

## CZĘŚĆ I: ROZPRAWY I ARTYKUŁY

## WYBRANE TEORIE I KONCEPCJE CYWILIZACJI

## SELECTED THEORIES AND CONCEPTS OF CIVILISATION

Wiesław Romanowicz<sup>1(A,B,C,D,E,F,G)</sup><sup>1</sup>Zakład Socjologii, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej PodlaskiejRomanowicz, W. (2017). Wybrane teorie i koncepcje cywilizacji. *Rozprawy Społeczne*, 11(4), s. 7-13. <https://doi.org/10.29316/rs.2017.32>

## Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

## Streszczenie

W bardzo ogólnym ujęciu socjologia jest nauką, która zajmuje się opisem społeczeństw i ich rozwojem. W tym kontekście zainteresowania cywilizacjami mogą stanowić jeden z ważniejszych problemów badawczych oraz stymulować syntezę różnych kierunków i koncepcji myślowych w celu tworzenia nowoczesnych ujęć teoretycznych. Artykuł przedstawia wybrane teorie cywilizacji, które funkcjonują głównie w przestrzeni nauk społecznych. Szczegółowe analizy dotyczą teorii sformułowanych, m.in. przez O. Spenglera, F. Konecznego, S. Huntingtona, S. Eisenstadta czy F. Fukuyamę.

**Słowa kluczowe:** cywilizacja, społeczeństwo, teoria

## Summary

In a very general sense, sociology is a science that deals with the description of societies and their development. In this context, an interest in civilisations may be one of the major research problems, as it may stimulate the research synthesising different directions and concepts in order to create modern theoretical approaches. The article presents selected theories of civilisation, which predominantly function in the field of social sciences. Detailed analyses concern theories formulated, among others, by O. Spengler, F. Koneczny, S. Huntington, S. Eisenstadt or F. Fukuyama.

**Keywords:** civilisation, society, theory

Tabele: 0

Ryciny: 0

Literatura: 15

Otrzymano: styczeń 2017

Zaakceptowano: luty 2017

## Wprowadzenie

Opisywanie specyfiki życia społecznego oraz artykułowanie najważniejszych symptomów zmian społecznych jest przedmiotem refleksji naukowej przynajmniej od drugiej połowy XVIII wieku i bezpośrednio łączy się z postulatami naukowego poznania rzeczywistości społecznej. Od czasów A. Comta i H. Spencera ową rzeczywistość zaczęto utożsamiać z procesami postępu społecznego, jako nieuniknionej drogi rozwoju wszystkich społeczeństw. W tym samym okresie ugruntowały się również sposoby opisywania społeczeństw w perspektywie historycznej czy indywidualistycznej. Zróżnicowania kulturowe społeczeństw oraz wielość perspektyw czy założeń badawczych w zasadzie wykluczyło możliwość jednolitego spojrzenia na rozwój ludzkości. Stąd utrwalił się postulat określenia całości zróżnicowanych społeczeństw terminem cywilizacja. „Wadą tego określenia – jak sugeruje J. Szacki – jest, po pierwsze, to, że słowo „cywilizacja” jest wielo-

znaczne i, co gorsza genetycznie związane z zespołem poglądów, który wspomniani teoretycy usiłowali przezwyciężyć; po drugie, to, że oni sami niekoniecznie się nim posługiwali w znaczeniu, jakie chcemy mu w tym kontekście nadać: niektórzy z nich woleli mówić na przykład o „wielkich kulturach”, „typach kulturowo-historycznych”, „superkulturach”, „super-systemach kulturowych” itp., bądź w ogóle unikając terminu cywilizacja, bądź rezerwując dla niego, jak Spengler czy Alfred Weber, jakieś całkiem specjalne znaczenie” (Szacki, 2003, s. 694).

Powyżej wyartykułowane uwagi tylko uświadomiły badaczom trudności dla precyzyjnej charakterystyki społeczeństw, które opierały swoje funkcjonowanie na wielości wzorów kulturowych, różnorodnych postaw czy modeli życia. Realnie obowiązujący na przestrzeni dziejów pluralizm kulturowy implikował istnienie pluralizmu cywilizacyjnego. Dlatego przy określaniu celów poznawczych cywilizacji ważnym będzie „odkrycie specyfiki życia wspólnotowego, ujętego w swej najszerzej formie, jaką jest cywilizacja, oraz na określenie za-

**Adres korespondencyjny:** Wiesław Romanowicz, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Socjologii, ul. Sidorska 102, 21-500 Biała Podlaska, e-mail: [romanowicz@poczta.onet.pl](mailto:romanowicz@poczta.onet.pl), tel.: 83 344 99 11

**Copyright by:** Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Wiesław Romanowicz

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

sad ich transformacji, uwzględniających czynniki endogenne i egzogenne, w tym wzajemne oddziaływanie na siebie cywilizacji. Wspólne dla badaczy cywilizacji jest przyjęcie założenia o eksploracyjnej wyjątkowości pola badawczego, które nie może być analizowane przez proste ekstrapolacje teorii socjologicznych, antropologicznych, historycznych czy politologicznych, a którego studia dają nowy ogląd rzeczywistości społeczno-kulturowej” (Kowalska, 2012, s. 13-14).

W niniejszym artykule zostaną przedstawione wybrane teorie cywilizacji, które funkcjonują głównie w naukach społecznych. Szczegółowe analizy zostaną poprzedzone prezentacją terminu cywilizacja, jak również interpretacją tego terminu w perspektywie filozoficzno-historycznej i socjologicznej.

### Pojęcie cywilizacji

Pojęcie cywilizacji jest obecne w dyskursie naukowym i potocznym już od ponad dwóch stuleci. Pierwotnie wiązało się z ideą postępu, jako procesu zachodzącego w historii ludzkości opisanego przez L. H. Morgana czy A. Fergusona. Uznano wówczas, że wszystkie społeczeństwa będą przechodziły te same stadia rozwojowe, tj. od stanu dzikości poprzez barbarzyństwo do cywilizacji. W takiej perspektywie cywilizację rozumiano, jako doskonalenie się wzajemnych stosunków społecznych, a także powiększenia przez nich władzy nad przyrodą, czy poprawę ustroju politycznego bądź wzrost dobrobytu (Por. Szacki, 2003, s. 695). W refleksji naukowej cywilizacja była terminem opisującym jednowymiarową rzeczywistość społeczną, która ze swej istoty mogła mieć charakter wartościujący i występować jako „lepsza” bądź „gorsza”.

W XX wieku nastąpiła zasadnicza zmiana w pojmowaniu cywilizacji. Wraz z rozwojem nauk humanistycznych i społecznych cywilizację zaczęto ujmować jako wielość i różnorodność wspólnot ludzkich pomijając element wartościujący. W rozwoju teorii cywilizacji „nieustannie obecne są dwa nurty myślenia: z jednej strony naturalistyczno-pozytywistyczna potrzeba odkrycia porządku w sferze historii społeczno-kulturowej, z drugiej antypozytywistyczna potrzeba „oddania głosu życiu”; z jednej strony logika przyczynowości, z drugiej poetycka intuicja” (Kowalska, 2012, s. 15).

Na podstawie *Słownika Socjologicznego* cywilizację możemy określić jako część kultury, która „obejmuje ogół wytworów materialnych oraz umiejętności technicznych i produkcyjnych uzyskanych przez dane społeczeństwo w kumulatywnym procesie rozwoju, umożliwiających opanowanie przyrody, a także realizację rozmaitych celów praktycznych” (Olechnicki, Zafecki, 1999, s. 37).

Włodzimierz Pawluczuk cywilizację opisuje w trzech perspektywach. Pierwsza z nich bywa rozumiana jako etap w dziejach ludzkości. Jest ona ściśle związana z koncepcjami okresów rozwojowych L. H. Morgana, a okres cywilizacji rozpoczyna się od wynalezienia pisma i pojawieniu się pierwszych osiedli typu miejskiego.

W drugim rozumieniu cywilizacja występuje jako opozycja do kultury. W tym rozróżnieniu kultura utożsamiana jest jako sfera wartości duchowych i autotelicznych, a cywilizacja dotyczy sfery wartości materialnych i instrumentalnych. Stąd fabryki, budowle, drogi, autostrady, urządzenia mechaniczne nie są budowane i wykorzystywane z czystej przyjemności, z potrzeby duchowej, ale z życiowej, zewnętrznej konieczności.

Cywilizacja może być rozumiana także jako typ etnosu. Pojęcie to może być użyte do określenia różnego typu grup połączonych więziami kulturowymi, takich jak: plemiona, grupy etniczne, narody, cywilizacje. Tradycje plemienne, z których powstają cywilizacje, a w ramach tworzą się narody – ukazują ciągłość i niezmienną pewnych cech dających się przez badacza wykryć i traktowanych jako zasadnicze. Cywilizacje w tym znaczeniu są zatem najszerszym typem etnosu, charakteryzującym się długim trwaniem i oporem na zmiany pod wpływem czynników zewnętrznych (Por. Pawluczuk, 2008, s. 7-8).

Na konstruktywny charakter cywilizacji zwraca uwagę J. Siewierski uznając, że „cywilizacja obejmuje to, co podlega konstrukcji i transplatacji. Można skonstruować kodeks prawa, zasady organizacji, struktury polityczne i gospodarcze, osiągnięcia naukowe oraz techniczne. To w gruncie rzeczy instrumenty, których wspólną cechą jest możliwość ich skonstruowania, wynalezienia, wdrożenia, kopiowania i przenoszenia (...) nie da się natomiast wprowadzić, skonstruować, przenieść z kraju do kraju kultury, ponieważ ta stanowi dziedzictwo historyczne (...) kultura jest sferą dziedzictwa, wzrastania, wartości, cywilizacja sferą konstrukcji, zastosowań, interesów (Siewierski, 2009, s. 12-13).

Nowe spojrzenie na opis i interpretację pojęcia cywilizacji nadaje A. Sadowski, który zwraca uwagę na istnienie „obszarów pograniczy cywilizacyjnych ulokowanych na znacznej przestrzeni między poszczególnymi cywilizacjami (...) i postuluje określić relacje między cywilizacją, a innymi zbiorowościami wyróżnionymi na zasadzie kulturowej i tożsamościowej, zwłaszcza po to, aby ustalić wskaźniki o charakterze cywilizacyjnym, przynajmniej nieco odrębne od religijnych, narodowych, etnicznych, językowych i innych” (Sadowski 2013, s. 279). W swoich syntezach koncepcyjnych – podobnie jak W. Pawluczuk -przyjmuje założenie, że pogranicze cywilizacyjne stanowi najszerszy typ pogranicza społeczno-kulturowego, stąd wywodzi logiczny postulat prowadzenia badań za pomocą kategorii i metodologii wypracowanej na gruncie dotychczasowych badań nad pograniczem narodo-etnicznym (Por. Sadowski, 2013, s. 280).

### Współczesne wizje cywilizacji

Na bazie wspomnianych koncepcji teoretycznych i postulatów badawczych naukowe zainteresowania cywilizacjami można rozpatrywać na gruncie różnych nauk i przyporządkowywać poszczególnym

badaczom. Niezwykle ważną próbę refleksji filozoficznej nad cywilizacją podniósł niemiecki uczyony Oswald Spengler. W swoim dziele opublikowanym w 1918 roku *Zmierzch Zachodu. Zarys morfologii historii uniwersalnej* podjął się odkrycia sensu i porządku w dziejach świata, a zaproponowana przez niego metoda badawcza miała służyć poznaniu ukształtowania dziejów. Podstawowym założeniem tego naukowca stało się wskazanie i wyjaśnienie kierunku dziejów, czyli dotarcie do ideowych i symbolicznych wymiarów kultury, a nie tylko histograficzny opis losów ludzkości. W swoich poglądach wyraźnie rozróżniał pojęcie kultury od cywilizacji, podkreślał, że cywilizacja jest nieuchronnym przeznaczeniem kultury. Stąd dla Spenglera „cywilizacje są najbardziej zewnętrznymi i sztucznymi stanami, do których jest zdolny wyższy rodzaj ludzkości. Stanowią zakończenie; następują po stawaniu się jako to, co się stało; po życiu jako śmierć; po wsi i duchowym dzieciństwie jako intelektualna starość oraz kamienne, petryfikujące umysły i serca metropolie. Stanowią nieodwołalny kres, ku któremu wciąż wiedzie droga najgłębszej konieczności” (Spengler, 2001, s. 48).

Specyfiką propozycji Spenglera – według A. Kowalskiej – jest ujęcie relacji kultura – cywilizacja. „Kultura jest tu bowiem rozumiana jako swoisty żywy organizm biologiczny. Podlegając uniwersalnym prawom przyrodniczym, rodzi się, wzrasta i umiera. Rozwój każdej kultury przebiega więc poprzez fazy schematu: okres wstępny, rozkwit i schyłek. Faza końcowa wyznacza moment przekształcenia się kultury w cywilizację. Pojęcia te wyznaczają zatem chronologiczny porządek przekształceń kulturowych, społecznych, politycznych” (Kowalska, 2012, s. 17-18).

Spengler dla określenia cywilizacji oprócz porównań biologicznych używał również pór roku, stąd rozwój cywilizacji ujmował w perspektywie wiosny, lata, jesieni i zimy. W swoim dziele *Zmierzch Zachodu* wyróżnił nastanie cywilizacji europejskiej i schyłek rozwoju kultury europejskiej, a także jeszcze siedmiu wielkich kultur: babilońskiej, egipskiej, chińskiej, hinduskiej, meksykańskiej, antycznej i rosyjskiej. Trzeba zauważyć, że „echa niemieckiej metafizyki odniesionej do zjawisk kultury pobrzmiewają w „duchowej” konstytucji każdej cywilizacji. Wyrazem specyfiki kultury/cywilizacji jest ich duch dający się uchwycić poprzez charakterystyczne rozwiązania natury artystycznej, intelektualnej oraz zasady określające relację człowiek – świat. Mimo wyróżnienia przytoczonej listy ośmiu cywilizacji, Spengler dostrzega jedynie trzy typy owych dusz: apollońską – uchwytną w europejskim antyku, faustyczną – w zachodnioeuropejskiej cywilizacji, a także magiczną (arabską) – obecną we wszystkich pozostałych wymienionych cywilizacjach. Człowiek apolloński zorientowany jest na konkret, kieruje nim rzeczowość, zmysłowość, cielesność, brak samowiedzy i refleksyjności, poczucie integracji w ramach wspólnoty *polis*. Człowiek faustyczny zaś poddaje refleksji swoją relację z otoczeniem, buduje konstrukty myślowe oddalające go od rzeczywistości życia, co czyni

go samotnym i tragicznie rozdartym. Rekompensatę utraconej naturalności przynosi dynamizm, aktywizm i historyczność” (Por. Kowalska, 2012, s. 18; Kołakowski, 1981, s. 103-104).

Istotą kultury, która w historii integrowała różne zbiorowości była znormalizowana i obyczajowo interpretowana religia silnie osadzona w tradycji. Cywilizacja, negując te wartości, przyczyniła się do powstania postaw areligijnych, czy wyłonienia się religijności zracjonalizowanej. Jej efektem jest rozpowszechnianie się indywidualistycznych poglądów na wszystkie wymiary życia społecznego, a szczególnie przewartościowaniem się dotychczasowych ustaleń moralnych. Człowiek oddala się od własnych naturalnych, instynktownych pragnień i potrzeb. Racjonalizm, stając się obligatoryjną dyrektywą funkcjonowania w cywilizacji, dostarcza nowego modelu wiedzy, nauki i nowych norm postępowania, których konieczna asymilacja równoznaczna jest z utratą ludzkiego jestestwa. Konsekwencją urbanizacji są uniformizacja, czyli ujednoczenie sposobów życia, oraz kosmopolityzm, jeszcze bardziej odsuwający człowieka od swego pierwotnego środowiska. Przytłaczająca technicyzacja przekształca stosunek człowieka do pracy i jej produktów. Dwoma wymiarami zmian w sferze instytucjonalno-politycznej są narodziny: „cezaryzmu”, władzy absolutnej opartej na osobistym zwierzchnictwie despoty oraz imperializmu realizowanego poprzez wzrost rozszczeń terytorialnych. W tym kontekście ekspansywna wojna zyskuje znamiona konieczności dziejowej, jest efektem transformacji kulturowej. Należy przypomnieć, że poniekąd rolą syntez dziejowych, szczególnie powojennych, było właśnie odnalezienie sensu czy uzasadnienia tragedii wojen światowych poprzez ulokowanie ich w szerszym planie historii powszechnej (Por. Kowalska, 2013 s. 19-20). W tym kontekście, widocznymi znakami cywilizacji będą: urbanizacja, zanik więzi międzyludzkich, etycyzm, intelektualizm, uniformizacja, kosmopolityzm, technicyzacja, dyktatura, demokracja i imperializm.

W odmienny sposób cywilizację opisuje polski historyk Feliks Koneczny. Uważa, że błędem jest założenie o nieuniknionym zaniku wszelkich cywilizacji. Powołując się m.in. na cywilizacje chińskie czy hinduskie udowodnił, że ciągła aktywność i zaangażowanie jednostek może zapewnić długie trwanie i rozwój cywilizacji. W swoich pracach nie krył przywiązania do cywilizacji łacińskiej, a Polsce nadawał pierwszoplanowe znaczenie w kreowaniu specyficznych idei w cywilizacji łacińskiej.

Założeniem koncepcji F. Konecznego było nie oddzielanie duchowych od materialnych przejawów życia społecznego. Stąd nie przeciwstawiał cywilizacji kultury, uznał ich łączność i nierozzerwalność we wszelkich przejawach ludzkiej działalności. „Cywilizację rozumiał jako naturalne zrzeszenie największej miary (...) suma wszystkiego, co pewnemu odłamowi ludzkości jest wspólne, a zarazem suma tego wszystkiego, czem się taki odłam różni od innych” (Koneczny, 1996, s. 154). Z uwagi na to, że w cywi-



lizacje jak i kultury mają równocześnie wymiar duchowy i materialny, stąd nie różnicuje ich aspekt jakościowy, lecz ilościowy. Cywilizacja to najrozleglejsza płaszczyzna identyfikacji kulturowej i jest to „metoda ustroju życia zbiorowego” (Tamże, s. 154). Natomiast metoda jest formą, którą na zewnątrz przybierają prawnoinstytucjonalne rozwiązania wynikłe z charakteru ustroju życia zbiorowego, czyli struktury porządku organizującego byt społeczny (Por. Skoczyński, 1991, s. 49). „Pełnia cywilizacji polega na tym, że społeczeństwo posiada taki ustrój życia zbiorowego, prywatnego (tj. rodzinnego) i publicznego, społecznego i państwowego, takie urządzenia materialne, tudzież taki system moralno-intelektualny, iż wszystkie dziedziny życia, uczuć, myśli i czynów tworzą zestroje o jednolitym umiarze, konsekwentne w zespoleniu swych idei i czynów” (Koneczny, 1996, s. 155).

