

Mirostław BIERKUS

Dariusz SKALSKI

Piotr LIZAKOWSKI

***Bezpieczeństwo
zdrowotne w aspekcie
aktywności fizycznej***

Wybrane problemy

Tom 2

Gdynia — Koszalin — Skarszewy



**Bezpieczeństwo zdrowotne w aspekcie aktywności fizycznej
Wybrane problemy
Tom 2**

**The health safety in the aspect of physical activity
Selected problems
Volume 2**

Gdynia – Koszalin – Skarszewy
2017

Bezpieczeństwo zdrowotne w aspekcie aktywności fizycznej
Wybrane problemy
Tom 2

The health safety in the aspect of physical activity
Selected problems
Volume 2

Mirosław Bierkus
Dariusz Skalski
Piotr Lizakowski

Gdynia – Koszalin – Skarszewy
2017

**Kociewskie Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe w Skarszewach
przy udziale:
Akademii Marynarki Wojennej im. Bohaterów Westerplatte w Gdyni
i Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku**

Autorzy monografii:

mgr Mirosław Bierkus, dr Dariusz Skalski, dr Piotr Lizakowski

Recenzent / *Reviewers:*

prof. dr hab. n. med. Igor Grigus

(Narodowy Uniwersytet Gospodarki Wodnej i Wykorzystania Zasobów
– Katedra Zdrowia i Fizjoterapii, Ukraina)

prof. dr hab. Natalia Pobirchenko

(Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy, Polska)

prof. dr hab. Piotr Godlewski

(Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Polska)

Sekretarz redakcji / *Assistant editor:*

mgr Albert Popławski

Korekta, skład i łamanie / *Correction, composition and breaking:*

mgr Halina Muchowska – Skalska (filolog)

mgr Albert Popławski

Okladka / *Cover:*

lic. Maciej Miśków

Zdjęcie okładki / *Picture of cover:*

Prywatne archiwum mgr Haliny Muchowskiej - Skalskiej

©Copyright by: Kociewskie Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe w Skarszewach
przy udziale:

Akademii Marynarki Wojennej im. Bohaterów Westerplatte w Gdyni

i Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku

©The Author(s) 2017.

These articles is published with Open Access at Kociewskie Water Voluntary Emergency Rescue in Skarszewy at participation a Naval Academy in Gdynia and Academy of Physical Education and Sport in Gdańsk, Poland. Open Access These articles is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Attribution — You must attribute the work in the manner specified by the author or licensor (but not in any way that suggests that they endorse you or your use of the work). Noncommercial — You may not use this work for commercial purposes. Share Alike — If you alter, transform, or build upon this work, you may distribute the resulting work only under the same or similar license to this one.

Zawartość tej monografii jest objęta – Creative Commons Uznanie Autorstwa – Użycie niekomercyjne – Na tych samych warunkach 3.0

Liczba znaków: 263 788 (ze streszczeniami i okładką).

Liczba grafik: 26 x 1 000 znaków (ryczałt) = 26 000 znaków.

Razem: Liczba znaków: 289 788 (ze streszczeniami, okładką i grafikami) = 7, 244 arkuszy wydawniczych.

Number of characters: 263 788 (with abstracts).

Number of images: 26 x 1 000 characters (lump sum) = 26 000 characters.

Total: Number of characters: 289 788 (with abstracts, summaries and graphics) = 7, 244 sheet publications.

Publishing House:

**Kociewskie Water Voluntary Emergency Rescue in Skarszewy, Poland
Str. Dworcowa 27/1
83-250 Skarszewy
Tel: +48 58 588 29 62
e-mail: dskalski60@gmail.com, mshalina@hotmail.pl**

Printing House

**Kociewskie Water Voluntary Emergency Rescue in Skarszewy, Poland
Str. Dworcowa 27/1
83-250 Skarszewy
Tel: +48 58 588 29 62
e-mail: dskalski60@gmail.com, mshalina@hotmail.pl**

ISBN: 978-83-939861-9-4

Spis treści

<i>Od autorów</i>	7
<i>Wstęp</i>	8
<i>1. Socjologia kultury fizycznej i socjalizacja w kontekście zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego</i>	12
<i>2. Globalizacja a kultura fizyczna</i>	33
<i>3. Bezpieczeństwo zdrowotne w przestrzeni miejskiej i wiejskiej</i>	43
<i>4. Aktywność fizyczna kobiet w poszczególnych kategoriach wiekowych</i>	52
<i>4.1. Czynniki ryzyka otyłości a aktywność fizyczna</i>	53
<i>4.2. Wyniki badań i ich omówienie</i>	59
<i>5. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne i pierwsza pomoc przedlekarska</i>	73
<i>5.1. Reanimacja, resuscytacja</i>	73
<i>5.2. Zarys podstawowych układów w organizmie człowieka</i>	80
<i>5.3. Pierwsza pomoc przedlekarska w nagłych przypadkach</i>	84
<i>Podsumowanie</i>	97
<i>Literatura</i>	98
<i>Źródła internetowe</i>	104
<i>Spis rysunków</i>	104
<i>Spis tabel</i>	105

OD AUTORÓW

Oddajemy do Państwa dyspozycji kolejny tom recenzowanej monografii naukowej pt. „Bezpieczeństwo zdrowotne w aspekcie aktywności fizycznej. Wybrane problemy. Tom 2”. W tym miejscu warto, choć pokrótce przypomnieć powody rozpoczęcia badań naukowych, których wyniki znalazły się w niniejszym tomie monografii.

Pierwszym powodem rozpoczęcie poszukiwań w tym zakresie jest obiektywna wartość zdrowia w życiu człowieka. Nie sposób w krótkich słowach streścić, a tym bardziej opisać znaczenia zdrowia dla życia ludzkiego. Zagadnieniem tym zajmowali się przecież zarówno twórcy literatury pięknej, jak i naukowcy. Na płaszczyźnie prawnej również zdrowie jest dobrem chronionym w normach prawa polskiego oraz międzynarodowego. Ze złożenia pojęcia zdrowie i bezpieczeństwo powstało nowe pojęcie, a mianowicie bezpieczeństwo zdrowotne. Będzie ono stanowiło istotną płaszczyznę w rozważaniach w prezentowanej monografii, na którą rzutowane będą szczegółowe refleksje praktyczne i teoretyczne.

Kolejnym powodem skierowania poszukiwań twórczych w tym kierunku jest istniejąca, powszechnie dostępna literatura krajowa i zagraniczna, która zachęca do przeprowadzania jej kwerendy i czerpania z jej bogactwa.

Trzecim argumentem przemawiającym za podjęciem złożonego tematu i podjęcia próby odczytania zależności pomiędzy bezpieczeństwem zdrowotnym a aktywnością fizyczną są dostępne raporty krajowe i międzynarodowe, dotyczące szeroko rozumianej aktywności fizycznej.

Kolejnym, czwartym argumentem, przemawiającym za podjęciem prezentowanej tematyki jest możliwość skonfrontowania wyników badań krajowych i zagranicznych oraz doświadczeń osobistych autorów w pracy dydaktycznej. Istotną rolę w tym obszarze i słowa podziękowania należy w tym miejscu skierować do Koleżanek i Kolegów z naszych uczelni oraz naszych Studentów, z którymi swą aktywnością i zaangażowaniem znacząco wzbogacili prezentowaną pracę.

Monografia składa się z wstępu, pięciu rozdziałów oraz podsumowania. Łączy w sobie analizę i kwerendę dostępnej literatury tematu z autorskimi badaniami własnymi.

Publikacja stanowi efekt realizacji nie tylko międzyuczelnianego projektu badawczego, ale czerpie również z międzysektorowej współpracy praktyków i teoretyków. Wyrażamy nadzieję, że choć w pewnym stopniu przyczyni się ona do poszerzania, zaktywizowania badań i studiów nad czynnikami aktywności fizycznej oraz ich wpływem na bezpieczeństwo zdrowotne konkretnego człowieka oraz grup ludzi.

Na zakończenie pragniemy serdecznie podziękować Szanownym Recenzentom, właścicielom i kierownictwu Kompleksu Wypoczynkowego „Róża Wiatrów” w Darłównu Zachodnim oraz wszystkim osobom, które poświęciły nam swój cenny czas podczas prowadzenia i opracowywania wyników badań. Wszystkim jeszcze raz bardzo dziękujemy.

Autorzy monografii:

Mirosław Bierkus

Dariusz Skalski

Piotr Lizakowski

WSTĘP

Coraz częściej w rozważaniach na temat człowieka podnoszona jest zwartość ludzkiego zdrowia jako niezbędnego warunku rozwoju człowieka i wszelkich grup społecznych¹. Podobnie rzecz się ma z bezpieczeństwem i aktywnością fizyczną człowieka.

Wszystkie wyżej wymienione pojęcia, a mianowicie bezpieczeństwo, zdrowie i aktywność fizyczna łączy wiele skomplikowanych zależności. Opis niektórych z nich jest przedmiotem niniejszej monografii. Proces wyodrębniania się kolejnych dziedzin i dyscyplin naukowych nie zaciemnił podstawowego obrazu, że celem dociekań naukowych jest odczytywanie otaczającej nas rzeczywistości, zaś we wspomnianej rzeczywistości najbardziej interesujący dla człowieka jako podmiotu poznającego jest on sam, czyli człowiek.

Nauka w ujęciu najogólniejszym jest zorganizowaną działalnością człowieka, mającą na celu poznanie rzeczywistości, wyrastającą z potrzeb jej opanowania i przekształcania. Uściślając powyższe stwierdzenie należy przyjąć, że nauka jest to ogół zgromadzone, uporządkowanej i należycie uzasadnionej wiedzy przez poszczególne pokolenia². Nauka w aspekcie treściowym to zasób obiektywnej wiedzy o przyrodzie, społeczeństwie i człowieku oraz o związkach między nimi, genezie i rządzących nimi prawidłach. Nauka prowadzi człowieka do prawdy i wzbudza w nim dążenie do dobra³.

W tej perspektywie niezwykle ważne jest stosowanie zasad metodologii nauk. Podejście takie wydaje się niezbędne, aby właściwie pokreślić cele poznania naukowego, usprawnia proces badań naukowych, pozwala stawiać i rozwiązywać problemy w zadaniach naukowych, określać sytuację problemową, stawiać i weryfikować hipotezy oraz prawidłowo dobrać i zastosować metody, techniki i narzędzia badawcze⁴.

Aktualnym tematem rozważań wydaje się wpływ przemian cywilizacyjnych, w tym globalizacji na socjologiczne postrzeganie kultury fizycznej oraz edukacji zdrowotnej. Od razu narzuca się pytanie: co łączy te wszystkie przywołane wyżej zagadnienia? Zwornikiem wszystkich dociekań zarówno w płaszczyźnie politologicznej, socjologicznej, nauk o kulturze fizycznej oraz nauk o bezpieczeństwie jest człowiek, który jest zarówno podmiotem, jaki i przedmiotem zainteresowania. Chodzi to o człowieka jako jednostkę, ale również o grupy ludzi, które tworzy.

Temat ten warto rozpocząć od przybliżenia rozważań A. Chodubskiego na temat uwarunkowań, cech i istoty przemian społecznych we współczesnym świecie⁵. Współczesność stawia przed nami nowe wyzwania i wciąż się zmienia. Wymaga ciągłego przystosowywania się do nowych warunków życia społecznego, kulturalnego zmienił się paradygmat postrzegania człowieka w społeczeństwie i kulturze. Inne są wymagania i zagrożenia, inne tempo życia, odmienne relacje społeczno-polityczne. Innymi słowy jest

¹ Por. S. Kowalczyk, *Człowiek w myśli współczesnej*, Michalineum, Warszawa 1990.

² S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2012, s. 19 i nast.

³ M. Heller, *Jak być uczonym*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2009, s. 11 i nast.

⁴ J. Przybyłowski, *Logika z ogólną metodologią nauk. Podręcznik dla humanistów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2001, s. 153-169.

⁵ Szerzej: A. Chodubski, *Jednostka a przemiany cywilizacyjne w perspektywie XXI wieku*, Rocznik Filozoficzno-Społeczny „Civitas Hominibus”, nr 1(10)/2015, Łódź 2015, s. 17-29.

inaczej niż jeszcze kilka lat temu. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest wiele. Nie sposób ich wymienić w tej pracy.

Jak zaznacza A. Chodubski: „W rozwoju współczesnej cywilizacji obserwuje się obraz dwubiegunowości. Z jednej strony postrzega się biegun rosnącego dobrobytu materialnego, partycypatywności politycznej szerokich kręgów społeczeństwa, jego otwartość na nowoczesność kulturowo-cywilizacyjną, z drugiej zaś obserwuje się pogłębianie się sfery niedostatku materialnego, ubóstwa, biedy, wyobcowania z życia politycznego szerokich kręgów ludzi; postaw nieprzystosowania się do kształtującego się ładu informacyjnego, postaw skrajnych, izolacji, wykluczenia społecznego. Ta dwubiegunowość rozwoju kulturowo-cywilizacyjnego jest postrzegana jako jego prawidłowość dziejowa”⁶.

Nowoczesność jest z istoty globalizująca - widać to w sposób oczywisty w pewnych charakterystycznych cechach instytucji, a zwłaszcza w ich wykorzenieniu i refleksyjności. Czym tak dokładnie jest globalizacja i jak moglibyśmy dokonać najlepszej konceptualizacji tego zjawiska? Wątro rozważyć tutaj te zagadnienia, ponieważ waga współczesnych procesów globalizacyjnych prawie nie znalazła odzwierciedlenia w szerokiej dyskusji na temat tego pojęcia w literaturze naukowej. Przesadna ufność jaką socjolodzy pokładają w idei „społeczeństwa” oznaczającego wewnętrznie powiązany system, powinna zostać zastąpiona przez punkt wyjścia, w którym uwaga skupiałaby się na analizie, tego jak życie społeczne jest podporządkowane w czasie i przestrzeni, czyli na problemie czasowo-przestrzennego oddalenia⁷.

W epoce nowoczesności stan oddalenia czasowo-przestrzennego jest o wiele wyższy niż kiedykolwiek w poprzedzających ją czasach, a relacje zachodzące między lokalnymi, a odległymi formami społecznymi i wydarzeniami uległy znacznemu „rozciągnięciu”.

Globalizację możemy więc zdefiniować jako zintensyfikowanie stosunków społecznych o zasięgu ogólnosiwiatowym, łączących ze sobą odległe miejsca w taki sposób, że zachodzące w nich wydarzenia lokalne kształtowane są pod wpływem wydarzeń rozgrywających się w odległości wielu kilometrów i *vice versa*⁸.

Na zmiany we współczesnej kulturze fizycznej wpłynął szereg czynników natury ekonomicznej, społecznej, cywilizacyjno-technicznej i kulturowej przyczyniając się do wzrostu jej wagi społecznej. Obserwacja ta należy dziś do prawd elementarnych, a jednak jak się wydaje – nie do końca uświadamiamy sobie jej teoretyczne i praktyczne konsekwencje. Wyznacza ona mianowicie w sferze naukowej, poszukiwanie pośrednich i bezpośrednich związków pomiędzy współczesnym modelem wychowania fizycznego, sportu rekreacji i turystyki oraz innymi dziedzinami aktywności ludzkiej. Uświadomienie sobie współczesnego stanu i scenariuszy rozwojowych cywilizacji naukowo-technicznej, jej źródeł i skutków psychospołecznych, także kolejnych zmian w zakresie stylu życia, wzorów

⁶ A. Chodubski, *Jednostka a przemiany cywilizacyjne w perspektywie XXI wieku*, Rocznik Filozoficzno-Społeczny „Civitas Hominibus”, nr 1(10)/2015, Łódź 2015, s. 18 oraz przywoływani tam: E. Polak, *Przemiany cywilizacji współczesnej w sferze kultury materialnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1996, s. 123 oraz K. Krzysztofek, *Uniwersalistyczne i populistyczne wizje pokojowego świata*, PISM, Warszawa 1990, s. 7-10.

⁷ A. Giddens, *Konsekwencje nowoczesności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2008, s. 47.

⁸ A. Giddens, *Konsekwencje nowoczesności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2008, s. 47.

oczekiwań oraz aspiracji współczesnego człowieka pozostaje pierwszoplanowym i pilnym zadaniem⁹.

Nasi przodkowie, podobnie jak zwierzęta, byli całkowicie podporządkowani przyrodzie. Cały ich rozwój był zdeterminowany środowiskowo. Warunkiem jego było przystosowanie się do otaczającego świata drogą doboru naturalnego i walki o byt. Było to ponure królestwo fizycznej konieczności. Nie rozjaśniała go nawet zorza świadomości, ani, co za tym idzie, zorza wolności. Konieczność fizyczna doprowadziła człowieka do takiego szczybla rozwoju, na którym zaczął on się powoli wyodrębniać od pozostałego świata. Stał się zwierzęciem produkującym narzędzia. Narzędzie jest organem, za pomocą którego człowiek oddziaływa na przyrodę dla osiągnięcia swoich celów¹⁰.

Od połowy lat osiemdziesiątych globalizacja koncentrowała uwagę teoretyków, także o uznanych nazwiskach. Liczba publikacji rosła lawinowo. Można odnieść wrażenie, że popularność poruszanie tematyki bierze się z atrakcyjności samego słowa „globalizacja”. Wielu teoretykom wystarczyło samo jego pojawienie się, by zaczęło ich ono uwodzić. Wielu zmodyfikowało swoje dotychczasowe poglądy w przekonaniu, że zainteresowanie globalizacją to więcej niż tylko przemijający trend. Mody w nauce są wydają się być niezmiernie interesujące, jednakże globalizacja jest czymś więcej. Wydaje się być obiektywnie zachodzącym splotem procesów ekonomicznych, politycznych i społeczno-kulturowych, który obejmuje coraz większe liczby ludzi. Ale jednak nie wszystkich. Dlatego dla wielu naukowców jest ona zjawiskiem z zewnątrz, którego sami są rzadko głosicielami. Również dla nas Polaków globalizacja stanowi, jak dotąd, czynnik zewnętrzny, którego są częściej jesteśmy świadkami bardziej niż uczestnikami. Zmiany jednakże zachodzą szybko¹¹.

Z tej perspektywy warto wyjaśnić czym jest w ogóle jest ta socjologia kultury fizycznej¹². Jest to jedna z młodszych subdyscyplin socjologicznych, która jest przedmiotem zainteresowania nie tylko w akademiach wychowania fizycznego, ale także na uniwersytetach oraz uczelniach niepublicznych, na których prowadzone są kierunki wychowania fizycznego, sportu, turystyki, rehabilitacji ruchowej czy też rekreacji ruchowej. To oczywiście nie wszystkie kierunki, które zajmują się socjologia kultury fizycznej. Obecna jest również na antropologii, dziennikarstwie, kulturoznawstwie, marketingu, ale również na pedagogice. Studenci zapoznają się więc w większym lub mniejszym stopniu, w zależności od kierunku i zapotrzebowania, z zagadnieniami opisywanej subdyscypliny. Socjologia kultury fizycznej jest nauką, której przedmiotem jest wyjaśnianie i opisywanie związków, które zachodzą między życiem, aktywnością społeczną a kulturą fizyczną. Ze względu bogactwo zagadnień

⁹ Z. Krawczyk, *Filozofia i socjologia kultury fizycznej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1974, s. 11.

¹⁰ Z. Krawczyk, *Filozofia i socjologia kultury fizycznej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1974, s. 43.

¹¹ M. Marody, *Wymiary życia społecznego, Polska na przełomie XX i XXI wieku*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2002, s. 440.

¹² Z. Karwczyk, *Filozofia i socjologia kultury fizycznej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1974.

socjologia kultury fizycznej wkracza różne dyscypliny naukowe takie jak chociażby: filozofia, historia, antropologia, politologia, pedagogika, kulturoznawstwo¹³.

Według powszechnie znanej i często przywoływanej definicji Zbigniewa Krawczyka kulturę fizyczną rozumiemy jako względnie zintegrowany i utrwalony system zachowań w dziedzinie dbałości o rozwój fizyczny, zdrowie człowieka czy sprawność ruchową. Przebiegają one według specyficznych w danej zbiorowości wzorów. Bierze się pod uwagę także rezultaty owych zachowań. Aktywność fizyczna wiąże się z wychowaniem, higieną osobistą, jak i społeczną, aktywnością zawodową i wypoczynkiem oraz dążeniami do poprawy zarówno psychicznych, ale i także materialnych warunków ludzkiego życia.

W tych kontekstach, w oparciu o ogólnie dostępne materiały podjęto próbę przybliżenia wybranych aspektów aktywności fizycznej i jej wpływy na bezpieczeństwo zdrowotne.

¹³ Por. A. Krawczyk, *Socjologia w Polsce*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Rzeszowie, Rzeszów 1998 r.

Rozdział 1

Socjologia kultury fizycznej i socjalizacja w kontekście zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego

W tym miejscu warto dokonać kilku uwag wprowadzających i porządkujących. Pierwsza obserwacja, którą warto poczynić analizując aktywność człowieka sprowadza się do stwierdzenia, że każdy człowiek jako podmiot autonomiczny indywidualnie decyduje i kreują swoją aktywność fizyczną. Druga uwaga dotyczy pewnego kontekstu działań człowieka. Otóż człowiek, pomimo że ma duży wpływ na swoją aktywność zanurzony jest w wielu kontekstach między innymi socjologii kultury, zjawiska socjalizacji. Wszystko to wpływa bezpośrednio na poziom i stan jego bezpieczeństwa zdrowotnego.

W tym miejscu warto postawić sobie pytanie czym jest socjologia kultury fizycznej? W uproszczeniu można stwierdzić, iż jest to dość młoda subdyscyplina socjologiczna, która znalazła swoje miejsce nie tylko w rozważaniach czynionych na akademiach wychowania fizycznego, ale też na uniwersytetach i uczelniach niepublicznych. Wiąże się treściowo z przedmiotami, które wykładane są w ramach kształcenia na kierunkach wychowania fizycznego, turystyki, rehabilitacji ruchowej, rekreacji ruchowej czy sportu. To oczywiście nie wszystkie kierunki studiów, na których wykładana jest socjologia kultury fizycznej występuje również na antropologii, dziennikarstwie, marketingu, kulturoznawstwie oraz na pedagogice. Studiujący, zapoznają się więc w większy lub mniejszym stopniu w zależności od kierunku i specjalności z zagadnieniami omawianej subdyscypliny. Socjologia kultury fizycznej jest nauką, która podejmuje próbę wyjaśniania i opisywania związków, jakie zachodzą między życiem społecznym i kulturą fizyczną. Ze względu na dużą ilość zagadnień socjologia kultury fizycznej wkracza na inne dyscypliny naukowe takie między innymi jak: filozofia, historia, antropologia, politologia, pedagogika, kulturoznawstwo¹⁴.

Szeroko znaną definicję kultury fizycznej Z. Krawczyka w uproszczeniu rozumiemy jako względnie zintegrowany i utrwalony system zachowań w dziedzinie dbałości o rozwój

¹⁴ Por. Z. Dziubiński, Z. Krawczyk (red.), *Socjologia kultury fizycznej*, AWF, Warszawa 2011, N. Goodman, *Wstęp do socjologii*, Zysk i S-ka, Poznań 2001, P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Znak, Warszawa 2005, K. Przeclawski, *Człowiek i turystyka. Zarys socjologii turystyki*, Albis, Kraków 1996, Z. Dziubiński, K. W. Jankowski (red.), *Kultura fizyczna a socjalizacja*, AWF, SALOS RP, Warszawa 2012, A. Kłosowska, *Socjologia kultury*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1983, H. Jakubowska, *Socjologia ciała*, UAM, Poznań 2009, D. Ptaszek, *Poczucie wspólnoty w grupie sportowej*, Drohiczyński Przegląd Naukowy Nr7/2017, K. Doktor, *Zarys socjologii zarządzania sportem*, Polska Korporacja Menadżerów Sportu, Warszawa 2005, S. Kowalczyk, *Elementy filozofii i teologii sportu*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2010, A. Kłosowska, *Socjologia kultury*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2007, A. Kłosowska, *Spoleczne ramy kultury*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1972, J. Drabik, *Sprawność fizyczna i jej testowanie u młodzieży szkolnej*, AWF Gdańsk, Gdańsk 1992, Z. Marek SJ, M. Madej-Babula (red.), *Edukacyjne przestrzenie zdrowia*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2009, B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole*. Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2011, B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe 2007, Warszawa 2007, E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2007, M. Kwiatkowska-Lozina, *Żyj bezpiecznie i zdrowo. program profilaktyczno-wychowawczy edukacji zdrowotnej*, Implus, Kraków 2007, A. Liedke, K. Właźnik, *Kultura fizyczna w klasach 1-3. Przewodnik metodyczny*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1983, T. Pilch, K. Ablewicz (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. T. 1*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003 i podana tam literatura.

fizyczny, zdrowie człowieka lub sprawność ruchową. Przebiegają według przyjętych w danej zbiorowości wzorów, a również rezultaty owych zachowań. Wiąże się ona z wychowaniem, higieną osobistą, jak i społeczną, pracą i wypoczynkiem oraz dążeniami do poprawy psychicznych i materialnych warunków ludzkiego bycia¹⁵. Według M. Demela kultura fizyczna wiąże się z postacią fizyczną i funkcjonowaniem fizycznym człowieka. Te wartości odnoszone są do budowy i postawy ciała, zdrowia, wydolności, odporności, urody i sprawności. Wychowanie fizyczne powinno być dostosowane do poszczególnych etapów rozwoju każdego człowieka również do jego indywidualnych cech: płci, środowiska, w którym człowiek będzie się znajdował, predyspozycji, przeszłego zawodu itd.

Istotna i interesująca wydaje się również geneza socjologii kultury fizycznej. Upraszczając można stwierdzić, że socjologia kultury fizycznej narodziła się z pogłębionych refleksji naukowych na przełomie wieku XIX i XX. Podejmowano wówczas próby interpretacji socjologicznych. Do lat pięćdziesiątych XX wieku rozwijał się dyskurs na temat wychowania fizycznego, sportu, rekreacji i turystyki. Analizowane były skomplikowane zagadnienia genezy, struktury i funkcji kultury w obliczu aktualnych przemian cywilizacyjno-społecznych, ustrojowych oraz narodowych. Toczona wówczas ożywiona dyskusja wtedy miała bezpośredni związek z obserwacjami praktycznymi i społecznymi poczynionymi przez środowiska pedagogów, lekarzy, higienistów, działaczy politycznych i społecznych, dziennikarzy, przedstawicieli władz publicznych itp. Teoretycy wychowania fizycznego w Polsce jak np. Henryk Jordan, Jerzy Michałowicz, Eugeniusz Piasecki z i Władysław Osmolski przejawiali ambicje kształtowania teorii kultury fizycznej, będącej nie tylko narzędziem praktycznego działania, ale posiadającej jednocześnie charakter względnie autonomiczny w stosunku do innych dyscyplin naukowych.

Odrębną istotną kwestią jest kultura fizyczna i wychowanie fizyczne i jej rozumienie. Główną podstawą kultury fizycznej jest szeroko rozumiany sport, turystyka, różnorakie formy zabaw i gier ruchowych. Są to formy ruchu, podczas uprawiania których specjaliści kształtują wzory aktywności fizycznej, korzystne z punktu widzenia potrzeb biologicznych, społecznych i psychicznych. Wychowaniem fizycznym nazywamy natomiast koncepcję wykorzystywania zasobów kultury fizycznej dla kształtowania intelektualnej, moralnej, emocjonalnej i fizycznej strony osobowości człowieka. M. Demel stwierdza, że:

- Wychowanie fizyczne jest celową ingerencją w spontaniczny proces rozwoju fizycznego. Nie potrafimy więc jeszcze na obecnym etapie rozwoju teorii wychowania fizycznego określić precyzyjnie, w jakim stopniu można regulować ten rozwój.
- Wychowanie fizyczne należy traktować jako produkt postępującej specjalizacji podziału ról w gronie osób zawodowo zatrudnionych w praktyce lub teorii pedagogicznej.
- Wychowanie fizyczne należy do kategorii działań pedagogicznych, jest ono systemem przekazywania młodemu pokoleniu dorobku kultury fizycznej, wdrażania do korzystania z różnorodnych instytucji tego kręgu kultury oraz uczestniczenia w sytuacjach rozrywki, wypoczynku i doskonalenia samego siebie
- Wychowanie fizyczne łączy związki:

¹⁵ W tym rozumieniu kultura fizyczna wydaje się jak najbardziej predystynowana do wspólnej refleksji np. z naukami o bezpieczeństwie traktowanymi *sesnu largo*.

- z wychowaniem estetycznym, tam gdzie mówimy o pięknie budowy ciała i estetyce ruchu;

- z wychowaniem społeczno- moralnym kiedy akcentujemy dyscyplinę wewnętrzną, konsekwencję w działaniu, przestrzeganie reguł gry;

- z wychowaniem umysłowym, kiedy wykorzystujemy aktywność ruchową dla poznania otaczającej nas rzeczywistości.

Reasumując dotychczasowe rozważania można stwierdzić, że rozwój ruchowy w sposób istotny łączy się z rozwojem mowy, orientacji w przestrzeni, równowagi, wyobrażeniami o kształtach, barwach, ciężeniu i właściwą reakcją na otaczającą nas rzeczywistość. Bodźce związane z ruchem odkrywa bardzo ważną rolę w życiu i rozwoju każdego indywidualnego człowieka jest głównym i ważnym czynnikiem dla organizmu. Jeśli człowiek ograniczy swój ruch może mieć to poważny wpływ na powstanie zaburzeń przemiany materii może również występować otyłość lub obniżenie wydolności układu krążenia itd. W tym kontekście wychowanie fizyczne jest formą przeciwdziałania negatywnym skutkom braku aktywności ruchowej dzieci, młodzieży szkolnej, osób dorosłych i starszych.

Ważne w rozważaniach dotyczących socjologii kultury fizycznej jest przybliżenie celów i zadań kultury fizycznej. W działaniu tym należy uwzględnić charakter i stopień zaspokojenia określonych potrzeb. Wiąże się to przede wszystkim z zagadnieniem adaptacji człowieka do wciąż zmieniających się warunków życia. Spośród potrzeb, jakie mogą być zaspokojone przez kulturę fizyczną, a przede wszystkim wychowanie fizyczne, sport i rekreację fizyczną, na szczególne zauważanie zasługują:

- potrzeby biologiczne - różnorodne formy kultury fizycznej powinny sprzyjać zachowaniu i umacnianiu więzi człowieka ze środowiskiem naturalnym oraz dostosowanie ciała ludzkiego do zmieniającego się otoczenia i zaadaptowanie go do coraz to nowych sytuacji, z jakimi spotykać się będzie człowiek w przyszłości. Należy dbać o prawidłowy rozwój fizyczny każdego, bez względu na jego indywidualne cechy. Wykonując ćwiczenia związane z wysiłkiem fizycznym szybko i często dochodzimy tak naprawdę do aktywnego wypoczynku i napełnienia sił fizycznych organizmu. Dlatego ćwiczenia tak skonstruowane powinny być prowadzone zajęciach wychowania fizycznego;

- potrzeby psychiczno-osobowościowe - sport wychodzi naprzeciw potrzebie zaistnienia jednostki w grupie, potrzebie walki i współzawodnictwa, porównywania efektów działania. Dodatkowo sport pomaga w rozładowaniu psychicznych napięć, charakterystycznych dla dzisiejszych czasów oraz stwarza warunki psychicznego do relaksu. każdy ze swojego doświadczenia wie, że uprawiając sport człowiek czuje się lepiej. Człowiek rozładowuje swoje napięcia, staje się zrelaksowany i odprężony, ponadto nie ma problemów z zasypianiem;

- potrzeby społeczne - przygotowanie człowieka do pracy i obrony wymaga odpowiedniego poziomu sprawności fizycznej wyrażających się w takich cechach jak: siła, wytrzymałość, gibkość, szybkość działania itp. Wartości te kształtują się poprzez wychowanie fizyczne i sport. Sport wyczynowy odgrywa wyjątkowo dużą rolę w budowaniu prestiżu na arenie międzynarodowej. Kultura fizyczna, a szczególnie sport i turystyka mogą budować

plaszczyny porozumienia między ludźmi w skali światowej, co wiąże się z powstawaniem przyjaźni i współpracą z innymi ludźmi.

Kolejnym celem kształcenia i wychowania w kulturze fizycznej jest powstanie optymalnych warunków zapewniających młodym ludziom harmonijny rozwój fizyczny (przez odpowiednią sekwencję bodźców działających na cechy somatyczne, np. na układy: krążenia, oddychania i nerwowy; uwzględnianie w procesie uczenia się i nauczania zasad higieny pracy i wypoczynku; wzmocnienie nawyków umiejętnego korzystania z takich dóbr społecznych, jak: powietrze, woda, temperatura, światło, zieleń, teren itp. Przystosowanie organizmu do życia w środowisku wysoko zurbanizowanym i przemysłowym). Kształtowanie psychomotoryki (przez selekcję odpowiednich środków rozwijających cechy motoryczne; nauczanie i doskonalenie różnych form aktywności ruchowej; eksponowanie indywidualnych możliwości upodobań, zainteresowań i umiejętności ruchowych uczniów). Rozwój psychiki (przez uwzględnienie w procesie kształcenia i wychowania fizycznego osobniczych cech osobowości: właściwą korelację między rozwojem fizycznym, umysłowym i emocjonalnym). Wyposażenie młodych ludzi w niezbędny zasób wiedzy o kulturze fizycznej, co ma wymiar edukacyjny. Kultura fizyczna przyczynia się do kształtowania charakteru i pożądanych postaw w działaniu zarówno indywidualnym, jak i zespołowym; inicjuje integrację socjalną; poprawia współpracę i współdziałanie z nauczycielami, rodzicami i środowiskiem. Powoduje także kształtowanie estetyki ruchu (przez rytmikę i ekspresję artystyczną, dbałość o elegancje postawy, piękno, harmonię i swobodę ruchu). Bart Crum określił, iż celem wychowania fizycznego jest przygotowanie ucznia do samodzielnego, satysfakcjonującego, całonocnego uczestnictwa w kulturze fizycznej.

W tym kontekście wyróżniamy cele¹⁶:

1. Cel naczelny (wg Strzyżewskiego) – to cel, do którego dążymy przez cały okres edukacji szkolnej. Cel o najwyższym stopniu uogólnienia. Za cel naczelny należy uważać zarówno doskonalenie ciała i funkcji psychomotorycznych wychowanka, jak i również ukształtowanie u niego takiego systemu wiedzy, umiejętności i nawyków oraz postaw wobec kultury fizycznej, który w praktyce przejawiać się będzie w dążeniu i działaniu na rzecz utrzymania przez całe życie wysokiej sprawności fizycznej i zdrowia. Człowiek stanowi dla społeczeństwa najwyższą wartość, jako częśćka społeczeństwa jest wartością biologiczną i społeczną.
2. Cele kierunkowe – dotyczą dyspozycji osobowościowych i jest to cel, do którego dążymy przez cały okres edukacji. Jest to ukształtowanie trwałych postaw wobec wartości kultury fizycznej. Postawa wobec kult fizycznej rozumiana jako globalny cel procesu wychowania fizycznego składa się z szeregu postaw o węższym zakresie. Można powiedzieć, że tworzą one cały system postaw, na który składają się: postawa wobec własnego ciała; jego sprawności; budowy; higieny; zdrowia; wobec różnych form aktywności ruchowej. Każda postawa składa się z komponentów: poznawczego (wiedza, doświadczenie); -uczuciowo-motywacyjnego (uczuciowy stosunek po przedmiotu działania i związanych z nim zjawisk); -behawioralnego (gotowość do przejawiania pewnych form zachowania w określonych sytuacjach).

¹⁶ L. Michalik, *Aktywność fizyczna wyrazem dojrzałym postawy prozdrowotnej*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2009, s. 25 i nast.

3. Cele instrumentalne (kształcenia) – dotyczą wiedzy, umiejętności, zdolności motorycznej, uzdolnień ruchowych. Są to dalekosiężne cele. W zakresie sprawności: rozwój wszystkich zdolności motorycznych oraz sprawność władania własnym ciałem. W zakresie wiedzy: wiedza o organizmie ludzkim, jego potrzebach, o kształtowaniu sprawności i jej sposobach kontroli, o higienie ogólnej, żywieniu, wypoczynku. W zakresie umiejętności: umiejętność stosowania konwencjonalnych i niekonwencjonalnych technik działalności sportowej i rekreacyjnej. W zakresie inteligencji i uzdolnień: stymulowanie rozwoju inteligencji, stwarzanie sytuacji problemowych i rozwiązywanie ich przez uczniów.
4. Cele etapowe – cele formułowane na okres jednego roku szkolnego bądź na etap edukacyjny. Np. podstawa programowa: w klasach 1-3 (kształcenie zintegrowane); 4-6 (kształcenie blokowe); gimnazjum; liceum. Nauczyciel określa roczne i etapowe cele pracy.
5. Cele operacyjne – cele formułowane na jedną lekcję, bądź cykl lekcyjny poświęcony jednemu tematowi (cykl tematyczny). Formułowane są w zakresie : umiejętności; motoryczności; wiadomości; postaw. Cele te muszą być formułowane personalnie.

Kolejnym istotnym wątkiem jest odpowiedź na pytanie czym jest edukacja zdrowotna.

B. Woynarowska słusznie zauważa, że: „istnieje wiele dowodów na to, że zdrowie jako stan psychiczny, fizyczny lub społeczny i edukacja, czyli kształcenie, wychowanie, uczenie są wzajemnie ze sobą powiązane”¹⁷. Istnieje realna relacja pomiędzy zdrowiem a edukacją. Lepszy stan zdrowia umożliwia lepszą edukację i odwrotnie. Tak więc edukacja z łac. *educatio* - wychowanie, pielęgnowanie jest to wychowanie i kształcenie osób lub grup społecznych , które uczą się przez całe życie. W piśmiennictwie istnieje wiele definicji edukacji zdrowotnej warto wspomnieć niektóre z nich:

- Według Williamsa 1988 jest to proces, w którym ludzie uczą się dbać o własne zdrowie i społeczności, w której żyją;
- Według Tons’a Green’a 2004 jest to każda planowana działalność, która jest ukierunkowana na uczenie się o zdrowiu i chorobie;
- Według Krawańskiego 2003 jest to proces pedagogiczno-społeczny wykorzystujący metody i techniki stosowane w naukach społecznych (psychologii, socjologii, pedagogice, ekonomii itd.) w kierunku zmiany zachowań o charakterze prozdrowotnym osób i grup społecznych;
- Według Rezolucji Rady Wspólnoty Europejskiej z roku 1989 jest to proces oparty na naukowych zasadach, stwarzających sposobność planowanego uczenia się zmierzający do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowania zgodnie z nimi;
- Według Gren’a Kreuter’a 1991 jest to kombinacja różnorodnych doświadczeń edukacyjnych, ukierunkowanych na podejmowanie przez ludzi dobrowolnych działań sprzyjających zdrowiu;

¹⁷ B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole*. Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2011, s. 7 i nast.

- Według Słońskiej z 1999r jest to podejmowanie wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia, na różnych poziomach życia społecznego;
- Według Chorońskiej 1997 jest to całokształt działań zamierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy tryb życia i przyczynić się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie własne i społeczności, w której żyją.

Związek między edukacją a zdrowiem wymaga jeszcze szczegółowego opracowania, ponieważ jest nie do końca znany. Nie ulega wątpliwości, że współistnieją ze sobą trzy zjawiska, które warto przybliżyć. Pierwszym zjawiskiem jest edukacja rozumiana jako zasób dla zdrowia. W niezależnych badaniach stwierdzono, że im wyższy poziom wykształcenia ludności, tym mniejsze wskaźniki umieralności i zachorowalności. Edukacja pomaga więc ludziom pozyskać wiedzę i umiejętności niezbędne do dbałości o własne zdrowie. Również wyższy poziom wykształcenia ułatwia pozyskiwanie innych zasobów np. dobrej pracy, pożądanych związków społecznych, wyższych dochodów, umiejętności radzenia sobie z trudnościami itd., które są ważnymi elementami wpływającymi na stan zdrowia. Drugim zjawiskiem jest zdrowie odczytywane jako swoisty zasób, kryterium w edukacji. Zdrowie jest warunkiem rozpoczęcia przez dziecko nauki w szkole w ustalonym czasie, pozwala dziecku na systematyczne uczęszczanie do szkoły i zwiększa szanse na osiągnięcia szkolne. Trzecim zjawiskiem wpływającym na zdrowie są czynniki społeczno- ekonomiczne rodziny (zamożność rodziny) oraz szkoła i rówieśnicy.

