

Uniwersytet Rzeszowski. Wydział Pedagogiczny

ANNA ŚNIEGULSKA

ORCID: 0000-0002-2864-257X

airsnieg@op.pl

*Rodzicielski wymiar edukacji zdrowotnej w doświadczeniach
i opinii studentek*

Parental Dimension of Health Education in Female Students' Views and Experience

STRESZCZENIE

Zdrowie jest wartością cenioną i upragnioną. Zapewne dlatego problematyka z nim związana od zawsze jest podejmowana w rozważaniach naukowych. Również współcześnie zajmuje ona ważne miejsce w dyskursie naukowym oraz w potocznych dyskusjach. Można wnioskować, iż człowiek w coraz większym zakresie przejawia zainteresowanie zdrowiem, pamiętając, iż z jednej strony stanowi ono fundament szczęśliwej egzystencji i rozwoju, z drugiej zaś jest czynnikiem rozwoju społecznego potencjału. Mając to na uwadze, problematyka zdrowotna winna dziś zajmować centralne miejsce w refleksji nad współczesną edukacją. Problematykę edukacji zdrowotnej podjęto w niniejszym opracowaniu, koncentrując się na jej wymiarze rodzicielskim. Założono bowiem, iż to przede wszystkim rodzice, przez swój przykład i podejmowane działania, odgrywają zasadniczą rolę w tej edukacji. Artykuł stanowi sprawozdanie z badań empirycznych przeprowadzonych wśród studentek Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Celem badań było uzyskanie odpowiedzi na pytania o rolę rodziców w edukacji dziecka do zdrowia.

Słowa kluczowe: zdrowie; edukacja zdrowotna; rodzina; rodzice

Szlachetne zdrowie,
Nikt się nie dowie,
Jako smakujesz,
Aż się zepsujesz.

Jan Kochanowski

WPROWADZENIE

Chyba nie trzeba nikogo przekonywać, iż fundamentalną wartością niemal dla każdego człowieka jest zdrowie. To zdrowia życzymy sobie w pierwszej kolejności podczas składania życzeń z okazji uroczystości rodzinnych czy świąt. Gdy rozmyślamy o swoim nienarodzonym jeszcze dziecku, również niczego nie pragniemy tak bardzo, jak tego, by urodziło się zdrowe. Jak bowiem pisał niegdyś Platon, „zdrowie jest najpierwszym dobrem, uroda drugim, a bogactwo trzecim”.

Zapewne ludzkość interesuje się problematyką zdrowia od zawsze, a podejmowana w różnych perspektywach refleksja znajduje swój oddźwięk zarówno w filozofii, jak i naukach o zdrowiu (Syrek, Borzucka-Sitkiewicz 2009, s. 9). Współcześnie tematyka ta także zajmuje ważne miejsce w dyskursie naukowym i potocznych dyskusjach, podnoszonych w telewizji, na łamach rozmaitych poradników czy w prasie codziennej. Można wnioskować, iż człowiek w coraz większym zakresie przejawia zainteresowanie zdrowiem, urodą i sprawnością fizyczną. Pragnie zdobywać wiedzę o zdrowiu i o tym, jak o nie dbać oraz w jaki sposób je doskonalić. Chce żyć zdrowo, by móc jak najdłużej cieszyć się wysoką jakością życia, pamiętając, iż zdrowie stanowi z jednej strony fundament szczęśliwej egzystencji i rozwoju człowieka, z drugiej zaś jest czynnikiem rozwoju społecznego potencjału. Mając to na uwadze, problematyka zdrowotna winna dziś zajmować centralne miejsce w refleksji nad współczesną edukacją.

Z punktu widzenia edukacji zdrowotnej szczególnego znaczenia nabierają dwa środowiska wychowujące: rodzina i szkoła (Górniewicz 1996, s. 135). W rodzinie, stanowiącej podstawową przestrzeń dla życia i rozwoju człowieka, priorytetową rolę odgrywają rodzice (Ładyżyński 2014, s. 32). Na drodze pełnienia swoich ról wychowawczych dostarczają dziecku wiedzy o świecie, w zasadniczej mierze przyczyniają się do kształtowania jego postaw, przekonań i systemu wartości, wyrabiają jego nawyki, sposoby spędzania wolnego czasu, zainteresowania czy styl życia. Rodzinę zatem należy widzieć jako środowisko wychowania człowieka, w tym wychowania zdrowotnego, stanowiącego integralną część składową kształtowania pełnej osobowości (Lewicki 2005, s. 12).

ZDROWIE, EDUKACJA ZDROWOTNA – USTALENIA
TERMINOLOGICZNE

Przyjmuje się współcześnie, iż zdrowie to nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, ale też stan dobrego samopoczucia zarówno fizycznego, psychicznego, jak i społecznego. Taka definicja, określając zdrowie, zakłada całościową jego koncepcję, czyli całościowe, pogłębione widzenie człowieka (Lewicki 2005, s. 9). Ujęcia takie uwzględniają trzy, wzajemnie się przenikające i warunkujące, płaszczyzny zdrowia:

- a) zdrowie fizyczne, somatyczne, odnoszące się do organizmu człowieka,
- b) zdrowie psychiczne, którego miarą pozostaje stopień integracji osobowości. Nie jest to jednak kryterium precyzyjne i jednoznaczne. Można przyjąć, iż w tym aspekcie zdrowie wiąże się z posiadaniem psychicznego potencjału oraz umiejętnościami i postawami osobistymi i społecznymi, które pozwalają zaspokajać potrzeby, osiągać sukces życiowy, czerpać radość i satysfakcję z życia, a także zwiększać zdolność do rozwoju, radzenia sobie ze zmianami i pokonywaniem trudności. Zdrowie psychiczne sprzyja ponadto dobrym relacjom z innymi ludźmi,
- c) społeczną naturę zdrowia, która podkreśla rolę:
 - zdrowia społecznego, dotyczącego relacji między jednostką a społecznością, pełnienia ról oraz zadań społecznych, które są wyznaczone przez socjalizację,
 - zdrowia duchowego (Syrek, Borzucka-Sitkiewicz 2009, s. 36–37).

