogu kulturowego, edukacyjnego, który polegałby na ukazywaniu – w przypadku nauczyciela, a odkrywaniu – w przypadku ucznia wartości kultury fizycznej szczególnie atrakcyjnych dla młodego człowieka.

Tu dygresja – czy taką atrakcyjną wartością dla młodego człowieka jest zdrowie? Przecież on jest zdrowy, nigdy nie zetknął się chorobą (choroba bliskich jest współcześnie z zasady skrywana w imię dobra tego młodego człowieka i dzięki różnorakim możliwościom, przez zatroskanych rodziców). Edukacja zdrowotna choć wszechstronnie uzasadniona, wskazana i trafna bo adresowana do ludzi młodych, podatnych na kształtowanie, na dokonywanie zmian własnych zachowań, plastycznych, a ponadto dająca możliwość objęcia swoim zasięgiem 100% populacji (100% populacji obejmuje obowiązek szkolny) jest już błędna w samym założeniu. Zakłada mianowicie uzyskiwanie pozytywnych efektów wychowawczych w zakresie kształtowania prozdrowotnego stylu życia u swoich odbiorców, do których zwraca się z całkowicie źle (w sensie psychopedagogicznym) dobraną argumentacją – niedostosowaną do percepcji, wrażliwości i potrzeb odbiorcy, argumentacji, na którą są głusi i ślepi. Choć to trudno sobie wyobrazić z praktyką w tym zakresie jest jeszcze gorzej. Badania, które były prowadzone w szkołach objętych siecią szkół promujących zdrowie dowodzą najogólniej rzecz biorąc (bo nie miejsce tutaj na szczegóły) nieumiejętności realizacji szczytnych założeń wychowania do zdrowia wśród nauczycieli i odpowiedzialnych za ten proces dyrektorów a czasami wręcz zupełnej niewiedzy o obowiązku w tym zakresie.

W tym celu trzeba używać precyzyjnie dobranych, mocnych argumentów. Precyzyjnie dobranych w sensie merytorycznym – jakościowym (przydatności w późniejszym życiu) jak i psychopedagogicznym (czyt. dostosowanym do percepcji, wrażliwości i potrzeb odbiorcy – precyzyjnie trafiających w jego oczekiwania).

Dialog taki, obliczony na cały okres edukacji szkolnej, winien stopniowo przekonywać do wartości kultury fizycznej. Mogłoby to odbywać się na drodze ukazywania wybranych jego elementów i sposobów troski o ciało w perspektywie wartości uznawanych przez odbiorców tego procesu. Wartości estetycznych, etycznych, emocjonalnych, witalnych, socjocentrycznych, allocentrycznych i innych. Dialog taki winien skutkować wzrostem kompetencji troski o ciało, jego zdrowie, sprawność fizyczną, odporność, urodę oraz postępującą internalizacją przekonań i postaw pozytywnych wobec kultury fizycznej. Wyrażałoby się to w częstym przejawianiu

zachowań pożądanych z punktu widzenia dobra cielesnego, a unikania, bądź eliminowania ze swoich zachowań, zachowań zdrowiu szkodzących. Ponadto zmiany te winna charakteryzować trwałość.

Dialog taki można w pewnym stopniu uogólnić do realizacji celów kierunkowych (osobowościowych) i instrumentalnych wychowania fizycznego określanych jako cele szczegółowe w strukturze celów wychowania fizycznego [Osiński 2002]. Zgodnie z tą koncepcją na kształtowanie postaw wobec kultury fizycznej, rozumianej jako globalny cel wychowania fizycznego – stricte wychowawczy bo odnoszący się do kształtowania osobowości, składa się kształtowanie postaw wobec własnego ciała jego budowy, wyglądu i urody, postaw wobec sprawności fizycznej tego ciała, postaw wobec higieny i zdrowia, postaw wobec różnych form zachowań – wobec aktywności fizycznej, wypoczynku, także wobec hartowania, stawiania sobie wymagań i przezwyciężania własnych ograniczeń. Winno się to odbywać równolegle z wyposażaniem uczniów w kompetencje umożliwiające ujawnianie się pewnych pożądanych zachowań teraz i w przyszłości – w narzędzia realizacji zainteresowań i zamiłowań – wiedzę, umiejętności, sprawności, nawyki oraz rozwijaniem uzdolnień i inteligencji.

Istotne, z uwagi na spójność tego procesu jest to, by to właśnie zabiegi biotechnologiczne, zabiegi wokół ciała, mające na celu jego zdrowie, sprawność, odporność i urodę, zabiegi stymulujące, kompensujące, korygujące stanowiły źródło wartości wychowawczych – zawierały w sobie ten ładunek wiedzy, te wartości kształcące, kształtujące stronę poznawczą, emocjonalną i duchową, który zadecyduje o właściwym ukształtowaniu kierunkowych dyspozycji osobowościowych

Literatura

1. Demel M., Skład A., 1970, Teoria wychowania fizycznego, PWN, Warszawa.
2. Demel M., Zuchora K., 1975, Cele kształcenia i wychowania fizycznego oraz zdrowotnego, „Kultura Fizyczna", nr 4.
3. Kupisiewicz Cz., 2000, Dydaktyka ogólna, Oficyna Wydawnicza GRAF PUNKT, Warszawa.
4. Ławniczak P., 2003, Czynniki skuteczności edukacji zdrowotnej w szkole, W: Biokulturowe uwarunkowania rozwoju sprawności i zdrowia (red.) J. Rodziewicz – Gruhn, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie, s. 485-495
5. Osiński W., 2002, Zarys teorii wychowania fizycznego, Wydanie II uzupełniające AWF Poznań.
6. Strzyżewski S., 1996, Proces kształcenia i wychowania w kulturze fizycznej, WSiP, Warszawa.
7. Wroczyński R., 1979, Powszechne dzieje wychowania fizycznego, Wrocław.

Paweł Kijo
Uniwersytet Łódzki
Katedra Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego

Wzrastająca rola kompetencji pedagogicznych w kształceniu nauczycieli wychowania fizycznego

Edukacja w swej podstawie jest wyznacznikiem postępu i rozwoju cywilizacyjnego, a jednocześnie społeczeństwo przypisuje jej coraz to większe znaczenie z punktu widzenia jakości i efektywności. Reforma systemu oświaty poza zmianami schematu ustroju szkolnego wniosła istotne zmiany programowe, które stawiają wyższe wymagania wobec nauczyciela. W obecnym systemie edukacyjnym zdecydowanie więcej od niego zależy, niż miało to miejsce dawniej. By mógł on realizować założone cele musi być dobrze wykształcony kierunkowo i w sposób ciągły doskonalić się zawodowo.

Dlatego też, teoretycy zajmujący się kształceniem i wychowaniem, spośród wielu czynników świadczących o jakości i efektywności procesu edukacji, wskazują na nauczyciela jako najważniejszy. W polskiej literaturze rozważania nad cechami i właściwościami dobrego nauczyciela i wychowawcy mają bogata tradycję. Warto w tym miejscu odwołać się do prac wybitnych pedagogów i psychologów. Prace J. Wł. Dawida, Z. Mysłakowskiego, S. Szumana, St. Baleya, J. Śniadeckiego, W. Okonia, E. Badury, St. Wołoszyna, H. Muszyńskiego Z. Żukowskiej i innych wskazują na wagę problematyki związanej z osobą nauczyciela-wychowawcy w przeszłości, która jest niezmiernie aktualna i istotna w obecnych czasach.

Kompetencje pedagoga-nauczyciela wychowania fizycznego

W pierwszej kolejności warto się zastanowić nad określeniem pedagog czy nauczyciel, czy te pojęcia są tożsame, czy można im przypisać szczególny zakres kompetencji. Istota pojęciowa ma również znaczenie z punktu widzenia kształcenia kandydatów do pełnienia ról zawodowych. Kompetencje końcowe związane są z sylwetką absolwenta danego kierunku czy specjalności studiów, a te z kolei wyznacza program. Dlatego niezmiernie istotna jest specyfika studiów zawodowych czy

magisterskich. Czy są to studia nauczycielskie zgodne ze standardami kształcenia nauczycielskiego, czy są to studia w zakresie specjalności nauczanego przedmiotu na kierunku pedagogika, czy kierunkowe wychowanie fizyczne. W związku z takimi uwarunkowaniami absolwenci mogą charakteryzować się różnymi kompetencjami – nie zawsze wystarczającymi do rozwiązywania problemów wychowawczych we współczesnej szkole.

Podjęcie tego zagadnienia wymusza przybliżenie terminologiczne pojęcia kompetencji, które są pojmowane w różny sposób.

Kompetencja to właściwość, zakres uprawnień, zakres wiedzy, umiejętności i odpowiedzialności, kompetentny uprawniony do działania decydowania mający kwalifikacje do wydawania sądów, ocen autoratywny, miarodajny [Kopaliński 2000, s. 269]. Kompetencja to harmonijna kompozycja wiedzy, sprawności, rozumienia oraz pragnienia [Czerepaniak-Walczak 1997, s. 88].

W takim rozumieniu znaczeniowym warto odnieść się do oczekiwań wobec nauczyciela-wychowawcy. W kształceniu zawodowym niezbędne jest wyposażenie w kompetencje merytoryczne dotyczące zagadnień nauczanego przedmiotu, gdzie nauczyciel staje się ekspertem i doradcą przedmiotowym. Należy również zwrócić uwagę na kompetencje dydaktyczno-metodyczne, dotyczące warsztatu nauczyciela i ucznia, a więc metod i technik nauczania i uczenia się, zwłaszcza aktywizujących, projektowych i pracy grupowej, gdzie nauczyciel jest doradcą dydaktycznym. Jak również kompetencje wychowawcze dotyczące różnych sposobów oddziaływania na uczniów. Należą do nich umiejętności komunikacyjne, nawiązywania kontaktów, gdzie nauczyciel jest doradcą wychowawczym i życiowym [Tarasiewicz 2001, s. 175].

Z zagadnieniami kompetencji wiążą się również rozważania R. I. Arendsa. Według niego, efektywny nauczyciel to osoba, która poza kompetencjami przedmiotowymi (rzeczowymi) posiada wysokie kwalifikacje pedagogiczne. Wśród nich wyróżnia: władanie zasobem wiedzy, na którym opiera się sztuka nauczania; dysponowanie repertuarem najlepszych sposobów postępowania pedagogicznego; wykazywanie postawy i umiejętności niezbędnych do systematycznej refleksji i rozwiązywania problemów; rozumienie uczenia się nauczania jako procesu ustawicznego [Arends 1994, s. 36].

Warto również wskazać obszary kompetencji współczesnego nauczyciela według W. Strykowskiego i współautorów [Strykowski, Strykowska, Pielachowski 2003, s. 24-31], którzy je łączą z założeniami i celami współczesnej edukacji. Wśród kompetencji ważnych dla zawodu nauczycielskiego wymieniają: kompetencje merytoryczne, psychologiczno-pedagogiczne, diagnostyczne związane z poznawaniem uczniów i ich środowiska, kompetencje w dziedzinie planowania i projektowania, dydaktyczno-metodyczne, komunikacyjne, medialne i techniczne, kompetencje związane z kontrolą i oceną osiągnięć uczniów oraz jakościowym pomiarem pracy szkoły, dotyczące projektowania i oceny programów oraz podręczników szkolnych, kompetencje autoedukacyjne związane z rozwojem zawodowym.

Reasumując, można stwierdzić, że w przytoczonych przykładach wspólnym obszarem kompetencji jest merytoryczne przygotowanie do realizacji nauczanego

przedmiotu oraz przygotowanie do realizacji zadań opiekuńczo-wychowawczych. Przy czym trudno jest jednoznacznie wskazać, który z obszarów ma większe znaczenie w obecnych czasach. Zapewne optymalnym modelem absolwenta kierunku czy specjalności wychowanie fizyczne jest osobowość wszechstronnie ukształtowana.

Wobec tego, nauczyciel wychowania fizycznego to osoba, która jest zobligowana do realizacji celów edukacyjnych dla poszczególnych etapów kształcenia w ramach przedmiotowego wychowania fizycznego oraz działalności w formach pozalekcyjnych i pozaszkolnych kultury fizycznej. Zatem, zadaniem nauczyciela wychowania fizycznego jest kształcenie sprawności fizycznej, dbałość o rozwój właściwości motorycznych, wyposażanie w odpowiedni zasób wiadomości i umiejętności z zakresu kultury fizycznej, tak by ukształtować postawę ucznia charakteryzującą się pozytywnym i świadomym uczestnictwem w rekreacji, turystyce i sporcie nie zapominając o zadaniach wychowawczych w ogóle.

Podmiotem pracy nauczyciela jest uczeń, który w swym rozwoju ulega wielu przemianom biologicznym i osobowościowym. Toteż w swej pracy nauczyciel wychowania fizycznego musi potrafić dobrać treści, metody, formy pracy, a także swoje zachowanie, sposób komunikacji do poziomu rozwoju uczniów, do ich psychiki, zainteresowań, możliwości ruchowych [Jankowska 2001].

Zadania jakie musi realizować nauczyciel wychowania fizycznego w szkole, stawiają wobec niego duże wymagania kompetencyjne. Zatem ideał nauczyciela wychowania fizycznego to osoba spełniająca określone role: nauczyciel – człowiek, nauczyciel – żywy wzór kultury fizycznej, nauczyciel – wychowawca, nauczyciel – dydaktyk, nauczyciel – społecznik [Strzyżewski 1975]. St. Strzyżewski równocześnie podkreślił, że doskonały nauczyciel nie kształtuje się samoistnie, lecz wskazywał wyjątkowe znaczenie idei i wzorców przyjmowanych i przekazywanych w uczelniach i kierunkach wychowania fizycznego, przypisując istotne znaczenie programom studiów nauczycielskich.

W 1997 roku Komitet Nauk Pedagogicznych PAN przyjął projekt zestawu standardów kompetencji zawodowych nauczyciela. Są to kompetencje: prakseologiczne, komunikacyjne, współdziałania, kreatywne, moralne i informatyczne. Taką charakterystyką kompetencji kluczowych powinien być określony przyszły nauczyciel wychowania fizycznego, który przygotowywany jest do zawodu w toku studiów [Bielski 2001].

Zainteresowanie kompetencjami nauczycielskimi w systemie oświaty odgrywa coraz to większą rolę. Działanie to związane jest nie tylko z wyznaczeniem optymalnego kierunku kształcenia nauczyciela – wychowawcy ale i również z procesem doskonalenia zawodowego. Można przyjąć twierdzenie, że im bardziej kompetentny nauczyciel – wychowawca tym większa skuteczność procesu kształcenia i wychowania.

Standardy kompetencji nauczyciela – uregulowania prawne

Podejmując problematykę związaną z kompetencjami należy zwrócić uwagę na wymogi dotyczące kompetencji zawodowych nauczyciela zawarte w rozporządzeniach dotyczących standardów kształcenia nauczycieli z 2004 roku i standardów

kształcenia nauczycieli w kolegiach nauczycielskich z 2006 roku. Uregulowania te wskazują na wymagane umiejętności, przedmioty kształcenia nauczycielskiego, minimalne obciążenia godzinowe oraz treści przedmiotowe. Jednocześnie określają warunki kształcenia nauczycielskiego w zakresie studiów I i II stopnia oraz podyplomowych.

Odnosząc się do ustaleń formalnych należy wskazać, że absolwent studiów i studiów podyplomowych w specjalizacji nauczycielskiej powinien być przygotowany do kompleksowej realizacji dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych zadań szkoły. W związku z tym powinien posiadać przygotowanie w zakresie:

1. wybranych specjalności nauczycielskich, tak aby w sposób kompetentny przekazywać nabytą wiedzę oraz samodzielnie ją pogłębiać i aktualizować, a także integrować ją z innymi dziedzinami wiedzy;
2. psychologii i pedagogiki, tak aby pełnić funkcje wychowawcze i opiekuńcze, wspierać wszechstronny rozwój uczniów, indywidualizować proces nauczania, zaspokajać szczególne potrzeby edukacyjne uczniów, organizować życie społeczne na poziomie klasy, szkoły i środowiska lokalnego, współpracować z innymi nauczycielami, rodzicami i społecznością lokalną;
3. dydaktyki przedmiotowej, tak aby skutecznie prowadzić zajęcia edukacyjne, rozbudzać zainteresowania poznawcze oraz wspierać rozwój intelektualny uczniów przez umiejętny dobór metod aktywizujących, technik nauczania i środków dydaktycznych, a także badać i oceniać osiągnięcia uczniów oraz własną praktykę;
4. posługiwania się technologią informacyjną, w tym jej wykorzystywania w nauczaniu przedmiotu (prowadzeniu zajęć);
5. zaawansowanej znajomości języka obcego.

Ponadto absolwent studiów i studiów podyplomowych w specjalizacji nauczycielskiej powinien być przygotowany do:

1. współpracy z uczniami i nauczycielami, środowiskiem rodzinnym uczniów oraz pozaszkolnym środowiskiem społecznym w realizacji zadań edukacyjnych;
2. podejmowania zadań edukacyjnych wykraczających poza zakres nauczanego przedmiotu (prowadzonych zajęć) oraz zadań z zakresu edukacji pozaszkolnej;
3. samodzielnego tworzenia i weryfikowania projektów własnych działań oraz podejmowania działań upowszechniających wzory dobrej praktyki pedagogicznej;
4. kierowania własnym rozwojem zawodowym i osobowym oraz podejmowania doskonalenia także we współpracy z innymi nauczycielami;
5. posługiwania się przepisami prawa dotyczącego systemu oświaty oraz statusu zawodowego nauczycieli.

Przygotowanie do zawodu nauczyciela powinno prowadzić do nabycia kompetencji w zakresie:

1. dydaktycznym;
2. wychowawczym i społecznym – związanym z umiejętnością rozpoznawania potrzeb uczniów oraz zdolnością do współpracy w relacjach międzyludzkich;
3. kreatywnym – wyrażającym się zdolnością do samokształcenia, innowacyjnością

i niestandardowością działań w powiązaniu ze zdolnościami adaptacyjnymi, mobilnością i elastycznością;
4. prakseologicznym – wyrażającym się skutecznością w planowaniu, realizacji, organizowaniu, kontroli i ocenie procesów edukacyjnych;
5. komunikacyjnym – wyrażającym się skutecznością zachowań werbalnych i pozawerbalnych w sytuacjach edukacyjnych;
6. informacyjno-medialnym – wyrażającym się umiejętnością posługiwania się technologią informacyjną, w tym jej wykorzystywania w nauczaniu przedmiotu (prowadzeniu zajęć);
7. językowym – wyrażającym się znajomością co najmniej jednego języka obcego w stopniu zaawansowanym.

Oddzielnego zastanowienia wymaga analiza standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia z dnia 18 kwietnia 2002 roku dla pedagogiki i wychowania fizycznego. W największym uproszczeniu standardy wskazują na różnice w przygotowaniu kompetencyjnym nauczyciela do pełnienia ról we współczesnej szkole w zależności od ukończonego kierunku studiów. Z jednej strony znakomicie kształcą kompetencje opiekuńczo – wychowawcze, natomiast w kierunkach wychowania fizycznego – kompetencje merytoryczne (przedmiotowe).

W związku z tym można zadać pytanie: czy studia przygotowują do pracy w zawodzie nauczyciela – pedagoga wychowania fizycznego i czy będzie się on charakteryzował takimi kompetencjami po ukończeniu studiów? Najczęstszymi wskazaniami i jednocześnie zarzutami w stosunku do planów studiów jest niedobór przygotowania praktycznego i nadmiar teorii. Opinię tę można jedynie przyjąć z punktu widzenia nauczyciela, trenera czy instruktora ćwiczeń cielesnych a nie pedagoga wychowawcy, pedagoga wychowania fizycznego, który staje się powiernikiem młodzieży, uczy życia i wprowadza w świat kultury fizycznej. Dlatego być może najbardziej optymalnym rozwiązaniem w przygotowaniu nauczyciela-wychowawcy wychowania fizycznego stają się studia kierunkowe pedagogiki w specjalności wychowanie fizyczne. Takie rozwiązanie w znakomity sposób wyposaża w wysokie kwalifikacje pedagogiczne jak również w kompetencje merytoryczne związane z nauczanym przedmiotem.

Nauczyciel czy pedagog wychowania fizycznego

Warto się odnieść do określenia nauczyciel czy pedagog wychowania fizycznego, gdyż istota związana jest z zakresem kompetencji i sposobu działania. Można to ująć w następujące twierdzenie, że nie każdy pedagog jest nauczycielem gdyż nie posiada kwalifikacji merytorycznych do nauczanego przedmiotu w szkole, a nauczycielem można zostać po uzyskaniu przygotowania pedagogicznego.

Pedagog w sensie znaczeniowym też nie zawsze jest określany jednoznacznie. Według Wł. Kopalińskiego pedagog to nauczyciel, wychowawca; teoretyk nauczania i wychowania [Kopaliński 2000, s. 381]. W tym określeniu uwidacznia się znak równania między nauczycielem, wychowawcą a pedagogiem. Inaczej pedagogika

to nauka o wychowaniu. Jej nazwa pochodzi od greckiego (*paidagogos* – niewolnik towarzyszący dziecku w szkole; „prowadzący dziecko"), gdzie początkowo termin obejmował opiekę, nauczanie i wychowanie dzieci, z czasem pedagogami zaczęto nazywać osoby zajmujące się wychowaniem zarówno praktycznym jak i teoretycznym.

Pisał już E. Piasecki (teoretyk wychowania fizycznego), że: „kto ma zdolności i zamiłowania sportowe, ale nie ma równocześnie koniecznych dla danej gałęzi zdolności i zamiłowań intelektualnych i społecznych, ten nie powinien oddawać się zawodowo wychowaniu fizycznemu" [Piasecki 1927]. Innego zdania był wybitny teoretyk W. Osmolski, który określał ideał wychowawcy fizycznego: „inteligentny gimnastyk, ale – z powodu trudności w znalezieniu stosownej liczby takowych – można dawać pierwszeństwo typowi sprawnościowemu" [Osmolski 1927]. Mamy tutaj do czynienia z dwoma poglądami, również w przygotowaniu zawodowym nauczyciela i doborze do studiów kandydatów, gdzie w pierwszym stanowisku uwidacznia się obraz pedagoga z zainteresowaniami i zdolnościami sportowymi, natomiast drugie wyraźnie preferuje model nauczyciela sportu, niekiedy określając w uproszczeniu – nauczyciela ćwiczeń cielesnych.

W obecnej sytuacji wzrastających wymagań kompetencyjnych w kształceniu nauczycieli wf warto przyjąć sylwetkę pedagoga wychowania fizycznego, który jest w pełni przygotowany do działań edukacyjnych w szkole zgodnie z jej funkcją dydaktyczną, wychowawczą i opiekuńczą a jednocześnie potrafi wspierać ucznia w jego rozwoju.

Literatura

1. Arends R. I., 1994, Uczymy się nauczać, WSiP, Warszawa.
2. Bielski J., 2001, Kompetencje nauczyciela wychowania fizycznego. Lider, nr 1.
3. Czerepaniak-Walczak M., 1997, Aspekty i źródła profesjonalnej refleksji nauczyciela, Wydawnictwo Edytor, Toruń.
4. Grabowski H., 2001, O doborze na studia, kształceniu i pracy zawodowej nauczycieli wychowania fizycznego. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 8/9.
5. Jankowska K., 2001, Rola nauczyciela wychowania fizycznego w kształtowaniu osobowości ucznia. Lider, nr7/8.
6. Kopaliński Wł., 2000, Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem, Świat Książki Warszawa 2000.
7. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia z dnia 18 kwietnia 2002 r.
8. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie standardów kształcenia nauczycieli z dnia 7 września 2004 r.
9. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie standardów kształcenia nauczycieli w kolegiach nauczycielskich i nauczycielskich kolegiach języków obcych z dnia 30 czerwca 2006 r.
10. Strykowski W., Strykowska J., Pielachowski J., 2003, Kompetencje nauczyciela szkoły współczesnej, Wydawnictwo EMPI, Poznań.

11. Strzyżewski St., 1975, Współczesne cele wychowania fizycznego oraz rola nauczyciela wychowania fizycznego w szkole i środowisku społecznym. Wychowanie fizyczne i Higiena Szkolna, 1.
12. Tarasiewicz M., 2001, Jak uczyć jeszcze lepiej! Szkoła pełna ludzi. Wydawnictwo ARKA, Poznań.

Piotr Jaworowicz
Uniwersytet Łódzki, Studium Wychowania Fizycznego i Sportu

Kultura fizyczna studentów na przykładzie aglomeracji łódzkiej

Celem działań badawczych jest poszukiwanie odpowiedzi na następujące pytanie: jak przedstawia się kultura fizyczna łódzkich studentów? Czy organizacje specjalistyczne takie jak: AZS, NZS, KU, studia WFiS, samorządy i organizacje studentów, władze dziekańskie i władze rektorskie uczyniły wszystko dla kultury fizycznej własnych studentów? Jakie powstałe uwarunkowania powodowały, że uczyniono aż tak wiele albo tak niewiele? Jakie są perspektywy rozwoju tej ważnej dla studentów i przyszłych absolwentów sfery życia? Jak przedstawia się baza sportowa, jakie są perspektywy wzbogacenia sportowej bazy w łódzkich szkołach wyższych? Jak studenci oceniają Łódź akademicką?

Materiał i metoda

Podstawowyą techniką badawczą są badania ankietowe przeprowadzone we wszystkich uczelniach wyższych funkcjonujących w aglomeracji łódzkiej. Ankietowe badania uwzględniają cztery podstawowe obszary kultury fizycznej studentów:

1. uczelniany Program Kultury Fizycznej;
2. uczelnianą Bazę Kultury Fizycznej;
3. kadry, wychowawców, nauczycieli akademickich i działaczy akademickich;
4. studentów; ich oczekiwania, doświadczenie i zainteresowanie kulturą fizyczną.

Omówienie wyników badań

Działalność i oddziaływanie Akademickiego Związku Sportowego w łódzkich uczelniach (Tab. I) jest bardzo skromne. W zdecydowanej większości uczelni niepublicznych AZS jeszcze nie istnieje. Stosunkowo duża liczba sekcji sportowych systematycznie trenujących występujących w największych łódzkich uczelniach – Politechnice Łódzkiej, Uniwersytecie Łódzkim, Uniwersytecie Medycznym oraz Wyższej Szkole Humanistyczno-Ekonomicznej, oczywiście w zdecydowany sposób wpływa

na liczbę członków Klubu AZS-u. Wynika to z faktu, iż w Mistrzostwach Polski Szkół Wyższych, każdy student reprezentujący swoją uczelnię regulaminowo musi należeć do uczelnianego klubu AZS-u. Obecnie regulaminy i zasady uczestnictwa w rozgrywkach i zawodach międzyuczelnianych pozwalają startować wszystkim studentom danej uczelni, niezależnie od trybu studiów i przynależności do innych klubów i stowarzyszeń sportowych. Bardzo skromne liczby studentów reprezentujące Uczelniane Kluby Akademickiego Związku Sportowego powinny budzić niepokój działaczy AZS-u.

Tabela II ukazuje tradycyjnie stosowane formy przygotowań do zawodów i rozgrywek studenckich. Podstawowe formy współzawodnictwa sportowego w największych łódzkich uczelniach państwowych to Mistrzostwa uczelniane w formie Mistrzostw Międzywydziałowych, następnie zawody międzyuczelniane oraz zawody środowiskowe i ogólnopolskie. W porównaniu z ostatnią dekadą XX wieku obserwujemy wyraźny spadek kontaktów międzynarodowych łódzkich studentów-sportowców oraz równie niepokojące zjawisko zaniechania organizacji obozów sportowo-szkoleniowych oraz sekcji studenckich. Przyczyną są głównie bardzo ograniczone możliwości finansowe. Łódzkie środowisko akademickie należy do najsłabszych ośrodków w kraju. Większość łódzkich niepublicznych szkół wyższych pod tym względem nie może zanotować żadnych sukcesów. Podobnie bardzo śladowe działania odnotowują pozostałe szkoły wyższe Łodzi, w tym Akademia Muzyczna oraz Akademia Sztuk Pięknych. Dlatego, w naszej analizie stwierdzamy, że dla studentów tych uczelni pojęcie „kultura fizyczna" jest pojęciem obcym.

Niewątpliwy wpływ na postrzeganie problematyki kultury fizycznej przez studentów mają obligatoryjne zajęcia wychowania fizycznego realizowane na uczelniach (Tab. III). Forma i zakres tych zajęć są bardzo zróżnicowane. Większość łódzkich państwowych uczelni wypełnia zalecane minimum programowe. W największej łódzkiej uczelni – Uniwersytecie Łódzkim, na kierunkach humanistycznych wychowanie fizyczne jest realizowane przez 2 semestry, razem 60 godzin. Pozostałe kierunki – 90 godzin w trakcie 3 semestrów, a na Uniwersytecie Medycznym średnio cztery semestry. Natomiast na Politechnice Łódzkiej wychowanie fizyczne jest realizowane przez aż sześć semestrów, co plasuje Politechnikę Łódzką pod tym względem w ścisłej krajowej czołówce. Podobnie sześć semestrów wychowania fizycznego jest realizowane na Wydziale Reżyserii Łódzkiej Szkoły Filmowej. Pozostałe szkoły wyższe w Łodzi realizują tzw. minimum programowe. Zajęcia obligatoryjne są wzbogacone, ale niestety tylko w Uniwersytecie Medycznym i Politechnice Łódzkiej oraz w Uniwersytecie Łódzkim, poprzez zajęcia fakultatywne i rekreacji ruchowej (szkoły niepubliczne takich zajęć nie prowadzą, ewentualnie zajęcia takie są sporadycznie prowadzone ale np. w WSHE są odpłatne). Niezwykle ciekawe zjawisko zanotowano w Uniwersytecie Łódzkim – zajęcia odpłatne są bardzo niepopularne wśród studentów, natomiast nastąpił bardzo wyraźny, wręcz skokowy wzrost zajęć fakultatywnych i rekreacji ruchowej. W UŁ zanotowano nawet na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym i Filologicznym obligatoryjną formę zajęć wychowania fizycznego dla studentów studiów wieczorowych i zaocznych. Należy przewidywać, że nie jest to przypadek wyjątkowy i w przyszłości niepowtarzalny.

Zainteresowanie problematyką kultury fizycznej potęguje odpowiednia baza sportowa, w której realizowane są zajęcia dla studentów. Baza sportowa łódzkich szkół wyższych jest bardzo zróżnicowana. Dane zaprezentowane w tabeli IV wskazują, że prawie wszystkie uczelnie mają często bardzo skromną ale własną bazę sportową. Uczelnie, które w tym zakresie niczego nie osiągnęły, w tym również Akademia Muzyczna czy Akademia Sztuk Pięknych, same przyznały, iż wstydzą się, że nie mogą niczego pozytywnego wskazać w zakresie promowania kultury fizycznej swoich studentów. Wspaniałą, wręcz wzorową w skali kraju bazę sportową posiada największa łódzka uczelnia – Uniwersytet Łódzki. Własna, pełnowymiarowa hala sportowa do gier zespołowych, pełnowymiarowa, profesjonalna pływalnia – oba obiekty posiadają atesty Europejskich Federacji Sportowych. Uniwersytet Łódzki dysponuje jeszcze wieloma dobrze wyposażonymi, specjalistycznymi obiektami sportowymi, w tym salą do sportów walki, do ćwiczeń muzyczno-wychowawczych, do tenisa stołowego oraz trzema salami uniwersalnymi.

Władze Uniwersytetu Łódzkiego w przeszłości, ze względu na kłopoty lokalowe i dużą liczbę studentów zaadoptowały dwie sale sportowe na sale wykładowe, ale w ostatnim czasie, poza Centrum Sportu wygospodarowały dla potrzeb ćwiczących studentów kolejne dwie, dobrze wyposażone sale gimnastyczne. W obecnej, wręcz bardzo dobrej sytuacji inne instytucje wynajmują obiekty sportowe UŁ, często organizując w nich imprezy nawet na skalę międzynarodową. Bardzo dobrą bazą sportową dysponuje również Uniwersytet Medyczny. Uniwersytet Medyczny w Łodzi powstał w wyniku połączenia przed pięciu laty Akademii Medycznej i Wojskowej Akademii Medycznej. Obie uczelnie połączyły również swoje bazy sportowe. Wkład Wojskowej Akademii Medycznej w postaci pełnowymiarowej hali sportowej, pływalni, siłowni i boiska piłkarskiego uczynił Uniwersytet Medyczny uczelnią posiadającą z pewnością najbogatszą bazę sportową spośród Akademii Medycznych w Polsce. Druga, co do wielkości uczelnia łódzka, jaką jest Politechnika od wielu lat czyni starania o wybudowanie własnego Centrum Sportu z halą, pływalnią i salami specjalistycznymi. Aktualnie Politechnika Łódzka zaadoptowała dla potrzeb wychowania fizycznego i sportu studentów kilka sal zastępczych, oraz nie szczędzi środków i zabiegów na rzecz obiektów wynajmowanych. Szacunek budzi wysiłek władz PŁ, pozwalający wynajmować pływalnię, korty tenisowe a nawet lodowisko.

Pozostałe łódzkie szkoły wyższe, głównie niepubliczne, w zdecydowanej większości korzystają z obiektów wynajmowanych oraz zaadoptowały dla potrzeb wychowania fizycznego i sportu swoich studentów sale i hale pofabryczne. Stosunkowo dobrą bazę posiada Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna oraz Wyższa Szkoła Informatyczna. Hala sportowa i pływalnia Wyższej Szkoły Informatycznej stała się nawet podstawą do uruchomienia w tej uczelni kierunku studiów-wychowanie fizyczne. Wszystkie łódzkie uczelnie deklarują rozpoczęcie i kontynuację działań na rzecz poprawy własnej bazy sportowej. Nawet Uniwersytet Łódzki planuje zrealizować budowę sali specjalistycznej do tenisa stołowego i sportów walki. Politechnika Łódzka planuje zrealizować budowę nowoczesnego Centrum Sportu z wykorzystaniem wód termicznych znajdujących się w okolicach Łodzi. Skromniejsze plany mają niestety władze szkół niepublicznych i artystycznych, które niestety

posiadają najskromniejszą lub nie mają żadnej własnej bazy sportowej dla realizacji procesu wychowania fizycznego własnych studentów. Przedstawiciele SWFiS podkreślają dobrą bazę oraz poziom prowadzonych zajęć wychowania fizycznego, jednak dostrzegają, że zakres obecnych oddziaływań jest wciąż niedostateczny.

Przedstawione poniżej w sposób tabelaryczny wyniki badań są oparte o ankietę opracowaną przez autora pracy. Ankieta ta została przeprowadzona w marcu 2006 roku na uczelniach wyższych aglomeracji łódzkiej.

Tabela I
Działalność KU AZS w poszczególnych uczelniach.

Uczelnia	Liczba członków	Odsetek w stosunku do ogółu studentów	Liczba sekcji
Politechnika Łódzka	534	1,7%	19
Uniwersytet Łódzki	500	1,4%	18
Uniwersytet Medyczny	315	1,3%	16
Wyższa Szkoła Informatyki	250	15%	5
Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna	187	0,9%	15
Państwowa Wyższa Szkoła Filmowa Telewizyjna i Teatralna	39	3,5%	5
Wyższa Szkoła Kupiecka	15	0,2%	1
Wyższa Szkoła Studiów Międzynarodowych	-		-

Tabela II
Formy i rodzaje zawodów.

Uczelnia	Mistrzostwa Uczelniane	Zawody Międzyuczelniane	Zawody Środowiskowe	Zawody Ogólnopolskie
Politechnika Łódzka	X	X	X	X
Uniwersytet Łódzki	X	X	X	X
Uniwersytet Medyczny	X	X	X	X
Wyższa Szkoła Informatyki	X	X	X	-
Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna	X	X	X	X
Państwowa Wyższa Szkoła Filmowa Telewizyjna i Teatralna	-	-	-	X
Wyższa Szkoła Kupiecka	-	-	-	-
Wyższa Szkoła Studiów Międzynarodowych	-	-	-	-

Tabela III
Zajęcia obligatoryjne.

Uczelnia	Liczba semstrów obligatoryjnie	Zajecia fakultatywne	Rekreacja	Inne
Politechnika Łódzka	6	-	X	-
Uniwersytet Łódzki	2 lub 3	X	X	X
Uniwersytet Medyczny	4	X	X	X
Wyższa Szkoła Informatyki	2-4	-	-	-
Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna	2	X [płatne]	-	X [płatne]
Państwowa Wyższa Szkoła Filmowa Telewizyjna i Teatralna	6	X [na reżyserii]	-	-
Wyższa Szkoła Kupiecka	4	X	-	-
Wyższa Szkoła Studiów Międzynarodowych	2	-	-	-

Tabela IV
Baza sportowa.

Uczelnia	Własne				Wynajmowane			Inne formy	Planowanie rozwoju bazy
	P	H	S	I	P	H	S		
Politechnika Łódzka	-	1	4	1	1	1	1	Lodowisko, korty tenisowe	Centrum Sportu [H+S+P]
Uniwersytet Łódzki	1	1	8	-	-	-	-	-	Sale do sportów walki, sala do tenisa
Uniwersytet Medyczny	1	1	1	-	-	1	1	-	Sale gimnastyczne, siłownia
Wyższa Szkoła Informatyki	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna	-	1	2	1	1	1	-	-	Budowa obiektu sportowego
Państwowa Wyższa Szkoła Filmowa Telewizyjna i Teatralna	-	-	1	2	1	-	1	-	Adaptacja kortu do innych gier
Wyższa Szkoła Kupiecka	-	-	-	-	1	1	-	-	-
Wyższa Szkoła Studiów Międzynarodowych	-	1	1	1	-	1	-	-	-

Jadwiga Robacha
Uniwersytet Łódzki, Katedra Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego

Społeczne Towarzystwo Oświatowe – alternatywa w edukacji

„Szkoła i edukacja to sfery życia wymagające ciągłości oraz spokojnych zmian zawsze odwołujących się do tradycji"
W. Starzyński – Prezes STO

Polska ma wielowiekowe tradycje oświatowe. Nasze społeczeństwo zawsze rozumiało znaczenie właściwego wychowania młodzieży dla rozwoju kraju i zachowania tożsamości narodowej. Dowody tego dawano w dniach Komisji Edukacji Narodowej, w walce o polską szkołę pod zaborami, w tworzeniu nowoczesnego systemu oświatowego w II Rzeczypospolitej, w tajnym nauczaniu w okresie II wojny światowej, w upowszechnianiu nauczania w Polsce powojennej i próbach zreformowania systemu oświaty, podjętych przez „Solidarność" nauczycielską w latach 80-81.

Dlatego warto przybliżyć historię lidera polskiego szkolnictwa niepublicznego, pierwszą organizację propagującą ideę edukacji niezależnej od monopolu państwowego, założyciela sieci szkół znanych z wysokiego poziomu kształcenia intelektualnego i fizycznego oraz niepowtarzalnej atmosfery.

Społeczne Towarzystwo Oświatowe w trzech odsłonach.

Wczoraj

Bardzo zły stan jednolitego systemu zarządzanego przez administrację państwową, brak perspektyw na rychłą poprawę szkolnictwa oraz naturalna troska rodziców o jak najlepsze wykształcenie własnych dzieci stały się pod koniec lat osiemdziesiątych inspiracją do założenia Społecznego Towarzystwa Oświatowego. Pomysł i zapał najpierw kilku, potem kilkunastu osób pozornie nie mających nic wspólnego z

tzw. profesjonalną oświatą stanowił wyzwanie złamania państwowego monopolu w wychowaniu i kształceniu dzieci. Współpracujący z nauczycielską „Solidarnością" założyciele – ludzie z całej Polski – w dniu 30 listopada 1987 roku podpisali wniosek o rejestrację STO dołączając statut i tym samym podejmując decyzję o oficjalnej działalności niezależnie od postawy ówczesnych władz.

U podstaw koncepcji edukacyjnej STO leżało przekonanie, że szkoła to miejsce wspólnej aktywności rodziców, nauczycieli i uczniów. Proces nauczania i wychowania nie powinien przebiegać jako „realizacja obowiązku szkolnego", ale być ciągiem zdarzeń zmierzających do ukształtowania ucznia jako osoby w sensie umysłowym, duchowym, społecznym, kulturalnym, fizycznym. Wiąże się to z podmiotowym i indywidualnym traktowaniem każdego ucznia.

Rok 1988 to walka o rejestrację STO oraz krzewienie idei szkolnictwa niepublicznego poprzez nawiązywanie kontaktów ze środowiskami z różnych miast. Poparcie w większości mediów pomysłu wprowadzenia do polskiej oświaty pluralizmu było znaczące, ale nie wystarczające do prawnego jego zaistnienia. Jednak determinacja grupy inicjacyjnej, coraz szersze wsparcie społeczne, a przede wszystkim okoliczności polityczne (słabnący reżim komunistyczny) zaowocowały w dniu 29 grudnia 1988 wpisem Społecznego Towarzystwa Oświatowego do rejestru stowarzyszeń i związków Wydziału Społeczno-Administracyjnego Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy.

Pierwszy Zjazd Towarzystwa w styczniu 1989 roku przyjął Deklarację Programową wyraźnie określającą cele i zamiary działalności STO, wybrał władze, co umożliwiło organizowanie Biura. Jego funkcjonowanie było o tyle ważne, że napływała do niego coraz większa liczba osób zainteresowana zakładaniem szkół niezależnych. Dynamika rozwoju była tak duża, iż zmusiła władze do zwołania w maju Nadzwyczajnego Zjazdu nowelizującego statut, w którym wprowadzono jednostki terenowe tzw. koła oraz wybory delegatów jako reprezentantów poszczególnych struktur na kolejne zjazdy.

Bezsporny jest wkład działaczy STO w tworzenie praw określających ramy funkcjonowania szkół niepublicznych. Zaproszeni do współpracy przez ministra edukacji pierwszego niekomunistycznego rządu prof. H. Samsonowicza przedstawiciele stowarzyszenia nadali nowy kształt ustawie oświatowej określając zasady zakładania, prowadzenia, finansowania, opodatkowania, wolności programowej i organizacyjnej placówek niepublicznych.

Wrzesień 1989 r. to czas powstania pierwszych szkół STO w Augustowie, Gdańsku, Jeleniej Górze, Krakowie, Milanówku, Poznaniu, Szczecinie i Warszawie. Początki funkcjonowania szkolnictwa społecznego cechuje niezwykły entuzjazm rodziców i nauczycieli połączony z ogromną ich aktywnością i zaangażowaniem w budowanie na swoim terenie wspólnoty. Tworzenie „nowego" niesie ze sobą wiele sporów, kłótni i konfliktów, ale jednocześnie wyzwala niespotykany potencjał energii i pozwala na osiąganie celów pozornie nieosiągalnych.

Lata 1990-1997 to bardzo dynamiczny rozwój. Powstają kolejne koła i placówki, co wymaga zmian organizacyjnych i statutowych w STO. Zmiany w statucie wprowadzają tzw. podwójną osobowość prawną, w myśl której koło terenowe

po roku prowadzenia placówki oświatowej może stać się samodzielne pozostając w strukturach Towarzystwa, ale posiadając odrębną osobowość prawną. Daje to strukturom terenowym poczucie bezpieczeństwa finansowego i intelektualnego z jednoczesną pełną odpowiedzialnością (również karno-skarbową) za prowadzone szkoły. Prowadzi to do daleko posuniętej decentralizacji Biura Zarządu Głównego z równoczesną coraz większą jego profesjonalizacją. Dzięki uchwale Zjazdu umożliwiającej finansowanie Biura z funduszy zgromadzonych z jedno- lub dwuprocentowych odpisów od przychodów z czesnego poszerza się kadrę w nim zatrudnioną i zmienia lokalizację na bardziej atrakcyjną. Staje się ono zapleczem nie tylko organizacyjnym, ale i intelektualnym wydającym materiały stanowiące pomoc prawną dla kół i szkół np. „Poradnik Prezesa i Dyrektora".

Rok 1992 to powołanie przez STO do życia jednej z pierwszych w kraju wyższej szkoły niepaństwowej – Mazurskiej Wszechnicy Nauczycielskiej w Olecku.

W połowie lat 90. zaczęto organizować coroczne konferencje dyrektorów i prezesów kół, które stały się okazją wymiany myśli, te zaś owocowały wypracowaniem wspólnych pomysłów i inicjatyw.

Rzeczy nowe, nabierające kształtu, podlegające ewaluacji najczęściej w pewnym momencie dosięga kryzys. Nie ominął on również Towarzystwa. Przypadł na lata 1998-99. Z czego wynikał? Z dążenia do radykalnych zmian pewnej grupy dyrektorów i działaczy powodowanych osobistymi ambicjami, bądź też urazami lub może z powodu innego postrzegania przez nich miejsca i roli środowiska na mapie życia publicznego kraju. Wewnętrzny rozłam doprowadził STO na krawędź niebytu. Jednak wierność zasadom oraz silne i trwałe podstawy tworzone od 1987 roku pozwoliły uniknąć ostatecznej klęski, znowu stanąć mocno „na nogi" i po kilku latach odzyskać miejsce lidera oświaty niezależnej w Polsce.

Docenieniem dotychczasowego dorobku STO było wyróżnienie w pierwszym Konkursie na Najlepszą Inicjatywę Obywatelską Pro Publico Bono z okazji X-lecia III Rzeczpospolitej.

15-lecie istnienia to okazja do świętowania i podsumowań. Wielka Gala na Zamku Królewskim w Warszawie pozwala wyróżnić Złotą lub Srebrną Odznaką Towarzystwa osoby wybitnie zasłużone dla rozwoju polskiej edukacji.

Nowe rozwiązania ustawowe, przede wszystkim „ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie" obowiązująca od 1 stycznia 2004 r. oraz uzyskanie w marcu tegoż roku statusu organizacji pożytku publicznego pozwala na zasilanie finansów Towarzystwa przez licznych przyjaciół i sympatyków 1% odpisem od podatku PIT.

Nie można nie wspomnieć o STO jako o liderze ruchu „Rodzice w szkole". Wkład organizacji w uspołecznienie polskiej edukacji poprzez określenie w jej systemie miejsca i roli rodziców oraz opracowanie i realizowanie przez wiele lat programu pod tym hasłem został uhonorowany w 2004 r. Główną Nagrodą w Konkursie na Najlepszą Inicjatywę Obywatelską Pro Publico Bono. Uczestnictwo w licznych konferencjach, seminariach i szkoleniach odbywających na terenie Europy, kontynencie amerykańskim i australijskim pozwoliło na nawiązanie współpracy z organizacjami edukacyjnymi z różnych krajów świata. Dało również możliwość

wyboru głównego partnera, którym zostało Europejskie Stowarzyszenie Rodziców – European Parents Association (EPA). Przyznanie w 1993 roku STO pełnoprawnego członkowstwa sprawiło, że Polska jako jedyny kraj spoza Unii Europejskiej otrzymała status równoprawny z państwami unijnymi, a jej przedstawiciel zasiadł we władzach naczelnych. Zatem kiedy w 2004 roku nasz kraj wchodził do Unii, Społeczne Towarzystwo Oświatowe od dawna już w niej było pełniąc rolę ambasadora polskiej oświaty niepublicznej, a czasem całej polskiej oświaty.