Uwzględniając organizację życia społecznego zauważył, że tylko w cywilizacji łacińskiej istnieje możliwość swobodnego zrzeszanie się jednostek. Natomiast cywilizacje wschodnie charakteryzuje życie gromadnościowe oparte na kulcie silnego wodza czy znacznym pomniejszeniu roli jednostek. Urzeczywistnieniem tego typu cywilizacji jest „cywilizacja turańska”, a jej obrazem ludy Centralnej Azji, które organizują się w oparciu o kult silnego wodza i wspólnotowy styl życia.

Rozwój życia gromadnościowego wyznaczają czynniki egzogenne względem człowieka (opanowanie ognia, hodowla zwierząt, troska o potomstwo) i endogenne, konstytuujące byt duchowy (język, „poczucie śmierci”, tradycja). W dalszej kolejności krystalizują się stabilne zrzeszenia ludzkie. Przejście od poligamii do monogamii, od rodu do emancypacji rodziny, od „jednoklasowości” do zróżnicowania społecznego wyznaczają początkowe etapy genezy cywilizacji. Formalnym wyrazem tego procesu jest wykształcenie się (lub nie) tak zwanego „trójprawa” – rodzinnego, spadkowego i majątkowego, których charakter i zakres stanowią podstawę orzekania o stopniu komplikacji danego układu społecznego, jego wewnętrznym zróżnicowaniu, a w konsekwencji odrębności cywilizacyjnej, bowiem „od różnorodności w trójprawie poczyna się różniczkowanie cywilizacji” (Kowalska, 2013, s. 21).

Przebieg idiomatyczności cywilizacji winien być analizowany również w aspekcie „kolektywnego samookreślenia się względem „quincunxa”, czyli „pięciu kategorii bytu człowieczego”: Na stronę wewnętrzną, duchową składają się pojęcia Dobra (moralności) i Prawdy (przyrodzonej i nadprzyrodzonej). Na stronę cielesną, zewnętrzną przypadają sprawy Zdrowia i Dobrobytu; nadto istnieje pomost od zewnątrz do wewnątrz, pojęcie Piękna, wspólne ciału i duszy. Jest to „quincunx” człowieczy, obejmujący wszelkie przejawy bytu, wszelkie możliwości życia ludzkiego. Nie ma takiego faktu, ni myśli takiej, które by nie pozostały w jakimś stosunku do którejś z tych pięciu kategorii, często równocześnie do dwóch, a nawet więcej. Należy tu każdy fakt i myśl wszelka. Nie zdoła

nikt wymyślić niczego ludzkiego, co nie mieściłoby się w tym pięciokształcie życia. Znać stan danego zrzeszenia – od rodziny poczynając aż do państwa i narodu – jest to znać stan jego quincunxa”. (Koneczny, 1991, s. 12–13).

Do porządkowania typów życia zbiorowego autorowi *O ład w historii* posłużyło również określenie układów cywilizacyjnych przeciwieństw. Dychotomie te przedstawiają się następująco:

- personalizm – gromadność (określa relacje między jednostką a zbiorowością);
- organizm – mechanizm (określa zasady tworzenia zrzeszeń);
- różnorodność – jednostajność (określa stopień wymaganego konformizmu);
- historyzm – „medytacyjna improwizacja” (określa stosunek do czasu);
- wolność – przemoc (reguły postępowania);
- rozwój – stagnacja (zasada działania).

Stworzona przez Konecznego typologia obejmuje dwadzieścia cywilizacji Starego Świata i dwie Świata Nowego. Siedemnaście cywilizacji starożytnych to: egipska, chińska, bramińska, żydowska, irańska, babilońska, syryjska, tybetańska, sumeryjska, punicka, egejska, numidyjska, turańska, attycka, spartańska, hellenistyczna i rzymska. Do tego dochodzą dwie starożytne cywilizacje amerykańskie: inkaska i aztecka. Jako aktualnie istniejące badacz wymienia: bramińską, chińską, żydowską, turańską (wywodzące się jeszcze ze starożytności) oraz arabską, bizantyjską i łacińską. Cztery z nich charakteryzuje ustrój rodowy (bramińska, chińska, turańska, arabska), dwie są oparte o quincunx (żydowska, bizantyjska), a tylko w cywilizacji łacińskiej można mówić o logosie. Według W. Pawluczuka „logos cywilizacji realizuje się w ethosie. Ważnym czy może najważniejszym jest ustrój państwowy (...) idealne państwo ma być, rzecz oczywista, państwem prawa, wolności, sprawiedliwości społecznej itp. Jednak nie do końca. Wartością najwyższą, do chronienia której powołane jest państwo należą chrześcijańskie wartości moralne. Koneczny odrzuca zatem idee oddzielenia Kościoła od państwa. Stąd też Polska, według niego, musi być państwem katolickim” (Pawluczuk, 2003, s. 37). Takie poglądy bezpośrednio mają swoje odniesienie w koncepcji narodu polskiego. Według Konecznego istota narodu polskiego tkwi w jego katolickim charakterze i jest silnie osadzona na cywilizacji łacińskiej. Stąd, aby zachować odrębność polityczną należy budować państwo narodowe, które realizuje prawa boskie eksponowane przez Kościół katolicki. Realizacja tego postulatu prowadzić ma poprzez obronę polskiej tożsamości narodowej, która jest w jednakowym stopniu katolicka i łacińska. Zatem prawa boskie stoją wyżej praw stanowionych, w takim samym stopniu i zależności jak Kościół katolicki jest ponad instytucjami świeckimi.

Socjologia jako nauka społeczna poprzez zainteresowania swoich przedstawicieli realizuje postulat badań i refleksji nad cywilizacjami. Z grona myślicieli należy wymienić m.in. Émile’a Durkheima, Marcela

Maussa i Maksa i Alfreda Webera, Pitirima Sorokina, Norberta Eliasa, Benjamina Nelsona, Samuela Huntingtona, Shmuela Eisenstadt czy Francisa Fukuyamę. Z uwagi na charakter niniejszej publikacji skupię się na opisie poglądów ostatnich trzech uczonych.

Poglądy Francisa Fukuyamy, które zawarł w eseju z 1989 roku *Koniec historii* nabrały szerszego znaczenia w perspektywie upadku komunizmu i głębokiej zmiany politycznej zachodzącej na początku lat 90-tych. Jego teza mówiąca o końcu procesu historycznego, którego wymiernym znakiem jest upadek komunizmu i zakończenie zimnej wojny przez ówczesne główne mocarstwa, uprawomocnia do stwierdzenia, że od tego momentu większość demokratycznych państw będzie budowało system demokracji liberalnej. Taka teza jest po części odniesieniem do koncepcji Hegla, która mówiła o upadku niewolnictwa, a właściwie zaniku różnic pomiędzy panem a niewolnikiem. Ustrój liberalnej demokracji opartej na gospodarce rynkowej według F. Fukuyamy miał być najlepszym z dotychczasowych systemów funkcjonowania społeczeństwa. Jego urealnieniem jest społeczeństwo otwarte powołujące instytucje demokratyczne określające zasady funkcjonowania społeczeństw.

Podstawowymi czynnikami procesów cywilizacyjnych jest rozwój nauk przyrodniczych oraz naturalne tendencje ludzkości do funkcjonowania w perspektywie wolności jednostki. Postęp technologiczny jest nieodwracalny i będzie trwał nawet w obliczu kataklizmów czy nieszczęść nim spowodowanych. Z uwagi na szerokie zaangażowanie się w postęp technologiczny ludzi wywodzących się z wielu kultur następuje jej homogenizacja. Wymiernym zjawiskiem są procesy globalizacji. Zatem należy na nowo zinterpretować zjawisko kultury czy religii. Fukuyama pisze, że „człowiek wierzący, na przykład, realizuje potrzebę uznania poprzez żądanie szacunku dla swych bogów i praktyk religijnych; nacjonalista z kolei wymaga uznania języka narodowego, kultury lub grupy etnicznej. Te dwie przykładowe formy uznania są mniej racjonalne od uniwersalnego uznania proponowanego przez państwo liberalne, gdyż opierają się na arbitralnych rozróżnieniach między grupami ludzi, bądź też między sacrum i profanum. Dlatego religię, nacjonalizm, a także pewien zestaw uznawanych za moralne zachowań i zwyczajów (a więc szeroko rozumianą lokalną „kulturę”) traktowano jako przeszkody na drodze ku demokratycznym instytucjom politycznym i gospodarce wolnorynkowej” (Fukuyama 1996, s. 19). Jednak idealistyczne poglądy głoszące spokojne życie i pokój na świecie nie we wszystkich sytuacjach mogą być zrealizowane. Liberalna demokracja w skali globalnej napotyka najprzeróżniejsze przeszkody. Zalicza do nich silne przywiązanie do tradycji religijno-kulturowych wielu społeczeństw oraz niedorozwój ekonomiczny. Widzi negatywne konsekwencje nieprzemyślanego trendu rozwojowego nacechowanego postępowaniem m.in. rozwój chorób, kataklizmów, informatyzacja i roboty-

zacja ludzkości. Ponadto widzi olbrzymie trudności moralno-społeczne w tworzeniu tzw. nowego człowieka, przy nieodpowiednim wykorzystaniu dostępnych metod współczesnej genetyce. Dlatego w kolejnej książce *Koniec człowieka* pisze, że „począłowieczy świat może być światem, w którym pojęcie „wspólnego człowieczeństwa” ztraci swój sens, ponieważ zmieszamy geny ludzkie z genami tak innych gatunków, że nie będziemy dokładnie wiedzieć, czym jest człowiek (...) nie musimy postrzegać siebie jako niewolników nieuchronnego postępu technicznego, jeśli postęp ten nie służy ludzkim celom. Prawdziwa wolność oznacza wolność społeczności od chronienia tych wartości, które uważają za najważniejsze – i właśnie z tej wolności musimy skorzystać dziś, w obliczu rewolucji biotechnologicznej” (Fukuyama, 2004, s. 287). Fukuyama mówi, że obecnie istnieje potrzeba bronięcia człowieczeństwa w imię godności ludzkiej, a W. Pawluczuk w taki sposób streszcza jego przewód myślowy: „gdyby u wszystkich realnie żyjących ludzi odjąć wszystkie cechy „przypadkowe”, uwarunkowane historyczne, kulturowo, ich biografią, sytuacją życiową itp. – to wówczas ukaże się nam nasze prawdziwe „człowieczeństwo”. Tego człowieczeństwa powinniśmy bronić i to jest naszą ludzką godnością” (Pawluczuk, 2008, s. 55).

Natomiast teoria cywilizacji opracowana przez Shmuela N. Eisenstadta częściowo jest oparta na koncepcji religii M. Webera oraz „epoki osi” Karla Jaspersa, czyli okresu w dziejach ludzkości, gdy niezależnie od siebie w trzech kręgach kulturowych (Chiny, Indie i Zachód) doszło do wyłonienia się wyższego, transcendentnego porządku, który pozwala mierzyć i oceniać zastaną rzeczywistość. Teoria ta jest ważnym konstruktem intelektualnym i w kontekście rozważań nad zmianami społecznymi zachodzącymi w społeczeństwach nowoczesnych jest ważnym punktem odniesienia. Cywilizacja jest relacją między podzielaną w danej grupie ontologiczną (lub kosmologiczną) wizją porządku, a jej realnym i aktualnym wcieleniem. To założenie spowodowało przyjęcie typologicznego rozróżnienia na cywilizacje osiowe (aksjalne) i nieosiowe, które warunkuje i wyjaśnia różnorodność modeli wewnętrznej dynamiki tych formacji. Innymi słowy cywilizacje stanowią wypadkową interakcji między symbolicznym i instytucjonalnym porządkiem, między wyobrażonym i rzeczywistym łańcem społecznym (Por. Eisenstadt, 2009, s. 34.).

A. Kowalska uważa, że rdzeniem cywilizacji według S. Eisenstadta jest „wzajemna relacja między sferą symboliczną i instytucjonalną danej zbiorowości, między ontologiczną i ideologiczną wizją a organizacją życia politycznego, ekonomicznego, rodzinnego, społecznego, wyłoniłymi autorytetami i zbiorowymi tożsamościami. Są zatem areną starcia kulturowo sformułowanych znaczeń, struktury społecznej i ludzkiej sprawczości. Zmiana cywilizacyjna, rozpatrywana jako wariant zmiany społecznej, wynika z ciągłego wzajemnego oddziaływania wskazanych trzech płaszczyzn. Koncepcja Eisenstadta,

czierpiąc z tradycji Weberowskiej i współczesnej socjologii, jako pierwsza tak silnie zaznaczyła aktywną i autonomiczną rolę człowieka w przeobrażeniach procesu cywilizacyjnego. Pełna czy właściwa artykulacja tożsamości cywilizacyjnych nastąpiła w Epoce Osi. Nazwa ta odnosi się do okresu między 500 rokiem p.n.e. a I wiekiem naszej ery, kiedy w łonie wielu cywilizacji powstały nowe wizje ontologiczne sprzyjające narastaniu rozziemu między porządkiem transcendentnym i ziemskim. Elementem wyobrażeń o życiu ziemskim stał się niedościgniony, lepszy, ważniejszy, istotniejszy wzorzec życia transcendentnego, a elementem porządku instytucjonalnego – ponawiane próby rekonstrukcji czy wdrożenia owego wzorca” (Kowalska, 2013, s. 45-46).

Na bazie powyżej poczynionych uwag możemy skontestować, że cywilizacje są w ciągłym ruchu i podlegają nieustannym zmianom. Przyczyn owych zmian należy szukać zarówno w wewnętrznym tzw. transcendentnym porządku - co w swoim założeniu bezpośrednio nawiązuje do „epoki osi” - oraz kontaktów z innymi cywilizacjami. Cywilizacje osiowe tym się różnią od nieosiowych, iż u tych pierwszych występuje „napięcie transcendentne” które jest źródłem tworzenia się ruchów społecznych, herezji, utopii czy protestów, a te z kolei stymulują rozwój społeczny. Taki stan rzeczy powoduje tendencje do wewnętrznego różnicowania, co było cechą każdej cywilizacji osiowej. Nie cechowały tylko cywilizacji europejskiej. Jako przykłady rozwoju herezji czy tendencji schizmatycznych w łonie cywilizacji osiowych przywoływane są: „heterodoksje judaizmu z okresu Drugiej Świątyni i wygnania, spór ikonoklastyczny w cesarstwie bizantyjskim, podział islamu na szytów i sunnitów, reakcja protestancka w chrześcijaństwie” (Eisenstadt, 2009, s. 80).

Nowoczesność dla Eisenstada jest formą cywilizacji. W wyniku procesów globalizacyjnych wyobrażenie tożsamości nie stanowiło już narzuconego modelu bycia a stało się przestrzenią do negocjacji, a nawet i kwestionowanym przez aktorów sceny społecznej: polityków, intelektualistów, ideologów. Powołane do życia ruchy społeczne o charakterze narodowym czy narodowo-etnicznym stały się odpowiedzialne za radykalne przekształcenie formuły przynależności zbiorowej, w której na pierwszym miejscu pojawiła się płaszczyzna narodowa. U podstaw tworzenia nowoczesnego państwa narodowego stała ideologia nacjonalistyczna promująca integralność polityczno-kulturową i geograficzną, operująca symboliczną wizją identyfikacji z powołanym centrum i zbiorowością. Tożsamości etniczne, regionalne czy religijne stały się wtórne względem narodowych i ograniczone do sfery prywatnej. Relacje między tymi poziomami przynależności pozostawały elastyczne i otwarte na negocjacje, stając się źródłem konfliktów, ale i pozytywnych regulacji obywatelskich w utrwalaniu związku państwo – naród. „Eisenstadt w tym aspekcie wysuwa uogólnienie wskazujące na korelację między formułą relacji państwo – naród a ustrojem politycznym czy kierunkiem

rozwoju politycznego państw: im bardziej pluralistyczny i otwarty model tożsamości zbiorowej, im bardziej jest ona dopasowana do tożsamości „pierwotnych”, tym mniej narażone jest państwo na konflikty wewnętrzne. Powołana tożsamość narodowa silnie akcentowała rolę granic zbiorowości, jednak nie niwelowała całkowicie poczucia przynależności pojmowanego w szerszych, między innymi cywilizacyjnych kategoriach” (Kowalska, 2013, s. 48). Postępująca nowoczesność, której cechą jest wzrost ekspansji ekonomicznych, politycznych oraz uniwersalizacji religii, powoduje rekonstrukcje lub całkiem nowe konstrukcje tożsamości zbiorowych i indywidualnych. Nowoczesność ma globalny i ekspansywny charakter, co powoduje, że w wielu miejscach na świecie pojawiły się całkiem nowatorskie konstrukcje instytucji ogólnosiwiatowych. Tworzenie takich instytucji jest koniecznością wynikającą z potrzeby realizacji osiągnięć technologicznych. Przeobrażenia systemowe w sposób zasadniczy zmieniły dotychczasowe możliwości funkcjonowania tradycyjnych cywilizacji. Stąd S. Eisenstadt nie utożsamiał nowoczesności tylko z Europą, co prawda dawał jej status pierwszeństwa, ale tylko w wymiarze historycznym. Twierdził, że nowoczesność w Europie była tylko początkiem w procesie tworzenia się kolejnych nowoczesnych cywilizacji, zarówno tych osiowych jak i nie osiowych.

Również zmiany na scenie politycznej związane z upadkiem komunizmu były istotną przesłaną do opracowania koncepcji cywilizacji przez Samuela Huntingtona. W swojej książce *Zderzenie cywilizacji* wydanej w 1996 roku zwraca uwagę na trwałość cywilizacji, które pomimo ogromnego wpływu cywilizacji Zachodu na ogólnosiwiatowy system gospodarczy czy polityczny zachowały swoją odrębność. Podstawą wyodrębnienia każdej z cywilizacji jest religia, którą Huntington traktuje niemal synonimicznie. Przy czym warto nadmienić, że bliżej nie określa istoty religii, traktuje ją jako trwanie, bądź zachowanie szeroko rozumianej tradycji religijnej w której mogą funkcjonować różne wyznania bądź nury. Twierdzi że we współczesnym świecie można wyodrębnić następujące cywilizacje: chińską, japońską, hinduistyczną, islamską, prawosławną, zachodnią, latynoamerykańską i afrykańską (Por. Huntington, 2008, s. 54).

Możliwość zachowania swojej odrębności przez poszczególne społeczeństwa upatruje w trwałości kultury, która swoją specyfikę opiera na zachowaniu własnego języka, tradycji czy religii. Dlatego pomimo ujednoczenia we współczesnym świecie modeli gospodarczych i politycznych zakłada rozwój alternatywnych wzorców rozwoju społeczno-kulturowego. Pomimo gwałtownej i zakrojonej na szeroką skalę nowoczesności cywilizacja europejska nie będzie jedyną centralą obok której, gdzieś na peryferiach będą funkcjonować inne kultury. To w wyniku zachowania istniejącego pluralizmu cywilizacyjnego poszczególne społeczności będą śmieiej dążyły do bardziej wyraźnego artykułowania swojej odrębności i tożsamości.