We współczesnych interpretacjach pojęcia „zdrowie” przyjmuje się podejście holistyczne, którego podstawę wytycza ogólna teoria systemów. Podejście takie można rozważać w dwóch aspektach, mianowicie 1) systemowego postrzegania świata, w którym zdrowie człowieka bywa rozpatrywane w kontekście i w porównaniu do szeroko ujmowanego środowiska, oraz 2) z perspektywy jednostki. Takie spojrzenie stanowi istotę modelu społeczno-ekologicznego zdrowia, będącego teoretycznym zapleczem dla współczesnej promocji zdrowia (Wojnarowska 2017a, s. 22). Społeczno-ekologiczny model zdrowia zazwyczaj bywa przedstawiany w postaci koła, w którym poszczególne jego wymiary stanowią tak samo ważne i powiązane ze sobą części. Na najbardziej zewnętrznych częściach koła usytuowane jest zdrowie środowiskowe i społeczeństwa (społecznościowe). W części wewnętrznej umieszcza się z kolei zdrowie jednostkowe, będące „całością”, składającą się również z kilku powiązanych ze sobą i od siebie wzajemnie zależnych wymiarów. Wymiary te stanowi zdrowie: fizyczne, psychiczne i społeczne, a także seksualne, prokreacyjne, emocjonalne oraz duchowe. Zmiany w zakresie jednego wymiaru wpływają na pozostałe wymiary. Zdrowie oznacza więc pewien rodzaj równowagi pomiędzy jego poszczególnymi wymiarami (Wojnarowska 2017a, s. 22–25).

Innym pojęciem, wymagającym określenia, jest „proces edukacji zdrowotnej”, przez który należy rozumieć „ciąg działań, dzięki którym ludzie mogą uczyć się dbać o swoje zdrowie oraz zdrowie społeczności, w której żyją” (Szewczyk 2006, s. 339). Proces ten koncentruje się na uświadamianiu jednostce faktu, że środowisko fizyczne i społeczne oraz nasze zachowania zdrowotne i styl życia są głównymi determinantami naszego zdrowia (Szewczyk 2006, s. 339). Celem tak rozumianej edukacji z punktu widzenia promocji zdrowia jest uświadamianie ludziom, iż sami podejmują decyzje i wybory co do swojego zdrowia i stylu życia, a zatem uświadamianie, że sami są odpowiedzialni za zdrowie własne oraz

oddziałują na zdrowie innych ludzi. Innym celem jest wpływanie na decydentów, by byli świadomi swojej roli w tworzeniu warunków służących poprawie zdrowia ludności (Syrek, Borzucka-Sitkiewicz 2009, s. 106).

W najnowszej definicji edukacji zdrowotnej podkreśla się, że stanowi ona „zaplanowane, różnorodne działania edukacyjne, ukierunkowane na udzielanie ludziom pomocy w uzyskaniu kompetencji, dzięki którym mogą oni podejmować działania dla zachowania (ochrony), utrzymania i doskonalenia/umacniania zdrowia własnego i innych ludzi” (Woynarowska 2017b, s. 96). Cele tak rozumianej edukacji zdrowotnej to: rozwijanie kompetencji do działania na rzecz zdrowia własnego i innych; zwiększenie poziomu alfabetyzmu zdrowotnego; upodmiotowienie jednostek oraz całych społeczności; zwiększenie zasobów dla zdrowia; rozwijanie zdolności do pełnienia roli rzecznika na rzecz zdrowia własnego, rodziny i społeczności (Woynarowska 2017b, s. 96).

W literaturze funkcjonuje również, w podobnym znaczeniu, termin „wychowanie zdrowotne”, określający system działalności wychowawców i wychowanków, której celem jest opanowanie przez wychowanków wiedzy o organizmie ludzkim, o jego stronie fizycznej, psychicznej oraz społecznej, a ponadto ukształtowanie ich umiejętności, sprawności i postaw warunkujących zachowanie i doskonalenie zdrowia oraz stosowanie w życiu osobistym i społecznym wymagań higieny. Z takiej definicji wynika, iż celem wychowania zdrowotnego jest przede wszystkim dostarczenie dzieciom i młodzieży odpowiedniej wiedzy na temat zdrowia i kształtowanie ich właściwych postaw prozdrowotnych (za: Łobocki 2007, s. 307).