Dziś

Obecnie w strukturach STO działa na terenie całej Polski 87 kół zrzeszających około 185 placówek oświatowych (uczęszcza do nich prawie 20 tys. uczniów) w tym: 2 przedszkola, 59 szkół podstawowych, 62 gimnazja, ponad 30 liceów różnych typów, 4 technika, 4 szkoły muzyczne I stopnia, szkoły policealne oraz wyższą uczelnię – Mazurską Wszechnicę Nauczycielską w Olecku. Posiada ona pięć oddziałów (kształci ponad 3,5 tys. studentów) i zajmuje znaczące miejsce na mapie szkolnictwa wyższego terenów północno-wschodniej Polski.

Towarzystwo współpracuje ze znaczącymi pozarządowymi organizacjami obywatelskim zajmującymi się sprawami edukacji tj. Krajowe Forum Oświaty Niepublicznej, Federacja Inicjatyw Oświatowych, Towarzystwo Rozwijania Inicjatyw Oświatowych, Przymierze Rodzin, Warszawskie Oświatowe Porozumienie Rodziców, Zachodniopomorskie Stowarzyszenie Rodziców i Federacja Rozwoju Dzieci im. J.A. Komeńskiego.

Do grona przyjaciół, którzy pełniąc najwyższe funkcje państwowe i publiczne wspierali i wspierają swoją pomocą i współpracą STO przyczyniając się do jego sukcesów zaliczyć można: prof. H. Samsonowicza, prof. A. Zolla, K.M. Ujazdowskiego, A. Radziwiłł, prof. A. Janowskiego, prof. K. Konarzewskiego, prof. A. Nalaskowskiego, prof. M. Steca.

Wiele placówek Towarzystwa nawiązało bezpośredni kontakt ze szkołami z różnych zachodnich krajów europejskich, organizując wymianę młodzieży, dzieląc się doświadczeniami, realizując programy Comenius i Sokrates. STO pomaga szkołom poza naszymi wschodnimi granicami m.in. polskim placówkom dydaktyczno-wychowawczym w Baranowiczach, Krzemieńcu, Wołkowysku i Jęczmieniskach oraz ukraińskiej szkole w Krzemieńcu.

Coraz powszechniejsze postawy prozdrowotne wpłynęły na zwiększenie roli różnorodnych zajęć wychowania fizycznego. Sport w szkołach STO to nie tylko sfera działań dla uzdolnionych. Wysoko punktowane jest samo aktywne uczestnictwo, co sprzyja wytworzeniu nawyku aktywności ruchowej dla przyjemności i zdrowia. Uczniowie szczególnie predestynowani mają możliwość trenować ulubione dyscypliny i brać udział w międzyszkolnych zawodach sportowych. Niektóre zyskują zasięg lokalny i renomę w okolicznych placówkach albo zasięg regionalny i stają się atrakcyjne także dla uczestników z innych miejscowości. Do takowych zaliczyć należy organizowane od 2001 roku: Festiwal Sztuk Walki w Krakowie czy Halowe Mistrzostwa Polski w Piłce Nożnej Szkół Podstawowych w Raciążu jak również Turniej Szermierczy „O miecz Zerwikaptur Longinusa Podbipięty".

Niewątpliwym sukcesem społeczności stowskiej jest wypracowanie spotkań integrujących środowisko w ramach krajowej rywalizacji sportowej odbywającej się w roku 2006 już po raz 12. Ogólnopolskie Zawody Pływackie Szkół STO w Ciechanowie i Zimowe Igrzyska Szkół Niepublicznych w Zakopanem skupiające około 1000 uczestników są stałym punktem w kalendarzu imprez niezwykle oczekiwanym przez dzieci, młodzież, nauczycieli i rodziców. I to chyba dlatego, że środowisko cechuje odmienne od tradycyjnego traktowanie rywalizacji. Zwyciężanie jest rzeczą niezwykle przyjemną, jednak tutaj ważnym jest przede wszystkim, biorąc pod uwagę rozwój osobowości wychowanka, aby uczeń walczył sam ze sobą, aby dążył do nieustannego polepszania własnych wyników, aby cieszył się udziałem w zawodach.

Do programowej działalności dydaktyczno-wychowawczej szkół weszły także wycieczki edukacyjne i tzw. zielone szkoły realizowane metodą projektów dwa razy do roku, jesienią i wiosną. Preferowane wyjazdy krajowe służą poznawaniu innych regionów, różnych sposobów życia, dają szansę na przeżycie przygody. Kontakt z naturą w połączeniu z aktywnością ruchową stanowi zatem ważny element edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży.

Ponieważ placówki społeczne nie funkcjonują w izolacji, musiały zmierzyć się z typowymi problemami dla współczesnych środowisk szkolnych tj.: nałogami, modą czy agresją. Zagrożenie narkotykowe w szkołach STO bardzo szybko przestało być tabu (np. warsztaty prowadzone przez pracowników MONARu), dzięki czemu, przy uważnej obserwacji i profilaktyce, wolne są one od tej plagi. Zjawisko przemocy wychwytywane jest w zarodku i rzadko zdarza się, by stało się problemem wychowawczym. Mody młodzieżowe – wyrażające się w gustach muzycznych i strojach – są w szkołach obecne, nie ma natomiast subkultur wyrosłych z buntu i poczucia beznadziejności. Działania zapobiegające patologiom społecznym są łatwiejsze do podjęcia w szkołach niewielkich, kameralnych, w których nie dopuszcza się do anonimowości i indywidualizuje postępowanie wobec ucznia. Daje to poczucie bezpieczeństwa dzieciom i młodzieży, pracownikom, ale przede wszystkim rodzicom.

Jutro

Wszelka działalność wymaga planowania, wytyczania nowych celów, zadań. W przypadku tak dużego i dynamicznego ruchu obywatelskiego jakim jest STO powinny one być na miarę dotychczasowych osiągnięć i wyzwań najbliższych dziesięcioleci. Zachowując wierność zasadom i etycznym postawom zakłada się kontynuację budowy demokratycznego, obywatelskiego Państwa w obszarze edukacji. Monitorowanie na bieżąco wszystkich planowanych przez kolejne rządy zmian, by być przygotowanym do obrony rozwiązań dobrych nie tylko dla szkół niepublicznych, ale przede wszystkim dla polskiej oświaty.

Zaś wewnątrz Towarzystwa wzmacnianie jego struktury oraz wypracowywanie przejrzystych relacji i wzajemnych zależności pomiędzy zarządem koła a szkołą i jej dyrektorem. By mogli oni dokładać wszelkich starań, aby jak największej liczbie dzieci i młodzieży stwarzać lepsze warunki do wszechstronnej, rzetelnej edukacji, zapewniać im prawidłowy rozwój, zdrowie, radość i uśmiech.

Literatura

1. Konferencja ERNAPE, 2003, Szkoła, rodzina i lokalna społeczność w świecie zmian i różnic. Wyd. STO, Gdańsk.
2. Rosińska-Jackl M., 2005, Społeczne Towarzystwo Oświatowe. Oświata – Wychowanie – Edukacja Obywatelska. Wyd. STO, Warszawa.
3. Putkiewicz E., Wiłkomirska A., Zielińska A., 1997, Szkoły państwowe a szkoły społeczne. Dwa światy socjalizacji. Wyd. STO, Warszawa.
4. Starzyński W., 2005, Społeczne Towarzystwo Oświatowe w piętnastu rozdziałach. Wyd. STO, Warszawa.
5. www.sto.org.pl

Ewelina Dębowska
Uniwersytet Łódzki
Katedra Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego

Prawne aspekty odpowiedzialności zawodowej nauczyciela – wybrane zagadnienia

Nauczyciel to nie tylko zawód, to także rola społeczna, wymagająca od niego spełniania szeregu oczekiwań pewnej społeczności. Rolą nauczyciela – pedagoga nie jest tylko nauczanie, ale także rozwijanie u uczniów umiejętności myślenia, dokonywania skojarzeń, rozwijania zainteresowań i w pewnym zakresie kształtowania ich osobowości. Te zadania stawiają względem nauczyciela wysoką poprzeczkę i sprawiają, że zawód nauczyciela jedni postrzegają jako tylko zawód, inni zaś jako powołanie. Należy przy tym pamiętać, że nauczyciel to człowiek jak każdy inny, w takim samym zakresie jak inni podlega reżimowi odpowiedzialności prawnej (pracowniczej, cywilnej czy karnej), a z drugiej strony w porównaniu z innymi zawodami szczególnie eksponowana jest jego odpowiedzialność w sferze moralnej. Jej poczucie jest w pewnym zakresie wynikową podejścia do zawodu nauczycielskiego i roli społecznej jaką przypisuje się nauczycielowi.

Kwestię odpowiedzialności nauczyciela należy rozpatrywać na dwóch podstawowych płaszczyznach: jako odpowiedzialność moralną i jako odpowiedzialność prawną.

Odpowiedzialność moralna

Odpowiedzialność to wskaźnik dojrzałości człowieka. Oznacza gotowość, obowiązek, a nawet konieczność odpowiadania, a więc ponoszenia konsekwencji za własne myślenie, pragnienia, słowa, postawy i działanie. Stanowi świadomy i wolny stosunek działającego (sprawcy) do jego czynów, do siebie i innych osób oraz rzeczy, a także stojących na ich straży norm i sankcji. Działający odpowiedzialnie podmiot wchodzi w relację moralną (i prawną) z powierzonymi mu osobami czy zadaniami. Wyraża przy tym gotowość do wywiązania się z podjętych działań. Odpowiedzialność wyrasta z poczucia powinności moralnej, łączy się z wartościami i najpełniej przejawia się w podejmowanych obowiązkach.

Odpowiedzialność nauczyciela jest nie tylko wartością indywidualną, ale także społeczną, szczególnie eksponowaną z racji jego misji dydaktyczno-wychowawczej. Odpowiedzialność w sferze moralnej oznacza głównie kierowanie się sumieniem, które jest strażnikiem prawidłowej oceny etycznej własnych czynów, rozmów i myśli. Sumienie pozwala rozeznać dobro lub zło konkretnych decyzji i działań w świetle obiektywnych, pewnych stałych norm moralnych, wiążących zawsze i wszędzie.

Ponoszenie odpowiedzialności moralnej przez nauczyciela warunkowane jest przez: jego świadomość obowiązków, świadomość czynów, gotowość do ponoszenia ich konsekwencji, rozwaga i mądrość w sytuacjach wyborów moralnych, uczciwość względem siebie, a również zdolność samooceny. Te warunki kształtują jego świadomość zawodową.

W związku z powyższym same nasuwają się pytania:

– czy odpowiedzialność nauczyciela jest wynikową, niejako przedłużeniem odpowiedzialności naturalnej, zwracając uwagę na niewątpliwe implikacje odpowiedzialności nauczycielskiej i odpowiedzialności rodzicielskiej? Czy istnieją podstawy ku temu, aby nauczyciel ponosił odpowiedzialność w części przejętą od rodziców, wynikającą z łączącego ich naturalnego stosunku pokrewieństwa?
– przed kim lub/i przed czym odpowiada nauczyciel i jak egzekwowana jest jego odpowiedzialność?

Te zagadnienia skłaniają do wniosku, iż odpowiedzialności nauczyciela nie można sprowadzać w prostej linii tylko do odpowiedzialności prawnej, a rozpatrywanie odpowiedzialności prawnej nauczyciela i tak prowadzi do próby rozstrzygnięcia dylematów z zakresu takich pojęć jak autorytet nauczyciela czy rola społeczna nauczyciela. Zresztą wydaje się w pełni zasadne twierdzenie o ścisłym powiązaniu poczucia odpowiedzialności moralnej z odpowiedzialnością prawną, w rozumieniu następstw negatywnych zachowań lub zaniechań pewnych zachowań nauczyciela.

Pojęcie roli społecznej służy ujęciu związku między jednostką a społeczeństwem (strukturą społeczną). Według R. Lintona struktura społeczna to uporządkowany zbiór kategorii (np. płeć, wiek, zawód, miejsce zajmowane w rodzinie) zdający sprawę z istotnego zróżnicowania zachodzącego między ludźmi. Do każdej takiej postawy przypisane są określone postawy i zachowania, których inni oczekują od osób reprezentujących tę kategorię. Te oczekiwania to właśnie rola społeczna. Innymi słowy, rola społeczna to podzielany przez większość członków pewnej społeczności zespół oczekiwań, które określają jak jednostka należąca do danej kategorii społecznej powinna myśleć, co powinna robić, a także co może egzekwować od innych osób z jej otoczenia, przy czym jednostka musi wobec danego faktu zająć własne stanowisko. Współcześnie rola nauczyciela wydaje się być:

– niejasna (brak uzgodnionych, konkretnych kryteriów „zawodowej doskonałości"),
– wewnętrznie niespójna (często oczekiwaniom względem nauczyciela brak spójności – spełnienie jednych, wyklucza lub utrudnia spełnienie innych; ujawnia się tu również źródło niespójności oczekiwań, tzn. antagonizm między partnerami danej roli: uczeń – nauczyciel – rodzic),

– psychologicznie trudna (chodzi tu o koszty psychiczne, które ponosi nauczyciel wykonując swą rolę, także ponadprzeciętna i „specyficzna" odpowiedzialność),
– i niezgodna z innymi rolami nauczyciela.

Zgodnie z socjologiczną definicją sformułowaną przez E. Durkheima, autorytet to „cecha, w którą jest uposażona istota realna lub idealna w stosunku do określonych osobników, dzięki której uważana jest przez tych ostatnich za obdarzoną w moc wyższą od tej, jaką przypisują samym sobie". Na gruncie pedagogiki autorytet nauczyciela według J. Pietera to „zespół wielu różnorodnych właściwości nauczyciela, dzięki którym uczeń bez wyraźnych nakazów i bez strachu przed karą ulega wychowawczemu wpływowi nauczyciela, a w szczególności chętnie uczy się stosować do jego wymagań". Wydaje się konieczne zaznaczyć, że autorytet nie jest czymś danym nauczycielowi ze strony środowiska czy władz szkolnych. To on sam winien pobudzić takie cechy swego umysłu i charakteru, aby dążyć do uznania przez środowisko własnej osobowości, powstania i utrwalenia swego autorytetu moralnego i intelektualnego. Źródła autorytetu nauczyciela tkwią w sferze wartości niematerialnych, u jego podstaw leżą ideały pedagogiczne, efektywność nauczania, osobowość, empatia, charyzma, otwarcie na młodszego człowieka. Wskazuje się przy tym na pewne cechy osobowościowe nauczyciela pretendującego do bycia autorytetem: ideowość, moralność, mądrość życiowa, wiedza i ogólna kultura umysłowa, mistrzostwo dydaktyczne, mistrzostwo pedagogiczne, kultura osobista.

Zgodnie z art. 6 Karty Nauczyciela, nauczyciel obowiązany jest rzetelnie realizować zadania związane z powierzonym mu stanowiskiem oraz podstawowymi funkcjami szkoły: dydaktyczną, wychowawczą i opiekuńczą; wspierać każdego ucznia w jego rozwoju oraz dążyć do pełni własnego rozwoju osobowego. Drugie zdanie tego artykułu szczególnie eksponuje, chociaż w sposób pośredni, odpowiedzialność nauczyciela w sferze moralnej, który „obowiązany jest kształcić i wychowywać młodzież w umiłowaniu Ojczyzny, w poszanowaniu Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, w atmosferze wolności sumienia i szacunku dla każdego człowieka; dbać o kształtowanie u uczniów postaw moralnych i obywatelskich zgodnie z ideą demokracji, pokoju i przyjaźni między ludźmi różnych narodów, ras i światopoglądów". Trudno wyobrazić sobie, aby takie pojęcia jak „szacunek", „wolność sumienia", „postawa moralna" były podstawą odpowiedzialności nauczyciela w innej sferze niż moralna. Z drugiej strony, nie wywiązywanie się przez nauczyciela z tak zdefiniowanego obowiązku wynikającego z jego roli społecznej, wydaje się, że nie może pozostać bez próby pociągnięcia go do odpowiedzialności i próby rozliczenia z zaniechania lub swego rodzaju niedbalstwa.

Odpowiedzialność prawna

Podstawę prawną odpowiedzialności dyscyplinarnej stanowi Rozdział 10 Karty Nauczyciela oraz Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 stycznia 1998 r. w sprawie komisji dyscyplinarnych dla nauczycieli i trybu postępowania dyscyplinarnego.

Zgodnie z treścią art. 75 Karty Nauczyciela, nauczyciele mianowani i dyplomowani podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej za uchybienia godności zawodu nauczyciela lub obowiązkom, o których mowa w art. 6. Należy przy tym wskazać na zastrzeżenie jakie czyni tutaj ustawodawca rozróżniając odpowiedzialność nauczycieli mianowanych i dyplomowanych, a nauczycieli kontraktowych i stażystów. O ile w art. 6 Karty Nauczyciela brak jest takiego różnicowania względem obowiązków nauczycielskich, co oznacza, że wszyscy nauczyciele mają takie same obowiązki, to przepis art. 75 wskazuje wprost, że odpowiedzialności dyscyplinarnej podlegają nauczyciele mianowani i dyplomowani, zaś nauczyciele kontraktowi i stażyści podlegają odpowiedzialności na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów Kodeksu pracy. Poza tym warto zaznaczyć jak trudną podstawą do pociągnięcia nauczyciela do odpowiedzialności jest art. 6, który ustawodawca sformułował w sposób mało konkretny, nieostry i dający możliwość do różnych interpretacji i rozszerzonej wykładni. Wzniosłość języka jakim posługuje się ustawodawca przysparza tylko problemów i nasuwa pytania: czym jest godność zawodu nauczyciela? co oznacza zwrot „rzetelnie realizować powierzone zadania"? Na mocy tak sformułowanych przepisów trudno doprowadzić do sytuacji, w której nauczyciel poniósłby odpowiedzialność z tytułu popełnienia czynu, który uchybiałby godności jego zawodu.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami karami dyscyplinarnymi są: nagana z ostrzeżeniem, zwolnienie z pracy, zwolnienie z pracy z zakazem przyjmowania ukaranego do pracy w zawodzie nauczycielskim w okresie 3 lat od ukarania, wydalenie z zawodu nauczycielskiego. Kary te wymierza komisja dyscyplinarna. Postępowanie dyscyplinarne jest dwuinstancyjne. W pierwszej instancji orzekają komisje dyscyplinarne przy wojewodach. Dotyczy to nauczycieli wszystkich szkół na terenie właściwego województwa. Komisje takie powołane są przy kuratorach oświaty działających w każdym województwie. Drugą instancję stanowi odwoławcza komisja dyscyplinarna przy ministrze właściwym do spraw oświaty, a w stosunku do postępowań dyscyplinarnych nauczycieli szkół artystycznych – odwoławcza komisja dyscyplinarna przy ministrze właściwym do spraw kultury i sztuki. Komisje dyscyplinarne są niezawisłe w zakresie orzecznictwa dyscyplinarnego. Od prawomocnych orzeczeń odwoławczych komisji dyscyplinarnych stronom przysługuje odwołanie do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania obwinionego sądu apelacyjnego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem. Do rozpatrzenia odwołania stosuje się przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o apelacji. Od orzeczenia sądu apelacyjnego kasacja nie przysługuje.

Dla każdej komisji dyscyplinarnej, organ, przy którym została ona powołana wyznacza rzecznika dyscyplinarnego, na wniosek którego komisja dyscyplinarna wszczyna postępowanie dyscyplinarne. Komisje dyscyplinarne wydają orzeczenia po przeprowadzeniu rozprawy oraz po wysłuchaniu głosów rzecznika dyscyplinarnego i obwinionego lub jego obrońcy.

Postępowanie dyscyplinarne nie może być wszczęte po upływie 3 miesięcy od dnia uzyskania przez właściwy organ, przy którym powołana została komisja dyscyplinarna – wiadomości o popełnieniu czynu uzasadniającego nałożenie kary i po

upływie 3 lat od popełnienia tego czynu. Jeżeli jednak podstawą wszczęcia postępowania dyscyplinarnego jest czyn stanowiący przestępstwo, wtedy okres ten nie może być krótszy od okresu przedawnienia ścigania tego przestępstwa. Postępowanie dyscyplinarne, którego przedmiotem jest ten sam czyn, będący podstawą wszczęcia postępowania karnego, może być prowadzone równolegle z tym postępowaniem. Obydwa postępowania są od siebie niezależne. Orzeczenie wydane w postępowaniu karnym nie stanowi przeszkody do wszczęcia postępowania dyscyplinarnego, a treść orzeczenia w postępowaniu karnym nie wpływa bezpośrednio na wymiar i rodzaj kary dyscyplinarnej. Dyrektor szkoły może zawiesić w pełnieniu obowiązków nauczyciela, a organ prowadzący szkołę – dyrektora szkoły, przeciwko któremu wszczęto postępowanie karne lub złożono wniosek o wszczęcie postępowania dyscyplinarnego, jeżeli ze względu na powagę i wiarygodność wysuniętych zarzutów celowe jest odsunięcie nauczyciela od wykonywania obowiązków w szkole. Bezwzględne zawieszenie następuje gdy wszczęte postępowanie karne lub złożony wniosek o wszczęcie postępowania dyscyplinarnego dotyczy naruszenia praw i dobra dziecka. Zaś z mocy prawa nauczyciel i dyrektor szkoły zostaje zawieszony w pełnieniu obowiązków w razie jego tymczasowego aresztowania lub w razie pozbawienia go wolności w związku z postępowaniem karnym. Zawieszenie w pełnieniu obowiązków nie może trwać dłużej niż 6 miesięcy, chyba że przeciwko nauczycielowi lub dyrektorowi szkoły toczy się jeszcze postępowanie wyjaśniające, w związku z którym nastąpiło zawieszenie.

Zgodnie z ust. 2 art. 75 Karty Nauczyciela, za uchybienia przeciwko porządkowi pracy, w rozumieniu art. 108 Kodeksu pracy, wymierza się nauczycielom kary porządkowe zgodnie z Kodeksem pracy. Pragnę zwrócić uwagę, że ustawodawca w stosunku do ustępu 1 tego samego artykułu rezygnuje z kategoryzowania nauczycieli co oznacza, że wymierzenie kary porządkowej jest możliwe w takim samym stopniu względem nauczyciela mianowanego, dyplomowanego, jak i kontraktowego, czy nauczyciela stażysty. Przepis tego artykułu zbliża nas do odpowiedzialności pracowniczej na mocy przepisów Kodeksu Pracy, który rozróżnia odpowiedzialność porządkową i odpowiedzialność materialną. Głównym celem odpowiedzialności porządkowej jest zdyscyplinowanie nauczyciela jako pracownika oraz wyegzekwowanie od niego przestrzegania ustalonej organizacji i porządku pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych, a także przyjętego sposobu potwierdzania przybycia i obecności w pracy oraz usprawiedliwiania nieobecności w pracy. Oznacza to, że istotą odpowiedzialności porządkowej jest stosowanie wobec nauczyciela jako pracownika sankcji typu represyjnego, tzn. kar za naruszenie obowiązku przestrzegania porządku pracy. Karami porządkowymi są: upomnienie i nagana. Dodatkowo pracodawca może również w określonych sytuacjach zastosować karę pieniężną.

Odpowiedzialność materialną nauczyciel jako pracownik ponosi wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych, jeśli ze swej winy wyrządził pracodawcy szkodę. Chodzi tu o szkodę, jaką wyrządza nauczyciel bezpośrednio pracodawcy bądź osobie trzeciej. Krótko mówiąc odpowiedzialność materialna wspiera ochronę mienia pracodawcy. Sankcje mają tutaj z zasady cha-

rakter pieniężny i służą zrekompensowaniu pracodawcy (szkole) lub osobie trzeciej szkody na mieniu lub osobie. Wyraźnie należy wskazać na rozróżnienie materialnej odpowiedzialności pracowniczej od odpowiedzialności cywilnej (kontraktowej i deliktowej na podstawie Kodeksu Cywilnego). Materialna odpowiedzialność pracownicza jest odpowiedzialnością za szkodę wynikłą z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania powstałego na podstawie umowy o pracę lub innego aktu, na podstawie którego nawiązał się stosunek pracy (np. powołania, mianowania, wyboru). Wysokość odszkodowania (nie wyższa niż kwota trzymiesięcznego wynagrodzenia) warunkują: wysokość szkody, stopień winy pracownika, wynagrodzenie pracownika oraz całokształt okoliczności danej sprawy (miarkowanie czyli obniżenie wysokości odszkodowania). Szczególną postacią pracowniczej odpowiedzialności majątkowej jest taka odpowiedzialność jaką ponosi pracownik (także nauczyciel) wobec pracodawcy za szkodę wyrządzoną przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych osobie trzeciej, tzn. osobie fizycznej lub prawnej nie będącej pracodawcą danego pracownika. Pracownik ponosi wobec pracodawcy odpowiedzialność regresową za szkodę wyrządzoną osobie trzeciej przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych na zasadzie winy tak samo, jak za szkodę wyrządzoną bezpośrednio samemu pracodawcy wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych. Oznacza to, że pracownik odpowiada niejako pośrednio, gdyż pracodawca naprawiwszy szkodę, może domagać się od niego w drodze regresu odszkodowania. Pracownik ponosi odpowiedzialność za szkodę w granicach rzeczywistej straty poniesionej przez pracodawcę i tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynikła szkoda, nie ponosi zaś odpowiedzialności za szkodę w takim zakresie, w jakim pracodawca lub inna osoba przyczyniły się do jej powstania albo zwiększenia.

Ważnym zagadnieniem jest odpowiedzialność prawna nauczyciela w razie wypadku ucznia w szkole. Pierwszoplanowym obowiązkiem każdego nauczyciela jest troska o zdrowie, bezpieczeństwo i higienę uczniów. O ile pojęcie bezpieczeństwa jest stosunkowo łatwe do zdefiniowania, to już jego zapewnienie nie jest sprawą tak prostą. Potocznie bezpieczeństwo rozumiemy jako stan, w którym mamy poczucie pewności, oparcie w drugiej osobie lub w sprawnie działającym systemie prawnym, inaczej mówiąc to stan braku zagrożenia.

Za wypadek w szkole uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło między innymi w czasie zajęć dydaktycznych, wychowawczych lub opiekuńczych realizowanych przez jednostki organizacyjne systemu oświaty.

Doświadczenia wskazują, że najwięcej wypadków zdarza się podczas zajęć z wychowania fizycznego, przerw międzylekcyjnych oraz przed rozpoczęciem zajęć lub po ich zakończeniu.

Najczęstszymi przyczynami wypadków są: niezdyscyplinowanie uczniów, niezamierzone kolizje, nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa i higieny, brak nadzoru ze strony nauczyciela, zły stan obiektów sportowych, a także zły stan zdrowia ucznia, który czasami nauczyciel interpretuje jako uczniowskie wymówki i bagatelizuje. Przyczyny powstawania wypadków na lekcjach wychowania fizycznego można

sklasyfikować na: takie, które powstają z winy nauczyciela, takie, które wynikają z osobowości ucznia oraz wypadki o charakterze technicznym.

Zmierzając w kierunku zapewnienia bezpiecznych warunków na terenie szkoły ustawodawca wprowadził przepisy prawne, które po stronie pracowników szkoły stawiają obowiązek przestrzegania zasad bezpieczeństwa i higieny. Ustawodawca nakłada na dyrektora szkoły i nauczycieli szereg obowiązków warunkujących bezpieczny pobyt uczniów w szkole, w tym także nadzór upoważnionej osoby nad uczniami w trakcie zajęć, jak i na przerwach.

Odrębny rozdział przepisów w sprawie bezpieczeństwa i higieny w szkołach, ustawodawca poświęca zapewnieniu bezpiecznych warunków podczas zajęć z wychowania fizycznego, tym samym zobowiązując nauczyciela wychowania fizycznego do konkretnych zachowań mających podnieść i wzmocnić poziom bezpieczeństwa na zajęciach (m.in. zaznajomienie z zasadami bhp, z regulaminami korzystania z obiektów i urządzeń sportowych, zwracanie uwagi na stan techniczny sprzętu sportowego, itp).

Często bywa tak, że wypadki w szkole wyczerpują także przesłanki odpowiedzialności cywilnej na podstawie art. 415, 417, 427, 430, 435 Kodeksu Cywilnego. Trzeba wskazać na trzy warunki konieczne, aby móc mówić o odpowiedzialności cywilnej, deliktowej: musi zaistnieć zdarzenie, powstać szkoda i konieczne jest wykazanie związku przyczynowego między zdarzeniem (wypadkiem w szkole) a szkodą. Jeśli taki związek przyczynowy zachodzi to mamy do czynienia z czynem niedozwolonym, z tytułu którego odpowiedzialność kształtuje się bądź na zasadzie winy (odpowiedzialność sprawcy za własne czyny – art. 415 KC; odpowiedzialność osoby zobowiązanej do nadzoru za szkodę wyrządzoną przez małoletniego podopiecznego – art. 427 KC), bądź na zasadzie ryzyka (odpowiedzialność organu prowadzącego szkołę za szkodę spowodowaną z winy funkcjonariusza oświaty – na podstawie art. 417 KC; odpowiedzialność osoby powierzającej wykonanie czynności innej osobie będącej podwładnym, tzn. odpowiedzialność za podwładnego – art. 430 KC).

Warto wspomnieć również o odpowiedzialności nauczyciela, do jakiej może być pociągnięty w sytuacji zastosowania wobec ucznia przymusu fizycznego, który jest czynem niedozwolonym, bezprawnym i noszącym znamiona czynu przestępczego. Indywidualizacja odpowiedzialności za czyny przestępcze sprawia, że nauczyciel nie może przerzucić jej na pracodawcę (organ prowadzący szkołę). Jeśli wypadek ucznia w szkole był wynikiem czynu przestępczego nauczyciela, w szczególności zastosowanej przez niego groźby bezprawnej, przymusu fizycznego, narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, to ponosi on odpowiedzialność nie tylko na mocy przepisów Kodeksu Cywilnego, ale również na mocy przepisów Kodeksu Karnego.

Zagadnienie odpowiedzialności cywilnej jest bardzo szerokie i nadające się na przedmiot odrębnych rozważań, dlatego problematykę tę potraktowałam tutaj skrótowo i podjęłam jedynie jako próbę zobrazowania złożonej sytuacji odpowiedzialności prawnej nauczyciela, który może stać się podmiotem w kilku postępowaniach prawnych jednocześnie, np. postępowanie dyscyplinarne nie wyklucza postępowania karnego, często w grę wchodzi również powództwo o odszkodowanie

w drodze postępowania cywilnego. Postępowania te są od siebie niezależne, mogą toczyć się jednocześnie, a czasami rozwiązanie, np. w postępowaniu karnym może się okazać bez wpływu na orzeczenie w postępowaniu dyscyplinarnym.

Niewątpliwie sytuacja taka wynika ze specyficznej pozycji nauczyciela i łączących go stosunków wynikających z jego roli społecznej (nauczyciel a uczeń; nauczyciel a rodzice; nauczyciel jako podwładny a dyrektor szkoły, organ prowadzący szkołę jako przełożony).

Reasumując, warto wskazać, że waga poruszanych zagadnień powinna skłonić każdego nauczyciela do chwili refleksji nad poziomem swej świadomości zawodowej w zakresie zadań i obowiązków wynikających z wykonywania zawodu nauczycielskiego i wiążącej się z tym odpowiedzialności, zarówno w sferze moralnej, jak i *sensu stricto* prawnej. Świadomość taka może okazać się pomocna w realnym spojrzeniu, ocenie i przewidywaniu skutków pewnych zachowań zarówno uczniów, jak i samego nauczyciela.

Literatura

1. Florek L., Zieliński T., 1997, Prawo pracy, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa.
2. Konarzewski K. (red.), 1993, Sztuka nauczania – szkoła, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
3. Michalak J., 2003, Poczucie odpowiedzialności zawodowej nauczycieli, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa.
4. Pomykało W. (red.), 1993, Encyklopedia pedagogiczna, Fundacja Innowacja, Warszawa.
5. Radwański Z., 1997, Zobowiązania – część ogólna, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
6. Węgrzecka M., 1995, Jak studiująca młodzież rozumie pojęcie moralnej odpowiedzialności? (w:) Edukacja aksjologiczna. T.2. Odpowiedzialność pedagoga. Olbrycht K. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

Wykaz aktów prawnych

1. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny (DzU z 1964 r., nr 16, poz. 93; ost. zm. DzU z 2006 r., nr 133, poz. 935).
2. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku – Kodeks pracy (tekst jedn. DzU z 1998 r., nr 21, poz. 94; ost. zm. DzU z 2006 r., nr 104, poz. 711).
3. Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela (tekst jedn. DzU z 2006 r., nr 97, poz. 674; ost. zm. DzU z 2006 r., nr 170, poz. 1218).
4. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (DzU z 1997 r., nr 88, poz. 553; ost. zm. DzU z 2006 r., nr 190, poz. 1409).
5. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 stycznia 1998 r. w sprawie komisji dyscyplinarnych dla nauczycieli i trybu postępowania dyscyplinarnego (DzU z 1998 r., nr 15, poz. 64).
6. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (DzU z 2003 r., nr 6, poz. 69).

III.

ZDROWOTNE UWARUNKOWANIA AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ

Mirosława Cylkowska-Nowak
Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

„Alfabetyzm zdrowotny" w edukacji na rzecz zdrowia – ustalenia terminologiczne i dyskusja problemu

Współcześnie wielu promotorów i edukatorów zdrowotnych stawia sobie kluczowe dla podejmowanych przez nich działań pytanie: dlaczego jedni ludzie osiągają wyższy poziom zdrowia od innych, pomimo bardzo podobnej początkowej kondycji zdrowotnej i proponowanej im oferty programów i działań prozdrowotnych?

Próby rozstrzygnięcia tej kwestii dostarczają wielu różnych odpowiedzi. W tej pracy poddany zostanie analizie jeden z czynników warunkujących uczestnictwo i osiąganie sukcesu w procesach promocji i edukacji zdrowotnej, którym jest alfabetyzm zdrowotny. Ogromne zainteresowanie problematyką alfabetyzacji w zakresie zdrowia zaobserwować można w krajach wysoko rozwiniętych, a zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Wielkiej Brytanii, dlatego prowadzona analiza odwoływać się będzie przede wszystkim do prac powstałych w tych krajach. W części końcowej pracy podjęta zostanie próba scharakteryzowania znaczenia alfabetyzmu dla przyszłości edukacji zdrowotnej.

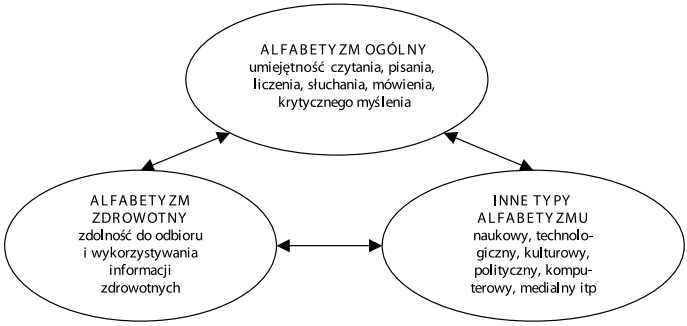
Od alfabetyzmu do alfabetyzmu zdrowotnego – zakresy pojęciowe

W pedagogice pojęcie alfabetyzmu (ang. *literacy*) – znane od około czterdziestu lat – definiowane jest jednoznacznie – to umiejętność pisania i czytania lub umiejętność posługiwania się językiem. Przymiotnik „piśmienny" (ang. *literate*) odnoszony jest do osoby, która potrafi czytać i pisać, jest wykształcona, wyedukowana. Obecnie alfabetyzm postrzegany jest jako konstrukt złożony z kilku różnych jego typów. Najczęściej wymienia się tu: alfabetyzm naukowy, technologiczny, kulturowy, polityczny, wizualny, medialny, komputerowy (lub informatyczny) i inne [Kickbush 2001].

Istnieją bezpośrednie relacje pomiędzy zdefiniowanym wcześniej ogólnym alfabetyzmem a alfabetyzmem zdrowotnym i innymi typami alfabetyzmu (rysunek 1).

Związki alfabetyzmu ze zdrowiem podejmowane były w pracach z zakresu nauk o zdrowiu wielokrotnie. Jednak bardziej znacząco zaakcentowano je w raporcie Banku

Światowego *World Development Report: Investing in Health* w 1993 roku, stwierdzając, iż alfabetyzacja i zwiększanie dostępu do edukacji stanowi „jedno z najbardziej podstawowych działań, jakie można podjąć w celu podwyższenia poziomu zdrowia publicznego"[1]. Z kolei inny, nieco późniejszy raport kanadyjski, *Health Canada* [1999] kontynuuje ten sposób myślenia w stwierdzeniu, iż „poziomy alfabetyzacji, które zwykle, choć nie zawsze, wiążą się z poziomami wykształcenia, są ważnymi predyktorami zatrudnienia, aktywnego uczestnictwa w życiu społeczeństwa i stanu zdrowia. W znacznej mierze są one również predykatorami powodzenia narodu"[2]. Cytat ten wnosi też rozróżnienie pomiędzy poziomem alfabetyzacji a poziomem wykształcenia, uznając niejednoznaczność związku pomiędzy pierwszym i drugim.



Źródło: opracowanie własne na podstawie I. Rootman, B. Ronson [2005], *Literacy and Health Research in Canada*. "Revue Canadienne de Santé Publique", 96, 64.

Rysunek 1.
Relacje pomiędzy alfabetyzmem ogólnym a zdrowotnym.

Przegląd definicji alfabetyzmu zdrowotnego

Pojęcie alfabetyzmu zdrowotnego zostało po raz pierwszy użyte przez Scotta Simondsa w 1974 roku. Znaczenie nadane temu terminowi było wąskie i odnosiło się do rezultatu uzyskiwanego przez uczniów w ramach szkolnej edukacji zdrowotnej. Twierdzono wówczas, że uczniowie mogą zostać wykształceni nie tylko w zakresie formalnego programu nauczania historii, matematyki, języka itp., lecz mogą stać się także wyedukowani w dziedzinie zdrowia [Simonds 1974].

W roku 1995 termin ten zamieszczono w Narodowych Standardach Edukacji Zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych opracowanych przez *Joint Committee on National Health Education Standards*. Zdaniem zespołu autorów alfabetyzm zdrowotny to „zdolność jednostki do pozyskiwania, interpretowania i rozumienia podstawowych informacji zdrowotnych i działań na rzecz zdrowia oraz kompetencja wykorzystania takich informacji i działań w sposób pozwalający na ich wzmacnianie" [Shohet 2002].

[1] Por. World Bank (1993), *World Development Report: Investing in Health*. Washington DC.
[2] Health Canada (1999), *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canada*. Ottawa, adres internetowy: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/report/text_versions/english/index/html.

Ogólny zakres znaczeniowy nadany został pojęciu alfabetyzmu zdrowotnego w opracowaniu pt. *US National Institute of Health's Current Bibliography on Health Literacy*. C. Selden i współautorzy definiują go jako „powszechną zdolność pacjentów do radzenia sobie ze złożonym systemem opieki zdrowotnej". Dalej, w tej samej publikacji pojawia się cytowanie raportu Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy z 1999 roku, nieco lepiej precyzujące pojęcie alfabetyzmu zdrowotnego w medycynie. Osoby reprezentujące wysoki poziom alfabetyzmu potrafią „odczytać i zrozumieć informacje na opakowaniach leków na receptę, w formularzach wizyt lekarskich i innych podstawowych, związanych ze zdrowiem materiałach" [Selden i wsp. 2002].

Alfabetyzm zdrowotny został też zdefiniowany w amerykańskim dokumencie *Healthy People 2010*. Dla autorów tego opracowania pojęcie to oznacza „zdolność do pozyskiwania, interpretowania i rozumienia podstawowych informacji i świadczeń zdrowotnych oraz kompetencje umożliwiające spożytkowanie tych informacji i świadczeń w procesie wzmacniania zdrowia". W dokumencie tym po raz pierwszy nawiązano bezpośrednio do promocji i prewencji zdrowia. Stwierdzając, iż niski poziom alfabetyzacji zdrowotnej uniemożliwia osiąganie dobrostanu zdrowotnego szerokim rzeszom społeczeństwa amerykańskiego, autorzy sformułowali długoterminowe cele obejmujące konieczność badania poziomu alfabetyzmu i dostosowywania form oddziaływania do możliwości odbiorców[3].

Za przełomowe w kwestii definiowania alfabetyzmu zdrowotnego należy uznać prace D. Nutbeam'a. Autor ten odchodzi od wąskiego i ogólnego rozumienia pojęcia, próbując stworzyć bardziej uniwersalną, ale i pełną, poszerzoną definicję. Stwierdza on, iż należy rozpatrywać ten termin w perspektywie czynników psychologicznych, makrospołecznych (odnoszących się do dużych grup, społeczeństw, narodów) i mikrospołecznych (związanych z jednostkami, małymi grupami, społecznościami lokalnymi), wpływających na decyzje i zachowania zdrowotne. Istotne wydaje się też temu autorowi podjęcie próby łagodzenia rozdźwięku pomiędzy „wiedzą" a „praktyką" na płaszczyźnie oddziaływań promocyjnych, profilaktycznych i edukacyjnych. W glosariuszu terminologii promocji zdrowia zaproponował on następującą definicję: „Alfabetyzm zdrowotny to umiejętności kognitywne i społeczne determinujące motywację i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu do informacji, zrozumienia i wykorzystania ich w sposób służący wspieraniu i utrzymywaniu zdrowia w dobrym stanie. Alfabetyzm zdrowotny oznacza coś więcej niż umiejętność czytania broszur i pomyślnego odbywania wizyt u lekarza. Poprzez podwyższanie poziomu dostępu do informacji zdrowotnych oraz zdolności ludzi do ich skutecznego wykorzystywania, alfabetyzm zdrowotny stanowi kluczowe pojęcie w odniesieniu do uzyskiwania kontroli nad własnym życiem". Takie rozumienie alfabetyzmu zostało też przyjęte jako obowiązujące przez Światową Organizację Zdrowia w 1998 roku[4].

Definicja D. Nutbeam'a stała się punktem wyjścia do dyskusji prowadzonych podczas *Warsztatów na temat Alfabetyzmu Zdrowotnego*, zorganizowanych pod-

[3] United States Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion (2000) *Healthy People 2010*, adres internetowy: http://www.health.gov/healthypeople

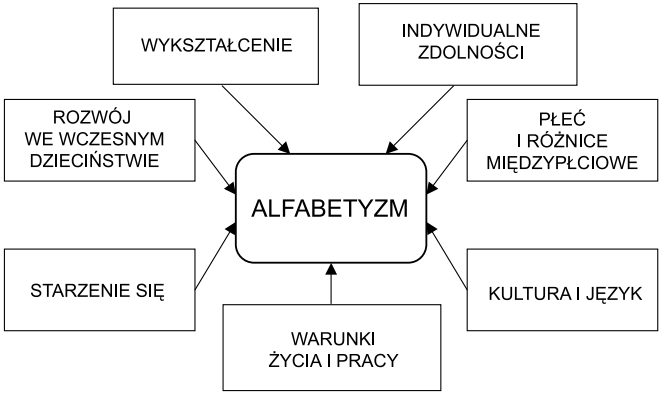
[4] *Health Promotion Glossary* (1998), "Health Promotion International", nr 2, t. 13, s. 361.

czas V Światowej Konferencji Promocji Zdrowia w Meksyku w czerwcu 2000 roku. W rezultacie stwierdzono, że alfabetyzm zdrowotny nie jest jedynie elementem charakterystyki indywidualnej, ale także kluczowym determinantem zdrowia populacji. Uczestnicy warsztatu uznali za konieczne położenie w przyszłości większego nacisku na rozwijanie – w ramach edukacji i promocji zdrowia – umiejętności zdrowotnych na poziomie społeczności [Kickbush 2001].

Czynniki warunkujące alfabetyzm

W przeglądanej literaturze przedmiotu wymienianych jest siedem czynników wpływających na alfabetyzm. Należą do nich: wykształcenie, indywidualne zdolności, rozwój we wczesnym dzieciństwie, starzenie się, warunki życia i pracy, płeć i różnice międzypłciowe oraz kultura i język (rysunek 2).

W większości analizowanych prac stwierdza się korelację pomiędzy poziomem wykształcenia a alfabetyzmem, choć nie jest to zależność jednoznaczna. Wiele spośród tych badań wskazuje, iż alfabetyzm jest silnym predyktorem zdrowia. Z kolei umiejętności składające się na alfabetyzm zdrowotny są warunkowane liczbą ukończonych lat nauki oraz ostatecznym poziomem osiągniętego wykształcenia. Inne badania pokazują natomiast, że nie zawsze – na poziomie indywidualnym – formalnie uzyskane wykształcenie wpływa na poziom alfabetyzmu i zdrowia jednostki. Bardziej istotna okazuje się jakość uzyskanej edukacji. Ponadto, system edukacji (przedszkola, szkoły, uczelnie) i sposób jego funkcjonowania może być jednym z trzech najważniejszych – obok społeczności lokalnej i placówek ochrony zdrowia – miejsc podejmowania interwencji w celu podnoszenia poziomu alfabetyzmu zdrowotnego [Rootman, Ronson 2005].



Źródło: opracowanie własne na podstawie I. Rootman, B. Ronson [2003], *Literacy and Heath in Canada: what we have learned and what can help in the future? A research report*. Canadian Institutes of Health Research, October.

Rysunek 2.
Czynniki warunkujące alfabetyzm.

Wczesne aktywności poznawcze dziecka decydują o przyszłej zdolności do uczenia się, wzorcach reakcji emocjonalnych oraz podejściu kształtującym umiejętności rozwiązywania problemów. Okresem krytycznym w uczeniu się języka są trzy pierwsze lata życia. Uczenie się drugiego języka powinno być rozpoczęte przed 10 rokiem życia. A zatem ogromne znaczenie dla osiągnięć w zakresie alfabetyzmu ma przebieg uczenia się i rozwoju we wczesnym dzieciństwie [Rootman, Ronson 2003].

Również starzenie się wydaje się być czynnikiem znacząco obniżającym poziom alfabetyzmu zdrowotnego. U osób w podeszłym wieku pogarsza się bowiem funkcjonowanie poznawcze i umysłowe. Z jednej strony jest to konsekwencja nieodwracalnych zmian zachodzących w ośrodkowym układzie nerwowym, z drugiej – stylu życia, w ramach którego coraz rzadziej podejmowane są aktywności pozwalające na zachowanie podstawowych umiejętności poznawczych (czytanie, pisanie, praca z komputerem, rozwiązywanie rozmaitych problemów) i komunikacyjnych (mniejsza liczba relacji interpersonalnych), [Roberts, Fawcett 1998].