W takich okolicznościach S. Huntington prognozuje, że „w świecie, który tworzy się na naszych oczach, stosunki między państwami i grupami państw należącymi do różnych cywilizacji nie będą zażyłe, a często przybiorą charakter antagonistyczny. Jednakże na styku niektórych cywilizacji konfliktów tych może być więcej. W skali mikro najbardziej konfliktogene linie graniczne między cywilizacjami to te, które oddzielają świat islamu od prawosławnych, hinduskich, afrykańskich i chrześcijańskich (zachodnich) sąsiadów. W skali makro główny podział przebiega między Zachodem i całą resztą” (Huntington, 2008, s. 307). Mówiąc o cywilizacji zachodniej, Huntington wymienia jej osiem cech: dziedzictwo starożytności klasycznej, katolicyzm i protestantyzm, języki europejskie, rozdział władzy duchowej i doczesnej, rządy prawa, pluralizm społeczny, gremia przedstawicielskie i indywidualizm (Huntington, 2008, s. 100-103).

Jednak rozwój cywilizacji europejskiej, którą najpełniej zobrazowuje modernizacja nie jest bezwarunkowym modelem dla zmiany w innych społeczeństwach. Cywilizacje niezachodnie nie odrzucają elementów modernizacyjnych takich jak: masowa edukacja, rozwój komunikacji, transportu czy technologii, wręcz odwrotnie kładą ogromny nacisk na postęp w wielu wymiarach życia społecznego, jednak przy tym nie odrzucają swojej kultury. W dalszym ciągu swój rozwój opierają na wartościach i normach charakterystycznych dla własnych cywilizacji i zdecydowanie odrzucają westernizację jako model zachodni. Stąd modernizacja umacnia kultury niezachodnie, a cywilizacja zachodnia raczej chyli się

ku upadkowi. Dlatego w takich uwarunkowaniach kulturowych oraz przy stale rosnącej obojętności religijnej Europejczyków, narzucanie uniwersalnych zasad Zachodu wobec innych kultur i tradycji może spowodować wzrost tendencji imperialistycznych, a te z kolei doprowadzą do konfliktów z których Europa może wyjść pokonana. Dlatego, aby uniknąć zderzenia cywilizacji niezbędnym staje się rezygnacja z prób narzucania innym cywilizacjom zachodniego modelu organizacji społeczeństwa oraz tolerancja dla innych cywilizacji. Przedstawiona powyżej wybiórcza i bardzo ograniczona analiza współczesnych teorii cywilizacji ukazuje jedynie na wielość koncepcji i możliwych rozwiązań opisu zmian społecznych, które funkcjonują we współczesnym dyskursie naukowym. W tym artykule nie przedstawiono krytycznych opinii czy sugestii wobec prezentowanych poglądów, a jedynie skupiono się na prezentacji głównych założeń poszczególnych myślicieli. Już wstępna analiza treści artykułu wskazuje na doniosłość i ważność problematyki w nim zawartej. Wskazuje na potrzebę ciągłych reinterpretacji zastanych i budowę nowych teorii wyjaśniających przemiany cywilizacji. W chwili obecnej wyraźnie brakuje badań empirycznych, które pomogły by w praktyce badawczej zweryfikować sformułowane tezy. Mam świadomość, że owa trudność wynika z wyznaczenia obszaru badań oraz z przyjęcia stosownej konceptualizacji. Być może przyszłością staną się badania prowadzone na pograniczach kulturowych, gdzie wyraźniej można dostrzec i opisać zmiany cywilizacyjne.

## Literatura:

1. Eisenstadt, N.S. (2009). *Utopia i nowoczesność. Porównawcza analiza cywilizacji*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
2. Fukuyama, F. (1996). *Koniec historii*. Poznań: Zysk i S-ka.
3. Fukuyama, F. (2004). *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*. Kraków: Znak.
4. Huntington, P.S. (2008). *Zderzenie cywilizacji*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie.
5. Kołakowski, A. (1981). *Spengler*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
6. Koneczny, F. (1991). *O ład w historii. Z dodatkami o twórczości i wpływie Konecznego*. Warszawa–Struga: Michalineum.
7. Koneczny, F. (1996). *O wielości cywilizacji*. Warszawa Komorów: Wyd. Antyk.
8. Kowalska, A. (2012). Wybrane koncepcje badań cywilizacji. *The Polish Journal of the Arts and Culture*, 3, s. 13-53.
9. Olechnicki, K., Załeckie, P. (1999). *Słownik socjologiczny*. Toruń: Graffiti BC.
10. Pawluczuk, W. (2008). *Wprowadzenie do teorii cywilizacji. Część I: Systemy teoretyczne*. Białystok: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej.
11. Sadowski, A. (2013). Pogranicze narodowo-etniczne czy pogranicze cywilizacyjne? Na przykładzie pogranicza polsko-białoruskiego. W: B. Bossak-Herbst i in. (red.), *Antropologiczne inspiracje. Księga jubileuszowa dla Profesor Ewy Nowickiej* (s. 278-294). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
12. Siewierski, J. (2009). *Chrześcijaństwo a ekspansja cywilizacji zachodniej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
13. Skoczyski, J. (1991). *Idee historyzoficzne Feliksa Konecznego*. Kraków.
14. Spengler, O. (2001). *Zmierzch Zachodu. Zarysy morfologii historii uniwersalnej*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
15. Szacki, J. (2003). *Historia myśli socjologicznej*. Warszawa: PWN.

## LANGUAGE POLICY AND IDENTITY POLITICS IN WALES

## POLITYKA JĘZYKOWA W KSZTAŁTOWANIU TOŻSAMOŚCI WALIJSKIEJ

Izabela Dąbrowska<sup>1(A,B,C,D,E,F,G)</sup><sup>1</sup>Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej PodlaskiejDąbrowska, I. (2017). Language policy and identity politics in Wales. *Rozprawy Społeczne*, 11(4), 14-21. <https://doi.org/10.29316/rs.2017.33>

## Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

## Summary

Language is a crucial element of any society's identity. Likewise, language policy is a vital social and political issue. Even in the European Union, a geo-political identity based on ideals of unity and shared values, there are visible efforts to construct minorities or nations' institutions and identities through demands concerning language use. It is because the empowerment of language through language policy may shape speakers' identification with a particular nation, their attitudes towards other communities, and their cultural and personal identity. The following article concerns one such case, namely Wales, and its present-day policy of promoting the indigenous language to make the society bilingual. The policy affects both the public sphere, mainly schools and institutions, and the private one, i.e. autonomous organisations and business. It results partly from the regional developments in post-devolution Britain as well as aspirations of all those engaged in preserving the Welsh national heritage.

**Keywords:** the Welsh language, language policy, bilingualism, identity

## Streszczenie

Język jest kluczowym elementem tożsamości każdego społeczeństwa. Także polityka językowa jest istotną społeczną i polityczną kwestią. Nawet w Unii Europejskiej, geopolitycznym związku państw opartym na ideałach jedności i wspólnych wartości, widoczne są wysiłki na rzecz kształtowania tożsamości mniejszości czy instytucji poprzez wymogi dotyczące użycia języka. Dzieje się tak, ponieważ upodmiotowienie języka poprzez politykę językową może oddziaływać na identyfikację mówców z określonym narodem, ich stosunek do innych społeczności czy też tożsamość kulturową i osobistą. Artykuł dotyczy takiego właśnie przypadku, a mianowicie Walii i jej aktualnej polityki promowania języka rdzennego, celem ukształtowania społeczeństwa dwujęzycznego. Polityka ta dotyczy zarówno sfery publicznej, na przykład szkół i instytucji, a także prywatnej, tzn. autonomicznych organizacji i przedsiębiorstw. Wynika ona częściowo ze zmian regionalnych w zdecentralizowanej i unitarnej Wielkiej Brytanii, oraz aspiracji wszystkich tych, którzy zaangażują się w zachowanie języka walijskiego jako części dziedzictwa narodowego.

**Słowa kluczowe:** język walijski, polityka językowa, dwujęzyczność, tożsamość

Tabele: 0

Ryciny: 0

Literatura: 33

Otrzymano: wrzesień 2017

Zaakceptowano: październik 2017

## Introduction

In popular understanding, a language policy might be defined as a promotion of a particular language, or a number of them, at the expense of others, which is designed at protecting a threatened language or favouring the dominant one that provides a society's internal cohesion. Beside promotion though, there must appear "a determined and explicit policy change" in the form of planned interventions that would enforce and support by law the governmental intentions (Spolsky, 2004, p. 5). However, as Patten (2001, p. 693) acknowledges, a full inquiry into the issue requires taking into account the linguistic autonomy of a language as well as its public recognition. Considering the latter aspect, one needs

to realise that language can be considered in broader contexts – ethical, political or legal ones. Only then can its linguistic autonomy be taken into full account.

Patten (2001, pp. 693-695) proposes three models that should help in thinking about language and its recognition: 'official multilingualism', 'language rationalisation' and 'language maintenance'. The first one, i.e. the official multilingualism model, maintains that different languages used in the same community are supposed to be accorded the same recognition. This, in turn, presupposes that public services, be it schools, hospitals or courts, are available in one, some or all of the accepted languages. The model has become an inspiration for Canada, Switzerland or the European Union. The next one, the language rationalisation model, states that authorities assist

**Adres korespondencyjny:** Izabela Dąbrowska, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, ul. Siderska 95/97, 21-500 Biała Podlaska, e-mail: izadab@wp.pl, tel.: 83 344 99 00

**Copyright by:** Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Izabela Dąbrowska

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).



languages in regular use but do not necessarily prevent a situation when one or two of them shift into the dominant position (Patten, 2001, p. 700). Surprisingly, it is the United States that experienced a heightened political conflict over language policy. Although its approach to languages seemed rational as it centred on three primary issues: providing minority children with proper education, access to civil and political rights and government services by non-English speakers, at the same time, it advocated establishing English as the only official language of the US (Schmidt, 2001, p. 11). The bill designating English as the federal government sole language of official business was approved by the House of Representatives in 1996, as postulated by the English-only activism movement (Crawford, 2001, p. 4). Accordingly, it has been noticed that, although state English-only laws are often symbolic and non-prohibitive, they still hold and, in conflicting cases, solutions tend to be interpreted in favour of English. Finally, there is the language maintenance model, which gives fuller public recognition to the more vulnerable languages to secure their position. It happens when two or more languages, despite an equal recognition, are not successful enough and there is a possibility that the less popular or known language might not retain its status (Patten, 2001, pp. 705-6). The case of Welsh seems to serve as an example here.

As for identity politics, in Eisenberg and Kymlicka's view (2011, p. 44), it has its roots in political mobilization and conflicts that arise among different identity groups. It is part of most societies' heritage relating to nation-building processes. Most often identity politics is about emancipatory movements seeking social justice as it involves interest groups who use their strategies to advance and secure their position in the most effective ways. It may also relate to social groups constituting elites who use it as some strategic self-interest. In either case, identity politics draws on normative features that refer to deeply held values and beliefs. This way of looking at identity politics, calls into question Schmidt and Schmidt's dichotomy (2001, p. 11) between 'material interests' and 'symbolic politics' in relation to interest groups.

The current strive on the part of Welsh government to enable the Welsh society communication in the indigenous language in different environments and secure the citizens' prospects in what is to become bilingual Wales is a viable public policy. Welsh is being restored through the education system and popularised in all spheres of public and private life. However, are the Welsh secured with a proper context of choice in their homeland? Can they find real opportunities in the kingdom, a predominantly English-speaking community? Finally, is it plausible to shape people's linguistic habits through the exercise of incentives and controls in the global world? To examine the issue of bilingualism, 'linguistic access' rights to public spheres and the recent designation of Welsh as Wales's

official language, the article illuminates the historical, political and social contexts in which the language used to function in the past and the ones highlighted at present. It does not aim to agree or disagree over the current language policy but to present the methods and consequences of introducing Welsh into public domains and its immediate influence on the country's functioning and people's identity. Indirectly, it also answers who the Welsh are, whether they are a homogeneous social group or some communities, unique in their character, but integral as the whole.

### Historical background

Numerous sources present the 20<sup>th</sup> century Welsh language movement as an attempt to overcome the centuries-long effects of discrimination and hostility towards the indigenous population. However, as (Ford, 2016, p. 5) asserts, such an account might be misleading. There are arguments that seem to indicate that, despite English centralist policies introduced in Wales with the Act of Union of 1536 that simultaneously propagated English as the official language, there was no policy to annihilate the native tongue as such. The policy was confined to offices and the immediate cultural elites and, despite banning the Welsh language in public life, it survived. As Jones (2014, pp. 131-132) suggests, there were several reasons for this. Welsh was probably the strongest of the Celtic languages. Next, Wales lacked coherence and distinction even after the Union was certified. Its fragmented and disunited territory was bound by just two elements – the language and faith. Besides, the mere passing of the law on language use in the public sphere did not have immediate effects. The Welshmen holding offices had to be able to speak Welsh as well. It appears that the provision was rather to ensure a certain degree of constitutional consistency and equality throughout the kingdom than to outlaw the indigenous language. Duly, as Ford (2016, p. 33) stresses, the legal bill was partly effective due to "the lawless state of the territory and diversity of its particular jurisdictions".

Accordingly, the drive towards uniformity on the part of the Crown seems to have had nothing to do with eradicating Welsh culture. It did not mean rejecting Welsh, which did come but much later. Welsh gentry were anglicised only by the end of 17<sup>th</sup> century, but their support for the Crown did not lead to the weakening of their native tongue (Ford, 2016, p. 33). It could be said that the Act opened new opportunities and hastened the adaption of the local gentry to new realities, but it was not seen as detrimental to the Welsh language. Besides, despite the legal provisions of the Act, even by the end of the 17<sup>th</sup> century, over 90 per cent of the population knew no other language than Welsh, and Welsh justices of peace had to be brought in as interpreters (Jenkins, 1997, pp. 164-169). It is only in the late 1800s that the number of magistrates who were Welsh speakers was reduced to around one-third of the total personnel. Thus, it might

be claimed that the Act alone was neither “as decisive nor as destructive an event at it was presented in later generations” (Ford, 2016, p. 37). Likewise, the abandonment of the native language among the governing classes was a much more lengthy process than it is presently assumed. It was still widespread, but the language regulations did allow for political integration of the people of Wales into English (and then British) state institutions (Ford 2016, p. 31).

Further, the Anglicisation of Wales is often claimed to have resulted from the introduction of English in the field of education, especially in the second half of the 19<sup>th</sup> century when Welsh-medium instruction was abandoned in schools. In 1847, the Royal Commission published the so-called ‘Blue Books’, which seemingly outlawed the language utilised in state schools. In fact, the reports blamed the backwardness of the Welsh on their sticking to the own culture and language (Morgan, 2008, pp. 117-118). Thus, although the decline of Welsh allegedly resulted from the imposition of English in the educational system, in fact, as the commissioners reported, the majority of day schools, i.e. 1336 out of 1657, already conducted their instruction in English (Jones, 1998, p. 356). Besides, the English language had long been favoured by ordinary people, particularly in the educational field. As one government commissioner noted “everywhere there was a very general desire that their children should acquire English” (Jenkins, 1998, p. 50). Duly, it seems that the idea that schooling was a means protecting the language at that time should be seen an alien concept.

The predominance of the English instruction was in accord with the wish of Welsh speakers. Also, the secondary education, which had already been made compulsory in the 1870s, was introduced along the English lines (Morgan, 2008, p. 118). Further, even the founding of the University of Wales in 1884 might be seen as an establishment of an academic enclave conflicting with the interests of the traditionally-minded Welsh academics as it was modelled on Oxbridge style curricula. The University gave the Welsh youth new opportunities but, at the same time, introduced them to all trends of the 19<sup>th</sup>-century critical thought, secularising trends as well as Victorian opportunities (Day, 215, pp. 63-64).

It might thus be more appropriate to claim that the language policies in the educational sphere compounded the process of Wales’ Anglicisation, which resulted from some other significant factors, including diasporic movements, the establishment of mixed English-speaking communities or communication and travel opportunities (Joseph, 2014, p. 158). The processes of industrialisation, development of national organisations and institutions, especially visible from the 18<sup>th</sup> century onwards, undermined the traditional sense of nationhood based on native culture and language. In due course, large parts of Wales lost their Welsh-speaking character as well as their oral traditions maintained by native speakers (Weedon, 2004,

pp. 90-91). By the end of the 19<sup>th</sup> century, it was becoming evident that Wales had been undergoing a significant social and cultural change. However, the 19<sup>th</sup>-century language policies seem to have had a negligible impact on the decline of Welsh (Ford, 2016, p. 5). They just exacerbated what had already been happening in other spheres of social life.

In contrast, as Jones (2014, p. 131) points out, the factor that helped Welsh survive was religion. At the time when the Act of Union law was signed in 1536, another one was soon passed that allowed William Morgan to translate the Bible into Welsh in 1588. With its subsequent revision published in 1620, the Book continued to be the standard religious text until the late 20<sup>th</sup> century, with no other Welsh text being so influential and enjoying such a huge linguistic and literary significance. The result was that Welsh was spoken by a majority of the population for centuries, at least up to the turn of the 20<sup>th</sup> century, although English predominated in some public fields (Welsh Bible 1588).

The rapid growth of Nonconformity in the 19<sup>th</sup> century gave the language a considerable status and strength. Arguably, it could be accepted that it was religion, rather than language policies, that turned out to the decisive factor in maintaining the social position of the Welsh language. In the mid-19<sup>th</sup> century, the majority of Welsh Sunday schools were bastions of Welsh culture educating children through the medium of Welsh (Jones, 1998, p. 364). Further, Welsh clergymen insisted on providing materials in Welsh assuring that the native language was the most effective way of teaching local population their duty. Besides, they claimed Welsh was cheaper and more efficient than English, treated as a foreign language, which took “too much time to little purpose” (Humphreys, 2010, p. 80).

Population migrations caused the most significant irruptions between the mutual bond between religion and language. There appeared new densely populated English-speaking communities, which automatically led to a division of the country based on language criteria. With time, a massive inflow of English-speaking population into the industrialised the south and along the sea-board of the north forced clergymen to alter their language policy. To deliver their services to new congregations, numerous churches and chapels in south Wales switched to English (Morgan, 2008, p. 119). Besides, the decline of Welsh-speaking Nonconformism to some extent reflected the decline of Christianity itself. As the secularising processes compounded, Welsh yielded to English in most areas of daily life becoming restricted in its use at home and local neighbourhoods (Llywelyn, 1999, p. 52). Soon, the natural links between being Christian and Welsh-speaking were disappearing.