Kolejnym zagadnieniem, które należy poddać analizie szukając miejsca dla socjologii kultury fizycznej we współczesności jako takiej, w tym we współczesnej nauce jest edukacja zdrowotna. Termin edukacja zdrowotna stosowany w Polsce coraz częściej jest odpowiednikiem określenia znanego z języka angielskiego *health education* lub rzadziej używanego terminu *education for health*, któremu w naszym języku może odpowiadać określenie edukacja prozdrowotna lub edukacja dla zdrowia. Jak już wcześniej zaznaczono edukacja z języka łacińskiego *educatio* oznacza wychowanie, pielęgnowanie. Obejmuje działania i procesy służące wychowaniu i kształceniu się osób lub grup społecznych i może być traktowana jako proces permanentnego uczenia się człowieka przez całe życie. W pracach naukowych natomiast najczęściej używamy określeniem jest zwrot „edukacja zdrowotna”, ponieważ jest on bardziej rozbudowany od innych określeń, odnosząc się do ludzi bez względu na wiek, obejmuje różnorodne formy uczenia się i nauczania. Szeroko zostało to uzasadnione przez E. Chorońską, która uznała, że na edukację zdrowotną składają się procesy systematyczne i zamierzone oraz kształcące i wychowujące dzieci oraz młodzież pod kierunkiem osób dorosłych np. rodziców, wychowawców, nauczycieli. Ponadto składają się na nią procesy związane z samokierowaniem własnym rozwojem (samokształcenie i samowychowanie). Ogół działań przypadkowych, które w dogodnych okolicznościach mogą skłonić konkretnego człowieka do samorefleksji i podjęcia decyzji w celu zdobycia wiedzy i umiejętności czy też wykorzystania ich na rzecz swego zdrowia.

Podnoszone jest również, że edukacja zdrowotna jest procesem, w którym uczymy się dbać o zdrowie własne, jak i społeczeństwa. Zdrowie jest istotne nie tylko dla jednostki, ale dla całej społeczności zarówno w konkretnym kraju, ale także w relacjach

międzynawowych. Jest ono warunkiem *sine qua non* zaspokajania potrzeb człowieka oraz umożliwia realizację celów, aspiracji i rozwój osobisty. Ma to ogromny wpływ na rozwój społeczeństwa, pozwala na powstawanie dóbr materialnych i kulturalnych. Promocja zdrowia ma na celu również zwiększenie wśród ludzi odpowiedzialności za swoje zdrowie i podejmowanie wysiłku fizycznego. Uogólniając można stwierdzić, że edukacja zdrowotna chroni zdrowie. Trzeba rozszerzać, poszerzać wiedzę na temat zdrowia jest to bardzo ambitny cel zarówno na płaszczyźnie jednostki, jak i całego społeczeństwa. Bardzo istotną kwestią jest kształtowanie zdrowego stylu życia od najmłodszych lat. Każdy z nas może przypomnieć sobie wiele sytuacji i rozmów, z których wynikało, że najważniejszą rzeczą było ukształtowanie odpowiedniej postawy ciała, usuwanie złych nawyków (m. in. żywieniowych) i przyzwyczajień. Wiek przedszkolny jest bardzo istotnym etapem pierwszych wyborów oraz kształtowania się stosunku do szeroko rozumianego środowiska wobec którego będzie się w przyszłości podejmować decyzje.

Z kwestą zdrowia (w szeroki sensie tego słowa) oraz profilaktyki zdrowotnej wiąże się interesująca sytuacja poznawcza. Otóż z jednej strony, co oczywiste, odpowiada każdy człowiek, z drugiej zaś strony za zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego odpowiadają organy publiczne oraz konkretne państwo. Wszystko to skorelowane jest i warunkowane prawidłowym przystosowaniem się do środowiska społecznego. Przyjmijmy, że dziecko posiada dobre samopoczucie i ma dobrą odporność organizmu umożliwia to mu systematyczne uczęszczanie do przedszkola, wówczas ułatwia to mu zabawę i naukę. Chodzenie do szkoły czy przedszkolna umożliwia dziecku nabywanie określonych umiejętności indywidualnych i społecznych oraz przyswajanie prawidłowych przyzwyczajień i nawyków zdrowotno-higienicznych. Wiek przedszkolny to niezmiernie ważny etap w życiu człowieka. Wywiera olbrzymi wpływ na zmiany jakie powstaną w indywidualnym rozwoju dziecka. Pedagodzy i osoby dorosłe muszą pamiętać, że podstawową formą aktywności fizycznej dziecka w wieku przedszkolnym jest zabawa. Dzieje się tak, ponieważ porusza wyobraźnię najmłodszych, budzi ich uczucia i motywuje do dalszego działania.

Reasumując dotychczasowe rozważania należy jeszcze raz podkreślić, że socjologia kultury fizycznej łączy się ze zdrowiem i edukacją zdrowotną. Już w dawnych czasach, ale także współcześnie, sprawność fizyczna człowieka miała ogromne znaczenie w życiu. Człowiek musi być zdrowy, silny, charakteryzować się sprawnością, czyli odporny na choroby i warunki klimatyczne oraz uważny i orientujący się w terenie. Dlatego też sprawność fizyczna jest tak istotna w życiu. Natomiast edukacja zdrowotna jest procesem uczenia się ludzi jak mają żyć, aby zachować i poprawić stan zdrowia własny i innych ludzi. Daje ludziom w przypadkach wystąpienia nagłej choroby lub różnego rodzaju niepełnosprawności siłę i wiedzę, aby się leczyć, nie poddawać się i radzić sobie z trudnościami. Zdrowie tak rozumiane jest jedną z najważniejszych wartości w życiu każdego człowieka¹⁸. Odgrywa istotną rolę w procesie dydaktyczno-wychowawczym. Zachwianie stanu zdrowia jest przyczyną złego samopoczucia, chorób, które utrudniają prawidłowy przebieg edukacji. W tym kontekście wychowanie fizyczne jest przedmiotem wiodącym w edukacji zdrowotnej. Przedmiotem kształtującym już w szkole nawyk

¹⁸ Por. I. Nowakowska-Kempa (red.), *Uniwersalne wartości kultury w edukacji*, Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM, Kraków 2012.

systematycznej troski o zdrowie i decydującym o aktywnym uczestnictwie w szeroko rozumianej kulturze fizycznej. Edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym egzemplifikowana jest przez następujące potrzeby: aktywności fizycznej jako warunku zdrowia, równowagi w odżywianiu, twórczej postawy i współzycia międzyludzkiego, wychowania ku bezpieczeństwu, higieny osobistej. O tych wszystkich potrzebach warto pamiętać.

Godna podkreślenia jest obserwacja, że uczniowie z wykształconym nawykiem do aktywności fizycznej stanowią pożądaną podstawę zdrowego stylu życia i bardziej dbają o swoje zdrowie. Wzbogacenie treści edukacji zdrowotnej do wychowania fizycznego pozwala na szersze zapoznawanie uczniów z tematyką zdrowia, począwszy od pierwszego etapu szkolnej edukacji, kiedy uczeń intensywnie ćwiczy wzmacnia się jego zdrowie, rozwój i sprawność fizyczna. Natomiast na kolejnym etapie edukacji szkolnej treści prozdrowotne umieszczono w blokach tematycznych, takich jak trening lub wypoczynek. Wychowanie fizyczne w klasach IV–VI, współlistnieje z edukacją zdrowotną i ma na celu: doskonalenie i wzmacnianie zdrowia w różnych formach aktywności, dostosowanej do indywidualnych możliwości oraz predyspozycji. Ponadto obejmuje przygotowanie do sportu i aktywnego wypoczynku. Treści nauczania na kolejnych etapach edukacji, z uwagi na wiek i rozwój intelektualny dzieci, są jeszcze bardziej rozszerzone.

Kolejnym wątkiem poszukiwań badawczych jest analiza rozumienia procesu socjalizacji w kontekście edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia¹⁹. Uzasadnione w tym względzie jest posługiwanie się cytatami, które bezpośrednio odnoszą się do omawianego zjawiska i podjęcie próby ich interpretacji.

Często słyszaniem stwierdzeniem jest, że socjalizacja to proces uspołeczniania. „Uspołecznienie jest celem wychowania, najściślej powiązaniem z ustrojem i jego ideologią, realizowanym przez odpowiednio dobrane treści ideologiczne wykształcenia ogólnego i czynne uczestnictwo w życiu społecznym”²⁰. Zaś socjalizacja „dokonuje się w różnych środowiskach i grupach społecznych, których ideologia, tradycje i wzory zachowania mogą odbiegać od tych, które propagują państwowe instytucje wychowawcze, ze szkolnictwem na czele”²¹. Należy zaznaczyć, iż człowiek, gdy się rodzi nie posiada w pełni ukształtowanej osobowości, kształtuje się ona później przez współzycie ludzkie.

Dzieci, które nie są obdarowywane uczuciem i opieką, nie przyzwyczajają się specyfiki ludzkiego życia. Wówczas stawały się jak zwierzęta i nie są zdolne do właściwego współzycia z ludźmi.

Proces socjalizacji „polega na:

- 1) stymulacji przez drugiego człowieka całego systemu nerwowego, uruchomieniu nowych kompetencji mózgu w czasie pielęgnowania niemowlęcia,
- 2) zachowania lęku i rozbudzeniu ciekawości poznawczej poprzez związki z drugim człowiekiem,

¹⁹ Por. V. Koprowicz, *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2008.

²⁰ R. Miller, *Socjalizacja, wychowanie, terapia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981, s. 10.

²¹ Tamże, s. 10.

3) rozwijaniu ludzkiej komunikacji z dzieckiem początkowo przez dotyk, gesty i dźwięki mowy, a także zabawki- narzędzia”²².

Dostrzeżono, że aby proces socjalizacji był rozpoczęty potrzebna jest matka, która dziecko karmi i uspokaja. Dziecko, gdy czuje się bezpieczne zaczyna się bawić. Do stymulacji odpowiednich zmysłów u dziecka są potrzebne i zazwyczaj niedoceniane takie czynności „matki jak: głaskanie, tulenie, huśtanie, trzymanie w ramionach i zmienianie położenia ciała”²³.

Warto w tym miejscu przywołać R. Miler: „Autor ten podkreśla dalej, że brak matki, zmienność opiekunek hamuje rozwój tego procesu, opóźniając z zaburzając dalsze nawiązywanie kontaktów i porozumień. Charakteryzując rozwój dziecka, interesuje się wzrostem samodzielności, która staje się samodzielnością osobową. W miarę opanowania sztuki chodzenia i mówienia rozszerza się krąg doświadczeń dziecka i stopniowo obecność matki przestaje być niezbędną. Zmiany te zachodzą w następującej kolejności: początkowa dziecko godzi się tylko na takie oddalenie, które już nie pozwala na dotykanie, ale matka pozostaje w polu widzenia. Później wystarczy już tylko słyszenie jej głosu z innego pokoju, a więc kontakt słuchowy. W okresie 3-4 roku życia, świadomość więzi z matką jest na tyle mocna, że dziecko godzi się z jej kilkugodzinną nieobecnością, a także, gdy zaczyna chodzić do przedszkola, przyzwyczajają się do dłuższej niż rozłąki. Następuje znaczny wzrost samodzielności, oparty na świadomości na skutek kolejnych etapów kontaktów zmysłowych. Dzięki nim wystąpiła stymulacja i przekształcenie receptorów, które odbierają sygnały ze świata zewnętrznego. Matka stała się centralnym ośrodkiem zmysłowego postrzegania i stymulatorem pierwszych uczuć dziecka. Na tej podstawie w miarę dalszego komunikowania się kształtuje się uczucie wzajemnej miłości”²⁴.

Opieka matki jest bardzo ważna, gdyż nie tylko wprowadza jednostkę do udziału w życiu społecznym, ale także uczy ją zachowania według przyjętych wzorów, rozumienia kultury, czyni ją zdolną do utrzymania się i wykonywania określonych ról społecznych. „Proces socjalizacji dokonuje się głównie poprzez rytuały i mity, obejmuje całą ludność i trwa do końca życia”²⁵.

Proces ten może odbywać się w sytuacji patologicznej. „Dzieci od wczesnych lat żyją w klimacie zagrożenia. Skłócenie ze sobą rodzice nie mogą zaspokoić ich potrzeb emocjonalnych, rozwijający się lęk, obserwacja zachowań dorosłych i ich wskazówki, jak uchronić się przed czyhającym zewsząd złem, prowadzą do przyjęcia tych wzorów i sposobów bycia, jakie dominują w kulturze dorosłych, jako jedyne możliwych sposobów egzystencji”²⁶. Tradycje przekazują rodzice i dziadkowie, dlatego M. Karkowska wymienia co najmniej kilka uniwersalnych znaczeń języka w socjalizacji:

- przechowywanie zbiorów znaczeń i doświadczeń, co umożliwia przekaz międzypokoleniowym, transmisję wartości i wzorów zachowań przyjętych w danym społeczeństwie czy grupie;

²² Tamże, s. 17.

²³ Tamże, s. 19.

²⁴ Tamże, s. 20.

²⁵ Tamże, s. 26.

²⁶ Tamże, s. 39.

- tworzenie symbolicznych reprezentacji kultury (teksty religijne, interpretacje dzieł sztuki, odkrycia naukowe, rozważania filozoficzne); to co utrwalone przy pomocy języka staje się świadectwem minionego czasu, cywilizacji, porządku społecznego, obyczajowości;

- łączenie odmiennych sfer życia i rzeczywistości- język umożliwia retrospekcję czasową, wspomnianie tego co minęło, a także wybieganie myślami w przyszłość, marzenia, snucie planów; pozwala też łączyć sferę świadomą i nieświadomą, poprzez interpretacje snów, uobecnianie wewnętrznego świata jednostki, budowanie pomostu między niepowtarzalnością „ja” a innymi podmiotami społecznego świata;

- obiektywizowanie własnego bytu, komunikowanie przeżyć, odczuć, sądów nie tylko innym, ale i samemu sobie, dzięki czemu możliwy jest przyrost samowiedzy, autorefleksja; często zdarza się tak, że uświadamiamy sobie, iż nie do końca się znamy, wiemy jak możemy zareagować czy co odczuwać w związku z jakąś sytuacją czy problemem, dopóki nie stanie się ona przedmiotem nie tylko wewnętrznego dialogu, ale i rozmowy z innymi;

- porozumiewanie się, użytkowanie języka pozwala nie tylko na wymianę doświadczeń czy negocjowanie znaczeń, uczy także budowania wypowiedzi między rozmówcami według schematu pytanie²⁷.

Środowisko rodzinne w socjalizacji odgrywa pierwszoplanową rolę, gdzie wyłącza się jednostkę z systemu ról społecznej. „Rola społeczna dziecka, od chwili urodzenia, obejmuje, z jednej strony, obowiązek dorosłych dbania o zaspokojenie jego potrzeb organicznych, odpowiada za przejawy jego popędów biologicznych, pomocy w nadawaniu kierunku jego zachowaniu się [...] pobudzanie rozwoju doświadczeń zmysłowych i symbolicznych. Z drugiej strony spotykamy się ze wzrastającymi oczekiwaniami dorosłych, że dziecko będzie pozytywnie reagować na ich czynności oraz zaakceptuje przekazywane mu myśli, iż tak właśnie zobowiązane jest postępować²⁸”.

To przecież w rodzinie dziecko uczy się wszystkiego, a kiedy już dorasta i ma swoje zdanie, jest między dzieckiem a rodziną pojawia się swoisty konflikt pokoleń. Wynika on z tego, że dziecko dorasta w innym świecie niż jego rodzice i zdobywa inne doświadczenia. Dochodzi wówczas do sytuacji, że istnieje dysonans pomiędzy rzeczywistością odbieraną przez dzieci a wizją świata i życia przekazywaną przez rodziców.

Przyjmuje się, iż rodzina pełni trzy podstawowe funkcje: prokreacyjną, gospodarczą i wychowawczą. Pierwsza jest wynikiem popędu seksualnego, druga to zaspokojenie trwałości i spójności ekonomicznych, zaś trzecia zaspokaja potrzeby potomstwa, ma na uwadze ich dobro, aspiracje i ambicje.

Język ze swej natury jest podstawową formą komunikacji i odgrywa najistotniejszą rolę w procesie socjalizacji. Język pojmowany jest jako system istniejący obiektywnie i reprezentujący świat. „Mowa natomiast jest uzależniona od istniejących okoliczności i pod wpływem warunków społecznych symbolizuje takie, a nie inne fragmenty rzeczywistości. Jednostka, posługująca się mową, wybiera jej składniki zarówno na poziomie strukturalnym, jak i słownikowym, zgodnie z regułami przekazanymi przez grupę społeczną. Między

²⁷ M. Karkowska, *Socjologia wychowania wybrane elementy*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno- Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2007, s. 98-99.

²⁸ M. Konopczyński, *Metody twórczej resocjalizacji*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2006, s. 75-76.

językiem a mową znajduje się struktura społeczna, decydująca o tym, co może być powiedziane”²⁹.

Dorośli oraz dzieci mają swój język, którym się komunikują i jest tylko dla nich zrozumiały. Tak dzieje się na początku nauki mówienia, później staje się ono coraz sprawniejsze i wszyscy potrafią zrozumieć dziecko. Od pierwszego roku życia dzieci wdrożone do pewnego sposobu życia, zaczynają spostrzegać co jest dla nich dozwolone a co zabronione. Ma przyswojony pewien porządek społeczny i zaczyna przewidywać działania dorosłego. „Do porządku społecznego należy: uzgadnianie działań, posłuszeństwo rodzicom, świadomość tego co wolno, a co jest zabronione. Pojawiają się konflikty na tle stosunku do własności: co do kogo należy i czego nie wolno ruszać”³⁰. W dziecku z czasem poprawia się zdolność skupienia uwagi, rozmowy są coraz bogatsze w słownictwo i treść. Drugi rok życia wiąże się uspołecznianiem w działaniu, które wzrasta zwłaszcza, gdy dziecko rozpoczyna uczęszczanie do przedszkola. Umiejętności porozumiewania się uczymy się przez całe życie. Może ktoś uznać to za stwierdzenie banalne, ale tak jest w rzeczywistości. Dziecko od najmłodszych lat powinno być uczone jasnych form zachowania wobec najbliższych, krewnych i osób obcych, a nawet wobec władzy.

Niezmiernie istotna i twórcza wydaje się kolejna konstatacja R. Miller: „Każda socjalizacja uwzględnia jednocześnie uspołecznienie i indywidualizację tylko w różnych proporcjach. Tam, gdzie możliwy jest tylko jeden sposób bycia, jednostkowe wybory i decyzje dotyczą szczegółów w jego ramach i z zewnątrz członkowie jednego plemienia mogą się wydawać bardzo podobni do siebie. Każdy jednak ma poczucie swojej odrębności jako indywidualnej jednostki i tak jest postrzegany przez innych członków plemienia”³¹.

Socjalizacja może pomagać w wychowaniu, ale też może być z nim w konflikcie. Młode pokolenie przygotowujemy przecież do życia, pomagamy zaadoptować się mu do interakcji społeczeństwem i jego kulturą. Okres wychowania powszechnie był traktowany jako okres przejmowania dziedzictwa pokoleń, dojrzewania do podjęcia pełnej odpowiedzialności za własne życie i swój kraj.

Współczesna sytuacja jest jednak odmienna. „Termin wychowanie odnosi się dzisiaj do wszystkich: do dorosłych i dzieci. Wydłuża się natomiast czas jego trwania i zmieniają się formy. Wychowuje nie tylko szkoła, lecz także wszystkie instytucje globalne społeczeństwa, których oddziaływanie nie sprowadza się wyłącznie do socjalizacji, gdyż realizując określone cele, zakładają one planowe kształcenie ludzi. Termin „edukacja permanentna” należy zatem utożsamić z permanentnym wychowaniem, nie zawężając go jedynie do spraw szkolenia i samokształcenia”³².

Dostrzec można kolejną bardzo intrygującą relację. Jednostka i otoczenie wzajemnie oddziałują na siebie. Gdy zmienia się system społeczny to zmienia się z nim człowiek i jego osobowość. Zdarza się również tak, że współcześni ludzie są niedostosowani do nowego trybu życia, w którym dominują gwałtowne zmiany w otaczającym nas świecie. Obserwujemy bardzo szybki postęp nauki i techniki. W tej sytuacji wychowawcy

²⁹ Tamże, s. 72.

³⁰ R. Miller, *Socjologia wychowania wybrane elementy*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981, s. 78.

³¹ Tamże, s. 98.

³² Tamże, s. 112.

i wychowankowie wspólnie uczą się trudnej sztuki życia i funkcjonowania w świecie pełnym nowych technologii. „Uczyć się kochać świat i czynić go bardziej ludzkim - oto najogólniejszy cel wychowania. Tak ujęte wychowanie nie da się sprawdzić jedynie do adaptacji czy „wrastania”, jego istotę stanowią bowiem wspólne poszukiwania i partnerstwo w budowaniu lepszego życia: od dzieciństwa do starości. Nie rezygnujemy z elementów przystosowania czy przygotowania, należy jednak zmienić propozycje między treściami zaczerpniętymi z teraźniejszości i wizji przyszłości, których podstawą są osobiste doświadczenia uczestnictwa w bieżącym życiu społecznym. Chodzi więc o interwencję wychowania w proces socjalizacji za pomocą celowego organizowania praktyk i komentowania doświadczeń społecznych wychowanków”³³.

Socjalizacja jako przedmiot zainteresowania nauk pedagogicznych i społecznych jest zjawiskiem wielowymiarowym i dynamicznym. Trafnie opisuje to przytoczony cytat: „Proces socjalizacji również trwa przez całe życie, zmienił się jednak jego charakter. W społeczeństwie socjalistycznym wzrost organizacji i planowego działania nakłada wszystkie instytucje obowiązek urabiania osobowości, a zatem obowiązek wychowawczy. Ale instytucje mają swoje kłopoty i trudności, pracują w nich różni ludzie i często nie mogą funkcjonować prawidłowo. Środki komunikacji, handel, zakłady pracy bywają terenem różnych wydarzeń, które niekiedy zaskakują klienta, wskutek czego nie wychowują wówczas kulturalnego konsumenta, któremu mają służyć, a wywołują reakcje agresywne, zachęcające do użycia siły fizycznej czy popełniania drobnych nadużyć. Są to wpływy socjalizacji negatywnej. Jeżeli niedociągnięcia w funkcjonowaniu instytucji narastają, to ich wpływy socjalizacyjne kształtują osobowość ludzi w niepożądanym kierunku, zmieniając ich postawy moralne”³⁴. I dalej: „Socjalizacja pozytywna wzmacnia wychowawcze wysiłki, negatywna zaś może je zniweczyć. To wzmaganie się wychowania w konflikcie z socjalizacją może być zwycięskie przez „rewolucyjną praktykę”, w której zasadniczą siłą mogącą przekształcać ludzi”³⁵.

Zaangażowanie się aktywność fizyczna oraz dbałość o własne zdrowie jest swoistym stylem życia, czyli działaniem twórczym. Może ze swej natury łączyć ważne sprawy narodu i jednocześnie przyczyniać się do tworzenia lepszego świata. Nie ogranicza też drogi do samorealizacji. „Charakterystyka zaangażowania, jako pewnej postawy i stylu życia, jako drogi, na której efekty socjalizacji zostają osiągnięte, w stopniu większym, niż to było założone, opiera się na określeniu stosunku, jaki zachodzi między człowiekiem i światem, dwoma procesami rozwojowymi, nierozłącznie związanymi ze sobą. Te związki nie mogą być przeoczone, gdy szuka się formuł mających uchwycić istotę wychowania. Osobowości nie można charakteryzować, sumując jej elementy w ujęciu systemowym, trzeba ją analizować jako całość i jako część wielkiego układu, jaki stanowi świat. Ciągła wymiana energii i informacji, procesy interioryzacji i obiektywizacji leżą u podstaw życia i rozwoju”³⁶.

Problemem socjalizacji można nazwać wpływ współczesnego świata odbijającego się na zachowanie i postawy wychowawcy i wychowanka. Poznawanie świata i zachowywanie się w nim kształtuje u nas własny bogaty świat wewnętrzny. Często podkreśla się,

³³ Tamże, s. 114.

³⁴ Tamże, s. 116.

³⁵ Tamże, s. 117.

³⁶ Tamże, s. 119.

że w wychowaniu najważniejsze jest zaufanie i zrozumienie, bo właśnie te cechy są najważniejsze w czasie, gdy są realizowane zadania wychowawcze. Wychowawca jest osobą uczącą i doświadczoną przez życie. To właśnie wychowawca stara się swojemu wychowankowi przekazać jak najwięcej wiedzy i doświadczenia. Stara się również przygotować młodego człowieka do zmian, jakie mogą zajść w społeczeństwie. Nie bez znaczenia jest tutaj, że każdy wychowanek w swojej psychice inaczej interpretuje to, co wychowawca usiłuje mu przekazać. Duże znaczenie ma to czy wychowawca zdoła dotrzeć do wewnętrznego świata dziecka. Osoba wykształcona musi sama najpierw wyrobić sobie wiedzę o otaczającym ją świecie, a także umieć odróżnić ideologię od systemu wartości, który obowiązuje w danym społeczeństwie. Obowiązkiem wychowawcy jest przyswojenie takiej wiedzy, związanej z wychowaniem i rozwojem dziecka, aby móc zrealizować uprzednio wytyczone cele wychowania i przekazać wychowankowi wartości, którymi będzie się kierował we własnym życiu.

Pod wpływem socjalizacji wychowankowie uczestniczą w procesie wychowania. Często bywa tak, że dzieci, które mają trudności w szkole znajdują na swej drodze równe subkultury i grupy chuligańskie. „Kłopoty sprawiają głównie uczniowie wykazujący słabszy rozwój umysłowy, który utrudnia internalizację celów wychowania oraz zdobycie odpowiedniego wykształcenia. Ratunku trzeba wówczas szukać w zakładach resocjalizacyjnych. Zdarza się jednak, że siła tego „świata w sobie” jest tak wielka, iż dzięki odpowiednio dobranym zadaniom wychowawczym dokonuje się naprawa środowiska, a wychowankowie stają się pionierami postępu, zmieniając charakter regulacji swoich stosunków z otoczeniem. W proponowanej formule chciałabym zaakceptować, że również osobowość wychowawcy musi ciągle się rozwijać, że i on „staje się”, dorasta do zadań, które ma wykonać. Zamknięty „świat w sobie” w instytucjach wychowawczy demoralizuje również wychowawców, którzy popadają w rutynę i obojętnieją na osobiste sprawy wychowanków, traktuje ich tylko jako przedmiot wychowania. Dystans między nimi a ich pupilami, niezależnie od wieku, wyraźnie się dzisiaj zmniejszyły. Wprawdzie ciągle wychowawca kieruje wychowankiem, ale może dokonać tego jedynie z pozycji współpartnera, poszukując zatem z wychowankami twórczych rozwiązań”³⁷. I dalej: „Plastyczność struktury osobowości, procesy integracji, które zachodzą w różnych strefach życia osobowego, a jednocześnie szybkie zmiany warunków życia społecznego utrudniają przewidywanie, na jakiego człowieka wychowanek wyrasta. Współczesne teorie osobowości nie pozwalają na wygodną hipotezę, że pewne rysy charakteru będą się stopniowo utrwały i że odpowiedni rejestr takich cech mógłby stanowić szczegółowe cele wychowania. Osobowość, jako struktura regulująca swój stosunek do otoczenia, jest ciągle zależna od tych działań, które świat zewnętrzny proponuje, od stosunków i zależności, które narzuca”³⁸.

W wychowanku może dojść do zmiany jego osobowości. Staje się to podczas m. in. uczestnictwa w zespole wychowawczym, który opiera się na wzajemnych stosunkach w grupie rówieśniczej. Opiekunowie muszą pamiętać, aby sprawdzić instytucję, która powinna dbać o wiedzę i umiejętności swoich wychowanków. Wychowawca uczy wychowanka, przede wszystkim tego, żeby dokonywał odpowiednich wyborów wartości.

³⁷ Tamże, s. 134.

³⁸ Tamże, s. 125.

Poodejmowania słusznych decyzji. „System edukacji zapewnia ciągłość rozwoju społecznego, przekazuje dorobek kulturalny minionych pokoleń, przygotowuje do czynnego udziału w pracy i kulturze, kieruje procesami selekcji w taki sposób, ażeby wszyscy mieli dostęp do oświaty i ażeby odpowiednio zostały wykorzystane indywidualne zdolności i talenty w miejscu zatrudnienia. Jednocześnie system ten oddziałuje na formowanie się osobowości, stymuluje wszechstronnie jej rozwój, starając się go ukierunkować na pożądaną jakość życia”³⁹.

Nauczanie jest częścią wychowania. Nauczyciel choćby chciał przełamać system klasowo-lekcyjny to nie może, gdyż w szkole właśnie ten system obowiązuje. Wychowawca stara się więc jak lepiej poznać uczniów i ich rodziców, aby dobrze rozpocząć wychowanie. Jest to bardzo pomocne, aby klasa stała się jednością. „Współczesne wychowanie powinno wykształcić postawy innowacyjne, przygotować do zmian, czyli wywoływać takie zmiany w osobowości, które umożliwiają najpełniejszą interioryzację kultury. Bada zatem siłę i adekwatność socjalizacji, które różnicują możliwości uczestnictwa w skali społeczeństwa globalnego. Na tle 6 typów środowiska (wieś zachowawcza, uprzemysławiana, podmiejska, miasto małe - zachowawcze, średnie, duże miasto)”⁴⁰. W tym kontekście: „Twórcze wychowanie, w myśl postulatu wielowymiarowości celów i wyników wychowania, wymaga, ażeby twórczość została uznana za cenną wartość zarówno w całym systemie społecznym, jak i w systemie oświaty i wychowania czy w rozwoju osobowości”⁴¹.

Współcześnie na człowieka zwykle się patrzy z perspektywy kulturowo-społecznej, funkcjonuje on w różnorodnych rolach społecznych. Człowiek w osobowościowych wymiarach jest swoiście budowany „przez wpływy szerokiego kręgu kultury oraz wpływy socjalizacyjne wyższego kręgu społecznego. Wytworem kultury i mechanizmów socjalizacyjnych są wzorce, normy i wartości, które mają zasadniczy wpływ na ludzkie funkcjonowanie tak w kategoriach wewnętrznych (psychologicznych i aksjologicznych), jak i zewnętrznych (postaw i zachowań społecznych). W toku socjalizacji jednostka ludzka internalizuje wartości i normy, stając się współuczestnikiem konkretnej społecznej grupy odniesienia. Perspektywa kulturowo-społeczna zakłada przede wszystkim znaczący wpływ środowiska (kręgu kulturowego i kręgu społecznego) na formowanie się tożsamości człowieka”⁴².

Trwałość i struktura mechanizmów socjalizacyjnych wpływa na formy oddziaływań resocjalizacyjnych, dzieje się to wówczas gdy człowiek osiąga dojrzałość społeczną i interpersonalną.

Środowiskiem jest dla człowieka wszystko, co go otacza. Oddziaływanie to może mieć dwojaki charakter. „Po pierwsze, może być to oddziaływanie fizyczne, pociągające za sobą z reguły fizyczne skutki, np. bójki między kolegami czy kary fizyczne wymierzone dzieciom. Po drugie, są to oddziaływania za pomocą komunikatów werbalnych, sterujących

³⁹ Tamże, s. 129.

⁴⁰ Tamże, s. 138.

⁴¹ Tamże, s. 143.

⁴² M. Konopczyński, *Metody twórczej resocjalizacji*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2006, s. 70.

aktywnością jednostki. Ten drugi rodzaj stosowany jest najczęściej spotykanym stymulatorem wszelkich poczynań i zdarzeń społecznych, w tym również socjalizujących⁴³.

Socjalizacja ma charakter procesu „rozwoju oraz kształtowania się u dzieci i młodzieży sposobów zachowania i postępowania, konstytuujących parametry ich tożsamości⁴⁴. Więc młody człowiek przyswaja sobie normy, wartości, zachowania czy też informacje o świecie. Proces socjalizacji przebiega w obrębie środowisk społecznych, np. w rodzinie, w szkole, przy rówieśnikach bądź w pracy. Dzieje się to poprzez proces komunikacji. „Nadawcami przekazów socjalizacyjnych są osoby reprezentujące większą zbiorowość społeczną, a na treść przekazu składają się: sposoby zachowania, normy i modele, zasób wiedzy o rzeczywistości⁴⁵”.

Ponadto należy odnotować: „Trzy istotne momenty socjalizacji to: faza asocjacji, faza dysocjacji oraz faza różnorodnie funkcjonujących środowisk społecznych. W fazie skojarzeń (asocjacji) proces uspołeczniania następuje, gdy jednostka, wchodząc w różne role społeczne, postrzega i przyjmuje wartości, wzory, normy społeczeństwa globalnego. Jej zachowanie, oceny i postawy są zgodne z nimi, a jej stanowisko wobec wszelkich dewiacji jest zdecydowanie postępujące. Pojawiające się w tej fazie konflikty są przejściowe i nie mają zasadniczego wpływu na kreowanie systemu wartości i ocen uznawanych przez społeczeństwo globalne. Asocjacja zależy szczególnie od tego, w jakim stopniu grupy reprezentujące społeczeństwo globalne (rodzina, szkoła, instytucja masowego przekazu, kultury itp.):

- koordynują własne role w procesie socjalizacji,
- są zgodne do wzmacniania i tworzenia pewnych wzorców i ich przyswajania,
- zapobiegają procesowi dysocjacji, czyli rozszczepienia.

Dysocjacja z kolei jest przeciwstawieniem asocjacji. Polega na przyswajaniu przez daną jednostkę norm, zasad moralnych i etycznych, sprzecznych z systemem wartości preferowanym przez społeczeństwo globalne. Prowadzi do powstania licznych konfliktów w zakresie norm etycznych i prawnych. Zróżnicowania efektów socjalizacyjnych można również szukać wśród różnorodnie funkcjonujących środowisk społecznych, które w rozmaity sposób są nośnikami kultury⁴⁶.

Wpływy socjalizacyjne kształtują formy i sposoby zaspakajania potrzeb oraz mogą doprowadzać do ich blokowania lub rozwijania. Niezaspokojenie jednej lub kilku potrzeb narusza równowagę całej istniejącej hierarchii. Istnieją trzy zasadnicze kategorie potrzeb: biologiczne, psychologiczne i społeczne. Zaspokojenie potrzeb pierwszego rzędu (biologicznych) daje możliwości realizacji potrzeb wyższego rzędu. Do głównych potrzeb psychologicznych należą potrzeby: bezpieczeństwa, miłości, akceptacji. Potrzeba bezpieczeństwa, w tym bezpieczeństwa zdrowotnego (i wynikające z niej uczucia stałości, trwania, pewnej stabilizacji) jest podstawowa i powinna być zaspokajana w trakcie procesów socjalizacyjnych. Jej negacja wywołuje głębokie niekorzystne skutki psychologiczne, a w konsekwencji również społeczne. Zaspokojona potrzeba miłości - dziecko chce być kochane i pragnie odwzajemniać to uczucie - objawia się otwartością i aktywnością

⁴³ Tamże, s. 71.

⁴⁴ Tamże, s. 71.

⁴⁵ Tamże, s. 71.

⁴⁶ Tamże, s. 74-75.

interpersonalną. Natomiast nie zaspokojenie tej potrzeby prowadzi do izolacji społecznej, zamknięcia się w sobie lub konfliktowości i rozwoju agresji. Potrzeba akceptacji wyraża się w przyjęciu dziecka takim, jakie ono jest, niezależnie od jego cech zewnętrznych czy braków wewnętrznych (np. intelektualnych). Wiąże się to z umiejętnością wyrażania dezaprobaty dla konkretnego zachowania dziecka przy jednoczesnym aprobowaniu jego samego⁴⁷. Z akceptacją wiąże się potrzeba afiliacji, poczucie przynależności do czegoś, świadomość, że jest się kochanym. Brak jej zaspokojenia może być przyczyną nieprzystosowania człowieka oraz zaburzeń w jego zachowaniu.

Dziecko, które nie ma zaspokojonych wspomnianych podstawowych potrzeb, staje się samolubne, agresywne, nie umie współżyć z innymi, staje się nie lubiane przez otoczenie, konfliktowe. Pojawia się u niego brak poczucia winy, uważa się za pokrzywdzone przez ludzi i świat. Taka postawa społeczna jest silnie uwarunkowana - dziecko oczekuje miłości od opiekunów, a niezrealizowanie tego pragnienia jest powodem negatywnego stosunku do ludzi.

Dziecko wychowywane w atmosferze wrogości czuje się odrzucone, jest nieufne i podejrzliwe, nawiązywanie kontaktów społecznych wywołują u niego poczucie zagrożenia, lęku. W rezultacie często reaguje agresywnie. Dziecko niezwiązane uczuciowo opiekunami nie ma ani możliwości, ani chęci przyswojenia sobie powszechnych norm zachowania. Samo nie obserwuje społecznie aprobowanych modeli postępowania i dlatego postanawia kierować się własną, przejściową korzyścią. Jeśli styka się z przykładami zachowań niewłaściwych, egoistycznych również samo będzie nieżyczliwe dla rówieśników i innych ludzi. Frustracja, wynikająca z niezaspokojonej we wczesnym dzieciństwie potrzeby zależności i miłości, może być również główną przyczyną zachowań antyspołecznych i przestępczych w dorosłym życiu.

Długotrwałe niezaspokojenie potrzeb powoduje uruchamianie się mechanizmów obronnych, które z kolei zakłócają działanie regulacyjnych mechanizmów wewnętrznych. Do najczęściej występujących mechanizmów obronnych zaliczamy: kompensację, racjonalizację, przeniesienie, identyfikację, projekcję i w końcu izolację. Rzadziej występuje regresja, czyli zachowanie jednostki nieadekwatnie do poziomu jej dojrzałości intelektualnej i emocjonalnej.

Doświadczenia, wymiary i mechanizmy socjalizacyjne istotnie wpływają na klimat socjalizacyjny, tworzący więź emocjonalną. Wspomniana więź warunkuje jakość życia społecznego w kontekście zaspokajania wspomnianych wcześniej potrzeb wewnętrznych i zewnętrznych. W znacznym stopniu klimat socjalizacyjny kształtuje jakość stosunków interpersonalnych. Można wymienić następujące traumatyzujące rodzaje klimatu socjalizacyjnego:

- klimat socjalizacyjny hałaśliwy, gdzie stale dochodzi do kłótni i awantur,
- klimat socjalizacyjny depresyjny, gdy dominuje przygnębienie, smutek i rezygnacja,
- klimat socjalizacyjny obojętności, którą cechuje brak więzi uczuciowych opiekunów z dzieckiem,

⁴⁷ S. Jaśkiewicz, *O człowieku „niezwyciężonym” na podstawie traktaty „O prawdziwej wierze” Augustyna*, Kieleckie Studia Teologiczne, Kielce 2008, s. 217-232, Św. Augustyn, *Dialogi i pisma filozoficzne*, Pax, Warszawa 1954.

- klimat socjalizacyjny nadmiaru emocji i problemów, gdy dziecko otoczone jest nadmierną czułością lub zbyt absorbowane różnymi sprawami.

Mechanizmy socjalizacyjne wpływają na różne wymiary funkcjonowania człowieka, kształtując jego parametry tożsamości⁴⁸.

Z powyższych analiz wynika, że socjalizacja jest dla nas ludzi bardzo ważnym procesem. Polega m. in. na kształtowaniu i nabywaniu przez młodego człowieka norm, wartości, wzorów zachowań. Ponadto podejście do socjalizacji przechodzi z pokolenia na pokolenie, bez niego byłibyśmy niezdolni do funkcjonowania w dzisiejszym świecie. Żyjemy w świecie nauki, technik, mediów, nowych technologii, gdzie świat bardzo szybko się zmienia. Z tego punktu widzenia przeprowadzona analiza krytyczna dostępnej literatury potwierdzała znaczenie i rolę procesu socjalizacji we współczesnym świecie.

Analizując problematykę socjologia kultury fizycznej i socjalizacja w kontekście zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka niezbędne jest bliższe przyjrzenie się rozumienia pojęcia zdrowia oraz bezpieczeństwa zdrowotnego zarówno w Polsce, jak i również w Unii Europejskiej⁴⁹.

W literaturze tematu termin „zdrowie” definiowany jest bardzo różnorodnie, na wiele sposobów. Poprzez pojęcie zdrowia można rozumieć między innymi stan pełnej sprawności zarówno fizycznej, psychicznej, jak i społecznej. W węższym znaczeniu spotykamy się z próbą definiowania go, jako stanu nieobecności choroby lub niepełnosprawności⁵⁰. Z kolei z perspektywy fizjologicznej jest to pełna zdolność organizmu do utrzymywania równowagi pomiędzy nim samym a środowiskiem zewnętrznym, do prawidłowego reagowania na zmiany środowiska i adaptacji do tych zmian. Nauka, która zajmuje się zagadnieniami zdrowia jest między innymi higiena, zaś utrzymaniem i przywracaniem zdrowia zajmuje się medycyna⁵¹⁻⁵².

Nie sposób, w tym krótkim tekście, wymienić wszystkich lekarzy, filozofów, czy też przedstawicieli innych dyscyplin, którzy na przestrzeni wieków przyczynili się do ukształtowania a później do wzbogacenia pojęcia zdrowia⁵³. Nie można jednak pominąć Hipokratesa z Kos, od którego rozpoczęło się w medycynie europejskiej definiowanie zdrowia i choroby. Uważał on, że główna rola w stanach zdrowia i choroby zależy od czterech płynów: krwi, śluzu, żółci i czarnej żółci, a ich równowaga decyduje o stanie zdrowia człowieka. Stworzona przez Hipokratesa koncepcja choroby, jako zaburzenia

⁴⁸ M. Konopczyński, *Metody twórczej resocjalizacji*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2006, s. 79-81.