Zarówno rozwój we wczesnym dzieciństwie, jak i starzenie się wpływają na indywidualne zdolności będące podstawą uczenia się. Zaburzenia procesów poznania i percepcji oraz niepełnosprawności w tym zakresie stanowią oczywiste bariery w rozwijaniu alfabetyzmu. Niektóre z tych problemów warunkowane są genetycznie (np. zespół Downa). Obecnie szacuje się, iż jedna trzecia populacji uczącej się przejawia różnorodne problemy zaburzające proces uczenia się (zespół ADHD, wady słuchu, wady wzroku, dysleksja, dyskalkulia, dysgrafia itp.). Wobec tej grupy osób należałoby rozwinąć indywidualne – często specyficzne – style komunikowania i nauczania [Rootman, Ronson 2003].

Międzynarodowe badania alfabetyzmu wykazały, że około 50% dorosłych, u których stwierdzono niski jego poziom, żyje i pracuje w bardzo złych warunkach, wykonuje słabo płatne prace, jest bezrobotna lub nie posiada stałego źródła dochodu [16]. Dzieci rodziców, mających problemy z czytaniem i pisaniem, nie wykazują zainteresowania uczeniem się, a część spośród nich nie zdobywa formalnego wykształcenia. Reprodukując biografię rodziców, młodzi ludzie również reprezentują niski status społeczno-ekonomiczno-bytowy. W populacji tej znacznie częściej występują różnorodne problemy zdrowotne oraz choroby [Levandowski i wsp. 2006].

Istotnym dla osiągania wysokiego poziomu alfabetyzmu czynnikiem jest również płeć. W krajach rozwijających się niski jego poziom reprezentują przede wszystkim kobiety. W Kanadzie, Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii problem ten jest łagodzony przez masowość szkolnictwa i promowaną równość w edukacji oraz na rynku pracy. Jednak nadal w sferze tej dają się zaobserwować nierówności. Dotyczą one głównie dziewcząt i kobiet urodzonych poza granicami tych krajów oraz przedstawicielek starszego pokolenia [Rootman, Ronson 2005].

Badania prowadzone w krajach wysoko rozwiniętych silnie akcentują wpływ języka i kultury na rozwój alfabetyzmu zdrowotnego. Raport Instytutu Medycznego w Waszyngtonie pt. *Health Literacy* definiuje kulturę jako „wspólne idee, znaczenia i wartości, które są nabywane przez jednostki jako członków społeczeństwa". W konkluzji raportu zaleca się, aby alfabetyzm zdrowotny był rozwijany „w kontek-

ście języka i kultury". Kwestia ta wydaje się być szczególnie istotna w odniesieniu do wielokulturowości tych społeczeństw[5].

Typy alfabetyzmu zdrowotnego

D. Nutbeam zaproponował w swych pracach dokonanie klasyfikacji alfabetyzmu zdrowotnego, wymieniając trzy jego typy-poziomy:

1. Alfabetyzm podstawowy/funkcjonalny – równoznaczny z wąską, tradycyjną definicją tego pojęcia. Charakteryzowany jest on jako „dostateczna, podstawowa umiejętność czytania i pisania, umożliwiająca właściwe funkcjonowanie w codziennych sytuacjach".
2. Alfabetyzm komunikacyjny/interakcyjny – rozumiany jako „bardziej rozwinięte umiejętności czytania i pisania, jak również umiejętności kognitywne, które wraz z umiejętnościami społecznymi mogą być wykorzystywane do aktywnego uczestnictwa w codziennych czynnościach, do uzyskiwania informacji i nadawania znaczeń różnym formom komunikatów, oraz do wykorzystywania nowych informacji w zmieniających się okolicznościach".
3. Alfabetyzm krytyczny – utożsamiany z „bardziej rozwiniętymi umiejętnościami kognitywnymi, które wraz z umiejętnościami społecznymi można wykorzystywać do krytycznej analizy informacji oraz do lepszego kontrolowania zdarzeń i sytuacji życiowych" [Nutbeam 2000].

Pomiar alfabetyzmu zdrowotnego

Przedstawiona typologia pozwoliła na opracowanie list wskaźników, których pomiar umożliwia oszacowanie poziomu alfabetyzmu zdrowotnego w różnych grupach ludzi. Powszechnie stosowanymi w krajach wysoko rozwiniętych testami są: *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (*REALM*) oraz *Test of Functional Health Literacy on Adults* (*TOFHLA*). Oba badają umiejętność czytania i rozumienia tekstu uwzględniającego wybrane aspekty zdrowotne. Pozwalają one wyłącznie na przeprowadzenie diagnozy poziomu alfabetyzmu funkcjonalnego. Przeprowadzenie testu *REALM* zajmuje 1-2 minut (w zależności od możliwości osoby testowanej), a *TOFHLA* około 10-15 minut. Wyłączając *TOFHLA-Spanish version*, dostępne są jedynie wersje anglojęzyczne. Możliwość ich stosowania jest tym samym ograniczona. Istnieje zatem potrzeba opracowania nowych narzędzi pomiaru w różnych wersjach językowych, uwzględniających różnice kulturowe [Rootman, Ronson 2005].

REALM oraz *TOFHLA* wykorzystywane są także w próbach opisania pozostałych poziomów alfabetyzmu zdrowotnego oraz badaniach korelacyjnych z uwzględnieniem takich zmiennych, jak płeć, pochodzenie społeczne, etniczne, wiek, poziom wykształcenia i dochodu [Kickbush 2001].

Kolejnym zadaniem metodologicznym wydaje się opracowanie narzędzi pomiaru, które diagnozować będą zarówno wiedzę, jak i zdolność do działania, rozwiązywania problemów oraz okoliczności, w których może to zachodzić.

Jak twierdzą R. E. Rudd, B. A. Moykens i T. C. Colton, mierzenie alfabetyzmu zdrowotnego stanowić powinno pierwszy krok w konstruowaniu nowego typu in-

[5] Institute of Medicine (2004), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. The National Academies Press, Washington, s. 9-10.

deksu zdrowotnego dla społeczeństw, które uzupełniają pomiary epidemiologiczne, takie jak chorobowość, umieralność i inne. Indeks alfabetyzmu zdrowotnego wspierany przez zaawansowane analizy wieloczynnikowe powinien być ukierunkowany na dokumentowanie złożoności kompetencji i zdolności populacji danego kraju, społeczności lokalnej lub grupy oraz jego związku z osiągnięciami zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi [Rudd i wsp. 1999].

Dane pozyskane w wyniku pomiarów alfabetyzmu zdrowotnego w krajach wysoko rozwiniętych są alarmujące i diagnozują grupy potencjalnego ryzyka zdrowotnego, wobec których należałoby skierować programy promocyjne, edukacyjne i profilaktyczne [Rootman, Ronson 2005].

Zakończenie

Zaprezentowany tu problem alfabetyzmu zdrowotnego skłonić powinien teoretyków i praktyków promocji i edukacji zdrowotnej do głębokiej refleksji i rewizji dotychczasowego sposobu myślenia i działania. Z pewnością istnieje potrzeba przygotowania narzędzi badawczych i przeprowadzenia empirycznych badań ilościowych i jakościowych alfabetyzmu zdrowotnego w Polsce. Ich wyniki dostarczyłyby więcej informacji na temat rozmiarów i nasilenia tego problemu. To pozwoliłoby z kolei na lepsze przygotowanie właściwych strategii edukacyjnych i promocyjnych, kierowanych wobec jednostek i grup.

Praktyka diagnozy poziomu alfabetyzmu zdrowotnego uczestników programów promocyjnych i edukacyjnych powinna stać się czymś rutynowym i stałym oraz stanowić punkt wyjścia do dokonania wyboru optymalnego sposobu pracy z uczestnikami programów.

Z pewnością wymagać to będzie zerwania z tradycyjnym sposobem myślenia o nauczaniu zdrowia, z dydaktyzmem, paternalizmem, dominacją profesjonalistów zdrowotnych, niekiedy wykorzystywania zgoła innych – niż dotychczas – sposobów komunikowania w tej sferze.

I. S. Kickbusch zwraca w tym kontekście uwagę na fakt, iż współcześnie 80% populacji świata żyje w kulturze obrazu i dźwięku – to znaczy kulturach, które uczą przez słuchanie i patrzenie, a nie przez czytanie i pisanie. Powołując się na prace W. Crossmana, stwierdza ona, że aktualnie społeczeństwa zdążają w tym kierunku, w którym nowoczesne technologie i media w coraz większym stopniu „stają się kluczowym źródłem informacji o zdrowiu dla większości ludzi, na nowo kształtują i wpływają na kultury państw zarówno rozwiniętych, jak i rozwijających się" [Kickbush 2001].

Nowe technologie informacyjne mogą bowiem zapewnić możliwości uczenia się, które są bardziej wizualne i interaktywne niż broszury i starsze tradycyjne formy nauczania zdrowia. Dają też one możliwość zastosowania wobec pojedynczych osób, w grupach i wobec licznych populacji. Uczenie się o zdrowiu przez oglądanie filmów, komiksów, instrukcji obrazkowych, serfowanie po Internecie, odwiedzanie czatów i rozmawianie z innymi ludźmi – oddalonymi o tysiące kilometrów i mającymi te same problemy – jest już dla niektórych rzeczywistością [Kickbush 2001]. Być może w przyszłości, zaleceniom zdrowotnym nie będą towarzyszyły tradycyjne

werbalne lub drukowane przekazy, ze zrozumieniem i zastosowaniem których nie radzi sobie ogromna rzesza ludzi. Zostaną one zastąpione krótkim filmem video, materiałem obrazkowym lub wiadomością wysłaną do osobistego komputera, wraz z „elektronicznym przypominaczem" uwzględniającym częstotliwość podejmowania określonych działań na rzecz zdrowia.

Parafrazując stwierdzenie J. E. Stieglitza na temat współczesnej roli wiedzy, w zglobalizowanym świecie wiedza zdrowotna stała się „globalnym dobrem publicznym" [Stieglitz 1999]. Nowe technologie i nowatorskie sposoby ich wykorzystania mogą pomóc w rozwijaniu alfabetyzmu zdrowotnego zarówno na poziomie indywidualnym, jak i zbiorowym.

W krajach wysoko rozwiniętych rozwijane są już podwójne systemy pracy promocyjnej i edukacyjnej. Jedne dla tych, którzy reprezentują wyższy poziom alfabetyzacji i mogą bez ograniczeń korzystać z tradycyjnych i nowoczesnych form promocji i edukacji zdrowotnej. Drugie – aktualnie intensywnie rozwijane – dla osób z deficytem alfabetyzmu.

Alfabetyzm zdrowotny jako główna inwestycja zdrowotna i strategia rozwoju zdrowotnego w najbliższych dekadach potrzebuje długofalowego, silnego zaangażowania różnych partnerów. Wymaga on bowiem rozwinięcia nowej płaszczyzny polityki społecznej i zdrowotnej, następnie współpracy międzysektorowej, a co najważniejsze – i chyba najtrudniejsze – zmiany sposobu działania osób profesjonalnie promujących zdrowie i nauczających zdrowych zachowań. Najtrudniejsza wydaje się konieczność przekształcenia dotychczasowej roli „dominującego specjalisty" w bardziej partnerskiego, niekiedy być może nawet „anonimowego" np. w globalnej sieci, na czacie lub przy telefonie, doradcy w kwestiach zdrowia.

Literatura

1. Blackwell J., 2005, Low Health Literacy. How It Impacts Your Patients & What You Can Do about It, UNC-CH Health Sciences Library, January, adres internetowy: http://www.whonet.org/pdfresources/low_hlth_literacy.pdf
2. Health Canada, 1999, Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canada, Ottawa, adres internetowy: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/report/text_versions/english/index/html.
3. Health Promotion Glossary, 1998, "Health Promotion International", nr 2, t. 13.
4. Institute of Medicine, 2004, Health Literacy: A Prescription to End Confusion. The National Academies Press, Washington.
5. Kickbush I. S., 2001, Health literacy: addressing the health and education divide, "Health Promotion International", nr 3, t. 16.
6. Levandowski B. A., Sharma P., Lane S. D., Webster N., Nestor A. M., Cibula D. A., Huntington S., 2006, Parental Literacy and Infant Health: An evidence-Based Healthy Start Intervention. "Health Promotion Practice", January, nr 1.
7. Literacy and Health in America, 2004, Policy Information Report, Research and Development Policy Information Center, Center for Global Assessment, Educational Testing Service, April.
8. Nutbeam D., 2000, Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge for

Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century, "Health Promotion International", nr 1, t. 15.
9. Roberts P., Fawcett G., 1998, At Risk: a Socioeconomic Analysis of Health and Literacy among Seniors. Statistics Canada, Ottawa.
10. Rootman I., Ronson B., 2003, Literacy and in Canada: What We Have Learned and What Can Help in the Future? Canadian Institute of Health Research, October, Ottawa.
11. Rootman I., Ronson B., 2005, Literacy and Health Research in Canada, "Revue Canadienne de Santé Publique", nr 96.
12. Rudd R. E., Moeykens B. A., Colton T. C., 1999, Health and Literacy. A Review of Medical and Public Health Literature, [w:] Annual Review of Adult Learning and Literacy, red. J. Comings, B. Garners, C. Smith, New York.
13. Selden C., Zorn M., Ratzan S. C., Parker R. M., Ruth M., 2002, US National Institute of Health's Current Bibliography on Healthy Literacy, adres internetowy: http://www.nlm.nih.gov/pubs.resources.html
14. Shohet L., 2002, Health and Literacy: Perspectives in 2002, The Centre for Literacy of Quebec, Montreal.
15. Simonds S. K., 1974, Health Education as Social Policy, "Health Education Monograph", nr 2.
16. Stieglitz J. E., 1999, Knowledge as a global public good, [w:] Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century, red. I. Kaul, I. Grunberg, M. A. Stern, Oxford.
17. United States Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2000, Healthy People 2010, adres internetowy: http://www.health.gov/healthypeople
18. World Bank, 1993, World Development Report: Investing in Health, Washington DC.

Małgorzata Rębiałkowska-Stankiewicz
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Myśliwi, ogrodnicy i gajowi[1], czyli młodzież akademicka wobec własnego zdrowia i ciała

Schyłek lat osiemdziesiątych wniósł w naszą rzeczywistość wiele zmian. Otwarcie drzwi na świat, włączenie się w jego zawrotny pęd, mnogość pokus, szans sprawiły, że współczesny człowiek stanął przed całkiem nowymi wyzwaniami. Jaki jest więc ten nowy świat, w którym wypadło nam żyć?

Zygmunt Bauman porównuje nową rzeczywistość, zwaną ponowoczesnością, do wielkiej niekończącej się gonitwy, w której bardziej liczy się chwila niż przyszłość. Życie składa się z następujących po sobie chwil, a każda faworyzuje inne ludzkie talenty i umiejętności. Nieustająca gonitwa powoduje, że dziś uznawane wartości jutro mogą ulec dewaluacji, przedmiot dumy obróci się w powód do wstydu, zasługa w winę, a awans w upadek. Opisując świat ponowoczesny można posłużyć się słowami z „Alicji w Krainie Czarów": „aby stać w miejscu musisz biec co sił w nogach. Jeśli do przodu chcesz się posunąć, musisz biec jeszcze szybciej"[Bauman 2005]. Tak jak, wg Baumana dla świata nowoczesnego charakterystyczna była postawa gajowego, tak w świecie ponowoczesnym najlepiej czują się ogrodnicy i myśliwi.

Pozostaje postawić pytanie: jak ponowoczesna rzeczywistość odnosi się do problematyki zdrowia, ciała oraz czy wymienione postawy można również odnieść do sposobów traktowania przez jednostki własnego zdrowia?

Zdrowie i ciało w ponowoczesności

W całej historii naszej cywilizacji wyraźnie przeplatają się okresy kultu ciała, tężyzny fizycznej z okresami dominacji innych wartości. Pozostaje to w pewnym związku z rozwojem religii, wizji boskości, która przez wieki górowała nad obrazem człowieka.

Człowiek współczesny, deklarujący często neutralność światopoglądową wyrażającą się ateizmem, deizmem lub powierzchowną religijnością stał się hedonistą XXI

[1] Tytuł artykułu nawiązuje do tekstu Z. Baumana Od gajowego do myśliwego, „Charaktery", 2005, nr 4(99), w którym Autor opisuje możliwe postawy wobec rzeczywistości ponowoczesnej.

wieku – żyje głównie dla siebie i wszystkich przyjemności jakie oferuje mu współczesna, komercyjna cywilizacja, sprzedająca wszystko to, na co jest popyt [Gapik 1999]. W społeczeństwie konsumpcji ludzie coraz częściej postrzegani są przez pryzmat własnej cielesności. Jednostka tworzy swoje „ja" poprzez konstruowanie swojego wizualnego image [Melosik 2005].

W sytuacji, gdy świat zewnętrzny z ciasnego stał się światem przestronnym, gdy do człowieka dociera wiele (pochodzących z różnych źródeł) przekazów, gdy trudno nad światem zewnętrznym zapanować, kontrolowanie własnego ciała może dać poczucie kontroli nad życiem. Innymi słowy – „wieloznaczność" w społeczeństwie konsumpcyjnym może sprzyjać ucieczce w ciało, które to staje się azylem. Azyl ten zmienia się niekiedy w więzienie – więzienie jakie człowiek sam dla siebie, własnymi rękoma i z własnej woli buduje [Bauman 1996].

Właśnie z tego powodu ludzie biegają na siłownię czy do solarium, sięgają po coraz to nowe specyfiki kosmetyczne, gonią za trendami mody – starając się tym samym nadążyć za zmieniającymi się w błyskawicznym tempie presjami społecznymi [Melosik 1999].

Ciało ponowoczesne jest przede wszystkim odbiorcą wrażeń. Spożywa ono i trawi przeżycia. Korzystając z przyrodzonej zdolności reagowania na podniety, jest narzędziem przyjemności. Poprawne spełnienie tych funkcji określa się mianem sprawności (fitness).

„Sprawne" jest ciało uczulone, chłonne, nastrojone na absorpcję przyjemności; wszelkiego rodzaju przyjemności – seksualnych, gastronomicznych, wzrokowych czy słuchowych" [Bauman 1996]. Brak sprawności ciała sugeruje obojętność na uciechy życia, apatię, zniechęcenie, brak pragnień i pożądań, niereagowanie na pokusy.

Ciało staje się główną „areną" wydarzeń – przekazy z mediów, presja wszechobecnej reklamy wyznaczają model idealnego ciała i sposoby postrzegania cielesności. Człowiek czuje się „zobowiązany" do nadążania za szybko zmieniającymi się „modami", goni wymykający się ideał [Stasiakiewicz 1999, Cylkowska-Nowak, Melosik 1999].

Szczególnym tego przykładem jest sytuacja współczesnej kobiety, która codziennie dowiaduje się z przekazów medialnych, że jej podstawowym „obowiązkiem" jest być piękną, szczupłą i wiecznie młodą. Tyranizowane reklamami kobiety przyjmują styl życia oparty o „dietowanie". Media wywołują w nich poczucie przepaści między własnym ciałem a ciałem idealnym. W rezultacie, kobiety wciągane są w grę bez szans na wygraną i pełne desperacji obsesyjnie poszukują sposobów na urzeczywistnienie ideałów [Melosik 2005].

Przyjrzyjmy się zawartości popularnego pisma dla kobiet ELLE [5]. Śledząc trendy obowiązujące w modzie w sezonie jesień/zima czytamy: „Przy szczupłych biodrach i nogach dżinsy rurki możesz łączyć z krótką górą"; „Taka osłaniająca kreacja wymaga odpowiedniej figury – odradzamy przy małym i obfitym biuście"; „Szyk polega na doskonałej znajomości ciała. Zrób listę swoich mocnych stron i zdecyduj co chcesz podkreślić: szczupłą talię, smukłe nogi, łabędzią szyję czy ładny biust"; „Zaciśnij pasa – podkreśl talię".

Jednocześnie tzw. prasa kobieca zalewana jest różnego rodzaju dietami oraz opisem środków wspomagających odchudzanie. Cytowany numer ELLE poleca np. potrawy typu „orient light", natomiast październikowy TWÓJ STYL [14] zachęca: „Pij. Będziesz szczupła. To napój roślinny, który odchudza w siedem dni". Osoby sfrustrowane walką z otyłością pismo pociesza: „Koniec z beztłuszczowymi jogurtami i bezcukrową czekoladą. Sprawę nadwagi załatwią dziś za nas nowe dżinsy uszyte ze specjalnej tkaniny, w której skład wchodzą ekstrakty z zielonej herbaty, czerwonej winorośli i olejek z brzoskwini. Składniki te usuwają nadmiar tkanki tłuszczowej, regulują krążenie i zmniejszają cellulitis". Należy dodać, że obok tych tekstów zamieszczone są przepisy na m. in.: prosię duszone z kopytkami, lody kawowe, canelloni czekoladowe z musem kawowym, wędzony comber jagnięcy i wiele innych.

Nieodłącznym elementem dyskursu diety jest fitness. W TWOIM STYLU mowa o: „thera-band – elastyczna taśma, która zastępuje urządzenia do ćwiczeń wszystkich grup mięśni. Idealna sylwetka, zgrabne biodra, jędrne uda, kształtne ramiona", natomiast ELLE podpowiada: „Wyprostowana wyglądasz korzystniej, a inni lepiej cię odbierają. Nowe ćwiczenia na plecy w klubach fitness i masaże wzmacniające".

We wszystkich reklamach zamieszczonych w obu pismach kobiety są piękne, szczupłe, młode i atrakcyjne. „Ciało jest dziś, w sposób nie podlegający dyskusji, własnością prywatną. Jego kultywowanie, jak uprawa ogródka działkowego, jest sprawą właściciela" [Bauman 1996]. Jeśli więc chcemy być piękne musimy walczyć o wygląd swojego ciała, co może nas poprowadzić drogą pełną pułapek, drogą na której są tzw. „cudowne" diety, anoreksja, bulimia, operacje plastyczne [Melosik 1999].

Młodzież akademicka a zdrowie i ciało

Opisane powyżej problemy dotyczące rzeczywistości ponowoczesnej oraz społeczeństwa konsumpcji, stały się teoretycznym punktem wyjścia dla sondażu, który przeprowadzony został w maju 2006 wśród 87 studentek II roku pedagogiki, Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.

Studiujące, młode kobiety wydawały się do tego sondażu grupą optymalną – znajdują się one bowiem na granicy dwóch światów: młodości i dorosłości, wydają się otwarte na to co nowe i popularne, a jednocześnie krytyczne i świadome podejmowanych wyborów.

Inspiracją do podjęcia tej problematyki badawczej był, cytowany w tekście, artykuł Zygmunta Baumana, opisujący możliwe postawy wobec realiów świata ponowoczesnego. Wymienione przez autora postawy gajowego, ogrodnika i myśliwego zmodyfikowano i odniesiono do problematyki zdrowia człowieka. I tak:

Gajowy – to osoba poddająca się rytmowi własnego ciała, rytmowi życia. Nie fascynują jej najnowsze trendy w modzie, osiągnięcia w dziedzinie kosmetyki i chirurgii plastycznej. Akceptuje swoje ciało, nie zastanawia się nad sposobami jego poprawy. Uważa, że cielesność nie powinna mieć żadnego wpływu na ocenę człowieka. Czuje się związany z przyrodą, bywa wegetarianinem. Wybierana aktywność fizyczna to spacery, ćwiczenia służące wyciszeniu, relaksacji.

Ogrodnik – to osoba uważająca, że tylko dzięki ciężkiej pracy można osiągnąć pełnię zdrowia, atrakcyjność, zadowolenie z własnego ciała. Uważnie śledzi no-

wości związane z modą, obowiązującymi trendami. Jest na bieżąco z dostępnymi na rynku preparatami kosmetycznymi i upiększającymi. Wierzy w moc kosmetologii i chirurgii plastycznej. Regularnie walczy z cellutisem i każdym zbędnym kilogramem. Wybiera aktywność fizyczną przynoszącą szybkie efekty poprawy sylwetki ciała, a nie rzadko również efektowne, te będące na topie. W walce o szczupłą sylwetkę nie rezygnuje z preparatów wspomagających.

Myśliwy – to osoba żyjąca tu i teraz, szybko i intensywnie. Nie myśli o swoim zdrowiu uważając, że „będzie problem – będzie rada". W wyborze diety, potraw kieruje się własnymi „zachciankami" i rzadko zastanawia się nad zawartością składników pokarmowych. Lubi potrawy i restauracje „fast – food". Uważa, że życie jest zbyt krótkie, aby wszystkiego sobie odmawiać. Nieprzymuszona, nie uprawia żadnego sportu.

Celem przeprowadzonych badań było poznanie preferencji studentek dotyczących sposobu traktowania własnego zdrowia i ciała.

Badanym zadano pytania: Jakimi przymiotnikami opisałaby człowieka zdrowego?; Która z przedstawionych postaw w sposobie traktowania zdrowia wydaje się im najbliższa?; Jak wybrana postawa ma się do ich własnego sposobu traktowania zdrowia?

W opisie przez studentki człowieka zdrowego najczęściej występujące przymiotniki to „szczupły" oraz „wysportowany". Wynika z tego, że to właśnie dobrze rozwinięte, szczupłe ciało jest ucieleśnieniem zdrowia i piękna. Fitness sugeruje troskę o swoje zdrowie, silną wolę i być może kontrolę wobec życia. Inne często pojawiające się przymiotniki – „nie chorujący", „bez dolegliwości", „dobrze funkcjonujący fizycznie" – bliskie są rozumieniu zdrowia jako braku choroby. Obok nich występowały jednak takie jak: „zadowolony", „aktywny", „samorealizujący się", odnoszące się do definicji zdrowia pozytywnego [Słońska, Misiuna 1993].

Zdecydowanie najczęściej wybieraną przez studentki postawą wobec zdrowia była postawa ogrodnika (64,3%), następnie gajowego (30,6%) oraz na końcu myśliwego (5,1%). W uzasadnieniu wyboru postawy ogrodnika studentki podkreślały, że: „dbanie o siebie zapewnia zdrowie", „dodaje pewności siebie", „często decyduje o dobrej pracy i awansie", „powodzeniu towarzyskim, czyli przyczynia się nie tylko do dobrego samopoczucia ale nawet stanowi gwarancję sukcesu". Należy jednak zaznaczyć, że powtarzały się tu zastrzeżenia typu: „ale bez przesady", „z pominięciem pewnych elementów", „nie do końca". W ten sposób studentki sygnalizowały, że w opisie dostrzegają pewną przesadę w dbałości (szczególnie" o ciało. Świadczy to, że badane krytycznie patrzą na sugerowany przez media image kobiety i tym samym nie do końca zgadzają się na społeczne presje dotyczące uzyskania tzw. „odpowiedniego" ciała.

Najwięcej zastrzeżeń budziła upiększająca chirurgia plastyczna, której efekty studentki określały jako „nienaturalne", a same zabiegi jako „okropne", „przerażające", niepotrzebne", okaleczające". Wydaje się, że pomimo medialnego promowania chirurgii plastycznej w prasie kobiecej i telewizji ten sposób poprawiania urody i sylwetki wciąż budzi pewne dyskusje. Być może, że ta krytyka związana była z wiekiem respondentek – kobiet przecież bardzo młodych.

Ogrodnik najbardziej imponował badanym regularnością ćwiczeń fizycznych (67,1%) oraz przestrzeganiem diety (72,3%). Nic dziwnego, gdyż zaniedbanie tych dwóch elementów stylu życia było najczęściej „grzechem głównym" badanych studentek: „uwielbiam fast-foody", „albo się objadam albo głoduję", „nienawidzę siebie za to", „szczególnie w czasie sesji pochłaniam słodycze", „brak mi silnej woli do ćwiczeń", „szkoda, że już nie mamy w-f, sama nie potrafię się zmobilizować". Można zatem wnioskować, że w indywidualne zachowania studentek wobec zdrowia i ciała często zakrada się myśliwy. Równocześnie w wypowiedziach badanych wyraźnie pojawia się motyw winy. Być może, że wynika to z faktu, iż jak podaje Melosik, w kulturze współczesnej występują dwa typy sprzecznych ze sobą image. Jeden sugeruje sposób odżywiania się, który z pewnością może doprowadzić do otyłości, natomiast drugi zaleca głodówkowe diety, aby być szczupłym. Dyskurs diety i szczupłego ciała, a także pojawiające się wokół niego sprzeczności (jeść – nie jeść) oraz ich konsekwencje (anoreksja, bulimia) stanowią dobry przykład wpisywania w ciało znaczeń kulturowych, co potwierdza koncepcje ciała jako obiektu (rozproszonej) władzy [Melosik 1999].

Odnosząc się do przeprowadzonego sondażu – z jednej strony mamy nastrojonego na absorpcję wszelkiego rodzaju wrażeń i przyjemności myśliwego, z drugiej zaś ogrodnika, dążącego do lansowanej społecznie „doskonałości" – sprawności fizycznej. Wydaje się, że kwestia ta wymagałaby pogłębionych badań i analiz choćby np. w kontekście Ja intencjonalnego i Ja podmiotowego [Obuchowski 2000].

Największa zgodność pomiędzy preferowaną postawą a jej odniesieniem do własnych zachowań wobec zdrowia występowała w postawie gajowego. Niewielka grupa, która wybrała postawę myśliwego najczęściej oświadczała, że: „nie ma sensu się katować", „trzeba korzystać z przyjemności", czy cynicznie – „na coś trzeba umrzeć".

Podsumowanie

Kultura popularna, a w ostatnich latach także kultura profesjonalna wielu dziedzin humanistyki, oswaja nas z myślą, że żyjemy w „cieniu ciała", w okresie swoistego „kultu ciała" [Brocki 2003]. W społeczeństwie konsumpcji ludzie coraz częściej postrzegani są przez pryzmat swoich ciał. Tożsamość jest stopniowo wyrywana z tego, co tradycyjnie nazywamy „umysłem" lub „duszą" i „przenoszona na powierzchnię" zaczyna być odgrywana przez ciało [Melosik 1999].

Z przeprowadzonych badań wynika, że studentki, choć po części krytycznie nastawione do opisanych postaw, ulegają presji posiadania właściwego image, jako warunku społecznego sukcesu. Ta, okupiona poczuciem winy, próba poddania się społecznym oczekiwaniom stawia je przed dylematem bycia podmiotem lub przedmiotem w ponowoczesnym świecie.

W związku z powyższym, we współczesnym świecie, przy „wielogłosie" przekazów, trudnościach w budowaniu własnej tożsamości, należy pamiętać o głównym zadaniu pedagogiki – pomocy wychowankom w nabywaniu kompetencji do dokonywania świadomych wyborów [Rubacha 2004].

Problematyka zdrowia, cielesności jest silnie związana z codziennością i kulturą popularną i dlatego też, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna powinny zwrócić swoją uwagę właśnie w tym kierunku.

Literatura

1. Bauman Z., 1996, Ponowoczesne przygody ciała, w: Wprowadzenie do pedagogiki. Wybór tekstów, T. Jaworska, R. Leppert (red.) Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.
2. Bauman Z., 2005, Od gajowego do myśliwego, „Charaktery", nr 4 (99).
3. Brocki M., 2003, W cieniu ciała, „Charaktery", nr 5 (75).
4. Cylkowska-Nowak M., Melosik Z., 1999, Współczesna młodzież: ciało, zdrowie i kultura popularna, w: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, Z. Melosik (red.), Wydawnictwo EDYTOR s.c., Toruń-Poznań.
5. ELLE, 2006, Hachette Filipacchi Polska Sp. z o.o., Warszawa, nr 10 (145).
6. Gapik L., 1999, Przedmowa, w: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, Z. Melosik (red.), Wydawnictwo EDYTOR s.c., Toruń-Poznań.
7. Melosik Z., 1999, Ponowoczesny świat konsumpcji, w: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, Wyd. EDYTOR, Toruń-Poznań.
8. Melosik Z., 1999, Tyrania szczupłego ciała i jej konsekwencje, w: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, Z. Melosik (red.), Wydawnictwo EDYTOR s.c., Toruń-Poznań.
9. Melosik Z., 2005, Mass media, edukacja i przemiany kultury współczesnej, „Pedagogika mediów", nr 1.
10. Obuchowski K., 2000, Człowiek intencjonalny, czyli o tym, jak być sobą, Dom Wydawniczy Rebis.
11. Rubacha K., 2004, Edukacja jako przedmiot pedagogiki i jej subdyscyplin, w: Pedagogika, Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.), PWN, Warszawa.
12. Słońska Z., Misiuna M., 1993, Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów, PTKKZ.
13. Stasiakiewicz M., 1999, Człowiek w świecie reklamy, w: Psychologiczny kontekst problemów społecznych, H. Sęk, S. Kowalik (red.), Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań.
14. TWÓJ STYL, 2006, Wydawnictwo BAUER Sp. z o.o. sp. k., Warszawa, nr 10 (195).

Zofia Kubińska, Andrzej Soroka
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Papieża Jana Pawła II
w Białej Podlaskiej

Płeć w różnicowaniu oczekiwań i rezultatów osiągnięć studentów z wychowania zdrowotnego

Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, realizowane adekwatnie do potrzeb prewencji chorób i budowania prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa, są bardzo ważnymi narzędziami w podnoszeniu świadomości zdrowotnej i poprawie stanu zdrowia obywateli. Mają znaczący wpływ na umiejętności radzenia sobie ze zdrowiem oraz stan zdrowia jednostek w zbiorowości.[1]

Zarówno zdrowie kobiet jak i mężczyzn ma charakterystyczne właściwości związane z płcią. Istnieje także pewna różnica ilościowa i jakościowa zagrożeń zdrowotnych pomiędzy kobietą i mężczyzną związanych z wiekiem i rolą biologiczną tych płci [Karski 2003].

Aby promować równość pomiędzy kobietami i mężczyznami wszystkie strategie sektora zdrowia i innych dziedzin powinny uwzględnić aspekt płci. Szczególnej uwagi wymaga rozwijanie programów, które wspierają mężczyzn i kobiety w ich różnych rolach i obowiązkach jako jednostki, rodziców, pracowników i opiekunów oraz usuwają bariery w rozwoju człowieka i zdrowia związane z płcią [Kozierkiewicz 2001]. Istotne zróżnicowanie potrzeb i zachowań zdrowotnych kobiet i mężczyzn obrazują między innymi wyniki wizyt służących kontrolowaniu stanu zdrowia. Każdego roku mężczyźni składają o 150 mln mniej wizyt służących kontroli stanu zdrowia, niż kobiety. Dotyczy to każdej grupy wiekowej [Karski 2003].

Samoświadomość studentów dotycząca zainteresowań i potrzeb zdrowotnych, umożliwiających zaangażowanie się w kreację własnego stylu życia najlepszego dla płci, jest przedmiotem badań podjętych przez autorów.

Autorzy postawili dwa pytania badawcze:

1. Czego dotyczą różnice w deklarowanych oczekiwaniach, przed realizacją programu wychowania zdrowotnego badanych studentek i studentów?

[1] Ministerstwo Zdrowia Państwowy Zakład Higieny, Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015. Strona Internetowa Ministerstwa Zdrowia, s.14

2. Jakie jest zróżnicowanie rezultatów osiągniętych po realizacji programu wychowania zdrowotnego według deklaracji studentek i studentów?

Metoda i materiał badań

W pracy badawczej posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza samooceny oczekiwań studentów I roku wobec tematów z wychowania zdrowotnego i promocji zdrowia oraz samooceny rezultatów osiągnięć studentów III roku po zakończeniu edukacji zdrowotnej.

Kwestionariusz ankiety zawierał 14 tematów z programu wychowania zdrowotnego (tab. I). Każdy z nich był oceniany przez respondentów w skali od 0 do 4 punktów, gdzie 0 oznaczało brak oczekiwań lub brak rezultatów osiągnięć, 1 małe oczekiwania lub mały stopień realizacji potrzeb, 2 średnie oczekiwania lub średni stopień rezultatów osiągnięć, 3 duże oczekiwania lub duży stopień realizacji osiągnięć i 4 bardzo duże oczekiwania lub bardzo duży stopień realizacji osiągnięć. Zaproponowana skala posłużyła do określenia rodzaju i stopnia oczekiwań oraz rezultatów osiągnięć studentów.

W związku z tym, że przedmiot wychowanie zdrowotne i promocja zdrowia jest realizowany na II roku studiów kierunku turystyka i rekreacja, badaniami objęto studentów I-go i III -go roku tego kierunku. Wśród 210 respondentów 133 osoby stanowiły kobiety (84 kobiety studentki I-go roku, 49 kobiet studentek III-go roku), 76 osób to mężczyźni (51 studentów I -go roku, 25 studentów III -go roku).

Wyniki badań

Analizując wyniki badań dotyczące oczekiwań studentów I-go roku związanych z tematyką przedmiotu wychowanie zdrowotne dostrzega się duże różnice pomiędzy oczekiwaniami kobiet i mężczyzn (tab. II). Studentki największe oczekiwania wiązały z tematyką racjonalnego odżywiania. Uwidoczniła się potrzeba wiedzy na temat żywności funkcjonalnej i wygodnej oraz diety, z którą związane są problemy bulimii i anoreksji (duże oczekiwania – 40,5%, bardzo duże oczekiwania – 38,0%). Kobiety wykazały chęć zgłębienia problematyki związanej ze sposobami łagodzenia napięć psychicznych i rozwiązywania konfliktów (duże oczekiwania – 32,1%, bardzo duże oczekiwania – 42,9%) oraz poznania aspektów pozytywnego myślenia, asertywnego zachowania i rozumienia stresu (duże oczekiwania – 29,8%, bardzo duże oczekiwania – 39,3%). Również znaczne oczekiwania studentek były związane z zagadnieniami bioetycznych aspektów życia, antykoncepcją, aborcją i eutanazją (duże oczekiwania – 32,0%, bardzo duże oczekiwania – 40,5%), oraz poczuciem własnej wartości, bezpieczeństwa i stylem życia (duże oczekiwania – 32,1%, bardzo duże oczekiwania – 39,3%).

Według deklaracji badanych mężczyzn największe zainteresowania wiązały się z problematyką zagospodarowania czasu wolnego, wypoczynku i prozdrowotnego znaczenia aktywności fizycznej (duże oczekiwania – 33,3%, bardzo duże oczekiwania – 39,2%), oraz podobnie jak u kobiet poznania sposobów łagodzenia napięć psychicznych i rozwiązywania konfliktów (duże oczekiwania – 37,2%, bardzo duże oczekiwania – 41,2%). Poczucie własnej wartości, bezpieczeństwa i sensu życia to również temat dużych (39,3%) i bardzo dużych (35,3%) oczekiwań.

Przy analizie rezultatów osiągnięć studentów związanych z tematyką przedmiotu wychowanie zdrowotne (tabela II) wyniki wskazują, że kobiety osiągnęły dużą wiedzę na temat rozwoju psychoseksualnego człowieka, który powiązany jest z tożsamością kobiety i mężczyzny (duży stopień realizacji potrzeb – 45,6%, bardzo duży stopień realizacji potrzeb – 31,5%), oraz w znacznym stopniu osiągnęły rezultaty w zakresie problematyki miłości i małżeństwa, funkcjonowania rodziny i postaw rodzinnych, gdzie występują istotnie ważne problemy związane z macierzyństwem, ojcostwem i dzieciństwem (duży stopień osiągnięć – 40,0%, bardzo duży stopień osiągnięć – 37,2%).

Mężczyźni podobnie jak przy oczekiwaniach dotyczących tematu zagospodarowania czasu wolnego oraz prozdrowotnego znaczenia aktywności fizycznej, w największym stopniu osiągnęli rezultaty (duży stopień realizacji – 35,0%, bardzo duży stopień realizacji – 35,0%). Również tak jak i w przypadku studentek, mężczyźni w dużym stopniu potwierdzili rezultaty osiągnięć z zagadnień miłości i małżeństwa, rodzinnych postaw, macierzyństwa, ojcostwa i dzieciństwa (duży stopień realizacji – 40,0%, bardzo duży stopień realizacji osiągnięć – 20,0%).

Jeszcze dokładniej możemy określić różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami w oczekiwaniach i rezultatach osiągnięć związanych z tematyką wychowania zdrowotnego dokonując obliczeń średniej punktów uzyskanych przez studentki i studentów w ramach poszczególnych zagadnień zdrowotnych. Uzyskane dane wyliczono według skali, którą zawierał kwestionariusz ankiety. Autorzy uważali, że średnia punktów powyżej 2,5 upoważnia do określenia oczekiwań i osiągniętych rezultatów studentów jako duże.

Wyniki przedstawione na rycinie 1 uwidaczniają duże oczekiwania studentek związane z tematami 3, 7, 8, 13 i 14. Dodatkowo zaobserwowano wśród kobiet deklarowaną chęć poznania problematyki rozwoju psychoseksualnego człowieka, tożsamości kobiety i mężczyzny oraz miłości i małżeństwa, rodziny, jej funkcji i postaw rodzinnych związanych z macierzyństwem, ojcostwem i dzieciństwem oraz problematyki związanej z zagospodarowaniem czasu wolnego, wypoczynku i prozdrowotnego znaczenia aktywności fizycznej.

Wśród mężczyzn punktacja potwierdziła znaczne oczekiwania związane z tematami 4 i 7 jak również deklarowaną chęć poznania tematów z poczucia własnej wartości, bezpieczeństwa i sensu życia (temat 14).

Rezultaty osiągnięć studentek III roku (ryc. 2) w tych wyliczeniach, potwierdziły duży stopień zadowolenia ze zdobytej wiedzy na tematy 5 i 6. Dodatkowo wyniki kobiety ukazały, że w kolejnych siedmiu zagadnieniach ich osiągnięcia zostały w dużym stopniu zrealizowane, co może świadczyć o właściwym procesie kształcenia z wychowania zdrowotnego i promocji zdrowia. Wyniki mężczyzn potwierdziły duży stopień oczekiwań z tematów 3 i 5, oraz aprobatę ukazującą duży stopień rezultatów z tematu poczucia własnej wartości, bezpieczeństwa i sensu życia.

Analizując rycinę 3 możemy dostrzec, że w ośmiu zagadnieniach związanych z poszczególnymi tematami wychowania zdrowotnego wśród studentek rezultaty osiągnięć były wyższe niż oczekiwania. W przypadku pięciu problemów osiągnięte rezultaty nie spełniły oczekiwań, natomiast temat dotyczący zagospodarowania,

czasu wolnego, wypoczynku i prozdrowotnego znaczenia aktywności fizycznej spełnił oczekiwania studentek. Mężczyźni (ryc. 4) w przypadku sześciu zagadnień osiągnęli oczekiwania natomiast osiem problemów nie osiągnęło stopnia oczekiwań studentów.

Wnioski:

1. Oczekiwania badanych studentek i studentów były różnicowane w ten sposób, że studentki zadeklarowały duży i bardzo duży stopień oczekiwań dotyczących aż ośmiu tematów (3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14), mężczyźni 4, 5, 7, 8, 12, 14.
2. Zróżnicowanie deklarowanych rezultatów edukacyjnych dotyczyło zarówno ilości jak i jakości tematów prozdrowotnych. Kobiety przyznały, że zrealizowały potrzeby edukacyjne w zakresie 2,3,4,5,6,9,10,11,12,13 i 14 tematu, mężczyźni tylko 4,6,10 i 14-tego.

Tabela I
Tematy z wychowania zdrowotnego i promocji zdrowia zawarte w kwestionariuszu ankiety.

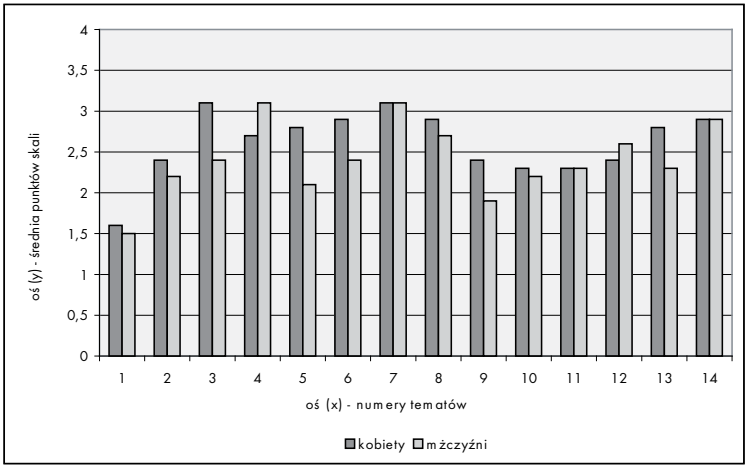
1	Historyczno – teoretyczna wiedza na temat zdrowia, paradygmatów zdrowia, wyznaczników zdrowia [fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego].
2	Czynniki warunkujące zdrowie ze szczególnym uwzględnieniem stylu życia, jego rodzajów i możliwości zmian.
3	Racjonalne odżywianie, żywność wygodna, funkcjonalna, diety, bulimia, anoreksja, wskaźnik BMI
4	Zagospodarowanie czasu wolnego, wypoczynek, prozdrowotne znaczenie aktywności fizycznej.
5	Rozwój psychoseksualny człowieka, tożsamość kobiety, tożsamość mężczyzny.
6	Miłość i małżeństwo, rodzina, funkcje, relacje i postawy rodzinne. Macierzyństwo, ojcostwo, dzieciństwo.
7	Sposoby łagodzenia napięć psychicznych, rozwiązywanie konfliktów.
8	Pozytywne myślenie, asertywne zachowanie, rozumienie stresu.
9	Przyczyny dysfunkcjonalności rodziny. Rodzina niepełna z adolescentem, z osobą nieuleczalnie chorą, z uzależnieniem
10	Uzależnienie: alkoholizm, narkomania, nikotynizm, lekomania, netoholizm
11	Profilaktyka chorób zakaźnych, HIV, AIDS.
12	Kultura kontaktów międzyludzkich, subkultury, wspólnoty, stowarzyszenia
13	Bioetyczne aspekty życia, antykoncepcja, aborcja, eutanazja.
14	Poczucie własnej wartości bezpieczeństwa i sensu życia

Tabela II
Oczekiwania studentów związane z tematyką wychowania zdrowotnego.

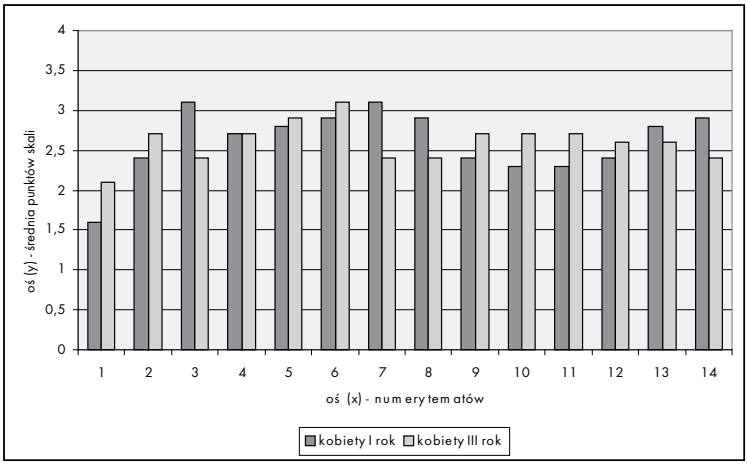
Nr tematu	Skala oczekiwań									
	KOBIETY					MĘŻCZYŹNI				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1	16,7	35,7	27,4	10,7	9,5	28,0	19,5	35,3	15,7	2,0
2	2,4	14,3	31	34,5	17,8	6,9	15,7	37,2	26,5	13,7
3	0	4,8	16,5	40,5	38,0	8,1	5,9	35,2	31,3	19,5
4	2,3	8,4	17,9	47,6	23,8	0	5,9	21,6	33,3	39,2
5	2,3	11,9	25	29,8	31,0	7,8	9,8	17,6	39,3	25,5
6	1,2	4,8	20,2	39,3	34,5	9,8	9,8	23,6	37,2	19,6
7	1,2	8,3	15,5	32,1	42,9	2,0	7,8	11,8	37,2	41,2
8	1,2	9,5	20,2	29,8	39,3	5,9	5,9	25,5	25,5	37,2
9	1,2	9,5	41,7	28,6	19,0	7,8	19,6	37,2	31,4	4,0
10	3,6	14,3	40,8	23,8	17,5	14,0	13,7	27,5	21,6	23,5
11	4,8	20,2	29,8	23,8	21,4	5,9	19,6	19,6	35,3	19,6
12	3,8	15,4	26,2	35,6	19,0	2,0	9,8	27,5	42,1	18,6
13	6	6	15,5	32,0	40,5	7,8	11,8	29,4	31,4	19,6
14	2,4	9,5	16,7	32,1	39,3	0	7,8	17,6	39,3	35,3

Tabela III
Rezultaty osiągnięć studentów III-go roku związane z wychowaniem zdrowotnym.