Therefore, it might be claimed that Welsh was losing its dominant position at the turn of the nineteenth and twenty centuries because the Welsh themselves turned their back on their language, approving of the English instruction at schools and turning away from the Welsh-speaking church. Welsh-

speaking communities were in a way overwhelmed by English-speaking immigrants, the result of which were the lines separating distinct areas clearly visible already in the 19<sup>th</sup> century (Ford, 2016, p. 65). The communities' separation led to the country's division into a decentralised, community bound territory, which found its embodiment in the scheme presented a century later by political scientist Balsom (1985), who distinguished a three-Wales model, i.e. Welsh-speaking heartland (*Y Fro Gymraeg*); Welsh Wales – an area consciously Welsh but not-speaking the language; and British Wales – the reminder, largely in the east and along the south coast (Osmond, 2002, pp. 80-82). Accordingly, it could be said that Wales settled into a land divided by language and comprised of two societies. However, only in *Y Fro Gymraeg* could the mutual connection between language, religion and culture be still observed. The other areas would, to a smaller or greater extent, exhibit mixed loyalties and complex identification patterns. The frame maintains some validity in how Welshness is perceived even in present-day realities, although it seems too simplistic in its categorisation of people's identity predominantly based on the linguistic criteria (Osmond, 2009, pp. 4-5).

Some attempts to foster a stronger position of Welsh had been made at the turn of the 19<sup>th</sup> and 20<sup>th</sup> centuries, but they were ineffective. In 1927, another official (British) report on the status of the Welsh language was published. It was prepared by the Chief Inspector, William Edwards, who concluded that it was the duty of intermediate schools to “conserve and strengthen the position of the Welsh language in the intellectual life of the nation”. It seems that the support for Welsh in education at that time was stronger in Whitehall than in Wales. The Permanent Secretaries' efforts met with apathy though, and throughout much of the next fifty years the efforts on the part of Welsh activists to restore their native language were “half hearted”. All this despite the official involvement of the British government officials who urged local authorities to ensure instruction schemes in Welsh (Jenkins 1998, pp. 177-178).

Accordingly, it might appear that language policies at the turn of the 19<sup>th</sup> and 20<sup>th</sup> centuries were shaped and reshaped by pragmatism rather than nationalistic ideals or regulatory policies. Constraints in daily communication and educational opportunities were the key factors shaping people's language use habits.

### **The Welsh language and contemporary Welsh aspirations**

Contemporary language policy seems to have stemmed from the work of The Welsh Office, created in 1965, which beside being responsible for such areas as tourism, roads, forestry or Welsh heritage, soon expanded its duties to cover the use of Welsh in the registration of births, marriages and deaths. The

changes were possible due to the enactment of *The Welsh Language Act of 1967*, and abolishment of *The Wales and Berwick Law of 1746*, which automatically assured that any laws introduced in parliament in London included Wales (Welsh Office; Fishlock, 1972, p. 161). The enactment of the new legislation was the first national (British) action towards the Welsh language initiated by the government since the 16<sup>th</sup> century. The Act was passed although, at first, Welsh was restricted to courts and helped those could not speak English.

However, the changes were caused by a wider social movement for a uniform approach to the indigenous language. In a way, the new law of 1967 resulted from protests in the early 1960s, when the Welsh used nonviolent direct action demanding reforms, for example, bilingual road signs, by painting slogans, refusing to pay TV licences and more. Also, a strong bottom-up community support led to the establishment of the Welsh Language Society, founded in 1962, which campaigned for the preservation of the native tongue (Jones, 2014, p. 135). This pressure group was partly inspired by Sanders Lewis' influential radio speech ‘The fate of the Language’, broadcast in 1962 by BBC, which advocated using radical methods to defend the native speech. With time, as Fishlock (1972, p. 73) notices, the Welsh Language Society activists' actions and the speech itself managed to stir the Welsh consciousness and enhance the society's rising assertiveness to make the language once again a major social and political issue.

Several other new initiatives appeared in the 1970s. Parents who did not speak the language could send a child to a Welsh language group. It was possible thanks to the establishment of *Mudiad Meithrin* in 1971, a nursery scheme, which again came from the people, not governments or politicians, and was particularly active in the Anglicised areas. This pre-school education was crucial for the subsequent establishment of the primary and medium level of education with the provision of Welsh (Jones, 2014, p. 134). Another significant development took place in the 1980s when the television channel S4C was launched. This enterprise was favoured both by the Welsh Language Society and *Plaid Cymru*, a Welsh nationalistic party, whose endeavours led to the establishment of this world's only Welsh-language channel. The Welsh programmes, in turn, managed to help increase nationalistic feelings in the public life and popularise language use in everyday settings (Jenkins, 2007, pp. 294-295).

Finally, in 1988 another important piece of legislature, i.e. *The Education Reform Act*, was passed, the most vital education legislation in the kingdom after WW II, which fundamentally changed the relationship between the Department of Education and Science in London and local authorities in Wales. Although the new law gave central government in London more powers, it also defined a new role for local educational authorities and provided an



opportunity for institutions to opt out of the national system. Furthermore, the National Curriculum was introduced but, among the foundation subjects, schools in the Welsh speaking areas could teach Welsh instead of a foreign language. The act made Welsh a compulsory subject for students to study until the age of 16 and boosted its importance by making it a core subject (Turner, 2014, pp. 26-7).

Another significant piece of legislature, i.e. *The Welsh Language Act*, was passed in 1993. It did two things. It established a requirement of all public bodies/institutions in Wales to have a scheme that would show how they dealt with providing the public with Welsh and, under Section 61, made Swansea University responsible for preparing a national Welsh Language Scheme, which was finally approved in September 2004. The other provision introduced by the Act was to set up the Welsh Language Board in 1988, an organisation that would promote and facilitate the use of Welsh in every aspect of life. It did so by seeing that public bodies in Wales kept the Act's terms and by approving of language schemes prepared under the provisions of the Act. In case some institution did not comply with the schemes, the Board could hold a statutory investigation, produce a recommendation or ultimately refer the case to the Minister for Heritage, at the already functioning Welsh Assembly Government (*The Welsh Language Act 1993*).

Accordingly, it seems that the Board was the precursor in promoting bilingual language design in Wales. Its dynamic actions led to the introduction of several new initiatives, which ultimately strengthened the position of the Welsh language. For example, in 2008, the Board involved the private sector into the Welsh language policy by launching 'Investing in Welsh scheme', an enterprise that was to popularise good practices in the consistent and convenient use of the language in private sector. Further, in order to disseminate the language use amongst all Wales' inhabitants, it introduced annual bilingual awards given to all those who worked best in the interest of popularising the Welsh language (*The Welsh Language Board*).

### **Devolution, regional language policies and European protection**

Another significant change affecting the Welsh society and automatically the language status came with the devolution process and the establishment of the Welsh Assembly in 1998. The British Labour Government, conscious of Wales' "distinctive language and cultural traditions" committed itself to meet the demand of decentralised Britain and devolve power to this country and its people (Labour Party Manifesto, *Because Britain deserves better*, 1997, p. 33). The resulting *Government of Wales Act of 1998* established an Assembly for Wales, also known as the National Assembly for Wales, a body which functioned "on behalf of the Crown to exercise

powers in eighteen different fields including culture and education". The Assembly took responsibilities of the Welsh Office, which since 1999 transformed into Wales Office and continued its work as a department of the central government (Turpin and Tomkins, 2007, pp. 220-222). The foundation of the Assembly was a primary change in many spheres of public life because there appeared an element of planning. For the first time, the total responsibility for the Welsh education was taken by the local government in Cardiff. Until then, it was pushed by parents or organisations and pursued at the local level but not necessarily on the national scale, unless coming directly from the Whitehall.

The Welsh language held a unique position in the Welsh Assembly Government from the moment of its creation. It was viewed as an integral part of the national culture, "an essential and enduring component in the history, culture and social fabric" of the Welsh society (Wilson and Stapleton 2016, p. 44). Respecting the native heritage, the Assembly was committed to revising and revitalising the indigenous language. Its broad ambitions were embraced in subsequent initiatives: *Betterwales.com* (2000); *A Plan for Wales* (2001), intended to stabilise the numbers of Welsh speakers by 2004 or increase their numbers among the youth by 2010; *A Bilingual Future* (2002), a national action plan enhancing strategies and resources that were to make the goal achievable; or a *Our Language: Its Future* (2002), a scheme which reviewed the language situation and highlighted issues that had to be addressed (*A National Plan for Bilingual Wales*, 2003: 2). Finally, under its language promotion programme entitled *Iaith Pawb* [language for all], introduced in 2002, Welsh was to be seen as an "added value" in any policy promoting national identity and an integral element of any scheme provided for and by each public body (*A National Plan for Bilingual Wales*, 2003, 17).

While construction its national plan, the Assembly did not start from scratch. It built on everything that the UK governments enacted within the previous decades when subsequent legislation and policies raised the status of the Welsh language and contributed to its stabilisation. The above-mentioned Welsh Acts of 1967 and 1993, the launch of S4C in 1982 (the Welsh television station) or the establishment of the Welsh Language Board (1988) did their work by raising the profile of the language in the public consciousness. Still, the rate of decline of the language in the 20<sup>th</sup> century or its uneven distribution across the country suggested that some concerted and sustained action was needed that would introduce a national strategy by addressing weaknesses and building on the past experiences (*A National Plan for Bilingual Wales*, 2003: 7).

Since 2006, when *The Government of Wales Act* was published, the Welsh ministers have been made to provide an annual report, also called an annual Action Plan, in accordance with Section 78 of the Act, under which they are to outline how

particular proposals are to be implemented during each financial year (Government for Wales Act 2006). Accordingly, the ministers address the plan to government departments, public institutions, private sector companies, educational organisations, committees and other interested parties. Each such plan reflects the priorities identified for a particular year and makes recommendations on the past neglected matters. The issue of multiculturalism and multilingualism is also a theme, but it has never been a big concern in Wales. Besides, like in the UK, apart for indigenous minorities, one cannot be taught in any other language except for English.

Consequently, the National Assembly for Wales created the right conditions and provided the resources to sustain the Welsh language and make it flourish. The Action Plan described measures whose implementation was left in the hands of the Welsh Language Unit, located within the Assembly, and the Welsh Language Board, the national language planning body for Wales responsible for delivering the government's Plan, with a budget of £16 million. Their goal was to create a national strategy framework that would ensure all bodies and their initiatives a clear role and sense. The Plan was intended to be an evolutionary process with clearly set out policies and identified responsibilities as well as administrative mechanisms (*A National Plan for Bilingual Wales*, 2003, pp. 14-15). For instance, in accordance with the Welsh Government's Welsh Language strategy of the newest Action Plan adopted in 2012, i.e. *A Living Language: a language for living* (Welsh Language Strategy 2012-17), the present Action Plan's provisions include: more focus on the Welsh language and the economy; better strategic planning for the Welsh language; propagating the use of Welsh in the community; and changing linguistic behaviour (Action Plan 2016-17, 2016, p. 2).

Finally, in March 2011, *The Welsh Language (Wales) Measure*, was introduced. The legislation abolished the Welsh Language Board and replaced it with the Welsh Language Commissioner, who together with the Welsh Government, took the sole responsibility for the language matters. The decision met with mixed reaction and evoked protests as all the former structures were changed. Still, the tasks for the Commissioner remained the same. The public and private bodies are to ensure their language plans and keep to 'Language Standards' drafted by the government (Jones 2014, p. 138). Under the Welsh Language Standards, as set out by the government under Section 44, institutions are to provide the public with services in Welsh, which enhances the promotion of the language use. For example, St Fagans National Museum of History, the first to work through the language, as it treats it as an intrinsic part of the heritage of Wales (National Museum Wales' Policy). Besides, the Measure established that Welsh must be "treated no less favourably" than English and gave the language equality for the first time in the history. The Welsh language gained an

official status in Wales and, at the same time, became the only language that is *de jure* official in other parts of the United Kingdom side by side with English (Welsh Language (Wales) Measure 2011).

The last significant element in the present-day attempts to regulate the status of Welsh result from the Commissioner's work, who in April 2015, under Section 120 of *The Welsh Language (Wales) Measure 2011*, established the Welsh Language Tribunal. This Welsh Court deals with appeals and requests for reviews of the Commissioner's decisions as well as looks at the rights of Welsh speakers as well as ensures that standards are reasonable and proportionate for various organisations. At the same time, individuals can exercise their right to appeal against the requirements of the Welsh Language Standards or to submit an application to the Tribunal, which operates as an independent body (The Welsh Language Tribunal).

The above-discussed developments in the contemporary Welsh approach to the indigenous language owe much to European endeavours. In 1992, when the European Charter for Regional or Minority Languages was ratified, states which signed up to the law, Britain including, took measures to promote regional languages, becoming more sensitive to local conditions (Schmidt, 2008, pp. 6-7). Thus, the Welsh Acts of 1993 and 1997, both protecting the language by giving it parity with English by making it an obligatory subject in schools, did not appear out of the blue. At the European level, there are several organisations that have committed themselves to protect of cultural identity in Europe. These include the European Union (EU), the Council of Europe (CoE) and the Organisation for Security and Cooperation in Europe (OSCE). Their endeavours have secured the status of regional and minority languages in public life. They do it from different angles, as their legislation covers the areas of education, justice, public services and much more. In short, the EU highlights the socio-economic inclusion, the OSCE emphasises the security and conflict transformation, whereas the CoE insists on legal and cultural aspects of minority rights protection. Altogether, European organisations act as an umbrella with their sets of values, encompassing numerous laws and regulations that protect the identity of indigenous peoples and minorities.

### Language policies and their outcomes

Despite the numerous efforts to popularise the Welsh language, the outcomes of the last few decades of actions are not clear-cut. In 2011, the Census of British Population reported that the number of those who can be classified as Welsh-users stood at around 362.000 (19%). The latest data informing about a recent increase in the numbers of those who could "understand, speak, read or write" in Welsh from 21% in 2001 to 21,3% in 2011 respectively (Welsh Language Skills, UK Office for National Statistics) seem to indicate some kind of a reversal in language

use preferences. Further, ONS 2014 estimates indicate that over seven hundred thousand people in Wales could speak a primary language other than English. Among them, nearly 23% use Welsh (The 2013-14 Welsh language Use Survey). Although the data come from different sources and illustrate discrepancies and difficulties, it seems that the number of Welsh speakers is growing. Still, the collected information relies heavily on people's subjective assessment of their linguistic abilities. Besides, the more positive data were compiled by the Welsh Language Survey, whereas the other – by the British Statistical Office. Critics argue that the discrepancies might result from the Welsh government language policies propagating bilingual education, providing non-English materials, or facilitating social service and workplace "language rights", which contribute to the more national character of the country and peoples' identification with the language.

Other studies seem to indicate that the former understanding of identity, predominantly caught up in issues of language and religion, appear to have given way to some new consensus already visible since the end of the 1980s. The divisive character of the former understanding of nationhood, community and divisions within the Welsh society has given way to a new, more collective identification (Jones, 2008, p. 21). Due to new political development, establishing of the Welsh Assembly, the Welsh do not want to define themselves merely through the prism of their indigenous language but rather by reference to the institutions which they abide, where language itself is seen as an added value (Carter 2010, p. 140). As Lord (2000, p. 9) stresses, the political rebirth of Wales and the new national awareness give the Welsh more self-confidence and a broader change in perceptions of their nationality. Thus, concentrating too much on language policies seems too narrow and past-oriented.

Further, planning language policies does not necessarily produce people with bilingual skills. For example, in 2006 it turned out that schools produced twice as many fluent Welsh speakers as homes, which provided a solid base on which to continue the language projects outside. However, enabling all those wishing to continue using the language outside remained a challenge (Jones, 2014, p. 135). Besides, as (Tinsley and Board, 2015) point out, the potential benefits of bilingualism are not being adequately realised. Although bilingual students are better prepared to understand certain concepts and learn new languages, the way Welsh is taught particularly in primary schools is not helpful. It does not support language-learning process itself and the knowledge of how language works. Consequently, the use of Welsh is "very patchy". Further, changes in the Welsh Baccalaureate in 2003, and depriving foreign languages of the 'core subject' status, caused that the numbers of entries for modern foreign languages plummeted to as low as 42% in 2014 (The Welsh Baccalaureate Qualification). With no knowledge of other languages, little awareness about their mutual

similarities and differences, the patchy knowledge of the Welsh language might not suffice to raise, as indicated by Patten (2001, p. 693), its linguistic autonomy.

Further, it is hoped that the twenty-first century will successfully transcend the former social divisions in the Welsh society resulting, amongst others, from the language criterion. As Ford (2016, pp. 112-113) underlines, it is futile to assume that Welsh could be restored as a living language. It should rather facilitate the life of all those who speak the language, especially in the traditional Welsh communities. In his opinion, the role of the state should be limited to protecting all those individuals and businesses who still use the native language, by coming forward with the appropriate initiative. Moreover, the most effective approach would be to pay special status to the traditional close-knit communities even through positive discrimination. Huws (2014, p. 5), the Welsh Language Commissioner since 2012, sees it differently. She wishes Wales to be a country that ensures the Welsh language proper treatment, no less favourable than that of English. In her view, this can be achieved only through the right regulatory measures and proper promotion as well as facilitating the language use, so that the best possible practices are identified and implemented. It remains to be seen which vision will prevail.

## Conclusions

It is too soon to foresee whether the present-day policy of bilingualism and its programmes are going to be successful. They provide an opportunity of making Wales a more democratic society with their wide access to the language resources and assurance of equal rights. Further, they may strengthen the construction of individual and national identity based on indigenous culture by making people proud of Wales' heritage. Finally, the new policy might bridge the present-day ambitions of the Welsh and those of the former activists' who, by getting involved in political and social movements, fought for the society's self-determination and autonomy. It is because any empowerment of language through a language policy shapes speakers' identification with the language, their attitudes towards other languages in the community, and their choices in interpersonal and intergroup communication.

On the other hand, critics of bilingualism see the policy as an attempt to right old wrongs which is based on unrealistic assumptions. The broad application of the governmental programmes seems costly and time-consuming. Besides, the so far outcomes of the increased efforts in promoting the Welsh language use do not guarantee that the bold aims set up by the authorities to make the whole society bilingual in some form – oral or/and written – to some extent are achievable. Finally, it remains to be seen whether regulating language use in the present day global world is at all possible.