Jak wskazuje C. Lewicki, istota wychowania zdrowotnego polega na: wytwarzaniu nawyków, które w sposób pośredni lub bezpośredni są związane z ochroną oraz doskonaleniem zdrowia fizycznego lub psychicznego; wyrabianiu odpowiednich sprawności; nastawieniu woli i kształtowaniu postaw, które umożliwiają stosowanie zasad higieny, skuteczną pielęgnację, a także zapobieganie chorobom i leczenie; pobudzaniu pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia przez systematyczne bądź epizodyczne wzbogacanie oraz pogłębianie wiedzy o sobie i prawach rządzących zdrowiem w wymiarze publicznym. Głównym celem wychowania zdrowotnego jest zatem przeciwdziałanie chorobom oraz zachowanie zdrowotnych zasobów poszczególnych ludzi i całego społeczeństwa (za: Lewicki 2005, s. 12).

METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH

Zarysowaną problematykę podjęłam w badaniach przeprowadzonych wśród studentek pedagogiki na Uniwersytecie Rzeszowskim. W ich rezultacie starałam się odpowiedzieć na cztery główne pytania badawcze:

1. Jak badane kobiety oceniają zaangażowanie swoich rodziców w proces edukacji zdrowotnej?

2. Jaką problematykę dotyczącą zdrowia poruszali rodzice badanych i jak często?
3. Jakie zastrzeżenia wysuwają badane wobec realizowanej w rodzinie edukacji zdrowotnej?
4. Na czym powinny polegać działania rodziców w zakresie edukacji zdrowotnej?

W postępowaniu badawczym zastosowałam sondaż diagnostyczny (Creswell 2013, s. 38; Babbie 2003, s. 543) oraz technikę ankiety. Kwestionariusz, oprócz części metryczkowej, zawierał pytania zamknięte, półotwarte i otwarte, dające respondentkom możliwość swobodnych wypowiedzi (Schuman 2013, s. 70). Do wszystkich badanych skierowałam prośbę, aby odpowiadając na pytania otwarte, zamieszczali w miarę obszernie wypowiedzi.

Badania zostały zrealizowane w kwietniu 2018 r. Objęłam nimi łącznie 121 studentek w wieku od 19 do 24 lat. Badane kobiety zamieszkiwały wieś (55,38%) oraz miasta (44,62%). Najbardziej liczną grupę badanych stanowiły kobiety w wieku 21 lat (33,06%), następnie kobiety w wieku 20 lat (28,92%). Najmniej badanych było w wieku 24 lat (7,43%). Wykształcenie rodziców badanych kobiet było zróżnicowane. Najwięcej matek legitymowało się wykształceniem średnim (33,88%), natomiast ojcowie w największej liczbie posiadali wykształcenie zawodowe (49,58%).

Charakteryzując grupę badawczą, należy wskazać, iż najwięcej respondentek oceniło swój poziom wiedzy o zdrowiu jako wysoki. Wskazało tak 85 osób, co stanowi 70,24% ogółu badanych. Z kolei 24 studentki (19,83%) przyznały, iż poziom posiadanej wiedzy kształtuje się na średnim poziomie, natomiast 12 badanych (9,91%) poziom tej wiedzy określiło jako bardzo wysoki. Badane kobiety w różnym stopniu starają się prowadzić zdrowy styl życia. „Zdecydowanie zdrowo” żyje 35 z nich (28,92%), „raczej zdrowo” – 77 (63,63%), „raczej niezdrowo” – 39 (32,23), a 3 – „zdecydowanie niezdrowo” (2,47). Jak wskazała jedna z respondentek: „(...) prowadzę bardzo niezdrowy styl życia, ponieważ chodzę bardzo późno spać, jem fast foody i palę papierosy”.

PREZENTACJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

1. Zaangażowanie rodziców badanych w proces edukacji zdrowotnej

W subiektywnym odczuciu badanych rodzice wykazywali na ogół wysoki (48,76%) i bardzo wysoki (24,79) poziom zaangażowania w sprawy związane z edukacją zdrowotną. Jak wynika z tab. 1, jedynie 4 osoby oceniły zaangażowanie rodziców jako niskie i bardzo niskie (odpowiednio 2,47 i 0,82% badanych).

Pomimo tego, że badane sformułowały pod względem edukacji zdrowotnej istotne zastrzeżenia, to jednak większość z nich przyznało, iż rodzice przejawiali

Tab. 1. Subiektywna ocena poziomu zaangażowania badanych rodziców w proces edukacji zdrowotnej

Poziom zaangażowania w subiektywnej ocenie badanych	Liczba badanych N = 121	%
Bardzo wysoki	30	24,79
Wysoki	59	48,76
Średni	28	23,14
Niski	3	2,47
Bardzo niski	1	0,82

Źródło: badania własne.

zainteresowanie sprawami zdrowia, dbali o swoje zdrowie oraz wykazywali dbałość o zdrowie dzieci i ich prawidłowy rozwój. Oto kilka z wypowiedzi respondentek: „Moi rodzice dbali o nasze zdrowie, kształcili nas w tym zakresie i myślę, że dzięki temu mam wiedzę na ten temat”; „O tym, co było potrzebne, raczej się rozmawiało”; „W mojej rodzinie dużo rozmawiało się o zdrowiu”; „Patrząc z perspektywy czasu, mogę powiedzieć, iż moi rodzice nie zaniedbywali żadnych kwestii związanych ze zdrowiem, raczej się sprawdzili”; „O zdrowiu rozmawiało się często, nawet za często”; „Mama zawsze mówiła, jak się ubrać, by nie zmarznąć i stale mówiła o zdrowym, regularnym jedzeniu”.