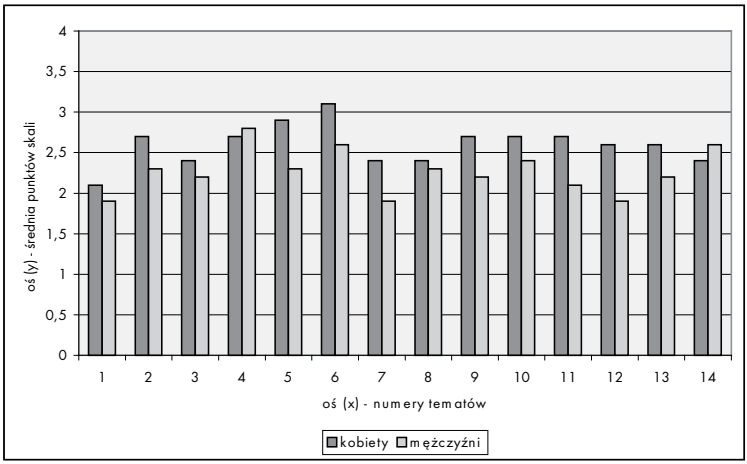
Nr tematu	Skala rezultatów osiągnięć %									
	KOBIETY					MĘŻCZYŹNI				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1	5,7	11,5	57,1	22,8	2,9	10,0	10,0	55,0	25,0	0
2	0	2,9	25,7	65,7	5,7	0	15,0	40,0	40,0	5,0
3	0	14,3	25,7	45,7	14,3	0	25,0	35,0	35,0	5,0
4	0	8,6	34,3	37,1	20,0	5,0	20,0	5,0	35,0	35,0
5	2,9	5,7	14,3	45,6	31,5	15,0	15,0	30,0	40,0	0
6	2,9	2,9	17,0	40,0	37,2	5,0	10,0	25,0	40,0	20,0
7	0	14,3	31,4	42,8	11,5	10,0	20,0	35,0	25,0	10,0
8	5,7	2,9	34,3	45,7	11,4	0	20,0	35,0	35,0	10,0
9	5,7	0	42,8	28,5	23,0	0	35,0	25,0	30,0	10,0
10	2,9	11,4	20,0	40,0	25,7	5,0	15,0	30,0	30,0	20,0
11	0	11,4	20,0	60,0	8,6	15,0	20,0	25,0	20,0	20,0
12	0	11,4	28,5	51,4	8,7	10,0	25,0	25,0	35,0	5,0
13	0	8,6	40,0	34,3	17,1	5,0	20,0	35,0	35,0	5,0
14	2,9	11,4	28,6	45,7	11,4	0	15,0	50,0	15,0	20,0



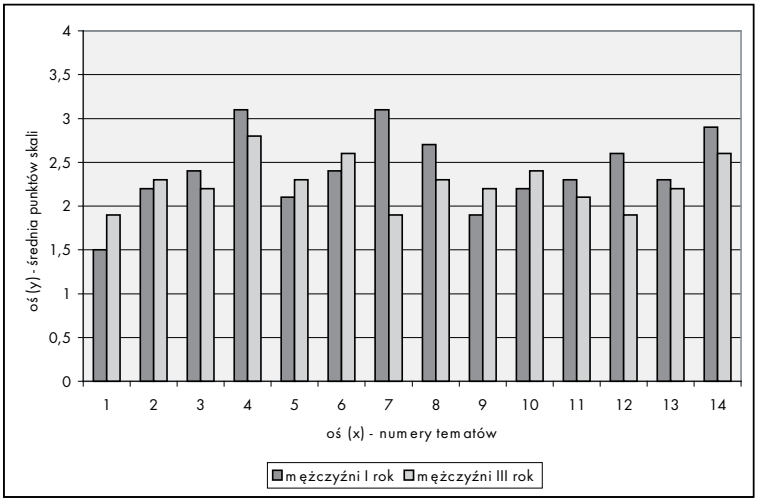
Ryc.1
Oczekiwania studentów I-go roku dotyczące tematów z wychowania zdrowotnego z uwzględnieniem płci badanych [pkt.].



Ryc. 2
Oczekiwania i rezultaty osiągnięć studentek I-go i III-go roku związane z tematami wychowania zdrowotnego [pkt.].



Ryc. 3
Rezultaty osiągnięć studentów III-go roku dotyczące poszczególnych zagadnień z wychowania zdrowotnego [pkt.].



Ryc. 4
Oczekiwania i rezultaty osiągnięć mężczyzn I-go i III-go roku związane z tematami wychowania zdrowotnego [pkt.].

Literatura

1. Karski J.B., 2003, Praktyka i teoria promocji zdrowia wybrane zagadnienia, Wyd. CeDeWu Warszawa.
2. Kozierkiewicz A., 2001, Zdrowie 21 Zdrowie dla wszystkich w XX wieku, Wyd. „Vesalius" Warszawa Kraków.
3. Ministerstwo Zdrowia Państwowy Zakład Higieny, Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015. Strona Internetowa Ministerstwa Zdrowia.

Joanna Rodziewicz-Gruhn, Maria Pyzik, Janusz Wojtyna
Instytut Kultury Fizycznej Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Samoocena stanu zdrowia i działania profilaktyczne studentów niestacjonarnych pedagogiki Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

W ostatnich latach można zaobserwować zwiększone zainteresowanie problematyką subiektywnej samooceny zdrowia. Okazuje się, że poziom samooceny zdrowia zależy od wieku, płci, poziomu wykształcenia, stylu życia, kondycji biologicznej i psychicznej jednostki

[Ostrowska i wsp. 1990, Rodziewicz i Pyzik 1994/95, Goryński i Łuczak 1996, Jodkowska i Woynarowska 1996 Kornafel i wsp. 2000, Chmara-Pawińska i Rodziewicz-Gruhn 2005].

Samowiedza o stanie zdrowia powstaje w ciągu całego życia człowieka i na jej formułowanie mają wpływ wyniki badań lekarskich, opinie innych ludzi i ocena własnej sprawności. Postrzeganie przez ludzi zdrowia jako wartości, bogactwa i zasobu przy jednoczesnej możliwości podnoszenia i pielęgnowania zdrowia pozwala przypuszczać, iż w naszym społeczeństwie z roku na rok sytuacja zdrowotna będzie się poprawiać. Wiedza o funkcjonowaniu organizmu ludzkiego i możliwościach utrzymywania zdrowia między innymi przez działania zapobiegawcze przekazywana jest na wszystkich etapach kształcenia w ramach nauczania przyrody, biologii, wychowania fizycznego i edukacji zdrowotnej. Wydaje się zatem, że studenci pierwszych lat powinni deklarować pełen pakiet zachowań profilaktycznych realizując w praktyce postawy prozdrowotne.

Materiał i metoda

Prezentowane doniesienie przedstawia wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w listopadzie i grudniu 2005 roku w grupie studentów I roku studiów niestacjonarnych na kierunku pedagogika Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Grupę badawczą stanowiło 148 kobiet w wieku 19-22 lat stanu wolnego, z których 43% studentek było mieszkankami wsi. Pytania ankiety dotyczyły

samooceny stanu zdrowia, samooceny sprawności fizycznej, aktywności fizycznej w czasie wolnym, regularności odżywiania się, konsumpcji używek, częstotliwości poddawania się profilaktycznym badaniom lekarskim i podejmowania samodzielnej kontroli stanu zdrowia.

Wyniki badań

W tabeli I zebrano wyniki dotyczące samooceny zdrowia, częstotliwości zachorowań i samooceny sprawności fizycznej. Mieszkanki miast bardziej krytycznie oceniają swój stan zdrowia, bowiem w tej grupie znalazło się blisko dwukrotnie więcej deklarujących ocenę przeciętną. Jednakże w tej samej grupie odnotowano więcej ocen bardzo dobrych – 9% wobec 2% mieszkanek wsi. Deklaracje dotyczące częstości zachorowań wykazują bardzo podobny rozkład w analizowanych grupach. W subiektywnej ocenie sprawności fizycznej studentki obu grup najczęściej wybierają ocenę dobrą, niemniej mogą martwić stosunkowo wysokie odsetki (około 30%) deklarujących sprawność przeciętną i złą. Uzyskane wyniki zdają się potwierdzać wcześniejsze spostrzeżenia innych autorów [Rodziewicz i Pyzik 1994/95, Jodkowska i Woynarowska 1996, Kornafel i wsp. 2000, Chmara- Pawińska i Rodziewicz-Gruhn 2005].

Podejmowanie indywidualnych działań profilaktycznych zależy w znacznej mierze od posiadanej wiedzy, wyćwiczonych umiejętności i własnych przekonań. O dużej ich skuteczności i znaczeniu w utrzymaniu zdrowia, kobiety legitymujące się świadectwem dojrzałości winny wiedzieć. Tabela II zawiera wskaźniki procentowe studentek wolnych od konsumpcji używek. Analiza danych wskazuje na korzystniejszą sytuację wśród studentek mieszkających na wsi. Dotyczy to nie palenia papierosów i nie picia lub korzystania tylko z jednej filiżanki kawy dziennie. Ilości osób nie pijących alkoholu lub pijących tylko raz w roku (noworoczny toast) jest zbliżona w obu grupach. Niepokoić może, w dalszym ciągu duża ilość studentek palących, mimo bardzo szeroko zakrojonych akcji antynikotynowych podejmowanych w naszym kraju.

Kwestionariusz ankiety zawierał również pytania dotyczące regularności i ilości przyjmowanych posiłków. Jedynie 40% studentek pochodzących z miast deklaruje regularność posiłków a konsumpcję trzech lub więcej posiłków w ciągu dnia wymienia tylko 69% tej grupy. Mieszkanki wsi wypadają lepiej, co druga badana deklaruje regularność odżywiania się, również więcej, blisko o 10% jest studentek jedzących trzy lub więcej posiłków dziennie.

Warunkiem dobrego stanu zdrowia jest aktywność fizyczna. Tę prawdę oraz zalecenia stosowania wysiłku fizycznego studentki winny wynieść z dotychczasowej edukacji szkolnej.

Również szeroko dostępne media stanowią źródło wiedzy o dobroczynnym wpływie aktywności ruchowej na zdrowie, kondycję, zgrabną sylwetkę i urodę. Wydawało by się, że w grupie młodych kobiet, nie posiadających własnej rodziny, studiujących zaocznie, wśród których pracuje tylko 42%, uprawianie aktywności ruchowej nie będzie budzić zastrzeżeń.

Dane charakteryzujące tę aktywność przedstawia tabela III. Zwracają uwagę niskie odsetki podejmujących codzienną aktywność fizyczną – nie przekraczające

granicy jednej trzeciej badanych. Nieco korzystniej wypadają mieszkanki wsi, które częściej wskazują na swą aktywność podczas weekendu i wakacji.

Powszechne w naszym kraju działania zmierzające do zwiększenia aktywności fizycznej są elementem zapobiegania chorobom układu krążenia. Równolegle z nimi coraz częściej rozpowszechniane są informacje o nadwadze i otyłości oraz podwyższonym ciśnieniu tętniczym jako czynnikach ryzyka w tej grupie chorób. Wydało się zatem oczywistym wprowadzenie do kwestionariusza ankiety pytań o dokonywanie samodzielnej kontroli masy ciała i ciśnienia tętniczego. Studentki pochodzące z miast są bardziej zainteresowane kontrolą ciężaru ciała. Przynajmniej raz na pół roku lub częściej kontroluje masę ciała 72% badanych w tej grupie, to jest o 7% więcej niż w grupie mieszkanek wsi. W obu grupach odnotowano zbliżone wielkości procentowe studentek, które w ogóle nie kontrolują masy ciała (Tab. IV). Kontrola ciśnienia tętniczego realizowana jest w obu grupach w bardzo podobny sposób.

W każdej z grup blisko jedna trzecia badanych dokonuje pomiaru raz w miesiącu lub częściej. Również, blisko co trzecia badana studentka w ogóle nie kontroluje ciśnienia tętniczego (Tab. V). Jeszcze gorsze rezultaty odnotowano analizując odpowiedzi na pytanie „Czy wykonujesz badania profilaktyczne, jeśli tak, to wymień jakie". Odnotowano jedynie 31% twierdzących odpowiedzi wśród mieszkanek miast i zaledwie 23,5% wśród mieszkających na wsi (Tab. VI). Jednocześnie tylko nieliczne respondentki były w stanie wymienić badania, którym się poddają. Najczęściej wymieniano (po blisko 10% w każdej grupie) badanie morfologii krwi. Jedynie po 7% badanych w każdej grupie wymienia badania stomatologiczne, 6% mieszkających w mieście poddaje się kontroli ginekologicznej i wykonuje badania cytologiczne, tylko 1,5% studentek z miast dokonuje samobadania piersi. Wskaźniki procentowe charakteryzujące studentki mieszkające na wsi są jeszcze bardziej alarmujące i świadczą o wyjątkowo niskiej wiedzy na temat konieczności współpracy między pacjentem a lekarzem. Wydaje się, że w dalszym ciągu obowiązuje wśród badanych przekonanie, iż do lekarza zgłaszają się tylko osoby chore.

Wnioski

Przeprowadzona analiza upoważnia do sformułowania następujących wniosków

1. Mieszkanki miast bardziej krytycznie niż studentki zamieszkałe na wsi oceniały swój stan zdrowia.
2. W działaniach profilaktycznych respondentek można odnotować sporo braków. Dotyczą one przede wszystkim antyzdrowotnego stylu życia – wysokie odsetki młodych kobiet, odżywia się nieregularnie i nie podejmuje systematycznie aktywności ruchowej.
3. Przeważająca większość badanych kobiet nie kontroluje stanu zdrowia i nie wykonuje zalecanych badań profilaktycznych.

Literatura

1. Chmara-Pawińska R., Rodziewicz-Gruhn J., 2005, Subiektywne mierniki stanu zdrowia studentek Uniwersytetu Opolskiego, Prace Naukowe Akademii im Jana Długosza, seria Kultura Fizyczna, Zeszyt VI (red.) J. Rodziewicz-Gruhn, E. Małolepszy. Wyd. Akademii im. J. Długosza w Częstochowie, Częstochowa,155-160.
2. Goryński P., Łuczak E.,1996, Samoocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży, w: Antropologia a medycyna i promocja zdrowia, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 127-141.
3. Kornafel D., Kwiatkowska B., Rodziewicz-Peleszuk A.,2000, Cechy różnicujące samoocenę zdrowia człowieka, Auksologia a promocja zdrowia, t 2, (red.) A. Jopkiewicz, KTN, Kielce, 301-309.
4. Ostrowska A., J.Szewczyński, A.Krechniak., 1990, Litewka B. Ocena stanu zdrowia studentów akademii medycznych. Zdrowie Publiczne 101, 9.
5. Rodziewicz-Gruhn J., Pyzik M., 1994/95, Ocena zachowań prozdrowotnych studentów studiów pedagogicznych, (w:) Styl życia a zdrowie, (red.) Z. Czaplicki, W. Muzyka, Olsztyn, 109-117.

Tabela I

Samoocena stanu zdrowia, sprawności fizycznej i częstotliwości zachorowań studentek studiów niestacjonarnych AJD w Częstochowie w % wskazań.

Badana cecha	Badane ogółem	Mieszkanki miast	Mieszkanki wsi
Stan zdrowia			
bardzo dobry	5,5	9,0	2,0
dobry	31,0	73,5	88,5
przeciętny	13,5	17,5	9,5
zły	0	0	0
Sprawność			
bardzo dobra	8,0	10,0	6,0
dobra	63,0	60,0	66,0
przeciętna	26,5	28,0	25,0
zła	2,5	2,0	3,0
Częstotliwość zachorowań			
często	10,0	9,0	11,0
rzadko	86,5	88,0	85,0
nie choruję	3,5	3,0	4,0

Tabela II
Konsumpcja używek studentek studiów niestacjonarnych AJD w Częstochowie w % wskazań.

Badana cecha	Badane ogółem	Mieszkanki miast	Mieszkanki wsi
Nie palą papierosów	72,0	65,0	79,0
Nie piją alkoholu	19,0	18,0	20,0
Piją alkohol l -2razy w roku	7,0	6,0	8,0
Nie piją kawy	35,0	38,5	31,5
Pija kawę raz dziennie	40,0	35,0	45,0

Tabela III
Uprawianie rekreacji ruchowej przez studentki pedagogiki studiów niestacjonarnych AJD w Częstochowie w % wskazań.

Uprawia rekreację	Badane ogółem	Mieszkanki miast	Mieszkanki wsi
Codziennie	20,5	18,0	23,0
W czasie weekendu	26,0	23,5	28,0
W czasie wakacji	27,0	20,5	33,5
Okazjonalnie	15,0	17,0	13,5

Tabela IV
Kontrola masy ciała dokonywana przez studentki pedagogiki studiów niestacjonarnych AJD w Częstochowie w % wskazań.

Częstotliwość kontroli	Badane ogółem	Mieszkanki miast	Mieszkanki wsi
Raz miesiącu lub częściej	62,0	62,0	62,0
Raz na pół roku	6,5	10,0	3,0
Raz w roku	24,0	21,0	27,0
Nie kontroluje	7,5	7,0	8,0

Tabela V
Kontrola ciśnienia krwi dokonywana przez studentki pedagogiki studiów zaocznych Akademii im. J. Długosza w Częstochowie w % wskazań.

Częstotliwość kontroli	Badane ogółem	Mieszkanki miast	Mieszkanki wsi
Raz w miesiącu lub częściej	31,0	30,0	32,0
Raz na pół roku	5,5	5,5	5,5
Raz w roku	35,5	34,5	36,5
Nie kontroluje	28,0	30,0	26,0

Tabela VI
Poddawanie się badaniom profilaktycznym przez studentki pedagogiki studiów niestacjonarnych AJD w Częstochowie w % wskazań.

Rodzaj badania	Mieszkanki miast	Mieszkanki wsi
Wykonują badania profilaktyczne	31,0	23,5
Morfologia krwi	9,0	10,5
Stomatologiczne	7,0	7,5
Ginekologiczne	6,0	1,0
Cytologiczne	5,5	1,0
Samobadanie piersi	1,5	0
Wzroku	0	1,0
Inne	7,0	0

Anna Jeziorek
Uniwersytet Łódzki, Katedra Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego

Budowa somatyczna i sprawność fizyczna dzieci 7-14 letnich z Meridy (Meksyk) i Łodzi (Polska)

Właściwością rozwoju osobniczego są stałe, nieodwracalne zmiany kierunkowe w kształtowaniu się cech morfologicznych i funkcjonalnych organizmu. W procesie tym ma miejsce stałe przystosowanie się do zmieniających się warunków środowiska. Zróżnicowanie populacji i różnice wynikające z warunków środowiskowych, obserwowane przez wiele cech ludzkiego ciała w tym sprawność fizyczną, stanowią klucz do zrozumienia adaptacji człowieka. W większości sprawność fizyczna poprawia się wraz z wiekiem w okresie dzieciństwa i dorosłości w procesie wzrostu i rozwoju pod silną kontrolą genetyczną. Niezależnie od zmian wieku, istnieje dymorfizm płciowy w zadaniach motorycznych, który można wytłumaczyć dużą ilością czynników opartych na fizjologicznych, biologicznych i endokrynologicznych funkcjach organizmu. Również inne czynniki o charakterze socjalnym i motywacyjnym mogą się przyczyniać do wyjaśnienia różnic płciowych w sprawności fizycznej [Lefevre et al., 1998, Malina and Bouchard 1991]. Istnieje ponadto zestaw czynników środowiskowych, które mogą modyfikować sprawność fizyczną. Najważniejsze z nich to nawyki żywieniowe, system ochrony zdrowia, status społeczno-ekonomiczny i styl życia, który jest ściśle powiązany z poziomem aktywności fizycznej i temperamentem poszczególnych osób.

Głównym celem przedstawionej pracy jest porównanie cech budowy ciała i sprawności fizycznej dzieci meksykańskich i polskich żyjących w środowisku miejskim o podobnej wielkości, wywodzących się z niższych i wyższych warstw społecznych, gdzie warunki życia, nawyki żywieniowe są bardzo wyraźnie określone.

Materiał i metody

W próbie uczestniczyło 1345 dzieci meksykańskich z miasta Merida i 1388 polskich dzieci z miasta Łodzi w wieku od 7 do 14 lat, reprezentujących przykładowy przekrój. W 1996 roku zostały przeprowadzone badania wśród dzieci uczęszcza-

jących do szkoły w dość ubogich dzielnicach. W 1999 do badań wybrano dzieci uczące się w prywatnych szkołach w Meridzie oraz zamożniejszych dzielnicach w Łodzi. Dzieci badane w 1996 roku zostały zaliczone do rodzin o niższym statusie socjalnym; podczas gdy dzieci badane w 1999 i 2000 roku reprezentowały rodziny o statusie wyższym. Liczba dzieci z każdej grupy, rodzaj szkoły oraz kraj znajdują się w tabeli I. U każdego dziecka stosowano trzy pomiary antropometryczne – masę ciała, wzrost i obwód ramienia. Pomiary wydolności fizycznej dotyczyły siły zacisku prawej ręki mierzonej dynamometrem, przedstawianej jako bezpośrednia wartość oraz w korelacji do masy ciała i obwodu ramienia. Trzy cyklowy bieg zwinnościowy w sekundach (bieg po ósemce pomiędzy dwoma chorągiewkami rozstawionymi w odległości 5 metrów) i wyskok dosiężny – różnica pomiędzy pomiarem w pozycji wyprostowanej z ręką wyciągniętą w górę (UH) i maksymalnym wyskokiem wzwyż(JH) w centymetrach mierzonym na skali (przytwierdzonej do ściany). Pod uwagę wzięto dwa wyniki, BMI: (waga w kilogramach / wzrost w metrach) oraz wynik skoku wzwyż: JH-UH/UH*100.

Użyto analizy regresji linearnej aby ocenić wpływ czterech niezależnych czynników na wyniki antropometryczne i motoryczne. Te czynniki to: wiek, płeć, status socjalny i narodowość (Meksyk i Polska). Analiza regresji liniowej została także użyta do oceny wpływu 3 pomiarów ciała (wzrost, waga, obwód ramienia) na wynik próby motorycznej.

Wyniki

Czynnik wiekowy ma najsilniejszy wpływ na wyniki przeprowadzonych prób u dzieci. Współczynnik obliczenia (R2) został użyty aby oszacować wartość procentową rozbieżności (PEV) każdej zależnej zmiennej przez 4 czynniki (tabela II). Czynnik wiekowy wyjaśnia większe PEV wzrostu i wagi (odpowiednio 69 % i 51%) niż zaobserwowany w wynikach sprawnościowych (ścisk 49%, bieg wytrzymałościowy 19,3%, ścisk do wagi 17,3%, skok w zwyż 13%). Ta zależność jest zrozumiała, ponieważ wszystkie wyniki pomiarów są wyższe a testy dają lepsze rezultaty wraz ze wzrostem wieku dzieci.

Jeśli chodzi o czynnik statusu socjo-ekonomicznego, wskazuje on na zależność w 9 badanych pomiarach, jakkolwiek PEV jest mniejsze niż w przypadku czynniku wiekowego i wynosi 0.5 do 5% (pomiar budowy ciała) oraz 0.2 do 2.2% (testy motoryczne) całkowitych rozbieżności.

Zauważono, że w lepszych warunkach życiowych (wyższy status socjalno-ekonomiczny) dzieci są wyższe, cięższe, mocniej zbudowane (BMI), oraz mają większy obwód ramienia niż dzieci żyjące w warunkach gorszych. Pierwsza grupa dzieci charakteryzuje się również słabszą siłą ścisku w stosunku do wagi i obwodu ramienia i gorszymi wynikami w skoku wzwyż, ale osiąga lepsze rezultaty w biegu zręcznościowym (krótszy czas) niż grupa dzieci o niższym statusie socjalno-ekonomicznym.

Czynnik płciowy wpłynął na 7 badanych zależnych zmiennych, głównie na rezultaty testów sprawnościowych. Ten czynnik nie odgrywa ważnej roli w przypadku zmiennych budowy ciała u dzieci od 7 do 14 lat. PEV jest dość niski i wynosi 2.6

(uścisk), 2.8 (uścisk w stosunku do obwodu ramienia), 3.1 (skok wzwyż), 3.8 (uścisk w stosunku do wagi) i 3.9 (bieg sprawnościowy) procenta całkowitej zmiennej. Jest dość oczywiste, że chłopcy osiągnęli lepsze rezultaty we wszystkich testach sprawnościowych niż dziewczynki.

Czynnik etniczny wykazuje powiązanie z 5 zmiennymi. Są to: wzrost, BMI, uścisk, bieg zręcznościowy i skok wzwyż. PEV wynosi około 5 dla wzrostu i BMI, 0.8 dla skoku wzwyż, 0.3 dla biegu zręcznościowego, i tylko 0.1 dla uścisku. Rezultaty wskazują, że polskie dzieci są wyższe, mają mniejszą wagę w stosunku do wzrostu i większą wartość uścisku, krótszy czas w biegu zręcznościowym ale gorsze wyniki w skoku wzwyż niż dzieci meksykańskie (tabela II).

Następny krok analizy jest związany z wpływem budowy ciała reprezentowanym przez wzrost, wagę i obwód ramienia na wyniki testów sprawności fizycznej. Współczynnik obliczenia (R2) został użyty aby określić procentowo zmienną PEV każdego opisanego testu motorycznego przez te 3 niezależne pomiary.

Ogólnie stwierdzono, że parametry budowy ciała wyjaśniają najmniejsze PEV dla 3 testów motorycznych wśród dzieci meksykańskich pochodzących z rodzin, o niższym statusie socjalnym w porównaniu z dziećmi meksykańskimi z rodzin którym lepiej się powodzi oraz w porównaniu z polskimi dziećmi z obu grup socjalnych. Uścisk, prosty pomiar siły statycznej jest mocniej powiązany z charakterystyką budowy ciała niż bieg zręcznościowy (pomiar zręczności, szybkości i koordynacji) oraz wyskokiem dosiężnym (pomiar siły eksplozywnej).

Dyskusja

Czynnik wiekowy jest głównie związany ze zmianami rozwojowymi (ontogeneza), które są zdeterminowane genetycznie, chociaż mogą być, w pewnych stresujących sytuacjach, modyfikowane przez wpływy środowiskowe. Czynnik płciowy także ma uwarunkowania biologiczne, ale jego wpływ na sprawność fizyczną badaną w testach może mieć niebiologiczne uwarunkowanie (różnice pomiędzy płciami w fizycznej aktywności, interakcje między rodzeństwem, szkoła i styl życia poszczególnych rodzin [Malina and Moriyama 1991]. Różnice etniczne mogą także mieć podstawy genetyczne, ale słabiej zaznaczone niż dwa z wymienionych wyżej czynników, a ich zróżnicowana rola może być spowodowana różnymi stylami życia obserwowanymi w krajach europejskich, a porównywanych z populacjami osiadłymi na półwyspie Jukatan. W tym sensie różnice etniczne mogły być powodowane różnymi nawykami żywieniowymi i poziomami aktywności fizycznej. Motywacja do tego, aby być bardziej lub mniej aktywnym fizycznie zależy nie tylko od warunków klimatycznych i warunków życia, ale jest również determinowana przez temperament poszczególnych osób, który jest kontrolowany przez genetykę [Wolański 1986]. Czynniki socjalno-ekonomiczne są powiązane głównie z różnicami w poziomie życia, które z kolei są powodowane różnicami edukacyjnymi, zawodowymi oraz związanymi z poziomem dochodów rodziców badanych dzieci. Różnice socjalno–ekonomiczne są zdecydowanie bardziej wyraźne w Meksyku niż w Polsce. Należy tu wspomnieć, że program fizycznej edukacji jest zupełnie inny w obu omawianych krajach, a wiele meksykańskich dzieci ma stałą pracę w supermarketach w ich

„czasie wolnym". Wybrane testy do oceny sprawności fizycznej różnią się w swojej złożoności. Uścisk jest dość prostym pomiarem siły statycznej zawierającym w sobie małą skalę jednostek motorycznych. [Wolański i Parizkova 1976]. Wyskok dosiężny jest bardziej złożony, pokazuje siłę dynamiczną i zawiera więcej jednostek motorycznych. Bieg zręcznościowy jest najbardziej złożony spośród testów wybranych do analizy. W jego skład wchodzi zręczność, szybkość, koordynacja, które objawiają się poprzez kooperację systemu neuromięśniowego.

Cechy budowy fizycznej są bardzo silnie związane z czynnikiem wieku (genetyka). Dla wzrostu i wagi czynnik ten wyjaśnia ponad 50% obserwowanych różnic w przedziale wiekowym 7-14 lat. Ten sam fenomen jest obserwowany dla siły ścisku (49%), głównie dlatego, że wyniki testów siły motorycznej zależą od masy mięśniowej, która znacznie wzrasta wraz z wiekiem dzieci. Wiek także wpływa mocno na inne badane zmienne, tłumacząc procentowo większe różnice niż te powodowane przez inne czynniki.

Czynnik płciowy wpływał głównie na wyniki związane z siłą fizyczną, gdzie rezultaty były znacznie lepsze u chłopców. Te odkrycia mogą sugerować, że siła ścisku i bieg zwinnościowy są prawdopodobnie silnie uwarunkowane genetycznie. Duża dziedziczność siły uścisku były już sygnalizowane w literaturze [Malina i Moriyama 1991]. Studia te, opierające się na podobieństwie pomiędzy rodzeństwem, wykazały silne powiązania genetyczne w testach pomiaru siły ścisku i biegu i w mniejszym stopniu w przypadku wyskoku dosiężnego [Siniarska 1984]. Z drugiej strony, przeprowadzono również badania, których wyniki sugerują wnioski przeciwne, że siła uścisku jest słabo determinowana genetycznie [Szopa 1992; Szopa i Mleczko 1992]. Ta rozbieżność podkreśla trudność zdeterminowania biologicznego i środowiskowego sprawności fizycznej.

Status socjalno-ekonomiczny (SES) wpływa zarówno na wskaźniki rozwoju fizycznego jak i na wyniki testów motorycznych. W przypadku pierwszej grupy zmiennych, są one większe (wzrost, waga, obwód ramienia, BMI) wśród dzieci o wyższym statusie w stosunku do tych o statusie niższym, a teoria ta była szeroko poruszana w literaturze [Bogin 1999]. Dzieci z zamożniejszych rodzin osiągnęły także lepsze wyniki w biegu sprawnościowym. Jakkolwiek, dzieci ze środowisk o niższym statusie ekonomicznym obu krajów charakteryzują się lepszymi wynikami w testach siły uścisku i wyskoku dosiężnego w porównaniu z dziećmi pochodzącymi z rodzin o wyższym statusie socjalno-ekonomicznym. W literaturze znajdują się także teorie, że siła zależy od warunków życia gdzie gorsze wyniki osiągnęły polskie dzieci z terenów miejskich od dzieci z terenów wiejskich, a także w mniejszych osadach od dzieci z miast. [Zianiewicz 2001, Ignasiak 2001]. Jest to zachętą do dalszych badań w tym kierunku. w środowiskach o bardzo niskim statusie socjalno-ekonomicznym, a taki przypadek można zaobserwować w przypadku dzieci meksykańskich, PEV jest dużo mniejsze niż w środowiskach o wysokim statusie w Meksyku i obu grupach środowiskowych w Polsce. Dzieci z niższego statusu były nawykłe do pracy, ponieważ pomagały rodzicom, a to zjawisko występowało powszechnie na Jukatanie, co może wyjaśniać lepsze rezultaty w sile uścisku u dzieci z biedniejszych rodzin meksykańskich.

Czynnik pochodzenia etnicznego wpływał na BMI, siłę uścisku, bieg sprawnościowy i skok wzwyż. Rezultaty pokazują, że polskie dzieci są wyższe i ważą mniej w stosunku do wzrostu, osiągają lepsze rezultaty w sile uścisku, lepsze wyniki w biegu, ale gorsze w skoku wzwyż niż dzieci meksykańskie. Skok wzwyż jest testem sprawności fizycznej, który jest zależny od wzrostu, ale ten efekt może być zlikwidowany przy użyciu indeksu Sierżanta, co pokazuje że niższe i bardziej masywne meksykańskie dzieci są lepsze w tym zadaniu. Rezultaty można wyjaśnić używając definicji czynnika etnicznego prezentowanego na początku dyskusji. Wygląda na to, że model życia i sposób odżywiania są odpowiedzialne za ten fenomen. Większe BMI u meksykańskich dzieci może także wskazywać lepiej rozwiniętą masę mięśniową zamiast tkanki tłuszczowej. Ostatnia część dyskusji dotyczy wartości procentowej tłumaczonych zmiennych (PEV) sprawności fizycznej przez cechy budowy ciała. Okazuje się, że we wszystkich porównywanych grupach dzieci, siła uścisku jest bardziej zależna od antropometrii niż inne zmienne sprawności fizycznej. Podobne rezulaty były także prezentowane w wynikach innych badań [Oja and Jürimäe 1998]. Rezultaty wcześniejszych porównań sprawności fizycznej dzieci z Meridy i z Łodzi, tylko z grup o niskim statusie socjalnym, wykazały, że polskie dzieci są wyższe i sprawniejsze we wszystkich testach motorycznych niż meksykanie [Siniarska 1998]. Porównując dzieci z publicznych i prywatnych szkół w Meridzie, różnice te są jeszcze bardziej wyraźne i wskazują na większe różnice w poziomie życia w Meksyku. Warto także wspomnieć, że dzieci z prywatnych szkół meksykańskich w odróżnieniu od tych z publicznych szkół, oraz wszystkich typów szkół w Polsce biorą bardziej aktywny udział w aerobiku i innych rodzajach ćwiczeń. Konsumują także więcej przepisanych im przez lekarza leków służących poprawieniu fizycznej atrakcyjności [Siniarska 2000 – badania niepublikowane]. Te wyniki wskazują, że w lepszych warunkach życia poziom aktywności fizycznej może być dużo łatwiej kontrolowany takimi parametrami budowy jak wzrost i masa, niż w gorszych warunkach.

Wnioski

- Stwierdzono, że wiek, czynniki socjoekonomiczne i etniczne badanych grup silnie wpływają na parametry budowy ciała.
- Wszystkie 4 czynniki miały znaczący wpływ na większość testów badających sprawność fizyczną.
- Polskie dzieci, niezależnie od warunków socjalno-ekonomicznych, charakteryzowały się wyższymi parametrami budowy ciała, mniejszym BMI, i lepszymi rezultatami w uścisku i biegu zręcznościowym, ale gorszymi wynikami w skoku wzwyż niż badane dzieci meksykańskie.
- Stwierdzono, że w rodzinach o wyższym statusie socjalno-ekonomicznym poziom sprawności fizycznej dzieci jest bardziej zależny od parametrów budowy ciała takich jak waga i wzrost niż w rodzinach o statusie niższym.

Tabela I
Liczba badanych dzieci w wieku szkolnym w Meridzie (Meksyk) i Łodzi (Polska).

Wiek w latach	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**∑**
Region					**chłopcy**				
Merida 1996	44	32	33	42	51	34	33	10	279
Merida 1999	49	66	53	50	50	58	53	40	419
Łódź 1996	27	33	36	33	51	42	40	13	275
Łódź 2000	31	30	44	56	114	91	60	49	475
∑	**151**	**161**	**166**	**181**	**266**	**225**	**186**	**112**	**1448**
					dziewczynki				
Merida 1996	45	32	31	51	39	33	31	11	273
Merida 1999	43	51	62	51	44	41	45	37	374
Łódź 1996	13	35	31	26	43	39	22	12	221
Łódź 2000	38	40	38	53	78	45	62	63	417
∑	**139**	**158**	**162**	**181**	**204**	**158**	**160**	**123**	**1285**

Tabela II
Czteroczynnikowa analiza regresyjna zmiennych somatycznych i sprawności fizycznej u dzieci w szkołach podstawowych z Mridy (Meksyk) i Łodzi (Polska).

Zmienna zależna	Czynniki (zmienne niezależne)	B	t	Sig	% wyjaśnianej zmienności
Wzrost ciała	Wiek (+)	5.42	85.71	.000	69.2
	Kraj (+)	6.34	23.61	.000	5.1 $\sum$=77.4
	Status socjalny (+)	5.38	19.52	.000	3.1
Masa ciała	Wiek (+)	3.82	52.76	.000	50.5
	Status socjalny (+)	3.79	11.93	.000	2.4 $\sum$=52.9
BMI	Wiek (+)	0.52	19.78	.000	10.9
	Kraj (+)	-1.45	-12.83	.000	4.9
	Status socjalny (+)	0.50	4.30	.000	0.5
	Płeć (-)	-0.27	-2.37	.018	0.2 $\sum$=16.5
Obwód ramienia	Wiek (+)	0.76	31.03	.000	26.7
	Status socjalny (+)	0.96	8.86	.000	2.1
	Płeć (-)	-0.25	-2.39	.017	0.1 $\sum$=28.9
Siła ścisku	Wiek(+)	2.33	50.63	.000	48.7
	Płeć (-)	-2.29	-11.99	.000	2.6
	Kraj (+)	0.30	2.04	.041	0.1 $\sum$=51.4
Siła ścisku do wagi	Wiek (+)	2.99	24.66	.000	17.3
	Płeć (-)	-5.73	-11.59	.000	3.8
	Status socjalny (-)	-4.40	-8.59	.000	2.2 $\sum$=23.3
Siła ścisku do obwodu ramienia	Wiek (+)	8.95	44.19	.000	41.4
	Płeć (-)	-0.78	-11.54	.000	2.8
	Status socjalny (-)	-2.74	-3.12	.002	0.2 $\sum$=44.4
Bieg zwinnościowy	Wiek (+)	-0.43	24.29	.000	19.3
	Płeć (-)	0.84	11.63	.000	3.9
	Status socjalny (-)	-0.38	-5.12	.000	0.8
	Kraj (-)	-0.26	-3.63	.000	0.3 $\sum$=24.3
Wyskok dosiężny	Wiek(+)	0.59	20.88	.000	12.8
	Płeć (-)	-1.22	-10.26	.000	3.1
	Kraj (+)	-0.59	-4.91	.000	0.8
	Status socjalny (-)	-0.31	-2.55	.011	0.2 $\sum$=16.9

Kody czynników:
wiek: osiem grup wiekowych od 7 do 14 lat;
płeć 1-chłopcy, 2-dziewczynki;
status socjalny 1-niższy, 2-wyższy;
grupy etniczne 1-Meksyk 2- Polska

Literatura

1. Bogin B. A., 1999, Patterns of Human Growth, 2nd edn. Cambridge University Press, London.
2. Ignasiak Z., Slawińska T., Zaleski A., 1997, Rozwój morfofukcjonalny dzieci miejskich i wiejskich z Polski południowo-zachodniej w ujęciu relatywnym. Wychowanie Fizyczne i Sport, 41 (1-2); 81-102.
3. Lefevre J., Beunen G., Borms J., Vrijens J., 1998, Sex differences in physical fitness in Flemish youth. In: In: Physical Fitness and Nutrition During Growth, J Parizkova and AP Hills AP (eds), Med Sport Sci. 43:55-67, Karger, Basel.
3. Malina RM., Bouchard C., 1991, Growth, Maturation, and Physical Activity. Human Kinetics, Champaign.
4. Malina RM., Moriyama M., 1991, Growth and motor performance of black and white children 1-10 years of age: A multivariate analysis. Am.J.Hum.Biol., 3:599-611.
5. Oja L., Jürimäe T., 1998, Relationship between physical activity, motor ability and anthropometric variables in 6-year-old Estonian children. In: Physical Fitness and Nutrition During Growth, J Parizkova and AP Hills AP (eds), Med Sport Sci. 43:68-78, Karger, Basel.
6. Siniarska A., 1984, Physical fitness in Polish population (genetics and development). In: Genetics of Psychomotor Traits in Man, N. Wolanski and A. Siniarska (eds), pp 167-611, International Society of Sport genetics and Somatology.
7. Siniarska A, Jeziorek A., Nowakowska M., 1998, Physical fitness of 7- to 14-year-old schoolchildren in Mérida (Mexico) and Łódź (Poland). In: Physical Fitness and Nutrition During Growth, J Parizkova and AP Hills AP (eds), Med Sport Sci. 43:27-43, Karger, Basel.
8. Szopa J., 1992, Genetic determinations of motor capability – A problem review (in Polish). Antropomotoryka, 8:141-155.
9. Szopa J., Mleczko E., 1992, Longitudinal family studies on genetic conditioning of functional traits in boys and girls between seven and fourteen (in Polish). Antropomotoryka, 7:11-29.
10. Wolański N., Parizkova J., 1976, Physical Fitness and Human Development (in Polish). Sport i Turystyka, Warsaw.
11. Wolański N., 2005, Rozwój Biologiczny Człowieka. PWN, Warszawa.
12. Zianiewicz A., Popławska H., Saczuk J., 2001, Wpływ miejsca zamieszkania na poziom sprawności fizycznej dziewcząt o zróżnicowanym tempie dojrzewania. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 48(5):25-28.

Elżbieta Kościńska
UKW Bydgoszcz, Instytut Pedagogiki

Aktywność fizyczna ludzi z cukrzycą typu 2

W ostatnich dziesięcioleciach XX i początku XXI wieku, na całym świecie i w naszym kraju, niemal każdego dnia dokonuje się wiele przemian społeczno-gospodarczych i cywilizacyjnych. Obok całego szeregu pozytywnych, pojawia się wiele negatywnych skutków tego rozwoju. Zaliczyć do nich należy wzrost częstości pojawiania się chorób cywilizacyjnych, m.in. chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, a w ostatnich latach cukrzyca typu 2. W ciągu ostatnich 50 lat częstość jej występowania gwałtownie wzrosła. Światowa Organizacja Zdrowia określiła cukrzycę mianem epidemii XXI wieku. Wielowymiarowy charakter cukrzycy, powszechność jej występowania w równym stopniu jest uwarunkowany czynnikami genetycznymi, jak i środowiskowymi. Istotne znaczenie w rozwoju tej choroby i jej powikłań przypisuje się przejawianemu przez społeczeństwo stylowi życia. Zbyt tłusta dieta, niska aktywność fizyczna, to najczęściej wymieniane przez diabetologów przyczyny rozwoju choroby, oraz jej powikłań.

Znaczenie aktywności fizycznej w leczeniu cukrzycy

„*Stan zdrowia chorego na cukrzycę zależy w dużym stopniu od podejmowanego przez niego wysiłku fizycznego"* dr Paul Thompson.

Od dawna uznaje się, że wysiłek fizyczny, podobnie jak ograniczenie ilości pożywienia, zwiększa wrażliwość na insulinę, zmniejsza ryzyko rozwoju cukrzycy, poprawia kontrolę cukrzycy. Aktywny styl życia zwiększa szansę dłuższego życia chorych na cukrzycę, ci którzy nie wykonują ćwiczeń fizycznych, mają ryzyko zgonu z dowolnej przyczyny 2,1 razy większe niż osoby w dobrej kondycji fizycznej. Z tego względu w cukrzycy typu 2, zaleca się z reguły stałe stosowanie diety i treningu fizycznego[1]. Najczęstszą przyczyną nadumieralności chorych na cukrzycę typu 2 jest zwiększenie zapadalności na niedokrwienną chorobę serca, udary mózgu i niedo-

[1] Por. Czyżyk A., Patofizjologia i klinika cukrzycy, Warszawa, 1997; Tatoń J., Diabetologia praktyczna, Warszawa, 1993; TatońJ., Leczenie wysiłkiem fizycznym (w:) Diabetologia tom I (red) TatońJ., Czech A., Warszawa, 2001.

krwienną chorobę kończyn dolnych. Z licznych badań epidemiologicznych wynika, że aktywność fizyczna zmniejsza zagrożenie choroby niedokrwiennej serca [Shawa 1998].

Specjaliści w dziedzinie diabetologii zalecają chorym na cukrzycę następujące formy aktywności: spacer – wolny krok, prędkość poniżej 3,2 km/h; średnio szybki krok, prędkość 3,2 – 4,8 km/h; szybki krok, prędkość 4,8 – 6,2 km/h; bardzo szybki krok, prędkość powyżej 6,2 km/h. Inne proponowane rodzaje aktywności dla chorych w lepszej kondycji: jogging, jazda na rowerze, aerobik, wiosłowanie, pływanie, przysiady, tenis. Polepszenie ogólnej sprawności, a szczególnie funkcji układu oddechowego i krążenia, często zmniejsza lęk i mechanizmy nerwicowe. Polepsza się nastrój i samopoczucie, zwiększa się szacunek wobec siebie i pojawia odczucie, że jakość życia jest lepsza. Poza tym trening może korzystnie wpływać na przestrzeganie diety i innych zaleceń [Tatoń J 2001, s.248-265].