**References:**

1. Day, G. (2015). Sociology in and of Wales: an overview. *Irish Journal of Sociology* 23.1, 62-82.
2. Eisenberg, A., Kymlicka, W. (2011). Bringing Institutions Back In. pp. 1-19. In: Eisenberg, A., Kymlicka, W. (eds.). *How Public Institutions Assess Identity. Identity Politics in the Public Realm. Bringing Institutions Back In*. Vancouver and Toronto: UBCPress.
3. Fishlock, T. (1972). *Wales and the Welsh*. London: Cassell.
4. Ford, M. (2016). *For Wales, see England. Language, Nationhood and Identity*. Strout: Amberley.
5. Government of Wales Act (2006). Accessed at: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/32/contents>
6. Humphreys, E. (2010). *The Taliesin Tradition*. Bridgend: Seren.
7. Huws, M. (2014). *Bilingual Design*. Cardiff: Welsh Language Commissioner.
8. Jenkins, G.H. (2007). *A Concise History of Wales*. Cambridge: Cambridge University Press.
9. Jenkins, H.G. (1997). *The Welsh language before the Industrial Revolution*, Cardiff: University of Wales.
10. Jenkins, G.H. (1998). *Language and Community in the Nineteenth Century (Social History of the Welsh Language)*. Cardiff: University of Wales Press.
11. Jones, D. (1998). *Statistical Evidence relating to the Welsh Language 1801 – 1911*. Cardiff: University of Wales Press.
12. Jones, M. P. (2014). Language Policy and Planning, and a Historical Overview of the Role of the Welsh Language in Europe. In: *Language, Culture and Identity in Wales. A Comparative Study Visit Report* (pp. 130-149). London: Democratic Progress Institute.
13. Jones, M. (2008). *Framing Welsh Identity*. Accessed at: [https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/319413/filename/Jones\\_Framing\\_Welsh\\_identity\\_Textes\\_et\\_Contextes\\_n\\_2008.pdf](https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/319413/filename/Jones_Framing_Welsh_identity_Textes_et_Contextes_n_2008.pdf)
14. Joseph, J.E. (2004). *Language and Identity: National, Ethnic, Religious*. Houndsmill: Palgrave Macmillan.
15. *National Museum Wales' Policy*. Accessed at: <https://www.museum.wales/about/policy/welsh-language-policy/>
16. Lord, P. (2000). *Imagining the Nation*. Cardiff: University of Wales Press.
17. Llywelyn, D. (1999). *Sacred Place, Chosen People. Land and National Identity in Welsh Spirituality*. Cardiff: University of Wales Press.
18. Morgan, D.D. (2008). *Wales and the word. Historical perspectives on religion and Welsh identity*. Cardiff. Cardiff: University of Wales Press.
19. Osmond, J. (2007). *Building the Nation: Creating Internal Political Solidarity*. Cardiff: Institute of Welsh Affairs.
20. *A National Plan for a Bilingual Wales*. (2003). Cardiff: Welsh Assembly Government.
21. Patten, A. (2001). Political Theory and Language Policy. *Political Theory*, 29(5), 691-715.
22. Schmidt, U. (2008). *Language Loss and the Ethnic Identities of Minorities*. Flensburg: The European Centre for Minority Issues.
23. Schmidt, R., Schmidt, R. (2001). *Language Policy and Identity in the USA*. Philadelphia: Temple University Press.
24. Spolsky, B. (2004). *Language Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
25. Tinsley, T., Board, K. (2015). Wales: bilingualism untapped in future language-learning. Accessed at: <https://www.britishcouncil.org/voices-magazine/wales-bilingualism-untapped-further-language-learning>.
26. Turner, C. (2014). Welsh Language Briefing. *Language, Culture and Identity in Wales. A Comparative Study Visit Report*. London: Democratic Progress Institute.
27. Turpin, C., Tomkins, A. (2007). *British Government and the Constitution*. Cambridge: Cambridge University Press.
28. Weedon, C. (2004). *Identity and Culture. Narratives of Difference and Belonging*. Maidenhead: Open University Press.
29. *The Welsh Language Act 1993*. Accessed at: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1993/38/contents>.
30. *Welsh Language Scheme: Annual Report 2014-15*. (2015). Cardiff: Office of the First Minister and the Cabinet Office.
31. *The Welsh Language Tribunal*. Accessed at: <http://gov.wales/betaconsultations/welsh-language/the-welsh-language-tribunal/?lang=en>
32. Welsh Language (Wales) Measure 2011. Accessed at: <http://www.legislation.gov.uk/mwa/2011/1/contents/enacted>
33. Wilson, J., Stapleton, K. (2016). *Devolution and Identity*. London and New York: Routledge.

## CZĘŚĆ II: PRAKTYKA, BADANIA, WDROŻENIA I ZDROWIE SPOŁECZNE

PROBLEMY PSYCHOSPOŁECZNE RODZICÓW DZIECI ZE SPEKTRUM ZABURZEŃ  
AUTYSTYCZNYCHPSYCHOSOCIAL PROBLEMS IN PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM  
DISORDERSNatalia Habik<sup>1(A,B,C,D,E,F)</sup>, Jarosław Chmielewski<sup>2(E,F)</sup>, Magdalena Florek-Łuszczki<sup>3(D,F)</sup>,  
Jerzy Zagórski<sup>4(E,F)</sup>, Monika Szpringer<sup>5(D,E)</sup><sup>1</sup>Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Instytut Fizjoterapii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach<sup>2</sup>Instytut Ochrony Środowiska – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie<sup>3</sup>Instytut Medycyny Wsi w Lublinie<sup>4</sup>Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej<sup>5</sup>Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w KielcachHabik, N., Chmielewski, J., Florek-Łuszczki, M., Zagórski, J., Szpringer, M. (2017). Problemy psychospołeczne rodziców dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych. *Rozprawy Społeczne*, 11(4), 22-27. <https://doi.org/10.29316/rs.2017.34>

## Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

## Streszczenie

**Wstęp.** Przedmiotem badań była analiza problemów psychospołecznych rodzin wychowujących dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych.**Materiał i metodyka.** Badaniu poddano grupę 33 rodzin dzieci ze zdiagnozowanym spektrum autyzmu. Dzieci badanych osób uczęszczały na terapię do Krajowego Towarzystwa Autyzmu w Kielcach. Badania były przeprowadzane od maja do sierpnia 2016 roku w placówce KTA.**Wyniki.** Z badań wynika, że najbardziej traumatycznym okresem związanym z występowaniem u dziecka zaburzenia jest czas oczekiwania na diagnozę do momentu jej skonstruowania. Większość badanych osób nie posiada zaspokojonych emocjonalnych i informacyjnych potrzeb, co wynika z braku wsparcia zarówno społecznego, jak i emocjonalnego.**Wnioski.** Trudności z jakimi spotykają się rodzice dzieci ze spektrum autyzmu najczęściej wiążą się z trudnym dostępem do specjalistów, dużymi opłatami za prowadzoną terapię, brakiem systematycznych zabiegów, jak również zbyt dużą odległością do placówki.**Słowa kluczowe:** sytuacja rodzinna, autyzm, problem psychospołeczny, niepełnosprawność intelektualna

## Summary

**Introduction.** The main objective of the research was an analysis of psychosocial problems in families with children with autism spectrum disorders.**Material and methods.** The study comprised 33 families with children diagnosed with autism spectrum. The children attended a therapy course in the National Autism Society in Kielce, where the study was carried out from May to August, 2016.**Results.** The research showed that the most traumatic period associated with the appearance of the disorder in a child is the time during which the family awaits the diagnosis. Most of the respondents' emotional and informational needs are not fulfilled, which results from the lack of both social and emotional support.**Conclusion.** The difficulties faced by parents of children with autism spectrum disorders most often include a difficult access to specialists, high costs of the conducted therapy, lack of systematic procedures, as well as an excessive distance to the facility where treatment is applied.**Keywords:** family situation, autism, psychosocial problem, intellectual disability

Tabele: 4

Ryciny: 0

Literatura: 20

Otrzymano: grudzień 2016

Zaakceptowano: luty 2017

## Wstęp

Narodziny dziecka są bardzo ważnym momentem w życiu każdej rodziny. Matka po urodzeniu bacznie ob-

serwuje zachowania noworodka w ten sposób tworzy się więź pomiędzy nią a dzieckiem. Dziecko od chwili narodzin potrzebuje opieki, ponieważ nie jest w stanie samodzielnie poradzić sobie ze zdobywaniem pożywie-

**Adres korespondencyjny:** Natalia Habik, Instytut Fizjoterapii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Al. IX Wieków Kielc 19, 25-317 Kielce, e-mail: habiknatalia@gmail.com; tel.: 512 787 539**Copyright by:** Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Natalia Habik, Jarosław Chmielewski, Magdalena Florek-Łuszczki, Jerzy Zagórski, Monika SzpringerCzasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

nia, utrzymaniem odpowiedniej temperatury ciała i innymi niezbędnymi do życia czynnościami. Dziecko potrzebuje matki aby przeżyć, a także by móc nawiązać pierwszą i podstawową więź społeczną. W pierwszych latach życia matka jest zazwyczaj najbliższą dziecku osobą i to ona też obserwując go staje się wrażliwą na jego zachowania, reakcje smutku i radości. Opieka nad dzieckiem przynosi jej wiele radości, spełnienia w szczególności gdy rozwój dziecka przebiega prawidłowo. W momencie kiedy matka zauważa nietypowe objawy zachowań u swojego dziecka zaczyna się niepokoić. W przypadku dzieci ze spektrum autyzmu (ASD, z ang. autism spectrum disorder) tymi zachowaniami może być brak reakcji na głos, unikanie kontaktu wzrokowego. Diagnoza oznacza dla całej rodziny początek trudnej drogi z autyzmem (Pisula, 2012). Wyróżnia się cztery okresy przeżyć emocjonalnych po zdiagnozowaniu u dziecka niepełnosprawności. Są to: okres szoku nazywany także okresem krytycznym, okres kryzysu emocjonalnego nazywany także okresem rozpacz lub depresji, okres pozornego przystosowania się do nowej sytuacji oraz okres konstruktywnego przystosowania się. Przeżywanie wyżej wymienionych etapów wychodzenia z kryzysu rozumiany jest jako proces zdobywania umiejętności psychicznych oraz życiowych radzenia sobie z problemami wychowania dziecka z niepełnosprawnością. Okres szoku jest najbardziej emocjonalnym etapem. Współtowarzyszy jemu występowanie wielu negatywnych oraz silnych przeżyć emocjonalnych, takich jak: rozpacz, żal, lęk, poczucie krzywdy, bezradność. Podczas jego trwania dochodzi często do zachwiania równowagi psychicznej rodziców, co może prowadzić do wadliwego sposobu funkcjonowania systemu rodzinnego (Twardowski, 2008). Pojawienie się licznych zaburzeń emocjonalnych niejednokrotnie prowadzi do zaburzeń funkcjonowania natury interpersonalnej, tj. osłabienie prawidłowych relacji między członkami rodziny (Pisula, 2007). Taki stan występuje najczęściej na skutek konfrontacji wyobrażeń rodziców z jego rzeczywistym stanem oraz możliwościami rozwojowymi (Wyczesany, Uciniek, 2001). Zmianie mogą ulec również wzajemne więzi między rodzicami lub rodzicami a dzieckiem zdrowym. W przypadku rodziców dziecka z autyzmem ich może się różnić w porównaniu do innych rodzin wychowujących dziecko z niepełnosprawnością. Wynika to z faktu, że autyzm wczesnodziecięcy jest zaburzeniem rozwoju, który objawia się w ciągu trzech pierwszych lat życia. Wydłużony proces diagnostyczny, który wymaga zaistnienia pełnego spektrum autyzmu, niejako oswaja rodziców z faktem niepełnosprawności dziecka.

Autyzm jest dla rodziny bardzo dużym problemem, aczkolwiek niekoniecznie zawsze czyni on ją nieszczęśliwą. Życie z dzieckiem ze spektrum zaburzeń autystycznych często zaburza dotychczasowy układ rodziny. Charakter pojawiających się zmian zależy z jednej strony od rodzaju rozpoznania spektrum, z drugiej zaś strony od rodziny i rodzajów osobowości jej członków, tj. sposobu pokonywania trudności, samooceny, hierarchii wartości, itp. zaburzenie rozwoju dziecka zmienia nie tylko sytuację wewnątrzrodzinną,

ale także oddziałuje na środowisko je otaczające (Sekułowicz, 2013). Rodzice dziecka z ASD bardzo często czują się osamotnieni, wyobcowani, nie są przygotowani do zmierzenia się z powstałą trudną sytuacją rodzinną, są w stanie szoku, jak również chronicznego stresu (Szabała, 2011). Największy stres występuje wówczas kiedy rodzice poszukują diagnozy. By lepiej zrozumieć sytuację rodziców wychowujących dziecko ze spektrum autyzmu oraz naturę i natężenie stresu przez nich doświadczanych należy najpierw przeanalizować przyczyny występowania trudności w adaptacji rodziców do zastałej trudnej sytuacji życiowej. Rodzice dziecka z autyzmem potrzebują rozmowy ze specjalistami, którzy wyjaśnią im, że dziecko może odtrącać nawiązywanie bliskości z nimi z powodu konstytucjonalnej podatności. Co jest u dziecka spowodowane postawą obronną na jakości i natężenie poszczególnych bodźców zmysłowych wysyłanych przez rodziców, a nie na nich samych (Olechnowicz, Wiktorowicz, 2012). Dla rodziców największą trudnością w wychowaniu dziecka ze spektrum autyzmu stanowi brak komunikacji. Niestety intuicyjne postępowanie skuteczne wobec dziecka zdrowego jest niewystarczające w przypadku dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, a nawet czasami może przynieść skutek odwrotny. Do najważniejszych zmiennych determinujących sytuację rodziców zalicza się: płeć, wiek, poziom wykształcenia, aktywność zawodową, temperament, osobowość oraz poczucie kompetencji rodzicielskich (Randall, 2010). Wśród dzieci tymi determinantami są wiek, stopień natężenia występującego zaburzenia, zdolność do adaptacji otoczenia. Natomiast do czynników środowiskowych zalicza się wsparcie społeczne, stosunek otoczenia do dziecka, status socjoekonomiczny rodziny.

## Materiał i metody badań

Badaną grupę stanowiły 33 rodziny dzieci ze zdiagnozowanymi całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu. Dzieci badanych rodzin uczęszczały na zajęcia terapeutyczno-rehabilitacyjne do placówki Krajowego Towarzystwa Autyzmu w Kielcach. Badania przeprowadzono w oparciu o obserwację, której zadaniem było zebranie spostrzeżeń dotyczących występowania problemów psychospołecznych rodziców dzieci ze spektrum autyzmu oraz metodę sondażu diagnostycznego w tym technikę ankietowania. W tym celu wykorzystano narzędzie badawcze – autorski kwestionariusz ankiety dotyczący danych metryczkowych stanowiących kryteria włączenia do badań, tj. wychowywanie dziecka ze spektrum autyzmu oraz uczęszczanie na terapię do Krajowego Towarzystwa Autyzmu w Kielcach. Pytania z kwestionariusza ankiety zawierały informacje dotyczące sytuacji rodzin wychowujących dziecko z autyzmem w kontekście problemów psychospołecznych oraz sytuacji socjoekonomicznej rodzin, tj. struktury liczbowej, sytuacji materialnej, rezygnacji z pracy członków rodziny na rzecz wychowania dziecka z autyzmem. Badania odbywały się w okresie od maja do sierpnia 2016 roku. W bada-



niach przyjęto następujące założenia, stanowiące hipotezę główną: W rodzinach wychowujących dziecko z autyzmem występują problemy psychospołeczne. Przeprowadzone badania własne uzupełniają wiedzę na temat funkcjonowania rodzin z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i trudności związanych z wychowaniem takiego dziecka. Zebrany materiał uzyskany z badań poddano analizie statystycznej przy użyciu programu Statistica, przyjmując za istotne statystycznie różnice na poziomie  $p < 0,05$ .

## Wyniki

Grupę badanych stanowili rodzice dzieci ze zdiagnozowanym autyzmem w wieku od 25 do 53 roku życia. Średnia wieku badanych to  $36 \pm 5,6$  lat. Wśród badanych najczęściej posiadało wykształcenie wyższe, tj. 22 osoby (67%), średnie 9 osób (27%) i podstawowe tylko 2 osoby (6%). W badanej grupie rodzin badano ile dzieci wchodzi w jej skład. Okazało się, że 21 rodzin (61%) wychowuje tylko jedno dziecko, w 11 rodzinach (33%) jest 2-3 dzieci, a tylko u 2 (6%) badanych rodzin występuje powyżej 4 dzieci.

W badaniach analizowano liczbę osób z najbliższego kręgu rodzinnego mieszkających we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z dzieckiem ze spektrum autyzmu (tabela 1).

**Tabela 1.** Struktura liczbowa osób mieszkających z dzieckiem z autyzmem

| Matka |    | Ojciec |    | Rodzeństwo |    | Babcia |    | Dziadek |    |
|-------|----|--------|----|------------|----|--------|----|---------|----|
| N     | %  | N      | %  | N          | %  | N      | %  | N       | %  |
| 30    | 91 | 26     | 79 | 13         | 40 | 18     | 55 | 15      | 46 |

Źródło: opracowanie własne.

Zapytano również o konieczność rezygnacji z pracy przez rodziców dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Z uzyskanych danych wynika, że w 20 rodzinach (60%) z pracy musiał zrezygnować jeden z rodziców, w 9 (28%) rezygnacja z pracy nastąpiła przez pewien jedynie okres czasu, natomiast w 4 rodzinach (12%) żaden z rodziców nie zrezygnował z pracy zawodowej (por. tabela 2).

**Tabela 2.** Struktura liczbowa rezygnacji z pracy wśród rodziców dzieci z autyzmem

| Rezygnacja na stałe przez 1 rodzica |    | Rezygnacja przez pewien okres przez 1 rodzica |    | Brak rezygnacji |    |
|-------------------------------------|----|-----------------------------------------------|----|-----------------|----|
| N                                   | %  | N                                             | %  | N               | %  |
| 20                                  | 60 | 9                                             | 28 | 4               | 12 |

Źródło: opracowanie własne.

Wraz z rezygnacją z pracy jednego z rodziców dochodzi do pogorszenia sytuacji materialnej rodziny. Wśród badanych rodzin najczęściej pojawiająca się

kwota przypadająca na utrzymanie jednego członka rodziny to 460-900 zł ( $n=15$ , 45%). W grupie 6 rodzin (19%) egzystencja obejmowała kwotę 340-460 zł. Wśród grupy rodzin o nieco wyższym niż przeciętnym dochodzie, tj. 900-1500 zł znalazło się 11 rodzin (36%). W badaniach poddano również analizie sytuację materialną rodzin wychowujących dziecko z autyzmem. Z badań wynika, że znaczna część badanych rodzin (45%) określiła swoją sytuację materialną jako „przeciętną”, jedynie co czwarty badany określił ją jako dobrą (25%). Średni koszt opieki nad dzieckiem z zaburzeniami całościowymi ze spektrum autyzmu wyniósł około 934 zł. Minimalny koszt utrzymania dziecka w badanych rodzinach to 220 zł. Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że posiadanie dziecka z ASD w rodzinie nie wpływa istotnie na kwotę przypadającą na utrzymanie jednego członka rodziny ( $p=0,0991$ ).

Podczas planowania terapii dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu ważne jest pozostanie dzieci we wspólnym gospodarstwie domowym w rodzinie. W badaniach wykazano istotną zależność pomiędzy występowaniem typu więzi rodzinnych a sytuacją materialną badanych rodzin. Z przeprowadzonych badań wynika, że u 6 (46%) rodzin jednopokoleniowych występuje sytuacja materialna określona na poziomie przeciętnym. Natomiast w przypadku 9 (45%) rodzin wielopokoleniowych większość badanych oceniła swoją sytuację ekonomiczną na poziomie bardzo dobrym (por. tabela 3).