Badane kobiety przyznały, iż zdecydowanie bardziej w edukację zdrowotną angażowały się matki niż ojcowie. Na większy udział matek wskazało aż 85 osób (70,24%), na równy udział obojga rodziców – 35 (28,92%). Większy udział ojca zanotowano tylko w jednym przypadku (0,82%). Taki rozkład wyników koresponduje z danymi pochodzącymi z literatury przedmiotu, które jednoznacznie wskazują na zdecydowanie większy udział matek niż ojców w wychowaniu potomstwa. Rola matek jest też w większym stopniu wypełniona działaniami z zakresu opieki i wychowania. Są one zatem bardziej zaangażowane wychowawczo i ponoszą większą odpowiedzialność za dzieci (Kotlarska-Michalska 2001, s. 156–158; Płopa 2011, s. 123; Bakiera 2013, s. 141; Szacka 2008, s. 400).

W postępowaniu badawczym starano się poznać źródła, z których badane kobiety czerpały wiedzę o zdrowiu. Uzyskane rezultaty dowodzą, że przede wszystkim takim źródłem wiedzy są rodzice. Dla 99 osób (81,81%) stanowią oni podstawowe źródło wiedzy na temat zdrowia. Obok przekazu rodzicielskiego dość dużą liczbę wskazań uzyskał Internet i szkoła. Bardziej szczegółowe dane zamieszczono w tab. 2.

Należy zwrócić uwagę, iż jedynie 7 osób przyznało, że wiedzę o zdrowiu czerpią z czasopism naukowych i fachowej literatury, podczas gdy 20 osób wskazało na kolorowe czasopisma i prasę jako źródło tej wiedzy. Ten ostatni wynik jest o tyle niepokojący, że wskazuje na fakt, iż młode osoby czerpią wiedzę o zdrowiu z przekazów, których nie można uznać za w pełni wiarygodne. Przeciwnie, często

Tab. 2. Źródła wiedzy badanych na temat zdrowia

Źródła wiedzy o zdrowiu		Liczba wskazań N = 121
Rodzice		99
Internet		93
Szkoła		82
Telewizja		54
Czasopisma kolorowe/prasa		20
Czasopisma naukowe/literatura naukowa		7
Inne źródła:	koleżanki/koledzy	1
	dodatkowy kierunek studiów (dietetyka)	1
	rodzeństwo	4
	doświadczenie życiowe związane z ciężką chorobą w rodzinie	1

* wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ można było wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badania własne.

prezentowane teksty i reklamy (np. cudownie działających środków odchudzających czy nowych diet) budzą poważne zastrzeżenia lekarzy.

2. Problematyka poruszana w ramach edukacji zdrowotnej

Mając na uwadze to, iż nasze zdrowie zależy od wielu czynników, edukacja zdrowotna winna swoim zakresem obejmować cały szereg zagadnień. W dalszym postępowaniu badawczym starano się więc określić, jaką problematykę związaną ze zdrowiem podejmowali rodzice w ramach edukacji zdrowotnej swoich dzieci i z jaką częstotliwością.

Ustosunkowując się do wybranych wyników zamieszczonych w tab. 3, należy przede wszystkim stwierdzić, że najwięcej badanych przyznało, iż ich rodzice bardzo często podejmowali tematy związane z higieną osobistą, ubiorem i higienicznym stylem życia (np. pory snu, pory posiłków i uczenia się). Na te tematy rozmawiano prawie codziennie. Wśród tematów wymienianych rzadziej, bo 1–2 razy na tydzień, wskazano właściwą dietę oraz aktywność fizyczną (odpowiednio 48,76 i 47,10%). Biorąc pod uwagę tematykę poruszaną 1–2 razy na miesiąc, największa liczba badanych kobiet wskazała na przekaz treści związanych ze stosowaniem leków (40,49%), uzębieniem (np. wizyty profilaktyczne u stomatologa, zasady dbania o higienę jamy ustnej, kształtowanie odpowiednich nawyków) i zapobieganiem chorobom (po 38,01%). Wśród zagadnień podejmowanych najrzadziej („rzadziej niż 1 raz na miesiąc” i „prawie nigdy, nigdy”) najwięcej

Tab. 3. Problematyka edukacji zdrowotnej (N = 121)

Problematyka	Prawie codziennie		1–2 razy na tydzień		1–2 razy na miesiąc		Rzadziej niż 1 raz na miesiąc		Prawie nigdy/nigdy	
	Liczba wskazań	%	Liczba wskazań	%	Liczba wskazań	%	Liczba wskazań	%	Liczba wskazań	%
Higiena osobista	97	80,16	14	11,57	6	4,95	1	0,82	3	2,47
Właściwa dieta	30	24,79	59	48,76	18	14,87	7	5,78	7	5,78
Aktywność fizyczna	18	4,87	57	47,10	32	26,44	10	8,26	4	3,30
Wartościowy odpoczynek	13	10,74	40	33,05	43	35,53	17	14,04	8	6,61
Stosowanie leków	3	2,47	22	18,18	49	40,49	39	32,23	8	6,61
Higieniczny styl życia	52	42,97	37	30,57	15	12,39	11	9,09	6	4,95
Zapobieganie chorobom	5	4,13	22	18,18	46	38,01	28	23,14	18	14,87
Współzycie seksualne	4	3,30	9	7,43	12	9,91	33	27,27	63	52,06
Właściwy ubiór	77	63,63	26	21,48	11	9,09	6	4,95	1	0,82
Uzębienie	20	16,52	23	19,00	46	38,01	27	22,31	5	4,13
Walka ze stresem	10	8,26	35	28,92	27	22,31	30	24,79	19	15,70
Alkohol	7	5,78	25	20,66	35	28,92	43	35,53	11	9,09
Narkotyki	5	4,13	13	10,74	23	19,00	33	27,27	47	38,84
Papierosy	6	4,95	14	11,57	30	24,79	44	36,36	27	22,31
Uzależnienie od komputera, telefonu	20	16,52	24	19,83	32	26,44	28	23,14	17	14,04

Źródło: badania własne.

badanych wskazało na tematy dotyczące stosowania używek (alkohol, papierosy, narkotyki) oraz zagadnienia związane ze współżyciem seksualnym. Jeśli chodzi o ostatni wynik, to na odpowiedź „prawie nigdy, nigdy” wskazało aż 52,06% studentek, a na wskazanie „rzadziej niż 1 raz na miesiąc” – 27,27%.