Aktywność fizyczna ludzi z cukrzycą w świetle badań własnych[2].
Charakterystyka badanych

Przedmiotem badań była grupa ludzi z rozpoznaniem klinicznym cukrzyca typu 2 (diabetes mellitus), ustalonym na podstawie dokumentacji, tj, historii choroby oraz potwierdzonym przez lekarzy prowadzących leczenie, traktowana jako podzbiór populacji generalnej ludzi z cukrzycą, leczonych w Centrum Diabetologii w Toruniu. Badaniom poddano 327 osób w tym 182 kobiety i 145 mężczyzn. Badanych zróżnicowano i analizowano wyniki badań według następujących zmiennych socjodemograficznych: wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz zmiennych medycznych: sposób leczenia i czas trwania choroby. W grupie badanych było 178 osób, które uczestniczyły w edukacji zdrowotnej oraz 149 osób nieuczestniczących w edukacji zdrowotnej. Respondenci byli w wieku od 41 do 86 lat. Najwięcej badanych (22,3%) było w przedziale wiekowym 51-55 lat, najmniej (1,2%) w wieku powyżej 80 lat. Wykształcenie średnie i niepełne wyższe posiadało 31,5% badanych, podstawowe 26,6% badanych, 22,0% badanych legitymowało się wykształceniem zawodowym, 17,1% wykształceniem wyższym a 2,8% niepełnym podstawowym. Badani (47,1%) byli mieszkańcami Torunia, 27,0% to mieszkańcy mniejszych miast a pozostałe 25,8% to mieszkańcy wsi. Najwięcej respondentów 72,5% żyje w związkach, 15% to wdowy i wdowcy a 12,5% to panny i kawalerowie. Wraz ze wzrostem czasu trwania choroby malała liczba badanych. Najwięcej

[2] Prezentowane w tym artykule badania, są wycinkiem badań przeprowadzonych dla celów rozprawy doktorskiej pod tytułem „Edukacja zdrowotna jako czynnik modyfikujący styl życia ludzi z cukrzycą typu 2" napisanej w 2004 roku, przez autorkę artykułu, w AB w Wydziale Pedagogiki i Psychologii pod kierunkiem prof. zw. dr hab. Krystyny Marzec-Holki. W badaniach brali udział chorzy, którzy uczestniczyli w autorskim programie edukacji zdrowotnej, grupę kontrolną stanowili chorzy nieuczestniczący w edukacji zdrowotnej. Celem poznawczym badań było pogłębienie wiedzy na temat stylu życia ludzi z cukrzycą typu 2 oraz znaczenia edukacji zdrowotnej w kształtowaniu stylu życia. Badania służyć miały także określonym celom praktycznym. W leczeniu cukrzycy wielkie znaczenie dla jego pozytywnych efektów, a tym samym dla utrzymania dobrego stanu bio-psycho-społecznego jednostki, przypisuje się wiedzy pacjenta na temat jednostki chorobowej i sposobów radzenia sobie z problemami, które stwarza choroba. Pogłębienie i analiza wiedzy na temat edukacji zdrowotnej w cukrzycy, jako czynnika ułatwiającego dokonywanie właściwych z racji stanu zdrowia wyborów w życiu codziennym, może przyczynić się do formułowania postulatów dla tworzenia skutecznych programów edukacji zdrowotnej w cukrzycy w takich resortach jak opieka społeczna i służba zdrowia.

(38,5%) było z przedziału 1-5 lat trwania choroby, najmniej (0,9%) z przedziału 26-30 lat. Sposób leczenia badanych był zróżnicowany. Leczeni insuliną dwa razy dziennie stanowili 41,9% grupy, lekami doustnymi 26,9% grupy, leczeni lekami doustnymi plus insulina oraz insuliną kilka razy dziennie (metoda intensywna) stanowili po 11,9% badanej grupy. Najmniejszy odsetek (7,4%) stanowili leczeni tylko dietą i wysiłkiem fizycznym.

Badania były przeprowadzone w okresie od kwietnia 2000 roku do maja 2002 roku.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a w szczególności technikę ankietową i wywiad oraz pomocniczo analizę dokumentów i metodę biograficzną. Zastosowano również metodę eksperymentu pedagogicznego, wykorzystując technikę grup równoległych.

Wyniki badań

Badając aktywność fizyczną, pytano respondentów o czas przeznaczony na wybrane formy aktywności w ciągu dnia, tygodnia, regularność wysiłku fizycznego i jego rodzaje. Deklarowane przez badanych formy wysiłku fizycznego to: spacery, praca na działce lub w ogrodzie, jazda na rowerze, rzadziej gimnastyka, basen i taniec. W tabeli I przedstawiono liczbę osób, które deklarowały uprawianie powyższych rodzajów aktywności fizycznej. Jak wynika z danych przedstawionych w tejże tabeli najwięcej badanych deklaruje spacery. Należy jednak zaznaczyć, że regularność i czas przeznaczony na spacery są zróżnicowane:

- codziennie 0,5 do 1 h spacerują 24 osoby (7,33%),
- trzy razy w tygodniu 1 do 2 h spaceruje 36 osób (11,00%),
- jeden raz w tygodniu po 2 h spaceruje 56 osób (17,12%),
- pozostałe 182 osoby (55,65%) przejawiają tę formę aktywności nieregularnie, przeznaczając różną ilość czasu, uzależniając to od aktualnego samopoczucia, pogody itp.

Praca na działce lub w ogrodzie jest deklarowana przez badanych jako regularna przez trzy pory roku (wiosna, lato i jesień). Bardziej intensywną aktywność deklarowali mężczyźni (przekopywanie działki, podlewanie, pielenie), natomiast kobiety częściej określały swoją pracę jako: doglądanie kwiatków, zbieranie i zaprawianie owoców. Czas zaangażowania w uprawianie działki czy ogrodu badanych jest zróżnicowany:

- codziennie 2 do 3 h – 74 osoby (22,62%),
- codziennie 1 do 2 h – 56 osób (17,12%),
- dwa razy w tygodniu po 2 – 3 h – 58 osób (17,73 %),
- pozostałe 44 osoby (13,45%), pracują w zależności od samopoczucia, nieregularnie i w różnym wymiarze czasu.

Jazdę na rowerze deklarowały w większości osoby pracujące na działce, 68 osób (20,79%) jako środek lokomocji. Pozostałe 55 osoby (16,81%) jako świadomie zaplanowaną formę aktywności. Podobnie jak w przypadku uprawiania innych form aktywności regularność i czas przeznaczony na tę aktywność były zróżnicowane:

- 23 osoby (7,03%) każdego dnia po 1 h,
- 8 osób (2,44%) przynajmniej dwa razy w tygodniu po 2 h,
- pozostałe 24 osoby (7,33%) różnie.

Najbardziej regularnie uprawianymi formami aktywności i jednocześnie najrzadziej są: gimnastyka, basen i taniec. Ćwiczenia gimnastyczne uprawia:
- dwa razy dziennie po 15 min 36 osób (11,00%),
- trzy razy w tygodniu po 0,5 h – 12 osób (3,66%),
- pozostałe 6 osób (1,83%), jeden raz w tygodniu od 0,5 do 1 h.

Regularne pływanie na basenie dwa razy w tygodniu, deklarowało 9 osób (2,75%), raz tygodniu 6 osób (1,83%). Regularny taniec raz w tygodniu po 2 h, dwie osoby (0,61%).

Tabela I
Deklarowane przez wszystkich badanych (edukowanych i nieedukowanych) formy aktywności fizycznej N = 327.

Formy aktywności	N – badanych	% badanych
Spacery	298	91,0
Praca na działce lub w ogrodzie	232	70,9
Jazda na rowerze	123	37,6
Gimnastyka	54	16,5
Basen	15	4,6
Taniec	2	0,6
Brak aktywności fizycznej	29	9,0

Najpopularniejsza wśród badanych forma aktywności fizycznej to spacery i praca na działce lub w ogrodzie. Należy jednak zauważyć, iż 9,0% badanych nie deklarowało żadnych form aktywności fizycznej, były to osoby po 70 roku życia.

Wyniki badań analizowano w grupie osób edukowanych i nieedukowanych w zależności od zmiennych socjo-demograficznych i medycznych.

Tabela II
Wyniki korelacji pomiędzy aktywnością fizyczną kobiet i mężczyzn edukowanych i nieedukowanych a zmiennymi socjo-demograficzno-medycznymi.

Płeć Zmienne	Kobiety Edukowane	Kobiety Nieedukowane	Mężczyźni Edukowani	Mężczyźni nieedukowani
Wiek	. 14	-.33*	.23*	-.11
Stan cywilny	. 00	-.11	.13	. 21
Miejsce zamieszk.	-.10	. 29*	-.06	. 14
Wykształcenie	-.21*	. 36*	. 20	. 31*
Czas trwania chor.	-.10	-.34*	. 18	. 27*
Sposób leczenia	-.32*	-.16	-.06	. 40*

$P < 0,05$

* zależność istotna statystycznie

Jak wynika z danych przedstawionych w powyższej tabeli, zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn nieedukowanych, wiek koreluje ujemnie z aktywnością fizyczną. W grupie kobiet jest to zależność istotna statystycznie. Wraz ze wzrostem wieku tych badanych, maleje ich aktywność fizyczna. W grupie osób edukowanych obserwuje się odwrotną zależność. Wraz ze wzrostem wieku wzrasta aktywność fizyczna badanych. W przypadku mężczyzn jest to zależność istotna statystycznie.

Stan cywilny, to zmienna, która nie ma statystycznie istotnego wpływu na aktywność fizyczną ludzi z cukrzycą.

Miejsce zamieszkania to zmienna, która w istotny statystycznie sposób wpływa na aktywność fizyczną kobiet nieedukowanych. Badane z tej grupy, mieszkające w dużym mieście przejawiają większą aktywność fizyczną w porównaniu do kobiet mieszkających w małych miastach i na wsi. Nieedukowane kobiety mieszkające w małym mieście i na wsi częściej czas wolny spędzają w sposób bierny, unikając wysiłku w obawie przed hipoglikemią[3]. Są też sytuacje, kiedy chora i jej rodzina nie znają korzyści płynących z aktywności fizycznej, uważają wręcz, że w cukrzycy wysiłek fizyczny jest zabroniony.

Wykształcenie, to zmienna, która najsilniej koreluje z aktywnością fizyczną badanych. Oprócz grupy edukowanych kobiet wszędzie jest to zależność dodatnia, istotna statystycznie. Osoby posiadające wyższy poziom wykształcenia przejawiają większą aktywność fizyczną w porównaniu do osób z niższym poziomem wykształcenia.

Czas trwania choroby i sposób leczenia, to zmienne, które bardzo podobnie wpływają na aktywność fizyczną chorych z cukrzycą typu 2. W obydwu grupach kobiet zmienne te korelują ujemnie z aktywnością fizyczną. Kobiety chorujące dłużej i leczone insuliną przejawiają mniejszą aktywność od kobiet, które chorują krócej

[3] Powikłanie wczesne cukrzycy. Spadek cukru poniżej 60 mg% por. Czyżyk A., 1997 op. cit.

i ich leczenie jest mniej intensywne[4]. W przypadku nieedukowanych mężczyzn obydwie zmienne korelują dodatnio z aktywnością fizyczną. Intensywność aktywności fizycznej wzrasta wraz ze wzrostem czasu trwania choroby oraz intensywności leczenia. Podobna zależność istnieje w grupie mężczyzn edukowanych ze zmienną czasu trwania choroby.

Jak wynika z prezentowanych wyników badań aktywność fizyczna chorych na cukrzycę, jest uwarunkowana wieloma czynnikami zarówno socjo-demograficznymi jak i związanymi z chorobą.

Analizując przyczyny niskiej aktywności fizycznej ludzi z cukrzycą należy pamiętać, że cukrzyca typu 2 pojawia się u osób dorosłych, a więc u ludzi o ukształtowanych już nawykach i przyzwyczajeniach w zakresie aktywności fizycznej oraz najczęściej u osób z nadwagą i otyłych. Można zatem przypuszczać, że oprócz choroby, która niewątpliwie zmniejsza aktywność fizyczną, powyższe czynniki również wpływają niekorzystnie. Biorąc pod uwagę pozytywny wpływ aktywności fizycznej na stan zdrowia ludzi z cukrzycą uzyskane wyniki badań należy uznać za niepokojące.

Wnioski

1. Aktywność fizyczna osób z cukrzycą typu 2 jest niska.
2. Najczęściej deklarowane przez badanych formy aktywności fizycznej to spacery i praca na działce lub w ogrodzie.
3. Aktywność fizyczna ludzi z cukrzycą typu 2 jest uwarunkowana wieloma czynnikami:
   - wiekiem badanych,
   - miejscem zamieszkania,
   - poziomem wykształcenia,
   - czasem trwania choroby,
   - sposobem leczenia,
   - poziomem wiedzy na temat znaczenia aktywności fizycznej w profilaktyce powikłań cukrzycy.
4. Założenie wielowymiarowości zagadnienia aktywności fizycznej implikuje konieczność indywidualnego traktowania każdego chorego.
5. Poznanie przyzwyczajeń i uwarunkowań aktywności fizycznej każdego chorego ułatwi przełamywanie barier ograniczających aktywność fizyczną ludzi chorych.
6. Prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie znaczenia aktywności fizycznej i jej roli w profilaktyce chorób przewlekłych oraz ich powikłań jest zadaniem nie tylko dla szkół wszystkich szczebli ale również dla służby zdrowia.

[4] Cukrzyca typu 2 może być leczona tylko dietą i wysiłkiem fizycznym, lekami doustnymi i insuliną. Leczenie w którym stosowana jest insulina uznano za leczenie intensywne, por. Czyżyk A., 1997 op. cit., TatońJ., 1993 op. cit.

Literatura

1. Czyżyk A., 1997, Patofizjologia i klinika cukrzycy, PWN, Warszawa.
2. Shawa K.M. (red.), 1998, Powikłania cukrzycy, wyd. I. Wydanie polskie Via Medica SC Gdańsk, tłumaczenie: E. Lewicka, A. Tiuryn-Petrulewicz, P. Jędrusik.
3. Tatoń J., 2001, Leczenie wysiłkiem fizycznym (w:) Diabetologia tom I, red. Tatoń J., Czech A., PZWL, Warszawa.

Jolanta Danielewicz
AWF w Warszawie, Zamiejscowy Wydział Wychowania Fizycznego
w Białej Podlaskiej

Prozdrowotne aspekty aktywności ruchowej osób starszych

Aktywność fizyczna jest jednym z wielu obok higieny żywienia, stosowania używek, rytmu życia i higieny psychicznej, obszarów stylu życia. Aby zachować dobrą kondycję psychofizyczną niezbędna jest umiarkowana aktywność ruchowa wpisana na stałe w styl życia człowieka. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób starszych [Osiński 2005]. Specjaliści uważają, że zmiany inwolucyjne mogą być spowolnione przez regularne ćwiczenia fizyczne i racjonalne odżywianie [Charzewski 2001].

Liczne badania w zakresie kultury fizycznej i medycyny sportu wskazują, że rekreacyjna aktywność ruchowa uprawiana systematycznie do późnych lat życia wpływa korzystnie na poziom wszelkiej aktywności życiowej [Demianiuk 1996, Rudzik 1998].

W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy Zachodniej, społeczeństwo systematycznie się starzeje. Według demografów w wieku 2030 liczba osób w wieku powyżej 60 lat osiągnie 24% [Osiński 2005].

Ludzie nie tylko chcą żyć dłużej ale również utrzymywać do późnej starości niezależność oraz dobrą jakość stylu życia. Pędich trafnie stwierdził, że wyzwaniem XIX wieku było dożycie do starości, XX – zagwarantowanie starości, a XXI wieku wypełnienie starości, czyli działanie idące w kierunku dodawania życia do lat, a nie tylko lat do życia [Pędich 1992].

Uczestnictwo ludzi dorosłych, a tym bardziej po 60 roku życia, w rekreacji ruchowej jest sporadyczne, nieregularne i dalekie od ilościowych porównań europejskich. Aktywność ruchowa jest prawie nieobecna w stylu życia dorosłych Polaków [Charzewski 1995].

Styl życia polskich seniorów określa się jako bierny i monotonny [Halliccy 2002].

Ludzie coraz częściej zdają sobie sprawę z konieczności podejmowania działań zapobiegających określonym chorobom. Chcieliby się cieszyć dobrym zdrowiem

i samopoczuciem do późnych lat życia, ale nie wiedzą jakie podjąć działania, żeby urzeczywistnić te pragnienia. Małe zainteresowania rekreacją brak motywacji oraz potrzeb jej uprawiania w przypadku osób starszych wynikają przede wszystkim z niewiedzy lub niedostatecznej informacji co do prozdrowotnej roli właściwie prowadzonej aktywności a także z braku przyjemnych doznań wynikających z samego uczestnictwa w tego typu zajęciach.

Uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora, czy emeryta lub inne organizacje bądź placówki skupiające osoby starsze w ofercie programowej dla swoich słuchaczy, członków zaczynają uwzględniać regularne zajęcia ruchowe najczęściej w formie gimnastyki usprawniającej [Kozdroń 2004]. Tak więc, ważne jest aby promować aktywność ruchową w tej grupie wieku zachęcać, rozmiłować osoby starsze do systematycznych działań rekreacyjnych.

Osoby starsze mieszkające w Białej Podlaskiej mają szczególnie korzystną sytuację dotyczącą ich uczestnictwa w rekreacji ruchowej. Istniejący tam Zamiejscowy Wydział Wychowania Fizycznego przygotowujący specjalistów z kinezygerontoprofilaktyki, ośrodek terapii zajęciowej przy klubie „Piast" umożliwiają wszystkim chętnym uprawianie aktywności ruchowej.

Celem pracy jest ukazanie ilościowych i jakościowych aspektów prozdrowotnych aktywności ruchowej w opinii osób starszych zamieszkałych w Białej Podlaskiej.

Materiał

Badaniami objęto 53 osoby w wieku od 56-81 lat (średnia wieku 63 lata). Badane osoby to aktywni członkowie dwóch klubów seniora w Białej Podlaskiej. Spośród 53 osobowej grupy badawczej 83% to kobiety natomiast 17% – mężczyźni. W grupie badawczej było: 52,8% osób będących aktualnie w związku małżeńskim; 32,1% wdów i wdowców; 15,1% panien i kawalerów. Około 70% mieszka z rodziną a pozostali samotnie. Nieco ponad połowa (52,8%) ankietowanych legitymowała się wykształceniem średnim, 1/3 wyższym. Wykształcenie zawodowe posiadało 9,4% respondentów, nieliczni (5,7%) podstawowe. Prawie dla wszystkich (90,6%) głównym źródłem utrzymania jest emerytura. Mały odsetek (5,7%) utrzymuje się z renty, a tylko 3,8% pracuje na pełnym etacie. Większość badanych (60,4%) swoją sytuację materialną określiło jako średnią. Są też tacy (17%), którzy ocenili poniżej średniej. Osób nie narzekających na tę sferę życia, było 22,6%. Prawie 1/3 ankietowanych przyznała, że w przeszłości uprawiała sport wyczynowo, a rekreacyjnie regularnie 39,6%.

Metoda

W pracy posłużono się kwestionariuszem ankiety zawierającym 25 pytań (większości zamknięte). Pytania dotyczyły poszczególnych elementów stylu życia ze szczególnym wyeksponowaniem znaczenia i roli aktywności ruchowej osób starszych. W odniesieniu do aktywności ruchowej uwzględniono jej miejsce w stylu życia, miejsce w czasie wolnym, form, motywów podejmowania i odnoszonych korzyści.

Wyniki badań

Analizując odpowiedzi na pytanie dotyczące zachowań zdrowotnych w ramach stylu życia sporządzono hierarchię wartości. Na pierwszym miejscu osoby starsze umieściły systematyczną aktywność ruchową, za nią pozytywne relacje z otoczeniem i racjonalne odżywianie. W dalszej kolejności znalazł się optymizm życiowy i poczucie bezpieczeństwa, a eliminowanie używek, odpowiedni sen i racjonalne zagospodarowanie czasu wolnego dopełniają hierarchii.

Na podstawie wyników zawartych w tabeli I, zauważamy że najbardziej ulubionym zajęciem badanej grupy w czasie wolnym jest oglądanie telewizji (62,3%). Dużą popularnością wśród wielu innych sposobów spędzania czasu wolnego cieszy się podejmowanie aktywności ruchowej (54,7%) i czytanie (41,5%), pomoc rodzinie (37,7%) i rozwiązywanie krzyżówek (34,0%).

Informacje uzyskane na temat znaczenia aktywności ruchowej w życiu badanych wskazują, iż zajmuje ona więcej miejsca niż w badaniach innych autorów. Systematyczną aktywność ruchową 3 razy i więcej w tygodniu podejmuje zdecydowana większość badanych (71,7%), pozostali dwa razy w tygodniu (24,5%) i jeden raz w tygodniu (3,8%). Od zawsze ćwiczy, ale teraz mniej intensywnie przyznaje prawie połowa seniorów (49,1%). Pozostali ćwiczą regularnie od pół roku do dwóch lat.

Z deklaracji badanych wynika, że uprawiają przede wszystkim gimnastykę usprawniającą (79,2%), marsze, spacery (54,7%), jazdę na rowerze (51,0%), prace na działce (49,1%) i pływanie (40,0%) (tab. II).

Aktywność ruchową ankietowani podejmują najczęściej w sali (w klubie) (73,6%), następnie na pływalni (52,8%), na działce (39,6%), w terenie (28,3%), w domu (22,6%) oraz w parku (15,1%).

Badani najczęściej ćwiczą (68,0%) w grupie zorganizowanej. Podejmują również ćwiczenia indywidualnie (20,8%), w towarzystwie znajomych (17,0%) i również z rodziną (13,2%) a dla niektórych (15,1%) jest to obojętne z kim mają ćwiczyć.

Na pytanie kto lub co inspiruje badane osoby starsze do aktywności ruchowej udzielono różnych odpowiedzi. Najczęściej jest to samodzielna, świadoma decyzja (58,5%). Udział lekarza w zachęcaniu do aktywności ruchowej jest niewielki (9,4%), jeszcze mniejszy mediów (3,8%).

Dla zdecydowanej większości badanych seniorów (79,2%) motywem podejmowania aktywności ruchowej jest wzmocnienie zdrowia i poprawa sprawności fizycznej (69,8%) (tab. III).

Badani respondenci przyznali, że czerpią wiele korzyści o charakterze fizycznym, psychicznym i społecznym. Najczęściej odczuwaną korzyścią jest wzmocnienie zdrowia, poprawa sprawności fizycznej, relaks, możliwość kontaktu z innymi ludźmi, oraz wiele innych (tab. IV).

Poproszono ankietowanych o ocenę swojej sprawności. Według uzyskanych danych okazuje się, że większość (62,3%) jest sprawna a 34,0% umiarkowanie sprawna. Większość (71,7%) nie zgłasza trudności w wykonywaniu codziennych trudności, pozostali zgłaszają, ale są samodzielni.

Badanych dodatkowo zapytano czy osoby starsze są uświadamiane o prozdrowotnym oddziaływaniu aktywności ruchowej. Większość (60,4%) wypowiedziała

się o niewystarczającym uświadamianiu osób starszych, mniejsza grupa (30,2%) o wystarczającym uświadamianiu, a 9,4% nie ma zdania na ten temat.

Wnioski

Analiza uzyskanych wyników badań umożliwiła szczegółową realizację celu i sformułowanie następujących wniosków:

1. Aktywność ruchowa osób starszych w hierarchii poszczególnych elementów stylu życia została przez badanych wyeksponowana na pierwszym miejscu.
2. Podejmowanie aktywności ruchowej jest sposobem spędzania czasu wolnego przez badanych, zaraz po oglądaniu telewizji.
3. Badani najczęściej aktywność ruchową uprawiają w formie gimnastyki usprawniającej, spacerów i jazdy na rowerze.
4. Inspiracją do podejmowania aktywności ruchowej jest samoświadomość badanych.
5. Sala gimnastyczna to miejsce gdzie najczęściej uprawiają aktywność.
6. Główne motywy aktywności ruchowej badanych seniorów to: wzmocnienie zdrowia i poprawa sprawności fizycznej.
7. Korzyści czerpane z podejmowanej aktywności ruchowej mają bezpośredni związek z motywami.
8. Jeżeli chodzi o samoocenę sprawności badanych to w większości określają się jako osoby sprawne.
9. Badani uważają, że ogół (inni ludzie) osób starszych nie jest wystarczająco uświadomiony o prozdrowotnym uprawianiu aktywności ruchowej.

Literatura

1. Charzewski J., 1995, Aktywność sportowa Polaków. AWF Warszawa.
2. Charzewski J. (red.), 2001, Problemy starzenia. Czwarte warsztaty antropologiczne. AWF Warszawa.
3. Demianiuk H., 1996, Aktywność fizyczna jako jeden z czynników długowieczności. (w:) Sport, rekreacja ruchowa, turystyka. PWD, , Ławica''. Poznań.
4. Halliccy M. i J., 2002, Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych. W:Polska starość. Red.B. Synak. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk.
5. Kozdroń E., 2004, Program rekreacji ruchowej osób starszych. AWF Warszawa.
6. Rudzik J., 1998, Zdrowie i sprawność fizyczna osób starszych. „Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie'', nr. 3-4.
7. Pędich W., 1992, Miejsce człowieka starego w społeczeństwie XXI wieku. (w:) Refleksje nad starością – aspekty społeczne, edukacyjne i estetyczne. PTG Oddział w Łodzi, Zakłady Oświaty Dorosłych, Łódź, s. 7-12.
8. Osiński W., 2005, Starzenie się osobnika i populacji a aktywność fizyczna. (w:) Rekreacja ruchowa w teorii i praktyce. (red.) Z. Kubińska, B. Bergier. PWSZZ, Biała Podlaska, s. 89-109.

Tabela I
Czynności zajmujące najwięcej czasu w ciągu dnia.

Rodzaj czynności	N	%
Prace domowe	12	22,6
Rozwiązywanie krzyżówek	18	34,0
Aktywność ruchowa	29	54,7
Pomoc rodzinie	20	37,7
Spotkania	17	32,1
Oglądanie telewizji	33	62,3
Czytanie	22	41,5
Zajęcia hobbystyczne	6	11,3
Inne	2	3,8

Tabela II
Formy aktywności ruchowej badanych.

Formy aktywności	N	%
Gimnastyka usprawniająca	42	79,2
Marsze, spacery	29	54,7
Jazda na rowerze	27	51,0
Prace na działce	26	49,1
Pływanie	21	40,0
Tenis	2	3,8
Tańce	2	3,8
Ćwiczenia siłowe	1	1,9
Biegi	2	3,8

Tabela III
Motywy podejmowania aktywności ruchowej przez badanych.

Motywy	N	%
Wzmocnić zdrowie	42	79,2
Poprawić sprawność fizyczną	37	69,8
Wyjść z domu	16	30,2
Zalecenia lekarza	8	15,1
Mam potrzebę	19	35,8
Poznać ćwiczenia	8	15,1
Inne	2	3,8

Tabela IV
Korzyści czerpane z podejmowania aktywności ruchowej.

Korzyści	N	%
Wzmocnienie zdrowia	38	71,7
Poprawa sylwetki	19	35,8
Poprawa sprawności fizycznej	35	66,0
Relaks	31	58,5
Poprawa samoakceptacji	9	17,0
Kontakt z innymi ludźmi	22	41,5
Kontakt z naturą	18	34,0
Mile spędzony czas	15	28,3
Przyjemne wrażenia	7	13,2
Nowe doświadczenie	5	19,4
Minimalizacja stresu	7	13,2

Mieczysław Bytniewski*[1, 2]*, Jolanta Danielewicz*[1]*, Alicja Pazur
Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie
Zamiejscowy Wydział Wychowania Fizycznego w Białej Podlaskiej[1]
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Białej Podlaskiej[2]

Wskaźnik krążeniowo – oddechowy Skibińskiego osób starszych uczestniczących w różnych formach aktywności ruchowej

Badania pojemności płuc oraz zdolności adaptacyjnych są kontrolą sprawności układu oddechowego i krążenia [Bejnarowicz 1999]. W zależności od modelu życia, budowy morfologicznej, wieku, płci zmienia się czynność płuc oraz ich możliwości adaptacyjne do nowych warunków. Aktywność fizyczna powoduje szereg zmian odczytywanych jako objawy celowej adaptacji ze strony układu oddechowego oraz mięśnia sercowego [Cepurska 1966, Hłyńczak i wsp. 1991, Szmyt 1975].

Od tego, w jakim stanie są nasze płuca i układ krążenia, jak spełniają swoje zadanie zależą możliwości fizyczne naszego organizmu. Stan układu oddechowego i krążeniowego w młodym wieku warunkuje ich funkcjonowanie w wieku późniejszym. Wzmożony wysiłek fizyczny pobudza do bardziej wytężonej pracy poszczególne układy ciała człowieka. Od ich sprawności funkcjonalnej zależy bardzo wiele parametrów takich, jak pojemność życiowa płuc warunkująca przystosowanie się naszego organizmu np. do wzmożonych wysiłków fizycznych, na jakie narażeni są pływacy oraz osoby uprawiające pływanie w formie rekreacyjnej. Według Traczyka [Traczyk, Trzebski 1996] racjonalny i higieniczny tryb życia wpływa bardzo korzystnie na cały nasz ustrój, ponieważ zwiększa jego rezerwy adaptacyjne. Według Kozłowskiego [Pytasz 1996] organizm człowieka adaptuje się i rozwija w zasadzie tylko do 20-25 roku życia. Uzyskany w młodości wysoki poziom sprawności układu oddechowego może utrzymywać się i w latach późniejszych.

Grupą mającą bezpośredni kontakt z dużą aktywnością ruchową są studenci ZWWF i Akademii Rolniczej uprawiający pływanie w AZS-ie, oraz osoby dorosłe, które w trosce o swoje zdrowie podjęły trud uczestnictwa w zajęciach rekreacyjnych na pływalni zarówno w formie pływania jak i gimnastyki w wodzie.

Nie należy zapominać, iż aktywność fizyczna zwiększa poziom poszczególnych parametrów. A co za tym idzie wyraża się szeregiem zmian funkcjonalnych w układzie oddychania i krążenia. Analiza stanu czynnościowego układu oddechowego i krążeniowego ma duże znaczenie diagnostyczne w dalszej profilaktyce prozdrowotnej.

Celem pracy jest określenie wpływu różnych form aktywności ruchowej na poziom wskaźnika krążeniowo-oddechowego.

Pytania badawcze:

1. Czy zmienia się wskaźnik krążeniowo-oddechowy w poszczególnych grupach?
2. W jakim zakresie aktywność ruchowa wpływa na poziom wskaźnika krążeniowo-oddechowego?

Aby podjąć działania (aktywność ruchową) podnoszącą wydolność krążeniowo-oddechową musimy poznać stan wyjściowy stanu funkcjonalnego tych układów. Do tego może posłużyć prosta próba określająca sprawność w/w układów zwana wskaźnikiem krążeniowo-oddechowym Skibińskiego (WKOS) [Rożynek-Łukanowska 1978, Tkaczyk 1999].

Materiał i metody

W badaniach uczestniczyli studenci studiów magisterskich uzupełniających, członkowie sekcji pływackiej AR w Lublinie, słuchacze studiów podyplomowych trenerskich AWF Warszawa, osoby biorące udział w kursie nauki pływania oraz członkowie Klubu Puszystych „Super Linia" uczestniczący w zajęciach aquaaerobiku z elementami pływania, uczestnicy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białej Podlaskiej. W tabeli I zestawiono dane ilościowe badanych osób.

Z danych zawartych w tabeli I wynika, że kobiety stanowiły 40,0% badanych a mężczyźni 60,0% badanych. Dla celów badawczych zestawiono czas przeznaczony na zajęcia ruchowe z pływania.

Najbardziej aktywni ruchowo byli studenci ZWWF (tab. II). Codziennie mają zaplanowane zajęcia ruchowe, w tym 90 min. zajęć z pływania. Ilość godzin przeznaczonych na pływanie może mieć wpływ na poziom wskaźnika WKOS. W kolejnej tabeli przedstawiono przedziału wieku badanych osób (tab. III).

Do pomiaru pojemności życiowej płuc użyto spirometru Spirolab [Tkaczyk 1999]. Czas bezdechu mierzono metodą za Rożynek [Rożynek-Łukanowska 1978], a częstość skurczów tętna metodą elektroniczną. Wartość punktową wskaźnika wyliczono ze wzoru:

$$WKOS = \frac{V_c\text{-}t}{T}$$

Kategorie sprawności:
> 8 – zła
8-15 – przeciętna
16-30 – dobra
$30 <$ – bardzo dobra

Wyniki badań

W zależności od wysokości tego wskaźnika można ocenić stan układu krążeniowo-oddechowego. W kolejnych tabelach przedstawiono wyniki sprawności funkcjonalnej układów krążenia i oddechowego w postaci wyliczonego wskaźnika WKOS.

Średnia dla kobiet wynosi 22,0, a mężczyzn 50,0 punktów. Kobiety uzyskują niższe wartości od mężczyzn we wszystkich grupach. Czas przeznaczony na zajęcia ma wpływ na wartości liczbowe punktów wskaźnika. Największą sprawność układu krążeniowo-oddechowego mają członkowie sekcji pływackiej AR i uczestnicy studiów podyplomowych z pływania.

Wskaźnik krążeniowo-oddechowy obniża się wraz z wiekiem. Najwyższy poziom mają badani do 30 roku życia.

Dyskusja

Bratenbach [2] twierdzi, że WKOS dobrze oddaje stan wydolności krążeniowo-oddechowej chorych na gruźlicę płuc i jest z zasady zgodny z obrazem klinicznym choroby. Zmniejszenie współczynnika następuje w przypadku pogorszenia, a zwiększenie w przypadku poprawy stanu chorobowego.

Badaniem WKOS zajmował się Dorszcz [6]. Obliczał WKOS u młodzieży w wieku 12-16 lat w spoczynku i po wysiłku pływackim. Średnia wartość współczynnika po wysiłku wytrzymałościowym wynosiła 19 u chłopców i 12 u dziewcząt, a po wysiłku szybkościowym 18 u chłopców i 10 u dziewcząt. Badaniem współczynnika zajmował się także Czabański. Badania przeprowadzał na dzieciach uprawiających pływanie i przygotowanych do startu przez trening. Wykazał różnice w wielkości WKOS w zależności od uzyskiwanych wyników sportowych [Czabański 1966]. Młodzież, u której stwierdzono najwyższy współczynnik zakwalifikowała się do finałów zawodów.

Zdzisław Sutyło [11] przeprowadził analizę współczynnika u sportowców i osób nie uprawiających sportu. Grupę sportową stanowiła kadra wioślarzy, grupą kontrolną byli pracownicy umysłowi nie uprawiający żadnej dyscypliny. Wyniki badań wykazały, iż WKOS wioślarzy był o 50% wyższy od wartości współczynnika drugiej grupy. Do autorów podważających przydatność współczynnika Skibińskiego w sporcie należy Januszewski [8]. Wskazuje na brak możliwości obiektywnego zbadania dwóch składowych współczynnika, pomiaru maksymalnego bezdechu i tętna. Zarzuca też, że przy badaniu nie uwzględnia się cech somatycznych. Badania własne wskazują, że można stosować go w ocenie adaptacji układu krążenia i oddechowego do wysiłku fizycznego o różnej intensywności.

Wnioski

1. Przeprowadzone badania potwierdzają przydatność współczynnika krążeniowo-oddechowego Skibińskiego do oceny stanu czynnościowego układu krążenia i oddychania osób dorosłych przy pełnej obiektywności pomiarów.
2. Kobiety we wszystkich grupach uzyskały niższe wartości wskaźnika krążeniowo-oddechowego.

3. Wysoki poziom sprawności układu krążenia i oddechowego zapewnia udział w różnych formach aktywności ruchowej (pływanie).

Literatura

1. Bejnarowicz P., 1999, Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowania: promocja zdrowia, nauki społeczne i medyczne. Instytut Kardiologii, Warszawa.
2. Bratenbach B., 1953, Współczynnik krążeniowo-oddechowy Skibińskiego w ocenie zdolności do pracy chorych na gruźlicę. Gruźlica nr 3, s. 72-78.
3. Burgdał R., 1970, Wpływ ćwiczeń fizycznych na kształtowanie się wskaźnika krążeniowo-oddechowego Skibińskiego (WKOS) i testu Cramptona (ICR) u dziewcząt ze skoliozą idiomatyczną I i II stopnia. Wychowanie Fizyczne i Sport, T 14, nr 1, s. 61-67.
4. Cepurska M., 1966, Współczynnik krążeniowo-oddechowy Skibińskiego u studentów Akademii Medycznej i Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego w Krakowie. Rocznik Naukowy Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego w Krakowie, T. V, s. 145-153.
5. Czabański B., 1966, Współczynnik krążeniowo-oddechowy Skibińskiego u młodzieży uprawiające sport pływacki. Kultura Fizyczna nr 10, s. 16-24.
6. Doroszcz W., 1959, WKOS u młodzieży uprawiającej pływanie. Polski Tygodnik Lekarski, T. XIV.
7. Hłyńczak A.J. i inni., 1991, Wpływ treningu pływackiego na pojemność życiową płuc i czas dowolnego bezdechu. Kultura Fizyczna nr 5-6, s.10-12.
8. Januszewski J., 1981, Czy wskaźnik Skibińskiego może być podstawą do oceny układu krążeniowo-oddechowego w wychowaniu fizycznym i sporcie? Sport Wyczynowy nr 4, s. 72-80.
9. Pytasz M. (red.), 1996, Ćwiczenia z fizjologii człowieka. Przewodnik do ćwiczeń dla studentów wychowania fizycznego. Szczecin.
10. Rożynek-Łukanowska W. (red.), 1978, Wybrane ćwiczenia z fizjologii wysiłku fizycznego i sportu. Poznań.
11. Sutyło Z., 1965, Wielkość współczynnika krążeniowo-oddechowego Skibińskiego u nie uprawiających sportu i wioślarzy, Kultura Fizyczna.
12. Szmyt I., 1975, Kształtowanie się współczynnika krążeniowo-oddechowego Skibińskiego u inwalidów uprawiających sport i nieuprawiających sportu. Monografie Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu nr 54, Poznań, s. 251-257.
13. Tkaczyk W. Z. (red.), 1999, Diagnostyka czynnościowa człowieka. Fizjologia stosowana. PZWL, Warszawa.
14. Traczyk A., Trzebski A., 1996, Fizjologia człowieka z elementami fizjologii klinicznej. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.

Tabela I
Ilość badanych osób.

Lp	Badana grupa	Kobiety		Mężczyźni		Łącznie
		n	%	n	%	
1	Studenci ZWWF	18	17,0	38	32,0	56
2	Sekcja pływacka AR	5	4,0	18	16,0	23
3	Uczestnicy studiów podypl.	13	12,0	19	17,0	32
4	Kursanci pływania	13	12,0	20	18,0	33
5	Członkinie Klubu Puszystych	18	17,0	5	4,0	23
6	Uniwersytet Trzeciego Wieku	45	40,0	15	13	60
Łącznie		**112**	**100,0**	**115**	**100,0**	**227**

Tabela II
Czas przeznaczony na zajęcia ruchowe z pływania.

Lp	Badana grupa	Czas [min]	Częstotliwość
1	Studenci ZWWF	220	5 razy w tygodniu x 45 min
2	Sekcja pływacka AR	270	3 razy w tygodniu x 90 min
3	Uczestnicy studiów podyplomowych	270	3 razy w tygodniu po 90 min
4	Kursanci pływania	135	3 razy w tygodniu po 45 min
5	Członkinie Klubu Puszystych	90	2 razy w tygodniu po 45 min
6	Uniwersytet Trzeciego Wieku	90	2 razy w tygodniu po 45 min

Tabela III
Wiek badanych.

Lp	Wiek badanych [lata]	Kobiety		Mężczyźni	
		n	%	n	%
1	< 30	20	18,0	36	32,0
2	31-40	20	18,0	36	32,0
3	41-50	12	11,0	21	18,0
4	51-60	12	11,0	6	4,0
5	>60	45	42,0	16	14,0
Łącznie		**112**	**100,0**	**115**	**100,0**

Tabela IV
Poziom WKOS a aktywność ruchowa [x].

Lp	Badana grupa	Kobiety	Mężczyźni
1	Studenci ZWWF	20	26
2	Sekcja pływacka AR	48	69
3	Uczestnicy studiów podyplomowych	38	52
4	Kursanci pływania	18	27
5	Członkinie Klubu Puszystych	15	17
6	Uniwersytet Trzeciego Wieku	14	18

Tabela V
Poziom WKOS a wiek badanych [x].

Lp	Wiek [lata]	Kobiety	Mężczyźni
1	< 30	36	55
2	30-40	24	48
3	41-50	22	32
4	51-60	16	28
5	>60	10	19

Jolanta Danielewicz, Mieczysław Bytniewski
Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie,
Zamiejscowy Wydział Wychowania Fizycznego w Białej Podlaskiej

Świadomość zdrowotna maturzystów bialskich

Na styl życia człowieka składa się „zespół postaw, zachowań i ogólna filozofia bytu jednostki lub grupy" [Drabik 1995]. Styl życia ludzi zależy od wielu uwarunkowań. Przede wszystkim jest efektem realizacji zasad wprowadzanych przez rodzinę, szkołę (wraz z systemem wychowania fizycznego) gdzie zdrowie, aktywność ruchowa sprawność i wydolność fizyczna lokowane są na czołowych miejscach w hierarchii wartości. Wskazuje to na konieczność dbania i zabiegania o zdrowie, co powinno stanowić codziennego działania każdego człowieka [Karski 1997].

Styl życia jest jednym z czynników różnicujących społeczeństwo i społeczeństwa od siebie a u podstaw stylu życia znajduje się hierarchia wartości i potrzeb bądź utrwalona w tradycji i obyczaju, bądź przejmowana przez naśladowanie aktualnych mód [Pike, Forester 1998].

Pojęcie „jakości życia" pojawiło się w latach 70-tych, a obecnie funkcjonuje jako jakość życia wyznaczana stanem zdrowia [Łazowski 1995]. Stanowi ona ten obszar życia ludzkiego, który danego człowieka dotyczy, który jest dla niego ważny [Tobiasz-Adamczyk 2000].

W ostatnich latach coraz częściej pojawiają się prace naukowe podejmujące problem samooceny własnego ciała u osób różnej płci, jednak częściej prace te dotyczą kobiet. Wynika to z jednej strony z motywacji prozdrowotnej i chęci dbania o własne ciało (a więc zdrowie), z drugiej zaś z chęci modelowania ciała w związku z często wręcz nierealnymi wzorcami cielesności lansowanymi np. przez mass-media (co ze zdrowiem niewiele ma wspólnego, a może stanowić podłoże niektórych chorób – jak anoreksja czy bulimia). Samoocena własnego ciała jest jednym z elementów, względnie trwałej oceny siebie jako osoby, czyli samooceny. U osób czynnie uczestniczących w zajęciach ruchowych ocena własnego ciała jest ważnym elementem samooceny.

Celem badań jest określenie zakresu wiedzy na temat zdrowia maturzystów z Białej Podlaskiej.

Postawiono następujące pytania badawcze:
1. Jakie miejsce w hierarchii wartości w życiu zajmuje zdrowie?
2. Jak badani oceniają swoje zdrowie?
3. Jaką wartość stanowi aktywność ruchowa dla badanej młodzieży?

Materiał i metody

W badaniach wykorzystano własną wersję ankiety kwestionariusza składającego się z 16 pytań (w większości zamkniętych) związanych z czynnikami zdrowego stylu życia. Kwestionariusz ankiety wypełniło poprawnie 71 dziewcząt i 93 chłopców z Zespołu Szkół Zawodowych Nr 1 w Białej Podlaskiej, w wieku 18-19 lat. Prawie 70% badanych pochodziło ze środowiska wiejskiego z okolic Białej Podlaskiej.

Wyniki badań

Jedno z pytań ankiety dotyczyło hierarchii wartości „jakości życia". W tabeli I przedstawiono dane wypowiedzi młodzieży. Dla badanych najwyższą wartość w jakości życia ma rodzina. Na drugim miejscu stawiają te czynniki, które wiążą się ze zdrowiem. W dalszej kolejności to nauka, miłość i wartości materialne, wśród nich pieniądze. Nie stwierdza się dużych różnic w ustanowieniu hierarchii wartości życia dziewcząt i chłopców.

Skoro zdrowie ma tak dużą wartość, badanym zadano następujące pytanie: Jak oceniasz własne zdrowie i skąd czerpiesz wiedzę na jego temat? Dane zestawiono w tabeli II.

Większość respondentów ocenia swoje zdrowie jako dosyć dobre, dobre i bardzo dobre. Udział procentowy sięga aż około 90% w grupie dziewcząt i około 95% w grupie chłopców. Aż 56,3% badanych dziewcząt uważa że ich stan zdrowia jest dosyć dobry. W grupie chłopców udział ten wynosi 47,3%. Chłopcy deklarują w 30,1%, że ich stan zdrowia mieści się w kategorii bardzo dobrej (tab. III).

Na pytanie dotyczące wiedzy o zdrowiu i źródeł informacji uzyskano następujący procent odpowiedzi. Głównym źródłem wiedzy na temat zdrowia są media (prasa, radio, telewizja i internet). Dziewczęta na drugim miejscu stawiają lekcje w szkole (63,4%), a chłopcy o zdrowiu uzyskują wiedzę z własnych doświadczeń (46,2%). Na dalszym miejscu są informacje od lekarza, rodziców i rozmów z rówieśnikami.

Zadano także pytanie o próbę określenia czym dla badanych jest zdrowie. Uzyskano następujące odpowiedzi. Prawidłowo rozumie zdrowie tylko 10 badanych dziewcząt (14,1%) i co piąty badany chłopiec. Dawna definicja zdrowia jest prawidłowo wskazywana przez 36,6% dziewcząt i 40,9% badanych chłopców. Według 33,9% badanych dziewcząt i 23,6% badanych chłopców zdrowie to radość życia. Niewielki odsetek badanych wskazuje na zdrowie jako brak niedołęstwa (tab. IV).

Jednym z ważnych determinantów zdrowia jest aktywność ruchowa. Jaki wpływ na zdrowie ma aktywność ruchowa wypowiedziała się badana młodzież udzielając następujących odpowiedzi. Zdecydowany procent dziewcząt (94,3%) i chłopców (79,50%) stwierdza, że aktywność ruchowa decyduje w dużym stopniu o poziomie zdrowia. Prawie co piąty chłopiec nie ma wyrobionego zdania o znaczeniu aktywności ruchowej w zdrowiu człowieka (tab. V).

Skoro aktywność ruchowa ma duży wpływ na zdrowie starano się uzyskać informacje na temat korzyści dla zdrowia wynikające z aktywności ruchowej.

Ponad 1/4 badanych (24,4% dziewcząt i 28,4% chłopców) uważa, że aktywność ruchowa poprawia ich sylwetkę, a około 1/3 badanych główne korzyści z aktywności ruchowej widzi w poprawie sprawnoúci fizycznej. Aktywność ruchowa według badanych wpływa na poprawę samopoczucia (27,2% badanych dziewcząt i 20,4% badanych chłopców). W czasie ćwiczeń ruchowych można także mile spędzać czas wolny i ogólnie wzmocnić zdrowie. Nie można stwierdzić dużych różnic uwzględniając płeć badanych (tab. VI).

Podsumowanie

W okresie dojrzewania płciowego, motoryczność dzieci ulega przejściowemu zakłóceniu. Pojawia się niezręczność ruchowa, wzmożenie napięcia mięśniowego, niepokój motoryczny, a także niechęć do ruchu (u dziewcząt tzw. lenistwo ruchowe). Zmniejszonej aktywności fizycznej towarzyszy zwiększenie przyrostu masy ciała.

Badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej stanowią istotny element jej postaw wobec zdrowia. Mają na celu rozpoznanie zachowań zdrowotnych młodzieży oraz sposobu, w jaki ona postrzega swoje zdrowie. Założeniem strategii „Zdrowie dla wszystkich do roku 2005" było polepszenie zdrowia młodzieży i przygotowanie do pełnienia ról w społeczeństwie. Osiągnięcie tego celu uwarunkowane jest poprawą stanu zdrowia od pierwszych dni życia, a także dzieci w wieku szkolnym, nabywania przez nich umiejętności dokonywania wyborów, redukcję liczby wypadków i zmniejszenie rozpowszechnienia zachowań niekorzystnych dla zdrowia.