⁴⁹ M. Skarżyński, *Możliwości zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce (Wybrane aspekty)*, Nowiny Lekarskie 5 (81)/2012, Poznań 2012, s. 516-523.

⁵⁰ Kwestia zagrożeń dla zdrowia związanych z pracą została rozwinięta szerzej przez P. Krasuckiego w pracy: *Ryzyko zdrowotne związane z pracą*, Państwowa Inspekcja Pracy, Warszawa 2004.

⁵¹ T. Różniatowski (red.), *Mała encyklopedia medycyny*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987, s. 1426.

⁵² Por. J. Konieczny, *Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach środowiskowych. Studium metodologiczno-edukacyjne w perspektywie zrównoważonego rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Politycznych i Dziennikarstwa Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2016.

⁵³ A. J. Karpiński, *Kategorialny opis bezpieczeństwa zdrowia człowieka*, [w:] M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*, Wydawnictwo Gdańskiej Szkoły Wyższej, Gdańsk 2013, s. 9-42.

czynności organizmu, z mniejszymi lub większymi modyfikacjami, przetrwała do XIX wieku⁵⁴.

W naukach o zdrowiu, obok jego definiowania, rozważa się pojęcie zdrowia w szerszym kontekście używając terminu model zdrowia oraz model opieki zdrowotnej. Termin model oznacza opis zdrowia cechujący jego główne założenia, elementy i właściwości. W biomedycznym modelu zdrowia przyjmuje się, że subiektywne odczucie choroby nie musi stanowić podstawy do interwencji medycznej, gdy nie potwierdzają jej obiektywne, dostrzegalne wskaźniki. Tylko lekarz wie, co jest ważne dla zdrowia człowieka i tylko on może udzielać wskazówek w tej sprawie, gdyż wiedza o zdrowiu i chorobie jest racjonalna, uzasadniona i naukowa. Subiektywne, przyjęte kryteria zdrowia nie mają większego znaczenia w ocenie jego stanu. W tej perspektywie udział pacjenta w leczeniu polega przede wszystkim na ścisłym przestrzeganiu zaleceń lekarza. Jest to tym bardziej zastanawiające, gdyż zdrowie pozostaje często poza kontrolą człowieka-podmiotu, natomiast duży wpływ okoliczności niebiologicznych na procesy biologiczne jest często niedoceniany lub wręcz często pomijany. W obecnych czasach niektóre elementy biomedycznego podejścia do zdrowia są nadal aktualne i komplementarne do nowego, holistycznego podejścia do zdrowia. Holistyczna wizja człowieka zasadza się na traktowaniu zdrowia człowieka jako całości oraz części, jego elementów i wymiarów jako całości. Podejście takie implikuje poważne konsekwencje. W pierwszym przypadku oznacza to, że zdrowie człowieka konstituują powiązane ze sobą wszystkie szeroko rozumiane aspekty egzystencji (fizyczny, psychiczny i społeczny). W drugim natomiast postrzeganie zdrowia człowieka w odbywa się kontekście czynników, które na nie wpływają, w tym głównie stylu życia i warunków, w których żyje człowiek⁵⁵.

Klasycznie wyróżnia się dwa kryteria podziału mierników do oceny stanu zdrowia: w zależności od tego, kto dokonuje oceny zdrowia oraz w zależności od „znaku”.

Pierwsze ze wspomnianych kryteriów dzielimy dodatkowo na obiektywne i subiektywne. Mierniki obiektywne mogą być zmierzone, wyrażone w jednostkach, czy liczbach np. pomiar ciśnienia tętniczego krwi, prawidłowość masy ciała. Mierniki subiektywne pozwalają na opisanie zdrowia i samopoczucia z perspektywy samych zainteresowanych. Bazując na wynikach badań ankietowych można takie informacje uzyskać dla dużych populacji. Istnieje zatem obiektywna możliwość podkreślenia, że oceny różnych aspektów zdrowia często dokonują sami ludzie, a nie zaś profesjonaliści.

Drugie analizowane kryterium dzieli mierniki na pozytywne i negatywne. Mierniki pozytywne to te, które określają prawidłowość i sprawność funkcjonowania całego organizmu lub poszczególnych układów, np. wskaźniki rozwoju fizycznego, czy dobra jakość życia. Mierniki negatywne mierzą natomiast natężenie występowania chorób czy też niepełnosprawności, zgonów oraz inne czynniki związane z istnieniem ryzyka dla zdrowia człowieka⁵⁶.

⁵⁴ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2008, s. 18.

⁵⁵ M. Kowalski, A. Gawęł, *Zdrowie-wartość-edukacja*, , Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006, s. 16-25.

⁵⁶ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2008, s. 36-37.

Formalna organizacja ochrony zdrowia tworzona jest przez system instytucji, norm prawnych i działalności, które mają na celu zapobieganie chorobom, organizowanie rozpoznawania chorób, ich leczenie oraz rehabilitację⁵⁷. We wszystkich wspomnianych wyżej aktywnościach bardzo ważne znaczenie ma promocja zdrowia. Do podstawowych funkcji ochrony zdrowia należy profilaktyka, czyli zapobieganie. Składa się ono z faz obejmujących również leczenie i opiekę medyczno-społeczną⁵⁸.

W krajach Unii Europejskiej spotkać można dwa odrębne modele ochrony zdrowia: narodowy system ochrony zdrowia i system oparty na ubezpieczeniach zdrowotnych⁵⁹. Swoje rozwiązania wypracowały również Stany Zjednoczone opierając je na rozwiązaniach tzw. szkoły chicagowskiej⁶⁰. Określając politykę zdrowotną państwa oprócz tego, że duże znaczenie ma model ochrony zdrowia, to również uwzględniany jest sposób opłacania świadczeń zdrowotnych. W tych krajach, w których przyjęto ubezpieczeniowy system ochrony zdrowia rozróżniamy dwie metody opłacania świadczeń. Pierwsza z nich polega na zwrocie kosztów leczenia. Taka metoda obowiązuje np. w Belgii, Luksemburgu czy Francji. W wymienianych krajach ubezpieczony ma swobodny wybór lekarza, niezależnie od tego, czy ma on podpisany kontrakt z kasą chorych czy też nie. Ponadto nie obowiązują typowe w Polsce skierowania na konsultacje, czy leczenie specjalistyczne lub szpitalne. Druga metoda opłacania świadczeń polega na dostarczaniu świadczeń w naturze. Obowiązuje on w takich państwach jak: np. Austria, Holandia, Niemcy i w tych państwach pacjent jako ubezpieczony uzyskuje świadczenia zdrowotne bezpłatnie, niekiedy wyłącznie u świadczeniodawców, którzy mają podpisany kontrakt z kasą chorych. Ponadto w krajach tych leczenie specjalistyczne wymaga otrzymania skierowania od lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego). Z kolei w państwach, w których obowiązuje narodowy system zdrowia takich jak: Dania, Grecja, Finlandia, Hiszpania, Irlandia, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania, czy Włochy pacjent nie płaci za świadczenia (z wyjątkiem ewentualnego ryczałtu, który obowiązuje w niektórych państwach), ale najczęściej wybiera lekarza pierwszego kontaktu, którego może zmienić po upływie pewnego czasu. Organizacja i dostarczanie świadczeń zdrowotnych jest obowiązkiem państwa, w systemach zdecentralizowanych zaś - władz lokalnych samorządowych, natomiast świadczenia są finansowane z podatków⁶¹. Funkcjonujący system opieki zdrowotnej ma kluczowe znaczenie przy analizowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego w danym państwie. Stanowi również podstawę do oceny wykonywania swoich zadań przez podmioty publiczne na rzecz mieszkańców.

⁵⁷ W. Boratyński, *Podstawy organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Skrypt dla studentów*, Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2013, s. 15 i nast.

⁵⁸ *Encyklopedia Zdrowia*, red. W. S.Gumułka, W. Rewerski, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1999,2000, s. 411-412.

⁵⁹ S. J. Kawałko, *Polityka zdrowotna a europejska przestrzeń ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Athenae Gedanenses, Gdańsk 2016, s. 79 i nast.

⁶⁰ E. Januła, K. Pobiedzińska, *Polityka społeczno-zdrowotna w pierwszej połowie XXI wieku w świetle metodologii szkoły chicagowskiej w doktrynie „społeczeństwa trzeciej fali”*, [w:] N. A. Fechner, Z. Nęcki, *Bezpieczeństwo zdrowotne. Ujęcie interdyscyplinarne. Podmioty, środowiska i obszary wyzwań oraz zagrożeń zdrowotnych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2015, s. 11-20.

⁶¹ T.B. Kulik, M. Latarski (red.), *Zdrowie publiczne*, Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, s. 182-183.

W naszym kraju przez wiele lat obowiązywał system opieki zdrowotnej oparty na tzw. systemie Siemaszki, który charakteryzował się centralnym planowaniem oraz sterowaniem. Ograniczał on możliwości działania sektora prywatnego w sferze zdrowia. Pierwsza próba zjednoczenia wysiłków różnych organów administracji rządowej, NGO oraz społeczności lokalnych w celu ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia Polaków nastąpiła w roku 1990. W odpowiedzi na strategię Światowej Organizacji Zdrowia *Zdrowie dla wszystkich w roku 2000* opracowano *Narodowy program zdrowia*, który uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarzał szansę na skuteczniejszą realizację zadań publicznych związanych ze zdrowiem społeczeństwa i jego bezpieczeństwem zdrowotnym. Jednakże głębokie zmiany polityczne, ekonomiczne i społeczne niosły za sobą nie tylko nowe możliwości, ale również zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego wielu grup społecznych⁶². W związku z tym wielokrotnie modyfikowano *Narodowy program zdrowia* kolejno w 1993 r. i 1996 r. W 2002 r. i 2006 r. powstały kolejne dokumenty strategiczne mające na celu harmonijny rozwój regionalny i skuteczną absorpcję środków Unii Europejskiej⁶³. W czerwcu 2005 r. Rada Ministrów przyjęła przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia *Strategię rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013*. Integralną częścią wspomnianej wyżej strategii stał się *Narodowy program zdrowia* przygotowany na lata 2007 – 2015. Czwarta wersja *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015* nawiązuje do: *Światowej Deklaracji Zdrowia*; strategii *Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*; założeń programu Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego; nowej strategii zdrowia publicznego zaproponowanej przez Komisję Europejską wyrażonej w wystąpieniach programowych komisarzy ds. zdrowia i konsumentów UE, projektu *Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającej wspólnotowy program w dziedzinie zdrowia na lata 2007 – 2013*⁶⁴. System opieki zdrowotnej obecnie w Polsce oparty jest na modelu ubezpieczeniowym, a prawo do ochrony zdrowia gwarantuje konstytucja⁶⁵. Jednakże do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają prawo: osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz inne osoby po spełnieniu określonych warunków.⁶⁶ System umożliwiający natychmiastowe potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązujący w Polsce to eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców)⁶⁷. Wśród uczestników systemu opieki zdrowotnej w Polsce wyróżniamy: instytucję ubezpieczenia zdrowotnego pełniącą funkcję płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia), świadczeniobiorców (pacjentów), świadczeniodawców (podmioty lecznicze, apteki oraz innych świadczeniodawców), organy kontroli i nadzoru (Rzecznik Praw Pacjenta, Państwowa Inspekcja Sanitarna, wojewodowie i działające przy nich wojewódzkie

⁶² P. Bromber, J. Hady, H. Lachowska, M. Leśniowska-Gontarz, D. Szaban, B. Ślusarczyk, J. Zdanowska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2015.

⁶³ M. Koziński, *Bezpieczeństwo w Unii Europejskiej. Zdrowie publiczne i świadczenia*, Fundacja PRO POMERANIA, Gdańsk 2011, s. 7 i nast.

⁶⁴ [http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia\(28.12.2017\)](http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia(28.12.2017)).

⁶⁵ Art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)

⁶⁶ Art. 2 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.).

⁶⁷ [http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/e-wus/faq/\(02.012017\)](http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/e-wus/faq/(02.012017)).

centra zdrowia publicznego oraz konsultanci wojewódzcy w poszczególnych specjalnościach medycznych), a także Ministerstwo Zdrowia, które jest urzędem administracji rządowej obsługującym ministra zdrowia. Minister Zdrowia bezpośrednio uczestniczy w ustalaniu polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia. Odpowiada za jej treść i realizację poprzez kierowanie działem administracji rządowej – zdrowie oraz wypełnianie zadań wyznaczonych mu przez prezesa Rady Ministrów. Inicjuje, opracowuje i realizuje politykę rządu w zakresie ochrony zdrowia między innymi poprzez współpracę z innymi członkami Rady Ministrów, przygotowywanie projektów aktów normatywnych, nadzorowanie działalności terenowych organów administracji rządowej i współdziałanie z samorządami zawodów medycznych, organizacjami społecznymi i przedstawicielami środowisk zawodowych i twórczych. Prowadzi politykę ustaloną przez Radę Ministrów i koordynuje jej realizację za pośrednictwem organów, urzędów i jednostek organizacyjnych, które mu podlegają lub są przez niego nadzorowane. Organami opiniotawczo-doradczymi ministra są: Kolegium Ministra, Kierownictwo Ministerstwa, komitet audytu⁶⁸.

⁶⁸ <http://www.mz.gov.pl/ministerstwo/minister-zdrowia> (02.012017).

Rozdział 2

Globalizacja a kultura fizyczna

Nowoczesność jest z natury globalizująca - w sposób oczywisty widać to w pewnych charakterystycznych cechach instytucji, a zwłaszcza w ich działaniu. Warto podjąć próbę odpowiedzi na pytanie czym tak dokładnie jest globalizacja i jak moglibyśmy dokonać najlepszej konceptualizacji tego zjawiska? Warto przeanalizować w tym miejscu to zagadnienie, gdyż waga i zasięg współczesnych procesów globalizacyjnych ma bezpośrednio oddziaływanie na istotne aspekty kultury fizycznej i bezpieczeństwa zdrowotnego. W rozważaniach nie można również pominąć odrębności w postrzeganiu i funkcji przestrzeni miejskiej i wiejskiej. Od problematyki globalizacji nie można we współczesnym świecie. Szeroka perspektywa badawcza wymusza pokorę w poszukiwaniach naukowych, stawianiu hipotez i ich weryfikacji. Globalizacja jest przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin i dyscyplin naukowych. Oczywista jest wręcz immanentnie związana z globalizacją interdyscyplinarność oraz konieczność poruszania się w wielu zagadnieniach z różnych dziedzin wiedzy⁶⁹.

Analizując problematykę globalizacji należy rozważyć wiele jej aspektów. Współcześnie może nieco dziwić nadmierna ufność jaką socjologowie pokładają w idei społeczeństwa rozumianego jako wewnętrznie powiązany system. Postawa ta powinna zostać zastąpiona przez punkt wyjścia, w którym uwaga skupiałaby się na analizie, tego jak życie społeczne jest podporządkowane w czasie i przestrzeni, czyli na problemie czasowo-przestrzennego oddalenia⁷⁰.

Okazuje się, że współcześnie w epoce nowoczesności wspomniany poziom oddalenia czasowo-przestrzennego jest o wiele wyższy niż kiedykolwiek w poprzedzających ją okresach, a relacje zachodzące między lokalnymi a odległymi formami społecznymi i wydarzeniami uległy swoistemu „rozciągnięciu”.

Globalizację możemy więc zdefiniować jako zintensyfikowanie stosunków społecznych o zasięgu ogólnosiwiatowym, które łączą ze sobą odległe miejsca w taki sposób, że zachodzące w nich wydarzenia na poziomie lokalnym kształtowane są pod wpływem innych wydarzeń rozgrywających się w odległości wielu kilometrów, często nawet w innym kraju i *vice versa*⁷¹.

Na kondycję i zmiany współczesnej kultury fizycznej i bezpieczeństwa zdrowotnego wpłynęły liczne czynniki o zróżnicowanej naturze. Można w tym miejscu wymieć czynniki o naturze ekonomicznej, cywilizacyjno-technicznej, społecznej i kulturowej. Obserwacja ta należy dziś do prawd elementarnych a jednak, jak się wydaje, nie w pełni ludzie uświadamiają sobie jej teoretyczne i praktyczne konsekwencje. Implikuje ona mianowicie, w sferze działalności poznawczej, pewien rodzaj dyrektywy nakazującej poszukiwanie bezpośrednich i pośrednich relacji między współczesnym, panującym modelem wychowania

⁶⁹ G. Cimek, *Podstawowe problemy geopolityki i globalizacji*, Wydawnictwo Athenae Gedanenses, Gdańsk 2016 i cytowana tam literatura tematu.

⁷⁰ Giddens, *Konsekwencje nowoczesności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 47.

⁷¹ Tamże, s. 47.

fizycznego, sportu rekreacji i turystyki oraz innymi dziedzinami aktywności ludzkiej. Jeszcze bardziej zajmujące wydaje się znalezienie kolejnych relacji tym razem na linii szeroko rozumiana kultura fizyczna a bezpieczeństwo zdrowotne, których swoistą osnową są procesy globalizacji. Uświadomienie sobie aktualnego stanu i rokowań rozwojowych cywilizacji naukowo-technicznej, jej genezy i skutków psychospołecznych, a także postępujących zmian w stylu życia, wzorów oczekiwań i aspiracji współczesnego człowieka pozostaje więc pierwszoplanowym i pilnym zadaniem⁷².

Nasi przaprzodkowie, podobnie jak i wszystkie inne organizmy żywe, zwierzęta, byli bezwarunkowo podporządkowani przyrodzie. Można wywnioskować, że ich cały rozwój był zupełnie nieświadomy, zaś jego niezbędnym warunkiem było przystosowanie się do otaczającego świata drogą doboru naturalnego i walki o byt. Prawdopodobnie było to ponure królestwo prymatu silniejszego i fizycznej konieczności. Istniejąca o zarania dziejów konieczność fizyczna doprowadziła człowieka do takiego szczebla rozwoju, na którym zaczął on się powoli wyodrębniać się od pozostałego świata zwierzęcego. Stał się zwierzęciem produkującym narzędzia – *homo faber*. Narzędzie stało się organem, za pomocą którego człowiek oddziaływa na przyrodę dla osiągnięcia swoich celów⁷³⁻⁷⁴.

Od połowy lat osiemdziesiątych globalizacja stała się przedmiotem zainteresowania teoretyków, także tych o uznanych nazwiskach. Liczba publikacji na temat różnych aspektów globalizacji rośnie lawinowo. Trudno określić skąd rozpoczęło się tak duże zainteresowanie globalizacją. Wielu naukowców przewartościowało swoje dotychczasowe poglądy, przekonanych, że zainteresowanie globalizacją to więcej niż tylko przemijająca moda. Mody w nauce występują, są interesujące, jednakże globalizacja ma inną strukturę i genezę. Jest ona przede wszystkim obiektywnie zachodzącym splotem zjawisk ekonomicznych, politycznych i społeczno-kulturowych, obejmujących coraz większe liczby mieszkańców naszego globu. Ale nawet dziś nie wszystkich. Dlatego dla wielu jest ona postrzegana jako zjawisko z zewnątrz, którego sami są rzadko nosicielami. Również dla Polaków globalizacja stanowi, jak dotąd kontekst, zewnętrzny, którego są jednak coraz częściej świadkami niż biernymi obserwatorami. Zmiany jednakże zachodzą niezwykle szybko⁷⁵.

W ostatnich dwudziestu latach obserwujemy wyraźne przyspieszenie globalizacji, ale nie znaczy to jeszcze, że gospodarka, polityka, kultura stały się globalne. Przeciwnie nadal daleko im do tego. W takim tonie wypowiada się wielu specjalistów.

- „Globalizacja nie jest i nigdy nie była globalna. Wielka część świata, taka w której mieszka jedna trzecia ludzkości (...) po prostu w niej nie uczestniczy (Is it at risk? 2002, s. 62).
- Globalizacja nie jest w żadnym razie totalna. Całe gospodarki w tym chińska, są bardziej narodowe niż globalne (choć część ich narodowego sukcesu trzeba przypisać globalizacji). (...) Wewnątrz krajów ważne sektory, takie jak usługi

⁷² Z. Krawczyk, *Filozofia i socjologia kultury fizycznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1974, s. 11.

⁷³ Tamże, s. 43.

⁷⁴ Por. M. P. Migoń, *Wstęp do etyki. Skrypt*, Wydawnictwo Gdańskiej Szkoły Wyższej, Gdańsk 2013, s. 23.

⁷⁵ M. Marody, *Wymiary życia społecznego, Polska na przełomie XX i XXI wieku*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2002, s. 440.

zdrowotne i oświata na poziomie podstawowym - jeśli nie cała – wydają się wyłączone z konkurencji globalnej, choć nie jest przypadkiem, że gospodarka globalna już wchodzi w te usługi (Dahrendorf 1998, s. 78).

- Globalizacja nie jest globalna, bo obejmuje prawie wyłącznie Północ, gdzie znajduje się 21 procent wszystkich inwestycji zagranicznych. (...) Tylko mała grupa ludzi stara się objąć myślą całą planetę. Proces globalizacji dotyczy świata zewnętrznego, takich dziedzin jak komunikacja czy handel, ale nie obejmuje naszej wyobraźni. W rzeczywistości ogromna większość z nas myśli o miejscu najbliższym, ograniczonym, myśli lokalnie (Kapuściński 2002, s. 16)⁷⁶.

Wychowanie fizyczne jako wychowanie do zdrowia i istotny element wpływający a bezpieczeństwo zdrowotne jest jednym z celów, który postawiono sobie w dobie dzisiejszej rzeczywistości. Komisja Europejska silnie artykułuje, że państwa członkowskie UE muszą podjąć dynamiczne działania w celu odwrócenia spadkowej tendencji poziomu aktywności fizycznej. Sytuacja taka jest spowodowana w ostatnich dziesięcioleciach przez szereg czynników. Pogłębianie umiejętności w dziedzinie planowania, organizowania i kontroli zachowań prozdrowotnych, w tym treningu zdrowotnego, wydaje się być istotnym i koniecznym zadaniem między innymi dla nauczycieli wychowania fizycznego. Wielu teoretyków i metodyków wychowania fizycznego jest dziś zgodnych co do tego, że lekcje w szkole powinny być dalekie od treningu sportowego. Nowe podejście podkreśla, że wychowanie fizyczne nie musi drogą do sportu wyczynowego, powinno być raczej wychowaniem do treningu zdrowotnego i sportu rekreacyjnego. Trening zdrowotny wiąże się z intelektualizacją procesu wychowania i kształcenia fizycznego. Wychowanie fizyczne może, a nawet powinno wiązać się z przekazaniem wiedzy na temat zasad treningu zdrowotnego oraz innych koniecznych umiejętności związanych z planowaniem prozdrowotnych form ruchu⁷⁷.

Dynamiczne przemiany w sferze zdrowia w drugiej połowie XX wieku umożliwiły popularyzację sportu powszechnego, rozumianego jako sport dla wszystkich i prozdrowotnie zorientowanej aktywności fizycznej. Aktywność fizyczna uważana jest powszechnie za jeden z najważniejszych elementów współczesnego zdrowego stylu życia oraz czynnik determinujący stan zdrowia fizycznego, psychicznego i emocjonalnego jednostki. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, niski stopień aktywność jest czwartym najczęściej występującym czynnikiem ryzyka, który jest odpowiedzialny za przedwczesne zgony na świecie. Promocja aktywności fizycznej we współczesnych społeczeństwach jest jednym ze strategicznych celów wdrażanych przez organizacje międzynarodowe i władze państwowe. Również w naszym kraju coraz częściej mieszkańcy dostrzegają i doceniają potrzebę regularnego uprawiania sportu dla zdrowia. Niestety jednak ich deklaracje nie znajdują bezpośredniego odzwierciedlenia w realnie podejmowanych postawach. Sytuację tą odzwierciedlają wyniki badań przeprowadzonych w Polsce w ostatnich latach, które wskazują niski poziom aktywności fizycznej naszego społeczeństwa⁷⁸.

⁷⁶ Tamże, s. 447.

⁷⁷ P. F. Nowak, *Trening zdrowotny w szkolnym procesie wychowania fizycznego*, [w:] Problemy Higieny i Epidemiologii, T. 94, 3 (2013). Katedra metodyki wychowania fizycznego s. 413-418.

⁷⁸ A. Leszczyńska, *Sport to zdrowie! Refleksje o aktywności fizycznej Polaków*, Acta Univeritatis Lodziensis, Folia Sociologica 45, Łódź 2013 s. 179-189.

Zgodnie z koncepcjami leżącymi u podstaw współczesnej wizji promocji zdrowia, skuteczne, pozytywne oddziaływanie na zdrowie człowieka, a tym samym na jego bezpieczeństwo zdrowotne, wymaga zwiększenia potencjału jednostek i zbiorowości w zakresie umiejętności podejmowania bezpośrednich działań na rzecz własnego zdrowia i zdrowia najbliższego otoczenia. Tym co narzuca nam teraźniejszość pewne przewartościowanie. Polega ono na przyjęciu w miejsce paradygmatu biomedycznego, szeroko na świecie akceptowanego paradygmatu społeczno-ekologicznego, który jest kluczem do zrozumienia współczesnych koncepcji promocji zdrowia. W tym znaczeniu podstawowym zadaniem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jest przede wszystkim tworzenie warunków do kreowania i przyjmowania zmian oraz globalnych wyzwań edukacyjnych⁷⁹.

W wielu krajach zachodnich uznano, że zdrowie jest najważniejszym dobrem człowieka, niosącym radość życia, otwierającym drogę do sukcesów i szczęścia osobistego. Wszystkie zachowania prozdrowotne również są uwarunkowane kulturowo, trzeba więc umieć podejmować dobre wybory spośród wielu pojawiających się propozycji, zaś odrzucać niekorzystne. Zachowania prozdrowotne nie mogą się obejść bez analizy motywacji, czuwania nad własnym rozwojem, bez kształtowania własnych przekonań przez edukację zdrowotną jako niezbędną część promocji zdrowia i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Promocja zdrowia zależy przede wszystkim od nas samych, ale też od wspólnot do których można zaliczyć: rodziny, grupy rówieśnicze, szkoły, państwa⁸⁰.

Warto zaznaczyć, że w 1995 roku Światowa Organizacja Zdrowia powołała Komitet Ekspertów do spraw Wszechstronnej Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia w Szkole, który stanął na stanowisku, że środki przeznaczone na edukację jest inwestycją w zdrowie. Tym czego wymagają wyzwania współczesności teraźniejszość, jest przyjęcie w miejsce paradygmatu biomedycznego, wspomnianego wcześniej, szeroko na świecie akceptowanego paradygmatu społeczno-ekologicznego, który leży u podstaw nowych propozycji w sferze promocji zdrowia. Zgodnie z nimi podstawowym zadaniem nowoczesnej edukacji i promocji zdrowia jest przede wszystkim tworzenie warunków dla zmiany postrzegania zdrowia jako globalnego wyzwania dla społeczeństw.

W ostatnich latach trwa poszukiwanie na świecie wspólnej płaszczyzny dla różnorodnych poczynań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia oraz najskuteczniejszych sposobów integrowania rozproszonych działań, podejmowanych przez różne organizacje i instytucje. Chodzi tu zarówno o instytucje publiczne, jak i niepubliczne. Jeśli chodzi o płaszczyznę przestrzenne chodzi zarówno o obszary miast oraz wsi.

Jedną z propozycji w tym obszarze, która została zakomunikowana przez WHO i UNICEF, jest podejście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych. Podstawowym zadaniem współczesnej edukacji zdrowotnej jest więc kształtowanie afirmatywnej postawy wobec zdrowia jako wartości uniwersalnej⁸¹.

Szkoła jako główna obok rodziców instytucja odpowiedzialna za kształcenie i wychowanie we współczesnym społeczeństwie, dzięki procesom demokratyzacji objęła lub

⁷⁹ T. Maszczak, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu, Z. 54 (2005), s. 73.

⁸⁰ Tamże, s. 78.

⁸¹ Tamże, s. 80, 81.

obejmuje w przyszłości swoim zasięgiem młodzież rekrutującą się z wielu warstw i klas społecznych, które do tej pory nie zawsze mogły korzystać z jej dobrodziejstw. Równocześnie wiek szkolny przedłuża się, zaś w krajach najbardziej rozwiniętych w tym także w Polsce, zmierza się do przedłużenia go do granic osiągnięcia dojrzałości organizmu. Wynika z tego faktu konieczności zabezpieczenia przez szkołę niezbędnych warunków normalnego fizycznego rozwoju, fizycznej sprawności wychowanków oraz likwidacji lub zmniejszenia do minimum przypadków nieprawidłowości postaw. Wiąże się to również ze stworzeniem warunków i zabezpieczenia rozwoju sportowej aktywności młodzieży szkolnej. Życie we współczesnym społeczeństwie coraz częściej wymaga działań zespołowych, walki i rywalizacji, a równocześnie współpracy, koleżeństwa i przyjaźni⁸².

Wiek XX jest wiekiem burzliwych przemian i wydarzeń zarówno w sferze nauki, techniki, rozwoju ekonomicznego, gospodarczego kulturalnego, jak i również kształtowania się odmiennych stosunków międzyludzkich oraz powstawania ideologii państw i narodów swoiście zanudzonych w różne procesy społeczno-polityczne⁸³. Sport ze swej natury jest formą aktywności żywiołowej, która rozprzestrzeniła się w stosunkowo krótkim czasie na wielką, globalną skalę. Z drugiej jednak strony podlega on obecnie na daleko idącej racjonalizacji. Będąc elementem kultury społeczeństw o rozwiniętym uprzemysłowieniu, industrializacji i urbanizacji, sport czerpie jednocześnie klasyczne wzory z tradycji antycznych i arystokratycznych. Stanowi więc swoisty pomost łączący przeszłość z terażniejszością; ścierają się w nim wzajemnie elementy, które swą genezę mają w różnych epokach i systemach społecznych. Szybciej niżli inne składowe części kultury masowej, sport przełamał bariery klasowe i narodowe. Mimo tego funkcjonuje do dziś jako swoisty barometr, wskazujący temperaturę napięć społecznych i politycznych. Jest on zresztą kluczowym czynnikiem stymulującym, ale także rozładowującym owe napięcia⁸⁴.

Warto w tym miejscu zacytować słowa Christophera Lasha: „W miarę jak świat przybiera coraz groźny wygląd, życie staje się nieustannym poszukiwaniem zdrowia i dobrego samopoczucia przez ćwiczenia fizyczne, diety, leki praktyki duchowe rozmaitej maści, czytanie poradników psychologicznych i chodzenie do psychiatry. Tych którzy przestali się interesować światem zewnętrznym poza tym, że jest on dla nich źródłem frustracji i gratyfikacji, stan własnego zdrowia zaczyna pochłaniać całkowicie”.

Warto powtórzyć pytanie: czy poszukiwanie własnej tożsamości jest formą nieco żalosego narcyzmu, czy też, przynajmniej częściowo, wywrotną siłą w odniesieniu do nowoczesnych instytucji? Dotychczasowa polemika wokół tego tematu zawierała się w zasadniczej części głównie na tym pytaniu. Przy niewielkim wysiłku intelektualnym powinniśmy dostrzec coś dziwnego w stwierdzeniu Ch. Lasha: „Poszukiwanie zdrowia i dobrego samopoczucia” trudno pogodzić z tym, że ludzie „przestali się interesować światem zewnętrznym”. Korzystne skutki ćwiczeń czy diety nie są przecież osobistymi, indywidualnymi odkryciami, lecz pochodną głębokiej wiedzy eksperckiej. Analogicznie rzecz się ma z atrakcyjnością terapii czy pomocy psychiatrycznej.

⁸² Z. Krawczyk, *Filozofia i socjologia kultury fizycznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1974 s. 448, 449.

⁸³ Tamże, s. 459.

⁸⁴ Tamże, s. 471.

Współcześnie świat jest o wiele szerszym niż ten, z jakim człowiek miał kontakt w epoce przednowoczesnej. Możemy w uproszczeniu stwierdzić, że przemiany łączą się z następującymi zjawiskami:

- Wewnętrzną głęboką zależność między tendencjami globalizacyjnych nowoczesności z umiejscowionymi lokalnie wydarzeniami życia codziennego,
- Konstruowaniem tożsamości jako projektu refleksyjnego,
- Dążeniem do samorealizacji,
- Odmiennym konstruowaniem osobistych więzi,
- Zainteresowaniem samospelnieniem⁸⁵.

Pomimo występowania globalizacyjnych trendów, antagoniści istniejącego modelu globalizacji podkreślają, iż odbiorcy kulturowych wzorców, mimo że mogą je modyfikować, nie zmienia zasadniczo faktu polegającego na tym, że dokonujące się na świecie przepływy kulturowych treści miały, jak dotąd, zasadniczo jednostronny charakter. Zachód miał bowiem możliwości wpływania na kulturę, w tym kulturę fizyczną krajów słabiej rozwiniętych. Wspomniane kraje (nie licząc obszaru Azji Południowo – Wschodniej) miały niewielką możliwość wpływania na kulturę fizyczną zachodu. Procesy migracje i rozwój globalnej wymiany informacji (m. in. Internet) stworzył licznym kulturom szanse zaprezentowania swych osiągnięć zainteresowanym nimi osobom z całego świata. Dzięki temu lokalne wzory kulturowe mogą ulegać swoistej delokalizacji, a realizowanie ich może stawać się wynikiem indywidualnego wyboru. Stajemy się świadkami sytuacji, że aktywność fizyczna czy też sposoby przeciwdziałania zagrożeniom nie jest już w sposób dominujący uwarunkowana miejscem zamieszkania. Analogicznie sytuacja się ma z zamieszkiwaniem na terenach miejskich lub wiejskich. Dla przykładu nie trzeba być dziś Celtem, by słuchać celtyckiej muzyki, ani Tajlandczykiem, by być miłośnikiem tajlandzkiej kuchni. Analizowane procesy globalizacyjne swym oddziaływaniem obejmują również kulturę fizyczną. Internet rozsianym miłośnikom na przykład tureckich zapasów czy afrykańskich sztuk walki umożliwia bezproblemowe zdobywanie informacji na temat interesujących ich form aktywności. Głębokie zainteresowanie może skłonić do samodzielnego innych dyscyplin sportu. Niemniej jednak dopiero przyszłość pokaże, czy tego rodzaju zjawiska w rzeczywistości doprowadzą do stworzenia współczesnej globalnej kultury bardziej pluralistyczną i otwartą na tradycje globalnych wspólnot, czy też będą one miały zasięg jedynie ograniczony, nie podważający względnie jednolitego charakteru głównego kulturowego nurtu⁸⁶.

Obserwacje socjologiczne prowadzone z punktu widzenia wartości dostarczają licznych informacji na temat jakości i kondycji różnych form i struktur życia publicznego. Dzieje się tak z wielu powodów. W wielu przypadkach akceptowany zbiór czy układ wartości przekłada się, w takiej czy innej formie, na akceptowany styl życia, mentalność oraz określoną tożsamość społeczną i strategię działania jednostek i różnych grup społecznych.

⁸⁵ A. Giddens, *Konsekwencje nowoczesności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 87.

⁸⁶ Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, *Socjologia kultury fizycznej*, Wydawnictwo AWF, Warszawa 2011, s. 105 i nast.

Kategorie aksjologiczne stanowią cenne źródło ludzkich motywacji, wyjaśniają sens zachowań, postaw, interakcji⁸⁷.

Człowiek we współczesnym świecie został otoczony przez wszechobecny nakaz dbania o własne ciało. Uczestnikom świata kultury masowej, zgodnie z dominującym paradygmatem zachowań społecznych, nie wolno ignorować tego nakazu pod groźbą oskarżenia o brak szacunku do samego siebie. Środki masowego przekazu, liczne środowiska opiniotwórcze, producenci żywności, kosmetyków, suplementów diety, ludzie świata mody, kampanie lansujące tzw. zdrowy tryb życia ścigają się w doborze argumentów i uzasadnień, dlatego ciało potrzebna wiele troski i czasu. Funkcjonuje klasyczny pogląd, że w imię integralności bytu ludzkiego pielęgnować należy zarówno duszę (aspekt duchowy człowieka), jak i ciało (aspekt materialny człowieka).

Współczesny kult ciała nie jest jednak prostym odrodzeniem starogreckiej kalokagatii. Kultura współczesna, kierując człowieka ku dbaniu o własne ciało, w pewnym sensie mistyfikuje troskę o jego dobro. Czy więc kult ciała dowodzi wartości ciała?

Współczesny człowiek, dokonując tego, co nazywa „troską o ciało”, a co jest tak naprawdę posuniętą integracją i modyfikacją, zaprzecza, paradoksalnie, swym intencjom⁸⁸. Cieleśność zostaje w pewnym sensie uprzedmiotowiona, swą wartość zaś zyskuje dopiero w określonych okolicznościach. W obliczu przedstawionego paradoksu można postawić pytanie o status wartości ciała. Czy ciało jest wartością, ma wartość samą w sobie czy może jest czymś wartościowym⁸⁹.

Czas urojony nie różni się niczym od kierunków przestrzeni. Jeśli ktoś podróżuje na północ, to równie dobrze może zawrócić i udać się na południe; podobnie jeśli ktoś wędruje na przód w urojonym czasie, powinien móc zawrócić i powędrować wstecz w czasie urojonym⁹⁰. Oznacza to, że nie ma żadnej istotnej różnicy między dwoma kierunkami upływu urojonego czasu. Z drugiej strony, rozpatrując czas rzeczywisty, dostrzegamy ogromną różnicę między kierunkiem w przód i wstecz. Skąd bierze się ta różnica między przeszłością a przyszłością? Dlaczego pamiętamy przeszłość, ale nie przyszłość?⁹¹.

Od chwili, gdy stwierdzimy i odkryjemy, że istnieje wiele różnych kultur, a nie tylko jedna i w konsekwencji uznajemy kres kulturowego monopolu może grozić nam zniszczenie naszego własnego odkrycia. Nagle okazuje się, że istnieją jedynie inni, że my sami jesteśmy jedynie „innymi” pośród innych. Gdy ukrywają się wszystkie znaczenia i cele, możliwa staje się podróż zarówno wśród cywilizacji, jak i jej osiągnięć. Cała ludzkość staje się swoistym muzeum wyobraźni⁹².

⁸⁷ J. Szymczyk, *Elementy kultury i sportu z perspektywy aksjologii*, Rocznik Nauk Społecznych, T. 4 (40), Lublin 2012.

⁸⁸ L. Koczanowicz, K. Salamon-Krakowska, *Rozprawy naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 2012, 36, s. 3 i nast.

⁸⁹ J. Kosiewicz, T. Michaluk, K. Pezdek, *Nauki społeczne wobec sportu i kultury fizycznej*, Studia i Monografie AWF we Wrocławiu, Wrocław 2013, s. 15.

⁹⁰ S. W. Hawking, *Krótką historia czasu. Od wielkiego wybuchu do czarnych dziur*, Zysk i Spółka Wydawnictwo, Poznań 2013; S. W. Hawking, L. Mlodinow, *Jeszcze krótsza historia czasu*, Zysk i Spółka Wydawnictwo, Poznań 2015.

⁹¹ A. Giddens, *Konsekwencje nowoczesności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 1 i nast.

⁹² Tamże, s. 1.

Na przeobrażenia i zmiany współczesnej kultury fizycznej wpłynął szereg różnych czynników natury ekonomicznej, cywilizacyjno-technicznej, społecznej i kulturowej przyczyniając się do wzrostu jej znaczenia i rangi społecznej. Stwierdzenie to należy dziś do kanonu prawd elementarnych, jednakże nie w pełni uświadamiamy sobie jego teoretyczne i praktyczne implikacje. Wyznacza ono mianowicie w sferze działalności badawczej dyrektywę nakazującą poszukiwanie pośrednich i bezpośrednich związków pomiędzy współczesnym modelem wychowania fizycznego, sportu, rekreacji i turystyki oraz innymi dziedzinami aktywności człowieka. Uświadomienie sobie współczesnego stanu i perspektyw rozwojowych cywilizacji naukowo-technicznej, jej źródeł i skutków psychospołecznych oraz postępujących zmian w zakresie stylu życia, wzorów, oczekiwań i aspiracji współczesnego człowieka staje się pierwszoplanowym i istotnym zadaniem. Należy wziąć pod uwagę fakt, iż różnorodne potrzeby aktywności ruchowej narastają spontanicznie, samorzutnie jako wyraz nowych, dynamicznych sytuacji życiowych dzisiejszego człowieka⁹³.

Warto w tym miejscu przytoczyć następujące słowa: „Zaufanie zrodzone z troski jest w rzeczywistości probierzem realności danej religii. Wszystkie religie łączy element okresowego dziecięcego poddania się żywicielowi czy żywicielom, którzy udzielają ziemskiej fortuny oraz zdrowia duchowego. (...) (oraz intuicja, że jednostkowe zaufanie musi stać się wspólną wiarą, indywidualna nieufność-powszechnym złem, a powrót jednostki-częścią obrzędowych praktyk wielu ludzi oraz znakiem wiarygodności wspólnoty”⁹⁴.