**Tabela 3.** Struktura liczbowa zależności pomiędzy typem rodziny a sytuacją materialną

| typ rodziny/<br>sytuacja materialna | bardzo dobra |     | dobra |     | przeciętna |     | zła |     |
|-------------------------------------|--------------|-----|-------|-----|------------|-----|-----|-----|
| rodzina jednopokoleniowa            | 1            | 8%  | 3     | 23% | 6          | 46% | 3   | 23% |
| rodzina wielopokoleniowa            | 9            | 45% | 6     | 30% | 3          | 15% | 2   | 10% |

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy wyników prowadzonych badań wynika, że znaczące miejsce wśród problemów występujących w rodzinie z dzieckiem ze spektrum autyzmu stanowi brak posiadania przez rodziców własnego samochodu. Bardzo dużym problemem dla rodziców jest również odległość pomiędzy miejscem zamieszkania a poradnią. Z przeprowadzonych badań wynika, że co 4 badana osoba korzysta jedynie z komunikacji miejskiej. Natomiast średnia odległość pomiędzy miejscem zamieszkania a ośrodkiem terapeutyczno-wychowawczym wynosi około 36 kilometrów.

Opieka i troska rodziców wobec dziecka ze zdiagnozowanym spektrum autyzmu wiąże się z występowaniem wielu problemów. Mogą one przyjmować różnorodny charakter i pojawiać się w wielu sferach życia rodzin, jednakże zawsze dotyczą one sfery emocjonalnej matki. Z analizy danych wynika, że

wśród badanych najwięcej rodzin ( $n=17$ , 52%) oceniło poziom obciążenia psychicznego na poziomie średnim. Tylko 2 rodziny (6%) określa odczuwane obciążenie jako bardzo silne  $p=0,0165$ . Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 4.

**Tabela 4.** Struktura liczbowa obciążenia psychicznego wśród badanych rodzin

| obciążenie bardzo silne |   | obciążenie silne |    | obciążenie średnie |    | obciążenie w niewielkim stopniu |    | brak obciążenia |   |
|-------------------------|---|------------------|----|--------------------|----|---------------------------------|----|-----------------|---|
| N                       | % | N                | %  | N                  | %  | N                               | %  | N               | % |
| 2                       | 6 | 4                | 12 | 17                 | 52 | 8                               | 24 | 2               | 6 |

Źródło: opracowanie własne.

W badaniach analizowano również poziom poczucia winy i bezradności wśród rodzin wychowujących dziecko z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu. U 26 (78%) badanych rodzin wystąpiło lub też występuje poczucie winy. Natomiast odczuwanie bezradności wobec wychowania dziecka z ASD zgłosiło 23 (70%) badanych rodzin.

## Dyskusja

Występowanie w rodzinie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu przysparza rodzicom wiele problemów zarówno emocjonalnych, wychowawczych jak i społecznych. Bardzo często prowadzi do zakłócenia funkcjonowania rodziny prowadząc do jej rozpadu. Najczęściej opiekę nad dzieckiem z autyzmem sprawują matki, dlatego też większość autorów dokonując analizy badań skupia się jedynie na ich doświadczeniach. W najbliższym otoczeniu rodzinnym badanych osób, które dzieliły wspólne mieszkanie z dzieckiem z autyzmem byli rodzice, rodzeństwo i dziadkowie. Występowanie więzi emocjonalnych w relacjach dziadków z dzieckiem znacząco wpływa na przebieg jego wychowania. Mikołajczyk-Lerman (2011) w swoich badaniach potwierdza, że w 80% badanych rodzin, matki poświęcają najwięcej czasu na wychowanie swojego dziecka. Natomiast jedynie w 21% przypadków rodzin, ojciec włącza się w opiekę nad dzieckiem. Aby dokonać diagnozy występowania więzi emocjonalno- społecznej w rodzinach dzieci z ASD, autorka podkreśliła znaczący fakt wychowania dzieci w większości przypadków (65%) przez rodziny pełne, tj. z obojgiem rodziców. Jednakże w 13,2% rodzin ojciec odszedł, po pojawieniu się diagnozy.

Wychowywanie dziecka z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu ma znaczący wpływ na pogorszenie sytuacji bytowej całej rodziny. Najczęściej jedna osoba z badanych rodzin musi zrezygnować z pracy zawodowej, by móc w pełni zająć się wychowywaniem dziecka, co w efekcie

wpływa na obniżenie dochodów pieniężnych rodziny. Najczęściej z pracy muszą zrezygnować matki. Rodziny przebywające we wspólnym gospodarstwie domowym mają bardzo duży wpływ na sytuację materialną. Według przeprowadzonych badań, rodziny wielopokoleniowe mają lepszy poziom materialnej egzystencji niż rodziny jednopokoleniowe. Uzyskane wyniki badań własnych są bardzo podobne do badań prowadzonych przez Karwowską (2008) oceniającą aspekty środowiska rodzinnego w 63 rodzinach. Według autorki w ponad połowie badanych rodzin sytuacja finansowa rodzin wychowujących dziecko z niepełnosprawnością jest zaledwie dostateczna. Według Mikołajczyk-Lerman (2011) największymi problemami z jakimi spotykają się rodziny wychowujące dzieci z niepełnosprawnością jest brak środków materialnych na poważne wydatki- 57,6%, problemy edukacyjne niepełnosprawnego dziecka -35,7%, złe warunki mieszkaniowe -24% i brak pieniędzy umożliwiający codzienne funkcjonowanie -23,9%. W opinii Cavallo i wsp. (2009) badania wskazują wyraźnie na występowanie związku pomiędzy czynnikami społeczno- demograficznym a potrzebami wsparcia rodziny. Większego wsparcia społecznego według wyników przeprowadzonych badań wymagały matki z niższym stopniem wykształcenia, rodzice aktywni zawodowo i pełne rodziny. Według analizy badań własnych ankietowani rodzice za największą przeszkodę w funkcjonowaniu rodziny z dzieckiem ze spektrum zaburzeń autystycznych wskazywali trudną sytuację finansową, która nie jest w stanie w pełni zabezpieczyć koszty edukacyjno-rehabilitacyjne.

Postępowanie terapeutyczne dziecka z niepełnosprawnością często zajmuje większość czasu życia rodziny. Uczęszczanie na terapię ma w głównej mierze na celu zwiększenie szans dziecka na uzyskanie samodzielności. Wielu terapeutów twierdzi, że rodzice powinni brać czynny udział w terapii swojego dziecka (Kornaś, 2010). Trudności z jakimi borykają się rodzice dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu w zakresie podejmowanych działań terapeutyczno- rehabilitacyjnych najczęściej wiążą się z trudnym dostępem do specjalistów, dużymi kosztami za prowadzoną terapię, brakiem systematycznych zabiegów, brakiem posiadania własnego środka transportu, jak również zbyt dużą odległością do placówki/ ośrodka. Podobne wyniki w tym kontekście badań otrzymała Jackson (2014). Autorka badała 20 rodziców wychowujących dzieci z poważnymi zaburzeniami rozwojowymi, przebywających w ośrodku poza pierwotnym miejscem zamieszkania. Z analizy badań okazało się, że badani rodzice odczuwają bardzo często negatywne emocje, tj. poczucie winy, smutku, strachu, gniewu lub poczucie ulgi wobec zaistniałej sytuacji. Singhi i wsp. (1990) analizowali problemy rodziców posiadających dziecko z niepełnosprawnością fizyczną, intelektualną korelując je z grupą kontrolną, tj. dziećmi zdrowymi. Z przeprowadzonych badań wynikało, że rodziny wychowujące dzieci z niepełnosprawnością

najczęściej wskazywali na występujące problemy dotyczące sytuacji materialnej, brakiem odpoczynku, ograniczeniem interakcji społecznych z innymi ludźmi. Uzyskane ogólne wyniki obciążenia społecznego były istotnie wyższe u rodzin wychowujących dziecko z niepełnosprawnością w porównaniu do grupy kontrolnej. Parkinson zajmował się w swoich badaniach znaczeniem kontaktów społecznych w rozwoju dzieci z niepełnosprawnością. Analizy uzyskanych wyników autor dokonał w oparciu o grupę 28 dzieci i 35 rodziców. Z otrzymanych wyników można było stwierdzić, że częściej nacisk na kontakty społeczne kładą rodzice, podczas gdy dzieci zadawała czas wolny spędzany w samotności. Charakter i poziom stresu występujący wśród rodziców mogą potęgować stopień zaburzenia dziecka. Dodatkową pojawiającą się trudnością jest konieczność sprawowania długotrwałej, a często nawet całodobowej opieki nad dzieckiem, która wraz z wiekiem może wzrastać. Problemem, który występuje wśród opinii rodziców jest dostosowanie odpowiedniej terapii i metody wychowania, dostęp do usług opieki terapeutyczno-rehabilitacyjnej (Parkinson, 2011). Według badań Fernandez-Alcantara (2011) przeprowadzonych w grupie 24 hiszpańskich rodziców, najtrudniejszym etapem w radzeniu sobie z negatywnymi emocjami dotyczącymi perspektywy posiadania idealnego, zdrowego dziecka jest moment uzyskania diagnozy występującego zaburzenia i stopień jej ciężkości. Badanie to również potwierdza Karwowska (2008), która analizowała emocje rodziców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Według przeprowadzonych przez autorkę badań okazało się, że najbardziej traumatycznym okresem związanym z występowaniem u dziecka zaburzenia był czas od oczekiwania na diagnozę do momentu jej postawienia. Podczas tego okresu większość badanych osób nie miała zaspokojonych emocjonalnych i informacyjnych potrzeb, co wynikało z braku wsparcia zarówno społecznego jak i emocjonalnego. Znaczący wkład w rozumienie sytuacji rodzin dzieci niepełnosprawnych poddanych różnym formom postępowania terapeutyczno-rehabilitacyjnego wnoszą badania przeprowadzone przez Kruijsen-Terpstra i wsp. (2014). Powyżej wymienieni autorzy w oparciu o przegląd

prac zaobserwowali, że rodzice posiadają różne potrzeby w trakcie przebiegu terapii swojego dziecka, jak też potrzebują czasu by móc zbudować relację z terapeutami swoich dzieci.

Problemy z jakimi borykają się rodzice dzieci z występującymi zaburzeniami prowadzą do pojawienia się stresu, który warunkuje zmiany w ich zachowaniu. Człowiek w sytuacjach stresogennych ma własny, przez siebie opracowany sposób reagowania. Rodzice najczęściej radzą sobie ze stresem poprzez wsparcie, które otrzymują od najbliższej rodziny. Niektórzy rodzice również reagują na stres unikając go lub skupiając swoją uwagę na czynnościach zastępczych. Według badań prowadzonych przez Thabet (2014) u rodziców dzieci z niepełnosprawnością chroniczny poziom lęku występował u 68% badanych, a depresja u 52% osób i przeważał on głównie u matek i wiązał się z ich niskim statusem socjoekonomicznym. Zakres strategii radzenia sobie ze stresem rodziców skupiających się na emocjach występował u 68% spośród nich, na pokonywaniu trudności u 32%. Istnieje opinia, według której postrzeganie rodzin dzieci z występującą niepełnosprawnością może pogarszać sytuacja niedużych społeczności, jak w przypadku Latynosów, u których istnieją trudności w diagnozowaniu i leczeniu dziecka ze spektrum autyzmu. Przyczyną tego jest bardzo duży odsetek ubóstwa, brak równouprawnień w korzystaniu z usług, jak i ograniczona znajomość języka angielskiego. W wielu państwach rodzice dzieci niepełnosprawnych w dalszym ciągu są napiętnowani i wykluczeni społecznie.

Podsumowując, wychowanie dziecka z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu wpływa na funkcjonowanie każdej rodziny bez wyjątku. Działanie rodziców w głównej mierze opiera się na zaspokojeniu wszelkich potrzeb dziecka oraz zapewnieniu odpowiedniej opieki terapeutyczno-rehabilitacyjnej. Badania Piskur (2014) prowadzone w grupie 146 rodziców dzieci z niepełnosprawnością ewidentnie wskazują na występowanie wyraźnych deficytów w zakresie wiedzy na temat rozwiązań ustawowych i wykonawczych.

#### Literatura:

1. Cavallo, S., Feldman, E., Swaine, B. (2009). Is parental coping associated with the level of function in children with physical disabilities? *Child Care Health Dev*, 35, 33-40.
2. Bourke-Taylor, H. (2013). Relationships between sleep disruptions health and care responsibilities among mothers of school- aged children with disabilities. *J. Paediatr Child Health*, 49, 775-782.
3. Fernandez- Alcantara, M. (2015). Feelings of loss in parents of children with infantile cerebral palsy. *Disability Health J*, 8, 93-101.
4. Jackson, J. (2014). Parental adaptation to out- of- home placement of a child with severe or profound developmental disabilities. *Am J Intellect Dev Disabil*, 119, 203-219.
5. Karwowska, M. (2008). *Zmaganie się z problemami dnia codziennego rodziców wychowujących dziecko z niepełnosprawnością umysłową*. Bydgoszcz: Wydawnictwo KPSW.
6. Kornaś, D. (2010). Doświadczenia rodziców dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w procesie wczesnej interwencji, W: A. Klinik (red.), *Osobliwości dzieci niepełnosprawnych w otwartym środowisku społecznym* (s. 13-19). Kraków: Wydawnictwo Impuls.



7. Kruijsen-Terpstra, A., Katelaar, M., Boeije, H. (2014). Parent`s experience with physical and occupational therapy for their young child with cerebral palsy: a mixed studied review. *Child Care Health Dev*, 40, 787-796.
8. Mikołajczyk-Lerman, G. (2011). Kobiety i ich niepełnosprawne dzieci. *Acta Universitatis Lodziensis*, 39, 73-90.
9. Olechnowicz, H., Wiktorowicz, R. (2012). *Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
10. Parkinson, K. (2011). Incorporating children`s and their parents` perspectives into conditio-specific quality – of- life instruments for children with cerebral palsy. *Value Health*, 14, 705-711.
11. Piskur, B. (2015). What do parents need to enhance participation of their school- aged child with a physical disability? *Child Care Health Dev*, 41, 84-92.
12. Pisula, E. (2012). *Rodzice dzieci z autyzmem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
13. Pisula, E. (2007). *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
14. Randall, P. (2010). *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
15. Sekułowicz, M. (2013). *Wypalenie się sił rodziców dzieci z niepełnosprawnością*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.
16. Singhi, P., Goyal, D., Pershad, S. (1990). Psychosocial problems in families of disabled children. *Br J. Med. Psychol*, 63, 173-182.
17. Szabała, B. (2011). Wsparcie społeczne matek dzieci niepełnosprawnych. *Człowiek- Niepełnosprawność- Społeczeństwo*, 1(13), 47-67.
18. Thabet, B. (2014). Psycho- emotional impact of a child`s disability on parents. *Archives de Pediatr*, 14, 301-308.
19. Twardowski, A. (2008). Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie* (s. 212-253). Warszawa: Wydawnictwo WSiP.
20. Wyczęsany, J., Uciniek, A. (2001), Wybrane aspekty funkcjonowania rodzeństwa dzieci autystycznych. W: T. Gałkowski, J. Kossewska (red.), *Autyzm wyzwaniem naszych czasów* (s. 174-186). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.

# RODZINNE UWARUNKOWANIA POSTAW ŻYWIENIOWYCH STUDENTÓW OPARTYCH NA RELIGIJNOŚCI

## FAMILY DETERMINANTS AND STUDENTS' RELIGIOUS DIETARY CUSTOMS

Agnieszka Buczak<sup>1(A,B,C,D,E,F,G)</sup>

<sup>1</sup>Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Buczak, A. (2017). Rodzinne uwarunkowania postaw żywieniowych studentów opartych na religijności. *Rozprawy Społeczne*, 11(4), 28-35. <https://doi.org/10.29316/rs.2017.35>

### Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

### Streszczenie

**Wstęp.** Celem pracy jest analiza postaw żywieniowych związanych z praktykowaniem religijności w kontekście uwarunkowań rodzinnych. Podjęte badania stanowią przykład empirycznego zastosowania bliskiej edukacji zdrowotnej koncepcji postaw, których źródłem jest przyjęty światopogląd.

**Materiał i metody.** Badania sondażowe przeprowadzono w 2016 roku w trzech ośrodkach akademickich. Wzięło w nich udział 387 studentów kierunków nauczycielskich. Postawy żywieniowe oparte na religijności diagnozowano przy użyciu autorskiej Skali Postaw Żywieniowych, zweryfikowanej poprzez analizę czynnikową i dyskryminacyjną. Do badania uwarunkowań rodzinnych posłużyły Skale Oceny Rodziny A. Margasińskiego.

**Wyniki.** Zależności między oceną funkcjonowania rodziny a postawami żywieniowymi opartymi na religijności są modyfikowane przez płeć jako zmienną pośredniczącą. W grupie badanych mężczyzn pozytywna ocena funkcjonowania rodziny sprzyja przestrzeganiu zasad religijnych związanych ze sposobem odżywiania. W przypadku kobiet zależności nie są tak znaczące i raczej mają charakter ujemny.

**Wnioski.** Religijność stanowi czynnik różnicujący postawy żywieniowe związane ze światopoglądem. Istotne znaczenie dla kształtowania postaw żywieniowych opartych na religijności mają relacje w rodzinie pochodzenia.

**Słowa kluczowe:** postawy żywieniowe, religijność, uwarunkowania rodzinne, studenci

### Summary

**Introduction.** The study aims to analyse religious dietary customs determining family life. The research is an example of an empirical application of the concept of attitudes whose origins lie in one's adopted worldview, which is also true of health-promoting education.

**Material and methods.** The survey was conducted in 2016 in three academic centres. It involved 387 students studying in teacher training courses. Nutritional customs based on one's religiosity were diagnosed using a proprietary Nutritional Attitude Scale, verified by factorial and discriminatory analysis. In the investigation of family-related determinants, the Family Assessment Scales by A. Margasiński were used.

**Results.** The relationship between the assessment of the family functioning and nutritional dietary customs related to religiosity are influenced by gender, which acts as an intermediary variable. It turns out that, in the group of the surveyed men, a positive assessment of family's functioning is conducive to the observance of religious principles related to nutritional customs. In the case of women, the dependencies are not so significant as there are fewer correlations.

**Conclusions.** Religiosity differentiates nutritional customs of people with different worldviews. The family background and internal relationships are important factors determining religious nutritional and dietary customs.

**Keywords:** nutritional customs, religiosity, family-related determinants, students

Tabele: 4

Ryciny: 0

Literatura: 47

Otrzymano: czerwiec 2017

Zaakceptowano: sierpień 2017

### Wstęp

Postawy żywieniowe stanowią interdyscyplinarny obszar zainteresowań badawczych, analizowany głównie z punktu widzenia zdrowia. W psychologii często są postrzegane w kategoriach klinicznych,

w literaturze zagranicznej opisywane jako *disordered eating attitudes* (Morris, Parra, Stender, 2011). W promocji zdrowia oraz naukach o żywieniu i żywności preferencje wyboru i postawy wobec odżywiania są wyrazem troski o zdrowie (Czarnocińska, Jęzewska-Zychowicz, Babicz-Zielińska, Kowalkowska,

**Adres korespondencyjny:** Agnieszka Buczak, Instytut Pedagogiki UMCS, ul. Narutowicza 12, 20-004 Lublin, e-mail: [abuczak@poczta.umcs.lublin.pl](mailto:abuczak@poczta.umcs.lublin.pl), tel.: 81 5376321  
**Copyright by:** Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Agnieszka Buczak

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Wądołowska, 2013; Maison, 2013, Babicz-Zielińska, Zabrocki, 2007). Coraz częściej postawy żywieniowe stają się przedmiotem zainteresowania socjologii, antropologii kulturowej, pedagogiki (Fox, 2003).