Usiłując zinterpretować otrzymane dane, można powiedzieć, iż rodzice z należytą częstotliwością i starannością podejmują tematy z zakresu edukacji zdrowotnej, które generalnie dotyczą spraw najbardziej podstawowych. Niewątpliwie sytuuje się tu kwestia codziennej higieny czy ubioru, dostosowanego (jak mówiły badane) do pogody. Jednakże sprawy trudniejsze, wymagające niejednokrotnie większej wiedzy rodziców, ich świadomości i zorientowania w sprawach dotyczących młodzieży, są

już podejmowane zdecydowanie rzadziej. Głównie chodzi tu o problematykę alkoholu i papierosów, a także o problem sięgania po narkotyki. Co do ostatniego rodzice mogą nie być zorientowani w skali problemu, a zatem mogą nie dopuszczać do świadomości, iż problem narkotykowy może dotyczyć również ich dziecka. Tutaj niewątpliwie swoją rolę powinna odegrać szkoła, uświadamiając młodzieży rzeczywiste zagrożenie, wyczuwając na problem i przekazując odpowiedni zasób wiedzy.

Zaniedbywany jest także wątek związany z edukacją seksualną, co raczej należy wiązać z faktem, iż rodzice wstydzą się otwarcie na ten temat rozmawiać z dzieckiem. Postrzegając ten problem jako swoiste tabu, czekają, aż dziecko pozyska wiedzę z innych źródeł. Tymczasem, jak podają źródła, młodzi ludzie rozpoczynają współżycie seksualne w wieku od 16–18 do 25 lat (Długołęcka 2017, s. 429). Zatem marginalizowanie tego tematu w rodzinie oznacza, iż współżycie rozpoczynają osoby bez należytego uświadomienia przez rodziców.

Z tab. 3 wynika również, że niezbyt dużą uwagę zwraca się na kształtowanie umiejętności walki ze stresem. Zaniedbuje się w ten sposób niezwykle istotny aspekt edukacji zdrowotnej – związany ze zdrowiem psychicznym. Biorąc pod uwagę chociażby przeciążenie polskiego ucznia nauką szkolną, wraz z silną rywalizacją wśród uczniów w wielu szkołach, zaniedbywanie tej kwestii wydaje się rzeczą niebezpieczną. Tu jednak przyczyn zaniedbań można dopatrywać się też w braku świadomości i wiedzy rodziców.

3. Braki w edukacji zdrowotnej realizowanej przez rodziców

W prezentowanym projekcie badań zainteresowano się także zastrzeżeniami, jakie pod adresem realizowanej w swojej rodzinie macierzystej edukacji zdrowotnej wysunęły młode kobiety. Odpowiedzi respondentek na pytanie otwarte zostały uogólnione i skategoryzowane, w wyniku czego otrzymałam 10 kategorii postrzeganych problemów. Podstawowe zarzuty badanych dotyczyły:

1. Edukacji seksualnej (77 wskazań – 63,63%). W tym aspekcie respondentki przede wszystkim wskazały na brak rozmów o antykoncepcji (43 wskazania – 35,53%) i chorobach przenoszonych drogą płciową (21 wskazań – 17,35%).
2. Braku przejawiania dbałości rodziców o właściwą dietę (57 wskazań – 47,10%).
3. Rozmów o uzależnieniach i używkach (56 wskazań – 46,28%).
4. Braku należytej rozwijanej profilaktyki medycznej (46 wskazań – 38,01%), w tym profilaktyki stomatologicznej (34 wskazania – 28,09%).
5. Braku zachęcania do aktywności fizycznej (41 wskazań – 33,88%).
6. Braku dbałości o zdrowy styl życia (39 wskazań – 32,23%).
7. Braku kształtowania umiejętności radzenia sobie ze stresem (35 wskazań – 28,92%).

8. Rozwijania umiejętności organizowania sobie wartościowego wypoczynku (28 wskazań – 23,14%).

9. Rozmów o dojrzewaniu (25 wskazań – 20,66%).

10. Braku przykładu ze strony rodziców (22 wskazania – 18,18%).

Egzemplifikacją przedstawionych zaniedbań w zakresie realizowania w rodzinie edukacji zdrowotnej mogą być przykładowe fragmenty wypowiedzi badanych:

Rodzice przede wszystkim wstydzieli się rozmów o seksie i antykoncepcji. Unikali tych tematów „jak ognia”.

Najbardziej brakowało mi rozmów o seksie. Był to temat tabu. W przyszłości, gdy założę rodzinę, z pewnością ten temat będzie poruszany.

(...) nie mówiło się o seksie. Dlatego już jako prawie dorosła dziewczyna niewiele na ten temat wiedziałam.