Według przywoływanych autorów kultura fizyczna obejmuje te wszystkie cechy i wartości, które wiążą się z fizyczną postacią i fizycznym funkcjonowaniem każdego człowieka, zarówno w jego własnym indywidualnym odczuciu, jak też w odbiorze społecznie zobiektywizowanym. Cechy te uogólniając odnoszą się do zdrowia, prawidłowej budowy i postawy ciała, wydolności, odporności, sprawności fizycznej, a nawet harmonii ciała i urody. Analogicznie jak inne przejawy kultury, mają one charakter żywy i dynamiczny, kształtują postrzeganie świata i postawy ludzkie. Zgodnie z takim szerokim ujęciem za „masową kulturę fizyczną” można uznać zjawisko powszechnej higienizacji życia, a wręcz „medycyny dla wszystkich”. Kultura fizyczna jest też szkołą pracy nad sobą, nad swym zdrowiem i sprawnością. Jej wachlarz środków dalece wykracza poza sport czy też ćwiczenia ruchowe. Krzewić kulturę fizyczną znaczy zatem tyle, co kształtować afirmatywną, świadomą i aktywną swą postawę wobec ciała i jego potrzeb, edukować się w tym, jak poprawiać naturę, zmieniać obyczaj oraz doskonalić się. Wychowanie fizyczne powinno wprowadzać w świat szeroko pojętej kultury fizycznej, powinno być jej kursem propedeutycznym, dostosowanym do poszczególnych etapów rozwoju, do płci, środowiska, przyszłego zawodu⁹⁵.

Rozważania teoretyczne o naturze globalizacji kulturowej wydają się być jeszcze ostrzejsze niż te, które dotyczą globalizacji ekonomicznej czy też globalizacji politycznej. Jest tak prawdopodobnie dlatego, że dotyczą one sfery duchowej, która mimo że wydają się

⁹³ Z. Krawczyk, *Filozofia i socjologia kultury fizycznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1974, s. 11.

⁹⁴ A. Giddens, *Konsekwencje nowoczesności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 74.

⁹⁵ Z. Krawczyk, *Filozofia i socjologia kultury fizycznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1974, s. 215.

delikatna i ulotna, jest często trwalsza niż doraźne interesy ekonomiczne czy skład, cele instytucji politycznych. Transponując to na język problemów globalizacji można stwierdzić, że choć gigantyczne potężne siły na rzecz stworzenia z podzielonego dotąd na różne sposoby świata jednej, wspólnej globalnej całości, korzystające z homogenizacji kultury, czyli np. technik reklamowych, ubiorów, supremacji językowych itd., pomimo tego globalizacja nie musi w prostej linii prowadzić do ujednoczenia. Ponadto nieuprawnione jest stawianie znaku równości pomiędzy globalizacją a ujednoczeniem. Dzieje się tak, mimo że wielu teoretyków oraz jeszcze liczniejsze grono praktyków upowszechniania kultury w ten sposób definiuje opisną sytuację problemową. Oczywiście jest, że globalizacja kulturowa to złożony proces. To, co „globalne” jest absorbowane i przetwarzane w układzie lokalnym, a niewątpliwie potrzeby układów lokalnych są niezmiernie zróżnicowane⁹⁶. Analizowana globalizacja kulturowa nie musi więc z natury swej zbliżać. Historia wskazuje, że częściej różne kultury raczej dzieliły niż jednoczyły ludzi. Mamy więc swoistą szansę, aby to zmienić. Taki pogląd artykułują entuzjaści globalizacji rozumianej jako ujednoczenie. Postulują skorzystanie z tego mechanizmu. Natomiast przeciwnicy globalizacji podkreślają, że zbyt wiele stracimy w tym procesie, różnica jest przecież piękna, zachowujmy więc to, co partykularne. Może należałoby posłuchać rady Goethego, który twierdził, że „w wielkości trwa jedność świata. Jak odnoszą się do tego stwierdzenia strony sporu o globalizację? Odpowiedź na tak postawione pytanie przekracza ramy niniejszego opracowania. Warto jednak zapoznać się z poglądem, który formułuje Manuel Castells. Uważa on, że powodem braku szans na pełne ujednoczenie kulturowe jest „władza tożsamości”. Wypowiada się o tym tak:

„Na pierwszy rzut oka, jesteśmy świadkami wyłaniania się świata składającego się wyłącznie z rynków, sieci, jednostek i organizacji strategicznych, rządzących się jakoby wzorami racjonalnych wyborów (to nowa, wpływowa teoria ekonomiczna), zauważmy, że poza wszakże sytuacjami, kiedy te racjonalne jednostki nagle strzelają do swoich sąsiadów, gwałcą małe dziewczynki, lub rozpylają gaz w metrze. W takim świecie nie ma jakby potrzeby tożsamości: działają wyłącznie podstawowe instynkty, chęć posiadania władzy, egoistyczne kalkulacje a z kolei na poziomie makrospołecznym-dynamika nomadycznego barbarzyństwa, która niszczy wszystkie granice i uniemożliwia międzynarodowe normy prawno-polityczne i cywilizacyjne...Ale widzimy też wyłanianie się potężnych tożsamości zbudowanych na oporze, okupujących się w przytulnych wspólnotach i sprzeciwiających się jakiemuś tam ich wypłukaniu przez globalne wiry i radykalny indywidualizm”⁹⁷.

Badacze społeczni XIX wieku z upodobaniem konstruowali schematy historiozoficzne⁹⁸. Trzy stadia Comte’a (teologiczne, metafizyczne oraz racjonalne) odzwierciedlały przyrost „rozumności” w dziejach ludzkich społeczeństw. Natomiast weberowska koncepcja racjonalizacji (od gospodarki, przez rynek, do biurokracji oraz muzyki) przejawiały wiarę w postęp „sprawności” organizacji, a zatem instrumentalnego rozwiązywania podstawowych problemów porządku społecznego. W poglądach Spencera istnienie „złożoności” systemu społecznego zapewniało mu większą „adaptacyjność”.

⁹⁶ Z. Sirojć, *Metropolizacja jako ekonomiczny i przestrzenny przejaw globalizacji*, Zeszyty Naukowe Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie, Nr 2 (56)/2017, s. 9 i nast. oraz przywołana tam literatura.

⁹⁷ M. Marody, *Wymiary życia społecznego*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002, s. 459.

⁹⁸ P. Wasyluk, *Filozofia dziejów, historiozofia czy filozofia historii. Próba definicji*, *Diametros* 32/2012, Kraków 2012, s. 215-231 i przywołana tam literatura.

W konsekwencji systemy społeczne stawały się bardziej niezależne od nieprzewidywalnych zmian otoczenia, bardziej elastyczne oraz wydajniejsze. Powszechnie znana marksowska wizja ewolucji (od wspólnoty pierwotnej, przez niewolnictwo, feudalizm, kapitalizm do socjalizmu) stanowiła diagnozę narastających przesłanek możliwości „końca historii”, rozumianych jako koniec walk klasowych, wyzysku, niesprawiedliwości⁹⁹. We wszystkich poczynionych i przybliżonych wyżej rozważaniach wciąż przewija się problematyka kultury fizycznej i bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka w wielu kontekstach. Rozumienie tej problematyki jest zależne od wielu czynników między innymi od proponowanej koncepcji człowieka, społeczeństwa, stosunku i rozumienia zjawiska globalizacji. Z tych właśnie powodów poruszane zagadnienie jest tak interesujące i płodne poznawczo.

⁹⁹ Szerzej: *Studia Społeczne*, Nr 1 (6)/2012, Wyższa Szkoła Menadżerka w Warszawie, Warszawa 2012 i zawarta tam literatura.

Rozdział 3

Bezpieczeństwo zdrowotne w przestrzeni miejskiej i wiejskiej

Jak już wcześniej zaznaczono kultura fizyczna to dziedzina kultury podmiotowej, której przedmiotem jest ciało. Poprzez rozwój i zróżnicowanie się pracy ludzkiej wzbogacały się formy i środki doskonalenia ciała. Kultura fizyczna ogół zachowań przebiegających według przyjętych w danym środowisku społecznym reguł i norm postępowania, które mają na celu dbałość o zdrowie człowieka, poprawę jego postawy, prawidłowy rozwój psychofizyczny oraz rezultaty tych zachowań¹⁰⁰.

Powoływany wielokrotnie wcześniej Z. Krawczyk wymienia cztery typy (rodzaje) jego rozumienia:

- Kultura fizyczna to całokształt materialnego środowiska, kształtowanego przez człowieka zgodnie z jego możliwościami, potrzebami i wartościami.
- Kultura fizyczna to system wartości, działań oraz ich efektów w dziedzinie cielesnej aktywności człowieka zależnych od zewnętrznych warunków i stymulowanych przez społeczne potrzeby.
- Kultura fizyczna to zespół form aktywności ruchowej człowieka, podejmowany świadomie i celowo dla pomnażania zdrowia, rozwoju sprawności fizycznej i ulepszenie urody człowieka, podporządkowanych wzorowi osobowości wszechstronnej, harmonijnej i dynamicznej.
- Kultura fizyczna rozumiana jako synonim sport występuje sporadycznie zarówno w Polsce, jak i innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej¹⁰¹.

Niezależnie od przyjętej definicji kultury fizycznej charakteryzuje się ona dużą dynamiką w rozwoju dociekań teoretycznych i nowych odkryć zaczerpniętych z empirii. W praktyce kultura fizyczna jest rozumiana zasadniczo od niepamiętnych czasów, jako wyraz dbałości o osobistą sprawność motoryczną (fizyczną, ruchową), sprzyjającą wzmocnieniu, bądź zachowaniu zdrowia, zaś w konsekwencji pozytywnie wpływając na bezpieczeństwo zdrowotne człowieka oraz całego społeczeństwa.

Uczestnictwo w kulturze fizycznej może odbywać się w różny sposób: od form aktywnych realizowanych, poprzez udział w różnych formach ruchowych, aż do form biernych realizowanych przez chociażby w roli widza. W analizie kultury fizycznej pomocna jest pełna świadomość szerokiej perspektywy, która uwzględnia warunki dojrzewania i funkcjonowania określonych grup społecznych oraz pozwala na stawianie celów i zadań uwzględniających potrzeby, możliwości oraz zainteresowania danej grupy wiekowej¹⁰².

Planowanie czasu wolnego dziecka wiejskiego zależy od bardzo wielu czynników, wśród których decydujące znaczenie mają: wiek dziecka, pora roku, dzień tygodnia, odległość wsi od miasta, zatrudnienie rodziców poza rolnictwem, odległość z domu do szkoły, praca fizyczna dzieci na roli, zadanie przeznaczone do wykonania w domu, charakter gospodarstwa

¹⁰⁰ https://pl.wikipedia.org/wiki/Kultura_fizyczna (22.12.2016).

¹⁰¹ Z. Krawczyk, *Kultura fizyczna*, [w:] Z. Krawczyk (red.), *Encyklopedia Kultury Polskiej XX wieku. Kultura Fizyczna i Sport*, Instytut Kultury, Warszawa 1997.

¹⁰² D. Umiastowska, *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, Materiały naukowe nr 5, Szczecin 2000, s. 43.

i ilość osób wchodzących w skład rodziny (ilość dzieci będących w rodzinie)¹⁰³¹⁰⁴. Bardzo niekorzystnie dla rozwoju rozkłada się ilość wolnego czasu w poszczególnych porach roku, a wszystko zależy od aktualnego okresu prac gruntowych i pracy w gospodarstwie¹⁰⁵. Zdarza się, że wiosną często rodzice proszą dzieci, aby pomogły w pracach w gospodarstwie, latem zaś należy pomagać podczas żniw, jesienią znów pojawia się okres zbiorów kolejnych owoców i warzyw, jedynie zima jest spokojniejszą porą roku, jeżeli chodzi o prace na roli. Ze specyfiką zamieszkiwania na wsi wiąże się niewiele jest form spędzania wolnego czasu przez dzieci wiejskie. Oczywiście aktualnie przedstawiona sytuacja ulega poprawie. Intensywność kontaktów kulturalnych dzieci w czasie wolnym zależy od środowiska, w jakim żyją. Im mniej jest w danym środowisku placówek, instytucji sportowych i ośrodków kulturalnych, tym zakres kontaktów rówieśniczych dzieci jest węższy. Intersujące zjawisko w kontekście aktywności fizycznej następuje zimą. Zazwyczaj, nie tylko na wsi, na przełomie jesieni i zimy następuje znaczący wzrost czytelnictwa. Bardzo wysoki poziom opisywanego zjawiska można zaobserwować właśnie na wsiach, gdzie okres ciągłej pracy jest zmniejszony do minimum. Książka w wielu środowiskach wiejskich odpowiada na potrzeby młodego człowieka. Korzystanie z kina przez dzieci jest niewielkie. Często ogranicza się do wyjazdów organizowanych przez szkołę. Współcześnie zakreślona wyżej sytuacja ulega dynamicznym zmianom. Wynika ona między innymi ze zjawiska globalizacji przybliżonego w poprzednim rozdziale. Ogromne znaczenie dla młodego człowieka na wsi odgrywa oczywiście coraz szerszy dostęp do Internetu. Zmniejszają się również bariery komunikacyjne. Coraz łatwiej, co do zasady, dojechać do większej miejscowości i do miasta i tam realizować swoje aspiracje i marzenia.

W okresie międzywojennym na wsi był bardzo niski poziom kultury fizycznej. Ludzie nie dbali o swoje zdrowie. Częstokroć byli otyli przez złe odżywianie, nadmiernie przeciążeni pracą i egzystowali w złych warunkach mieszkaniowych. Ludzie nie chcieli, bądź nie mogli chodzić do lekarza na skutek czego rozpowszechniły się powszechne choroby zakaźne. Doprowadziło to do obniżenia sprawności fizycznej. Istotną osobą dla młodzieży w tych czasach był Adam Chętnik. W swoich artykułach na łamach „Drużyny” systematycznie zamieszczał on artykuły propagujące różne dziedziny sportu możliwe do uprawiania w warunkach wiejskich. Głównie zachęcał młodzież do sportów zimowych, pływania i ćwiczeń lekkoatletycznych, rzutów kamieniem oraz biegów. Jednym z jego poglądów było: *„gry, zabawy i rozrywki równo winny być stosowane w szkole i poza szkołą. Gry i zabawy – podkreślał autor – pobudzają do wesołości i rozwijają zmysły. Ćwiczenia cielesne, wszelkie skakania, wyścigi, pływanie, musztra itp. rozwijają mięśnie, ćwiczą ciało, robią je sprężystym i odpornym”*¹⁰⁶.

¹⁰³ E. Małolepszy, *Kultura fizyczna w działalności wiejski organizacji młodzieżowych II Rzeczypospolitej*, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa 2015 i przytoczona tam literatura.

¹⁰⁴ Szerzej: Z. Cendrowski, *O sztuce wypoczynku*, Lider 1995, Nr 7-8, s. 10 i nast., W Pomykało (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa 1993, Z. Bokszański, A. Kojder, *Encyklopedia socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998-2002, H. Piotrowska, *Sport dla wszystkich*, Krajowa Federacja „Sport dla Wszystkich”, Warszawa 1998, nr 1, Przeclawski K., *Czas wolny dzieci i młodzieży w Polsce*, WSiP 1978, J. Stanek, *Wychowanie fizyczne i sport na obozach letnich*, w: Lider 1999, nr 7/8 i przywołana tam literatura tematu.

¹⁰⁵ <http://www.szkolnictwo.pl/index.php?id=PU8269> (22.12.20160).

¹⁰⁶ M. Laskiewicz, A. Chętnik, *O kulturze fizycznej wsi polskiej*, Wychowanie Fizyczne i Sport 1979,

Władysław Olędzki w „Naszej Drużynie” pisał „praca rolnika nie sprzyja wszechstronnemu i harmonijnemu rozwojowi ciała, ani wyrobieniu pięknej postawy i zręczności, bo jest jednostronną”. Twierdzono, iż ćwiczenia fizyczne, zabawy i gry sportowe powinny zastąpić sposoby spędzania wolnego czasu¹⁰⁷.

Reasumując kultura fizyczna i zdrowotna ludności wiejskiej w okresie międzywojennym traktowana była jako podłoże rozwoju zdrowia i aktywności fizycznej każdego człowieka, niezależnie od jego aspiracji i wieku. Ważne było rozpropagowanie przekonania, że ruch i aktywność fizyczna są niezwykle istotnym, ale tylko jednym z wielu elementów sposobu zachowania zdrowia i aktywności zawodowej. Podkreślano, że aktywność fizyczna jest niezbędnym elementem zdrowego stylu życia, lecz niewystarczającym. Konieczne stało się jeszcze włączenie społecznej aktywności w szeroki proces edukacji prozdrowotnej społeczeństwa wiejskiego i ukształtowanie zdrowego stylu życia. Wspomniane działania w tym zakresie zmierzały między innymi do kształtowania wśród mieszkańców wsi nawyków przestrzegania higieny osobistej i porządku w mieszkaniu.

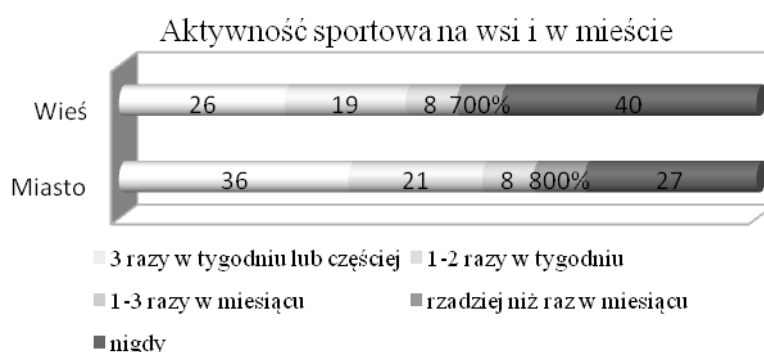
Ciągły postęp cywilizacyjny, który wymusza życie obciążone coraz większym stresem, stanowią dla współczesnego człowieka wyzwanie motywujące do przejęcia inicjatywy w zakresie organizacji aktywnego wypoczynku w czasie wolnym. W ten sposób można pozytywnie wpłynąć na ludzki organizm. Czas wolny oznacza czas, w którym człowiek ma znacznie większą niż wcześniej możliwość wyboru czynności, którym pragnie się oddać. I tu właśnie pojawia się naturalne miejsce na aktywność fizyczną. Dzieci mają na ogół więcej czasu wolnego w porównaniu z młodzieżą, czy też dorosłymi. Przeciętnie szacowany czas wolny dziecka miejskiego wynosi około 5 godz. dziennie, zaś dziecka wiejskiego – ok. 4 godz. Większość czasu wolnego statystyczne dziecko spędza się przed komputerem lub telewizorem, co sprawia, że z roku na rok średnia aktywność fizyczna dzieci i młodzieży ulega obniżeniu. W wieku szkolnym obok niskiej aktywności fizycznej, spory procent dzieci ma wady postawy oraz zaburzenia koordynacji ruchowej. Aktywność fizyczna, jako pozbawiona przymusów i ograniczeń, charakteryzująca się wzrostem sfery wolności człowieka może być silnym bodźcem do aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz wywierać istotny wpływ na stan prawidłowego rozwoju zarówno w dzieciństwie jak i w życiu dorosłym¹⁰⁸. Aktywność fizyczna dzieci jest jednym ze sposobów wzmacniania odporności organizmu, dbałości o zdrowie, kondycję fizyczną oraz psychiczną i jest rodzajem medycyny naturalnej.

nr 1, s. 39.

¹⁰⁷ A. Kazimierczak, A. Maszorek-Szymala, E. Dębowska, *Kultura fizyczna i zdrowotna współczesnego człowieka - teoretyczne podstawy i praktyczne implikacje*, Uniwersytet Łódzki, Łódź 2008, s. 85-86.

¹⁰⁸ K. Kwilecki, *Rozważania o czasie wolnym. Wybrane zagadnienia*, GWSH, Katowice 2011, s. 5 i nast.

Rysunek 1. Aktywność sportowa na wsi i w mieście



Źródło: *Aktywność sportowa Polaków*, Raport z badań TNS Polska, wrzesień 2015.

Aktualnie aktywność fizyczna i sport nadal nie zawsze są uznawane za ważny obszar życia i zdrowia przez mieszkańców wsi. W niektórych miejscach na wsi siłownia nie kojarzy się ze sportem, a kojarzy się z miejscem, w którym używa się sterydy. Analogicznie sporty walki na przykład karate kojarzone są bójką. Jednym ze współczesnych problemów społeczności lokalnych jest brak animatorów, ludzi, którzy namówili by innych do wyjścia z domów i zachęcili do aktywności fizycznej. Współcześnie organizatorami sportu na wsi są głównie kluby sportowe, często te same od wielu lat. Oferta sportowa na wsi nie jest zbyt bogata. Podobnie, choć nieco lepiej sytuacja przedstawia się w mieście. Obecnie w większości wiosek tworzone są drużyn piłkarskie. Zazwyczaj są drużyny chłopców, rzadziej zaś dziewcząt. Przeważnie udzielają się tam osoby do 18 roku życia, gdyż później już większość z zawodników rozpoczyna kształcenie w większych miastach i nie może systematycznie dojeżdżać na mecze. Rozgrywki odbywają się w okresie od wiosny do zimy. Sprawia to, że młodzież częściej ćwiczą i jest bardziej aktywna. Zdarza się, że z takich niepozornych chłopców, grających w niskich ligach, w wiejskich klubach sportowych, wyłaniają się wielcy sportowcy. Przykładem tutaj może być znany piłkarz Jakub Błaszczykowski, który gra w reprezentacji Polski. W latach 2010–2014 kapitan reprezentacji Polski. Uczestnik Mistrzostw Europy 2012 i 2016. Członek Klubu Wybitnego Reprezentanta. Dwukrotny laureat Plebiscytu Piłki Nożnej w kategorii „Piłkarz Roku”. Kawaler Orderu Uśmiechu. Jak wynika z oficjalnej biografii Jakub Błaszczykowski urodził się w 1986 roku w miejscowości Truskolasy, leżącej na obszarze dzisiejszego województwa śląskiego. Treningi piłkarskie rozpoczął w 1993 roku w zespole Rakowa Częstochowa. Jako obiecujący junior, grający na pozycji pomocnika, został w 2002 roku zaproszony do drużyny Górnika Zabrze, po roku wrócił jednak do Częstochowy, tym razem do grającego w IV lidze KS Częstochowa. To właśnie w tym zespole zaczęła się jego kariera jako seniora. W 2004 roku zadebiutował również w reprezentacji Polski U-19. Na początku 2005 roku rozegrał swój pierwszy mecz w ekstraklasie. Od 2006 roku gra w pierwszym składzie reprezentacji Polski. To wspaniały przykład dla polskiej młodzieży.

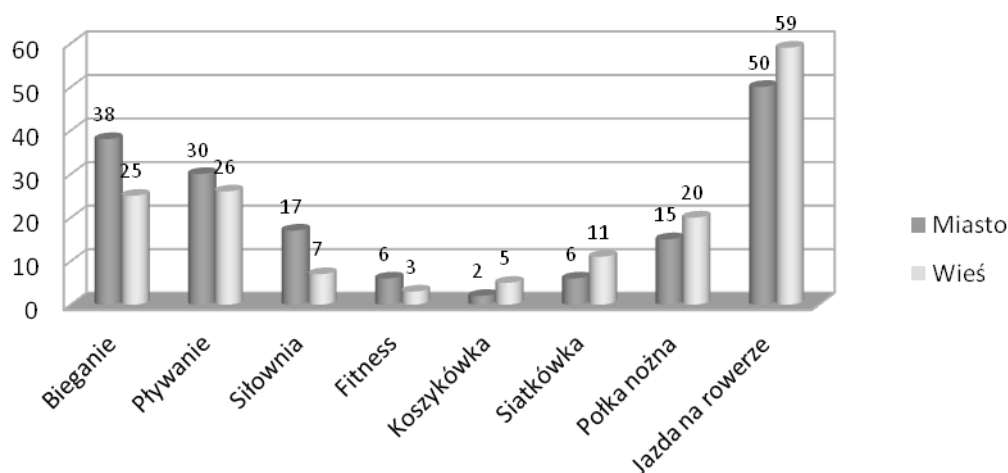
Istotnym elementem w kształtowaniu aktywności fizycznej oraz poziomu bezpieczeństwa na terenach wiejskich są drużyny ochotniczej straży pożarnej (OSP). Zagadnienie to jako swoisty ewenement społeczny i socjologiczny zasługuje zapewne na szersze omówienie. OSP biorą udział w zawodach sportowych drużyn pożarniczych

m. in. z torami przeszkód. Do udziału w nich są zapraszani zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Określone są tam grupy wiekowe, a zawody te rozgrywane są pomiędzy grupami z innych wsi. Powoduje to zarówno powstawanie przyjaźni, jak i współzawodnictwo sportowe.

Również można zaobserwować, że coraz częściej kobiety na wsiach biorą udział w zorganizowanych zajęciach zumbi lub też aerobiku. Według specjalistów istnieje wiele form aktywności fizycznej, dyscyplin, w których nie trzeba dużo inwestować, a które umożliwiają ruch. Warto tu wymienić przykładowo takie dyscypliny jak: koszykówkę, siatkówkę, piłkę nożną, jazdę na rowerze, bieganie, pływanie, siłownia czy fitness. Takie podejście do zagadnienia aktywności fizycznej zarówno na obszarach wiejskich, jak i miejskich przekłada się na poprawę tężyzny fizycznej i bezpieczeństwa zdrowotnego młodych ludzi i społeczeństwa jako całości.

W interesujący sposób analizowane zagadnienie przedstawia wykres zaprezentowany poniżej.

Rysunek 2. Dyscypliny sportu uprawiane ma wsi i mieście



Dyscypliny sportu uprawiane ma wsi i mieście

Źródło: *Aktywność sportowa Polaków*, Raport z badań TNS Polska, wrzesień 2015.

Wykres obrazuje badania przeprowadzone w ramach projektu badawczego poświęconego aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem branży fitness realizowanych przez TNS Polska w 2015 roku za pośrednictwem platformy Kartezjusz. W badaniu brali respondenci w wieku od 15 lat.

Uporządkowany i prozdrowotny tryb życia może zmniejszyć ryzyko zapadnięcia na niektóre choroby poprzez własną, codzienną aktywność. Dla przykładu jedząc codziennie zdrowe śniadanie, śpiąc co najmniej 6 godzin dziennie, używając pasów bezpieczeństwa czy regularnie uprawiając aktywność fizyczną zmniejszamy prawdopodobieństwo zachorowania na wiele schorzeń¹⁰⁹. Takimi chorobami, których ryzyko wystąpienia można znacznie ograniczyć są np. schorzenia układu krążenia i nowotwory. Prowadzenie zdrowego stylu życia nie jest łatwe. Na stan naszego zdrowia wpływa bowiem nie tylko aktywność ruchowa,

¹⁰⁹ J. Górnicka, *Apteka natury*, Agencja Wydawnicza Jerzy Mostowski, Raszyn 2003.

ale również odpowiednia dieta, systematyczność i silna wola. Dla zachowania dobrego zdrowia niezbędna jest również dbałość o sferę psychiczną. Pozwala ona uchronić się przed depresją, lękami. Jeśli w sposób człowiek będzie zaspokajał swoje potrzeby oraz unikał nadmiernego stresu, istnieje mniejsza szansa, że wpadnie się w uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Wszechstronny, przemyślany rozwój, poznawanie i zaspokajanie potrzeb, troska o emocje, prowadzą do ogólnego dobrego samopoczucia, dają poczucie spełnienia i harmonii. Jest truizmem stwierdzenie, że szczęście wymaga pracy i starań. Wydaje się, że warto podjąć nawet najbardziej wymagające działania, by osiągnąć ten fundamentalny cel.

Liczni badacze twierdzą, że stopień aktywności ruchowej i uczestnictwa w kulturze fizycznej uzależniony jest od środowiska społecznego. W uproszczeniu można stwierdzić, że większe i lepsze możliwości mają ludzie mieszkający w miastach niż na wsi, ponieważ mają oni lepszy dostęp do infrastruktury potrzebnej do ćwiczeń tj.: siłowni, pływalni, dobrze wyposażonych sal gimnastycznych, kortów tenisowych itp. Na stopień aktywności ruchowej ma również wpływ rodzina – to z niej większość młodych ludzi bierze przykład. Chodzi tu zwłaszcza o dzieci. Panująca w domu rodzinna atmosfera i ranga aktywności i wychowania fizycznego, uprawianie sportu w szkole oraz wpływu grupy rówieśniczej, w której się przebywa to kolejne czynniki wpływające na podejście do zdrowego trybu życia. Do istotniejszych bodźców warunkujących aktywność ruchową człowieka zalicza się często status społeczno-zawodowy, poziom wykształcenia, status materialny, wiek, stan zdrowia, wspomniany wcześniej stosunek rodziny do aktywności fizycznej, ilość czasu wolnego, infrastrukturę sportowo rekreacyjną w miejscu zamieszkania, poziom wiedzy o zdrowiu, tradycje i zwyczaje społeczne (np. zakazy religijne i kulturowe)¹¹⁰.

Istotną rolę w promowaniu zdrowego stylu życia odgrywają media takie jak: telewizja, Internet, radio i prasa. Czas poświęcony mediom jest najdłuższy w porównaniu z innymi formami stałej aktywności społecznej. To media, w tym głównie telewizja, w dużej mierze kształtuje świadomość społeczną, ustala ważność informacji, wskazuje społecznie aprobowane postawy i wyznacza hierarchię wartości. O czym nie mówi telewizja czy radio, nie pisze prasa czy nie znajduje się to w Internecie, to tego nie ma w świadomości społecznej lub się nie po prostu nie liczy. Dzieci i młodzież są szczególnie podatne na medialne oddziaływania. Nie posiadają bowiem jeszcze ugruntowanej wiedzy i własnego bogatego doświadczenia życiowego w wielu dziedzinach, nie mają też do końca ukształtowanych postaw i systemu wartości. Trudniej im w sposób trafny i mądry dokonywać wyborów, oceniać przekazywanych informacji medialnych oraz informacji otrzymywanych od grupy rówieśniczej. Przez te szeroko rozumiane media dzieci się rozleniwiają. Niewiele czasu spędzają na zabawach na świeżym powietrzu, często nie chcą ćwiczyć przez co stają się otyłe. Niestety coraz więcej dzieci zarówno na wsi, jak i w mieście woli grać w gry komputerowe niż wyjść np. na boisko czy podwórko.

Istotnym dla rozwoju sportu na poziomie lokalnym jest wspieranie działań statutowych organizacji pozarządowych przez administrację rządową i samorządową oraz przez podmioty gospodarcze prowadzące działalność gospodarczą. Pożądanym elementem wsparcia mogą być nie tylko środki finansowe, ale także pomoc organizacyjna, udzielanie patronatów oraz inne formy wspierania działalności sportowej. Na szczególną uwagę

¹¹⁰ K. Kwilecki, *Rozważania o czasie wolnym...*, op. cit., s. 21.

i pochwałę zasługują programy i działania nakierowane na zwiększenie uczestnictwa w aktywności sportowej młodzieży oraz wyrównywanie szans w dostępie do aktywności fizycznej osobom ze środowisk wiejskich, małomiastek oraz słabo rozwiniętych ekonomicznie. Szczególną troską powinno się otaczać młodzież niedostosowaną społecznie i zagrożoną zjawiskami patologicznymi.

Sport i rekreacja ruchowa dla wspomnianych wyżej grup osób są szczególną formą rehabilitacji społecznej pozwalającą na pokonywanie barier i stymulowanie dążeń do wzrostu aktywności społecznej. Realizacja zadań obszarze sportu z pewnością przyczyni się do zwiększenia aktywności fizycznej oraz wzbogaci społecznie każdego młodego człowieka. Preferowane wychowawczo będą zapewne nowe formy zajęć sportowo-rekreacyjnych połączone z promocją zdrowego stylu życia, w tym dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz osób w starszym wieku.

Interesującym pomysłem jest łączenie pokoleń poprzez sport – można „zarazić” dorosłych sportem, który uprawiają ich dzieci i na odwrót, sprawić, że to będzie sposób spędzania czasu dla całej rodziny. Dużym poparciem cieszył się pomysł postawienia na szeroko pojętą kulturę fizyczną tak, żeby każda osoba zainteresowana aktywnym spędzaniem czasu mogła znaleźć coś dla siebie, a nie musiała zawęźać swoich zainteresowań do oferty klubów ani szukać innych 10 osób, żeby móc wejść na salę sportową¹¹¹.

Według Zdzisława Chromińskiego aktywność fizyczna zmienia się wraz z wiekiem. Małe dziecko jest bardzo ruchliwe, przez okres od przedszkola do pokwitania. W okresie pokwitania zmniejsza się aktywność ruchowa, człowiek staje się bardziej leniwy, a ruch zaczyna sprawiać mu trudności. Czynnikiem, który warunkuje tę aktywność jest środowisko. Zauważono również, że dzieci wiejskie są bardziej aktywne niż miejskie. Wynika ona z tego, że dzieci mieszkające na wsi są bardziej kreatywne przez to iż mają mniej możliwości korzystania i brania udziału w zorganizowanych formach ruchu. Dzieci ze wsi są bardziej spontaniczne. Potrafią zorganizować sobie czas i bawić się tym co znajduje się w ich otoczeniu¹¹².

Można stwierdzić, że niekiedy rodzice mają niewielki wkład w organizowaniu dzieciom czasu wolnego, gdyż często sami nie reprezentują prawidłowych wzorców racjonalnego wykorzystania go. Nie można winić jedynie rodziców za taki stan rzeczy. Wychowanie do czasu wolnego w środowisku wiejskim spoczywa w dużej mierze również na szkole. A szkoła niewiele czyni, aby wykształcić nawyki właściwego, aktywnego spożytkowania czasu wolnego wśród uczniów. Organizuje co prawda imprezy, zapewnia bazę sportową (taką, jaką posiada) i kulturalno-rekreacyjną. Jednakże jest to za mało, żeby nasza młodzież nauczyła się odpowiednich nawyków aktywności fizycznej i zrozumiała, że wszystko to służy zdrowiu zarówno fizycznemu, jak i psychicznemu¹¹³.

W niejednej szkole wiejskiej ze względu na brak sali gimnastycznej lub odpowiedniego pomieszczenia zastępczego wykorzystuje się pomieszczenia publiczne np.:

¹¹¹ <http://siecobywatelska.pl/jak-poprawic-dostep-mieszkancow-wsi-do-roznych-form-aktywnosci-fizycznej-relacja-w-okraglego-stolu-na-temat-sportu-na-wsi/> (20.12.2016).

¹¹² http://www.profesor.pl/mat/n12/pokaz_material_tmp.phpplik=n12/n12_z_meredyk_041024_1.php&id_m=13623 (20.12.2016).

¹¹³ <http://www.profesor.pl/publikacja,14229,Referaty,Rekreacja-fizyczna-dzieci-i-mlodziezy-w-srodowisku-wiejskim-oraz-warunki-do-jej-uprawiania> (20.12.2016).

gminne świetlice, pomieszczenia straży pożarnej. Takie wnętrza, jeżeli spełniają warunki bezpieczeństwa mogą w wielu przypadkach zastąpić obiekty specjalistyczne oczywiście przy założeniu, że nauczyciel wychowania fizycznego nie zachowa się bezradnie wobec braku urządzeń i sprzętu będących zwykle na wyposażeniu sal gimnastycznych. Działanie nauczyciela zatem powinno rozpocząć się od diagnozy czyli dokładnego rozpoznania warunków do organizacji wychowania fizycznego i uprawiania sportu w szkole (ewentualnie w miejscowości) oraz jego osobistego i przedmiotowego warsztatu pracy pedagoga. A zatem nauczyciel musi stwierdzić czym dysponuje: jakie są zasoby materialne i możliwości środowiska, a także braki i niedostatki w tym zakresie. Oczywiście dostęp i stan infrastruktury sportowej i rekreacyjnej na terenach wiejskich systematycznie się poprawia.

Wraz z rozwojem cywilizacyjnym i technicznym wzrasta świadomość wśród ludności wiejskiej w wielu dziedzinach. Młode pokolenie stwarza swoim dzieciom coraz to lepsze warunki materialne, wyższy poziom higieny osobistej, większe zainteresowanie osobowością dziecka i współpracą ze szkołą. W tych warunkach także zainteresowanie rekreacją fizyczną na wsi jest coraz większe. Dzięki temu staje się jedną z atrakcyjnych form spędzania wolnego czasu. Akceptowanie i promowanie kultury fizycznej przez środowisko wiejskie można uznać za jeden z przejawów współczesnego przeobrażenia się polskiej wsi, bowiem rozwój różnorodnych form aktywności ruchowej na wsi wiąże się zawsze z przeobrażeniem społecznoekonomicznymi. Wspomaganie rozwoju psychofizycznego i troska o zdrowie dzieci poprzez ruch i kontakt ze środowiskiem, jak już podkreślano, jest szczególnie ważne. Podstawą skuteczności tego wspomaganie jest wprowadzenie młodzieży do uczestnictwa w kulturze fizycznej, pełna integracja procesu nauczania i wychowania, jak również pozytywny wpływ rodziny, szkoły i środowisk lokalnych na kształtowanie właściwych postaw wobec rekreacji fizycznej.

Według J. Masnego *„Sukcesywnie w miarę posiadanych możliwości terenowych i finansowych w poszczególnych gminach winny powstawać nowe obiekty sportowe, gminne ośrodki wychowania fizycznego i sportu o charakterze ogólnodostępnym. Modelowe zagospodarowanie takiego ośrodka winno obejmować obiekty i urządzenia przydatne do uprawiania sportów letnich i zimowych. Funkcje pełnione przez te ośrodki muszą być sprzężone z działalnością kulturalną na wsi. Z praktyki wiadomo, że tego typu rozwiązanie zagospodarowania terenu na cele sportowo-rekreacyjne służy również młodzieży szkolnej pochodzącej ze środowisk wiejskich w czasie ich pobytu na zimowiskach i koloniach letnich. Byłaby wówczas szansa wykorzystać możliwości finansowe zainteresowanych zakładów pracy oraz placówek oświatowych”*¹¹⁴.

Tabela 1. Ludność Polski w 2015 roku

	OGÓŁEM	MĘŻCZYŹNI	KOBIETY
POLSKA	38437239	18597991	19839248
MIASTO	23166429	10984699	12181730
WIEŚ	15270810	7613292	7657518

Źródło: <http://tvn24bis.pl/z-kraju,74/liczba-ludnosci-w-polsce-w-2015-roku,645263.html>
(20.12.2016).

Tabela 2. Ludność w Polsce w 2016 roku

	OGÓŁEM	MĘŻCZYŹNI	KOBIETY
POLSKA	38426809	18591628	19835181
MIASTO	23149270	10975115	12174155
WIEŚ	15277539	7616513	7661026

Źródło: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stanu-w-dniu-30-06-2016-r-,6,20.html>
(20.12.2016).

Analizując powyższe dane zawarte w tabelach można zauważyć, że w ciągu analizowanego okresu zwiększyła się liczba ludzi mieszkających na wsi. Nie jest to zbyt duża różnica, ale można stwierdzić, że ludzie coraz częściej chcą mieszkać w mniejszych miejscowościach. Powodów takiego podejścia może być wiele. Ludzie z miast przeprowadzają się na wieś by odpocząć od zgiełku i hałasu. Wieś może się bardziej podobać, nie tylko ze względu na krajobraz i walory zdrowotne, ale również na miłych i chętnych do pomocy sąsiadów. Człowiek żyjący bliżej natury jest spokojniejszy i zdrowszy.

Rozdział 4

Aktywność fizyczna kobiet w poszczególnych kategoriach wiekowych

Nadwaga i otyłość stała się epidemią XXI wieku, którą zaczęli zajmować się uczeni na całym świecie. Dopiero zwiększona umieralność związana chorobą otyłości i nadwagą w populacjach wielu krajów stało się przedmiotem zainteresowania nie tylko naukowców ale przede wszystkim rządów danych krajów. Wzrost liczby osób z nadwagą i otyłością, zwiększone ryzyko zachorowania związanego z układem krążenia, oddychania, zaburzeniami metabolicznymi, zmianami patologicznymi układu ruchu, ograniczona aktywność fizyczna, spadek wydolności stało się miernikiem stanu zdrowia¹¹⁵. Zjawisko to stało się na tyle ważne, że zajęły się również media i prasa propagując zdrowy styl życia, prawidłowe odżywianie i aktywne spędzenie wolnego czasu. „Jest dowiedzione, że nadmierne otluszczenie organizmu, w szczególności nadmierne otluszczenie wisceralne, ma wybitnie negatywne skutki zdrowotne”¹¹⁶. Istnieje zależność pomiędzy nadwagą, otyłością a zwiększonym ryzykiem zachorowania na choroby przewlekłe oraz przedwczesnej umieralności. „Zagrożenie to dotyczy kobiet związanych z chorobami układu krążenia, w 50% jest przyczyną wszystkich zgonów”¹¹⁷. Wraz z postępowaniem cywilizacji z roku na rok wzrasta odsetek ludzi otyłych. Jeszcze po koniec XX wieku problem otyłości dotyczył wyłącznie Amerykanów. W XXI wieku epidemia nadwagi i otyłości zagraża nie tylko Polsce, Europie a nawet całemu światu.” Postęp cywilizacji doprowadził do eliminacji wysiłku fizycznego. Bezruch coraz bardziej ogranicza ciało, staje się ono mniej sprawne. A objawami postępującej hipokinezji w krajach wysoko uprzemysłowionych jest otyłość, choroba wieńcowa, różne typy cukrzycy i inne choroby zwane cywilizacyjne”¹¹⁸. Postępująca hipokinezja powoduje upośledzenie podstawowych funkcji fizjologicznych a człowiek staje coraz bardziej leniwy. W leczeniu nadwagi i otyłości zwraca się uwagę na redukcję masy ciała aktywnością fizyczną. Prawidłowe odżywianie i aktywność fizyczna wpływa na zmniejszenie masy ciała poprzez redukcję tkanki tłuszczowej. Do określenia składu ciała FAT % i FAT Mass (kg) w ciele zbadanych kobiet posłużono się metodą bioelektromagnetycznej impedancji wykorzystując wagę Tanita Analizator Składu Ciała Pomiar Segmentowy MC 980 MA (BIA). W badaniach podjęta została próba rozpoznania zależności pomiędzy składem ciała a aktywnością fizyczną, czasem poświęconym na AF, regularnością wykonywanych ćwiczeń gimnastycznych w domu, i subiektywną ocenę swojej sprawności fizycznej.