W pracy posłużono się definicją postaw żywieniowych L. Narojek, która uznaje je jako „ogólne jednocześnie ustosunkowanie się do różnych problemów składających się na całość żywienia jednostki lub rodziny” (Narojek, 1993, s. 50). Postawy żywieniowe zgodnie psychologiczną koncepcją postaw posiadają komponent poznawczy, emocjonalny i behawioralny, które „nie są zupełnie rozłączne i pozostają we wzajemnych zależnościach” (Jeżewska-Zychowicz, 2007, s. 152). Do analizy postaw związanych z odżywianiem wykorzystywany jest soczewkowy model postaw proponowany przez B. Wojciszke (2002). Składnik poznawczy, emocjonalny i behawioralny raczej biorą udział w kształtowaniu postaw, wyjaśniają ich genezę oraz konsekwencje, niż opisują same postawy żywieniowe (Jeżewska-Zychowicz, 2007).

Wśród uwarunkowań postaw żywieniowych najczęściej wymieniane są czynniki biologiczne, głównie oparte na funkcjonowaniu ośrodków głodu i sytości w podwzgórzu (Gawęcki, 2010; Konturek, 2013) oraz psychospołeczne, w tym osobowościowe (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008), związane z samooceną (Ziółkowska, 2014) i samoskutecznością (Nastaskin, Fiocco, 2015), wpływem społecznym rodziny (Collins, Duncanson, Burrows, 2014), rówieśników (Holdcroft, Haycraft, Farrow, 2014), mediów (Kozirok, 2015). Uwarunkowania rodzinne najczęściej badane są w kontekście kształtowania postaw w procesie wychowania (Holubcikova, Kolarcik, Madarasova Geckova A, van Dijk, Reijneveld, 2016). Postawy żywieniowe nabywane są nie tylko przez modelowanie postaw rodzicielskich. Duże znaczenie mogą mieć dobre relacje wewnątrzrodzinne, a także wspólne posiłki (Fulkerson, Neumark-Sztainer, Story, 2006; Tabak, 2015; Stalmach, 2015).

Edukacja zdrowotna zmierza do zmiany zachowań zdrowotnych poprzez oddziaływanie na system wartości, przekonań i postaw jednostki (Whitehead, 2004). Związek postaw i zachowań zdrowotnych z wyznawanym światopoglądem (zwłaszcza chrześcijańskim) podkreślany jest również w pedagogice zdrowia przez M. Demela (2002). Konsekwencją przyjęcia światopoglądu jest posiadanie postaw wobec różnych obiektów, osadzonych w wyznawanej ideologii. Ze względu na społeczną rolę ideologii, wyrażającą się m.in. w integracji i kontroli społecznej (Borowiec, Lingowska, 2012), w przypadku postaw żywieniowych obiektem może być własny sposób odżywiania, ale także sposób odżywiania się innych.

Przykładem postaw żywieniowych, których źródłem jest światopogląd są postawy oparte na religijności związane z etyką umiaru i przestrzeganiem postu polegającego na okresowym powstrzymaniu się od niektórych produktów żywnościowych. Posty stanowią element życia duchowego wszystkich wielkich religii świata. Wyrzeczenie, ascetyzm, abstynencja, oczyszczenie ciała przez post i unikanie

niektórych pokarmów stanowią częste praktyki religijne (Baxter, 2001). Religia katolicka, którą według różnych statystyk wyznaje 80-90% Polaków wyznacza zasady związane z przyjmowaniem pokarmów: szacunek do jedzenia - zwłaszcza chleba, który traktowany jest jako pokarm uświęcony (Zwoliński, 2006, Buczak, 2017), etyka umiaru odnosząca się do unikaniu nadmiernego jedzenia (Zwoliński, 2008), okresowy post, którego celem jest zbliżenie do Boga, pokuta za grzechy i powtórne wejście na drogę do świętości, unikanie niektórych pokarmów - głównie produktów mięsnych, będące wyrazem ćwiczenia woli (Leszczyński, 2014).

Celem podjętych badań było ustalenie zależności między oceną funkcjonowania rodziny studentów kierunków nauczycielskich a postawami żywieniowymi, których źródłem jest światopogląd religijny. Postawy żywieniowe oparte na religijności były w Polsce analizowane raczej epizodycznie (np. Kucharska, Sińska, Marszałek, Michota-Katulska, Zegan, 2015, Woźniak, 2013. Badania prowadzone w tym zakresie w Stanach Zjednoczonych czy krajach arabskich (np. Hossain, 2014; Kim, 2007; Smith, Richards, Maglio, 2004) trudno porównać ze względu na różnice kulturowe. Relacje w rodzinie pochodzenia to przykład uwarunkowań rodzinnych postaw żywieniowych rzadko analizowanych w literaturze w porównaniu do czynników związanych z modelowaniem postaw i zachowań żywieniowych przez członków rodziny. Ponadto rodzinne uwarunkowania przedstawiane są jako korelaty postaw żywieniowych raczej związanych ze zdrowiem, niż np. praktykami religijnymi (Rawlings, 2009; Steeves, Jones-Smith J, Hopkins, Gittelsohn, 2016). Opisywane badania stanowią zatem uzasadnioną perspektywę badawczą.

## Material i metody

Badania sondażowe przeprowadzono w czerwcu oraz październiku 2016 roku w trzech ośrodkach akademickich: Lublinie, Białej Podlaskiej oraz Rzeszowie. Wzięło w nich udział 387 studentów kierunków nauczycielskich. Średnia wieku respondentów to 21,5 (SD= 2,22). Wśród badanych studentów było 271 kobiet - 70% i 116 mężczyzn - 30%.

Prezentowane wyniki badań stanowią fragment rezultatów szerszego projektu badawczego autorki „Wybrane korelaty typów postaw żywieniowych przyszłych nauczycieli”<sup>1</sup>. Dane na temat postaw żywieniowych studentów kierunków nauczycielskich (w tym postaw religijnych) zostały pozyskane przy użyciu autorskiej Skali Postaw Żywieniowych, zweryfikowanej analizą czynnikową i dyskryminacyjną.

<sup>1</sup> Artykuł przygotowany w ramach projektu finansowanego ze środków z dotacji celowej na prowadzenie badań naukowych lub prac rozwojowych służących rozwojowi pracowników naukowo-dydaktycznych Wydziału Pedagogiki i Psychologii UMCS. Zadanie badawcze: Edukacja wobec problemów współczesności; Projekt badawczy: Wybrane korelaty typów postaw żywieniowych przyszłych nauczycieli BS-P-07-006-16-1-06.



Twierdzenia budujące podskale narzędzia badawczego odnosiły się zarówno trzech komponentów postawy: poznawczego (np. „Przestrzeganie nakazów związanych z jedzeniem jest dla mnie jednym z ważniejszych elementów religijności”), emocjonalnego (np. „Akceptuję religijne zasady związane z jedzeniem”) i behawioralnego (np. „Podczas postu unikam jedzenia mięsa”). Ponadto odrębne podskale miały za zadanie diagnozować stosunek do własnego sposobu odżywiania (postawy „wewnętrzne”) oraz stosunek do sposobu odżywiania innych (postawy „zewnętrzne”). W rezultacie analizy czynnikowej wyodrębniono jako jedną z pięciu postaw wobec własnego sposobu odżywiania postawę religijną wewnętrzną oraz jako jedną z pięciu postaw wobec odżywiania się innych – postawę religijną zewnętrzną.

Rodzinne uwarunkowania postaw żywieniowych zostały zbadane przy pomocy narzędzia Skale Oceny Rodziny Andrzeja Margasińskiego, które stanowi polską adaptację FACES IV – Flexibility and Cohesion

Evaluation Scales Davida H. Olsona (Olson, 2013, Margasiński, 2006). Podstawowe zmienne opisujące życie rodzinne w tym modelu to Spójność i Elastyczność, które mogą przyjmować trzy poziomy nasilenia. Najbardziej korzystne dla funkcjonowania rodziny są wysokie wyniki uzyskiwane w skalach Zrównoważona Spójność i Zrównoważona Elastyczność. Niezwiązanie, Splątanie, Sztywność i Chaotyczność świadczą o niezdrowych relacjach w rodzinie. Poza spójnością i elastycznością oceniana jest również komunikacja i zadowolenie z życia rodzinnego (Margasiński, 2013).

## Wyniki

Wyniki średnie uzyskane w podskalach opisujących postawy żywieniowe oparte na religijności (postawy religijne wewnętrzne i zewnętrzne) porównano ze względu na płeć badanych w tabeli 1.

**Tabela 1.** Różnice w religijnych postawach żywieniowych związane z płcią badanych studentów – test U Manna – Whitneya

| Postawy żywieniowa   | Kobieta<br>N=271 |       | Mężczyzna<br>N=116 |       | Ogółem<br>N= 387 |       | Test U Manna –<br>Whitneya |               |
|----------------------|------------------|-------|--------------------|-------|------------------|-------|----------------------------|---------------|
|                      | M                | SD    | M                  | SD    | M                | SD    | Z                          | p             |
| Religijna wewnętrzna | 29,82            | 11,83 | 26,86              | 11,38 | 28,94            | 11,76 | 2,319                      | <b>0,020*</b> |
| Religijna zewnętrzna | 27,21            | 10,42 | 26,33              | 9,75  | 26,94            | 10,22 | 0,677                      | 0,498         |

\*p<0,05

Źródło: badanie własne.

Analiza danych zawartych w tabeli 1 pozwala zauważyć istotne statystycznie różnice w postawach religijnych studentów kierunków nauczycielskich wobec własnego sposobu odżywiania (typ postawy religijny wewnętrzny). Płeć nie różnicuje jednak postawy religijnej wobec sposobu odżywiania się innych (typ postawy religijny zewnętrzny). Kobiety przykładają znacząco większą wagę niż mężczyźni do przestrzegania religijnych zasad związanych z jedzeniem (typ postawy wewnętrzny). Postrzeganie religijnych naka-

zów związanych z jedzeniem jako norm społecznych oraz wspieranie innych w ich praktykowaniu (typ postawy zewnętrzny) pozostaje na zbliżonym poziomie u badanych kobiet i mężczyzn.

W grupie badanych studentów 327 osób (84,5%) deklarowało wyznanie katolickie, 6 respondentów (1,6%) reprezentowało inne wyznanie (prawosławne bądź świadkowie Jehowy), 54 (13,9%) studentów określało się jako „neutralny światopoglądowo” lub „ateista”.

**Tabela 2.** Postawy żywieniowe a religijność badanych studentów – analiza różnic

| Postawy żywieniowe       | RELIGIJNOŚĆ     |       |                               |      |                                |      |                          |      |                        |      | Anova  |                 |
|--------------------------|-----------------|-------|-------------------------------|------|--------------------------------|------|--------------------------|------|------------------------|------|--------|-----------------|
|                          | Ogółem<br>N=387 |       | Praktykujący<br>N=248 (64,1%) |      | Niepraktykujący<br>N= 85 (22%) |      | Neutralny<br>N=40(10,3%) |      | Ateista<br>N=14 (3,6%) |      |        |                 |
|                          | M               | SD    | M                             | SD   | M                              | SD   | M                        | SD   | M                      | SD   | Test S | p               |
| Religijna wewnętrzna     | 28,94           | 11,76 | 34,31                         | 9,74 | 21,32                          | 8,97 | 17,62                    | 7,35 | 12,36                  | 1,69 | 271,78 | <b>0,001***</b> |
| Wegetariańska wewnętrzna | 32,55           | 7,32  | 31,95                         | 7,32 | 32,42                          | 6,72 | 35,42                    | 7,68 | 35,71                  | 7,63 | 3,14   | <b>0,033*</b>   |
| Religijna zewnętrzna     | 26,94           | 10,22 | 31,38                         | 8,97 | 20,76                          | 7,42 | 17,25                    | 5,90 | 13,64                  | 2,53 | 147,48 | <b>0,001***</b> |

\* p< 0,05; \* p<0,001

Źródło: badanie własne.

Analiza danych zawartych w tabeli 2 pozwala stwierdzić, że praktykowanie religijności w sposób istotny statystycznie różnicuje stopień nasilenia religijnych postaw żywieniowych. Najwyższe średnie wartości postawy religijnej wewnętrznej i religijnej zewnętrznej odnotowano u osób wierzących praktykujących, zaś najniższe - u ateistów. W tabeli zamieszczono również zależności postawy wegetariańskiej wewnętrznej względem religijności badanych studentów (okazały się istotne statystycznie).

Ta postawa wykazuje największe nasilenie w grupie ateistów, najmniejsze zaś w grupie praktykujących.

Płeć stanowi czynnik różnicujący sposób oceny funkcjonowania rodziny, o czym świadczy wyodrębnienie ról rodzinnych związanych z płcią w interpretacji wyników zastosowanego narzędzia (Margasiński, 2013). Punktem wyjścia dla zbadania zależności między oceną funkcjonowania rodziny a postawami żywieniowymi była analiza wyników w Skalach Oceny Rodziny studentek i studentów.

**Tabela 3.** Ocena funkcjonowania rodziny przez studentów kierunków nauczycielskich – analiza wyników stenowych z uwzględnieniem płci badanych

| Skale Oceny Rodziny       |                    | Wyniki niskie |      | Wyniki przeciętne |      | Wyniki wysokie |      | Chi kwadrat Pearsona                     |
|---------------------------|--------------------|---------------|------|-------------------|------|----------------|------|------------------------------------------|
|                           |                    | n             | %    | N                 | %    | N              | %    |                                          |
| Zrównowazona spójność     | Kobiety<br>N=271   | 33            | 12,2 | 186               | 68,6 | 52             | 19,2 | $\chi^2 = 2,587$ ;<br>$p = 0,274$ (n.i.) |
|                           | Mężczyźni<br>N=116 | 21            | 18,1 | 72                | 62,1 | 23             | 19,8 |                                          |
|                           | Ogółem<br>N=387    | 54            | 14,0 | 258               | 66,7 | 75             | 19,4 |                                          |
| Zrównowazona elastyczność | Kobiety<br>N=271   | 20            | 7,4  | 190               | 70,1 | 61             | 22,5 | $\chi^2 = 12,969$ ;<br>$p < 0,01$        |
|                           | Mężczyźni<br>N=116 | 23            | 19,8 | 68                | 58,6 | 25             | 21,6 |                                          |
|                           | Ogółem<br>N=387    | 43            | 11,1 | 258               | 66,7 | 86             | 22,2 |                                          |
| Niezwiazanie              | Kobiety<br>N=271   | 7             | 2,6  | 178               | 65,7 | 86             | 31,7 | $\chi^2 = 2,300$ ;<br>$p = 0,317$ (n.i.) |
|                           | Mężczyźni<br>N=116 | 3             | 2,6  | 67                | 57,8 | 46             | 39,7 |                                          |
|                           | Ogółem<br>N=387    | 10            | 2,6  | 245               | 63,3 | 132            | 34,1 |                                          |
| Splatanie                 | Kobiety<br>N=271   | 51            | 18,8 | 178               | 65,7 | 42             | 15,5 | $\chi^2 = 16,949$ ;<br>$p < 0,001$       |
|                           | Mężczyźni<br>N=116 | 4             | 3,4  | 85                | 73,3 | 27             | 23,3 |                                          |
|                           | Ogółem<br>N=387    | 55            | 14,2 | 263               | 68,0 | 69             | 17,8 |                                          |
| Sztynność                 | Kobiety<br>N=271   | 30            | 11,1 | 194               | 71,6 | 47             | 17,3 | $\chi^2 = 6,507$ ;<br>$p < 0,05$         |
|                           | Mężczyźni<br>N=116 | 4             | 3,4  | 94                | 81,0 | 18             | 15,5 |                                          |
|                           | Ogółem<br>N=387    | 34            | 8,8  | 288               | 74,4 | 65             | 16,8 |                                          |
| Chaotyczność              | Kobiety<br>N=271   | 16            | 5,9  | 150               | 55,4 | 105            | 38,7 | $\chi^2 = 2,300$ ;<br>$p = 0,317$ (n.i.) |
|                           | Mężczyźni<br>N=116 | 15            | 12,9 | 70                | 60,3 | 31             | 26,7 |                                          |
|                           | Ogółem<br>N=387    | 31            | 8,0  | 220               | 56,8 | 136            | 35,1 |                                          |
| Komunikacja               | Kobiety<br>N=271   | 45            | 16,6 | 155               | 57,2 | 71             | 26,2 | $\chi^2 = 3,631$ ;<br>$p = 0,163$ (n.i.) |
|                           | Mężczyźni<br>N=116 | 22            | 19,0 | 74                | 63,8 | 20             | 17,2 |                                          |
|                           | Ogółem<br>N=387    | 67            | 17,3 | 229               | 59,2 | 91             | 23,5 |                                          |
| Zadowolenie               | Kobiety<br>N=271   | 38            | 14,0 | 102               | 37,6 | 131            | 48,3 | $\chi^2 = 25,680$ ;<br>$p < 0,001$       |
|                           | Mężczyźni<br>N=116 | 16            | 13,8 | 74                | 63,8 | 26             | 22,4 |                                          |
|                           | Ogółem<br>N=387    | 54            | 14,0 | 176               | 45,5 | 157            | 40,6 |                                          |

Źródło: badania własne.

Zróznicowanie oceny funkcjonowania rodziny między grupami badanych mężczyzn i kobiet okazało się istotne statystycznie w podskalach zrównoważona elastyczność, splątanie sztywność oraz komunikacja i zadowolenie z życia rodzinnego. Biorąc pod uwagę fakt, że wymiar elastyczności zakłada kontinuum sztywność – zrównoważona elastyczność- chaotyczność, gdzie skrajne obszary świadczą o niezrównoważeniu, warto te trzy skale analizować łącznie (Margasiński, 2013). Badane kobiety znacząco częściej opowiadają się za zrównoważoną elastycznością relacji rodzinnych (większy odsetek wyników wysokich i przeciętnych), a mężczyźni za sztywnością, stąd wniosek, że zdrowsze relacje ro-

dzinne w tym wymiarze występowały w ocenie kobiet. W wymiarze spójności, istotne statystycznie różnice między kobietami i mężczyznami dotyczyły świadczącej o niezrównoważeniu skali splątanie. Pod tym względem bardziej zaburzone wydają się relacje rodzinne w ocenie badanych mężczyzn. Również w skalach komunikacji oraz zadowolenia z rodziny lepiej oceniają swoje rodziny kobiety.

Dla zbadania, które z czynników oceny funkcjonowania rodziny stanowią uwarunkowania religijnych postaw żywieniowych przeprowadzono analizę korelacyjną. Wybór nieparametrycznego testu Tau b Kendalla uzasadniony jest brakiem rozkładu normalnego.