(...) całkowicie mama pomijała kwestię wizyt u ginekologa.

U mnie w rodzinie zabrakło rozmów o konsekwencjach wczesnej inicjacji seksualnej. Tę „wiedzę” zdobywałam z internetu. U mnie to był temat tabu.

Brakowało rozmów o seksie i narkotykach. (...) Myślę, że gdyby nie to, że przebywałam w środowisku religijnym, mogłabym dziś mieć z tym problem.

W mojej rodzinie za mało, a właściwie wcale, nie mówiło się o życiu seksualnym, a to przecież jest bardzo ważne. Nie rozmawialiśmy też o sposobach radzenia sobie ze stresem i o pozytywnym myśleniu.

W mojej rodzinie były poruszane tematy, które nie wzbudzały emocji, ale takie jak seks, narkotyki czy alkohol były unikane.

Najbardziej brakowało mi informacji, jak dbać o higienę podczas miesiączki. Mama mi nigdy o tym nic nie mówiła.

Najrzadziej mówiło się o aktywności fizycznej, (...) rodzice też nigdy nie dbali o zdrowe jedzenie. Jedliśmy dużo słodczy, a nigdy nie mówiło się, że to jest szkodliwe dla zdrowia. (...) Nigdy nie spędzaliśmy wspólnie czasu.

Uważam, że w mojej rodzinie przede wszystkim brakowało wzoru do naśladowania w kwestii uprawiania sportu. Rodzice zawsze spędzali czas wolny biernie. A to jest ważne, zwłaszcza dzisiaj, gdy ludzie nie chcą ćwiczyć na wychowaniu fizycznym.

Z perspektywy czasu uważam, że w mojej rodzinie za mało mówiło się o walce ze stresem i o tym, jak radzić sobie w trudnych chwilach.

(...) nigdy nie było rozmów o narkotykach, o uzależnieniach od komputera czy telefonu.

Rodzice nigdy nie mieli czasu, aby zadbać o zdrowy styl życia albo im się po prostu nie chciało. Zawsze odżywiali się tłusto, nadal jedzą bardzo dużo i głównie smażą potrawy.

U mnie w rodzinie zupełnie została zaniedbana sprawa dbałości o zęby. Nigdy rodzice nie zaprowadzili mnie do dentysty. Do dziś mam problemy z uzębieniem.

4. Działania rodziców w zakresie edukacji do zdrowia – w kręgu postulatów

Ostatnim problemem, jaki interesował mnie w podjętych badaniach, są postulaty i wskazania respondentek dotyczące kształtu edukacji zdrowotnej realizowanej przez rodziców. Przedstawiając tę kwestię, kobiety wskazywały przede wszystkim na konieczność intensyfikowania działań z zakresu:

1. Edukacji seksualnej – 95 wskazań (78,51%): „Przed wszystkim sędzę, że rodzice nie powinni się wstydzić rozmawiania na »te« tematy. Nie można czekać, aż dziecko uświadomi internet i koledzy”; „Dziecko powinno wiedzieć, że może rozmawiać z rodzicem o antykoncepcji. To bardzo ważne. Powinni tu być bardzo otwarci, bo tu nie ma miejsca na skrępowanie. Mogą wykorzystać do rozpoczęcia rozmowy także informacje z telewizji, gdy z dzieckiem oglądają jakiś film”.
2. Kształtowania nawyków zdrowego odżywiania się (szczególnie wdrażanie do spożywania warzyw i owoców, unikania chipsów, słodczy i słodkich napojów gazowanych) – 65 wskazań (53,71%): „Przed wszystkim rodzice powinni ograniczać spożycie cukru i potraw tłustych. (...) powinni uczyć, co jeść, a czego unikać i uświadamiać, że zdrowie jest jedno i trzeba o nie dbać”; „Ważne, żeby rodzice serwowali dzieciom zdrowe słodczy, a tego nie robią, bo chyba sami nie wiedzą, że są takie”.
3. Wdrażania do aktywnych form spędzania czasu wolnego i uprawiania sportów – 52 wskazania (42,97%): „Rodzice powinni stale przypominać o aktywności fizycznej. Najlepiej, gdyby razem z dzieckiem ruszali się, uprawiali sporty”; „Trzeba pokazywać, jak spędzać czas wolny, a nie tylko siedzieć przed telewizorem. Tak jest najłatwiej, ale potem dziecko ma problemy np. z otyłością”; „Najlepiej całą rodziną jeździć na rowerze, rolkach i chodzić na spacer”.
4. Wdrażania do regularnych wizyt u lekarza, w tym wizyt u stomatologa – 49 wskazań (40,49%). Badane wskazały również na powinność kształtowania nawyków w zakresie korzystania z dostępnej profilaktyki, przekaza-

zywanie wiedzy o placówkach służby zdrowia, popularyzowanie wiedzy o szczepieniach ochronnych: „Rola rodziców powinna polegać na uświadamianiu, jak ważne są wizyty profilaktyczne u lekarza, stomatologa”; „Powinno się mówić, kiedy należy iść do lekarza i pokazywać to swoim postępowaniem”; „Rodzice powinni uświadamiać, co to jest mammografia, cytologia itp.”.