¹¹⁵ M. K., Serdula Ivery D., R. J., Coates, D. S. Freedmann, D. F. Williamson, T. Byers, *Do obese children become obese adults? A review of the literature*. Prev. Med. 22: 167-177.

¹¹⁶ H. B. Hubert, M. Feinleib, P. M. McNamara, W. P. Castilli, *Obesity as an independent risk factor cardiovascular disease: 26 year follow-up of participant in the Framingham heart study*. Circulation, 76: 968-977

¹¹⁷ W. D. Ashton, K. Nanchahal, D. A. Wood, *Body mass index and metabolic risk factors for coronary heart disease in women*, European Heart Journal, 2001, 22, 46-55.

¹¹⁸ M. Bierkus, P., Godlewski *Nordic walking jako środek rekreacji ruchowej osób 50 +*, [w:] red., Godlewski P., Kuriata J., Sajek A., Sport heterogeniczny kultura-nauka, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie, Koszalin 2015, s. 228.

4.1. Czynniki ryzyka otyłości a aktywność fizyczna

Postęp nauki doprowadził do zainteresowania się i zrozumienia, że nadwaga i otyłość jest zaburzeniem przemiany energetycznej. Zaburzenie przemiany energetycznej nie występuje gwałtownie dokonuje się bardzo powoli. Od początku XX wieku rozpoczęła się ożywiona dyskusja dotycząca etiopatogenezy nadwagi i pierwszego stadium otyłości szczególnie czynników endogennych i egzogennych. W ostatnim dziesięcioleciu poznano podłoże biologiczne, fizjologiczne, kliniczne powstawania otyłości i sposobu jej leczenia. Oprócz wielu nauk zajmujących się tym problemem...wyodrębniła się nowa gałąź nauki, genetyka osobniczych reakcji metabolicznych na zmiany w sposobie odżywiania „nutrigenomics”. Klęskę natomiast poniosła farmakoterapia apetytu i popędu żywieniowego¹¹⁹. W większości krajów Europy chorobowość z powodu otyłości wynosi od 10 do 20 % u mężczyzn oraz od 10-do 25 % u kobiet¹²⁰. Jednym z powodów ciągłego wzrostu liczby otyłości w całej populacji jest brak aktywności fizycznej i złe odżywianie. Jeżeli bezruch jest dla człowieka niekorzystnym zjawiskiem to korzyści wynikające z aktywności fizycznej są uzasadnioną podstawą biochemiczną. Długotrwały bezruch, beczynność pociąga za sobą pogorszenie się funkcji organizmu, które powoli zanikają i wprowadzają w stagnację większość układów człowieka. ” Narząd nie używany przestaje spełniać swoją rolę. Widać to wyraźnie, gdy ktoś ulegnie kontuzji czy wypadkowi, unieruchamiając się na dłuższy czas. Natomiast drastyczne ograniczenie ruchu może spowodować zmiany we wskaźnikach fizjologicznych”¹²¹. Podczas aktywności fizycznej organizm zużywa różne substancje a to pobudza przemianę materii do dostarczania ich ponownie w celu naładowania organizmu w energię potrzebną do prawidłowego funkcjonowania. Dla wielu ludzi nawet kilkuminutowa aktywność fizyczna jest problemem „brak wysiłku wypierają niestety nasze zwyczaje żywieniowe, w coraz większym stopniu upośledzają naszą aktywność. Wynikają one ze zwiększającej się liczby pomocy technologicznej wspierających beczynność”¹²². Ruch i sposób żywienia jest nawykiem a człowiek jest uzależniony od nawyków bez względu na to czy nawyki są dobre czy złe. Zmiana nawyków żywieniowych i sposobu myślenia jest trudne. Stereotypy dotyczące nawyków żywieniowych w polskim społeczeństwie są bardzo sztywne, nie zdając sobie sprawy ze szkodliwych aspektów nieprawidłowego odżywiania. Odżywianie jest potrzebą fizjologiczną, by zaspokoić potrzeby stwarzamy odpowiednie warunki w zakresie dostarczania do organizmu niezbędnych składników pokarmowych. Potrzebą jest również estetyka własnego ciała, ...zaspokojenie potrzeb estetycznych możliwe staje się przez dbałość o piękno, harmonię, tam gdzie w aktywności sportowej jest to tylko możliwe¹²³. Postęp technologiczny niesie za sobą szereg dobrodziejstw, które to w negatywny sposób wpływają na zdrowie, samopoczucie zwiększając ryzyko zachorowania na wiele chorób.

¹¹⁹ J. Tatoń, A. Czech, M. Bernas, *Otyłość zespół metaboliczny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 19.

¹²⁰ World Health Organization, *Obesity: preventing and managing the global epidemic, Report of WHO Consultation on Obesity*, Genewa 1997, WHO, Genewa 1998.

¹²¹ M. Bierkus, *Nordic walking jako środek aktywności fizycznej osób w wieku 50 plus*, Praca licencjacka, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie, Koszalin 2015, s. 5.

¹²² I. Gore, *Wiek a aktywność życiowa*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1980, s. 15.

¹²³ J. Gracz, T. Sankowski, *Psychologia Aktywności Społecznej*, AWF Poznań, Wydawnictwo Uczelniane AWF, Poznań 2007, s. 157.

Mimo negatywnych aspektów nowoczesnego stylu życia możemy w sposób rozsądny i przemyślany połączyć, zmodyfikować, co niesie współczesna technologia z własnymi potrzebami zdrowotnymi. Dostępność wiedzy w zakresie prawidłowego odżywiania, wysiłku fizycznego, aspektów zdrowotnych, higieny osobistej stwarza możliwość wyboru dobrego zdrowia albo stagnacji, hipokinezji i związane z tym konsekwencje zdrowotne. Ignorując dostępną i posiadaną wiedzę, stwarzamy ryzyko komplikacji zdrowotnych, co pociąga za sobą upośledzenia zdrowotne niezależne od wieku a w dalszej perspektywie życia do przedwczesnej śmierci. Życie jest największą wartością każdego człowieka i jest najcenniejsze, amerykański naukowiec Jolliff, znakomity specjalista od spraw żywieniowych wyraził taką opinię ...gdyby zlikwidować umieralność na choroby nowotworowe, przedłużono by życie całej populacji średnio o dwa lata, gdyby zlikwidować otyłość, średnia życia została by przedłużona o cztery lata¹²⁴. Statystyki zgonów są bezlitosne, według Towarzystw Ubezpieczeniowych USA na 150 zgonów osób otyłych przypada 100 zgonów osób z prawidłową masą ciała. Tendencja zgonów związanych z otyłością nie dotyczy tylko Stanów Zjednoczonych ale również wszystkich krajów europejskich w tym Polski. Oznacza to, że otyłość jest przyczyną większej śmiertelności. Przez część społeczeństwa otyłość i nadwaga jest traktowana jako coś normalnego bez negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Taki pogląd na nadwagę wyrażają szczególnie ludzie młodzi. Nadmiar tkanki tłuszczowej stwarza niekorzystne warunki do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Zaburzenia równowagi energetycznej o różnym podłożu powoduje, że otyłość jest bardzo trudno sklasyfikować. Tkanka tłuszczowa (Kokot, 1989) w zależności od płci różnie rozkłada się w ciele człowieka. W zależności od miejsca rozmieszczenia tkanki tłuszczowej możemy wyróżnić u kobiet otyłość ginoidalną, gdzie tłuszcz odkłada się w okolicy ud i pośladków natomiast u mężczyzn androidalną, w której tkanka tłuszczowa gromadzi się w okolicy brzucha. Klasyfikując chorobę otyłości należy wziąć pod uwagę liczbę i wielkość komórek tłuszczowych. Na podstawie liczby i wielkości można wyróżnić otyłość hipertroficzną (przerost adipocytów), otyłość hiperplastyczną (wzrost liczby adipocytów) lub mieszaną. Kliniczne przypadki rozpoznania otyłości związane są z zaburzeniami hormonalnymi na tle nerwowym, czasem otyłość uwarunkowana jest genetycznie, Jednak największą grupę stanowią osoby z otyłością prostą¹²⁵. Ta postać otyłości jest ...wypadkową interakcji czynników genetycznych, środowiskowych, psychicznych o niejednorodnej patogenezie i zróżnicowanym metabolicznym¹²⁶.

Tabela 3. Kliniczne postacie otyłości

Rodzaj otyłości	Cechy charakterystyczne
Otyłość prosta	O niejednorodnej patogenezie i zróżnicowaniu metabolicznym, zależy od czynników

¹²⁴ T. Mieczkowski, *Uwaga nadwaga*, Wydawnictwo Sport i Turystyka, Warszawa 1984, s. 16.

¹²⁵ F. Kokot, *Otyłość. Nauka o chorobach wewnętrznych*, tom IV Red. Orłowski T., Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1989, s. 243-255.

¹²⁶ S. Ball, *Zespół metaboliczny w otyłości i nadwadze*, Wydawnictwo „MEDYK”, Warszawa 2005, s. 60.

	genetycznych, środowiskowych, psychicznych
Zespół Laurencéa, Moona i Biedla	Dziedziczna dysfunkcja podwzgórza, zaburzenia regulacji głodu i sytości, niedorozwój umysłowy, wady układu kostnego
Zespół Gelneau	Dziedziczny zespół napadów śpiączki, utrata napięcia mięśni, halucynacje, nadmierne łkanie i zatrzymanie wody w ustroju
Zespół Morgagniego, Morella i Stewarda (Hyperostosis frontalis)	Dziedziczny neurotyzm, hirsutyzm, bóle głowy, zmiany kostne (zgrubienie kości czołowej), hiperfagia, głównie u kobiet w okresie menopauzy
Tłuszczaki (Adenolipomatosis)	Tworzenie się tłuszczaków w okolicy pachowej, pachwinowej, w śródpiersiu, okolicy podszczękowej, choroba genetyczna, wyjątkowo odporna na wszelkie kuracje odchudzające
Lipodystrofia postępująca (Lipodystrophia progressiva)	Choroba genetyczna, otyłość dolnej połowy ciała przy braku otyłości twarzy, klatki piersiowej, kończyn górnych
Otyłość okresu pokwitania (Obesitas pubertatis)	Występuje czasami u dziewcząt wykazujących zaburzenia gonadotropowej czynności przedniej przysadki mózgowej, spóźnienie rozpoczęcia miesiączki, otyłość cofa się po uzyskaniu dojrzałości, również zdarza się u dojrzewających chłopców
Choroba Dercuma (Adipositas dolorosa)	Choroba genetyczna, bolesna wálki tłuszczowe na ramionach, udach, podudziach, najczęściej u kobiet w okresie menopauzy
Zespół Cushinga	Guz nadnercza, zaburzenia hormonalne, wysoki poziom kortyzole, odwracalna otyłość tułowia i twarzy, trądzik, owłosienie twarzy, cukrzyca, osteoporoza

Hiperkortycyzm	Trudny do rozróżnienia z zespołem Cushinga, zaburzenia czynności kory nadnerczy, objawy skórne, łojotok, hirsutyzm, zmniejszona tolerancja węglowodanów
Hiperinsulinizm	Wywołany gruczolakami lub przerostem komórek Langerhansa, uporczywy głód, poty, bardzo rzadka forma otyłości
Otyłość kobiet ciężarnych (Obesitas graviditatis)	Hiperfagia ciążowa u niektórych kobiet utrwała się i staje się przyczyną otyłości po okresie ciąży
Otyłość wieku przekwitania (Obesitas climacterica)	Udział czynnika psychicznego zaburzeń hormonalnych
Otyłość polekowa	Otyłość wywołana niektórymi lekami psychotropowymi

Źródło: Kokot, 1989.

Nie tylko nadmierna masa ciała jest zagrożeniem dla zdrowia i życia. Według (Karelis i in., 2004) od 13-18% osób z prawidłowym indeksem masy ciała BMI wykazuje cechy zespołu metabolicznego. Z którego dwa typy obarczone są ryzykiem zachorowania na takich choroby jak cukrzyca, choroby sercowo- naczyniowe. Mimo prawidłowego indeksu występują różnice w ilości i rozlokowaniu tłuszczu w ciele.¹²⁷ Dodatkowo osoby z tej grupy (metabolicznie zdrowe) czasem mogą wykazywać tendencje do gromadzenia tłuszczu w wątrobie, mięśniach z podwyższonym poziomem insuliny i triglicerydów i obniżonym poziomie HDL- cholesterolu w surowicy krwi. Otyłość wcale nie musi być zagrożeniem ryzyka wystąpienia zespołu metabolicznego i odwrotnie. W zespole metabolicznym nie brano pod uwagę dużej otyłości, natomiast uwzględnione typy metaboliczne to: otyli metabolicznie zdrowi (MHO), otyli z ryzykiem zespołu metabolicznego, metabolicznie otyli, waga prawidłowa (MONW), metabolicznie zdrowi (MH).

Tabela 4. Typy metaboliczne w prawidłowej masy ciała i otyłości

Typ metaboliczny	Cechy charakterystyczne
Otyli metabolicznie zdrowi (MHO)	Niski poziom tłuszczu brzuszego, wysoki indeks wskaźnika masy ciała BMI, wysoki poziom masy tłuszczowej, wysoka wrażliwość na insulinę, wysoki poziom cholesterolu- HDL, niski poziom triglicerydów

¹²⁷ A. D. Karelis, D. H. St-Pierre, Consus F., Rabasa-Lhoret R., & Poehlman E. T., *Metabolic and body composition factors in subgroups of obesity: what we know?*, J. Clin. Endocrin. Metab., 1989, 2569-2575.

Otyli z ryzykiem zespołu metabolicznego	Średni poziom tłuszczu brzusznego, wysoki indeks wskaźników masy ciała, wysoki poziom masy tłuszczowej, średnia wrażliwość na insulinę, średni poziom cholesterolu- HDL, wysoki poziom triglicerydów
Metabolicznie otyli, masa ciała prawidłowa (MONW)	Wysoki poziom tłuszczu brzusznego, niski indeks masy ciała BMI, wysoki poziom masy tłuszczowej, szczupła sylwetka, wrażliwość na insulinę, otłuszczenie wątroby, wysoki poziom triglicerydów
Metabolicznie zdrowi (MH)	Niski poziom tłuszczu brzusznego, niskie wskaźniki BMI, niski poziom masy tłuszczowej, małe otłuszczenie wątroby, szczupła sylwetka, niski poziom triglicerydów.

Źródło opracowanie na podstawie Karelis i in. 2004.

Oprócz otyłości, niewłaściwego trybu życia, złego odżywiania, uzależnienie od nikotyny, alkoholu, leków, narkotyków, braku aktywności fizycznej, skażenia środowiska do zagrożeń zdrowia i czynników ryzyka zaliczamy: nadmierny obwód tułowia, poziom cholesterolu HDL, triglicerydy, glukoza, ciśnienie krwi.

Tabela 5. Podstawowe kliniczne kryteria zespołu metabolicznego

Czynniki ryzyka
Nadmierny obwód tułowia – mężczyźni >102 cm, kobiety >88 cm
Poziom cholesterolu HDL – mężczyźni <40 mg/dl, kobiety <50 mg/dl
Triglicerydy > 150 mg/dl, (>1,7 mmola/l)
Glukoza (na czczo) >110 mg/dl (>6,1 mmola/l)
Ciśnienie krwi >130/85 mm Hg

Źródło: De Bacer i in. 2003, Bary & Champagne, 2004¹²⁸

Optymalną masę ciała dla poszczególnych jednostek można określić przez porównanie rzeczywistej masy ciała i zespołu parametrów stanu zdrowia z danymi określającymi należą

¹²⁸ G. de Backer, E. Ambrosioni, K. Broch-Johnsen, C. Brotons, R. Cifkova, *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*, Eur. J. Cardiovasc. Prevent. Rehabil. 10 (Suppl.1), 2003, s. 1-78.

masę ciała ustalonymi empirycznie¹²⁹. Zakres norm ustala się w zależności od płci. Na wielkość masy ciała wpływa wiele czynników takich jak: rasa, czynniki genetyczne, sposób odżywiania, stan zdrowia, klimat, zamożność i są one odmienne dla różnych populacji. Jedną z metod ustalenia prawidłowej masy ciała są wskaźniki BMI. Wskaźnik masy ciała BMI (body mass index), definicję podał w XIX wieku Quetelet. Wyraża ona zależność pomiędzy masą ciała a wysokością ciała w metrach².

$$\text{BMI} = \frac{\text{Rzeczywista masa ciała w kg}}{(\text{wysokość ciała w metrach})^2}$$

Wskaźniki BMI służą jako kryterium klinicznej klasyfikacji masy ciała ustalonej przez WHO. Wadą wskaźników BMI jest to, że mają charakter statyczny i nie uwzględnia wahań w proporcji masy tłuszczowej, mięśniowej i kostnej zależnych od typów budowy ciała. „Na wskaźniki BMI ma wpływ płeć, wiek, typ budowy ciała i masa ciała oraz wytrenowanie”¹³⁰. Metody oznaczania masy ciała i jej poszczególnych składników różnią się po względem dokładności i rodzaju urządzenia technicznego. Do oznaczania składu ciała należą proste metody takie jak: antropometria i analiza bioelektromagnetycznej impedancji¹³¹. Do określenia składu ciała używany był analizator tkanki tłuszczowej: Tanita Analizator Składu Ciała Pomiar Segmentowy MC 980 MA (BIA) to nie tylko urządzenie lecz alternatywny system monitorujący stan naszego zdrowia. Oparty jest o wbudowany komputer z systemem operacyjnym Windows XP Professional + Service Pack 3. Procesor jaki jest zainstalowany to Intel Atom N270 1.66 GHz i pamięć 512 MB typu DDR2. Zintegrowany z wagą system Windows XP zapewnia maksymalną elastyczność. Po raz pierwszy w historii analizatorów tkanki tłuszczowej i mięśniowej w urządzeniu pomiarowym zaimplementowano cały system operacyjny Windows XP Professional co pozwala na zarządzanie i przetwarzanie danych pomiarowych w czasie rzeczywistym i składowanie ich w pamięci urządzenia bez konieczności używania zewnętrznego komputera. Ładowanie danych, archiwizowanie, przesyłanie, drukowanie odbywa się za pomocą systemu Windows. Duży, czytelny i wyraźny interaktywny ekran dotykowy, wyświetla komunikaty prowadzące użytkownika przez cały proces pomiaru. Może on zarejestrować swój profil by wykonywać pomiary komponentów ciała w przyszłości. BIA jest wystarczająco dokładny. Odczyt parametrów pomiarowych dla całego ciała zawiera:

1. Całkowita zawartość wody w kg
2. Całkowita zawartość wody w organizmie w %
3. Masa tkanki tłuszczowej w procentach % dokładność 0.1%
4. Masa tkanki tłuszczowej w kilogramach kg
5. Masa tkanki mięśniowej w kilogramach kg
6. Masa tkanki beztłuszczowej FFM w kg

¹²⁹ J. Tatoń, A. Czech, M. Bernas, *Otyłość zespół metaboliczny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 29.

¹³⁰ British nutrition Foundation: *Obesity Blackwell Science*, London, 1999

¹³¹ Waga Tanita <http://www.tanitapolska.pl/tanita-waga-analizator-segmentowy-mc-980-ma.html> (20.12.2016).

7. Indeks masy ciała
8. Masa kości w kilogramach kg
9. Physique rating (niezależne od spadku wagi, różnice w proporcji tkanki tłuszczowej i masy mięśni)
10. Wskaźnik trzewnej tkanki tłuszczowej
11. BMR - Wskaźnik podstawowej przemiany materii kcal
12. Całkowita zawartość wody TBW w kg skala co 0.1kg
13. Całkowita zawartość wody TBW w % skala co 0.1%
14. Woda wewnątrz komórkowa ECW w kg skala co 0.1 kg
15. Woda zewnątrz komórkowa ICW w kg skala co 0.1 kg
16. Wskaźnik wody wew. kom. do zewn. kom. ECW/TBW w % skala co 0.1%
17. Wykres stosunku wody wew. kom do zewn. kom ECW/TBW

Odczyt parametrów pomiarowych dla poszczególnych segmentów ciała zawiera:

1. Masa mięśni - skala co 0.1 kg
2. Wskaźnik masy mięśni w segmentach ciała w skali od -4 do +4 skala co 1
3. Tkanka tłuszczowa w % skala co 0.1%
4. Tkanka tłuszczowa w kg skala co 0.1 kg
5. Wskaźnik tkanki tłuszczowej w segmentach ciała od -4 do +4 skala co 1
6. Oszacowanie równowagi rozłożenia masy mięśni

4.2. Wyniki badań i ich omówienie

Celem pracy jest przedstawienie zależności pomiędzy składem ciała a wiekiem, aktywnością fizyczną, czasem poświęconym na aktywność, regularnym wykonywaniem ćwiczeń gimnastycznych w domu i subiektywną oceną swojej sprawności fizycznej. Badania przeprowadzono w czerwcu, lipcu i sierpniu 2012 i 2016 roku. Badania w 2012 roku przeprowadzone były na ochotnikach, uczestnikach wczasów wypoczynkowych w Mielnie-Unieściu. Natomiast badania w 2016 roku przeprowadzone były na grupie ochotników w Kompleksie Wypoczynkowym „Róża Wiatrów” w Darłównu Zachodnim. Badaniom poddano kobiety z różnych miejsc zamieszkania na terenie Polski: na wsi, w małych, średnich i dużych miastach. Badaniami objęto 278 kobiet w różnym wieku. Klasyfikację wieku co 10 lat przyjęto według Shepharda¹³² zmieniając kategorię wieku z K 80-89 na K 80-85. Badane kobiety podzielono na 7 grup wiekowych K 20-29, K 30-39, K 40-49, K 50-59, K 60-69, K 70-79, K 80-85. Wyodrębniona kategoria wiekowa K 80-85 różni się nie tylko wiekiem ale zdolnościami motorycznymi, stanem zdrowia, samopoczuciem, czasem poświęconym na aktywność, regularnością wykonywanych ćwiczeń. Głównym celem pracy jest zbadanie zależności pomiędzy wskaźnikami BMI, ilością tkanki tłuszczowej FAT %, ilość tkanki tłuszczowej FAT Mass (kg) a aktywnością fizyczną. Dokonano pomiaru masy i wysokości ciała. Określono również średnią masę ciała badanych kobiet w poszczególnych kategoriach wiekowych. Wyznaczono minimalną i maksymalną masę oraz średni spadek masy ciała. Przy wyznaczaniu wskaźnika BMI (Body Mass Index) zastosowano normy podane przez Światowa

¹³² R. J. Shephard, *Aging, Physical Activity, and Health*, Hum. Kin. Publ., Champaign 1997.

Organizację Zdrowia (World Health Organization WHO 1995)¹³³. Badanie składu ciała: FAT % i FAT Mass (kg) w ciele zbadanych kobiet oceniono metodą bioelektromagnetycznej impedancji wykorzystując wagę Tanita Analizator Składu Ciała Pomiar Segmentowy MC 980 MA (BIA). W badaniach podjęta została próba rozpoznania zależności pomiędzy składem ciała a aktywnością fizyczną, czasem poświęconym na AF, regularnością wykonywanych ćwiczeń gimnastycznych w domu, i subiektywną ocenę swojej sprawności fizycznej. Jako technikę zastosowano metodę sondażu diagnostycznego wykorzystując anonimową ankietę własnej konstrukcji. Podstawowymi czynnikami jakie zostały poddane analizie wśród respondentów to: czas poświęcony na aktywność, regularność ćwiczeń i subiektywna ocena sprawności. Ankieta zatytułowana „Subiektywna ocena poziomu sprawności i aktywności fizycznej kobiet” zawierała 5 pytań otwartych i metryczkę. Część pierwsza odnosiła się do płaszczyzny powiązanej z zakresem rekreacyjnego uprawiania sportu: czasem poświęconym na aktywność, wykonywaniem ćwiczeń gimnastycznych w domu, preferowanych i wykorzystywanych dyscyplin sportowych, ocena aktywności fizycznej, samooceny sprawności fizycznej. By uzyskać odpowiedzi postawiono ankietowanym zasadnicze pytania: Ile czasu poświęcasz w tygodniu na aktywność fizyczną ?. Czy regularnie wykonujesz ćwiczenia gimnastyczne w domu ?. Jak oceniasz swoją sprawność fizyczną ?.

Tabela 4 przedstawia dane statystyczne charakteryzujące kobiety w przedziale wieku od 20 do 85 lat. Badaniom poddano grupę kobiet [N= 278] w różnym wieku w 7 kategoriach wiekowych: K 20-29, K 30-39, K 40-49, K 50-59, K 60-69, K 70-79, K 80-85. Materiały zawarte w tabeli posłużą jako materiał porównawczy do dalszych prac, zawarto w nich średnie: wieku badanych kobiet, masę i wysokość ciała. Klasyfikację wieku przyjęto według Shepharda (1997) co 10 lat zmieniając kategorię wiekową K 80-89 na K 80-85. Średnia poszczególnych kategorii wiekowych przedstawia się następująca: K 20-29 (24,6 lat), średnia masa ciała 62,3 kg, średnia wysokość ciała 169,6 cm, K 30-39 odpowiednio (34,5lat/ 64,1 kg/ 169,6 cm), K 40-49 (42,8 lat/ 68,4 kg/ 159,8 cm), K 50-59 (54,9 lat/ 75 kg/ 163,8 cm), K 60-69 (63,6 lat/71,4 kg/ 163,5 cm), K 70-79 (75,1 lat/ 71,2 kg/ 161,8 cm), K 80-85 (83,5 lat/ 74,5 kg/ 162,3 cm).

Tabela 6. Charakterystyka liczbowa badanej grupy kobiet w poszczególnych kategoriach wiekowych

Zmienne	K 20-29 N = 37	K 30-39 N = 67	K 40-49 N = 52	K 50-59 N = 29	K 60-69 N = 44	K 70-79 N = 26	K 80-85 K = 23
Wiek \bar{x} [lata]	24,6	34,5	42,8	54,9	63,6	75,1	85,5
Masa ciała \bar{x} [kg]	62,3	64,1	68,4	75,0	71,4	71,2	74,5

¹³³ World Health Organization, *Physical Status, The Use and Interpretation of Anthropometry*, WHO, Geneva 1995.

Wysokość ciała \bar{x} [cm]	169,6	161,7	159,8	163,8	163,4	161,8	162,2
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Charakterystyka liczbowa kategorii wiekowych na początku i końcu cyklu 14 dniowego treningowego

Kategoria wieku [lata]	Wys. ciała [cm] \bar{x}	Masa ciała (początek cyklu) [kg] \bar{x}	Masa ciała (koniec cyklu) [kg] \bar{x}	Różnica (+;-) [kg] \bar{x}	Masa ciała Minimalna [kg] \bar{x}	Masa ciała Maksymalna [kg] \bar{x}	Mediana masy ciała [kg]
K 20-29	169,6	62,3	60,9	1,4	47,7	101,0	63,7
K 30-39	161,7	64,1	62,6	1,5	48,3	103,3	65,2
K 40-49	159,8	68,4	65,8	2,6	62,8	100,2	71,3
K 50-59	163,8	75,0	74,1	0,9	55,1	95,6	70,6
K 60-69	163,4	71,4	70,1	1,3	52,4	100,2	70,5
K 70-79	161,8	71,2	69,8	1,6	58,6	88,4	75,3
K 80-85	162,2	74,5	72,7	1,8	68,9	83,6	75,6

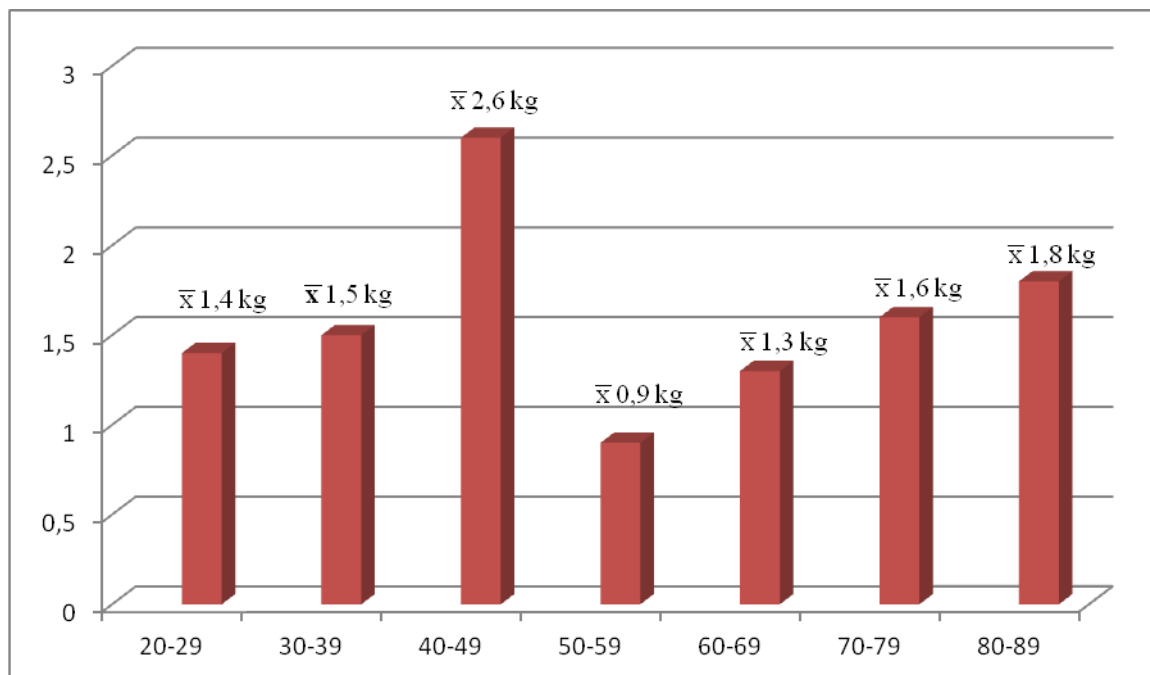
Źródło: opracowanie własne.

Tabela przedstawia średnie wartości poszczególnych kategorii wiekowych, liczebność materiału badanych cech: wysokość ciała, masę ciała na początku i końcu 14 dniowego cyklu treningowego, różnicę wynikającą z obliczenia wskaźników masy ciała. Przedstawiono minimalną i maksymalną masę ciała poszczególnych kategorii wiekowych. Z analizy powyższej tabeli wynika jasno, że pod wpływem aktywności fizycznej w 14 dniowym cyklu nastąpiło zmniejszenie masy ciała, które kształtuje się od 0,9 do 2,6 kg. Natomiast średni spadek masy ciała wszystkich kategorii wiekowych wynosi 1,58 kg. Ciekawie prezentuje się różnica w minimalnej i maksymalnej masie ciała. Najwyższą różnicę zanotowano w kategorii wiekowej K 30-39 i wynosi 55,0 kg. Najmniejsza różnica minimalna a maksymalna wystąpiła w kategorii wiekowej K 80-85 wynosi 14,7 kg. Mediana masy ciała w poszczególnych kategoriach wiekowych wynosi: K 20-29 (63,7 kg), K 30-39 (65,3 kg), K 40-49 (71,3 kg), K 50-59 (70,6 kg), K 60-69 (70,5 kg), K 70-79 (75,3 kg), K 80-85 (75,6 kg). Średnia minimalna masa ciała badanej grupy kobiet wynosi 56,3 kg, wobec maksymalnej 96,0 kg.

Z analizy wykresu 1 wykresy wynika, że największy średni spadek masy ciała wystąpił w grupie kobiet w kategorii wiekowej K 40-49 lat i wyniósł 2,6 kg, najmniejszy spadek wystąpił w grupie K 50-59 lat wyniósł 0,9 kg. Spadek masy ciała uzależniony jest od wielu czynników takich jak: intensywność treningu, masa ciała, sprawność fizyczna, ilość czasu spędzonego na aktywności fizycznej. Mimo wysokiej średniej masy ciała 68,4 kg, grupa wiekowa K 40-49 lat okazała się sprawną grupą pod względem wykonywanych

ćwiczeń jak i o wyższych zdolnościach motorycznych w porównaniu z innymi kategoriami wiekowymi kobiet. W grupie wiekowej K 50-59 lat zaobserwowano najniższy spadek masy ciała 0,9 kg i znaczne ograniczenia ruchowe oraz lekką utratę zdolności motorycznych. Wpływ na ograniczenie zdolności motorycznych ma najwyższa w badanej grupie średnia masa ciała, która wynosi 75 kg.

Rysunek 3. Redukcja masy ciała (kg) w kategoriach wiekowych po 14 dniowym cyklu



Źródło: badanie własne.

Grupa ta wykazywała najmniejsze zaangażowanie podczas codziennych zajęć. Na uwagę zasługuje fakt, że grupy K 70-79 i K 80-85 lat wykazywały największe zaangażowanie w zajęciach a zmniejszenie masy ciała wystąpiło odpowiednio w obu grupach (1,6 kg, 1,8 kg).

Tabela 8. Charakterystyka liczbowa aktywności fizycznej badanej grupy kobiet

Zmienna	Kategoria	K	K	K	K	K	K	K
		20-29 N=37	30-39 N=67	40-49 N=52	50-59 N=29	60-69 N=44	70-79 N=26	80-85 N=23
Czas poświęcony na AF w tygodniu [godz.]	0	51,3 %	43,3 %	30,4 %	58,6 %	50 %	65,4 %	69,6 %
	>3	27 %	31,4 %	48,1 %	24,2 %	43,2 %	19,2 %	17,4 %
	3-5	13,5 %	16,3 %	15,7 %	10,3 %	6,8 %	15,4 %	8,7 %
	5≤	8,2 %	9 %	6,9 %	5,8 %	0 %	0 %	4,3 %
Regularne	nie ćwiczę	51,4 %	43,3 %	29,8 %	31 %	35,7 %	50 %	30,4 %

wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych w domu	sporadycznie	35,1 %	40,3 %	38,7 %	55,2 %	45,6 %	34,6 %	65,2 %
	regularnie	13,5 %	16,4 %	31,5 %	13,8 %	18,7 %	15,4 %	4,4 %
Subiektywna ocena sprawności fizycznej	mała	49,5 %	11,9 %	54 %	72,4 %	81,8 %	88,5 %	78,3 %
	średnia	28,7 %	61,5 %	25,4 %	20,7 %	18,2 %	11,5 %	21,7 %
	dobra	10,8 %	16,5 %	11,6 %	5,9 %	0 %	0 %	0 %
	bardzo dobra	11,0 %	10,1 %	9,0 %	1,0 %	0 %	0 %	0 %

Źródło: opracowanie własne.

Dla aktywności fizycznej użyto skrótu AF. Czas poświęcony na AF w tygodniu, kategorie: 0 godz., > 3 godz., 3-5 godz., $5 \leq$ godz.)

Ogólną charakterystykę oceny aktywności fizycznej przedstawia powyższa tabela. Analiza danych wskazuje, że większość kobiet nie poświęca w tygodniu na aktywność fizyczną ani jednej godziny. Z deklaracji grupy kobiet K 70-79 lat 65,4 % i K 80-85 lat 69,6 % wynika, że nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej względu na swój wiek. Do 3 godzin aktywności fizycznej w tygodniu najbardziej aktywną grupą są kobiety w przedziale wieku K 40-49, K 60-69 lat deklarują odpowiednio 48,1 %, 43,2 %. Najmniej aktywną grupą w tym przedziale czasowym są kobiety w wieku K 80-85 (17,4 %) i K 70-79 (19,2 %). Czas poświęcony na AF od 3 do 5 godzin tygodniowo, najbardziej aktywną w tej kategorii czasu są kobiety w wieku K 30-39 i K 40-49 deklarując odpowiednio 16,3 % i 15,7 %. Natomiast badana grupa kobiet w przedziale wieku K 60-69 i K 80-85 deklaruje odpowiednio 6,8 % i 8,7 % małą aktywność fizyczną. Najwięcej czasu powyżej 5 godzin tygodniowo poświęca na AT grupa kobiet K 20-29 – 8,2 % i K 40-49 – 6,9 %. W tej kategorii nie deklaruje żadnej aktywności kobiety w przedziale wieku K 60-69 i K 70-79. Na uwagę zasługuje fakt deklaracji kobiet K 80-85 lat 4,3 % udziału w aktywności fizycznej powyżej 5 godzin w tygodniu. W drugiej zmiennej największą grupę stanowiły kobiety deklarując sporadyczny udział w regularnie wykonywanych ćwiczeniach gimnastycznych w domu. Natomiast grupy badanych kobiet K 20-29 (51,4 %), K 70-79 (50 %) nie wykonuje ćwiczeń gimnastycznych w domu. Regularnie wykonuje ćwiczenia gimnastyczne w domu grupa K 40-49 (31,3 %) wobec K 80-85 lat (4,4 %) regularności w tej kategorii. Wiek, problemy zdrowotne, moda na ćwiczenia, poprawa samopoczucia, zwinność, gibkość, zauważalne pozytywne zmiany powodują, że co raz częściej kobiety przystępują do regularnych ćwiczeń w domu. W trzeciej zmiennej z wyjątkiem grupy K 30-39 (11,9 %) badane kobiety deklarowały swoją subiektywną ocenę poziomu sprawności fizycznej jako małą. Największy odsetek małej sprawności fizycznej wskazały grupy kobiet: K 70-79 (88,5 %), K 60-69 (81,8 %), K 80-85 (73,3 %), K 50-59 (72,4 %). Dalsza analiza danych wskazuje, że większość kobiet ocenia swoją sprawność fizyczną jako średnią. Poziom swojej sprawności jako dobra najwyżej oceniła grupa K 30-39 lat (16,5 %) wobec braku oceny w grupach K 60-69, k 70-79, K 80-85 lat. Bardzo dobrą subiektywną ocenę swojej sprawności fizycznej najwyżej oceniły grupy kobiet K 20-29 (11 %), K 30-39 (10,1 %), K 40-49 (9 %), K 50-59 (1 %), brak oceny

stwierdzono u pozostałych grup. Analiza danych trzech zmiennych wykazuje, że badane kobiety przeznaczają na aktywność fizyczna do 3 godzin w tygodniu i sporadycznie wykonują ćwiczenia gimnastyczne w domu oceniając swoją subiektywną sprawność fizyczna na średnim poziomie.

Tabela 9. Charakterystyka liczbowa wskaźników BMI i aktywności fizycznej badanej grupy kobiet w poszczególnych kategoriach wiekowych

Kategoria wiekowa [lat]	Czas poświęcony na AF [godz.]	Regularne wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych w domu	Subiektywna ocena sprawności fizycznej	Wskaźnik BMI na pocz. cyklu [kg/m ²]	Wskaźnik BMI na koniec cyklu [kg/m ²]	BMI \bar{x} dla grup [kg/m ²]
K 20-29 N=37	(0) 51,3 % (>3) 27 % (3-5) 13,5 % (5≤) 8,2 5	(1) 51,4 % (2) 35,1 % (3) 13,5 %	(1) 49,5 % (2) 28,7 % (3) 10,8 % (4) 11 %	21,7	21,2	21,5
K 30-39 N=67	(0) 43,3 % (>3) 31,4 % (3-5) 16,3 % (5≤) 9 %	(1) 43,3 % (2) 40,3 % (3) 16,4 5	(1) 11,9 % (2) 61,5 % (3) 16,5 % (4) 10,1 %	24,5	23,9	24,2
K 40-49 N=52	(0) 30,4 % (>3) 48,1 % (3-5) 15,7 % (5≤) 5,8 %	(1) 29,8 % (2) 38,7 % (3) 31,5 %	(1) 54 % (2) 25,4 % (3) 11,6 % (4) 9 %	26,8	25,8	26,3
K 50-59 N=29	(0) 58,6 % (>3) 24,2 % (3-5) 10,3 % (5≤) 6,9 %	(1) 31 % (2) 55,2 % (3) 13,8 %	(1) 72,4 % (2) 20,7 % (3) 5,9 % (4) 1 %	28,0	27,6	27,8
K 60-69 N=44	(0) 50 % (>3) 43,2 % (3-5) 6,8 % (5≤) 0 %	(1) 35,7 % (2) 45,6 % (3) 18,7 %	(1) 81,8 % (2) 18,2 % (3) 0 % (4) 0 %	26,7	26,3	26,5
K 70-79 N=26	(0) 65,4 % (>3) 19,2 % (3-5) 15,4 % (5≤) 0 %	(1) 50 % (2) 34,6 % (3) 15,4 5 %	(1) 88,5 % (2) 11,5 % (3) 0 % (4) 0 %	27,2	26,6	26,9
K 80-85 N=23	(0) 69,6 % (>3) 17,4 % (3-5) 8,7 % (5≤) 4,3 %	(1) 30,4 % (2) 65,2 5 (3) 4,4 %	(1) 78,3 % (2) 21,7 % (3) 0 % (4) 0 %	28,2	27,6	27,9

Źródło: opracowanie własne.