Aktywność fizyczna stanowi kluczowy i integrujący składnik zdrowego stylu życia, jego utrzymania i pomnażania u dzieci a ponadto warunkuje prawidłowy rozwój.

Za optymalny poziom aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży przyjmuje się taki, który zabezpiecza potrzeby ruchowe i stymuluje rozwój ich organizmu. Potrzeby te są bardzo zróżnicowane zależą między innymi od fazy rozwoju, płci, warunków życia, stanu zdrowia, poziomu sprawności fizycznej i czynników genetycznych.

Ruchowe formy aktywnego wypoczynku powinny znaleźć zastosowanie przede wszystkim w czasie wypoczynku po pracy umysłowej, jak również monotonnej, lekkiej pracy fizycznej.

Rekreacja to także wyraz pewnej postawy i stylu życia, to umiejętność organizowania i spędzania czasu wolego z największym pożytkiem dla zdrowia fizycznego i psychicznego, tak aby efekty tej aktywności były przyjemne, dawały uczucie zadowolenia i sprawiały radość.

Sposoby spędzania czasu wolnego zależą od wykształcenia, tradycji kulturowych, wieku i płci. Małej aktywności ruchowej w czasie wolnym towarzyszy zbyt długie unieruchomienie młodzieży przed telewizorem i komputerem. Aktywność fizyczna młodzieży jest niewystarczająca: co trzeci uczeń ćwiczy rzadko, a co drugi zbyt krótko; mniejszą aktywność fizyczną deklarują dziewczęta oraz młodzież wiejska.

Godne odnotowania jest to, że aktywność ruchową coraz częściej traktuje się jako podstawowy element zdrowego stylu życia. Aktywność owa postrzegana jest

wówczas jako sposób na dobre samopoczucie, jako gwarant prawidłowego rozwoju i szansa na przedłużenie młodości, tj. wzmocnienie sił witalnych, a także jako skuteczny środek profilaktyczny oraz terapeutyczny stosowany przy zaburzeniach i chorobach (szczególnie układu krążenia) oraz przy nawarstwieniu się sytuacji stresogennych. Ponieważ w ciągu tysiącleci ewolucji gatunku ludzkiego aktywność ruchowa była niezbędnym warunkiem przetrwania, stała się ona częścią natury ludzkiej. Dlatego odpowiedni poziom aktywności ruchowej współczesnego człowieka nie tylko sprzyja funkcjom i rozwojowi organizmu, lecz również oddziałuje korzystnie na psychikę i samopoczucie. Nie bez znaczenia jest fakt, że u osób aktywnych, oprócz wymienionych walorów oddziaływania wysiłku fizycznego na zdrowie, zwykle występują towarzyszące mu inne zachowania prozdrowotne, jak np. przestrzeganie zasad racjonalnego odżywiania się, rezygnacja z nałogów (najczęściej palenia papierosów), dbanie o właściwy cykl pracy i wypoczynku, ukształtowanie optymalnego dobowego rytmu czynności [Przewęda 1999].

Współcześnie urzeczywistnianiu wartości zdrowotnych służą szeroko podejmowane różnorodne formy działań reparacyjnych, prewencyjnych i kreacyjnych względem ciała, którym odpowiadają z kolei różne wartości i wzory zachowań w dziedzinie kultury zdrowotnej [Pawłucki 1996]. Człowieka zawsze cechowała łatwość znajdowania powodów, które pozwalały mu uznać jako wartościowe działania zmierzające do ulepszania swojego ciała. Będąc istotą rozumną, a zatem cechującą się zdolnością do myślenia w kategoriach przyczynowo-skutkowych, zazwyczaj przykładał on wiele uwagi do dbałości o zdrowie. Wśród najczęściej wyróżnianych motywów podejmowania „zabiegów na rzecz ciała" znajdują się właśnie walory zdrowotne, a w dalszej kolejności względy utylitarne, estetyczne, hedonistyczne i agonistyczne. Realizacja tych wartości ma charakter historycznie, kulturowo i generacyjnie zmienny.

Wnioski i propozycje

1. W hierarchii wartości na pierwszym miejscu stawiana jest rodzina dalej zdrowie i nauka.
2. Wiedza na temat zdrowia czerpana jest głównie z mediów i na drugim miejscu z wiedzy szkolnej. Edukacja do zdrowego stylu życia wiąże się z wyrobieniem świadomości i aktywnej postawy człowieka wobec zdrowia, wobec różnych sytuacji życiowych, jak i opanowania umiejętności rozwiązywania problemów zdrowotnych. Aby dać jednostce właściwy obraz świata, każdy rodzaj edukacji – rodzinnej, szkolnej środowiskowej powinien pomóc jej w odkrywaniu samego siebie, w kształtowaniu zdrowego stylu życia. Słowem edukacja zdrowotna ma na celu pełny rozkwit człowieka w całym bogactwie jego osobowości i różnorodnych formach ekspresji i zaangażowania.
3. Aktywność ruchowa jest jednym z głównych czynników zdrowego stylu życia. Niski poziom aktywności ruchowej często jest wynikiem braku świadomości i przygotowania pedagogicznego rodziców oraz mało atrakcyjnych ofert wychowania fizycznego. Nauczyciele stają więc przed ogromnym wyzwaniem, wszak „pedagogika zdrowia jest teoretyczną podstawą wychowania zdrowotnego i odwrotnie, wychowanie fizyczne stanowi wychowawcze ramię zdrowia".

Literatura

1. Ambroży T., 2004, Trening holistyczny – metoda kompleksowej uprawy ciała. Monografia Wydawnictwo Europan Association for Security. Kraków.
2. Drabik J., 1995, Wychowanie fizyczne i sport w rozwoju zdrowia. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne. Nr 1 s. 76-82.
3. Grochulska A.,Sawicka M., 2004, Styl życia młodzieży wiejskiej. (W:) Uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży. Red. J. Zagórski, H. Popławska, M. Skład. Wydawnictwo Lublin. IMW s. 546-552.
4. Krawański A., 2003, Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego. AWF, Poznań.
5. Karski J. B., 1997, Promocja zdrowia. Ignis, Warszawa.
6. Korolczak A., Kulbat J., Głębocka A., 2002, Zadowolenie z własnego ciała a treść przekonań o sobie. Analiza współzależności. Psychologia Jakości Życia 1,2 s. 59-76.
7. Krawczyński M., 2005, Zdrowie i samoocena własnego ciała u aktywnych fizycznie kobiet w różnym wieku. (W:) Prozdrowotny styl życia – uwarunkowania społeczne. Red. Lisicki T., Wilk B., Walentukiewicz A., AWF, Gdńsk s. 23-30.
8. Łazowski T., 1995, Paradygmaty współczesnej medycyny. Sztuka Leczenia 1 s. 23-38.
9. Pawłucki A., 1996, Pedagogika wartości ciała. AWF, Gdańsk.
10. Pike S., Forester D., 1998, Promocja zdrowia. Czelej, Lublin.
11. Przewęda R., 1999, Promocja zdrowia przez wychowanie fizyczne. (W:) Promocja zdrowia. Red. J. B. Karski. Wydawnictwo Ignis, Warszawa.
12. Tobiasz- Adamczyk B., 2000, Wybrane elementy zdrowia i choroby.
13. Woynarowska B., Mazur J., 1999, Zachowania zdrowotne. Samoocena zdrowia. Raport z serii badań wykonanych w 1998. UW, Warszawa s. 24-28.

Tabela I
Hierarchia wartości „jakości życia".

Wartości „jakości życia"	Pozycja	
	Dziewczęta	Chłopcy
Zdrowie	2	2
Rodzina	1	1
Miłość	3	5
Nauka	4	6
Wartości materialne	6	3
Religijność	7	8
Pieniądze	5	4
Podróże	8	9
Działania dla innych	9	7
Uznanie wśród ludzi	10	10

Tabela II
Zdrowie w opinii badanych.

Kategoria zdrowia	Dziewczęta %	Chłopcy %
Słabe	-	1,1
Przeciętne	11,3	4,3
Dosyć dobre	56,3	47,3
Dobre	22,5	17,2
Bardzo dobre	9,9	30,1

Tabela III
Źródła wiedzy o zdrowiu.

Źródło	Dziewczęta %	Chłopcy %
Media	73,2	51,6
Rodzina	11,3	16,3
Lekarz	25,4	19,4
Własne doświadczenie	46,5	46,2
Dyskusja z rówieśnikami	25,4	11,8
Lekcje [WF, Biologia, Inne]	63,4	34,4

Tabela IV
Czym jest zdrowie według badanych.

Cechy zdrowia	Dziewczęta %	Chłopcy %
Pełnia fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka	14,1	20,4
Radość życia	23,9	23,6
Brak chorób	36,6	40,9
Brak niedołęstwa	8,5	4,3
Prawidłowe funkcjonowanie organizmu	16,9	10,8

Tabela V
Wpływ aktywności ruchowej na zdrowie w opinii badanych.

Odpowiedź	Dziewczęta %	Chłopcy %
Tak	94,3	79,5
Nie	-	1,1
Nie wiem	5,7	19,4

Tabela VI
Korzyści dla zdrowia osób aktywnych ruchowo.

Korzyści	Dziewczęta %	Chłopcy %
Dobre samopoczucie	27,2	20,4
Poprawa sprawności fizycznej	34,4	36,2
Wzmocnienie zdrowia	4,4	6,6
Mile spędzony czas	5,6	12,4
Spotkania z kolegami lub koleżankami	4,2	6,0
Poprawa sylwetki	24,2	28,4

Anna Makarczuk
Uniwersytet Łódzki, Katedra Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego

Wady postawy i dolegliwości bólowe kręgosłupa u nauczycieli wychowania fizycznego

Bóle krzyża i dolegliwości odkręgosłupowe są najczęstszą przyczyną wizyt u lekarzy. Stanowią one 1% ogółu długotrwałej absencji chorobowej populacji osób dorosłych w Polsce [Śliwiński, Legwant 1999]. Wielu specjalistów określa je wręcz „plagą społeczną". Aż w 85% nie udaje się dokładnie ustalić przyczyny bólu, ponieważ mogą być one bardzo różnorodne np. uszkodzenie mięśni i więzadeł, procesy zapalne stawów międzykręgowych, przepuklina krążka międzykręgowego, wady wrodzone kręgosłupa czy choroby narządów wewnętrznych. Ustalenie etiologii schorzenia oraz określenie czynników zwiększających ryzyko zachorowania jest niezbędnym elementem skutecznej terapii bólów kręgosłupa.

Celem badań było określenie częstości występowania wad postawy i dolegliwości ze strony kręgosłupa u nauczycieli wychowania fizycznego.

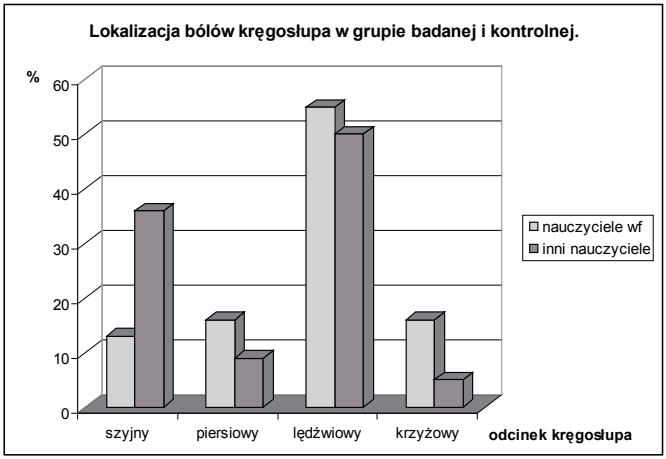
Materiał i metody

Badaniu poddano grupę 100 nauczycieli. Połowę z nich – grupa badana, stanowili nauczyciele wychowania fizycznego. W skład grupy kontrolnej wchodzili nauczyciele innych przedmiotów, głównie języka polskiego oraz nauczyciele chemii, historii, biologii, plastyki, informatyki, fizyki, religii, muzyki i języka angielskiego a także psychologowie szkolni. W obu grupach najliczniejsi (ponad 50%) byli nauczyciele ze stażem od 5 do 10 lat pracy.

Zastosowano technikę ankietową. Pytania zawarte w ankiecie umożliwiły określenie częstości występowania wad postawy i dolegliwości ze strony kręgosłupa u nauczycieli różnych specjalności, a w szczególności u nauczycieli wychowania fizycznego. Podjęto także próbę wyodrębnienia głównych czynników wywołujących i pogłębiających dolegliwości odkręgosłupowe u nauczycieli wychowania fizycznego oraz charakterystykę bólów tj. ich nasilenie i lokalizację.

Wyniki badań

Wśród nauczycieli wychowania fizycznego aż 58% stanowiły osoby, które cierpią z powodu bólu pleców. Wśród nauczycieli innych przedmiotów odsetek ten wynosił 40%. Nauczyciele wychowania fizycznego, podobnie jak ich koledzy innych specjalności, najczęściej odczuwają bóle w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (55% w grupie badanej, 50% w kontrolnej – wyk. 1). Drugim co do częstości występowania dolegliwości bólowych jest u nauczycieli wychowania fizycznego odcinek piersiowy i krzyżowy kręgosłupa (16% przypadków), w grupie kontrolnej natomiast odcinek szyjny (36%).

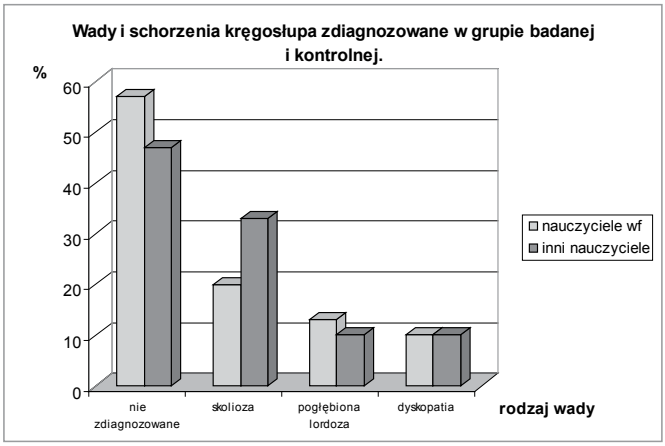


Wykres 1.
Lokalizacja dolegliwości bólowych kręgosłupa u nauczycieli różnych przedmiotów.

Długość trwania dolegliwości jest różna w obu grupach: w badanej najliczniejsi są nauczyciele, którzy od 10 lat uskarżają się na bóle kręgosłupa (21%), liczna jest także grupa nauczycieli wychowania fizycznego cierpiących na dolegliwości odkręgosłupowe od 1 roku (18%). W grupie kontrolnej aż 50% stanowią nauczyciele odczuwający bóle od 2 do 5 lat. Najczęstszymi zdiagnozowanymi wadami postawy i schorzeniami w obrębie kręgosłupa były u nauczycieli wychowania fizycznego skoliozy (20% przypadków) oraz pogłębiona lordoza (13%) i dyskopatia (10%). W grupie kontrolnej odsetki te wynosiły odpowiednio: 33% skoliozy, 10% pogłębiona lordoza i 10% dyskopatia (wyk. 2).

Ponad połowa badanych osób, pomimo występujących dolegliwości, nie miała zdiagnozowanych żadnych wad w obrębie kręgosłupa. Nauczyciele wychowania fizycznego w 59% przypadków uprawiali w przeszłości sport wyczynowo. Odsetek nauczycieli innych przedmiotów uprawiających sport wyczynowo jest niski i wynosi 12%. Nadmierną masę ciała posiada 26% nauczycieli wychowania fizycznego,

w tym znaczną nadwagę 2% badanych. Wśród nauczycieli innych przedmiotów nadwagę zadeklarowało aż 46% badanych, w tym znaczną 6% nauczycieli (wyk. 3). Zróżnicowanie obu grup poddanych badaniu objawiło się także w rodzajach podejmowanych w ciągu dnia prac fizycznych i w przyjmowanych pozycjach ciała. Nauczyciele wychowania fizycznego znacznie dłużej aniżeli nauczyciele innych specjalności przebywają w pozycji stojącej. Prawie cały dzień w tej pozycji zadeklarowało 28% badanych, ponad pół dnia aż 56%. W grupie kontrolnej nauczycieli cały dzień na stojąco spędza 14% ankietowanych, a 48% pół dnia. Suma ciężarów dźwiganych w ciągu dnia w zakresie od 2 do 10 kg jest podobna w obu grupach: badanej i kontrolnej. Wyraźna różnica występuje przy większych obciążeniach tj. przekraczających masę 10 kg. Aż 20% nauczycieli wychowania fizycznego dźwiga w ciągu dnia więcej niż 10 kg. Wśród nauczycieli innych przedmiotów odsetek ten wynosi tylko 8% (wyk. 4).

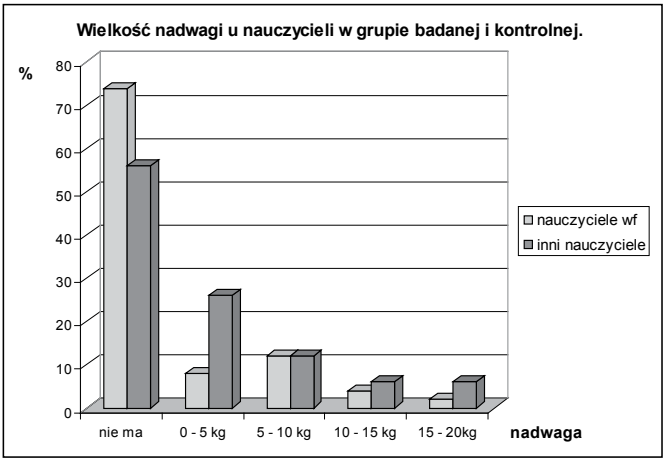


Wykres 2.
Wady i schorzenia kręgosłupa u nauczycieli różnych przedmiotów.

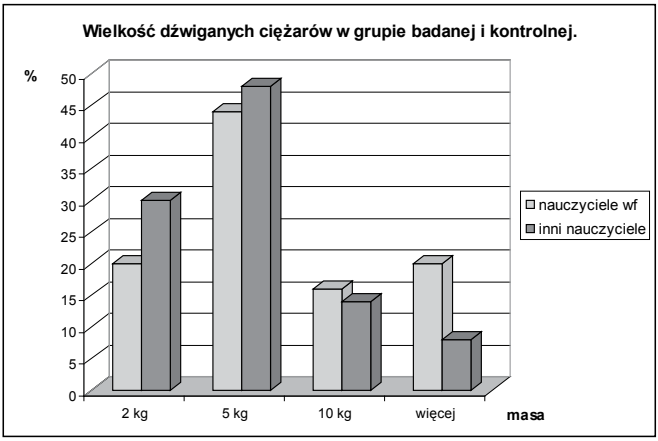
Dyskusja

Bóle krzyża są złożonym zjawiskiem czuciowym. Składają się na nie: stymulacja sensoryczna i czynniki psychosocjalne. Mogą prowadzić do różnych zachowań – prowokować złość, frustrację, alkoholizm i depresję, uniemożliwiając normalne funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie [Śliwiński, Legwant 1999]. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych na ponad 2000 osób powyżej 16 roku życia [Dziak 1990] wykazały, że u 30% mężczyzn dolegliwości zostały spowodowane wypadkiem, a u 28% kobiet bezpośrednią przyczyną wystąpienia bólu były choroby ginekologiczne i ciąża. Znaczna część chorych doznała bólów w związku z rodzajem wykonywanej pracy, podrażnieniem czy działaniem ciężarów. U prawie

25% badanych pierwszy atak wystąpił w okresie młodzieńczym. Około 25% chorych cierpiało silne bóle przez ponad rok.



Wykres 3.
Nadwaga u nauczycieli wychowania fizycznego i innych przedmiotów.



Wykres 4.
Obciążenia kręgosłupa w ciągu dnia u nauczycieli różnych przedmiotów.

Ciekawych danych na temat bólów krzyża w Polsce dostarczyła analiza kart zdrowia ponad 600 chorych leczonych w Klinice Ortopedycznej II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1981-1994 [Dziak, Tayara 1997]. Do nagłego wystąpienia objawów dochodziło rzadko. Najczęściej choroba dawała objawy zwiastunowe – różnie długo trwające pobolewania. Znamienne było wykrycie rodzinnego występowania bólów krzyża aż w ponad 100 przypadkach. Ponadto najczęściej choroba dotyczyła osób w wieku produkcyjnym, w pełni sprawności zawodowej, w przedziale wieku 20-60 lat.

W badaniach Gorczyckiej [Kiwerski, Fiutko 1997] dotyczących pacjentów leczonych w Stołecznym Centrum Rehabilitacji Schorzeń Narządu Ruchu w Konstancinie, struktura wieku osób z chorobami krzyża wskazuje na największe nasilenie dolegliwości między 41 a 50 rokiem życia (40% badanych).

Najnowsze badania ankietowe populacji polskiej [Suchorzewski 2004], przeprowadzone w marcu 2004 roku wśród 1027 osób wykazały, że 64% dorosłych obywateli naszego kraju cierpi z powodu bólów kręgosłupa. Odsetek ten wzrasta wraz z wiekiem tak, że w grupie osób powyżej 59 lat sięga 73%. U osób młodych, w wieku od 18 do 24 roku życia dolegliwości występują aż u 45% badanych. Częściej też występują one u osób wykonujących zawodowo pracę fizyczną (55-77%), aniżeli umysłową (54-65%). Z powyższych badań wynika ponadto, że 18% Polaków przebywa na zwolnieniach lekarskich z powodu bólów krzyża.

Wielu autorów potwierdza wpływ ciężkiej pracy fizycznej na częstość występowania bólów krzyża oraz ich nasilenie [Białachowski, Stryła 2002, Kiwerski, Fiutko 1997]. Szczególnie często wymieniane jest: dźwiganie ciężarów, noszenie, ciągnięcie i pchanie oraz skręty i pochylenia tułowia. W niektórych badaniach wykazano, że długotrwała pozycja siedząca doprowadza do zaburzeń w funkcjonowaniu kręgosłupa zwłaszcza, gdy brakuje możliwości jej zmiany i podparć pod kończyny dolne i górne. Czynnikami wyraźnie predestynującymi do bólów kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego, spowodowanych przepukliną jądra miażdżystego jest płeć oraz nadwaga i otyłość [Białachowski, Stryła 2002]. W grupie osób leczonych na te schorzenia w Klinice Rehabilitacji Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1990-1997, mężczyźni stanowili aż 80% ogółu pacjentów. U 54% chorych stwierdzono nadwagę, a u 6% otyłość.

Badania prowadzone na sportowcach różnych dyscyplin wskazują jednoznacznie na negatywny wpływ jaki wywiera sport uprawiany wyczynowo na narząd ruchu człowieka. Zmiany kształtu krzywizn fizjologicznych kręgosłupa prowadzą do przeciążeń i najczęściej przyśpieszają proces pojawiania się zmian zwyrodnieniowych w obrębie krążków międzykręgowych oraz trzonów kręgów [Bartkowiak i wsp. 2006]. Często pierwotną przyczyną jest jednostronność pracy mięśniowej, charakterystyczna zwłaszcza dla dyscyplin asymetrycznych takich jak szermierka, łucznictwo czy hokej na trawie [Grucza i wsp. 2001, Makarczuk, Kaźmierczak 2004].

Przeprowadzone badania, o charakterze pilotażowym, zdają się potwierdzać tezę o częstszym występowaniu dolegliwości odkręgosłupowych u osób wykonujących pracę fizyczną związaną z dźwiganiem znacznych ciężarów oraz z jednostronnym obciążaniem kręgosłupa poprzez np. wielogodzinną pracę w pozycji stojącej

czy też sport uprawiany wyczynowo. Mniejsze znaczenie, jak się okazuje ma czynnik zwiększonej masy ciała. Nauczyciele wychowania fizycznego – jako grupa zwiększonego ryzyka – powinni częściej korzystać z zabiegów fizykoterapeutycznych (masaże, nagrzewania) i wykonywać ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne (rozluźniające i elongacyjne).

Wnioski

1. Nauczyciele wychowania fizycznego częściej, aniżeli nauczyciele innych przedmiotów cierpią z powodu bólów kręgosłupa.
2. Czynnikami zwiększającymi prawdopodobieństwo wystąpienia dolegliwości ze strony kręgosłupa są przeciążenia pracą fizyczną o charakterze statycznym tj. długotrwała pozycja stojąca, dźwigania oraz jednostronność pracy mięśniowej charakterystyczna dla sportu wyczynowego.
3. Nauczyciele wychowania fizycznego – jako grupa zwiększonego ryzyka – powinni częściej korzystać z zabiegów fizykoterapeutycznych i wykonywać ćwiczenia korekcyjno – kompensacyjne.

Literatura

1. Bartkowiak P., i wsp., 2006, Ocena stopnia urazowości stawów kolanowych i odcinka lędźwiowego kręgosłupa u zawodników kadry narodowej hokeja na trawie dokonana metodą rezonansu magnetycznego MR, (W:) Wszystkich rzeczy miarą jest człowiek, (red.) Jerzemowski, Grzybiak, Piontek, Wyd. Tower Press, Sopot, s. 314-317.
2. Białachowski J., Stryła W., 2002, Analiza wybranych cech antropometrycznych i rodzaju pracy zawodowej u chorych z przepukliną jądra miażdżystego części lędźwiowej kręgosłupa, Postępy Rehabilitacji, tom XVI, nr 1, s. 33-41.
3. Dziak A., 1990, Bóle krzyża, PZWL, Warszawa, s. 16.
4. Dziak A., Tayara S., 1997, Bóle krzyża, Wyd. Kasper, Kraków, s. 14-17.
5. Grucza R., i wsp., 2001, Obciążenia mięśni prostowników grzbietu podczas uprawiania sportów asymetrycznych, Postępy Rehabilitacji, tom XV, nr 3, s. 29.
6. Kiwerski J., Fiutko R., 1997, Bóle kręgosłupa, PZWL, Warszawa, s. 171 i 175.
7. Makarczuk A., Kaźmierczak A., 2004, Wpływ sportu wyczynowego na postawę ciała człowieka, (W:) Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku, Wyd. Promocyjne Albatros, PTNKF Szczecin, tom 8, s. 248-254.
8. Śliwiński Z., Legwant Z., 1999, Przyczyny bólu krzyża, Medycyna Manualna, tom III, nr 1 i 2, s. 8-13.
9. Suchorzewski M., 2004, www.geoland.pl

Michał Siniarski-Czaplicki
Uniwersytet Łódzki
Katedra Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego

Europejskie standardy w zakresie podstawowych zabiegów ratujących życie w polskiej szkole

Pedagogika – jako wszechstronna nauka o wychowaniu, której istotę stanowi całożyciowy rozwój człowieka bada wszelkie, tak dodatnie jak i ujemne, wpływy jednych ludzi na drugich oraz wpływy środowiska. W kręgu zainteresowań pedagogiki znajdują się wszystkie sfery działalności ludzkiej, w których przebiegać może proces wychowawczy. Wydaje się uprawnionym, aby nauka ta korzystała z dorobku instytucji prowadzących działalność oświatowo-wychowawczą. Jedną z takich instytucji jest Europejska Rada Resuscytacji, prowadząca miedzy innymi wiele szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Jej polskim reprezentantem jest Polska Rada Resuscytacji, z siedzibą w Krakowie. Jednym ze szkoleń skierowanych do masowego odbiorcy jest kurs BLS (Basic Life Support), co w języku polskim można ująć jako „Podstawowe zabiegi resuscytacyjne". Będzie ono przedmiotem niniejszego opracowania i w związku z nim postawiono sobie następujące cele:

- przedstawienie konieczności kształcenia i wykazanie wartości pedagogicznych ćwiczeń w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej,
- przedstawienie środowisku pedagogów europejskiego standardu postępowania w przypadku nagłego zatrzymania krążenia,
- przedstawienie metody nauczania proponowanej przez Europejską Radę Resuscytacji,
- zbadanie możliwości zastosowania tego szkolenia w polskiej szkole,
- wskazanie możliwości prowadzenia zajęć z zakresu BLS w polskiej szkole.

Podstawowe pojęcia:
BLS – Basic Life Suport (Podstawowe Zabiegi Resuscytacyjne)
RKO – Resuscytacja Krążeniowo Oddechowa
NZK – Nagłe Zatrzymanie Krążenia

ERC – European Resuscitation Counsil (Europejska Rada Resuscytacji)
AED – Automatic External Defibrilation (automatyczna defibrylacja)

Wartości pedagogiczne szkolenia BLS.

Proces wychowania ukierunkowany jest na wszechstronny rozwój osobowości i powinien on przygotowywać jego uczestników do udziału w pełnym spektrum życia społecznego. Wychowanie jest świadomie organizowaną działalnością, której celem jest wywołanie zmian w całej osobowości człowieka, włącznie ze stroną wyrażającą stosunek do wartości [Okoń 1986]. W tzw. „kulturze zachodu", w której żyjemy najwyższą doczesną wartością jest ludzkie życie. Pełnia życia jest wtedy, gdy wszystkie ważne życiowo układy są ze sobą harmonijnie powiązane i scalone na najwyższym szczeblu, tzn. objawom życia towarzyszy świadomość [Andres 2005]. Umieranie to proces rozciągnięty w czasie, który może trwać dłużej lub krócej [Andres 2005]. Należy uświadomić sobie że te proste prawdy nie są powszechnie znane. Nieświadomość ta dotyczy w szczególności młodego pokolenia, które posiadając niewiele własnych doświadczeń, posługuje się systemem wartości zaczerpniętym z otoczenia. Otoczeniem tym – jakże często w nadmiarze – jest telewizja i internet obfitujące w walkę, przemoc, zabijanie jako formy rozrywki. Powszechnymi zagrożeniami są patologie społeczne takie jak narkotyki, przestępczość nieletnich, alkoholizm i wiele innych. Podatna na te negatywne mechanizmy młodzież nazbyt często jest pozostawiona sama i tworzy osobliwe spojrzenie na otaczającą ją rzeczywistość, w której dochodzi do zaburzenia systemu wartości. Życie ludzkie przestaje być podstawową wartością, a śmierć bywa postrzegana banalnie, jako zjawisko odwracalne. Jakże cenne zatem mogą być zajęcia, które będą rodzajem antidotum na wielogodzinny kontakt z przemocą podczas filmów, na zabijanie dla rozrywki i odkupywanie swojego życia podczas większości popularnych gier komputerowych. Zajęcia te mogą korygować system wartości młodego człowieka, ustawiając we właściwym miejscu tak podstawowe pojęcia jak życie, umieranie czy śmierć. Po takich zajęciach uczeń może dumnie powiedzieć *„Ja umiem uratować ludzkie życie!"*.

Europejski standard w zakresie udzielania pierwszej pomocy w przypadku NZK.

Choroba niedokrwienna serca jest wiodącą przyczyną zgonów na świecie. Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) odpowiada za ponad 60 % zgonów u osób dorosłych w przebiegu choroby wieńcowej i dotyczy 700 000 osób rocznie. Prowadzenie zabiegów BLS przez świadków zdarzenia 2-3-krotnie zwiększa szansę przeżycia [2].

Łańcuch przeżycia

ERC opracowała „Łańcuch przeżycia", który obrazowo pokazuje warunki konieczne do spełnienia, aby możliwe było uratowanie życia ludzkiego w przypadku NZK. Stanowią go cztery ogniwa, przedstawione na rys 1.

- wczesne rozpoznanie i wezwanie służb ratowniczych,
- wczesna resuscytacja krążeniowo oddechowa (zabiegi BLS),

- wczesna defibrylacja (zabiegi AED),
- jak najszybsze podjęcie zaawansowanych zabiegów resyscutacyjnych.

Rysunek 1
Łańcuch przeżycia „Wytyczne 2005 resuscytacji krążeniowo-oddechowej" – European Resuscitation Counsil – Kraków 2005.

Algorytm BLS – na podstawie „Wytyczne 2005 resuscytacji krążeniowo-oddechowej" – European Resuscitation Counsil – Kraków 2005 str. 8.

Warunkiem przeprowadzenia ćwiczeń jest posiadanie specjalistycznego manekina, oraz środków dezynfekujących. Zalecana przez ERC liczebność grup wynosi od 4 do 8, duża liczba instruktorów i prowadzenie zajęć w języku lokalnym [3]. Należy wykorzystać dotychczas posiadaną wiedzę z tego zakresu. Uczniowie zazwyczaj słyszeli już o – jak się wyrażają potocznie – „reanimacji". Wiedza ta jest najczęściej wyrywkowa, nieprecyzyjna i dotycząca wcześniejszych bardziej skomplikowanych standardów. Dość powszechny jest brak umiejętności – uczniowie zazwyczaj tylko widzieli „jak to się robi" lub ćwiczyli na sobie. Dodać należy że przedstawiony poniżej schemat działania dotyczy osoby nieurazowej. ERC zaleca takie szkolenie jako podstawowe, ponieważ statystycznie istnieją największe szanse na podobny przypadek w rzeczywistości.

Bezpieczeństwo

Czynność ta ma na celu zabezpieczenie bezpiecznych warunków dla osób udzielających pomocy, osoby poszkodowanej i postronnych. W przypadku stwierdzenia zagrożenia należy usunąć je i następnie przystąpić do dalszych czynności. Podczas ćwiczeń uczniowie pozorują tę czynność, rozglądając się wokoło miejsca zdarzenia.

Czy reaguje?

Czynność ta ma na celu sprawdzenie czy osoba poszkodowana jest przytomna. Ćwiczący przedstawiają tę czynność np. dotykając ramion manekina i próbując nawiązać kontakt. Mogą to być słowa „Proszę się odezwać, czy wszystko w porządku?".

Stwierdzenie, iż osoba poszkodowana jest nieprzytomna, oznacza przejście do dalszych czynności.

Wołanie o pomoc

Czynność ta ma na celu zabezpieczenie sobie pomocy innych osób. Ćwiczący wołają: Ratunku! Pomocy!, lub kierują do kogoś z obecnych słowa w rodzaju: „proszę tu zostać, będziesz mi pomocny". Niezależnie od skutków tej czynności, przystępuje się do następnej czynności.

Udrożnienie dróg oddechowych

Czynność ta wykonywana jest poprzez odgięcie głowy do tyłu i uniesienie żuchwy. Jedna ręka ma się znajdować na czole poszkodowanego, opuszki palców drugiej ręki należy umieścić na żuchwie poszkodowanego.

Czy oddycha?

Pochylając się nad głową poszkodowanego, ćwiczący trzema zmysłami ocenia czy poszkodowany prawidłowo oddycha. Obserwuje czy klatka piersiowa unosi się, nasłuchuje oddechu i wyczuwa ciepło i ruch powietrza w okolicy ust poszkodowanego. Czynność ta ma trwać 10 sekund. Nie stwierdzenie prawidłowego oddechu oznacza przejście do następnej czynności.

Zadzwoń 112 lub 999

Ćwiczący zobowiązuje kogoś z obecnych do wezwania pogotowia, a jeżeli nie jest to możliwe sam wykonuje tę czynność. Dba o to, aby przekazana została informacja o tym, iż poszkodowany nie oddycha.

Wykonuj: 30 uciśnięć klatki piersiowej i 2 oddechy ratownicze

Uciski: ćwiczący klęka obok poszkodowanego (z dowolnej strony). Umieszcza nadgarstek jednej ręki na środku klatki piersiowej, nadgarstek drugiej ręki na grzbiecie pierwszej. Utrzymując proste ramiona nad poszkodowanym, uciska jego mostek na głębokość około 4-5 cm, z częstotliwością około 100 na minutę.

Oddechy ratownicze: utrzymując drożność dróg oddechowych, ćwiczący zaciska nos poszkodowanego, obejmuje wargami usta poszkodowanego i wykonuje wydech do jego ust w ciągu 1 sekundy, obserwując czy unosi się klatka piersiowa.

Czynności te należy wykonywać naprzemiennie – 30 uciśnięć i 2 oddechy do przybycia fachowej pomocy, zmiany przez inną osobę lub do wyczerpania sił.

Jeżeli nie możesz lub nie chcesz wykonywać oddechów ratowniczych, podejmij tylko uciskanie klatki piersiowej [4].

Metoda nauczania

Istnieje wiele metod nauczania i wiele ich definicji. Wincenty Okoń postrzega metodę nauczania jako wypróbowany układ czynności nauczycieli i uczniów realizowanych świadomie w celu spowodowania założonych zmian w osobowości uczniów [Okoń 1987]. „Istnieje wiele metod nauczania resuscytacji. Żadna z nich nie jest doskonała a umiejętności praktyczne i wiedza zanikają, jeśli brak jest ciągłych ćwiczeń" [2].

Tak wypróbowany układ czynności proponuje ERC jako skuteczną metodę nauczania omawianego schematu, określając go jako metodę czterech kroków. Poniżej przedstawiam jedynie jej sedno, odsyłając głębiej zainteresowanych na kursy instruktorskie organizowane przez ERC.

Krok 1: pokaz instruktora w czasie rzeczywistym.
Krok 2: pokaz instruktora ze szczegółowym objaśnieniem.
Krok 3: pokaz instruktora z komentarzem ucznia.
Krok 4: pokaz ucznia z komentarzem ucznia.

Zalecenia:

- pozytywne nastawienie instruktora, który uwypukla dobrze wykonane elementy,
- duża ilość powtórzeń,
- bezpośredni kontakt z instruktorem – „po imieniu",
- limitowany czas ćwiczeń i krótkich wykładów,
- nauczanie schematu BLS metodą analityczną (podzielone na etapy),
- bieżąca informacja zwrotna instruktora (feedback).

Ćwiczenia umiejętności praktycznych są niezwykle skuteczne przy zastosowaniu tej metody, ponieważ aktywizują całą grupę i wprowadzają element rywalizacji pomiędzy ćwiczącymi, (kto wykona dobrze?). Dodając do tego, swego rodzaju bliskość z instruktorem, brak presji rezultatu, swobodę podczas zajęć i ich atrakcyjność należy stwierdzić, iż jest to metoda godna polecenia w polskiej szkole nie tylko w zakresie nauczania pierwszej pomocy. Pewnym problemem może być liczebność klas i konieczność zakupienia bądź pozyskania specjalistycznych manekinów. Walory edukacyjne tego typu ćwiczeń powodują, że warto pokonać te trudności. Można zauważyć swego rodzaju „modę" na tego typu szkolenia. Zajmuje się nimi sporo organizacji społecznych i treści te są coraz częściej obecne w mediach. Dobrze byłoby aby tym śladem podążała również polska szkoła.

Podsumowanie i wnioski:

Można wyróżnić dwie podstawowe korzyści edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy:

- praktyczna umiejętność ratowania życia ludzkiego,
- wybitnie pozytywny wpływ edukacyjny na osobowość ucznia.

1. Kształcenie w zakresie udzielania pomocy przy zagrożeniu życia ludzkiego wywołuje pozytywne zmiany osobowości, a zatem realizuje cele procesu wychowania.

2. Prawny i moralny obowiązek ratowania życia ludzkiego, zobowiązuje szkołę do zdecydowanego udziału w kształceniu młodzieży w zakresie BLS.
3. Szkolenie na bazie kursu BLS proponowanego przez Europejską Radę Resuscytacji jest możliwe do zastosowania w polskiej szkole.

Literatura

1. Okoń W., 1987, Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej.
2. Wytyczne 2005 resuscytacji krążeniowo-oddechowej – European Resuscitation Counsil – Kraków, 2005.
3. www.prc.krakow.pl, Zasady nauczania resuscytacji, Grzegorz Zając.
4. Podręcznik BLS/AED. ERC 2006.
5. Andres J., 2006, Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo-oddechowa, Kraków.
6. Okoń W., 1996, Nowy słownik pedagogiczny, Wa-wa, wyd. Żak.

IV.

PEDAGOGICZNE ASPEKTY SPORTU, REKREACJI I TURYSTYKI

Tatiana Poliszczuk, Agnieszka Dąbrowska-Perzyna
Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie[1]

Dynamika sprawności fizycznej kobiet uczestniczących w zajęciach fitness

Sprawność fizyczna człowieka jest ciągle głównym tematem licznych prac badawczych w naukach o kulturze fizycznej. Znaczenie tych badań rośnie przy spadkowej tendencji naturalnej aktywności fizycznej społeczeństwa.

Poziom sprawności fizycznej zależy od płci, wieku, stanu zdrowia, uzdolnień i umiejętności ruchowych, poziomu rozwoju zdolności motorycznych, budowy ciała, wydolności narządów, trybu życia, motywacji, stanu psychicznego, pory roku itp. [Drabik 1995].

Rozwój motoryczności w ontogenezie charakteryzuje się ciągłymi przemianami pojedynczych składowych rozwoju ruchowego, jednak ich nasilenie nie jest jednakowe w kolejnych latach życia, co prowadzi do odrębności motoryki w poszczególnych okresach [Przewęda 1995].

Jednym z objawów inwolucji w zakresie motoryczności jest powszechna skłonność do ograniczania wysiłków fizycznych w życiu codziennym. Poważnym problemem jest więc nie tylko walka o opóźnianie procesów inwolucyjnych lecz również walka o to, by starość uczynić okresem niekoniecznie związanym z chorobą i niedołężnością. To właśnie rekreacja ruchowa jest jednym ze środków, który może opóźnić procesy inwolucyjne, a ich przebieg może uczynić łagodniejszym [Wolańska 1986].

Jednak badania naukowe pozwalają zauważyć generalnie niechętny stosunek społeczeństwa, a kobiet w szczególności, do systematycznego podejmowania aktywności ruchowej [Krawczyk 1995]. Aktywność ruchowa zależy od czasu wolnego, jakim kobiety dysponują [Kunicki 1984]. Kobiety mają zdecydowanie mniejszą ilość czasu wolnego w porównaniu do mężczyzn ze względu na obowiązki zawodowe, rodzinne, domowe [Nowocień 1995]. Za główną przyczynę braku aktywności ruchowej u kobiet uznawane są niedobory czasu wolnego. Przyczyną braku aktywno-

[1] Pracę wykonano w ramach badań statutowych – temat Nr DS – 64 finansowanych przez Ministerstwo Nauki i Informatyzacji.

ści jest również brak chęci, który łączy się ściśle z brakiem potrzeby ruchu [Żukowska 1990].

Badania dowodzą, że uprawianie sportu w młodości ma wpływ na podejmowanie aktywności ruchowej w życiu dorosłym [Litwiniuk 1994]. Do zwiększonego uczestnictwa w kulturze fizycznej przyczynia się również wyższy poziom wykształcenia [Bywalec 1994]. Badania wykazują, że przyczyn braku aktywności ruchowej należy upatrywać w dużym obciążeniu kobiet pracą zawodową w związku z trudnościami ekonomicznymi rodziny, pracą domową i opieką nad dziećmi [Nowak 1995]. Natomiast wyniki wielu badań wskazują, że to właśnie kobieta odgrywa najważniejszą rolę w kreowaniu aktywnego stylu życia w rodzinie, zwłaszcza jeśli chodzi o aktywne spędzanie czasu wolnego [Żukowska 1998].

W ostatnich latach bardzo dynamicznie rozwija się w Polsce ruch fitness, o czym świadczy coraz większe zainteresowanie uczestnictwem w różnych jego formach nie tylko osób młodych, ale również dojrzałych i starszych. Rosnące zainteresowanie uczestnictwem właśnie w zajęciach fitness, obok innych form i technik rekreacyjnych, spowodowane jest m.in. ich wszechstronnością, możliwością dopasowania typu zajęć do indywidualnych potrzeb, dostępnością, oraz tym, że mogą być uprawiane przez całe życie. Zajęcia fitness nie tylko pozwalają poprawić ogólną sprawność i wydolność organizmu, ale również pomagają zmagać się ze stresami życia codziennego i cieszyć się zdrowiem poprzez prowadzenie aktywnego trybu życia [Grodzka-Kubiak 2002].

Nasze badania poświęcone są problemom aktywności ruchowej kobiet – mieszkanek Warszawy i Białegostoku, ocenie ich aktualnej sprawności i stanu fizycznego oraz możliwościom poprawy tych parametrów dzięki systematycznemu uczęszczaniu na zajęcia fitness.

Celem pracy była ocena dynamiki sprawności fizycznej kobiet w wieku 24-71 lat, uczestniczących w zajęciach fitness oraz analiza zmian stanu fizycznego badanych kobiet w dziewięciomiesięcznym okresie szkoleniowym.

Materiał i metoda

Materiał badań stanowiło 242 kobiet uczęszczających na zajęcia fitness (moduły: TBC, step-aerobik, tae-bo, hi-low). Zajęcia odbywały się dwa razy w tygodniu i trwały 60 minut.

W związku z bardzo indywidualnym tempem regresu zdolności motorycznych, do analizy zmian sprawności fizycznej i poszczególnych jej składowych przyjęto w pracy podział wiekowy co 10 lat, dzięki któremu wyodrębniono 5 grup wiekowych: grupa nr 1 – 24-29 lat, grupa nr 2 – 30-39 lat, grupa nr 3 – 40-49 lat, grupa nr 4 – 50-59 lat, grupa nr 5 – 60-71 rok.

Okres treningowy trwał 9 miesięcy od października do czerwca. Badania przeprowadzono na początku i na końcu tego okresu. W celu samokontroli stanu fizycznego kobiety mierzyły sobie spoczynkową częstość skurczów serca oraz ciśnienie tętnicze (w domu po przebudzeniu) – pierwszy pomiar przed rozpoczęciem okresu treningowego a drugi po dziewięciu miesiącach ćwiczeń.

W badaniach wykorzystano następujące metody badań: sondaż diagnostyczny (z techniką ankietową); skalę ocen – ta metoda pozwala poznać różne opinie osób

na dany temat – w tym przypadku na temat ważności poszczególnych motywów uczestnictwa w zajęciach fitness; próby sprawności fizycznej (Indeks sprawności fizycznej K. Zuchory dla dorosłych); metody statystyki matematycznej (średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe, test Studenta dla grup zależnych oraz korelację).

Wyniki badań

Analiza wyników badań pokazała że zdecydowana większość – 70% pań wykonuje pracę umysłową. Ale nie oznacza to, że prowadzą siedzący tryb życia – 47% deklaruje, że żyją aktywnie, 37% żyje mało aktywnie, a do siedzącego trybu życia przyznaje się tylko 16% badanych. Owa aktywność przejawia się w podejmowanych formach aktywności ruchowej. Poza tym, że wszystkie badane dwa razy w tygodniu ćwiczą na zajęciach fitness, 77% z nich podejmuje dodatkowo inne aktywne formy spędzania czasu. I tak spacer wybiera 34% badanych (średnia częstotliwość – 3 razy w tygodniu), wycieczki rowerowe 10% (średnio 2 razy w tygodniu), zajęcia na pływalni również 10% (raz w tygodniu). Niektóre panie nie ograniczają się do jednej formy i łączą je na różne sposoby. Najczęstsze połączenie stanowi jazda na rowerze ze spacerem (17%). Regularnie spaceruje i pływa 3% pań i również 3% spaceruje, jeździ na rowerze i pływa. Ponad 23% badanych poza treningiem fitness nie podejmuje innej aktywności fizycznej

W subiektywnym odczuciu bardzo dobrym zdrowiem cieszy się 10% ankietowanych. Taki sam odsetek uważa, że jest reprezentantem przeciętnego stanu zdrowia, natomiast zaledwie 3% ocenia swoje zdrowie jako słabe.