5. Kształtowania nawyków w zakresie dbania o higienę – 43 wskazania (35,53%): „Rodzice często zapominają, że dziecku trzeba mówić o najprostszych rzeczach: że trzeba się myć każdego dnia, myć ręce przed jedzeniem, zmieniać bieliznę. Są pierwszymi osobami, z którymi styka się dziecko, i to na ich »rękach« spoczywa odpowiedzialność za kształtowanie właściwych nawyków”; „Gdy córka dorasta, trzeba jej mówić, (...) jak dbać o urodę, włosy i cerę. To jest problem nie tylko estetyczny, ale przede wszystkim zdrowotny”.
6. Dawania dziecku silnego wsparcia psychicznego w okresie dojrzewania – 38 wskazań (31,40%). W tym zakresie ważne są również: „(...) w razie potrzeby wizyty u psychologa, przełamywanie swoistego tabu związanego z korzystaniem z pomocy psychologicznej, uświadamianie, że w niektórych sytuacjach trzeba pójść do psychologa. Rodzice powinni też zwracać uwagę na uczucia dziecka, już od małości, kształtowanie poczucia wartości”.
7. Przekazywania wiedzy o uzależnieniach i używkach – 43 wskazania (35,53%): „Powinni informować o szkodliwości spożywania alkoholu i palenia papierosów. Mówić, jak bardzo szkodzi to organizmowi. Muszą tak wychowywać, by dziecko było zdolne do samodzielnego życia i dbania o swoje zdrowie”; „Rodzice powinni kontrolować, z kim dziecko się przyjaźni. Pewnie to wywoła bunt dziecka. Trzeba wtedy wytłumaczyć, że picie alkoholu we wczesnym etapie życia może źle wpłynąć na całe życie”.
8. Przeciwdziałania uzależnieniom od komputera czy telefonu – 36 wskazań (29,75%). Respondentki zwróciły uwagę przede wszystkim na konieczność ograniczania dziecku dostępu do tych urządzeń: „Wiadomo, że rodzic nie jest w stanie cały czas kontrolować, co robi dziecko. Ale jakoś powinien ograniczać korzystanie ze smartfonu, by cały czas dziecko nie korzystało”.
9. Przekazywania wiedzy o chorobach, dolegliwościach zdrowotnych i możliwościach zapobiegania – 23 wskazania (19,00%): „Rodzice odgrywają najważniejszą rolę w edukacji zdrowotnej. Dlatego powinni rozmawiać z dzieckiem o chorobach i pokazywać, jak im zapobiegać. To przecież zaprocentuje w przyszłym życiu”.

W realizacji wymienionych postulatów zasadniczą rolę odgrywają zdaniem badanych:

1. Przykład rodziców – 56 wskazań (46,28%). Jak dodała jedna z badanych: „(...) rola rodziców w edukacji zdrowotnej powinna polegać na dawaniu przykładu. Swoim przykładem powinni wpajać wartości związane ze zdrowiem, powodować, by dziecko naśladowało ich zachowania”.
2. Rozmowy rodziców z dziećmi. Rozmowy powinny być przede wszystkim częste (48 wskazań – 39,66%) i otwarte (26 wskazań – 21,48%), bez „tematów tabu”, czego podstawę powinny stanowić „dobre relacje z dzieckiem, dobry, oparty na zaufaniu kontakt, kontakt wypracowany poprzez wspólne spędzanie czasu wolnego”. Jak napisała jedna z badanych: „(...) należy rozmawiać z dzieckiem na każdy temat. Nie bać się tematów cięższych i trudniejszych. Dziecko zawsze powinno wiedzieć, że może zwrócić się do rodzica, a on powinien umieć i chcieć odpowiedzieć”.

ZAKOŃCZENIE

Niniejszy artykuł stanowi sprawozdanie z badań dotyczących rodzicielskiego wymiaru edukacji prozdrowotnej, przeprowadzonych wśród studentek Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. W wyniku przeprowadzonych analiz otrzymano wyniki, z których można wyciągnąć kilka wniosków:

1. W subiektywnych odczuciach badanych kobiet rodzice w wysokim stopniu i z dużym zaangażowaniem włączali się w proces edukacji zdrowotnej. W większym zakresie w podejmowane działania angażowały się matki.
2. Najwięcej badanych wskazało na rodziców jako podstawowe źródło swojej wiedzy o zdrowiu. Dopiero na dalszych pozycjach znalazły się internet i szkoła.
3. Najczęściej podejmowana tematyka, dotycząca zdrowia, to problemy z zakresu higieny osobistej, higienicznego stylu życia, właściwego ubioru.
4. W edukacji zdrowotnej w rodzinie najbardziej brakowało wątków związanych z edukacją seksualną. Rodzice marginalizowali również problem uzależnień i używek. Jak wskazują szersze wypowiedzi badanych, rodzice nie przykładali należytej staranności do kształtowania właściwych nawyków żywieniowych (często sami nie dawali dobrego przykładu), zapominając, iż to oni odgrywają zasadniczą rolę w kształtowaniu tych nawyków dziecka (Wojciechowska 2017, s. 179).
5. Zdaniem badanych należy intensyfikować działania związane z szeroko rozumianą edukacją seksualną, która stanowi istotny element edukacji zdrowotnej. W tym sensie rodzice winni podejmować działania związane z dbaniem o zdrowie seksualne i prokreacyjne swoich dzieci.
6. Według respondentek edukacja zdrowotna powinna przede wszystkim opierać się na przykładzie rodziców oraz szczerych i otwartych rozmo-

wach, wzajemnym zaufaniu, pomocy i życzliwości, bez czynienia z niektórych problemów swoistego tabu.