Opis: Regularne wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych w domu (1) nie ćwiczę, (2) sporadycznie, (3) regularnie, (4). Subiektywna ocena sprawności fizycznej (1) mała, (2)

średnia, (3) dobra, (4) bardzo dobra. Dla aktywności fizycznej użyto skrótu AF. Czas poświęcony na AF w tygodniu, kategorie: 0 godz., >3 godz., 3-5 godz., $5 \leq$ godz.)

Ocena ilościowa i jakościowa badań BMI jest wyznacznikiem zdrowia. Przyjęte światowe standardy opracowane przez Cole'a i wsp. (2000)¹³⁴ wyznaczają właściwą masę ciała wobec wysokości i pozwalają ocenić groźne dla zdrowia zjawisko nadwagi i otyłości, także wyodrębnić prawidłową masę ciała. Postanowiłem porównać czas poświęcony na aktywność fizyczną, regularne wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych w domu, subiektywną ocenę swojej sprawności fizycznej ze wskaźnikami BMI badanej grupy kobiet w różnych przedziałach wiekowych. W pierwszej kolejności wyliczyłem średnie arytmetyczne masy ciała, wysokości i wyznaczyłem wskaźniki BMI w poszczególnych przedziałach wiekowych badanych kobiet: K 20-29, K 30-39, K 40-49, K 50-59, K 60-69, K 70-79, K 80-85 lat. W oparciu o powyższy materiał można stwierdzić występowanie wygłodzenia, wychudzenia, niedowagi, prawidłowej wagi, nadwagi i otyłości. Tylko badana grupa kobiet K 20-29 i K 30-39 lat według wskaźników BMI ma prawidłową masę ciała. Pozostałe badane kobiety mieszcząc się w przedziale wskaźnika BMI 25-29,9 kg/m² mają nadwagę i są według wskaźnika (30-34,9 kg/m²) przed okresem otyłości. Analizując dane badanej grupy kobiet K 20-29 i K 30-39 lat mieszczących się w przedziale wskaźników prawidłowej masy ciała są na tyle sprawne fizycznie, że poświęcają systematycznie do 3 godzin aktywności fizycznej tygodniowo. Sporadycznie wykonują ćwiczenia gimnastyczne w domu a ich subiektywna ocena swojej sprawności fizycznej, mediana wynosi: mała 30,7 %, średnia 45,1 %, dobra 13,6 % i bardzo dobra 10,6 % odbiega to od pozostałych grup badanych kobiet. Na aktywność fizyczną składa się wiele czynników między innymi wskaźniki BMI mówiące o normach i prawidłowej masie ciała. Im niższy wskaźnik BMI tym więcej czasu kobiety poświęcają na aktywność fizyczną, regularnie ćwiczą w domu a ich samoocena sprawności fizycznej jest wyższa. Aktywność fizyczna grupy kobiet K 60-69, K 70-79, K 80-85 lat mimo wysokiego wskaźnika BMI wskazującego nadwagę, aktywność tej grupy jest zadowalająca. Wyniki prowadzonych badań są często zbieżne z wynikami badań potwierdzających występowanie zjawiska nadwagi i otyłości w Europie. Potwierdza się tendencja wzrostu nadwagi i otyłości u kobiet mniej aktywnych powyżej 50 roku życia.

¹³⁴ T. J. Cole, M. C. Bellizzi, K. M. Flegal, W. H. Dietz, *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*, British Medical Journal, 2000, 320:1-6.

Tabela 10. Charakterystyka liczbowa wskaźników FAT % i aktywności fizycznej badanej grupy kobiet w poszczególnych kategoriach wiekowych

Kategoria wiekowa [lat]	Czas poświęcony na AF [godz.]	Regularne wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych w domu	Subiektywna ocena sprawności fizycznej	FAT [%] Minimalny	FAT [%] Maksymalny	FAT [%] \bar{x} badanej grupy
K 20-29 N=37	(0) 51,3 % (>3) 27 % (3-5) 13,5 % (5≤) 8,2 5	(1) 51,4 % (2) 35,1 % (3) 13,5 %	(1) 49,5 % (2) 28,7 % (3) 10,8 % (4) 11 %	-6 %	35,3 %	11,6 %
K 30-39 N=67	(0) 43,3 % (>3) 31,4 % (3-5) 16,3 % (5≤) 9 %	(1) 43,3 % (2) 40,3 % (3) 16,4 5	(1) 11,9 % (2) 61,5 % (3) 16,5 % (4) 10,1 %	-1,5 %	37,8 %	16,0 %
K 40-49 N=52	(0) 30,4 % (>3) 48,1 % (3-5) 15,7 % (5≤) 5,8 %	(1) 29,8 % (2) 38,7 % (3) 31,5 %	(1) 54 % (2) 25,4 % (3) 11,6 % (4) 9 %	16,2%	37,1 %	19,8 %
K 50-59 N=29	(0) 58,6 % (>3) 24,2 % (3-5) 10,3 % (5≤) 6,9 %	(1) 31 % (2) 55,2 % (3) 13,8 %	(1) 72,4 % (2) 20,7 % (3) 5,9 % (4) 1 %	6,8 %	34,5 %	23,9 %
K 60-69 N=44	(0) 50 % (>3) 43,2 % (3-5) 6,8 % (5≤) 0 %	(1) 35,7 % (2) 45,6 % (3) 18,7 %	(1) 81,8 % (2) 18,2 % (3) 0 % (0) 0 %	3,5 %	36,3 %	21,4 %
K 70-79 N=26	(0) 65,4 % (>3) 19,2 % (3-5) 15,4 % (5≤) 0 %	(1) 50 % (2) 34,6 % (3) 15,4 5 %	(1) 88,5 % (2) 11,5 % (3) 0 % (4) 0 %	11,5 %	31,9 %	21,6 %
K 80-85 N=23	(0) 69,6 % (>3) 17,4 % (3-5) 8,7 % (5≤) 4,3 %	(1) 30,4 % (2) 65,2 5 (3) 4,4 %	(1) 78,3 % (2) 21,7 % (3) 0 % (4) 0 %	20,4 %	29,5	23,7 %

Źródło: opracowanie własne.

Opis: Regularne wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych w domu (1) nie ćwiczę, (2) sporadycznie, (3) regularnie. Subiektywna ocena sprawności fizycznej (1) mała, (2) średnia,

(3) dobra, (4) bardzo dobra. Dla aktywności fizycznej użyto skrótu AF. Czas poświęcony na AF w tygodniu, kategorie: 0 godz., > 3 godz., 3-5 godz., 5≤ godz.)

Analizując dane zwarte w tabeli 8 możemy stwierdzić, że istnieje zależność pomiędzy składem ciała a wiekiem, czasem poświęconym na aktywność fizyczną, regularnym wykonywaniem ćwiczeń gimnastycznych w domu i samooceną swojej sprawności fizycznej. Zawartość tkanki tłuszczowej w ciele zbadanych kobiet oceniono metodą bioelektromagnetycznej impedancji wykorzystując wagę Tanita Analizator Składu Ciała Pomiar Segmentowy MC 980 MA (BIA). W odniesieniu do zawartości tkanki tłuszczowej w ciele stwierdzono duży odsetek kobiet o zbyt niskiej zawartości tłuszczu. Przy minimalnej masie ciała 47,7 kg w grupie kobiet M 20-29 lat odsetek tkanki tłuszczowej (FAT %) wykazał ujemną zależność i wyniósł (-6%). W grupie kobiet M 30-39 lat przy minimalnej masie ciała 48,3 kg również wystąpiła ujemna zależność i wynosiła (-1,5%). Przy średniej masie ciała w badanych grupach K 20-29 (62,3kg) i K 30-39 (64,1kg) występuje zbyt niska zawartość tłuszczu w ciele. W pozostałych badanych grupach przy średniej arytmetycznej stwierdzono prawidłową zawartość tkanki tłuszczowej (FAT %). Większość kobiet powyżej średniej arytmetycznej posiada zbyt wysoki poziom tkanki tłuszczowej. Wysoką i bardzo wysoką zawartość tłuszczu stwierdzono u kobiet o maksymalnej masie ciała we wszystkich grupach wiekowych. Zawartość tkanki tłuszczowej przy minimalnej masie ciała kształtuje się od zależności ujemnej (-6%) do zależności dodatniej (20,4%). Natomiast przy maksymalnej masie ciała we wszystkich grupach wiekowych występuje zależność dodatnia i kształtuje się od 29,5 % do 33,8%. Im mniejsza zawartość tkanki tłuszczowej zbliżona do prawidłowej, tym poziom aktywności fizycznej jest większy. Prawidłowa zawartość tkanki tłuszczowej wpływa na wyższy poziom aktywności, regularne wykonywanie ćwiczeń i dobrą samoocenę swojego poziomu aktywności. Natomiast zbyt wysoka i zbyt niska zawartość tłuszczu obniża poziom aktywności fizycznej, wpływa na regularność wykonywanych ćwiczeń i negatywnie wpływa na samoocenę aktywności i sprawności fizycznej.

Tabela 11. Charakterystyka liczbowa wskaźników FAT mass i aktywności fizycznej badanej grupy kobiet w poszczególnych kategoriach wiekowych

Kategoria wiekowa [lat]	Czas poświęcony na AF [godz.]	Regularne wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych w domu	Subiektywna ocena sprawności fizycznej	FAT Mass minimalna [kg]	FAT Mass [kg]	FAT Mass [kg] \bar{x} badanej grupy
K 20-29 N=37	(0) 51,3 % (>3) 27 % (3-5) 13,5 % (5≤) 8,2 5	(1) 51,4 % (2) 35,1 % (3) 13,5 %	(1) 49,5 % (2) 28,7 % (3) 10,8 % (4) 11 %	-2,9	35,6	7,2
K 30-39 N=67	(0) 43,3 % (>3) 31,4 % (3-5) 16,3 % (5≤) 9 %	(1) 43,3 % (2) 40,3 % (3) 16,4 5	(1) 11,9 % (2) 61,5 % (3) 16,5 % (4) 10,1 %	-0,7	39	10,1

K 40-49 N=52	(0) 30,4 % (>3) 48,1 % (3-5) 15,7 % (5≤) 5,8 %	(1) 29,8 % (2) 38,7 % (3) 31,5 %	(1) 54 % (2) 25,4 % (3) 11,6 % (4) 9 %	10,2	37,2	13,3
K 50-59 N=29	(0) 58,6 % (>3) 24,2 % (3-5) 10,3 % (5≤) 6,9 %	(1) 31 % (2) 55,2 % (3) 13,8 %	(1) 72,4 % (2) 20,7 % (3) 5,9 % (4) 1 %	3,7	37	17,8
K 60-69 N=44	(0) 50 % (>3) 43,2 % (3-5) 6,8 % (5≤) 0 %	(1) 35,7 % (2) 45,6 % (3) 18,7 %	(1) 81,8 % (2) 18,2 % (3) 0 % (4) 0 %	1,8	36,4	15,1
K 70-79 N=26	(0) 65,4 % (>3) 19,2 % (3-5) 15,4 % (5≤) 0 %	(1) 50 % (2) 34,6 % (3) 15,4 5 %	(1) 88,5 % (2) 11,5 % (3) 0 % (4) 0 %	6,7	28,2	15,2
K 80-85 N=23	(0) 69,6 % (>3) 17,4 % (3-5) 8,7 % (5≤) 4,3 %	(1) 30,4 % (2) 65,2 5 (3) 4,4 %	(1) 78,3 % (2) 21,7 % (3) 0 %	14	24,6	17,4

Źródło: opracowanie własne.

Opis: Regularne wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych w domu (1) nie ćwiczę, (2) sporadycznie, (3) regularnie. Subiektywna ocena sprawności fizycznej (1) mała, (2) średnia, (3) dobra, (4) bardzo dobra. Dla aktywności fizycznej użyto skrótu AF. Czas poświęcony na AF w tygodniu, kategorie: 0 godz., >3 godz., 3-5 godz., 5≤ godz.).

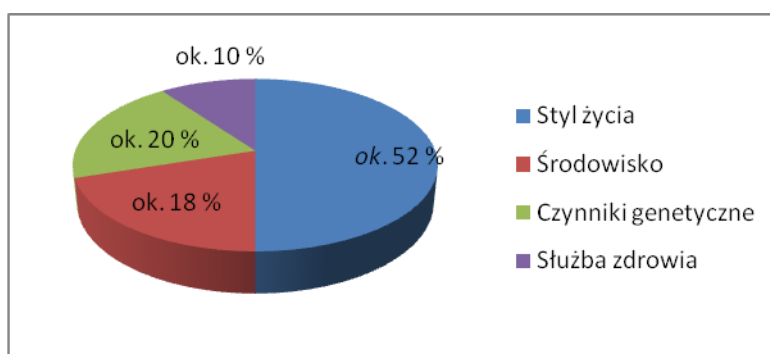
Analizując dane zwarte w tabeli 9 możemy stwierdzić, że istnieje zależność pomiędzy ilością tkanki tłuszczowej w ciele a wiekiem, czasem poświęconym na aktywność fizyczną, regularnym wykonywaniem ćwiczeń gimnastycznych w domu i samooceną swojej sprawności fizycznej. Zawartość tkanki tłuszczowej w ciele badanych kobiet oceniono metodą bioelektromagnetycznej impedancji wykorzystując wagę Tanita Analizator Składu Ciała Pomiar Segmentowy MC 980 MA (BIA).

W odniesieniu do zawartości tkanki tłuszczowej wyrażanej w [kg] stwierdzono duży odsetek kobiet o zbyt niskiej zawartości tłuszczu w ciele. Przy minimalnej masie ciała 47,7 kg w grupie kobiet M 20-29 lat poziom tkanki tłuszczowej w stosunku do masy ciała wykazał ujemną zależność i wyniósł (-2,9 kg). W grupie kobiet M 30-39 lat przy minimalnej masie ciała 48,3 kg również wystąpiła ujemna zależność i wynosiła (-0,9 kg). Przy średniej masie ciała w badanych grupach K 20-29 (62,3kg) i K 30-39 (64,1kg) występuje zbyt niska zawartość tłuszczu wyrażana w kilogramach. W pozostałych badanych grupach przy średniej arytmetycznej stwierdzono prawidłową zawartość tkanki tłuszczowej (FAT Mass). Większość kobiet powyżej średniej arytmetycznej posiada zbyt dużą ilość tkanki tłuszczowej. Wysoką i bardzo wysoką zawartość tłuszczu stwierdzono u kobiet o maksymalnej masie ciała

we wszystkich grupach wiekowych. Zawartość tkanki tłuszczowej przy minimalnej masie ciała kształtuje się od zależności ujemnej (-2,9 kg) do zależności dodatniej (14 kg). Natomiast przy maksymalnej masie ciała we wszystkich grupach wiekowych występuje zależność dodatnia i kształtuje się od 24,6 kg do 39 kg. Im niższa zawartość tkanki tłuszczowej zbliżona do prawidłowej, poziom aktywności fizycznej jest wzrasta. Prawidłowa zawartość tkanki tłuszczowej ma wpływ na wyższy poziom aktywności fizycznej, regularność wykonywanych ćwiczeń i dobra samocenę swojego poziomu aktywności i sprawności fizycznej. Natomiast zbyt wysoka i zbyt niska zawartość tłuszczu negatywnie wpływa na poziom aktywności fizycznej, regularność wykonywanych ćwiczeń gimnastycznych i obniża samocenę swojego poziomu aktywności i sprawności fizycznej. Analiza zawartości tkanki tłuszczowej (FAT Mass) na podstawie oceny składu ciała metodą bioelektrycznej impedancji (BIA) wykazała duże zróżnicowanie pod względem zawartości tkanki tłuszczowej w grupie zbadanych kobiet charakteryzujących się minimalną i maksymalną masą ciała. Średnia zawartość tkanki tłuszczowej przy minimalnej masie ciała wyniosło tylko 4,7 kg, natomiast średnie ogólne odfuszczenie przy maksymalnej masie ciała wyniosło 33,4 kg. Pomiedzy najmniejszą a największą masą tkanki tłuszczowej stwierdzono różnicę 27,8 kg.

Styl życia jaki prowadzimy jest najważniejszy czynnikiem zdrowia, za który sami jesteśmy odpowiedzialni. Rozwój nauk związanych ze zdrowiem ogarnął niemal wszystkie kraje nie tylko w Europie ale i na świecie. Rozpoczęto poszukiwania metod zapobiegania i leczenia związanego z formami paramedycznymi. Rosnąca fala otyłości i zwiększona liczna zgonów zmusiła do zastanowienia się i podjęcia dyskusji na ten temat. Minister zdrowia Kanady (Marc Lalonde, 1997) na posiedzeniu parlamentu zwrócił uwagę na cztery grupy czynników odpowiedzialnych za zdrowie człowieka: styl życia, czynniki środowiskowe, czynniki genetyczne, służba zdrowia¹³⁵. Wyróżnione cztery czynniki zdrowia: styl życia ok. 50%, środowisko ok. 20%, czynniki genetyczne ok. 20% i służba zdrowie ok. 10% stanowią podstawową koncepcję warunkującą zdrowie jednostki, na której wzoruje się wielu naukowców badających zależności stylu, genetyki, środowiska i opieki zdrowotnej na zdrowie i jakość życia.

Rysunek 4. Czynniki warunkujące zdrowie jednostki



Źródło: Raport Ministra Zdrowia Kanady M. Lalonde'a z 1974 r.

¹³⁵ M. Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Government of Canada, Ottawa 1978.

Oprócz czterech podstawowych czynników Lalonde'a, (1974) na rozwój społeczno-ekonomiczno-ekologiczny modelu zdrowia i zmianę polityki zdrowotnej wpływają następujące czynniki:...zarobki, status społeczny, sieci wsparcia społecznego, edukacja, zatrudnienie i warunki pracy, środowisko fizyczne, biologia i czynniki genetyczne, zachowania zdrowotne i umiejętność radzenia sobie, prawidłowy rozwój w dzieciństwie, służba zdrowia¹³⁶. Styl życia przypisywany jest jednostce, ta personalizacja odróżnia go od pojęcia niesłusznie utożsamianego z nim trybu życia¹³⁷. Tryb życia według (Woynarowska, 2008) odnosi się do organizacji codziennego życia, do którego między innymi możemy zaliczyć: pracę zawodową, rozrywkę, aktywność fizyczną, wypoczynek, czynności fizjologiczne, rytmy biologiczne¹³⁸. Tryb życia jest zmienny i zależy od płci, wieku, stanu zdrowia, zainteresowań, systematyczności, odżywiania. Natomiast styl życia, zdrowy styl życia kojarzy się z dobrym zdrowiem, zdrowym odżywianiem, aktywnością fizyczną z czymś co dobrze wpływa na zdrowie i jakość życia. Tryb życia i styl życia nie są zdarzeniami jednostkowymi są wydłużone w czasie i wykonywane systematycznie. Powiązanie stylu życia z aktywnością fizyczną nie jest przypadkowe. Każda forma aktywności fizycznej uznana została jako jeden z najważniejszych czynników wpływających na zdrowie. Aktywność fizyczna i prawidłowe odżywianie wpływają między innymi na zmniejszenie masy ciała w tym zredukowanie tkanki tłuszczowej. Już w XVII i XVIII wieku próbowano skierować swoje zainteresowanie na zdrowie... a więc od schyłku Odrodzenia czyli w latach Baroka,

Rokoka i wczesnego Oświecenia rozumując formy i przejaw troski o zdrowie, jego wyraz i swoisty rezultat ogólnego poziomu kultury i wychowania widzianego przez pryzmat standardu krajowej edukacji, medycyny i wybranych składników kultury materialnej odwołują się do realiów życia¹³⁹. Styl życia nie powinien kojarzyć się ze zdrowiem a powinien być podstawowym czynnikiem zdrowia, połączonym z prawidłowym i racjonalnym odżywianiem. Nie powinien być ukierunkowany na wynik a skierowany bezpośrednio na jednostkę (siebie) by osiągnąć zamierzony cel. W wielu badaniach stwierdzono, że styl życia jaki prowadzimy odpowiedzialny jest za stan zdrowia (choroby) lub braku chorób. Aktywność fizyczna i ...prawidłowe żywienie, które polega na dostarczaniu do organizmu energii i składników odżywczych w ilościach, które zapewnią prawidłowy przebieg procesów życiowych¹⁴⁰ pozwala cieszyć się dobrym zdrowiem. Bez wątplenia można stwierdzić, że brak aktywności fizycznej wpływa na zwiększenie masy ciała i tkanki tłuszczowej natomiast regularna aktywność fizyczna o różnej intensywności ...okazała się skuteczna zarówno w pierwotnej jak i wtórnej prewencji otyłości i innych chorób (układu

¹³⁶ E. Zieliński, O. Galarowicz, J. Telak, *Nurkowanie a urazy kręgosłupa*, [w:], red. nac., W. Moska, S. Przybylski, D. Skalski, *Ratownictwo wodne, sport pływacki i kultura fizyczna w teorii i praktyce*, Tom 3, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk 2016, s. 78.

¹³⁷ J. Drabik, M. Resiak, *Styl życia w promocji zdrowia*, Wydawnictwo Uczelniane AWFis, Gdańsk 2010, s. 19.

¹³⁸ B. Woynarowski, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2008.

¹³⁹ K. Poznański, *Dbalność o zdrowie w polskiej tradycji wychowawczej XVII i XVIII wieku*, [w:] red. Z. Żukowska, R. Żukowski, *Zdrowie Ruch Fair play*, Katedra Nauk Humanistycznych AWF Warszawa, Wydawnictwo Estrella, Warszawa 2001, s. 15.

¹⁴⁰ L. Szponar, E. Rychlik, *Sposób żywienia i stan odżywiania ludności w Polsce*, [w:] red. nauk., Z. Żukowska, R. Żukowski, *Zdrowie Ruch Fair play*, Katedra Nauk Humanistycznych AWF w Warszawie, Wydawnictwo Estrella, warszawa 2001, s. 62.

krążenia, cukrzyca, nowotworów, nadciśnienia tętniczego, osteoporozy¹⁴¹. Utrata masy ciała powoduje poprawę procesów metabolicznych i wpływa pozytywnie na zdrowie i jakość życia.

Tabela 12. Korzyści zdrowotne wynikające z utraty 10% masy ciała

Korzyści zdrowotne dotyczące osoby o masie ciała 100 kg
Stężenie trójglicerydów w surowicy obniżyło się o 30%
Stężenie LDL cholesterolu w surowicy („zły cholesterol”) obniżyło się o 15%
Stężenie HDL cholesterolu w surowicy („dobry cholesterol”) wzrosło o 8%
Ciśnienie skurczowe obniżyło się o 100 mmHg
Ciśnienie rozkurczowe obniżyło się o 20 mmHg

Źródło: Białkowska, 2006.

Zmniejszenie masy ciała o 10 kg obniża ryzyko powikłań wielu chorób takich jak: choroby układu krążenia, nadciśnienie, cukrzyca i inne choroby. Spadek masy ciała przyczynia się do obniżenia poziomu glukozy we krwi, obniżenia trójglicerydów, LDL- cholesterolu złego, ciśnienia skurczowego i rozkurczowego a następuje wzrost stężenia HDL- cholesterolu dobrego. Utrata masy ciała w dużej mierze spowodowana była aktywnością fizyczną. Według (Malina, 2000) aktywność fizyczna ma charakter nie tylko biologiczny bo wysiłek fizyczny wymaga wydatku energetycznego ale i kulturowy, ponieważ rodzaje tej aktywności wynikają z danej kultury ale też transcendentny bo służy on człowiekowi jako jednostce i bardziej jest skierowane na własne „JA”. Uprawianie sportu na różnym poziomie jest przyjemnością ale i też troską i obowiązkiem o własne zdrowie¹⁴². Aktywność fizyczna to nie tylko same przyjemności w życiu bowiem jest niewiele wysiłków bardzo męczących i przyjemnych jednocześnie¹⁴³. Sama aktywność nie wystarczy by skutecznie dbać o zdrowie i zmniejszyć masę ciała. Przypuszczalnie na świecie połowa populacji otyłych kobiet i 1/3 mężczyzn korzystała z różnych diet. Łatwy dostęp do wysokokalorycznej żywności, większe spożycie, mała aktywność, postęp technologiczny sprzyja niezamierzonemu wzrostowi masy ciała. Spożycie nadmiernej ilości posiłków obfitych w tłuszcze sprzyja otyłości.

W leczeniu otyłości konieczne jest zwiększenie aktywności fizycznej by nastąpił wzrost wydatku energetycznego. Wskazane są dyscypliny sportu o charakterze aerobowym: jazda na rowerze, nordic walking, pływanie, biegi, narciarstwo biegowe, marsze, jazda na rolkach, gry zespołowe, łyżwiarstwo. Wzmoczona aktywność fizyczna, podniesienie tętna w czasie wysiłku do większego niż spoczynkowe zapobiega obniżeniu podstawowych funkcji przemiany materii podczas odchudzania, poprawia zdolność mobilizacji oksydacji tłuszczu, ułatwia kontrolę spożywania żywności, zwiększa wrażliwość tkanek na insulinę, obniża

¹⁴¹ M. Białkowska, *Przyczyny epidemii otyłości*, [w:] red. nauk., J. Chrzanowska, P. Bergman, K. Kaczanowski, H. Piechacz, *Otyłość epidemia XXI wieku*, AWF Warszawa, Warszawa 2006, s. 9.

¹⁴² R. M. Malina, *Aktywność fizyczna a rokowanie długowieczności*, *Medicina Sportiva* 6(1) s. 9-16.

¹⁴³ J. Drabik, *Polska w ruchu, wyzwanie dla zdrowia publicznego*, Wydawnictwo Uczelniane Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk 2011.

stężenie cholesterolu całkowitego i LDL we krwi, obniża ciśnienie tętnicze, zapobiega efektowi „jo jo”, poprawia samopoczucie¹⁴⁴. Czas wykonywania aktywności fizycznej nie powinien być krótszy niż 30 minut kilka razy w tygodniu o małej lub średniej intensywności. Im wyższy aerobowy wydatek energetyczny o wydłużonym czasie trwania, tym efekt zmniejszenia masy ciała jest większy. Oprócz aktywności fizycznej, racjonalnego odżywiania można stosować leczenie farmakologiczne, jeżeli ono nie przynosi efektu wskazane jest zastosowanie leczenia chirurgicznego. Jednak bez racjonalnego odżywiania i aktywności fizycznej trudno jest osiągnąć zamierzony efekt zmniejszający masę ciała.

Utrudnieniem w zmniejszeniu masy ciała jest wiek i malejąca sprawność fizyczna. Okres wieku dojrzałego, wczesnej i późnej starości jest narażony... na powolny lecz systematyczny regres zdolności motorycznych, występujące pod wpływem pracy zawodowej, ustabilizowanego trybu życia, wady postawy, należy zalecać ludziom tego okresu szereg ćwiczeń energetycznych¹⁴⁵. Zastosowanie ćwiczeń o małej i umiarkowanej intensywności są ściśle powiązane z rozwojem medycyny, rehabilitacji, sportu, wychowania fizycznego¹⁴⁶.

Ćwiczenia fizyczne są coraz powszechniej stosowane w rehabilitacji osób niepełnosprawnych ruchowo, sensorycznie i intelektualnie. Przy starzejącym się społeczeństwie oraz wzroście otyłości są one nieodzowne w zachowaniu odpowiedniej jakości życia, dobrego zdrowia i samopoczucia. Postępująca hipokinezja (ograniczenie ruchu i aktywności fizycznej) prowadzi do obniżenia sprawności fizycznej i upośledzenia układu ruchu, zanikiem sprawności mięśni, ograniczeniem zakresem ruchomości stawów w obrębie obręczy biodrowej i barkowej. Można stwierdzić, że brak aktywności fizycznej obniża wytrzymałość, ogranicza rozwój fizyczny i psychiczny człowieka. Aktywność fizyczna wpływa pozytywnie na skład ciała poprzez zmniejszenie FAT % i FAT Mass (kg) w ciele człowieka. W wieku dojrzałym pozwala na utrzymanie osiągniętego wcześniej poziomu wydolności fizycznej lub przynajmniej maksymalnie opóźnić jego obniżenie¹⁴⁷. W konkluzji można stwierdzić, że aktywność fizyczna jest między innymi jedną z metod utrzymania dobrego zdrowia, przyczynia się do poprawy kondycji, pozytywnych zmian w motoryce, zmniejszenia masy ciała.

¹⁴⁴ E. Lange, *Dietoterapia i dietoprofilaktyka otyłości*, [w:] red. nauk. D. Włodarek, E. Lange, L. Kozłowska, D. Głabska, *Dietoterapia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 287.

¹⁴⁵ M. Napierała, R. Muszkieta, W. Żukow, *Rozwój motoryczności w poszczególnych etapach ontogenezy*, red. nauk. M. Napierała, R. Muszkieta, W. Żukow, Ośrodek Rekreacji, Sportu i Edukacji w Poznaniu, Bydgoszcz 2009, s. 58.

¹⁴⁶ N. Morgulec-Adamowicz, A. Kosmał, *Korzenie koncepcji adaptowanej aktywności fizycznej*, [w:] red. nauk. N. Morgulec-Adamowicz, A. Kosmał, B. Molik, *Adaptowana aktywność fizyczna dla fizjoterapeutów*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s. 3.

¹⁴⁷ D. Lipka-Nowak, D. Studnicka, *Aktywność ruchowa jako metoda utrzymania zdrowia i kondycji fizycznej kobiet dojrzałych*, [w:] red. nauk. D. Umiastowska, *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, Wydawnictwo Promocyjne „Albatros”, Szczecin 2002, s. 64.

Rozdział 5

Podstawowe zabiegi resuscytacyjne i pierwsza pomoc przedlekarska¹⁴⁸

Co dzień spotykamy się z urazami lub nagłymi zachorowaniami. Zachodzi wówczas konieczność udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej – często ratującej życie. Zanim przybędzie pogotowie ratunkowe działania niosące pomoc powinny być szybkie i odznaczające się logicznym myśleniem. Pierwsza pomoc przedmedyczna powinna polegać na:

1. czynnościach ratujących życie,
2. wezwaniu pogotowia ratunkowego,
3. dalszej pierwszej pomocy przed-lekarskiej.

5.1. Reanimacja, resuscytacja

Udzielając pomocy pracuje się według następujących zasad, zwanych **ABC** resuscytacji:

- A** – sprawdzenie drożności dróg oddechowych (z ang. **A**irway)
- B** – sprawdzenie czy poszkodowany oddycha (oddychanie – **B**reathing)
- C** – sprawdzenie czy zachowane jest krążenie krwi (krążenie – **C**irculation)

Zabiegi ratownicze zawierają szereg elementów logicznego sposobu postępowania, których prawidłowe wykonanie decyduje w sposób zasadniczy o ich poprawności i skuteczności. Na wstępie należy wyjaśnić kilka pojęć:

Resuscytacja (łac. resuscitatio = zmartwychwstanie) to przywrócenie ratowanemu funkcji krążenia i oddychania ; mówimy wtedy o resuscytacji pełnej. Natomiast jeżeli zajmujemy się tylko przywróceniem krążenia - mówimy o resuscytacji krążeniowej, jeżeli przywraca się tylko oddech mamy do czynienia z resuscytacją oddechową.

Reanimacja (re + łac. animatio = ożywianie) to postępowanie mające na celu przywracanie do życia ratowanych będących w stanie śmierci klinicznej ; masaż serca, sztuczne oddychanie, środki farmakologiczne pobudzające czynność układu krążenia i oddechowego.

Reanimacja to pojęcie szersze od resuscytacji, gdyż obejmuje podstawowe zabiegi przywracające życie na miejscu zdarzenia (wypadku) oraz czynności szpitalne, rehabilitacyjne i resocjalizacyjne. Inaczej formułując to pojęcie można stwierdzić, że reanimacja obejmuje resuscytację oraz przywrócenie świadomości i poprzedniej aktywności społeczno - zawodowej osoby ratowanej, toteż logiczne są następujące stwierdzenia:

- * każda osoba, którą udało się zreanimować musiała być uprzednio zresuscytowana,
- * nie każdą osobę zresuscytowaną udało się zreanimować.

W związku z tym można to ująć w formie równania:

$$\text{reanimacja} = \text{resuscytacja} + \text{rehabilitacja odratowanych}$$

¹⁴⁸ D. Skalski, P. Lizakowski, O. Zablotna, *Bezpieczeństwo i profilaktyka zdrowotna wypoczynku dzieci i młodzieży. Wybrane aspekty*, Pomorska Szkoła Wyższa w Starogardzie Gdańskim przy udziale Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku i Akademii Marynarki Wojennej im. Bohaterów Westerplatte w Gdyni, Starogard Gdański 2017.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi ERC (European Resuscitation Council) i ustaleniami Międzynarodowego Komitetu Łącznikowego ds. resuscytacji (International Liaison Committee On Resuscitation - ILCOR) należy wyjaśnić kilka dodatkowych pojęć:

Podstawowe zabiegi resuscytacyjne - jest to określenie, które odnosi się do utrzymania drożności dróg oddechowych i podtrzymywania oddychania oraz krążenia, co najwyżej z użyciem maseczki zabezpieczającej).

Obejmują one następujące elementy:

- wstępną ocenę stanu osoby ratowanej,
- udrożnienie dróg oddechowych,
- wentylację powietrzem wydechowym (tzw. "oddychanie ratunkowe"),
- uciskanie klatki piersiowej.

Celem podstawowych zabiegów resuscytacyjnych jest utrzymanie odpowiedniej wentylacji i krążenia krwi, do momentu - kiedy nie będą dostępne odpowiednie środki pozwalające usunąć przyczynę zatrzymania oddechu i krążenia (lub tylko oddechu).

Czynności związane z zastąpieniem i przywróceniem prawidłowych funkcji podstawowych układów życiowych noszą nazwę "resuscytacji krążeniowo - oddechowej" (RKO).

Sztuczne oddychanie - technika pierwszej pomocy polegająca na dostarczaniu powietrza do płuc osoby, która samodzielnie nie oddycha — stosowana przy resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Jeśli nie pojawia się samoistne oddychanie, czynności ratujące należy wykonywać do momentu przekazania pacjenta wykwalifikowanemu personelowi medycznemu lub do wyczerpania własnych możliwości. Metody bezpośrednie pozwalają na wprowadzenie do 1500 ml powietrza do płuc poszkodowanego przy każdym oddechu. Umożliwiają stałą kontrolę skuteczności wykonywanych działań. Wskutek licznych głębokich wdechów u ratownika mogą wystąpić zawroty głowy spowodowane nadmiarem tlenu i brakiem dwutlenku węgla we krwi, czyli hiperwentylacją. Należy wówczas przerwać sztuczne oddychanie, zrobić głęboki wydech i nie oddychać przez 15 sekund. Po ustąpieniu objawów można kontynuować sztuczne oddychanie.

Metoda usta–nos

Jest to najskuteczniejsza metoda wentylacji. Zapewnia lepsze uszczelnienie, zmniejsza ryzyko rozdęcia żołądka i wywołania wymiotów. *Postępowanie:* Odchyl głowę pacjenta, jedną rękę kładąc na jego czole, a drugą pod brodą, jednocześnie zamykając mu usta. Nabierz głęboki wdech, obejmij ustami nos i mocno wdmuchnij powietrze. Pod koniec wdechu otwórz usta pacjenta, aby ułatwić ucieczkę powietrza.

Metoda usta–usta

Jest to metoda mniej skuteczna niż omówiona powyżej, jednak wygodniejsza i szybsza (trzeba tylko wszystko robić z wyczuciem). *Postępowanie:* Odchyl głowę pacjenta do tyłu, jedną rękę kładąc na jego czole, a drugą chwytając żuchwę. Nabierz głęboki wdech, obejmij szczelnie ustami usta pacjenta (u dzieci usta i nos). Wdmuchuj powietrze tak, jakbyś sam

oddychał, trzymając jednocześnie kciukiem i palcem wskazującym zatkany nos pacjenta. Pod koniec wdechu uwolnij usta pacjenta. Słuchaj, czy powietrze ucieka, i obserwuj ruchy klatki piersiowej poszkodowanego. O prawidłowo prowadzonej wentylacji świadczą ruchy klatki piersiowej. Jeśli klatka piersiowa się nie porusza, a rozdęciu ulega okolica brzucha, oznacza to, że powietrze zamiast do płuc dostaje się do żołądka. Grozi to sprowokowaniem wymiotów. Świadczy to o tym, że najprawdopodobniej głowa nie została dostatecznie odgięta do tyłu i opadający język zatyka drogi oddechowe.

Metoda usta–nos-usta

Jest to metoda stosowana ewentualnie u dzieci, kiedy ratownik swoimi ustami może objąć jednocześnie usta i nos ratowanego dziecka /niemowlęcia/.

Pośredni masaż serca - gdy rozpoznaje się nagłe zatrzymanie krążenia, należy natychmiast rozpocząć zabiegi resuscytacyjne. W tej sytuacji maleją szanse, że zastosowanie jedynie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (BLS) będzie wystarczające. Potrzebna staje się natychmiastowa defibrylacja i inne zaawansowane zabiegi resuscytacyjne. Zabiegi BLS są zwykle niezbędne – służą przede wszystkim zyskaniu czasu na dostarczenie defibrylatora i rozpoczęcie zabiegów zaawansowanych (ALS). Ratowanego należy ułożyć na twardym, płaskim podłożu i rozpocząć pośredni masaż serca. Zaleca się obecnie, aby przy pośrednim masażu serca nadgarstek układać na środku mostka poszkodowanego. Nadgarstek drugiej ręki układa się na pierwszej i spleta palce, aby uniknąć ucisku na żebra. Nie wolno uciskać nad brzuszka ani dolnej części mostka. Wykonuje się silne uciski przy wyprostowanych ramionach i unieruchomieniu przedramion w stawach łokciowych. U osoby dorosłej siła ucisku powinna przemieszczać mostek o 4–5 cm w głąb klatki piersiowej, przy czym nacisk winien być dobrze kontrolowany i wywierany pionowo. Trzeba się starać, by czas trwania fazy nacisku i relaksacji był jednakowy, a częstość uciśnień wynosiła 100/min (nieco mniej niż dwa uciski na sekundę).

Po każdym 30 uciśnięciach odchyła się głowę ratowanego, podpira jego podbródek i wykonuje dwa sztuczne oddechy. Bezzwłocznie układa się znowu ręce na mostku i wykonuje kolejne 30 uciśnień, tak by stosunek uciśnień do oddechów wynosił 30:2. Należy zmniejszyć do minimum okres przerwy między uciśnięciami. Jeśli na miejscu zdarzenia znajduje się co najmniej 2 ratowników, powinni się oni zmieniać co 1-2 minuty, aby uniknąć zmęczenia, co mogłoby prowadzić do pogorszenia skuteczności prowadzonych zabiegów resuscytacyjnych. Należy jednak pamiętać, że zatrzymanie akcji serca (krążenia) na 3 do 4(5) minut prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu oraz że osoba w tym stanie zawsze staje w obliczu śmierci (szczególnie jeśli osoba była już niedotleniona, zanim doszło do zatrzymania krążenia). Jakakolwiek zwłoka w ciągu tego czasu - znacznie zmniejsza szansę na prowadzenie zabiegów resuscytacyjnych.