Analiza ankiet wykazała, że na zajęcia uczęszczają w większości kobiety, które uważają, że poziom ich sprawności fizycznej jest dobry. Takiego zdania jest aż 71% badanych. Prawie 23% uważa, że jest on dostateczny, 3% w swoim odczuciu posiada sprawność fizyczną na poziomie bardzo dobrym i również 3% – na poziomie minimalnym. Żadna osoba nie uważa się za wysoce – ani wybitnie sprawną fizycznie.

Po przeprowadzeniu pierwszego badania wg testu K. Zuchory, na podstawie skali punktacji, oceniono, że w tej grupie osób żadna nie jest wybitnie sprawna, ale 3% reprezentuje wysoki poziom sprawności. Taki sam odsetek stanowią reprezentantki poziomu minimalnego. Bardzo dobrą ocenę otrzymało 10% kobiet. Grupę trzydziestu siedmiu procent stanowią badane o dostatecznym poziomie sprawności, a najliczniej przedstawia się grupa posiadająca dobrą sprawność fizyczną.

Choć proporcje te są podobne do wyników oceny własnej, to jednak subiektywna ocena sprawności fizycznej nie we wszystkich przypadkach zgadzała się ze stanem faktycznym. Wyniki testu sprawności 47% kobiet pokryły się z własnym odczuciem, 23% badanych oceniło się za nisko, a nieco więcej, bo 30% przeceniło swoje możliwości.

W sumie najwięcej punktów, bo 20,33 zgromadziła grupa 1. Nie oznacza to jednak, że dzięki temu uzyskała najwyższy poziom sprawności, bowiem sprawność na najwyższym poziomie stwierdzono w grupie 5, mimo mniejszej ilości zgromadzonych punktów. Grupa 3 natomiast, wynik punktowy uzyskała taki sam jak grupa 5, a poziom sprawności tej grupy plasuje się na trzecim miejscu. Najmniej punktów otrzymała grupa 4 i tej grupie przypisano najniższy poziom sprawności fizycznej.

Po dziewięciu miesiącach okresu treningowego u 83% uczestniczek wystąpiła poprawa poziomu sprawności fizycznej a u 17% badanych ów poziom nie zmienił się. Nie odnotowano żadnego spadku poziomu sprawności fizycznej. Najczęściej zachodzące zmiany były jednostopniowe, ale 6% pań poprawiło się o dwa stopnie. Drugie badanie ujawniło 3% osób wybitnie sprawnych, 7% osób wysoce sprawnych, 44% – posiadających sprawność na bardzo dobrym poziomie, 43% – na poziomie dobrym oraz 3% z dostateczną sprawnością.

Znamienna poprawa poziomu sprawności nastąpiła u kobiet w wieku 40-49 oraz 50-59 lat. W pozostałych grupach, choć poprawa miała miejsce, nie była ona wystarczająca, aby mówić o statystycznej istotności.

Analizując zmiany (liczby punktów za uzyskany wynik), które zaszły w poszczególnych próbach sprawności fizycznej stwierdzono, że statystycznie istotna poprawa zarówno szybkości, skoczności, siły ramion, gibkości, wytrzymałości jak i siły mięśni brzucha wystąpiła tylko u kobiet w wieku 40-49 lat.

Panie w wieku 24-29 lat statystycznie znamiennie poprawiły wyniki tylko próby gibkości, natomiast średnia poprawa w tej grupie próby szybkości i skoczności w ogóle nie wystąpiła.

W grupie 30-39 lat największy postęp wystąpił w próbie wytrzymałości i była to jedyna statystycznie istotna różnica w tej grupie wiekowej. Brak postępu natomiast odnotowano badając szybkość i siłę ramion.

Najmniejsza różnica średniej sumy punktów odnotowana została w najstarszej grupie wiekowej. Porównując poziom sprawności w poszczególnych grupach wiekowych można stwierdzić, że zarówno po pierwszym jak i po drugim badaniu najlepiej wypadły najstarsze panie, mimo że zdobyły mniej punktów niż np. najmłodsze. Wynika to z dopasowania testu sprawności do wieku uczestniczek.

Po sprawdzeniu współzależności między spoczynkową liczbą uderzeń serca na minutę a poziomem sprawności fizycznej, dysponując wynikami zebranymi przed okresem systematycznego treningu, okazało się, że współczynnik korelacji między tymi parametrami jest mniejszy od jego wartości krytycznej, czyli nie stwierdzono istotnej siły związku między tętnem a poziomem sprawności. Badając natomiast współzależność między tymi parametrami, mając do dyspozycji wyniki drugiego badania (po dziewięciu miesiącach regularnych ćwiczeń) stwierdzono, iż współzależność między nimi jest istotna na poziomie $p<0,05$. Współzależność ta jest ujemna, czyli im wyższy poziom sprawności fizycznej, tym niższe tętno.

Wnioski:

1. Decydując się na uczestnictwo w zajęciach fitness kobiety głównie kierują się następującymi motywami: poprawa samopoczucia, postawy, sprawności fizycznej, polepszenie stanu zdrowia, podwyższenie wytrzymałości ogólnej, zwiększenie ruchomości w stawach, podwyższenie odporności ogólnej.
2. Wyniki badania 1 i 2 pokazały istotne dla całej grupy zmiany stanu fizycznego przejawiające się w ilości uderzeń serca w ciągu minuty. Jednak dokonując podziału na grupy wiekowe istotną różnicę stwierdzono tylko u pań w wieku 40-49 lat. Nie zaobserwowano istotnej zmiany ciśnienia tętniczego krwi (zarówno skur-

czowego jak i rozkurczowego) ani podczas analizy wyników dla całej grupy, ani dla grup wiekowych.

3. Wpływ 9 miesięcy treningu na rozwój sprawności fizycznej był znaczny w grupie badanych kobiet, czego skutkiem były pozytywne, statystycznie istotne zmiany zarówno poziomu sprawności fizycznej jak i poszczególnych jej składowych (szybkości i siły ramion, skoczności, gibkości, wytrzymałości, siły mięśni brzucha). Jednak statystycznie istotne różnice nie zostały stwierdzone we wszystkich wydzielonych grupach wiekowych.

Aktywność fizyczna odgrywa ogromną rolę w spowolnieniu, a nawet zahamowaniu regresu sprawności fizycznej, gdyż towarzysząca procesowi involucji regresja motoryczna jest wynikiem nie tylko zmian starczych, ale również skutkiem braku aktywności ruchowej.

Literatura

1. Bywalec C., 1994, Sport w budżetach polskich rodzin. (W:) Logos i etos polskiego olimpizmu. (red.). J. Lipiec. Kraków, s. 429-438.
2. Drabik J., 1995, Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Cz.I, Wydawnictwo Uczelniane AWF, Gdańsk.
3. Grodzka-Kubiak E., 2002, Aerobik czy fitness. Poznań.
4. Krawczyk Z., 1995, Kultura fizyczna a styl życia. Promocja zdrowia. Nauki społeczne i medycyna. Rocznik II, nr 5-6, s. 65-73.
5. Kunicki B.J., 1984, Społeczne bariery rekreacji ruchowej. Warszawa.
6. Litwiniuk A., 1994, Uczestnictwo w sporcie a uczestnictwo w rekreacji byłych sportowców. Kultura fizyczna, nr 3-4.
7. Nowak M., 1995, Analiza wybranych przyczyn braku aktywności ruchowej kobiet. (W:) Sport w życiu kobiety. /red. nauk./Żukowska Z., Polskie Stowarzyszenie Sportu Kobiet, Warszawa, s. 56-63.
8. Nowocień J., 1995, Zdrowotne wartości w kulturze fizycznej w opinii kobiet pracujących. (W:) Styl życia a zdrowie. Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej. Olsztyn, s. 133-142.
9. Przewęda R., 1995, Motoryczność w różnych fazach życia człowieka. (W:) Sport dla wszystkich. Rekreacja dla każdego, cz. II, (red.) Piotrowska H. TKKF. Warszawa.
10. Wolańska T., 1986, Motoryczność ludzi starszych. [W:] Rekreacja ruchowa osób starszych. (red.) Wolańska T. AWF Warszawa.
11. Żukowska Z., 1990, Aktywność ruchowa i jej zdrowotno-profilaktyczne walory a styl życia współczesnego człowieka. Kultura Fizyczna, nr 7-8, s. 26-27.
12. Żukowska Z., 1998, Kobieta kreatorką aktywności sportowej w rodzinie, PSSK, Warszawa.

Maria Pyzik, Joanna Rodziewicz-Gruhn
Instytut Kultury Fizycznej Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Zainteresowania turystyką regionalną studentów Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Powszechnie panujące przekonanie o tym, że studenci uprawiają turystyczne formy rekreacji bardziej intensywnie niż inne grupy wiekowe zostało potwierdzone wynikami badań prowadzonych w różnych ośrodkach akademickich. Dotyczyły one najczęściej problemów związanych z zaspakajaniem potrzeb turystyczno-rekreacyjnych, jakości owych potrzeb, zachowań turystycznych studentów bądź też wyborów rodzajów turystyki [Siwiński 1990, Bielawska i Maksimowska 2004, Kasperczyk i wsp. 2000].

W 2006 roku w Instytucie Kultury Fizycznej Akademii im. J. Długosza w Częstochowie podjęto badania ankietowe studentów dotyczące preferencji turystycznych z jednoczesną oceną możliwości wykorzystania okolic Częstochowy do uprawiania turystyki.

Niniejsza praca przedstawia opinie ankietowanych na temat możliwości użytkowania turystyczno-rekreacyjnego obszarów regionu częstochowskiego. Za region częstochowski przyjęto teren byłego województwa częstochowskiego. Obszar ten (ryc. 1) obejmuje północną krawędź Wyżyny Śląsko-Małopolskiej, której wschodnie skrzydło tworzy od południa Wyżyna Częstochowska przechodząca ku północy w Wyżynę Wieluńską, zaś zachodnie dzieli się na Obniżenie Górnej Warty, Próg Herbski i Woźnicki, Obniżenie Liswarty-Prosny oraz niewielki fragment Równiny Opolskiej. Od wschodu przylega do Wyżyny kawałek Niecki Włoszczowskiej graniczący na północy ze skrawkiem Wysoczyzny Bełchatowskiej. Obszar ten charakteryzuje się zróżnicowaniem w budowie geologicznej i geomorfologii, różnorodnością świata roślin i zwierząt i pokryty jest w 32% lasami [Skalski 1995, Hereżniak 2002]. Powszechne zainteresowanie budzi krasowy krajobraz Wyżyny Częstochowskiej, która stanowi najbardziej znaną i rozpoznawalną w kraju i na świecie część byłego województwa częstochowskiego zwaną często Jurą Częstochowską lub Krakowsko-Częstochowską. Znajdują się tu typowe wychodnie górnojurajskich wapieni

skalistych, które zaznaczają się jako skałki stokowe i ostańce dochodzące do 450 m npm. Zjawiska krasowe przejawiają się również występowaniem jaskiń i schronisk skalnych oraz pulsujących źródeł zboczowych. Urozmaicone ukształtowanie powierzchni, czynniki mikroklimatyczne, kontrasty glebowe i obecność skał wapiennych powodują ogromną rozmaitość ekologiczną siedlisk i umożliwiają występowanie mozaikowego rozkładu różnych biotopów. Atrakcję turystyczną dodatkowo stanowią ruiny licznych zamków warownych tzw. Orlich Gniazd.

W regionie częstochowskim znajdują się 24 rezerwaty przyrody oraz 4 Parki Krajobrazowe: Park Krajobrazowy Orlich Gniazd, Park Krajobrazowy Stawki, Park Krajobrazowy Lasy nad Górną Liswartą i Załęczański Park Krajobrazowy. Tereny te pokrywa rozbudowana sieć szlaków pieszych i rowerowych a dotarcie do różnych zakątków umożliwia komunikacja kolejowa i autobusowa. Gminy regionu częstochowskiego żywotnie zainteresowane są rozwojem różnych form turystyki a wszystkie przedsięwzięcia szeroko nagłaśniane są w lokalnych mediach.

Materiał i metoda

Badaniami ankietowymi objęto 57 studiujących na kierunku ochrona środowiska i 89 studentów pedagogiki z wychowaniem fizycznym. Dokonując wyboru studentów do badań, kierowano się przypuszczeniem, iż studiujący wymienione kierunki są bardziej zainteresowani problematyką turystyczną zarówno pod względem teoretycznym jak i praktycznym. Uzyskany materiał analizowano w dwóch grupach, pierwszą, nazwaną w dalszej części pracy grupą A stanowiły odpowiedzi 92 studentów mieszkających w Częstochowie bądź regionie częstochowskim, drugą nazwaną grupą B były odpowiedzi 54 studentów, którzy do czasu podjęcia studiów mieszkali poza regionem częstochowskim.

Wyniki badań

Najlepszym sposobem oceniania walorów turystyczno krajoznawczych różnych miejscowości jest samodzielne poznawanie i zwiedzanie terenu. W konfrontacji z oczekiwaniami zaspakajania własnych potrzeb odpoczynku, rekreacji, ruchu, poznawania nowego, doznań estetycznych pojawia się opinia i osobisty osąd. Na pytanie „Jakie miejsca w regionie częstochowskim zdarzyło się Panu/ Pani zwiedzić?" nie uzyskano odpowiedzi od co czwartej osoby z grupy A i co trzeciej osoby z grupy B. Najczęściej wymieniane przez studentów przybyłych do Częstochowy miejsca to Olsztyn (48%), Jura Krakowsko-Częstochowska (13%) i Jasna Góra (11%). Na liście znalazło się jeszcze kilka miejscowości wskazywanych przez studentów mniej licznymi głosami (tab. I).W tej samej tabeli zestawiono wskazania mieszkających w Częstochowie lub w jej okolicach. Na pierwszym miejscu znalazł się również Olsztyn (61%), za nim Złoty Potok (21%), Jura Krakowsko-Częstochowska (18%) i na dalszych pozycjach kilka innych miejscowości.

Zainteresowanie walorami turystyczno-krajoznawczymi regionu częstochowskiego deklaruje 67 % studentów grupy A i 57% studentów grupy B. Informacje o tych walorach studenci mieszkający w Częstochowie i jej okolicach zdobywali z różnych źródeł (tab. II). Najczęściej wymieniane to znajomi (45%) i szkoła średnia (41%).

W grupie B również znajomi stanowili najczęściej (48%) wymienianą odpowiedź, natomiast na drugim miejscu znalazł się internet (20%). Niepokoi to, że uczelnia znalazła się w tym rankingu na odległym miejscu. Nie udzieliło odpowiedzi na pytanie o źródła wiedzy w grupie A 10% badanych i w grupie B 30%, co można oceniać pozytywnie w konfrontacji z deklarowanym brakiem zainteresowania walorami turystycznymi omawianego obszaru. Odpowiedzi na kolejne pytanie okazały się przydatne do sporządzenia listy walorów turystyczno-krajoznawczych wspomnianego regionu. Zestawienie wskazań zawarto w tabeli III. Piękno zróżnicowanego krajobrazu i przyrody dostrzega jako największy walor 24% mieszkających w regionie częstochowskim i 15% przybyłych na studia do Częstochowy. Kolejne miejsca wymieniane w grupie A to wzgórza i skałki (24%) i ruiny zamków (10%). Te same walory powtarzają się w opiniach studentów grupy B jedynie w odwrotnej kolejności. Zwraca uwagę szerszy wachlarz propozycji przedstawionych przez studentów grupy A, znalazły się tu np. szlaki rowerowe, niskie koszty wypoczynku, właściwe oznakowanie szlaków, stadniny koni – czyli walory związane ze sposobem zagospodarowania terenu. Szkoda tylko, że walory te dostrzegły tylko pojedyncze osoby. Na pytanie „Jakie formy turystyki można uprawiać w regionie częstochowskim?" nie odpowiedziała przeszło jedna trzecia studentów grupy A i połowa ankietowanych z grupy B. Najczęściej wymieniane to turystyka piesza, rowerowa, wspinaczkowa i wodna. Na dalszych miejscach znalazły się między innymi biegi, biegi narciarskie, turystyka konna, paralotniarstwo, kolarstwo górskie i zwiedzanie jaskiń (tab. IV). Odpowiedź na kolejne pytania wymagała wiedzy o regionie częstochowskim, bowiem proszono o podanie miejscowości, gdzie można uprawiać turystykę pieszą, rowerową, wodną oraz wspinaczkę. Zestawienie danych przedstawiono w tabeli V. W grupie A odnotowano brak odpowiedzi w granicach od 29% do 42% badanych, w grupie B znajomość owych miejsc była jeszcze niższa, bo nie odpowiedziało na pytania od 56% do 69% badanych. Dużą trudnością było podanie miejsc, w których można uprawiać turystykę wodną. Zalew w Poraju wskazało 42% studentów grupy A i 26% studentów grupy B. Pozostałe propozycje są nieliczne, bardziej zróżnicowane studentów mieszkających w regionie częstochowskim. Najczęściej wymienianą miejscowością, w której można uprawiać turystykę pieszą, rowerową i wspinaczkową był Olsztyn. Ta miejscowość jak i olsztyński zamek uznane zostały również za największe atrakcje turystyczne regionu częstochowskiego. Turystyka piesza może być ponadto uprawiana na szlakach Jury Krakowsko-Częstochowskiej. Takiej odpowiedzi udzieliło 26% ankietowanych grupy A i 15% z grupy B. Turystyka rowerowa zdaniem co czwartego respondenta każdej grupy, podobnie winna odbywać się na wyznaczonych szlakach rowerowych. Miejsca do wspinaczki skałkowej to poza Olsztynem skałki Jury (13% w grupie A i 9% w grupie B), lecz bardzo rzadko wymieniano konkretne nazwy miejscowości. W rankingu atrakcji turystycznych regionu poza Olsztynem znalazła się Jasna Góra w Częstochowie i Jura Krakowsko-Częstochowska (tab. VI).

Przedstawiony materiał wskazuje na niedostatki wiedzy w zakresie edukacji regionalnej, zwłaszcza studentów – mieszkańców Częstochowy i jej okolic. Bardzo często wiedza ta jest fragmentaryczna i powierzchowna a deklarowane zaintere-

sowanie nie wiąże się z powszechną znajomością specyfiki regionu, nazw geograficznych i przyrodniczych. Zabrakło w odpowiedziach zdecydowanej większości badanych informacji o jaskiniach, ostańcach, parkach krajobrazowych, rezerwatach, przykładów miejscowości gdzie znajdują się ruiny zamków. Prawdopodobnie młodzież zna tylko Olsztyn czyli bardzo niewielki fragment Wyżyny Częstochowskiej, ale już zupełnie nie zna rezerwatu Sokole Góry, miejsca oddalonego o 1,5 km od Olsztyna, gdzie znajdują się w lesie liczne wzniesienia, skałki, ostańce i zgrupowanie wielu znanych jaskiń.

Uzyskane wyniki wskazują również na występowanie powszechnego przekonania, że w regionie częstochowskim atrakcyjne i możliwe do turystyczno-rekreacyjnego zagospodarowania są jedynie obszary Wyżyny Częstochowskiej a inne tereny zupełnie do tego się nie nadają, badani takie miejsca wymieniali sporadycznie. Przeprowadzone badanie należy potraktować jako pilotaż służący do uzyskania materiału porównawczego. W przyszłości badania nad aktywnością turystyczną studentów winny objąć młodzież innych kierunków a być może innych częstochowskich uczelni.

Literatura

1. Bielawska I., Maksimowska B., 2004, Aktywność turystyczna studentów Politechniki Białostockiej, Akademicka Kultura Fizyczna wczoraj i dziś, (red.) A. Nowakowski, S. Zaborniak, Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Wychowania Fizycznego Fizycznego i Zdrowotnego, Rzeszów, 113-122.
2. Hereźniak J., 2002, Rezerwaty przyrody ziemi częstochowskiej. Liga Ochrony Przyrody Zarząd Okręgu w Częstochowie, Częstochowa,16-17.
3. Kasperczyk.M., Pilis T., Gabryś., Pluta R., 2005, Aspekty motywacyjno- emocjonalne uprawiania turystyki, Kultura Fizyczna Zeszyt VI (red.) J. Rodziewicz-Gruhn, E. Małolepszy. Wydawnictwo Akademii im. J. Długosza w Częstochowie, Częstochowa, 212-218.
4. Skalski A., 1995, Walory przyrodnicze województwa częstochowskiego w: Informacja o stanie środowiska przyrodniczego województwa częstochowskiego w 1994 roku. (red.) A. Skalski Biblioteka monitoringu środowiska, Częstochowa, 9-10.
5. Siwiński W., 1990, Stosunek studentów wybranych uczelni poznańskich do rekreacji, sportu i turystyki, Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu, Poznań, 123-132.

Tabela I
Zwiedzane najczęściej miejscowości regionu częstochowskiego, deklarowane przez studentów w AJD w Częstochowie % wskazań. Wartości nie sumują się do100.

L. p	Zwiedzane miejsce	Grupa A	Grupa B
1	Olsztyn	61	48
2	Złoty Potok	21	9
3	Jura Krakowsko-Częstochowska	18	13
4	Mirów	10	4
5	Poraj	8	5
6	Jasna Góra w Częstochowie	5	11
7	Inne, wymieniane pojedynczo	41	13
8	Brak odpowiedzi	27	31

Tabela II
Źródła wiedzy studentów AJD w Częstochowie na temat walorów turystycznych regionu częstochowskiego w% wskazań. Wartości nie sumują się do 100.

L. p	Źródło wiedzy	Grupa A	Grupa B
1	Znajomi, koledzy	45	48
2	Szkoła średnia	41	9
3	Internet	27	20
4	Przewodniki, foldery	26	7
5	Media	23	4
6	Własne wyprawy, wycieczki	10	5
7	Zajęcia na uczelni	10	5
8	Brak odpowiedzi	10	30

Tabela III

Walory turystyczne regionu częstochowskiego w opiniach studentów AJD w Częstochowie w % wskazań. Wartości nie sumują się do 100.

L. p	Walory turystyczne	Grupa A	Grupa B
1.	Piękno krajobrazu i przyrody	24	15
2	Wzgórza i skałki	24	9
3	Duża lesistość	11	0
4	Ruiny zamków	10	12
5	Świeże powietrze	9	7
6	Cisza i spokój	9	7
7	Inne, wymieniane sporadycznie	12	4
8	Brak odpowiedzi	52	54

Tabela IV

Możliwości uprawiania turystyki w regionie częstochowskim w opiniach studentów AJD w Częstochowie w% wskazań. Wyniki nie sumują się do100.

L. p	Forma turystyki	Grupa A	Grupa B
1	Turystyka rowerowa	48	35
2	Turystyka piesza	43	35
3	Turystyka wspinaczkowa	26	26
4	Turystyka wodna	11	11
5	Turystyka konna	10	4
6	Uprawianie biegów	3	3
7	Narciarstwo biegowe	3	6
8	Inne formy, wymieniane sporadycznie	15	4
9	Brak odpowiedzi	39	54

Tabela V

Miejsca regionu częstochowskiego, w których zdaniem studentów AJD można uprawiać różne formy turystyki. Wielkości wskazań procentowych nie sumują się do 100.

Miejscowość regionu	Formy turystyki							
	Piesza		Rowerowa		Wodna		Wspinaczka	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Olsztyn	33	19	23	11	0	0	41	30
Szlaki Jury	26	21	26	15	0	0	0	0
Skałki	0	0	0	0	0	0	13	10
Złoty Potok	11	13	14	9	4	0	0	0
Poraj	0	0	0	0	42	22	0	0
Janów	4	2	8	0	0	0	0	0
Mirów	8	2	4	2	0	0	4	6
Częstochowa-Warta	0	0	0	0	5	4	0	0
Inne	7	0	9	2	8	4	6	2
Brak odpowiedzi	29	56	31	59	42	57	31	69

Tabela VI

Atrakcje turystyczne regionu częstochowskiego w opiniach badanych studentów w grupach A i B w % wskazań. Wyniki nie sumują się do 100.

L.p	Proponowana atrakcja	Grupa A	Grupa B
1	Olsztyn	36	26
2	Częstochowa Jasna Góra	22	6
3	Jura Krakowsko-Częstochowska	10	11
4	Złoty Potok	2	6
5	Zamki Szlak Orlich Gniazd	11	0
6	Jaskinie	2	2
7	Skałki, ostańce	4	2
8	Inne, wymieniane sporadycznie	10	3
9	Brak odpowiedzi	43	59

Monika Sławek
Uniwersytet Łódzki
Katedra Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego

Uczestnictwo i rola rekreacji fizycznej w życiu studentów polskich i niemieckich

Udział człowieka w aktywności fizycznej, w tym aktywności rekreacyjnej, jest elementem życia, który winien stanowić jego nieodłączny składnik. Świadomym uczestnictwa tych zadań powinien być każdy człowiek, który chce się cieszyć zdrowiem, sprawnością fizyczną przez długie lata swego życia. Studenci są pod tym względem dość ciekawym i interesującym środowiskiem badawczym, gdyż jako dorosła część populacji, posiadają już ukształtowany system potrzeb i wartości, o które mogą wzbogacać lub zubażać społeczeństwo. Zapoznanie się z tymi wartościami jest ciekawe ze względu na fakt, iż na ich podstawie można z pewnym prawdopodobieństwem przewidywać, co ci młodzi ludzie przekażą następnym pokoleniom, jako wychowawcy i rodzice.

Cel badań

Celem niniejszych badań jest analiza jakościowa i ilościowa danych empirycznych, która zakłada wykazanie zależności, relacji oraz wyciągnięcie ogólnych wniosków w zakresie uczestnictwa i roli rekreacji fizycznej w życiu studentów w Polsce i w Niemczech.

Materiał i metody

Badaniami objęto młodzież akademicką, która niejako stanowi awangardę społeczną. Jej wzorce zachowań w czasie wolnym, określają główne trendy zmian nie tylko w Polsce, ale i w całej Europie. Studenci wykazują skłonności do innowacji, a wzorce ich zachowań mogą stać się przedmiotem naśladownictwa. Stąd istotne wydaje się rozpoznanie nie tylko motywów uczestnictwa w aktywności rekreacyjnej. Analizie i ocenie poddano również formy, metody i zasięg aktywności ruchowej oraz wpływające na tę aktywność uwarunkowania społeczne, wychowawcze i materialne.

Badaniami objęto studentów dwóch uniwersytetów: Freie Uniwersität w Berlinie oraz Uniwersytetu Łódzkiego. Wśród badanych 160 studentów połowa, tj. 50% studiuje w Łodzi, a druga połowa w Berlinie. Podział na dwie, jednakowej wielkości grupy zastosowano w celu dokładnego porównania wyników. Wśród badanych znalazło się 56 kobiet i 44 mężczyzn.

Profil kształcenia badanych studentów przedstawia się następująco: 53% studiuje na kierunkach ekonomicznych, 31% na humanistycznych, 5% na biologicznych, 3% na medycznych, 8% na kierunkach technicznych i innych.

Respondenci to studenci w wieku od 19 do 37 lat. Dokładna struktura wieku przedstawia się następująco: ponad 56% znalazło się w grupie między 22 a 25 rokiem życia, po 22% w grupie od 19 do 21 lat oraz od 26 do 37 lat. Na uwagę zasługuje fakt, iż grupę najstarszą wiekiem tworzyli w ponad 90% studenci niemieccy. Badania przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego. Jako sposób realizacji powyższej metody użyto ankiety, która pozwala dotrzeć do osobistych i głębszych odczuć badanych. Narzędzie badawcze to specjalnie stworzony do tych celów kwestionariusz ankiety pt. „Moje motywy udziału w rekreacji fizycznej" składający się z dwóch części. Pierwsza część kwestionariusza opierała się na skali i składała się z 18 stwierdzeń, do których ankietowani po przeczytaniu musieli się ustosunkować, wybierając na skali jedną z pięciu możliwych odpowiedzi (określając swój poziom identyfikacji z powyższymi stwierdzeniami). Do wyboru mieli następujące odpowiedzi: „zdecydowanie tak", „tak", „nie wiem", „nie", „zdecydowanie nie". Wyboru można było dokonać przez zaznaczenie na „skali" kółkiem lub krzyżykiem odpowiedzi. Druga część kwestionariusza zawierała zestaw 13 pytań. Składających się z pytań półotwartych, pytań otwartych i pytań zamkniętych z wieloczłonową alternatywą odpowiedzi. W części końcowej zamieszczono zestaw pytań metryczkowych, w celu uzyskania danych demograficznych respondentów.

Jako pomocnicze techniki zastosowano analizę dokumentów oraz obserwację. Analiza dokumentów miała na celu zapoznanie się z historią i działalnością Freie Uniwersität w Berlinie oraz Uniwersytetu Łódzkiego, których studenci stanowili grupę badawczą. Metodą obserwacji uzyskano wiedzę o stosunku studentów do przeprowadzonych badań oraz wiadomości, które pozwolą lepiej zrozumieć i przeanalizować wypowiedzi ankietowanych.

Wyniki przeprowadzonych badań mogą istotnie świadczyć o efektach pracy szkolnictwa obydwu krajów na polu wychowania do szeroko pojętej kultury fizycznej, na wszystkich etapach edukacji, poczynając od przedszkola, a na studiach kończąc. Badania pozwolą dostrzec efekty wyposażenia studentów w zasób wiadomości i umiejętności pozwalających na udział w aktywności rekreacyjnej, gdyż objęły swoim zasięgiem właśnie ludzi młodych, na ostatnim etapie kształcenia.

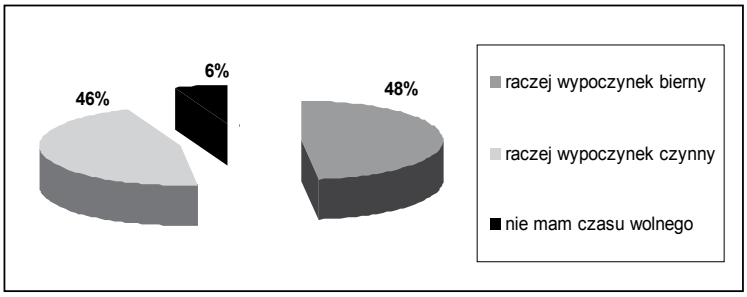
W poniższych badaniach dokonano wyboru celowego próby, przy czym był on pośrednio losowy. Zastosowanie wyboru celowego wynikało z technicznej trudności objęcia losowaniem wszystkich studentów badanych uczelni – duża populacja generalna. Stąd celowość wyboru polegała na wyborze dwóch uczelni: w Niemczech wybrano Freie Universität w Berlinie (tłum. Wolny Uniwersytet Berliński), zaś w Polsce Uniwersytet Łódzki – jako próbę reprezentatywną. Przy czym nie zasto-

sowano tutaj doboru celowego grup celowych. Opinie respondentów zdobywane były metodą losową, poprzez proszenie przypadkowo spotkanych osób o wypełnienie kwestionariusza ankiety. Dzięki takiemu postępowaniu możliwe było dotarcie i poznanie opinii studentów różnych kierunków.

Należy zaznaczyć, co może okazać się dość znaczące podczas analizy wyników, iż w Niemczech nie ma obowiązkowych godzin wychowania fizycznego, zaś w Polsce godziny obligatoryjne występują, i w zależności od uczelni i kierunku trwają rok lub dłużej. Jednak oferta rekreacyjna, jaka proponowana jest studentom niemieckim znacznie wykracza poza ofertę obowiązkowych zajęć studentów polskich.

Wyniki badań

Rekreacja fizyczna jako forma podejmowana poza obowiązkami zawodowymi i rodzinnymi wiąże się nierozerwalnie z zagospodarowaniem czasu wolnego, którego spędzanie zależy od umiejętności organizacyjnych człowieka, jego systemu potrzeb oraz hierarchii wartości. Chcąc poznać preferencje studentów, co do sposobu spędzania przez nich czasu, którym dysponują po spełnieniu wszystkich obowiązków, zapytano ich, jaką formę wykorzystania czasu wolnego preferują. Dane statystyczne dotyczące formy spędzania czasu wolnego przedstawia rycina nr 1.



Rycina 1.
Forma spędzania czasu wolnego wśród badanych.

Jak widać na załączonym wykresie, prawie taka sama grupa studentów spędza czas wolny wypoczywając biernie (48%), jak i aktywnie (46%). Sześć procent badanych wskazuje na brak czasu wolnego.

Nie zauważono większych różnic w preferowanej formie spędzania czasu pomiędzy studentami polskimi i niemieckimi, jak i przy rozróżnieniu na kobiety i mężczyzn (3% więcej mężczyzn wskazało na wypoczynek czynny).

Z analizy uzyskanych danych wynika, że aktywność rekreacyjną, o częstotliwości rekomendowanej w modelu prozdrowotnej aktywności fizycznej (codziennie lub 3-7 razy w tygodniu,) realizuje 38% badanych (32% kobiet i 45% mężczyzn). Wśród osób tych studenci i studentki średnio 5 razy w tygodniu uczestniczą w zajęciach rekreacyjnych. Dwadzieścia osiem procent ogółu badanych (38% kobiet i 16% męż-

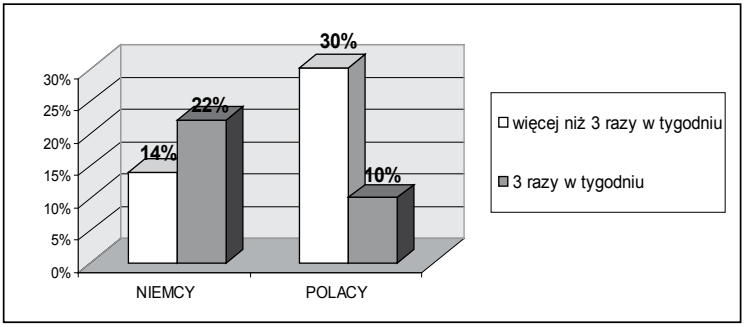
czyzn) podejmuje aktywność rekreacyjną raz lub dwa razy w tygodniu, a 8% badanych nie podejmuje jej w ogóle lub czyni to bardzo rzadko.

Częstość udziału w reakcji fizycznej studentów polskich i niemieckich ilustruje tabela I. Najistotniejsze różnice zaś widoczne są na rycinie nr 2. Wynika z nich, że aktywność ruchowa podejmowana jest częściej niż 3 razy w tygodniu przez 30% studentów Uniwersytetu Łódzkiego oraz 14% studentów Freie Uniwersität. Pozwala to wysunąć wniosek, że studenci z Łodzi są bardziej aktywni fizycznie niż ich koledzy z Berlina i częściej wyrażają chęć udziału w ćwiczeniach fizycznych. W pozostałych kategoriach częstotliwości nie zauważa się już tak znacznych różnic pomiędzy analizowanymi grupami.

Tabela I

Częstotliwość udziału w rekreacji fizycznej studentów niemieckich i polskich.

KATEGORIE	NIEMCY	POLACY
więcej niż 3 razy w tygodniu	14%	30%
3 razy w tygodniu	22%	10%
1-2 razy w tygodniu	26%	30%
od czasu do czasu	30%	22%
bardzo rzadko	8%	7%
nie podejmuje aktywności ruchowej	0%	1%



Rycina 2.

Udział studentów polskich i niemieckich w rekreacji fizycznej 3 razy w tygodniu i częściej.

Analiza częstotliwości realizowanej przez młodzież akademicką aktywności rekreacyjnej wskazuje, że najwięcej osób deklaruje swój udział w niej 1-2 razy w tygodniu oraz od czasu do czasu, razem ponad połowa (54%). Odsetek studentów

uczestniczących 3 i więcej razy w tygodniu w rekreacji jest większy niż studentek, co potwierdzają również wyniki innych badań – mężczyźni są bardziej aktywni, bardziej angażują się w rekreację. Jak zauważono w różnych badaniach i opisano teoretycznie, mężczyźni charakteryzują się bardziej rozbudzonymi potrzebami, większym doświadczeniem oraz wymaganiami wobec instytucjonalnego zaplecza masowego sportu Respondenci, którzy zadeklarowali uczestnictwo w rekreacji fizycznej, wśród najczęściej podejmowanych form rekreacji wymieniali te, do których dostęp jest łatwy i nie wymaga zbyt dużych nakładów finansowych. Zagadnienie to przedstawiono w tabeli II.

Tabela II
Formy rekreacji fizycznej najczęściej podejmowane przez studentów.

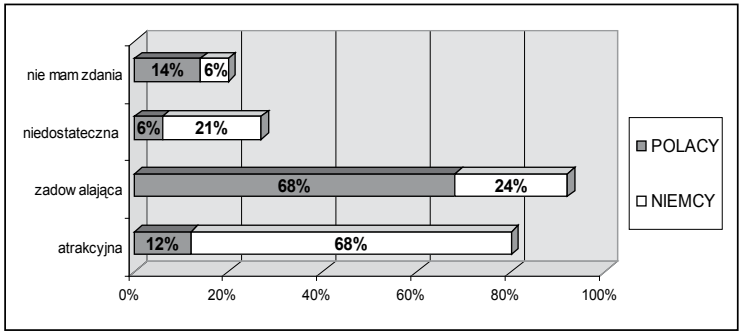
FORMA REKEACJI	STUDENCI	
	POLSCY [%wskazań]	NIEMIECCY [%wskazań]
PŁYWANIE	48%	34%
BIEG	46%	46%
JAZDA NA ROWERZE	56%	30%
SPORTY SIŁOWE	22%	8%
SIATKÓWKA	26%	4%
KOSZYKÓWKA	26%	0%
SPACER	36%	30%
PIŁKA NOŻNA	18%	12%
GIMNASTYKA	16%	10%
AEROBIK/FITNESS	34%	24%
TENIS ZIEMNY	12%	6%
TANIEC	2%	10%
LEKKA ATLETYKA	10%	2%
PIESZE WĘDRÓWKI	6%	6%
SEN	2%	8%

Z powyższego zestawienia wynika, iż studenci niemieccy najczęściej wybierają bieganie (46%), natomiast polscy – jazdę na rowerze (56%). W dalszej kolejności studenci niemieccy wymieniali pływanie oraz jazdę na rowerze, odpowiednio 34% i 30%. Zaś studenci polscy pływanie oraz bieganie, 48% i 46%. Jak widać wśród preferowanych form zarówno wśród studentów polskich i niemieckich, na pierwszych trzech pozycjach znalazły się te same dyscypliny. Pozwala to wnioskować, że

studenci mają podobne upodobania, co do wyboru formy aktywnego spędzania czasu wolnego.

Równie często studenci jako rodzaj podejmowanej aktywności ruchowej wymieniali spacery, w których uczestnictwo zadeklarowało 23% badanych (36% Polaków i 30% Niemców). Znaczna grupa zadeklarowała swój udziału w zajęciach fitness. Szczególnie często kobiety brały udział w różnych formach aerobiku (46%). Wśród badanych dyscypliną, w której uczestniczą prawie wyłącznie mężczyźni była piłka nożna – 32%. Na bardziej odległych pozycjach znalazły się gry zespołowe (siatkówka, koszykówka – po 26%), które cieszą się bardzo małą popularnością w grupie badanych Niemców i udział w nich zadeklarowali prawie wyłącznie Polacy. Wśród form rekreacji, które wymieniane były częściej niż jeden raz, należą: tenis stołowy, wspinaczka, lekka atletyka, jazda na rolkach, taniec, squash, narty, badminton, jazda konna, piesze wędrówki, snowboard oraz turystyka. Dość zaskakujące są wyniki dotyczące m. in. gry w tenisa ziemnego, którego uprawianie zadeklarowało dwa razy więcej Niemców niż Polaków, pomimo dużych kosztów udziału w tej formie aktywności rekreacyjnej. Ciekawa jest również pozycja tańca jako sposobu czynnego spędzenia czasu wśród grupy 10% badanych Niemców.

Na tym etapie opracowania wyników warto przytoczyć dane dotyczące oceny oferty rekreacyjnej w mieście, w którym respondenci studiują (rycina 3). Ściśle wiąże się to z wybieranym rodzajem rekreacji. I tak 68% Niemców i zaledwie 12% Polaków oceniło ofertę jako atrakcyjną. Zadowalająco o ofercie wypowiedziało się 68% respondentów z Polski i 24% z Niemiec Niezadowolonych było 6% Polaków i 2% Niemców, zaś nie miało zdania 10% badanych. Świadczy to o dość dużych brakach w ofercie rekreacyjnej skierowanej do studentów polskich.



Rycina 3
Ocena oferty rekreacyjnej w mieście studiowania, tj. w Berlinie i w Łodzi.

Atrakcyjność oferty rekreacyjnej zdecydowanie lepiej została oceniona wśród niemieckich badanych. Analizując rozbudowaną ofertę propozycji udziału w aktywności rekreacyjnej, jaka co semestr przedstawiana jest studentom w postaci specjal-

nego informatora pt. „Hochschulsport", można stwierdzić, iż jest to oferta bardzo bogata i rozbudowana. Na liście znajduje się ponad 100 różnorodnych rodzajów zajęć, w których studenci za niewielką opłatą mogą uczestniczyć. To, co zwraca szczególną uwagę to niektóre formy aktywności, które znalazły się w tej ofercie, np. trening autogenny, pantomima, taniec orientalny, salsa, flamenco, cricket, szermierka i wiele innych mało znanych w Polsce form (Hochschulsportprogramm, Freie Uniwersität Berlin, Wintersemester 2004/2005). Należy w tym miejscu przypomnieć, iż w Niemczech nie ma obligatoryjnych zajęć z wychowania fizycznego, jak ma to miejsce w Polsce. Dlatego też studentom przedstawia się ofertę, o której wspomniano powyżej.

Zadowalająca ocena w opinii prawie 70% Polaków może być następstwem oferty zajęć sportowych, które przedstawiają nowo powstające kluby fitness, ośrodki sportowe w Łodzi. Niestety oferta ta nie może zostać uznana za atrakcyjną, gdyż koszty uczestnictwa w niej w większości przypadków przekraczają możliwości finansowe studentów. Brak propozycji ze strony organizacji sportowych działających w ramach sportu akademickiego wpływa zapewne na taką ocenę. Trafnie określił to jeden ze studentów polskich, który ocenił ofertę jako niedostateczną i określił ją za zbyt ubogą wskazując na ofertę Akademickiego Związku Sportowego w Łodzi. Warte to jest podkreślenia, gdyż rzeczywiście AZS zajmuje się przede wszystkim sportem i wspiera studentów, którzy czynnie lub zawodniczo go uprawiają. A co z ofertą dla pozostałych 99% studentów, którzy nie znajdują się w tej grupie?

Wnioski

W odniesieniu do przedstawionych w niniejszym opracowaniu wyników przeprowadzonych badań sformułowano kilka wniosków ogólnych.

1. Nie występują różnice pomiędzy studentami polskimi i niemieckimi co do preferencji spędzania czasu wolnego, prawie taka sama grupa studentów lubi spędzać czas wolny wypoczywając biernie (48%), jak i czynnie (46%).
2. Występują duże różnice w zakresie częstego podejmowania aktywności ruchowej pomiędzy studentami niemieckimi i polskimi. Studenci z Łodzi są bardziej aktywni fizycznie niż ich koledzy z Berlina i częściej wyrażają chęć udziału w ćwiczeniach fizycznych (30% więcej niż 3 razy w tygodniu, 14% studenci z Berlina)
3. Najbardziej popularne formy aktywności fizycznej, zarówno wśród studentów polskich i niemieckich, to: bieganie, pływanie i jazda na rowerze, a więc formy najłatwiej dostępne i niewymagające zbyt dużego wkładu finansowego, by w nich uczestniczyć. Pozostałe formy rekreacji są zdecydowanie mniej popularne w Berlinie niż w Łodzi. Studenci łódzcy wykazują większą kreatywność w zakresie doboru form aktywnego wypoczynku.
4. Atrakcyjność oferty rekreacyjnej zdecydowanie lepiej została oceniona wśród niemieckich badanych.
5. Przypuszcza się, iż rozbudowana i atrakcyjna oferta rekreacyjna nie przekłada się na uczestnictwo i zadowolenie z udziału w niej. Polscy studenci, jak wskazują wyniki badań, należą do bardziej usatysfakcjonowanych i zadowolonych oraz kreatywnych.

Literatura

1. Demel M., Human W., 1970, Wprowadzenie do rekreacji fizycznej, Sport i Turystyka, Warszawa.
2. Fąk T. (red.), 1995, Skuteczność polskiej szkoły w wychowaniu do rekreacji ruchowej, Wyd. AWF, Wrocław.
3. Gacek M., 2002, Motywy i poziom aktywności ruchowej wśród studentów I roku AWF w Krakowie, „Kultura fizyczna", nr 11-12.
4. Gracz J., Sankowski T. 2001, Psychologia w rekreacji i turystyce, Wyd. AWF, Poznań.
5. Hochschulsportprogramm, Freie Uniwersität Berlin, Wintersemester 2004/2005.
6. Obodyński K. (red.), 1995, Kultura fizyczna studentów. Jej stan i perspektywy, Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów.
7. Psychologiczne i społeczne uwarunkowania rekreacyjnej działalności sportowej 1990, Wyd. AWF, Poznań.
8. Kocemba K., 1997, Uniwersalizacja wzorów spędzania czasu wolnego a zróżnicowanie form uczestnictwa w kulturze fizycznej młodzieży w różnych krajach, „Kultura fizyczna", nr 9-10.
9. Reykowski J., 1979, Motywacja: postawy prospołeczne a osobowość, PWN, Warszawa.
10. Siwiński W., 2000, Pedagogika kultury fizycznej w zarysie, Wydawnictwo AWF, Poznań.
11. Społeczne wartości kultury fizycznej, 1986, Wyd. AWF, Warszawa.
12. Winiarski R. W., 1995, Aktywność sportowa młodzieży, Wyd. AWF, Kraków.
13. Wolańska T. (red.), 1991, Wybrane zagadnienia rekreacji ruchowej, Wyd. AWF, Warszawa.

Łucja Płatek, Alicja Stachura, Agnieszka Żynda
Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach

Próba oceny efektywności nauczania pływania dzieci w wieku 6-7 lat

Woda dla dziecka, które rozpoczyna naukę pływania stanowi nieznane, często niezwykłe środowisko. Wstępna nauka pływania u dzieci powinna się rozpocząć od przystosowania czyli adaptacji organizmu do odmiennych warunków w jakich odbywać się będzie zdobywanie nowych umiejętności. Proces ten powinien odbywać się stopniowo uwzględniając poczucie bezpieczeństwa i komfortu dziecka. Przede wszystkim powinno się usunąć odruchy obronne dziecka, głównie poprzez zastosowanie gier i zabaw w wodzie, dzięki czemu wyzwalane są najczęściej pozytywne emocje. Woda u dziecka powinna wywoływać tylko skutki przyjemne, które będą go zachęcać do dalszej nauki pływania [Dybińska 1997, 2000].