Jak wspomniano we wstępie, fundamentalną wartością dla egzystencji człowieka jest zdrowie, a podstawowym środowiskiem, w którym o tę wartość należy dbać i ją przekazywać, jest rodzina. Jest to zatem środowisko wychowawcze, w którym powinna się dokonywać edukacja zdrowotna dziecka.

O efektywności edukacji zdrowotnej decyduje cały kompleks uwarunkowań, wśród których należy wymienić: poziom wykształcenia rodziców i ich poziom świadomości celów wychowania zdrowotnego; status społeczno-ekonomiczny rodziny oraz liczebność rodziny; wiek rodziców i pozostałych członków rodziny; kondycję zdrowotną rodziny; nałogi rodziców lub ich brak (Lewicki 2006, s. 145). Wskazane uwarunkowania tworzą specyficzny kontekst dla kształtowania się postaw wobec zdrowia, które przesądzają o stylu życia człowieka. Kluczowe znaczenie mają także zachowania prozdrowotne przejawiane w rodzinie, które manifestują się m.in. w poczuciu godności i własnej odrębności; poczuciu bezpieczeństwa, które uwalnia od lęków i frustracji; poczuciu własnej wartości oraz wypełnianiu wolnego czasu działaniami dającymi satysfakcję, a także spełnianiu siebie w urzeczywistnianiu wartości rodzinnych; poczuciu odpowiedzialności za popełnione czyny i postępowaniu zgodnym z oczekiwaniami rodziców (Kłyk 2003, s. 18).

Edukację zdrowotną w rodzinie i rolę rodziców w tym zakresie należy więc widzieć szeroko, wieloaspektowo. To nie tylko dbanie o higienę czy odżywianie, ale również przejawianie troski o właściwe relacje w rodzinie, budowanie dobrego kontaktu z dzieckiem, kształtowanie właściwej atmosfery wychowawczej, zaspokajanie potrzeb emocjonalnych dziecka, budowanie wspólnoty życia rodzinnego. To kształtowanie takiej konstelacji warunków w rodzinie, które staną się źródłem czerpania z życia satysfakcji, zadowolenia i szczęścia.

BIBLIOGRAFIA

- Babbie E. (2003), *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa: PWN.
- Bakiera L. (2013), *Zaangazowane rodzicielstwo a autokreacyjny aspekt rozwoju dorosłych*, Warszawa: Difin.
- Creswell J.W. (2013), *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Długołęcka A. (2017), *Edukacja do zdrowia seksualnego*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Warszawa: PWN.
- Górniewicz J. (1996), *Teoria wychowania (wybrane problemy)*, Toruń–Olsztyn: Studium Kształcenia Ustawicznego „GLOB”.
- Kłyk M. (2003), *Wybrane problemy edukacji w rodzinie*, [w:] L. Niebrój, M. Kosińska (red.), *Rodzina: edukacja zdrowotna i rehabilitacja*, Katowice: ŚAM.

- Kotlarska-Michalska A. (2001), *Role kobiety w małżeństwie i rodzinie. Ciągłość i zmiana*, [w:] M. Golka (red.), *Nowe style zachowań*, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Lewicki C. (2005), *Czynniki determinujące przebieg, jakość i efekty wychowania zdrowotnego dzieci 6- i 11-letnich w rodzinie*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Lewicki C. (2006), *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Ładyżyński A. (2014), *Subsystem rodzicielski i jego znaczenie dla wspólnoty rodzinnej*, [w:] J. Brągiel, B. Górnicka (red.), *Rodzicielstwo w sytuacji dezorganizacji rodziny i możliwości wspomagania rodziców*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Łobocki M. (2007), *Teoria wychowania w zarysie*, Kraków: Impuls.
- Płopa M. (2011), *Psychologia rodziny: teoria i badania*, Kraków: Impuls.
- Schuman H. (2013), *Metoda i znaczenie w badaniach sondażowych*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K. (2009), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Szacka B. (2008), *Wprowadzenie do socjologii*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Szewczyk T. (2006), *Pedagogika zdrowia*, [w:] B. Śliwerski (red.), *Pedagogika*, t. 3: *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*, Gdańsk: GWP.
- Wojciechowska K. (2017), *Środowiskowe aspekty kształtowania nawyków żywieniowych dzieci w wieku przedszkolnym*, [w:] A. Kamińska, P. Oleśniewicz (red.), *Edukacja jutra. Kierunki rozwoju współczesnej edukacji*, Sosnowiec: Wyższa Szkoła Humanitas.
- Woynarowska B. (2017a), *Modele zdrowia*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Warszawa: PWN.
- Woynarowska B. (2017b), *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Warszawa: PWN.

SUMMARY

Health is a highly appreciated and desired value. Therefore the issue of health has always been considered in scientific reflections. Also in contemporary times it occupies an important place both in the scientific discourse and in the general discussion. It may be implied that a human shows an increasing interest in health bearing in mind that it is, on the one hand, a basis of a happy life for a human and his development, and on the other hand, a factor in social potential development. Taking that into consideration, the issue of health should hold a central place in the reflection on contemporary education. The issue of health education is addressed in this study, focusing on its parenting dimension. Since it is assumed that mainly parents, by their example and taken action, play a fundamental role in this education. The article is a report from scientific research carried out among the female students of Faculty of Pedagogy of the University of Rzeszów. The aim of this research is to answer the question about the role of parents in their child's health education.

Keywords: health; health education; family parents