W związku z tym każdy ratownik medyczny (Osoba Niosąca Pomoc) musi szybko podjąć w zalecanej kolejności podstawowe zabiegi resuscytacyjne. Zgodnie z wymogami Europejskiej Rady Resuscytacji - pierwszym krokiem diagnostycznym jest sprawdzenie czy miejsce w którym zamierzamy podjąć resuscytację jest bezpieczne tzn. czy znajdujemy się w bezpiecznej odległości np. od źródła pożaru. Następnym krokiem zmierzającym do

resuscytacji jest sprawdzenie czy poszkodowany reaguje. Jeśli nie reaguje należy udzielić drogi oddechowej poszkodowanemu i sprawdzić oddech lekko odchylając głowę do tyłu i unosząc żuchwę. W przypadku gdy zostanie stwierdzony brak oddechu i tętna należy natychmiast podjąć zabiegi resuscytacyjne mające na celu uciskania klatki piersiowej (pośredni masaż serca). Dopuszczalny czas na wykonanie kontroli tętna nie może przekroczyć 10 sekund dla osoby o prawidłowej temperaturze ciała. Przekroczenie tego czasu może mieć krytyczne znaczenie dla całej akcji¹⁴⁹. Bardzo ważnym elementem zabiegów resuscytacyjnych jest wezwanie pomocy i wołanie o pomoc, co stanowi nieodzowne ogniwo "łańcucha przeżycia"¹⁵⁰. Dostęp do służby pomocy doraźnej, jego optymalny czas zależy od następujących czynników:

- stanu osoby ratowanej (czy najpierw nastąpiło zatrzymanie oddechu, czy krążenia),
- ilość ratowników wykonujących zabiegi reanimacyjne,
- od odległości i łączności z najbliższym punktem pomocy doraźnej,
- systemu organizacyjnego służby zdrowia (pomoc doraźna, ratownicza).

Wezwanie pomocy (wołanie o pomoc) uzależnione jest przede wszystkim od wieku osoby ratowanej i istnienia lub zatrzymania krążenia:

- W przypadku dziecka ratownik powinien prowadzić resuscytację (oddechową, krążeniową lub pełną) przez około 1 minutę, zanim oddalili się, by wezwać pomoc,

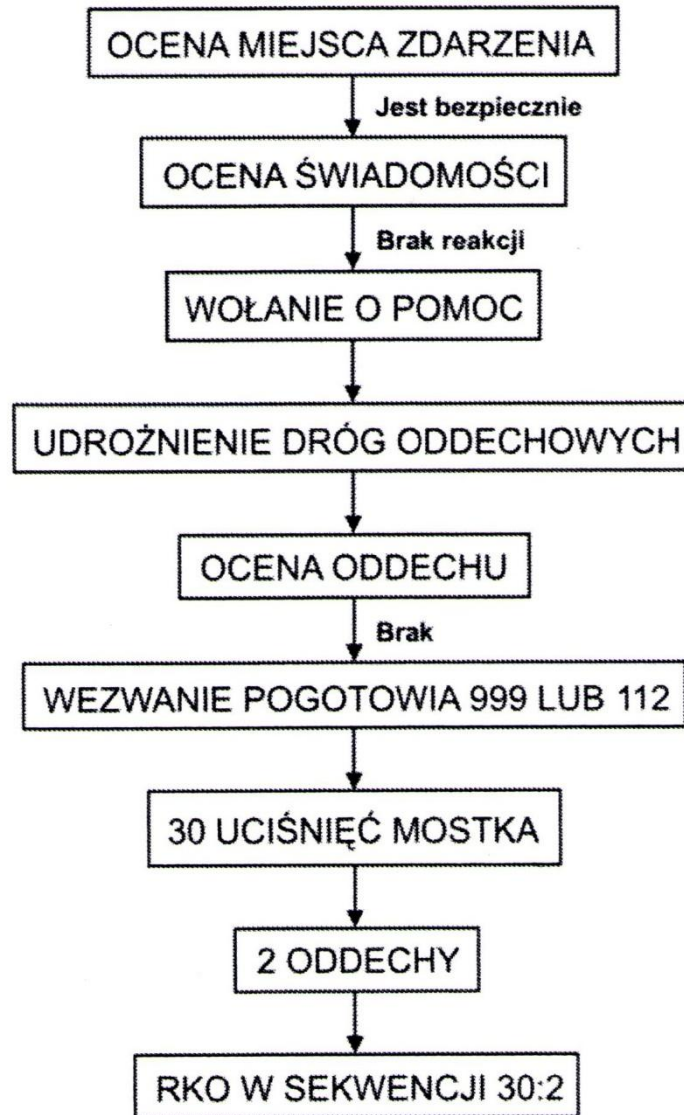
- Jeżeli istnieje domniemanie pierwotnego zatrzymania oddechu, doradza się u dzieci i ofiar urazów przeprowadzenie jednominutowej resuscytacji przed udaniem się po pomoc. Zatrzymanie oddechu zdarza się znacznie częściej (szczególnie u dzieci) niż zatrzymanie krążenia, które z kolei występuje zwykle w następstwie zatrzymania oddechu. Masaż serca należy wykonywać w stosunku 30 uciśnień klatki piersiowej następnie 2 oddechy.

¹⁴⁹ Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: the Utstein style. Prepared by a task force of representatives from the European Resuscitation Council, American Heart Association, Heart and Stroke Foundation of Canada, and Australian Resuscitation Council. Resuscitation 1991.

¹⁵⁰ Zgodnie z zaleceniami ER.

Poniżej przedstawiono wybrane schematy - procedur w zakresie postępowania w nagłych zagrożeniach życia.

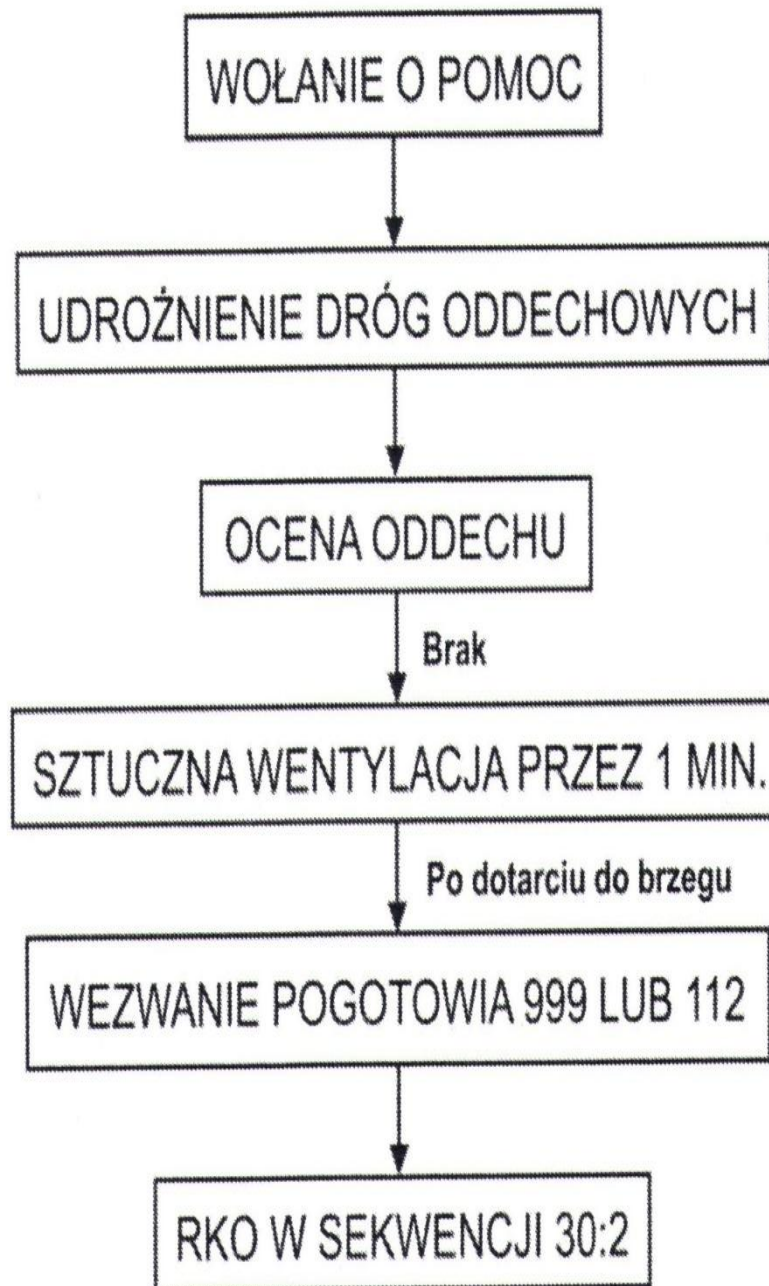
Rysunek 5. Procedura BLS u osób dorosłych¹⁵¹



BLS – Basic Life Support (podstawowe zabiegi ratujące życie), ustalone przez Europejską Radę Resuscytacji (European Resuscitation Council) i zatwierdzone przez Polską Radę Resuscytacji (Polish Resuscitation Council), zawarte są w programach państwowych kursów kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP).

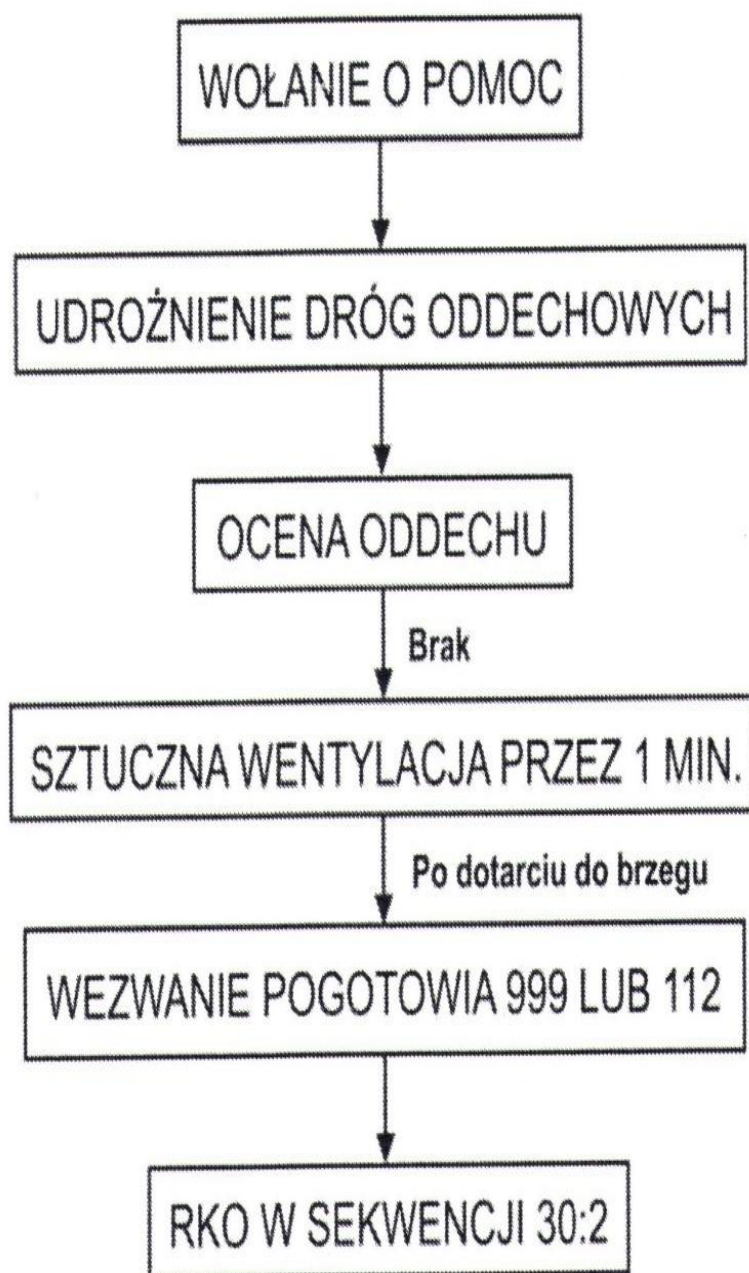
¹⁵¹ Na podstawie wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji 2010.

Rysunek 6. Procedura WBLS wdrażana bezpośrednio po wydobyciu tonącego na powierzchnię wody¹⁵²



¹⁵² Na podstawie wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji 2010.

Rysunek 7. Procedura WBLS stosowana u dzieci oraz w kontekście tonięcia¹⁵³



¹⁵³ Na podstawie wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji 2010.

5.2. Zarys podstawowych układów w organizmie człowieka¹⁵⁴

UKŁAD KRWIONOŚNY

Komórki w ustroju człowieka, aby mogły utrzymać się przy życiu muszą mieć zapewnione odpowiednie pożywienie i tlen. W dostarczaniu substancji odżywczych i tlenu do wszystkich komórek bierze udział krew i limfa (płyn tkankowy). Krew tworzy wewnętrzne środowisko ustroju i ma do spełnienia szereg funkcji:

- dostarcza komórkom i tkankom tlenu i substancji odżywczych;
- wydalą produkty rozpadu przemiany materii;
- zapewnia łączność między poszczególnymi częściami i narządami ustroju za pomocą hormonów;
- chroni organizm przed szkodliwymi czynnikami z zewnątrz – walka z infekcjami;
- utrzymuje stały skład środowiska wewnętrznego ustroju.

Rysunek 8. Budowa serca. Strzałki pokazują kierunki przepływu krwi



Krew w organizmie krąży dzięki pracy serca i naczyń krwionośnych, które dzielą się na tętnice, żyły i naczynia włosowate. Naczynia, którymi krew płynie od serca do obwodu to tętnice. Są one początkowo grube następnie dzielą się na drobniejsze aż w końcu tworzą bardzo cienkie naczynia włosowate. Dzięki temu, że krew w naczyniach płynie wolno następuje tam wymiana produktów odżywczych. Po przejściu przez naczynia włosowate krew odpływa do serca żyłami. Serce jest centralnym narządem układu krwionośnego. Wielkość serca zbliżona jest do zaciśniętej pięści człowieka. Serce znajduje się w klatce piersiowej za mostkiem, bardziej po stronie lewej. Jest rytmicznie pracującą pompą mięśniową, która zapewnia stały przepływ krwi. Serce składa się z czterech jam: dwóch przedsionków – prawego i lewego i dwóch komór - prawej i lewej. Przedsionek prawy jest połączony z komorą prawą, a przedsionek lewy z komorą lewą, natomiast lewa i prawa połowa serca są oddzielone, ale pracują jako jedna całość. Z prawego przedsionka krew dostaje się do prawej komory następnie do płuc, gdzie oddaje dwutlenek węgla, pobiera tlen i żyłami płucnymi wraca do przedsionka lewego. Ta droga przepływu krwi nosi nazwę krążenia małego lub płucnego. Z lewej komory wychodzi tętnica główna (aorta), której gałęzie zaopatrują tkanki natlenioną krew i substancje odżywcze. Krew, która przechodzi przez naczynia włosowate odtlenia się, pobiera z tkanek dwutlenek węgla następnie żyłami

¹⁵⁴ W. Sylwanowicz, *Mały atlas anatomiczny*, PZWL, Warszawa 1989.

dopływa do przedsionka prawego. Przepływ krwi z komory lewej do prawego przedsionek nosi nazwę krążenia wielkiego. Praca serca regulowana jest automatycznie przez układ bodźcowo – przewodzący serca znajdujący się pomiędzy komórkami mięśnia sercowego, a kontrolowany przez wyższe struktury mózgowe za pośrednictwem nerwu błędnego. W warunkach spokoju u zdrowego człowieka częstotliwość skurczów wynosi ok. 70 uderzeń na minutę.

UKŁAD ODDECHOWY

Koniecznym czynnikiem dla procesów życiowych organizmów jest tlen pobierany z powietrza w procesie oddychania. U człowieka narządy biorące udział w procesie oddychania tworzą układ oddechowy, którego naczelnym zadaniem jest dostarczenie komórkom tlenu i usunięcie z nich dwutlenku węgla.

Rysunek 9. Schemat układu oddechowego



Układ oddechowy składa się z górnych i dolnych dróg oddechowych oraz z płuc – właściwego narządu oddechowego. Do górnych dróg oddechowych należy:

- nos, jama nosowa,
- usta , jama ustna,
- gardło (również składnik dróg pokarmowych).

Do dolnych dróg oddechowych zalicza się:

- krtani,
- tchawicę,
- oskrzela,
- oskrzeliki.

Drogi oddechowe kończą się w płucach. W organizmie człowieka odbywają się procesy przemiany materii i energii. Energię organizm czerpie z procesów spalania pokarmów. Do tych procesów pobierany jest tlen w procesie oddychania. Wyróżnia się oddychanie płucne i oddychanie tkankowe. Oddychanie płucne lub zewnętrzne zachodzi w płucach i polega na wymianie tlenu i dwutlenku węgla pomiędzy krwią a powietrzem. Oddychanie tkankowe lub wewnętrzne polega na wymianie tlenu i dwutlenku węgla pomiędzy krwią a tkankami (komórkami poszczególnych tkanek). Podczas wdechu zwiększeniu ulega objętość klatki piersiowej w wyniku skurczu mięśni oddechowych – głównie przepony. W warunkach prawidłowych wydech jest fazą bierną oddychania

i dochodzi do niego dzięki sprężystości ścian klatki piersiowej. Dorosły człowiek w spoczynku oddycha ok. 12 - 20 razy na minutę i przy każdym wdechu napływa do płuc ok. 350 – 500 ml powietrza. Częstość oddychania może ulec zwiększeniu, np. po wysiłku. Zjawisko oddychania zachodzi rytmicznie bez udziału świadomości (można jednak na krótki czas wstrzymać oddech). Mięśnie oddechowe pracują dzięki bodźcom nerwowym z ośrodka oddechowego znajdującego się w rdzeniu przedłużonym.

UKŁAD NERWOWY

Układ nerwowy integruje funkcjonowanie i czynności narządów i układów w organizmie człowieka tworząc harmonijną całość. W układzie nerwowym można wyróżnić następujące części:

- układ nerwowy ośrodkowy (centralny) - mózg i rdzeń kręgowy,
- układ nerwowy obwodowy – nerwy czaszkowe i rdzeniowe, które przekazują impulsy do i od ośrodkowego układu nerwowego,
- układ nerwowy autonomiczny (wegetacyjny, współczulny lub wegetatywny) - zarządza czynnościami narządów wewnętrznych.

Układ nerwowy za pomocą zespołu komórek, tkanek i narządów wykonuje następujące zadania:

- odbiera różne informacje za pomocą narządów zmysłów,
- odbiera podniety ze świata zewnętrznego i natychmiast reaguje (odruch – np. cofnięcie się przy zagrożeniu),
- zarządza aparatem ruchowym,
- reaguje w sposób celowy na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, aby utrzymać równowagę w samym organizmie, jak również umożliwić jego przystosowanie do otaczającego świata,
- reguluje przemianę materii oraz czynności narządów wewnętrznych.

Mózg oraz mózdzek i rdzeń przedłużony wchodzi w skład mózgowia. Mózg ma jajowaty kształt podzielony na dwie półkule, których powierzchnie pokryte są warstwą istoty szarej zwaną korą mózgową. Kora mózgową stanowi skupienie komórek nerwowych bardzo wrażliwych na niedotlenienie – już po 4 – 5 minutach (w przypadku braku tlenu) może rozpocząć się powolne jej obumieranie. Mózg jest tkanką, dzięki której możliwe są wyższe czynności psychiczne, jest też siedliskiem świadomości.

UKŁAD TRAWIENNY

Pokarm pobierany przez człowieka zostaje poddany w przewodzie pokarmowym zespołowi procesów, czyli trawieniu. Wyróżnia się trawienie mechaniczne – żucie, połykanie, ruchy przetyku, żołądka, jelit i wydalanie resztek oraz trawienie chemiczne czyli doprowadzenie do stanu w jakim substancje odżywcze mogą być wchłonięte przez jelita i włączone do krwioobiegu.

Przewód pokarmowy, w którym odbywa się trawienie dzieli się na:

- jamę ustną (przyjmuje i rozdrabnia pokarm),
- gardło (należy również do dróg oddechowych, kęsy zostają przełknięte),

- przełyk (kęsy z gardła przechodzą do przełyku następnie do żołądka),
- żołądek (pokarm ulega trawieniu mechanicznemu – ruchy żołądka i chemicznemu – soki żołądka),
- jelito cienkie, gruczoły trawienne wątroba i trzustka (dzięki ruchom perystaltycznym żołądka pokarm zostaje przesunięty do pierwszego odcinka jelita – dwunastnicy, w której następuje trawienie składników pokarmowych. Trawienie jest możliwe dzięki sokom trawiennym wydzielanym przez gruczoły jelitowe, trzustkę i wątrobę. W następnych częściach jelita cienkiego następuje dalsze trawienie i wchłanianie substancji odżywczych do naczyń krwionośnych i chłonnych),
- jelito grube (trawienie resztek pokarmowych oraz ich transportowanie na zewnątrz przez odbył).

UKŁAD NARZĄDÓW RUCHU

Źródłem ruchu jest tkanka mięśniowa zbudowana z mięśni, które umocowane są na kościach pełniących rolę dźwigni. Układ narządów ruchu dzielimy na:

- układ kostny,
- układ stawowo – więzadłowy,
- układ mięśniowy.

Kości, stawy i więzadła stanowią tzw. układ narządów ruchu biernego natomiast układ mięśniowy zalicza się do układu narządów ruchu czynnego.

Kości dzieli się na:

- kości głowy,
- kości tułowia: klatka piersiowa, kręgosłup,
- kości kończyny górnej: kości obręczy kończyny górnej, kości kończyny górnej wolnej,
- kości kończyny dolnej: kości obręczy kończyny dolnej, kości kończyny dolnej wolnej.

Kości mogą być połączone ze sobą nieruchomo, tworząc szwy, np. kości czaszki lub za pomocą stawów, które pozwalają na ruchy. Staw otoczony jest torebką stawową, która podtrzymuje kości względem siebie. Oprócz torebki stawowej dużą rolę w podtrzymywaniu kości odgrywają mięśnie i więzadła (a także ciśnienie atmosferyczne).

Mięśnie człowieka stanowią 2/5 ciężaru ciała i można wyróżnić następujące rodzaje włókien mięśniowych:

- mięśnie gładkie znajdują się w ścianach naczyń i narządów wewnętrznych, skurcz ich jest długi, wolny i niezależny od naszej woli,
- mięśnie poprzecznie prążkowane - skurcz ich jest szybki i zależy od naszej woli, ich praca powoduje zmianę położenia części lub całego ciała, są podstawowe w układzie narządów ruchu,
- mięsień sercowy – praca jego jest automatyczna i niezależna od naszej woli.

W ratownictwie wodnym niezbędna jest znajomość układów, które zostały przedstawione. W organizmie człowieka wyróżnia się jeszcze następujące układy:

- układ moczowo – płciowy,

- gruczoły dokrewne,
- powłoka wspólna,
- układ narządów zmysłów.

UKŁAD MOCZOWO – PŁCIOWY

Do układu moczowo – płciowego zalicza się układ moczowy (wydalniczy) i układ płciowy (rozrodczy). Zadaniem układu moczowego w organizmie człowieka jest wydalanie niepotrzebnych produktów przemiany materii i szkodliwych substancji oraz utrzymywanie stałości składu płynów w organizmie. Zalicza się do niego:

- nerki (prawa i lewa),
- moczowody,
- pęcherz moczowy,
- cewka moczowa.

Układ płciowy ma wytworzyć potomstwo w celu zachowania gatunku. Zależne to jest od kobiety i mężczyzny i dlatego wyróżnia się narządy płciowe żeńskie i narządy płciowe męskie. Narządy płciowe żeńskie dzieli się na zewnętrzne (srom niewieści) i wewnętrzne (jajniki, jajowody, macica, pochwa). Narządy płciowe męskie również dzieli się na zewnętrzne (prącie, moszna, cewka moczowa) i wewnętrzne (gruczoł płciowy wytwarzający plemniki – jądro, gruczoł krokowy – stercz, pęcherzyki nasienne, drogi wprowadzające nasienie).

GRUCZOŁY DOKREWNE

Gruczoły dokrewne są to narządy gruczołowe posiadające zdolność wydzielania substancji (hormonów) bezpośrednio do krwi. Gruczoły dokrewne koordynują i regulują pracę narządów i utrzymują stały skład środowiska wewnętrznego ustroju. Wyróżnia się następujące gruczoły dokrewne:

- przysadka,
- gruczoł tarczowy (tarczyca),
- gruczoły przytarczyczne,
- aparat wysepkowy trzustki,
- gruczoły nadnerczowe (nadnercza),
- gruczoły płciowe (jajniki, jądra),
- grasica,
- szyszynka.

5.3. Pierwsza pomoc przedlekarska w nagłych przypadkach

ZŁAMANIA

Charakterystyka

Złamania powstają najczęściej w wyniku urazu mechanicznego, rzadziej wskutek niektórych chorób. Złamaniem nazywa się przerwanie ciągłości kości i dzieli się na:

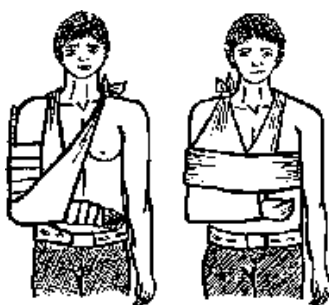
- złamania otwarte – przerwanie ciągłości kości oraz ciągłości tkanki podskórnej i skóry; często na zewnątrz przez ranę wydostają się odłamy kostne,
- złamania zamknięte – przerwanie ciągłości kości oraz uszkodzeniu mogą ulec sąsiednie tkanki, jak nerwy, mięśnie, naczynia krwionośne; skóra nie ulega przerwaniu, uszkodzeniu.



Rysunek 10. Złamanie kości dłoni (ręki)



Rysunek 11. Unieruchomienie złamanej kości ramiennej



Rysunek 12. Unieruchomienie kości przedramienia na szynie i za pomocą chusty



Rysunek 13. Unieruchomienie przy pomocy chusty i agrafki



Rysunek 14. Złamanie kości palców i stopy



Rysunek 15. Unieruchomienie złamanej kości podudzia



Rysunek 16. Unieruchomienie złamanej kości podudzia



Rysunek 17. Unieruchomienie złamanego uda

ZWICHNIĘCIA, SKRĘCENIA I STŁUCZENIA

Charakterystyka

Zwichnięciem nazywamy przemieszczenie powierzchni stawowych kości, uszkodzenie torebki stawowej i więzadeł. Do zwichnięcia może dojść wskutek upadku, urazu mechanicznego itp. Skręceniem nazywamy uszkodzenie tkanek miękkich okalających staw. Dochodzi do niego wskutek nieprawidłowych i gwałtownych ruchów, chodzenia po nierównym terenie itp. Stłuczenia to uszkodzenia tkanek, które powstają wskutek upadku na twarde podłoże i urazów tępymi przedmiotami. Uszkodzeniu ulegają drobne naczynia krwionośne, okostna, tkanka podskórna i mięśniowa; natomiast skóra jest nienaruszona.

Objawy – Rozpoznanie

Objawy w tych 3 przypadkach są podobne:

- ostry ból,
- zniekształcenie stawu,
- ograniczenie lub całkowite upośledzenie ruchu w stawie,
- obrzęk,
- krwawe podbiegnięcia.

Postępowanie przedmedyczne

Wskazane jest unieruchomienie stawu wraz z kośćmi za pomocą szyny i bandaża elastycznego lub chusty trójkątnej w takiej pozycji, jaką przybiera poszkodowany. Na uszkodzone miejsca przykładana się również zimne okłady. Po udzieleniu choremu pierwszej pomocy niezbędna jest konsultacja lekarska.

URAZY KRĘGOSŁUPA

Charakterystyka

Do urazów kręgosłupa dochodzi w wyniku ucisku i uszkodzenia rdzenia kręgowego, a wskutek tego do późniejszych zaburzeń neurologicznych. Urazy kręgosłupa, złamania należą do poważnych uszkodzeń i dlatego jakakolwiek nieprawidłowość czy nieostrożność mogą spowodować kalectwo lub śmierć. Uszkodzenia kręgosłupa powstają najczęściej wskutek wypadków komunikacyjnych oraz skoków do wody na główkę.

Objawy – Rozpoznanie

Osoba przytomna zgłasza zaburzenia czucia i ruchomości pewnych części ciała natomiast u człowieka nieprzytomnego brak objawów.

Postępowanie przedmedyczne

Jeżeli osoba z urazem kręgosłupa leży na twardym podłożu i nie ma potrzeby to jej nie przenosimy, pozostawiamy w spokoju do czasu przybycia lekarza. Zabezpieczyć należy jedynie poszkodowanego przed przemoknięciem lub zimmem. Gdy niezbędne jest przetransportowanie to trzeba to wykonać na twardych noszach, desce, drzwiach itp. lub przy pomocy kilku osób – co najmniej czterech. Podnoszenie powinno nastąpić jednocześnie.



Rysunek 18. Unieruchomienie ze złamanym kręgosłupem

OMDLENIA

Charakterystyka

Omdleniem nazywamy kilkuminutową utratę przytomności, która jest spowodowana zaburzeniami w ukrwieniu mózgu.

Objawy – Rozpoznanie

Przyczyną omdleń może być głód, zła wiadomość, ból, strach. Przed omdleniem człowiek uskarża się na zawroty głowy, osłabienie a ponadto poci się i blednie. Omdlenie najczęściej występuje w pozycji siedzącej lub stojącej; gdy człowiek położy się to może zapobiec omdleniu. W wyniku upadku na podłogę czy ziemię może dojść do urazów mechanicznych. Człowiek, który zemdlął jest nieprzytomny, ma bladą skórę pokrytą potem, tętno może być słabo wyczuwalne natomiast jest zachowane krążenie i oddychanie.

Postępowanie przedmedyczne

Człowieka, który zemdlął należy ułożyć na wznak, z nogami uniesionymi ku górze a głową poniżej tułowia – zapewnia to lepsze ukrwienie mózgu. Należy zapewnić również dostęp świeżego powietrza, rozluźnić uciskające części odzieży. Najczęściej te zabiegi wystarczają i zemdlony w krótkim czasie powinien odzyskać przytomność, jeżeli tak się nie dzieje to należy wezwać lekarza. Człowiek po odzyskaniu przytomności powinien chwilę poleżeć, wstać może dopiero gdy ma poprawione samopoczucie i zaróżowioną twarz. Powinien również skonsultować się z lekarzem. Ewentualne skaleczenia należy opatrzyć.

KRWOTOKI

Charakterystyka

Krwotok to wylew krwi z uszkodzonego naczynia krwionośnego. Rozróżnia się krwotoki zewnętrzne – krew wypływa na zewnątrz ciała i krwotoki wewnętrzne – krew przedostaje się do jam ciała. Inny podział to:

- krwotok żylny – krew jest ciemnoczerwona, o sporej zawartości dwutlenku węgla, wypływa równomiernie,
- krwotok tętniczy – krew jest jasnoczerwona, dobrze utleniona, zsynchronizowana z pracą serca o zmieniającym się ciśnieniu,
- krwotok włosowaty – krew płynie z naczyń tętniczo – żylnych.

Objawy – Rozpoznanie

Krwotoki groźne dla życia występują przy uszkodzeniu dużych naczyń żylnych lub tętniczych. Człowiek posiada ok. 5 l krwi i zdarza się, że może przeżyć pomimo ubytku krwi nawet do 50 %. W przypadku krwotoków bardzo ważną rolę odgrywa **czas**. Krwotok wewnętrzny początkowo jest zazwyczaj niezauważalny. Najczęściej u człowieka

z krwotokiem wewnętrznym można zaobserwować bladość, senność, bezwładność, omdlenie. Zdarza się również, iż krew może wypływać z naturalnych otworów ciała.

Postępowanie przedmedyczne

Do zatrzymania krwotoków przystępujemy natychmiast. Działanie powinno być szybkie lecz bez paniki, spokojne. Krwotok zewnętrzny można zatrzymać następująco:

- bezpośrednio uciskamy ranę – zatrzymuje to wypływ krwi i umożliwia powstanie skrzepu,
- unosimy krwawiącą część ciała – powoduje to obniżenie ciśnienia wypływającej krwi,
- uciskamy tętnicę zaopatrującą w krew zraniony obszar – w ten sposób odcina się dopływ krwi (zakłóca to jednak proces gojenia, uciśnięcie tętnicy nie powinno trwać dłużej niż 15 minut).

Tamując krwotok należy zrezygnować z opaski uciskowej (taśmy, pasy, dreny) na korzyść opatrunku uciskowego, który nie tylko zatrzymuje krwawienie, ale też zabezpiecza ranę przed infekcją. Gdy brak jest opatrunku uciskowego lub gdy po jego założeniu nie ustaje krwotok to wyjątkowo można zastosować opaskę uciskową – nie dłużej jednak niż na 1,5 do 2 godzin. Opatrunek uciskowy polega na tym, że na ranę kładziemy kilkakrotnie złożoną jałową gazę lub bandaż następnie kładzie się kilka warstw waty lub ligniny i mocno bandażujemy. W przypadku krwotoku wewnętrznego konieczne jest wezwanie lekarza oraz zapobieganie rozwijaniu się wstrząsu. Oczekując na przybycie lekarza, poszkodowany powinien leżeć pod przykryciem.



Rysunek 19. Zatrzymanie krwotoku

RANY

Charakterystyka

Rana jest to uszkodzenie tkanek ciała połączone z przerwaniem ciągłości skóry, krwawieniem i bólem. Można je podzielić na rany szarpane, klute, cięte, miażdżone, rąbane, kłusane.

Objawy – Rozpoznanie:

- Rana szarpana – brzegi jej są poszarpane, postrzępione, krwawienie niezbyt obfite,
- Rana kluta spowodowana jest ostro zakończonym przedmiotem, np. gwoździem. Brzegi jej są równe, gładkie. Swoją głębokością może sięgać aż do narządów wewnętrznych. Mało krwawi na zewnątrz,
- Rana cięta – spowodowana może być nożem, blachą itp. Brzegi ma równe i gładkie, niezbyt głęboka, silnie krwawi,

- Rana miażdżona – spowodowana przez płaskie i tępo działające siły, np. uderzenie, upadek. Brzegi jej są nieregularne, zasinione, sąsiednie tkanki zmiażdżone i stłuczone, może wystąpić obrzęk. Występuje bolesność i mierne krwawienie,
- Rana rąbana – połączenie rany miażdżonej i ciętej,
- Rana kłusana – wyglądem przypomina ranę szarpaną i kłutą.

Postępowanie przedmedyczne

Udzielając poszkodowanemu pomocy należy przede wszystkim opanować krwotok, zabezpieczyć ranę przed zainfekowaniem i dodatkowymi urazami. Po obejrzeniu rany i ustaleniu jej rodzaju oczyszczamy ją za pomocą wody i gazy, następnie jej powierzchnię dezynfekujemy tylko wodą utlenioną i przykrywamy jałową gazą. Nie wolno na powierzchnię rany kłaść waty lub ligniny (przyklejają się i utrudniają oczyszczenie i gojenie się). Opatrunek nie powinien być zbyt luźny ani nie powinien zbyt mocno uciskać. Nie powinno się ruszać ciał obcych znajdujących się w ranie – usuwając można spowodować krwotok lub usunąć niecałkowicie. Nie wolno powierzchni ran dezynfekować barwnikami antyseptycznymi – barwniki zaciemniają lekarzowi pole rany.

OPARZENIA

Charakterystyka

Oparzenie jest to uszkodzenie tkanek miękkich, głównie skóry i błon śluzowych. Przy oparzeniach głębokich dochodzi do uszkodzenia tkanki podskórnej i mięśni. Oparzenia powstają na skutek zetknięcia się z gorącym płynem lub parą, bezpośredniego kontaktu z ogniem oraz pod wpływem działania promieni cieplnych, światła słonecznego energii chemicznej, elektrycznej. Przy rozległych i ciężkich oparzeniach oprócz w/w zmian występują również zaburzenia ogólne odpowiadające objawom wstrząsu pourazowego.

Objawy – Rozpoznanie

Wyróżnić można 3 stopnie oparzeń:

- oparzenie 1 stopnia – piekący, silny ból, zaczerwienienie skóry,
- oparzenie 2 stopnia – ból, zaczerwienienie skóry, może wystąpić obrzęk, powstają pęcherze wypełnione przejrzystym płynem tzw. płynem surowicznym. Uszkodzenie często sięga skóry właściwej,
- oparzenie 3 stopnia – występuje martwica wszystkich warstw skóry. Skóra przybiera białą, szarą lub ciemnobrązową barwę. Martwe tkanki tworzą suchy strup.

Gdy oparzenie jest niebolesne to może wskazywać, że sięga głęboko i zniszczyło receptory bólowe. Do najgroźniejszych należą oparzenia brzucha, podbrzusza oraz głowy, gdyż wówczas najczęściej występują objawy wstrząsu pourazowego. W następstwie oparzenia znika rola ochronna naskórka i skóry – bakterie łatwiej wnikają do tkanek położonych głębiej. Oparzenia ropiejące goją się z wytworzeniem blizn.

Postępowanie przedmedyczne

Podstawowym zadaniem przy udzielaniu pomocy jest przerwanie kontaktu z parzącymi czynnikami; zwracamy też uwagę na stopień oparzenia oraz jego rozległość. Pierwszą czynnością powinno być ochłodzenie oparzonej powierzchni zimną wodą, lodem przez kilkanaście minut. Na oparzoną twarz, brzuch, plecy można położyć gruby wilgotny

opatrunek, który powinien być stale nawilżany. Zapobiega to powstawaniu głębokich oparzeń i jednocześnie zmniejsza ból. Na małe powierzchnie przy oparzeniach 1,2 i 3 stopnia zakładamy jałową gazę i bandażujemy. Na rozległe powierzchnie oparzenia przykładamy jałowe opatrunki lub można poszkodowanego okryć czystymi ręcznikami, prześcieradłami. Przy oparzeniach głębokich należy zapewnić spokój i bezpieczeństwo, podać do picia duże ilości płynów – zapobiega to wstrząsowi. Przy oparzeniu rąk trzeba zdjąć możliwie najszybciej pierścionki czy obrączki jeśli nie ma obrzęku i pęcherzy. Nie wolno oparzonej powierzchni smarować maściami, tłuszczem, białkiem, gencjaną lub innymi roztworami spirytusowymi. Nie należy również zdejmować z ciała zwęglonych materiałów. Oparzenia 2 i 3 stopnia wymagają konsultacji lekarskich ponieważ nie tylko uszkadzają skórę, lecz także powodują utratę płynów ustrojowych.

ODMROŻENIA

Charakterystyka

Odmrożenie jest to uszkodzenie ciała wywołane działaniem zima (niskiej temperatury). Najczęściej odmrożeniu ulegają nieosłonięte części, np. nos, uszy, palce. Powstaniu odmrożeń sprzyja niedożywienie, przemęczenie, utrudnione krążenie, działanie alkoholu, zbyt ciasne lub skąpe ubranie.

Objawy – Rozpoznanie

Rozróżnia się 3 stopnie odmrożeń:

- odmrożenie 1 stopnia – bledłość, zdrętwienie odmrożonej części ciała, później występuje zaczerwienienie oraz pieczenie skóry,
- odmrożenie 2 stopnia – piekący ból, skóra sino-czerwona, pojawiają się pęcherze wypełnione surowicznym płynem,
- odmrożenie 3 stopnia – następuje obumarcie skóry i głębszych warstw tkanki, sinoczerwone owrzodzenia, bezbolesność (brak czucia).

Postępowanie przedmedyczne

Podstawowe zadanie polega na usunięciu osoby spod wpływu zimna i stopniowym przywróceniu krążenia, ponieważ zbyt szybkie ogrzewanie może doprowadzić do obumarcia odmrożonych tkanek. Przywrócenie krążenia dokonuje się metodą ogrzewania, masażu. Najlepszy sposób to “skóra do skóry”, czyli umieszczenie np. odmrożonych palców pod pachą. Dobrym sposobem na ogrzanie jest kąpiel w temperaturze 25 - 30C, która powinna trwać, aż do powrotu czucia i normalnej temperatury. Do picia podajemy ciepłe płyny, które rozgrzewają od wewnątrz. Gdy zachodzi potrzeba to na odmrożone powierzchnie zakładamy jałowe opatrunki, natomiast w ciężkich przypadkach odmrożeń poszkodowanego ubieramy, otulamy ciepło, zapewniamy spokój i czekamy na pomoc lekarza. Nie wolno rozcierać odmrożeń brudnymi rękami, śniegiem oraz masować miejsc, na których pojawiają się nawet małe pęcherze. Nie wolno również zrywać, przekłuwać pęcherzy ani stosować na odmrożone powierzchnie maści, tranu czy “domowych leków”.

PORAŻENIE PIORUNEM I PRĄDEM

Charakterystyka

Gdy dochodzi do porażenia piorunem to na ciele poszkodowanego pojawiają się znamiona pioruna, a także dochodzi do martwicy tkanek i obrzęk. U człowieka porażonego prądem dochodzi do utraty przytomności, pozornej śmierci, a w przypadku dłuższego działania prądu śmierci rzeczywistej.

Objawy – Rozpoznanie

U poszkodowanego obserwuje się omdlenie, które jest następstwem elektrycznego “znieczulenia mózgu”, dochodzi również do zatrzymania oddechu porażeniem przepony oraz do zatrzymania krążenia. Następuje też oparzenie i zwęglenie w miejscu wnikięcia do ciała. U człowieka porażonego piorunem objawy są takie same jak przy porażeniu prądem elektrycznym. Jedynie na skórze pojawiają się tzw. figurki piorunowe – czerwone kwieciste lub drzewiaste linie odpowiadające rozgałęzieniom naczyń krwionośnych, które znikają po kilku godzinach.