Na postępy w procesie nauczania – uczenia się w pływaniu ma wpływ wiele czynników, a ich oddziaływanie zmienia się w trakcie nauki. Na pierwszym etapie nauczania pływania decydujące znaczenie wydają się mieć czynniki somatyczne, psychomotoryczne i poziom lęku ćwiczących, na drugim natomiast uzdolnienia ruchowe, koordynacyjne i kondycyjne. Istotnym czynnikiem jest również profesjonalizm osoby prowadzącej zajęcia, od której zależy czy zastosowana metoda nauczania doprowadzi do opanowania przez ćwiczącego najefektywniejszej techniki pływania. [Bartkowiak 1977, 1995, 1999, Ostrowski, Dybińska 2001, Karpiński 2005, Wiesner 1999].

Cel pracy

Głównym celem niniejszej pracy jest próba ustalenia efektywności nauczania pływania u dzieci w wieku 6-7 lat. W pracy oceniono również skuteczność nauczania uwzględniając podział badanej grupy ze względu na płeć (dziewczęta, chłopcy) i wiek (7 i 6 lat).

Materiał i metoda badań

Badaniami objęto 33 dzieci w wieku 6-7 lat (w tym 16 sześciolatków i 17 siedmiolatków) uczęszczających na naukę pływania w Szkółce Pływackiej „Delfinek" w Bytomiu w roku szkolnym 2005/06.

Kurs nauki pływania obejmował dwadzieścia 45-minutowych zajęć w grupach liczących do 15 osób. Zajęcia prowadzone były przez instruktorów pływania. Podstawowym celem kursu nauki pływania było uzyskanie maksymalnych efektów w ciągu 20 lekcji w zakresie opanowania następujących umiejętności: zanurzenia głowy pod wodę, otwierania oczu pod wodą, wydechu do wody, leżenia na piersiach i grzbiecie, poślizgów na piersiach i grzbiecie, skoków na nogi, nurkowania, wślizgu z siadu na głowę, nauki kraulowych ruchów nóg na grzbiecie i piersiach, nauki pracy ramion do kraula na piersiach i grzbiecie, koordynacji ruchów ramion, nóg i oddychania w kraulu na grzbiecie i piersiach [Bartkowiak 1999, Dybińska, Wójcicki 2001, Karpiński 2005].

Wyniki badań

W niniejszej pracy do oceny efektywności nauczania pływania wybrano kilka typowych prób stosowanych jako sprawdzian umiejętności po pierwszym etapie nauki pływania. Test zawierał ocenę poślizgów na piersiach i grzbiecie – próbę uznawano za zaliczoną przy poślizgu trwającym minimum 3 sek., samodzielny wślizg na głowę z siadu z poślizgiem, skok na nogi ze słupka startowego (z wysokości około 1 m) i przepłynięcie 25 m dowolnym sposobem (na piersiach lub grzbiecie).

Poślizg na piersiach

Próbę tę wykonało 31 dzieci (93,93 %). Dziewcząt, które wykonały to ćwiczenie było 12 (92,30%), w tym dziewcząt 6-letnich – 5 (83,33%), dziewcząt 7-letnich – 7 (100%), Wśród chłopców 19 (95%) wykonało poprawnie poślizg na piersiach, w tym chłopców 6-letnich – 9 (90%), chłopców 7-letnich – 10 (100%). Tab. I.

Ćwiczenie to nie sprawiło badanym większych trudności, choć lepiej sobie poradzili z nim chłopcy niż dziewczęta. Różnicę też widać pomiędzy młodszymi dziećmi a starszymi – zarówno starsze dziewczęta jak i chłopcy mieli mniejsze problemy z tym zadaniem od dzieci młodszych. Nie stwierdzono natomiast różnicy w wykonaniu tej próby u dzieci siedmioletnich.

Poślizg na grzbiecie

Próbę tę wykonało 30 dzieci (90,90 %). Dziewcząt, które wykonały poślizg na piersiach było 12 (92,30%), w tym dziewcząt 6-letnich – 5 (83,33%), dziewcząt 7-letnich – 7 (100%). 18 (90%) chłopców wykonało zadanie, w tym chłopców 6-letnich – 9 (90%), chłopców 7-letnich – 9 (90%). Tab. II.

Ta próba okazała się trudniejsza od poślizgu na piersiach. Ćwiczenie to lepiej wykonały dziewczęta od chłopców. 7-letnie dziewczęta nieco lepiej poradziły sobie z tym zadaniem od 6-letnich dziewcząt. U chłopców nie zauważono takich różnic.

Skok na nogi z wysokości 1 m.

Próbę tę wykonało 32 dzieci (96,96%). Dziewcząt, które wykonały to ćwiczenie było 12 (92,30%), w tym dziewcząt 6-letnich – 5 (83,33%), dziewcząt 7-letnich – 7 (100%), chłopców natomiast było 20 (100%), w tym chłopców 6-letnich – 10 (100%), chłopców 7-letnich – 10 (100%). Tab. III.

Próba ta okazała się najprostsza dla wszystkich badanych dzieci. Zarówno wszyscy 6-letni jak i 7-letni chłopcy wykonali tą próbę bezbłędnie. Różnica związana z wiekiem zauważalna jest tylko u dziewcząt, ponieważ więcej starszych dziewcząt wykonało to ćwiczenie.

Wślizg z siadu na głowę

Próbę tę wykonało poprawnie tylko 11 (33,3%) dzieci. Dziewcząt, które wykonały to ćwiczenie było 4 (30,76%), w tym dziewcząt 6-letnich – 1 (16,66%), dziewcząt 7-letnich – 3 (42,85%), chłopców było 7 (35%), w tym chłopców 6-letnich –1 (10%), chłopców 7-letnich – 6 (60%). Tab. IV.

Zadanie to okazało się najtrudniejsze, zwłaszcza dla 6-letnich dzieci. Być może obawa (lub też odmowa wykonania) przed wykonaniem tej próby była związana ze specyfiką wykonania ćwiczenia, w którym występuje krótka faza lotu. W tym ćwiczeniu chłopcy wykazali się lepszym przygotowaniem, co widoczne jest w wyniku próby.

Przepłynięcie 25 m. w sposób dowolny

Tę próbę wykonało 18 dzieci (54,5%). Dziewcząt, które wykonały to ćwiczenie było 8 (61,53%), w tym dziewcząt 6-letnich – 2 (33,33%), dziewcząt 7-letnich – 6 (85,71%), chłopców było 10 (50%), w tym chłopców 6-letnich – 4 (40%), chłopców 7-letnich – 6 (60%). Tab. V.

W tej próbie dziewczęta okazały się lepsze od chłopców. Różnica związana z wiekiem kolejny raz dowiodła, że dzieci starsze lepiej radzą sobie z ćwiczeniami, które wymagają dobrej koordynacji.

Podsumowanie i wnioski

Przez cały okres procesu nauczania – uczenia się pływania, poddaje się stałej kontroli umiejętności uczących się i ich zachowanie. Obserwując uczących, rozmawiając z nimi nauczyciel posiada aktualną informację o realizacji założonych zadań. Zakończenie etapu wstępnego wymaga dokładnego określenia, w jakim stopniu uczący opanowali treści realizowane w tej fazie [Wiesner 1999].

Po zakończeniu badań stwierdzono, stosunkowo wysoką skuteczność nauczania pływania u badanych dzieci w pierwszych trzech próbach (poślizgi na piersiach i grzbiecie, skok na nogi), w których zdecydowana większość uczestników badań bez problemu poradziła sobie ze stawianym przed nimi zadaniem. Rezultat ten może świadczyć o dobrej adaptacji dzieci do środowiska wodnego a także być wynikiem częstego wykonywania tych ćwiczeń na zajęciach. Słabsze wyniki stwierdzono w dwóch pozostałych próbach, zwłaszcza u dzieci młodszych. Na słabsze wyniki ma wpływ zdecydowanie wyższy stopień trudności zadań, w których poprawne wykonanie wymagało przede wszystkim pokonania lęku związanego z pływaniem w wodzie głębokiej i dobrej koordynacji.

1. Chłopcy lepiej poradzili sobie z większością zadań stawianych przed nimi, jednak dziewczęta okazały się lepsze w przepłynięciu 25 m stylem dowolnym oraz w wykonaniu poślizgu na grzbiecie.
2. Wślizg z siadu na głowę okazał się najtrudniejszą próbą w całym teście. Wyniki chłopców i dziewczynek były słabe i mieściły się w przybliżonych wartościach.

3. Najłatwiejszą próbą zarówno dla dziewcząt jak i dla chłopców okazał się skok na nogi z wysokości 1 m.
4. Dzieci siedmioletnie okazały się lepsze od dzieci sześcioletnich we wszystkich próbach ale u dzieci sześcioletnich stwierdzono duże postępy w umiejętnościach pływackich po zakończeniu kursu 20-lekcyjnego. Można nawet stwierdzić, że w niektórych próbach dzieci młodsze nie odbiegają znacząco od starszych kolegów.

Literatura

1. Bartkowiak E., 1977, Szybkość uczenia się pływania u dzieci w wieku 7-9 lat. AWF, Warszawa.
2. Bartkowiak E., 1995, Sportowa technika pływania. Warszawa.
3. Bartkowiak E., 1997, Pływanie. Warszawa.
4. Bartkowiak E., 1999, Pływanie sportowe. Warszawa.
5. Dybińska E., 1997, Adaptacja wstępna do środowiska wodnego w procesie nauczania pływackich czynności ruchowych. Kultura Fizyczna nr 5-6.
6. Dybińska E., 2000, Nauczanie pływania dzieci w wieku 1 do 4 lat. Kraków.
7. Dybińska E., Wójcicki A., 1996, Wskazówki metodyczne do nauczania pływania. AWF, Kraków.
8. Karpiński R., 2005, Pływanie. Podstawy techniki. Nauczanie. Katowice.
9. Ostrowski A., Dybińska E., 2001, Postępy pływackie 10-letnich dzieci o różnym poziomie umiejętności wstępnych. Sport pływacki i lekkoatletyczny w szkole. Wrocław-Srebrna Góra.
10. Wiesner W., 1999, Nauczanie-uczenie się pływania Wrocław.

Tabela I
Wyniki końcowego sprawdzianu – poślizg na piersiach.

Dzieci	wykonało	%
Dziewczęta	12	92,30
Chłopcy	19	95
6-letnie dziewczęta	5	83,33
6-letni chłopcy	9	90
7-letnie dziewczęta	7	100
7-letni chłopcy	10	100
Razem	31	93,9

Tabela II
Wyniki końcowego sprawdzianu – poślizg na grzbiecie.

Dzieci	wykonało	%
Dziewczęta	12	92,30
Chłopcy	18	90
6-letnie dziewczęta	5	83,33
6-letni chłopcy	9	90
7-letnie dziewczęta	7	100
7-letni chłopcy	9	90
Razem	30	90,9

Tabela III
Wyniki końcowego sprawdzianu – skok na nogi z wysokości 1 m.

Dzieci	Wykonało	%
Dziewczęta	12	92,30
Chłopcy	20	100
6-letnie dziewczęta	5	83,33
6-letni chłopcy	10	100
7-letnie dziewczęta	7	100
7-letni chłopcy	10	100
Razem	**32**	**96,96**

Tabela IV
Wyniki końcowego sprawdzianu – wślizg z siadu na głowę.

Dzieci	wykonało	%
Dziewczęta	4	30,76
Chłopcy	7	35
6-letnie dziewczęta	1	16,66
6-letni chłopcy	1	10
7-letnie dziewczęta	3	42,85
7-letni chłopcy	6	60
Razem	**11**	**33,3**

Tabela V
Wyniki końcowego sprawdzianu – przepłynięcie 25 m. w sposób dowolny.

Dzieci	wykonało	%
Dziewczęta	8	61,53
Chłopcy	10	50
6-letnie dziewczęta	2	33,33
6-letni chłopcy	4	40
7-letnie dziewczęta	6	85,71
7-letni chłopcy	6	60
Razem	**18**	**54,5**

Alicja Stachura, Łucja Płatek, Michał Skóra
Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach

Ocena skuteczności uczenia się i nauczania czynności pływackich u 10 letnich dzieci

Proces nauczania pływania jest specyficznym, gdyż metodyka różni się istotnie od innych dyscyplin sportowych, tym iż przedmiot nauczania odbywa się w środowisku wodnym [Wiesner 1999]. Wszelkie podejmowane działania zawierają szereg czynników silnie oddziałujących na osobowość uczącego się. Mogą to być pozytywne lub negatywne skutki, wynikające z atrakcyjności ruchu w wodzie, bądź też tworzące poważną przeszkodę w nauczaniu. Tym ostatnim może być realne zagrożenie utraty życia w wodzie i bardzo silne uczucie lęku przed tym zagrożeniem. Odmienność nauczania w wodzie stawia więc przed nauczycielem dodatkowe problemy.

W procesie nauczania pływania ważną rolę odgrywają: uzdolnienia ruchowe, poziom rozwoju motorycznego i fizycznego oraz profesjonalizm osoby prowadzącej zajęcia od której przede wszystkim zależy wybór i zastosowanie odpowiednich form, środków, zasad i metod nauczania [Bartkowiak 1977, 1999]. Psychologiczne koncepcje wyróżniają dodatkowo takie czynniki jak: wiek, płeć, inteligencja, zdolności specjalne, zainteresowania, nastawienie, poziom aspiracji, motywacje, aktualny stan organizmu, warunki zewnętrzne, prezentacja materiału, sposoby zapamiętywania, nagrody i kary, informacja o wynikach, metody nauczania, właściwości nauczyciela.

Proces nauczania – uczenia się pływania realizowany w praktyce doprowadza do określonych wyników. Kontrola i ocena pozwala na wychwycenie błędów i zakłóceń przebiegu samego procesu nauczania, jak też sprawdzenia zgodności założonych celów kształcenia z wynikiem ostatecznym. Ocenianie pełni funkcję diagnostyczną, kształcącą lub podsumowującą [Noizet, Caverni 1988]. Diagnoza informuje o aktualnych predyspozycjach ucznia do uczenia się.

Celem pracy była ocena skuteczności uczenia się i nauczania pływania u dzieci w wieku 10 lat.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w czerwcu 2006 wśród 10-letnich dzieci, uczniów szkół wiejskich w gminie Gierałtowice, którzy uczęszczali na obowiązkową naukę pływania.

W badaniach uczestniczyło 83 dzieci w tym 38 dziewcząt oraz 45 chłopców. Zajęcia odbywały się raz w tygodniu, a czas trwania lekcji wynosił 45 minut. Program nauczania pływania realizowany był w ciągu roku szkolnego w 30 jednostkach lekcyjnych. Obejmował on w I semestrze: naukę podstawowych umiejętności pływackich, kraula na grzbiecie i skoki do wody na nogi. W drugim semestrze uczniowie opanowywali naukę pływania kraulem na piersiach oraz skoki na głowę. Sprawność pływacką oceniano za pomocą testu umiejętności [Dybińska 2002, 2004] polegającego na przepłynięciu dystansu 15 lub 25 metrowego, zaś ocenę techniki dokonywano przy pomocy sytemu punktowego.

Technika wykonania danej umiejętności oceniana była według następującej punktacji:

1. poślizg na piersiach – dystans do 5 m od 0-3 pkt,
2. poślizg na grzbiecie – dystans do 5 m od 0-3 pkt,
3. wydechy (łączone) do wody (5) od 0-3 pkt,
4. wyławianie krążków (3) z dna (głębokość 0,8 m) od 0-3 pkt,
5. skok na nogi od 0-3 pkt,
6. skok na głowę od 0-3 pkt,
7. ruchy kończyn dolnych do kraula na grzbiecie – dystans do 15 m od 0-3 pkt,
8. ruchy kończyn dolnych do kraula na piersiach – dystans do 15 m od 0-3 pkt,
9. ruchy kończyn górnych do kraula na grzbiecie – dystans do 15 m od 0-3 pkt,
10. ruchy kończyn górnych do kraula na piersiach – dystans do 15 m od 0-3 pkt,
11. kraul na grzbiecie – dystans 25 m od 0-10 pkt,
12. kraul na piersiach – dystans 25 m od 0-10 pkt.

Za poprawne wykonanie danej umiejętności pływackiej uczeń otrzymywał punkty. Przy ocenianiu podstawowych czynności pływackich i skoków do wody (w zależności od techniki wykonania) badany mógł uzyskać od 0-3 pkt, w przypadku ruchów kończyn na dystansie badany uzyskiwał od 0-5 pkt (2 pkt dodatkowo można było uzyskać za przepłynięcie dystansu 15 m). Najwyższą ilość punktów przyznawano za pływanie techniką kraul na grzbiecie i na piersiach na dystansie 25 m od 0-10 pkt, gdyż ocenie szczegółowej podlegało: ułożenie ciała na wodzie, naprzemiannstrona praca kończyn, ugięcie nóg w stawach kolanowych, ułożenie stopy, przenoszenie ramion nad wodą, włożenie ręki do wody i jej wyjęcie, oddychanie, koordynacja ruchów. Za każdy poprawnie wykonany element techniczny uczeń uzyskiwał 1 pkt, natomiast za przepłynięcie dystansu 25 m dodatkowo – 2 pkt.

Na podstawie uzyskanych wyników z poszczególnych testów określano poziom umiejętności pływackich i utworzono grupy sprawnościowe uczniów wg następujących kryteriów:

0-14 pkt – poziom słaby, grupa sprawnościowa – „1”,
15-29 pkt – poziom średni, grupa sprawnościowa –„2”,

30-44 pkt – poziom dobry, grupa sprawnościowa –„3",
45-58 pkt – poziom bardzo dobry, grupa sprawnościowa –„4".

Dodatkowo w trakcie badania dokonano oceny rozwoju somatycznego, wykonując pomiary: masy i wysokości ciała.

Zgromadzone w komputerowej bazie dane pomiarowe zostały poddane odpowiednim procedurom statystycznym. Analiza statystyczna obejmowała:

1. Sstatystykę opisową,
2. poziom istotności statystycznej dla poszczególnych grup sprawnościowych sprawdzano testem t-Studenta,
3. współzależności pomiędzy sprawnością motoryczną a cechami somatycznymi sprawdzano przy pomocy korelacji rang Spearmana.

Wyniki badań

Ocenę skuteczności nauczania pływania dzieci dokonano za pomocą testu umiejętności pływackich składającego się z 12 prób. Uzyskane wyniki (tabela I) pozwalają stwierdzić, iż poziom opanowania umiejętności pływania u badanych uczniów był zróżnicowany. Wśród dziewcząt najwyższy poziom bardzo dobry – „4" osiągnęło 42%, zaś najwięcej opanowało umiejętności pływackie na poziomie dobrym („3") – 53%, natomiast tylko 5% uzyskało wyniki na poziomie średnim („2"). Analiza wyników badanych dziewcząt wykazała, iż dziewczęta opanowały naukę pływania na poziomie wyższym niż słaby – „1". Nieco inaczej ukształtowały się wyniki w grupie chłopców. Na najwyższym poziomie („4") wyniki uzyskało 53% uczniów, poziom dobry („3") opanowało – 36%, zaś 11% uzyskało rezultaty na poziomie średnim („2"). Podobnie jak u badanych dziewcząt, u chłopców nie odnotowano wyników na poziomie słabym „1". Łączna analiza wyników nauczania pływania dziewcząt i chłopców przedstawiała się następująco: na poziomie bardzo dobrym („4") wyniki uzyskało 48%, na dobrym („3") – 43%, a na średnim („2") – 8% badanych. W tabeli II zamieszczono wyniki jakie otrzymano po zastosowaniu testu t – Studenta w obrębie wszystkich badanych dzieci. Uzyskane wyniki świadczą o tym, iż badani istotnie statystycznie różnili się uzyskanymi umiejętnościami pływackimi. Zróżnicowanie w obrębie grupy chłopców nie wykazało istotnych różnic, podobne rezultaty zaobserwowano wśród grupy dziewcząt. Umiejętności pływackie badanych uczniów nie różniły się także istotnie statystyczne w odniesieniu do podziału na płeć. Korelacja cech somatycznych z umiejętnościami sprawnościowymi wykazała, iż masa i wzrost badanej grupy nie wpłynęły istotnie na opanowanie umiejętności pływackich.

Podsumowanie

Stałe kontrolowanie skuteczności uczenia się i nauczania stanowi dla nauczającego informację od ucznia o przebiegu uczenia się i nauczania. Informacja od ucznia ma charakter zwrotny, gdyż jest reakcją ucznia na działania nauczyciela. Informacja zwrotna potwierdza czy do ucznia dotarły informacje nauczyciela, czy je właściwie zrozumiał, czy potrafi właściwie wykonać zdania i ćwiczenia przygotowane przez nauczyciela. Nauczyciel dzięki takiej informacji dowiaduje się także o skuteczności

własnych działań. Diagnoza pozwala w dalszej kolejności korygować działania pedagogiczne, a w razie potrzeby modyfikować kolejne założenia procesu nauczania (II etap nauczania pływania).

Zakończenie procesu nauczania – uczenia się pływania wymaga dokonania podsumowania wykonanej pracy. Informacja końcowa od uczącego się, a w tym przypadku pokaz opanowanych umiejętności stanowi podstawę oceny końcowej o charakterze podsumowującym. Ocena ta dotyczy zarówno pracy ucznia (uczenie się) jak i nauczyciela (nauczanie). Jest ona pochodną postawionych na wstępie celów. Ocena ta nie powinna być zarówno dla uczącego się jak i nauczyciela zaskoczeniem gdyż wcześniej wiedzą jakie zostały postawione cele [Wiesner 1999].

Wnioski

Analiza materiału zebranego w toku badań pozwala stwierdzić że:

1. Istotne statystycznie różnice występowały wśród całej grupy badanych.
2. Uczniowie opanowali czynności pływackie na poziomie wyższym niż słaby.
3. Większość uczniów potrafi wykonać zadania na poziomie bardzo dobrym.
4. Płeć nie różnicowała istotnie wyuczonych umiejętności pływackich.
5. Cechy somatyczne nie wpłynęły istotnie na naukę czynności pływackich.

Literatura

1. Bartkowiak E., 1977, Szybkość uczenia się pływania u dzieci w wieku 7-9 lat. Zeszyty Naukowo-Metodyczne nr 26, AWF, Warszawa.
2. Bartkowiak E., 1999, Pływanie sportowe. COS, Warszawa.
3. Dybińska E., 2002, Wybrane czynniki somatyczno-funkcjonalne a szybkość uczenia się i nauczania czynności pływackich chłopców w młodszym wieku szkolnym. Antropomotoryka nr 24, 89-101.
4. Dybińska E., 2004, Wpływ wyobrażeń motorycznych na sprawność uczenia się i nauczania czynności pływackich u 10-letnich dzieci. Antropomotoryka nr 27, 25-36.
5. Noizet G., Caverni J.P., 1988, Psychologiczne aspekty oceniania osiągnięć szkolnych. Warszawa.
6. Wiesner W., 1999, Nauczanie-uczenie się pływania. AWF, Wrocław.

Tabela I

Liczebności badanych według uzyskanych umiejętności pływackich.

Poziom umiejętności	Dziewczęta		Chłopcy		Wszyscy badani	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
„1"	0	0	0	0	0	0
„2"	2	5	5	11	7	8
„3"	20	53	16	36	36	49
„4"	16	42	24	53	40	43

Tabela II
Poziom istotności umiejętności pływackich u badanych dzieci z uwzględnieniem poddziału na płeć – test t-Studenta [p<0,05].

Średnia 1	Średnia 2	t	df	p
102,5422	3,397590	1108,125	164	0,00

Tabela III
Poziom istotności umiejętności pływackich u badanych dzieci ze względu na płeć – test t-Studenta [p<0,05].

Średnia 1	Średnia 2	t	df	p
3,368421	3,422222	-0,377926	81	0,706474

Tabela IV
Korelacja porządku rang Spearmana dla zmiennych: umiejętności i wzrost badanych chłopców [p<0,05].

Para zmiennych	N	R	t[N-2]	poziom p
UMIEJĘTN. & WZROST	45	0,122251	0,807714	0,423701

Tabela V
Korelacja porządku rang Spearmana dla zmiennych: umiejętności i masa ciała badanych chłopców [p<0,05].

Para zmiennych	N	R	t[N-2]	poziom p
UMIEJĘTN. & MASA	45	0,330235	1,916274	0,064901

Tabela VI
Korelacja porządku rang Spearmana dla zmiennych: umiejętności i wzrost badanych dziewcząt [p<0,05].

Para zmiennych	N	R	t[N-2]	poziom p
UMIEJĘTN. & WZROST	38	-0,106261	-0,641196	0,525457

Tabela VII
Korelacja porządku rang Spearmana dla zmiennych: umiejętności i masa ciała badanych dziewcząt [p<0,05].

Para zmiennych	N	R	t[N-2]	poziom p
UMIEJĘTN. & MASA	38	-0,162119	-0,884742	0,383573

Wojciech Wieczorek
Uniwersytet Łódzki, Katedra Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego

Korelacje między wybranymi cechami budowy ciała a sprawnością pływacką młodych pływaków

Uzyskanie znaczących wyników w sporcie uzależnione jest w dużej mierze od predyspozycji somatycznych oraz kompleksowego stanu podstawowych uzdolnień motorycznych [Chromiński 1996, Ryguła 2000, Wieczorek, Witkowski 1992]. W sporcie pływackim by osiągnąć znaczący poziom mistrzostwa sportowego wymagany jest wysoki poziom tak zwanej ogólnej sprawności fizycznej jak i sprawności specjalnej (pływackiej). Kształtowanie oraz kontrolę motoryki pływaka, ze względu na pracę w środowisku wodnym, należy zaliczyć do zagadnień szczególnie specyficznych i niełatwych do realizacji [Bartkowiak 1999, Czabański i wsp. 2003, Karpiński 2003]. Wiadomo też, iż w sporcie pływackim istnieją duże zależności między ogólną sprawnością fizyczną, a sprawnością pływacką w powiązaniu z predyspozycjami somatycznymi. Jednak obserwuje się odstępstwa od tej wydawać by się mogło oczywistości. Pokazują to niektóre publikacje [Bułgakowa 1988, Wieczorek 2001] oraz obserwacje rzeczywistości sportowej gdzie nie wszyscy pływacy i pływaczki cechują się wysokimi parametrami długościowymi, np. pływaczki chińskie. Fakt ten nabiera szczególnego znaczenia zważywszy, że treningowi sportowemu poddani są osobnicy w bardzo wczesnym wieku i nie sposób nie dostrzegać ich naturalnych, a zarazem wszechstronnych potrzeb rozwojowych. Dodatkowo w wieku „młodości pływackiej" na ogół daje się zauważyć znaczące różnice w rozwoju biologicznym dziewcząt i chłopców.

Celem podjętych badań jest poszerzenie wiedzy o zachodzących współzależnościach i korelacjach pomiędzy wybranymi cechami budowy ciała a różnymi przejawami sprawności pływackiej (specjalnej).

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Które z cech budowy ciała skorelowane są z sprawnością pływacką?
2. Czy wysokość ciała młodych pływaków należy do cech szczególnie predysponujących ich pływacko?

Materiał i metoda

Badania wykonano jesienią 2005 r. Objęły one dzieci z V klas trzech łódzkich Szkół Podstawowych o profilu pływackim. Do niniejszego opracowania uwzględniono badania 34 chłopców i 26 dziewcząt. W grupie tej znalazło się wielu medalistów Mistrzostw Polski w kategorii młodzików 12 – letnich, co świadczy o prawidłowej reprezentatywności objętej badaniami populacji młodych pływaków.

Pomiary cech budowy ciała obejmowały: wysokość ciała, masę ciała, obwód ramienia, obwód klatki piersiowej, obwód pasa, obwód uda, pojemność życiową płuc oraz wyliczono wskaźnik smukłości.

Sprawność pływacką oceniano poprzez: próbę szybkości (25 m. stylem dowolnym ze startu), wytrzymałości (800 m. stylem dowolnym ze startu), siły (100 m. ramionami – styl dowolny, 100 m. nogami – styl dowolny). Zaproponowana przez autora metoda pomiaru sprawności pływackiej jest próbą poszukiwań prostych technik badawczych w tym zakresie, możliwych do zastosowania w naturalnych warunkach treningowych. Tak skonstruowana metoda badawcza umożliwia wykorzystanie uzyskanych wyników jako materiał porównawczy dla trenerów i innych autorów podobnych analiz omawianego zagadnienia.

Zebrany całościowo materiał badawczy opracowano statystycznie, posługując się powszechnie stosowanymi metodami: średnią arytmetyczną [x]; odchyleniem standardowym [S]; błędem standardowym średniej [Sx]. Posłużono się również określeniem wartości współczynnika korelacji [r].

Wyniki i dyskusja

Uzyskane wyniki budowy somatycznej młodych pływaków i pływaczek wskazują na właściwy pod tym względem dobór analizowanej grupy do sportu pływackiego (tab. I). Ich charakterystyka budowy ciała w porównaniu z innymi wynikami podobnych pomiarów dzieci dwunastoletnich potwierdza to zjawisko [Radzka 1998, Wieczorek 2001].

Przedstawiona w omawianych pomiarach sprawność pływacka oraz dokonana analiza wyników pokazuje jej wysoki poziom zarówno wśród chłopców jak i dziewcząt (tab. II). Na uwagę zasługują zwłaszcza wyniki wytrzymałości specjalnej oraz siły nóg. Znaczący poziom sprawności specjalnej młodych pływaków idzie w parze z ich wysokimi lokatami na listach najlepszych 12 – letnich pływaków Polski.

Zrealizowane badania pokazują interesujące związki korelacyjne między wybranymi cechami budowy ciała, a sprawnością pływacką (tab. III i IV). W grupie badanych dziewcząt wybitnie istotne statystycznie korelacje wystąpiły w powiązaniach: wysokość ciała – wytrzymałość, pojemność życiowa płuc – wytrzymałość, obwód ramienia – szybkość, oraz masa ciała – siła ramion. Istotne statystycznie korelacje dostrzeżono w zestawieniu: wskaźnik smukłości – wytrzymałość, masa ciała – szybkość, obwód pasa – szybkość, obwód uda – szybkość, pojemność życiowa płuc – szybkość, obwód ramienia – siła ramion, oraz obwód pasa – siła nóg. Wśród chłopców najsilniej skorelowane są: obwód ramienia – siła ramion oraz podobnie

jak u dziewcząt pojemność życiowa płuc – wytrzymałość. W mniejszym stopniu skorelowane są: masa ciała – szybkość, pojemność życiowa płuc – szybkość, a także wysokość ciała – siła nóg.

Zaprezentowane wyniki występujących korelacji, lub ich braku, pomiędzy cechami budowy ciała a sprawnością pływacką częściowo są zgodne ze znanymi wynikami innych autorów [Bułgakowa 1988, Matynia 1965]. Jednak by je jednoznacznie uznać za powszechny fakt występujący wśród młodych pływaków należy tę problematykę analizować w innych pomiarach realizowanych na szerszej populacji młodych adeptów pływania.

Wnioski i uwagi końcowe

Poddane analizie wyniki pomiarów w grupie 12-letnich pływaczek i pływaków, wybranych cech budowy ciała i sprawności pływackiej (specjalnej) wykazują ich znaczącą wzajemną korelację. Jest to na ogół zgodne z opiniami i pomiarami innych autorów, jednak nie zawsze zestawienia tych zależności są jednolite. W omówionych wynikach badań na szczególną uwagę zasługuje występująca zarówno u dziewcząt i chłopców znacząca korelacja pomiędzy pojemnością życiową płuc a wytrzymałością pływacką. Inne korelacje nie upoważniają do jednoznacznego wyrażenia wniosków, w tym uwypuklone we wstępie znaczenie wysokości ciała pływaków dla poziomu ich sprawności specjalnej.

Znajomość poziomu powyższych współzależności ma istotne znaczenie dla praktyki trenerskiej, co uzasadnia potrzebę pogłębienia wiedzy w tym temacie, poprzez prowadzenie dalszych badań o charakterze ciągłym i w oparciu o większą populację trenującej pływanie młodzieży.

Wykazany wysoki poziom sprawności pływackiej młodych pływaków objętych badaniami, w połączeniu z ich osiąganym już poziomem sportowym, świadczy o prawidłowo prowadzonym szkoleniu pływackim i selekcji sportowej.

Literatura

1. Bartkowiak E., 1999, Pływanie sportowe. COS, Warszawa.
2. Bartkowiak E., 1997, Pływanie. Program szkolenia dzieci i młodzieży. RCMSzKFiS, Warszawa.
3. Bułgakowa N. Ż., 1988, Otbor i podgotowka junych płowcow. Wyd. Fizkultura i Sport, Moskwa.
4. Czabański B., Fiłon M., Zatoń K., 2003, Elementy teorii pływania. AWF Wrocław.
5. Chromiński Z., 1996, Wielopoziomowy rozwój fizyczny a motoryczny, (w:) Antropologia a medycyna i promocja zdrowia. t. 2, Uniwersytet Łódzki.
6. Karpiński R., 2003, Pływanie – podstawy techniki, nauczanie. Biurotext, Katowice.
7. Matynia J., 1965, Sprawność ogólna a sprawność w pływaniu. Roczniki Naukowe WSWF Poznań, z. 10.
8. Radzka A., 1998, Rozwój fizyczny i sprawność fizyczna dzieci i młodzieży szkolnej woj. stołecznego warszawskiego. Kultura Fizyczna, nr 5-6.
9. Ryguła I. (red.), 2000, Elementy teorii, metodyki, diagnostyki i optymalizacji treningu sportowego. AWF Katowice.

10. Wieczorek W., 2001, Ocena prawidłowości doboru dzieci do sportu pływackiego. Uniwersytet Łódzki.
11. Wieczorek W., Witkowski M., 1992, Rozwój sprawności fizycznej i zmiany w budowie ciała młodych pływaków. Wychowanie Fizyczne i Sport, nr 3.

Tabela I
Cechy budowy ciała.

Cecha somatyczna	Dziewczęta			Chłopcy		
	x	*Sx*	*S*	*x*	*Sx*	*S*
Wysokość ciała	151,126	0,836	5,432	154,019	0,986	6,032
Masa ciała	41,276	0,872	5,806	43,036	1,122	5,935
Obwód ramienia	24,283	0,367	2,421	24,371	0,386	2,308
Obwód klatki piersiowej	73,937	0,846	4,709	72,744	0,753	4,130
Obwód pasa	65,322	0,656	4,418	64,206	0,682	3,711
Obwód uda	46,930	0,615	4,131	49,562	0,650	3,705
Pojemność życiowa płuc	3,502	0,107	0,582	3,372	0,094	0,528
Wskaźnik smukłości	43,266	0,903	5,732	44,244	0,475	2,844

Tabela II
Sprawność pływacka – (specjalna).

Rodzaj próby	Dziewczęta			Chłopcy		
	x	*Sx*	*S*	*x*	*Sx*	*S*
Wytrzymałość 800 m	11:15,13	5,928	29,294	10:49,17	5,276	23,385
Szybkość 25 m	0:13,97	0,254	1,791	0:13,78	0,238	1,542
Siła RR 100 m	1:21,56	0,814	3,375	1:18,26	0,832	3,104
Siła NN 100 m	2:05,15	2,072	8,426	1:52,64	1,904	6,837

Tabela III
Korelacje [r] między sprawnością pływacką a wybranymi cechami budowy ciała dziewcząt.

Spr. pływacka / Bud. somatyczna	Wytrzymałość 800 m	Szybkość 25 m	Siła RR 100 m	Siła NN 100 m
Wysokość ciała	0,547**	-0,257	0,212	-0,176
Masa ciała	-0,273	0,398*	0,490**	-0,343
Obwód ramienia	-0,278	0,504**	0,425*	0,328
Obwód klatki piersiowej	-0,225	0,309	-0,243	0,219
Obwód pasa	0,194	0,394*	0,159	0,402*
Obwód uda	0,340	-0,390*	0,163	0,072
Poj. życiowa płuc	0,504**	-0,437*	0,136	0,195
Wskaźnik smukłości	0,387*	0,338	0,267	0,282

* na poziomie istotności 0,05
** na poziomie istotności 0,01

Tabela IV
Korelacje [r] między sprawnością pływacką a wybranymi cechami budowy ciała chłopców.

Spr. pływacka / Bud. somatyczna	Wytrzymałość 800 m	Szybkość 25 m	Siła RR 100 m	Siła NN 100 m
Wysokość ciała	0,321	-0,259	0,177	-0,368*
Masa ciała	-0,240	0,405*	0,267	-0,311
Obwód ramienia	0,187	0,321	0,476**	0,259
Obwód klatki piersiowej	0,085	0,317	-0,079	0,138
Obwód pasa	0,128	0,322	0,289	0,308
Obwód uda	0,184	-0,324	0,237	0,102
Poj. życiowa płuc	0,558**	-0,388*	0,070	0,283
Wskaźnik smukłości	0,322	0,264	0,299	0,058

* na poziomie istotności 0,05
** na poziomie istotności 0,01

Anna Maszorek-Szymala
Uniwersytet Łódzki
Katedra Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego

Zasady Fair Play w spojrzeniu zawodników i kibiców łódzkich klubów piłki nożnej

Sport od najdawniejszych czasów związany był z rywalizacją. W każdej rywalizacji chęć uzyskania nagrody staje się sprawą naczelną. Fair Play oznacza „czyste zasady gry", bez dopingu, bez brutalności. Każdy zawodnik powinien szanować swojego przeciwnika.

Celem pracy była ocena funkcjonowania zasady Fair Play wśród zawodników i kibiców klubów piłkarskich województwa łódzkiego.

Zachowania kibiców kształtują i wpływają na postawy zawodników. Propagowanie spotkań kibiców z zawodnikami i kadrą trenerską sprzyja tworzeniu wzajemnych więzi sportowych. Czysta gra i zwycięstwo daje największą satysfakcję aktorom i widzom.

W badaniach postawiono następujące pytania:

1. Czy w społeczeństwie piłkarskim wśród kibiców i zawodników funkcjonuje zasada Fair Play?
2. Czy istnieje możliwość upowszechnienia zasady Fair Play w klubach kibica?
3. Co należy uczynić w celu upowszechnienia zasady Fair Play w grupie sympatyków piłki nożnej?
4. Co może uczynić jednostka w upowszechnianiu zasad Fair Play?

W pracy wykorzystano kwestionariusz ankiety zawierający 26 pytań: zamkniętych i otwartych. W klubie „Widzew" zrzeszonych jest około 250 zawodników, a w klubie ŁKS – 120 oraz po 20 kibiców z klubów kibica „Widzew" i ŁKS. Łącznie w badaniach wzięło udział 100 osób. Wiek badanych był bardzo zróżnicowany od 18 lat do 60 roku życia. W badanej grupie 60% stanowili ludzie aktywnie uprawiający sport, a 40 % osoby będące biernymi obserwatorami widowisk.

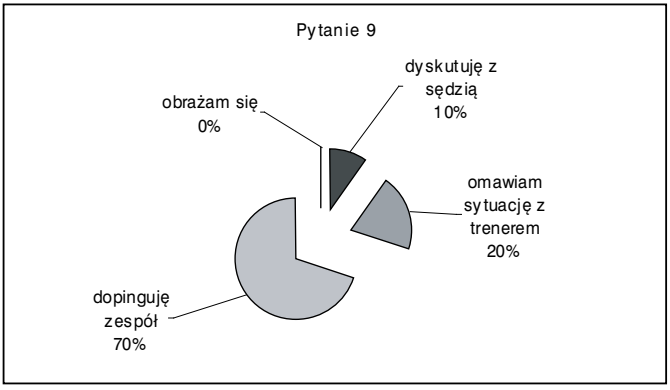
Analiza wyników badań

Czy sport jest obecny w Twoim życiu? – 80% – TAK, 20% tylko w formie biernej.
97% – sport poprawia wygląd fizyczny, uczy współpracy i współżycia w grupie, wyzwala pozytywne emocje, zmusza do rywalizacji oraz rozwija wytrzymałość;
80% – sport uczy właściwego zachowania w życiu codziennym oraz higienicznego sposobu życia;
70% – czynne uprawianie sportu lepiej przygotowuje do przyszłej pracy zawodowej.
Fair Play w życiu i sporcie – 90% popiera postępowanie w życiu zgodne z zasadami;
80% – w sporcie najważniejsza jest zasada równości szans – prawidłowe zachowanie w czasie gry i rywalizacji w warunkach równych szans i możliwości;
20% – dbałość o swoje zdrowie i zdrowie przeciwnika w sporcie;
80% – dbałość o swoje zdrowie i zdrowie przeciwnika w życiu.

Najbardziej piętnowane jest oszustwo 26%; kłamstwo 23% ankietowanych; ostra gra z narażeniem zdrowia 19%; bałaganiarstwo 16% i realizacja swoich celów za wszelką cenę 16%.

Pojęcie Fair Play

Według respondentów Fair Play to:
- szlachetna postawa,
- przestrzeganie reguł,
- poszanowanie przeciwnika,
- uczciwość,
- bojowość i szczerość,
- odwaga i zaangażowanie poparte uczciwością i sportowym podejściem do rywalizacji.



Rycina 1
Przewinienie – kara – ocena zachowań.

Funkcjonowanie zasady Fair Play w życiu ankietowanych. Zagrałeś niezgodnie z przepisami co dalej? 30 % – należy przyznać się do błędu, 70 % – gra dalej bo nie ma reakcji sędziego, nie ujawnienie przewinienia wynika z obrony przed reakcją współgrających kolegów.

W ferworze walki zaatakowałeś brutalnie – 70 % – widzi swoją winę i zgadza się z opinią arbitra, bez dyskusji przechodzi na pozycje obserwatora;
10 % – zapomniało o zasadzie Fair Play, próbują dyskutować z arbitrem w celu wymuszenia zmiany decyzji;
20% – analizuje zaistniałą sytuację z trenerem.

Dobro klubu a moje dobro – 80 % poświęci swój awans i wygodę dla dobra klubu;
10 % – skorzysta z propozycji bez względu na poprzedni układ widząc w nowej sytuacji możliwość rozwoju.

Doznałeś kontuzji, grasz gorzej – co robisz? – 40 % – rezygnuje z gry dla dobra własnego i drużyny;
30 % – informuje trenera i wspólnie ustalają dalsze działania;
20 % – gra na własną odpowiedzialność;
10 % – korzysta z pomocy medycznej i farmakologicznej blokującej ból i uczestniczy w zawodach.

Zawodnik brutalnie zagrał i sam się przewrócił – 40 % – zgłasza chęć udzielenia pomocy poszkodowanemu i zapomina o faulu popełnionym na sobie;
30 % – szuka pomocy u sędziego, którego obowiązkiem jest wychwytywanie takich sytuacji i wyciąganie konsekwencji;
20 % – robi awanturę i domaga się zadośćuczynienia;
10 % – nie reaguje uważając, że będzie jeszcze dość dogodnych sytuacji aby udowodnić swoją wyższość. Pozwalanie na grę bez kary za popełnione przewinienie jest zachętą do ostrzejszej i bardziej brutalnej gry.

Brutalność, agresja i doping – 80% – trzeba protestować;
10 % – uważa, że eliminacja agresji i brutalizmu nie jest możliwa;
60 % – nie akceptuje walki o zwycięstwo za każdą cenę;
30 % – nie akceptuje ostrej i brutalnej gry na pograniczu faulu;
10 % – popiera grę nie fair.

Zawody sportowe to walka emocji i pieniądza. Często tam gdzie występują pieniądze pojawiają się próby przekupstwa.
70% – ankietowanych deklaruje postawę odmowy i przerwania rozmów na sugestię nieczystej propozycji;
20 % – jest oburzona całym zdarzeniem;
10 % – pragnie nagłośnić sprawę i poinformować przełożonych.

Skłamać czy uczciwie powiedzieć prawdę – 60% – wszystko zależy od wagi sprawy i wielkości kłamstwa;
30 % – drobne niedopowiedzenia nie mają większego znaczenia;
10 % – nie jest to przestępstwo.

Ja i zasada Fair Play – 30 % – nigdy nie przekroczyło zasady Fair Play;
70 % – przyznaje się do popełnienia przewinień.

Refleksje końcowe

Przeprowadzone badania wykazały, że wszyscy, zarówno ludzie czynnie uprawiający sport jak i bierni obserwatorzy znają zasady Fair Play. Nie spotkano osoby, która nie potrafiłaby intuicyjnie określić jej znaczenia.

Za najważniejsze zasady uznano odpowiedzialność w życiu i w sporcie. Szczerość, bojowość, szlachetna postawa, przestrzeganie zasad uzyskały najwyższe notowania wśród respondentów. Zarówno kibice jak i trenerzy, działacze i zawodnicy opowiadają się za wpajaniem zasad czystej gry w życiu i w sporcie. Badani doskonale znają założenia i wytyczne dotyczące czystej gry.

Inny ważny problem to możliwość upowszechniania i realizacji Fair Play w klubach kibica. Są to społeczności o różnym przekroju wiekowym, zawodowym i kulturowym. Wśród tych osób nie brak takich, którzy uczestniczą nie w spotkaniu sportowym a prowadzą własną walkę.

Trenerzy, działacze powinni mocno akcentować zasady „Fair Play" wśród młodzieży. Zawodnicy swoją postawą na boisku i poza nim też muszą włączyć się w działanie. Organizacje światowe jak Międzynarodowa Federacja Sportowa: FIFA oraz UEFA wprowadziły hasło „My game is fair play". Cieszy fakt, że wszyscy i na każdym szczeblu widzą konieczność walki o zasady czystej sportowej gry. Wydaje się jednak, że zarządzenia odgórne nie są w stanie naprawić sytuacji. Potrzebne jest działanie u podstaw. Praca rodziców, szkoły, trenerów i wychowawców może przynieść efekty.

Przedstawione wyniki badań dowodzą, że współczesne społeczeństwo zna zasady Fair Play i pragnie aby one funkcjonowały w życiu i w sporcie. Tęskni za szlachetnością. Walka o dobro, piętnowanie zła i złych nawyków staje się przepustką do sukcesu.

Literatura

1. Adamski I, Dąbrowski A., 1987, Fair Play w piłce nożnej. „Kultura Fizyczna" nr 9-10.
2. Dąbrowska A. Dąbrowski A., 1996, Nagrody fair play w sporcie jako instrument edukacyjny. Wydawnictwo: Fair Play – Sport – Edukacja. Warszawa.
3. Glesk P., 1996, Wychowanie w zasadach Fair Play w Słowacji. Wydawnictwo: Fair play – Sport – Edukacja. Warszawa.
4. Wołoszyn S., 1996, Olimpizm edukacją globalną. Wydawnictwo: Fair play – Sport – Edukacja. Warszawa.
5. Żukowska Z. (red.), 1996, Fair play – Sport – Edukacja. Warszawa.

6. Żukowski R., 1996, Fair play wartością uniwersalną dla sportu i wychowania. Wydawnictwo: Fair play – Sport – Edukacja. Warszawa.
7. Żukowska Z., Żukowski R., 1996, Młodzież wobec wartości fair play w sporcie. Wydawnictwo: Fair play – Sport – Edukacja. Warszawa.