Postępowanie przedmedyczne

Podstawową i pierwszą czynnością jest odłączenie rażonego od działania prądu. Najczęściej jest to możliwe przez wyłączenie dopływu prądu wyłącznikami lub po prostu przez wykręcenie bezpieczników. Zdarza się jednak, że jest to utrudnione i konieczne jest sprowadzenie odpowiedniego człowieka, a to z kolei wymaga zbyt długiego czasu. Należy wówczas odciągnąć rażonego spod napięcia. Przy wykonywaniu tej czynności obowiązuje nadzwyczajna ostrożność, gdyż jest to groźne dla osoby ratującej. Najczęściej osoba udzielająca pomocy nie ma specjalnego sprzętu takiego jak kalosze, chodniki, rękawice, nożyce itp. Wykonanego z materiałów izolacyjnych. Człowiek udzielający pomocy musi zabezpieczyć się zakładając na ręce suche rękawice, stanąć na desce, wycieracze, złożonym kocu lub oponie i przy pomocy bosaka lub żerdzi usunąć poszkodowanego spod działania prądu. W przypadku, gdy porażony trzyma się przewodu to należy podłożyć mu kolejno pod nogi deskę bez gwoździ, a pod palce również kolejno suchy ręcznik, chusteczki, szmatki. Przez cały czas należy pamiętać o własnym bezpieczeństwie tzn. o staniu na suchej np. desce i dotykaniu poszkodowanego jedną ręką. Nie wolno bezpośrednio dotykać porażonego rękami. Pamiętać należy również, że woda to bardzo dobry, najlepszy przewodnik prądu. Po odciągnięciu rażonego ocenia się jego stan i przystępuje do udzielania pomocy. Jeżeli zachodzi konieczność to wykonuje się sztuczne oddychanie (przy zatrzymaniu oddechu) i masaż serca (przy zatrzymaniu czynności serca) aż do przybycia lekarza. Jeżeli osoba porażona jest nieprzytomna to kładzie się ją w pozycji bezpiecznej i okrywa ciało. Natomiast jeżeli jest przytomna to rozpoczynamy postępowanie przeciwwstrząsowe. Obrażenia takie, jak oparzenia, złamania, rany (ran nie przemywać) zaopatrzyć należy w sposób typowy. Udzielanie pomocy przed-lekarskiej osobie porażonej piorunem jest takie samo jak porażonej prądem aż do przybycia lekarza.



Rysunek 20. Odciąganie rażonego od działania prądu

PADACZKA

Charakterystyka

Padaczka jest chorobą układu nerwowego, której napady powtarzają się w bardzo różnych i trudnych do przewidzenia odstępach czasu.

Objawy – Rozpoznanie

Padaczka objawia się nagłą utratą przytomności, powodującą upadek chorego. Pojawia się usztywnienie kończyn i tułowia następnie występują drgawki całego ciała, zdarza się, że wysunięty język ulega przygryzieniu. Skóra twarzy jest sina, na ustach pojawia się piana. Napad najczęściej trwa kilka minut i ustaje, po czym chory zapada w sen nie odzyskując przytomności. Po ok. 15 – 30 minut odzyskuje przytomność, jest zamroczony i skarży się na ból głowy i nudności. Taki stan może trwać kilka godzin. Gdy chory upada to zdarza się, że dochodzi np. do obrażeń głowy.

Postępowanie przedmedyczne

Udzielając choremu pomocy chronimy go przed urazami – pod głowę podkładamy coś miękkiego, między zęby należy włożyć ręcznik, chusteczkę zwiniętą w twardy rulonik, a nawet drewniko, aby zapobiec przygryzieniu języka. Rozluźniamy również ubranie i zapewniamy bezpieczeństwo. Po ustąpieniu drgawek i odzyskaniu przytomności choremu należy zapewnić opiekę, następnie przewieźć go do najbliższej placówki służby zdrowia lub do domu. Przy przedłużającym się napadzie lub powtarzających się w krótkim czasie napadach należy wezwać lekarza. Jeśli chory odniósł obrażenia to wykonuje się niezbędne opatrunki.

UDAR TERMICZNY

Na udar termiczny składa się udar cieplny i udar słoneczny.

Charakterystyka

O udarze cieplnym mówi się wówczas gdy dochodzi do ogólnego przegrzania organizmu w sytuacji gdy nadmiar ciepła nie może wydalony na zewnątrz ustroju, np. człowiek jest zbyt ciepło ubrany lub pracuje w pomieszczeniu gdzie panuje bardzo wysoka temperatura. Do udaru słonecznego dochodzi pod wpływem bezpośredniego działania

promieni słonecznych na nieosłoniętą głowę, powoduje to gwałtowną zwyżkę temperatury w obrębie głowy.

Objawy – Rozpoznanie

Przy udarze ciepłym występuje szum w uszach i skroniach, mroczki przed oczami, zawroty i ból głowy, pragnienie, zaczerwienienie ciała i obrzęk skóry, podwyższona temperatura nawet do 40C. Gdy człowiek nie poci się i ma suchą skórę, to występują wymioty, zwężenie źrenic oraz utrata przytomności. Udar słoneczny objawia się zawrotami głowy, przyspieszonym tętnem, osłabieniem, wymiotami oraz utratą przytomności.

Postępowanie przedmedyczne

Postępowanie przedmedyczne w obu przypadkach jest podobne i polega na ułożeniu poszkodowanego w chłodnym, przewiewnym i zacienionym pomieszczeniu z zimnymi okładami na głowie, podając chłodne napoje do picia. Można również obłożyć całe ciało, np. wilgotnymi ręcznikami. Jeżeli osoba potrzebująca pomocy jest nieprzytomna to układamy ją w pozycji bezpiecznej, w przypadku braku oddechu stosujemy sztuczne oddychanie, aż do przybycia lekarza.

UTRATA PRZYTOMNOŚCI

Charakterystyka

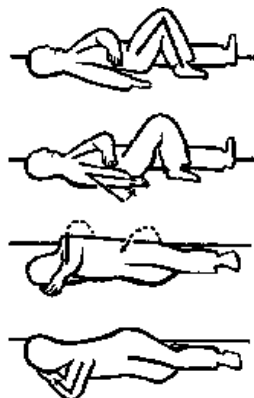
Utrata przytomności może nastąpić z wielu powodów. Przyczyną może być przebyta lub trwająca choroba, utrata krwi, nadmierny wysiłek, brak kondycji, niedobór tlenu spowodowany atakiem serca lub udarem, urazy mechaniczne głowy, zmiany chemiczne we krwi powstałe w wyniku choroby, np. padaczki czy cukrzycy. Utrata przytomności jest stanem cięższym niż omdlenie.

Objawy – rozpoznanie

Objawy utraty przytomności są podobne do objawów omdlenia (szum w uszach, bladość, słabe tętno, płytki oddech). Natomiast oznakami głębokiej nieprzytomności są śpiączka, niejednakowe lub rozszerzone źrenice, nieregularne oddychanie i zwolnione tętno. Osoba nieprzytomna traci normalne odruchy a mięśnie wiotczą.

Postępowanie przedmedyczne

Pierwszą czynnością przy udzielaniu pomocy osobie nieprzytomnej jest rozpoznanie jej przyczyny. Jeżeli nie da się rozpoznać przyczyny nieprzytomności to rozpoczynamy postępowanie przeciwwstrząsowe, należy opatrzyć ewentualne uszkodzenia i ułożyć chorego w pozycji bezpiecznej. Konieczne jest stałe obserwowanie poszkodowanego. Natomiast w przypadku braku oddechu i akcji serca przeprowadzić należy sztuczne oddychanie i masaż serca. Z osobą nieprzytomną pozostajemy do czasu przybycia lekarza.



Rysunek 21. Układanie w pozycji bocznej ustalonej

WSTRZAŚ

Charakterystyka

Wstrząs lub szok pourazowy to gwałtowne i ogólne zaburzenia ważnych dla życia czynności ustroju. Przyczyną mogą być ciężkie, rozległe rany, oparzenia, odmrożenia, złamania, krwotoki, infekcja chorobowa obejmująca cały ustrój itp. Do wstrząsu może dojść wkrótce po urazie lub nawet po kilku godzinach i jest bardzo groźnym powikłaniem prowadzącym często do zgonu.

Objawy – Rozpoznanie

Osoba we wstrząsie jest zazwyczaj blada, ma zimną i pokrytą potem skórę, ma uczucie omdlewania (tętno jest słabo wyczuwalne i szybkie, oddech jest płytki i szybki), może stawać się senna i apatyczna, traci przytomność.

Postępowanie przedmedyczne

Pierwszą czynnością niosącą pomoc jest rozpoznanie i usunięcie przyczyny wywołującej wstrząs, np. zatrzymanie krwawienia. Dalsze udzielanie pomocy polega odpowiednim postępowaniem zgodnie z występującymi objawami, np. masaż serca i sztuczne oddychanie, założenie opatrunku. Ważne jest też uspokojenie poszkodowanego i stworzenie poczucia bezpieczeństwa. Z osobą poszkodowaną pozostać należy do czasu przybycia lekarza.

ZATRUCIA JADAMI ZWIERZĘCYMI

Charakterystyka

Zatrucia jadami zwierzęcymi rozwijają się bardzo szybko i są groźne dla życia, a w naszym klimacie najgroźniejszym jest jad żmii zygzakowatej (z powodu szybkiego działania).

Objawy – Rozpoznanie

W wyniku ukąszenia przez żmiję jad wnika do ustroju człowieka. Miejsce ukąszenia jest bolesne, wokół niego pojawia się obrzmienie i zasinienie. Ponadto występuje również ból głowy, podniecenie lub odurzenie, nudności, lęki, krwawienia z nosa, duszność. W późniejszym okresie dochodzi do wymiotów, krwawych biegunek, drgawek i w końcu do ustania czynności serca i oddechu.

Postępowanie przedmedyczne

Pierwszą czynnością niosącą pomoc przy ukąszeniu żmii powinno być założenie opaski uciskowej (może to być, np. pasek od spodni) ponad miejscem ukąszenia – zapobiega to wchłanianiu się jadu. Opaska nie powinna być zaciśnięta zbyt mocno. Następnie można naciąć miejsce ukąszenia w celu wywołania krwawienia – nacinamy na głębokości 3-4 mm i na powierzchni 1-2 cm. Jad można też wysysać ustami ale pod warunkiem, że osoba ratująca nie ma ran czy innych uszkodzeń w jamie ustnej. Kolejnym sposobem na usunięcie jadu jest przystawienie do rany podgrzanego kieliszka czy szklanki – czynność ta powinna trwać ok. 30 minut. Poszkodowany powinien znajdować się w pozycji leżącej i być okryty ponadto podajemy mu do picia ciepłe płyny. Chory powinien być jak najszybciej przetransportowany do najbliższej placówki służby zdrowia w celu otrzymania surowicy przeciw jadowi żmii.

UKĄSZENIA

Do ukąszeń dochodzi przez owady, kleszcze, ssaki. W miejscu ukąszenia widoczna jest rana (przez którą do organizmu dostają się toksyny), w której może być np. żądło ponadto obserwuje się również wokół ukąszenia zaczerwienienie, obrzęk, ból, swędzenie. Istnieje także możliwość wystąpienia objawów typowo uczuleniowych, uzależnione jest to od rodzaju toksyny i może wystąpić (oprócz w/wymienionych) spadek ciśnienia krwi, przyspieszenie tętna, zaburzenia oddychania i krążenia, nudności, szum w uszach, ból głowy a nawet utrata przytomności.

UKĄSZENIA PRZEZ OWADY , KLESZCZE

Jeżeli dojdzie do ukąszenia przez owady to staramy się przede wszystkim usunąć żądło następnie odkażamy ukąszenie, przykładamy zimny okład, można również natrzeć zranione miejsce cebulą lub korzeniem pietruszki. W przypadku ukąszenia przez kleszcza staramy się usunąć go za pomocą pęsety, nie wolno go ukrecać. W przypadku nasilenia się objawów (szczególnie alergicznych) należy wezwać pogotowie ratunkowe.

UKĄSZENIA PRZEZ SSAKI

W przypadku ukąszenia, ugryzienia przez ssaki należy dokładnie przemyć i odkazić ranę oraz założyć opatrunek. Jeżeli występuje silne krwawienie to trzeba je zatamować. Poszkodowany powinien skorzystać z pomocy lekarza szczególnie jeśli zachodzi podejrzenie, że zwierzę może być wściekłe.

CIAŁA OBCE

Ciała obce mogą dostać się do dróg oddechowych, do nosa, gardła, ucha, oka jak również mogą być w skórze.

W drogach oddechowych: w drogach oddechowych może znaleźć się pokarm, który po dostaniu się do tchawicy podrażnia śluzówki jej ścian, w następstwie tego dochodzi do gwałtownego kaszlu, braku powietrza, sinicy oraz do omdlenia. Sytuacja taka stwarza zagrożenie życia. Jeżeli poszkodowany jest w stanie to powinien kaszleć, można też uderzyć

go w plecy – ułatwia to odkrztuszenie. Jeżeli to nie pomaga to należy zastosować zabieg (manewr) Heimlicha, który polega na tym, że stajemy z tyłu poszkodowanego i obejmujemy go w talii, jedną rękę składamy w pięść kciukiem w kierunku brzucha, drugą ręką chwytny pięść następnie wykonujemy energiczny ucisk pięścią i ręką ku górze, do środka i do siebie. Osoba poszkodowana powinna być pochylona do przodu. Ucisk ten powinien spowodować wydostanie się na zewnątrz ciała obcego. Ucisk powtarzamy do skutku lub do utraty przytomności.

W nosie: do jamy nosa mogą dostać się drobne przedmioty, pestki itp. Może wówczas wystąpić kichanie, ból, trudności z oddychaniem a nawet gorączka i stan zapalny. Jeżeli ciało obce jest widoczne i płytko umiejscowione to staramy się je usunąć pęsetą, można też silnie dmuchać szczególnie przez zatkany otwór nosowy. Jeżeli to nie pomaga, to zapewniamy pomoc lekarza laryngologa.

W gardle: w gardle może utknąć, wbić się w ścianki, np. ość. Występuje wówczas ból gardła, trudność w połykaniu i oddychaniu. Jeżeli ciało obce jest widoczne to staramy się je wyciągnąć pęsetą, poszkodowany powinien odkasływać. Jeżeli to nie pomaga, to należy zapewnić pomoc laryngologa.

W oczach: do oka mogą dostać się pyłki, owady i inne drobne przedmioty. Objawia się to bólem pod powieką, ograniczeniem widzenia, światłowstrętem, występuje też łzawienie i mruganie powiekami. W celu zlikwidowania przeszkody odchylamy powiekę i brzegiem np. gazika lub nawet czystej chusteczki usuwamy ciało obce. Można również przepłukać oko letnią przegotowaną wodą. Jeżeli to nie pomaga, to należy zapewnić pomoc okulisty.

W uchu: do ucha mogą dostać się drobne przedmioty, owady. Poszkodowany, w zależności od tego co znajduje się w uchu, odczuwa szum, szelest a nawet przemieszczenie się owada, przytępienie słuchu, ból. Udzielając pomocy trzeba zidentyfikować ciało obce i jeżeli jest możliwość to wyjąć. Nie wolno wyjmować ciał obcych, których nie ma za co złapać. Poszkodowany powinien skorzystać z pomocy lekarza.

W skórze: najczęściej w skórę wnikają drzazgi. W miejscu wniknięcia w skórę widoczne jest zranienie oraz wystający fragment drzazgi (często). Występuje również ból oraz zaczerwienienie skóry wokół zranienia i obrzęk. Udzielając pomocy staramy się wyciągnąć drzazgę pęsetą lub jałową igłą następnie dezynfekujemy miejsce zranienia i zakładamy opatrunek. Jeżeli zachodzi konieczność, to zapewniamy pomoc lekarza.



Rysunek 22. Zabieg Heimlicha

PODSUMOWANIE

Przedstawiona monografia, podobnie jak poprzedni tom, łączy w sobie walory analizy dostępnej literatury poświęconej aktywności fizycznej i jej wpływowi na zdrowie człowieka. Wyznania, jakie stawia przed nami współczesność mają swe odzwierciedlenie zarówno w aktualnym rozumieniu kultury fizycznej, aktywności fizycznej, jak i bezpieczeństwa zdrowotnego.

W prowadzonych rozważaniach oparliśmy się na bogatej literaturze tematu. Analiza fenomenu aktywności fizycznej i bezpieczeństwa zdrowotnego nie mogła się odbyć bez choćby przyczynkowego posłużenia się wynikami prowadzonych od wielu lat badań teoretycznych i empirycznych między innymi: filozofów, antropologów, socjologów, psychologów, pedagogów, politologów, przedstawicieli nauk o zdrowiu, nauk o kulturze fizycznej i nauk o bezpieczeństwie.

Tak szerokie korzystanie z dorobku tak wielu dziedzin i dyscyplin naukowych było podyktowane przedmiotem prowadzonych badań. Wszystkie dociekania łączył ktoś szczególny, a mianowicie człowiek.

Jesteśmy świadomi, że nie wyczerpaliśmy w pełni poruszanego zagadnienia. Wspaniałe w nauce jest to, że udzielanie odpowiedzi pozwala na formułowanie kolejnych, trafniejszych pytań.

Literatura:

1. Ashton W. D., Nanchahal K., Wood D. A., *Body mass index and metabolic risk factors for coronary heart disease in women*, European Heart Journal, 2001.
2. Ball S., *Zespół metaboliczny w otyłości i nadwadze*, Wydawnictwo „MEDYK”, Warszawa 2005.
3. Białkowska M., *Przyczyny epidemii otyłości*, [w:] red. nauk., J. Chrzanowska, P. Bergman, K. Kaczanowski, H. Piechacz, *Otyłość epidemia XXI wieku*, AWF Warszawa, Warszawa 2006.
4. Bierkus M., Godlewski P., *Nordic walking jako środek rekreacji ruchowej osób 50 +*, [w:] red. Godlewski P., Kuriata J., Sajek A., *Sport heterogeniczny kultura-nauka*, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie, Koszalin 2015.
5. Bierkus M., *Nordic walking jako środek aktywności fizycznej osób w wieku 50 plus*, Praca licencjacka, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie, Koszalin 2015.
6. Bokszański Z., Kojder A., *Encyklopedia socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998-2002
7. Boratyński W., *Podstawy organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Skrypt dla studentów*, Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2013.
8. British nutrition Foundation: *Obesity Blackwell Science*, London, 1999.
9. Bromber P., Hady J., Lachowska H., Leśniowska-Gontarz M., Szaban D., Ślusarczyk B., Zdanowska J., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2015.
10. Cendrowski Z., *O sztuce wypoczynku*, Lider 1995, Nr 7-8.
11. Chodubski A., *Jednostka a przemiany cywilizacyjne w perspektywie XXI wieku*, Rocznik Filozoficzno-Społeczny „Civitas Hominibus”, nr 1(10)/2015.
12. Cimek G., *Podstawowe problemy geopolityki i globalizacji*, Wydawnictwo Athenae Gedanenses, Gdańsk 2016.
13. Cole T. J., Bellizzi M. C., Flegal K. M., Dietz W. H., *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*, British Medical Journal, 2000.
14. De Backer G., Ambrosioni E., Broch-Johnsen K., Brotons C., Cifkova R., *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*, Eur. J. Cardiovasc. Prevent. Rehabil. 10 (Suppl.1), 2003.
15. Doktor K., *Zarys socjologii zarządzania sportem*, Polska Korporacja Menadżerów Sportu, Warszawa 2005.
16. Drabik J., *Polska w ruchu, wyzwanie dla zdrowia publicznego*, Wydawnictwo Uczelniane Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk 2011.
17. Drabik J., Resiak M., *Styl życia w promocji zdrowia*, Wydawnictwo Uczelniane AWFis, Gdańsk 2010.
18. Drabik J., *Sprawność fizyczna i jej testowanie u młodzieży szkolnej*, AWF Gdańsk, Gdańsk 1992.

19. Dziubiński Z., Jankowski K. W. (red.), *Kultura fizyczna a socjalizacja*, AWF, SALOS RP, Warszawa 2012.
20. Dziubiński Z., Krawczyk Z. (red.), *Socjologia kultury fizycznej*, AWF, Warszawa 2011.
21. Dziubiński Z., Krawczyk Z., *Socjologia kultury fizycznej*, Wydawnictwo AWF, Warszawa 2011.
22. Goodman N., *Wstęp do socjologii*, Zysk i S-ka, Poznań 2001.
23. Gore I., *Wiek a aktywność życiowa*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1980.
24. Górnicka J., *Apteka natury*, Agencja Wydawnicza Jerzy Mostowski, Raszyn 2003.
25. Gracz J., Sankowski T., *Psychologia Aktywności Społecznej*, AWF Poznań, Wydawnictwo Uczelniane AWF, Poznań 2007.
26. Gumułka W. S., Rewerski W. red., *Encyklopedia Zdrowia*, , Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1999,2000.
27. Hawking S. W., *Krótką historia czasu. Od wielkiego wybuchu do czarnych dziur*, Zysk i Spółka Wydawnictwo, Poznań 2013.
28. Hawkins S. W., Mlodinow L., *Jeszcze krótsza historia czasu*, Zysk i Spółka Wydawnictwo, Poznań 2015.
29. Heller M., *Jak być uczonym*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2009.
30. Hubert H. B., Feinleib M., McNamara P. M., Castilli W. P., *Obesity as an independent risk factor cardiovascular disease: 26 year follow-up of participant in the Framingham heart study*. *Circulation*, 76: 968-977.
31. Jakubowska H., *Socjologia ciała*, UAM, Poznań 2009.
32. Januła E., Pobiedzińska K., *Polityka społeczno-zdrowotna w pierwszej połowie XXI wieku w świetle metodologii szkoły chicagowskiej w doktrynie „społeczeństwa trzeciej fali”*, [w:] N. A. Fechner, Nęcki Z., *Bezpieczeństwo zdrowotne. Ujęcie interdyscyplinarne. Podmioty, środowiska i obszary wyzwań oraz zagrożeń zdrowotnych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2015.
33. Jaśkiewicz S., *O człowieku „niezwyciężonym” na podstawie traktaty „O prawdziwej wierze” Augustyna*, Kieleckie Studia Teologiczne, Kielce 2008.
34. Karelis A. D., St-Pierre D. H., Consus F., Rabasa-Lhoret R., & Poehlman E. T., *Metabolic and body composition factors in subgroups of obesity: what we know?*, *J. Clin. Endocrin. Metab.*, 1989.
35. Karkowska M., *Socjologia wychowania wybrane elementy*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno- Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2007.
36. Karpiński A. J., *Kategorialny opis bezpieczeństwa zdrowia człowieka*, [w:] M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*, Wydawnictwo Gdańskiej Szkoły Wyższej, Gdańsk 2013.
37. Karwczyk Z., *Filozofia i socjologia kultury fizycznej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1974.
38. Kawalko S. J., *Polityka zdrowotna a europejska przestrzeń ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Athenae Gedanenses, Gdańsk 2016.

39. Kazimierzczak A., Maszorek-Szymala A., Dębowska E., *Kultura fizyczna i zdrowotna współczesnego człowieka - teoretyczne podstawy i praktyczne implikacje*, Uniwersytet Łódzki, Łódź 2008.
40. Kłoskowska A., *Społeczne ramy kultury*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1972.
41. Kłosowska A., *Socjologia kultury*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1983.
42. Koczanowicz L., Salamon-Krakowska K., *Rozprawy naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 2012.
43. Kokot F., *Otyłość. Nauka o chorobach wewnętrznych*, tom IV Red. Orłowski T., Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1989.
44. Konieczny J., *Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach środowiskowych. Studium metodologiczno-edukacyjne w perspektywie zrównoważonego rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Politycznych i Dziennikarstwa Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2016.
45. Konopczyński M., *Metody twórczej resocjalizacji*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2006.
46. Koprowicz V., *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2008.
47. Kosiewicz J., Michaluk T., Pezdek K., *Nauki społeczne wobec sportu i kultury fizycznej*, Studia i Monografie AWF we Wrocławiu, Wrocław 2013.
48. Kowalczyk S., *Człowiek w myśli współczesnej*, Michalineum, Warszawa 1990.
49. Kowalczyk S., *Elementy filozofii i teologii sportu*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2010.
50. Kowalski M., Gawel A., *Zdrowie-wartość-edukacja*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.
51. Koziński M., *Bezpieczeństwo w Unii Europejskiej. Zdrowie publiczne i świadczenia*, Fundacja PRO POMERANIA, Gdańsk 2011.
52. Krasucki P., *Ryzyko zdrowotne związane z pracą*, Państwowa Inspekcja Pracy, Warszawa 2004.
53. Krawczyk A., *Socjologia w Polsce*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Rzeszowie, Rzeszów 1998 r.
54. Krawczyk Z., *Kultura fizyczna*, [w:] Z. Krawczyk (red.), *Encyklopedia Kultury Polskiej XX wieku. Kultura Fizyczna i Sport*, Instytut Kultury, Warszawa 1997.
55. Krzysztofek K., *Uniwersalistyczne i populistyczne wizje pokojowego świata*, PISM, Warszawa 1990.
56. Kulik T.B., Latarski M. (red.), *Zdrowie publiczne*, Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
57. Kwiatkowska-Łozina M., *Żyj bezpiecznie i zdrowo. program profilaktyczno-wychowawczy edukacji zdrowotnej*, Implus, Kraków 2007.
58. Kwilecki K., *Rozważania o czasie wolnym. Wybrane zagadnienia*, GWSH, Katowice 2011.
59. Kwilecki K., *Rozważania o czasie wolnym...*, op. cit.

60. Lalonde M., *A new perspective on the health of Canadians. A working document.* Government of Canada, Ottawa 1978.
61. Lange E., *Dietoterapia i dietoprofilaktyka otyłości*, [w:] red. nauk. D. Włodarek, E. Lange, L. Kozłowska, D. Głąbska, *Dietoterapia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
62. Laskiewicz M., Chętnik A., *O kulturze fizycznej wsi polskiej*, Wychowanie Fizyczne i Sport 1979.
63. Leszczyńska A., *Sport to zdrowie! Refleksje o aktywności fizycznej Polaków*, Acta Univeritatis Lodziensis, Folia Sociologica 45, Łódź 2013.
64. Liedke A., Właźnik K., *Kultura fizyczna w klasach 1-3. Przewodnik metodyczny*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1983.
65. Lipka-Nowak D., Studnicka D., *Aktywność ruchowa jako metoda utrzymania zdrowia i kondycji fizycznej kobiet dojrzałych*, [w:] red. nauk. D. Umiastowska, *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, Wydawnictwo Promocyjne „Albatros”, Szczecin 2002.
66. Malina R. M., *Aktywność fizyczna a rokowanie długowieczności*, *Medicina Sportiva* 6(1).
67. Małolepszy E., *Kultura fizyczna w działalności wiejski organizacji młodzieżowych II Rzeczypospolitej*, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa 2015.
68. Marek Z., Madej-Babula M. (red.), *Edukacyjne przestrzenie zdrowia*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2009.
69. Marody M., *Wymiary życia społecznego*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002.
70. Maszczak T., *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, *Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu*, Z. 54 (2005).
71. Michalik L., *Aktywność fizyczna wyrazem dojrzałem postawy prozdrowotnej*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2009.
72. Mieczkowski T., *Uwaga nadwaga*, Wydawnictwo Sport i Turystyka, Warszawa 1984.
73. Migoń M. P., *Wstęp do etyki. Skrypt*, Wydawnictwo Gdańskiej Szkoły Wyższej, Gdańsk 2013.
74. Miller R., *Socjalizacja, wychowanie, terapia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981, s.10.
75. Miller R., *Socjologia wychowania wybrane elementy*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981.
76. Morgulec-Adamowicz N., Kosmal A., *Korzenie koncepcji adaptowanej aktywności fizycznej*, [w:] red. nauk. N. Morgulec-Adamowicz, A. Kosmol, B. Molik, *Adaptowana aktywność fizyczna dla fizjoterapeutów*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
77. Napierała M., Muszkieta R., Żukow W., *Rozwój motoryczności w poszczególnych etapach ontogenezy*, red. nauk. M. Napierała, R. Muszkieta, W. Żukow, *Ośrodek Rekreacji, Sportu i Edukacji w Poznaniu*, Bydgoszcz 2009.

78. Nowak P. F., *Trening zdrowotny w szkolnym procesie wychowania fizycznego*, [w:] Problemy Higieny i Epidemiologii, T. 94, 3 (2013). Katedra metodyki wychowania fizycznego.
79. Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2012.
80. Nowakowska-Kempa I. (red.), *Uniwersalne wartości kultury w edukacji*, Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM, Kraków 2012.
81. Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2007.
82. Pilch T., Ablewicz K. (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. T. I*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003.
83. Piotrowska H., *Sport dla wszystkich*, Krajowa Federacja „Sport dla Wszystkich”, Warszawa 1998.
84. Polak E., *Przemiany cywilizacji współczesnej w sferze kultury materialnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1996.
85. Pomykało W. (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa 1993.
86. Poznański K., *Dbłość o zdrowie w polskiej tradycji wychowawczej XVII i XVIII wieku*, [w:] red. Z. Żukowska, R. Żukowski, *Zdrowie Ruch Fair play*, Katedra Nauk Humanistycznych AWF Warszawa, Wydawnictwo Estrella, Warszawa 2001.
87. Przeclawski K., *Czas wolny dzieci i młodzieży w Polsce*, WSiP 1978.
88. Przeclawski K., *Człowiek i turystyka. Zarys socjologii turystyki*, Albis, Kraków 1996.
89. Przybyłowski J., *Logika z ogólną metodologią nauk. Podręcznik dla humanistów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2001.
90. Ptaszek D., *Poczucie wspólnoty w grupie sportowej*, Drohiczyński Przegląd Naukowy Nr 7/2017.
91. *Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest : the Utstein style. Prepared by a task force of representatives from the European Resuscitation Council, American Heart Association, Heart and Stroke Foundation of Canada ,and Australian Resuscitation Council. Resuscitation 1991.*
92. Różniatowski T. (red.), *Mała encyklopedia medycyny*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987.
93. Serdula Ivery M. K., Coates D., R. J., Freedmann D. S., Williamson D. F., Byers T., *Do obese children become obese adults? A review of the literature*. Prev. Med. 22: 167-177.
94. Shephard R. J., *Aging, Physical Activity, and Health*, Hum. Kin. Publ., Champaign 1997.
95. Sirojć Z., *Metropolizacja jako ekonomiczny i przestrzenny przejaw globalizacji*, Zeszyty Naukowe Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie, Nr 2 (56)/2017.
96. Skalski D., Lizakowski P., Zablotna O., *Bezpieczeństwo i profilaktyka zdrowotna wypoczynku dzieci i młodzieży. Wybrane aspekty*, Pomorska Szkoła Wyższa w Starogardzie Gdańskim przy udziale Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego

- w Gdańsku i Akademii Marynarki Wojennej im. Bohaterów Westerplatte w Gdyni, Starogard Gdański 2017.
97. Skarżyński M., *Możliwości zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce (Wybrane aspekty)*, Nowiny Lekarskie 5 (81)/2012, Poznań 2012.
 98. Stanek J., *Wychowanie fizyczne i sport na obozach letnich*, w: Lider 1999.
 99. *Studia Społeczne*, Nr 1 (6)/2012, Wyższa Szkoła Menadżerka w Warszawie, Warszawa 2012.
 100. Św. Augustyn, *Dialogi i pisma filozoficzne*, Pax, Warszawa 1954.
 101. Sylwanowicz W., *Mały atlas anatomiczny*, PZWL, Warszawa 1989.
 102. Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K., *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
 103. Szponar L., Rychlik E., *Sposób żywienia i stan odżywiania ludności w Polsce*, [w:] red. nauk., Z. Żukowska, R. Żukowski, *Zdrowie Ruch Fair play*, Katedra Nauk Humanistycznych AWF w Warszawie, Wydawnictwo Estrella, Warszawa 2001.
 104. Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Znak, Warszawa 2005.
 105. Szymczyk J., *Elementy kultury i sportu z perspektywy aksjologii*, Rocznik Nauk Społecznych, T. 4 (40), Lublin 2012.
 106. Tatoń J., Czech A., Bernas M., *Otyłość zespół metaboliczny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
 107. Umiastowska D., *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, Materiały naukowe nr 5, Szczecin 2000.
 108. Wasyluk P., *Filozofia dziejów, historiozofia czy filozofia historii. Próba definicji*, Diametros 32/2012, Kraków 2012.
 109. World Health Organization, *Physical Status, The Use and Interpretation of Anthropometry*, WHO, Geneva 1995.
 110. World Health Organization, *Obesity: preventing and managing the global epidemic, Report of WHO Consultation on Obesity*, Genewa 1997, WHO, Genewa 1998.
 111. Woynarowska B. (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole*. Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2011.
 112. Woynarowska B. (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole*. Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2011.
 113. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2008.
 114. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe 2007, Warszawa 2007.
 115. Zieliński E., Galarowicz O., Telak J., *Nurkowanie a urazy kręgosłupa*, [w:], red. nacz., W. Moska, S. Przybylski, D. Skalski, *Ratownictwo wodne, sport pływacki i kultura fizyczna w teorii i praktyce*, Tom 3, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk 2016.

Źródła internetowe:

1. <http://siecobywatelska.pl/jak-poprawic-dostep-mieszkancow-wsi-do-roznych-form-aktywnosci-fizycznej-relacja-w-okraglego-stolu-na-temat-sportu-na-wsi/>
2. <http://www.mz.gov.pl/ministerstwo/minister-zdrowia>
3. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia>
4. <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/e-wus/faq/>
5. http://www.profesor.pl/mat/n12/pokaz_material_tmp.phpplik=n12/n12_z_meredyk_041024_1.php&id_m=13623
6. http://www.profesor.pl/mat/n12/pokaz_material_tmp.phpplik=n12/n12_z_meredyk_041024_1.php&id_m=13623
7. <http://www.profesor.pl/publikacja,14229,Referaty,Rekreacja-fizyczna-dzieci-i-mlodziezy-w-srodowisku-wiejskim-oraz-warunki-do-jej-uprawiania>
8. <http://www.szkolnictwo.pl/index.php?id=PU8269>
9. <http://www.tanitapolska.pl/tanita-waga-analizator-segmentowy-mc-980-ma.html>
10. https://pl.wikipedia.org/wiki/Kultura_fizyczna

Spis rysunków:

Rysunek 1. Aktywność sportowa na wsi i w mieście	46
Rysunek 2. Dyscypliny sportu uprawiane na wsi i mieście	47
Rysunek 3. Redukcja masy ciała (kg) w kategoriach wiekowych po 14 dniowym cyklu	62
Rysunek 4. Czynniki warunkujące zdrowie jednostki	69
Rysunek 5. Procedura BLS u osób dorosłych	77
Rysunek 6. Procedura WBLS wdrażana bezpośrednio po wydobyciu tonącego na powierzchnię wody	78
Rysunek 7. Procedura WBLS stosowana u dzieci oraz w kontekście tonięcia.....	79
Rysunek 8. Budowa serca. Strzałki pokazują kierunki przepływu krwi.....	80
Rysunek 9. Schemat układu oddechowego	81
Rysunek 10. Złamanie kości dłoni (ręki)	81
Rysunek 11. Unieruchomienie złamanej kości ramiennej	85
Rysunek 12. Unieruchomienie kości przedramienia na szynie i za pomocą chusty	81
Rysunek 13. Unieruchomienie przy pomocy chusty i agrafki	85
Rysunek 14. Złamanie kości palców i stopy	81
Rysunek 15. Unieruchomienie złamanej kości podudzia	85
Rysunek 16. Unieruchomienie złamanej kości podudzia	81
Rysunek 17. Unieruchomienie złamanego uda	81
Rysunek 18. Unieruchomienie ze złamanym kręgosłupem	87
Rysunek 19. Zatrzymanie krwotoku	88
Rysunek 20. Odciąganie rąk od działania prądu	92
Rysunek 21. Układanie w pozycji bocznej ustalonej	94
Rysunek 22. Zabieg Heimlicha	96

Spis tabel:

Tabela 1. Ludność Polski w 2015 roku	51
Tabela 2. Ludność w Polsce w 2016 roku.....	51
Tabela 3. Kliniczne postacie otyłości.....	54
Tabela 4. Typy metaboliczne w prawidłowej masy ciała i otyłości.....	56
Tabela 5. Podstawowe kliniczne kryteria zespołu metabolicznego	57
Tabela 6. Charakterystyka liczbowa badanej grupy kobiet w poszczególnych kategoriach wiekowych	60
Tabela 7. Charakterystyka liczbowa kategorii wiekowych na początku i końcu cyklu 14 dniowego treningowego.....	61

Liczba znaków: 263 788 (ze streszczeniami i okładką).
Liczba grafik: 26 x 1 000 znaków (ryczałt) = 26 000 znaków.
Razem: Liczba znaków: 289 788 (ze streszczeniami, okładką i grafikami) =
7, 244 arkuszy wydawniczych.
Number of characters: 263 788 (with abstracts).
Number of images: 26 x 1 000 characters (lump sum) =
26 000 characters.
Total: Number of characters: 289 788 (with abstracts, summaries and graphics) =
7, 244 sheet publications.

Niniejsza publikacja została sprawdzona systemem antyplagiatowym, który wypadł pozytywnie.
Szczegółowy raport znajduje się w dokumentacji wydawcy.

Niniejsza monografia została opublikowana w wersji cyfrowej.
<https://zenodo.org/>



ISBN: 978-83-939861-9-4



Dr Dariusz SKALSKI, manager, wykładowca naukowo – dydaktyczny, absolwent *Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku* (AWF - Wydział Wychowania Fizycznego – studia magisterskie, AWF i S – studia doktoranckie) i *Politechniki Gdańskiej* (Wydział Zarządzania i Ekonomii – studia magisterskie), Instruktor – Wykładowca WOPR nr 566, Instruktor w zakresie ratownictwa wodnego, Instruktor pływania, Trener pływania II klasy, Instruktor motorowodny. Wieloletni wykładowca, szkoleniowiec na wszystkie stopnie w ratownictwie wodnym (przeprowadził ponad 250 kursów). Członek Rady Naukowej Słupskiego WOPR. Autor (lub współautor) ponad 170 opracowań naukowych, w tym m.in.: 51 wydań książkowych, monografii naukowych, wydań skryptowych oraz opracowań cyfrowych (jak np. pierwszego w Polsce poradnika multimedialnego CD—ROM: „*Bezpieczny wypoczynek nad wodą*” - 2001), artykułów naukowych (82) z zakresu: kultury fizycznej, ratownictwa wodnego i ratownictwa medycznego, bezpieczeństwa powszechnego, bezpieczeństwa nad wodą, zarządzania kryzysowego, pływania, edukacji wodnej, bezpiecznego wypoczynku nad wodą, pierwszej pomocy przedlekarskiej w ratownictwie wodnym. Nauczyciel dyplomowany. Odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (2010).



Dr Piotr LIZAKOWSKI, prawnik, wykładowca akademicki na Wydziale Dowodzenia i Operacji Morskich Akademii Marynarki Wojennej im Bohaterów Westerplatte w Gdyni. Od trzynastu lat dzieli się wiedzą na studiach I, II stopnia oraz na studiach podyplomowych. Praktyk samorządowy z dwudziestoletnim doświadczeniem w pracy i zarządzaniu podmiotami publicznymi. Konsultant i współpracownik m. in.: Programu Unii Europejskiej TACIS (Programu Pomocy Technicznej dla Wspólnoty Niepodległych Państw), Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości w Warszawie, Obszaru Metropolitalnego Gdańsk Gdynia Sopot, Agencji Rozwoju Pomorza w Gdańsku, Fundacji Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych w Warszawie, Programu Partnerstwo dla Samorządu Terytorialnego (LGPP) oraz jednostek samorządu terytorialnego. Członek Rady Naukowej Słupskiego WOPR. Autor licznych naukowych publikacji krajowych i zagranicznych głównie z zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego, bezpieczeństwa społecznego oraz funkcjonowania podmiotów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo człowieka.



Mgr Mirosław BIERKUS, absolwent *Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku*. Trener Polskiej Federacji Nordic Walking z certyfikatem International Nordic Walking Association, Instruktor Polskiego Stowarzyszenia Nordic Walking z Licencją Polskiego Związku Lekkiej Atletyki, instruktor sportu w wielu dyscyplinach. Wykładowca kursów instruktorskich Nordic Walking. Naukowo zajmuje się prawidłowym odżywianiem sportowców i osób starszych na turnusach rehabilitacyjnych, metodyką treningu biegowego i Nordic Walking oraz aktywnością ruchową dzieci i młodzieży. Prowadzi zajęcia ruchowe na Warsztatach Terapii Zajęciowej przy Polskim Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną, współpracuje z ośrodkami leczniczo-rehabilitacyjnymi (gimnastyka relaksacyjna) w Mielnie, Kołobrzegu, Szklarskiej Porębie, Karpaczu, Świeradowie i DarłóWKu. Osiągnięcia sportowe: Wicemistrz Świata w Sprincie Nordic Walking (2012), Brązowy Medalista w Górskich Mistrzostwach Świata Nordic Walking (2011), Wicemistrz Świata na 21 km (Cross Country, Austria), Drużynowy Górski Mistrz Świata (HILL Walking, Austria), wielokrotny Mistrz Polski w Nordic Walking, Mistrz Polski weteranów w Pięcioboju Lekkoatletycznym oraz wielokrotny mistrz GP wielu miast w Polsce.