**Tabela 4.** Religijne postawy żywieniowe a ocena funkcjonowania rodziny badanych studentów – analiza korelacyjna

| Skale Oceny Rodziny       | Kobiety<br>N= 271 |       |              |              | Mężczyźni<br>N=116 |              |               |              | Ogółem<br>N=387 |              |               |              |
|---------------------------|-------------------|-------|--------------|--------------|--------------------|--------------|---------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|--------------|
|                           | W2                |       | Z2           |              | W2                 |              | Z2            |              | W2              |              | Z2            |              |
|                           | Tau               | P     | Tau          | P            | Tau                | P            | Tau           | P            | Tau             | P            | Tau           | p            |
| Zrównoważona spójność     | 0,05              | 0,301 | 0,07         | 0,138        | <b>0,15*</b>       | <b>0,027</b> | <b>0,17*</b>  | <b>0,011</b> | <b>0,09*</b>    | <b>0,013</b> | <b>0,10**</b> | <b>0,009</b> |
| Zrównoważona elastyczność | 0,08              | 0,067 | 0,08         | 0,073        | <b>0,14*</b>       | <b>0,042</b> | <b>0,18**</b> | <b>0,01</b>  | <b>0,11**</b>   | <b>0,004</b> | <b>0,10**</b> | <b>0,005</b> |
| Niezwiązanie              | -0,07             | 0,098 | -0,06        | 0,148        | -0,06              | 0,404        | -0,05         | 0,447        | -0,07           | 0,054        | -0,06         | 0,105        |
| Splątanie                 | 0,06              | 0,2   | <b>0,10*</b> | <b>0,024</b> | 0,04               | 0,567        | 0,09          | 0,169        | 0,04            | 0,331        | <b>0,09*</b>  | <b>0,012</b> |
| Sztywność                 | 0,05              | 0,31  | 0,07         | 0,127        | 0,00               | 0,986        | 0,08          | 0,288        | 0,02            | 0,639        | 0,06          | 0,087        |
| Chaotyczność              | -0,05             | 0,296 | -0,01        | 0,814        | 0,02               | 0,77         | 0,05          | 0,474        | -0,02           | 0,597        | 0,01          | 0,791        |
| Komunikacja               | 0,02              | 0,705 | 0,02         | 0,675        | 0,07               | 0,316        | 0,09          | 0,176        | 0,03            | 0,346        | 0,04          | 0,325        |
| Zadowolenie               | -0,01             | 0,796 | -0,02        | 0,711        | 0,10               | 0,145        | 0,11          | 0,106        | 0,03            | 0,445        | 0,01          | 0,729        |
| Wskaźnik spójności        | 0,03              | 0,438 | 0,03         | 0,427        | 0,10               | 0,112        | 0,11          | 0,099        | 0,07            | 0,062        | 0,05          | 0,126        |
| Wskaźnik elastyczności    | 0,07              | 0,086 | 0,05         | 0,259        | 0,11               | 0,089        | 0,12          | 0,196        | <b>0,09**</b>   | <b>0,01</b>  | 0,06          | 0,076        |
| Wskaźnik ogólny           | 0,06              | 0,182 | 0,05         | 0,264        | <b>0,13*</b>       | <b>0,045</b> | <b>0,13*</b>  | <b>0,049</b> | <b>0,09*</b>    | <b>0,012</b> | <b>0,07*</b>  | <b>0,047</b> |

\* p<0,05; \*\*p<0,01

Źródło: badanie własne.

Analiza danych zawartych w tabeli 4 pozwala dostrzec zależność między religijnymi postawami żywieniowymi a zrównoważoną spójnością i elastycznością relacji rodzinnych oraz ogólnym wskaźnikiem oceny rodziny. Zależność ta jest istotna statystycznie tylko w grupie mężczyzn. Występuje również istotna statystycznie korelacja między splątaniem relacji rodzinnych a religijną postawą zewnętrzną – ta jednak dotyczy tylko kobiet. Uzyskane wyniki pozwalają zauważyć, że relacja międzyreligijnymi postawami żywieniowymi, a oceną funkcjonowania rodziny w grupie badanych studentów modyfikowane są przez płeć jako zmienną pośredniczącą. W grupie mężczyzn prawidłowe relacje rodzinne stanowią czynnik sprzyjający przestrzeganiu religijnych zasad związanych z jedzeniem (np. okresowy post, umiar w konsumpcji żywności) oraz wspieraniu innych w takiej postawie. W przypadku badanych kobiet brak jest istotnych statystycznie zależności między pozytywną oceną własnej rodziny a religijnymi postawami żywieniowymi. Splątanie relacji rodzinnych, traktowane jako niezdrowe, niezrównoważone

powiązania między członkami rodziny stanowi czynnik warunkujący postawę żywieniową, która wyraża się we wspieraniu innych w przestrzeganiu religijnych zasad związanych z jedzeniem.

## Dyskusja

Pomimo deklaracji wiary, wielu Polaków nie przywiązuje większej wagi do praktyk religijnych, jak codzienna modlitwa, uczestnictwo w niedzielnej i świątecznej mszy świętej, czy przestrzeganie piątkowego postu (Mariański, 2011; Boguszewski, 2012).

Z przeprowadzonych badań wynika, że postawy żywieniowe oparte na religijności w większym stopniu przejawiają badane kobiety, niż mężczyźni, przy czym różnice istotne statystycznie dotyczą jedynie postaw wewnętrznych. Trudno te dane odnieść do rezultatów innych badaczy, gdyż w badaniach dotyczących religijności Polaków rzadko diagnozowane są praktyki religijne związane z jedzeniem (przestrzeganiem postu, etyką umiaru). Z badań CBOS



prowadzonych w 2002 roku wynika jedynie, że 38% Polaków nie je mięsa w piątki w Wielkim Poście (O tradycjach..., 2002). Według innego raportu CBOS kobiety częściej postrzegają wiarę religijną jako wartość nadającą sens życiu (Wiara i religijność..., 2009) Nie można jednak jednoznacznie stwierdzić, że kobiety są bardziej religijne od mężczyzn (Waleś, 2014). Badania jakościowe prowadzone wśród studentów wykazały, że młodzi ludzie przeżywają swoją religijność w sposób indywidualny, opisując praktyki religijne nie zwracając uwagi na post i umiar w jedzeniu (Różański, 2015).

Wskaźniki oceny funkcjonowania rodziny istotnie wyższe są u badanych kobiet niż mężczyzn. Warto podkreślić, że opierają się one na subiektywnych ocenach respondentów, co sugeruje, że mężczyźni są bardziej krytyczni wobec członków rodzin pochodzenia. Statystycznie wyższe oceny rodziny, a także wyższe wartości postaw religijnych wobec jedzenia w przypadku kobiet można interpretować w kategoriach większego szacunku do tradycyjnych wartości.

Na uwagę zasługuje ujemna statystycznie istotna zależność postawy wegetariańskiej z religijnością. Wraz ze wzrostem religijności maleje pozytywny stosunek do diet wegetariańskich, motywowany szacunkiem dla zwierząt. Warto podkreślić związek postawy wegetariańskiej z religijną odwołując się do nauczania Kościoła. Chrześcijanizm nazywają wegetarianizm „ekoreligią” lub „parareligią”. Opozycyjna relacja przedstawicieli obydwu orientacji światopoglądowych jest jednak zdecydowanym uproszczeniem. Ekologiczne podejście nie jest obce nauczaniu Kościoła Katolickiego, czego dowodem jest postać świętego Franciszka z Asyżu (Zwoliński, 1996).

Analiza zależności między oceną funkcjonowania rodziny a postawami żywieniowymi opartymi na religijności wykazała, że prawidłowe relacje rodzinne jedynie w percepcji badanych mężczyzn sprzyjają pozytywnemu nastawieniu do praktyk religijnych związanych z jedzeniem. Wyniki te wydają się szczególnie interesujące w sytuacji, gdy to właśnie u mężczyzn odnotowano niższe wskaźniki oceny rodziny oraz mniejsze nasilenie postaw żywieniowych

związanych z religijnością. Prawdopodobnie badani mężczyźni szacunek do żywieniowych praktyk religijnych wynoszą z domu.

W literaturze religijne praktyki związane z jedzeniem badane były przede wszystkim z punktu widzenia skutków zdrowotnych. Ich związek z uwarunkowaniami rodzinnymi może być jedynie analizowany na płaszczyźnie wspólnych posiłków. Spotkania przy rodzinnym stole sprzyjają budowaniu dobrych relacji rodzinnych, często są związane z tradycyjnie przeżywanymi świętami religijnymi. Rodzinne posiłki kształtują prawidłowe nawyki żywieniowe, a jednocześnie przestrzeganie zasad umiaru związanych z religijnością dodatkowo sprzyja zdrowiu (Delormier, Frohlich, Potvin, 2009; Dell, Josephson, 2007).

Przemiany społeczno-kulturowe, związane m.in. z laicyzacją polskiego społeczeństwa, nie znajdują odzwierciedlenia w deklaracjach badanych studentów. Ponad 86% to osoby wierzące (64% jest zaangażowanych w praktyki religijne, 22% - niepraktykujących).

## Wnioski

Otrzymane wyniki uprawniają do wniosku, że deklarowany poziom religijności różnicuje natężenie postaw żywieniowych związanych z wyznawanym światopoglądem. Konsekwencją praktykowania religijności są religijne postawy wobec jedzenia, związane z przestrzeganiem postu, etyką umiaru, celebrowaniem wspólnych posiłków, szacunkiem do jedzenia. Chociaż takie postawy wynikają z przyjętego światopoglądu, a nie motywacji zdrowotnej, wydają się korzystne z punktu widzenia zdrowia.

Rodzina może mieć istotne znaczenie dla kształtowania postaw żywieniowych opartych na religijności, niemniej dotyczy to jedynie mężczyzn. Można również wnioskować o interakcji między oceną rodziny pochodzenia a płcią oraz jej roli w ustaleniu natężenia analizowanych tutaj postaw. Niemniej jednak przypuszczenie to należy zweryfikować w kolejnych badaniach empirycznych.

## Literatura:

1. Babicz-Zielińska, E., Zabrocki, R. (2007). Postawy konsumentów wobec prozdrowotnej wartości żywności. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 6(55), 81-89.
2. Baxter, H. (2001). Nibbles. Religion and Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 9(2), 137-139.
3. Boguszewski, R. (2012). *Zmiany w zakresie wiary i religijności Polaków po śmierci Jana Pawła II*. Warszawa: COBOS.
4. Borowiec, A., Lignowska, I. (2012). Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce? *Kultura i Społeczeństwo*, 2, 95-111.
5. Buczak, A. (2017). Szacunek jako element postawy wobec odżywiania – w poszukiwaniu sprawności moralnych w edukacji żywieniowej, W: I. Jazukiewicz, E. Rojewska, *Sprawności moralne a przestrzenie pedagogiczne, Rozprawy i Studia t. 954* (s. 269-283). Szczecin: Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego.
6. Collins, C., Duncanson, K., Burrows, T. (2014). A systematic review investigating associations between parenting style and child feeding behaviours. *Journal of Human Nutrition Dietetics* 7(6), 557-568. DOI: 10.1111/jhn.12192.
7. Czarnocińska, J., Jeżewska-Zychowicz, M., Babicz-Zielińska, E., Kowalkowska, J., Wądołowska, L. (2013). *Postawy względem żywności, żywienia i zdrowia a zachowania żywieniowe dziewcząt i młodych kobiet w Polsce*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

8. Dell, M.L., Josephson, A.M. (2007). Religious and spiritual factors in childhood and adolescent eating disorder and obesity. *Souther Medical Asociacion* 100(6), 628-632. DOI:10.1097/SMJ.0b013e31805fe689.
9. Delormier, T., Frohlich, K.L., Potvin, L. (2009). Food and eating as social practice – understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness* 31(2), 215-228. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2008.01128.x.
10. Demel, M. (2002). Pedagogika zdrowia. *Chowanna*, 1(18), 13-26.
11. Fox, R. (2003). Food and eating: an anthropological perspective. *Social Issues Research Center, Oxford*. Pobrane z: [www.sirc.org/publik/foxfood.pdf](http://www.sirc.org/publik/foxfood.pdf).
12. Fulkerson, J.A., Neumark-Sztainer, D., Story, M., (2006). Adolescent and parent views of family meals. *Journal of American Dietetic Asociacion*, 106, 526-532. DOI: 10.1016/j.jada.2006.01.006
13. Gawęcki, J. (2010). *Żywnienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*, T.1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
14. Holubcikova, J., Kolarcik, P., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J.P., Reijneveld, S.A., (2016). Lack of parental rule-setting on eating is associated with a wide range of adolescent unhealthy eating behaviour both for boys and girls. *BMC Public Health* 16:359. DOI: 10.1186/s12889-016-3002-4.
15. Hossain, M.Z. (2014). What does Islam say about dieting? *Journal of Religion and Health*, 53, 1003-1012. DOI: 10.1007/s10943-013-9698-x.
16. Houldcroft, L., Haycraft, E., Farrow, C. (2014). Peer and friend influences on children's eating. *Social Development*, 23(1), 19-40. DOI: 10.1111/sode.12036.
17. Jeżewska-Zychowicz, M. (2007). *Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW.
18. Kim, K.H. (2007). Religion, weight perception, and weight control behaviour. *Eating Behaviours*, 8, 121-131. DOI:10.1016/j.eatbeh.2006.03.001.
19. Konturek, S. (2013). *Fizjologia człowieka. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
20. Kozirok, W. (2015). Reklama żywności – postawy i zachowania konsumentów. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 866(39), 45-54.
21. Kucharska, A., Sińska, B., Marszałek, K., Michota-Katulska, E., Zegan, M. (2015). Wybrane elementy stylu życia wyznawców adwentyzmu i katolicyzmu. *Pielęgniarstwo Polskie* 1(55), 28-32.
22. Leszczyński, B. (2014). Znaczenie i symbolika postu. *Studia Koszalińsko-Kołobrzeskie*, 21, 135-145.
23. Maison, D. (2013). Motywy i bariery zmiany postaw i zachowań żywieniowych. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*, 3, 192-212.
24. Margasiński, A. (2013). *Skale Oceny Rodziny. Polska adaptacja FACES IV- Flexibility and Cohesion Evaluation Scales Davida H. Olsona*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
25. Margasiński, A. (2006). Rodzina w Modelu Kołowym i FACES IV Davida H. Olsona. *Nowiny Psychologiczne* 4, 69-87.
26. Mariański, J. (2011). *Katolicyzm polski, ciągłość i zmiana – studium socjologiczne*. Kraków: WAM.
27. Morris, K.D.V., Parra, G.R., Stender, S.R.S. (2011). Eating Attitudes and Behaviors Among Female College Students. *Journal of College Counseling*, 14(1), 21-33. DOI: 10.1002/j.2161-1882.2011.tb00061.x.
28. Narojek, L. (1993). *Niektóre aspekty uwarunkowań zachowań żywieniowych*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW.
29. Nastaskin, R.S., Fiocco, A.J. (2015). A survey of diet self-efficacy and food intake in students with high and low perceived stress, *Nutrition Journal* 14:42. Pobrane z: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4416420/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4416420/). DOI:10.1186/s12937-015-0026-z.
30. *O tradycjach wielkopostnych i nieświętym świętowaniu* (2002). Warszawa: CBOS.
31. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość – stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Diffin.
32. Olson, D.H. (2013). *Kwestionariusz FACES IV i Model Kołowy. Badanie walidacyjne*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
33. Rawlings, E. (2009). Choosing Health? Exploring Children's Eating Practices at Home and at School. *Antipode*, 41(5), 1085-1108.
34. Róžański, T. (2015). Oblicza religijności młodzieży studenckiej – analiza wybranych komponentów. *Pedagogia Christiana*, 1(35), 295-309.
35. Smith, M.H., Richards, P.S., Maglio, Ch.J. (2004). Examining the relationship between religious orientation and eating disturbances, *Eating Behaviours*, 5, 171-180. DOI: 10.1016/S1471-0153(03)00064-3.
36. Stalmach, M. (2015). Kontekst społeczny zdrowia i zachowań zdrowotnych. Posiłki rodzinne. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014* (s. 44-51). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
37. Steeves, E.A., Jones-Smith, J., Hopkins, L., Gittelsohn, J. (2016). Perceived social support from friends and parents for eating behavior and diet quality among low-income urban minority youth. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 48(5), 304-310. DOI: 10.1016/j.jneb.2015.12.014.

38. Tabak, I. (2015). Kontekst społeczny zdrowia i zachowań zdrowotnych. Jakość komunikacji z rodzicami. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014* (s. 32-37). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
39. Walesa, Cz. (2014). Różnice w zakresie religijności kobiet i mężczyzn. *Horyzonty Psychologii*, 4, 45-66.
40. Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311-320. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x.
41. *Wiara i religijność Polaków dwadzieścia lat po rozpoczęciu przemian ustrojowych. Komunikat z badań* (2009). Warszawa: CBOS.
42. Wojciszke, B. (2002). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
43. Woźniak, B. (2013). Regulacyjna funkcja religii a sposób odżywiania się i zdrowie osób zaangażowanych religijnie. W: B. Tobiasz-Adamczyk (red.), *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia. (Część II. Wybrane aspekty socjologii żywienia)* (s. 129-146). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
44. Ziółkowska, B. (2014). *Psychospołeczne aspekty nienormatywnej masy ciała*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
45. Zwoliński, A. (1996). *Wegetarianizm – rozmowy przy stole*. Kraków: Wydawnictwo „Gotów”.
46. Zwoliński, A. (2006). *Jedzenie w relacjach społecznych*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej.
47. Zwoliński, A. (2008). Wychowanie do umiaru. *Pedagogika Katolicka*, 2(1), 57-70.



## CHARACTERISTIC OF DEMAND FOR RECREATIONAL ACTIVITY IN ROPE PARKS OF LUBLIN PROVINCE

## CHARAKTERYSTYKA POPYTU NA AKTYWNOŚĆ REKREACYJNĄ W PARKACH LINOWYCH WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO

Anna Mazurek-Kusiak<sup>1(A,B,C,D,E,F,G)</sup>

<sup>1</sup>Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

Mazurek-Kusiak, A. (2017). Characteristic of demand for recreational activity in rope parks of Lublin Province. *Rozprawy Społeczne*, 11(4), 36-42. <https://doi.org/10.29316/rs.2017.36>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

### Summary

**Introduction.** The study was conducted using a diagnostic survey method as well as a direct questionnaire technique.

**Material and methods.** The research based on an original questionnaire that was distributed among 1202 inhabitants of Lublin Province in 2014. Statistica software ver. 13 PL, including non-parametric tests: Mann-Whitney U test (for two groups) and Kruskal-Wallis rank test, as well as a median test (for a higher number of groups) were applied for statistical computations.

**Results.** Leisure activities in rope parks are more often done by men than women. Among the studied population, 63.86% of the men and 59.04% of the women visited the rope park at least once a year. It is the young people up to 30 years old (69.11%) who exhibit the strongest demand for activities in rope parks at least once a year during their leisure time. The demand for this type of entertainment decreases with age. Besides, Lublin Province inhabitants' activity in rope parks is also dependent on one's professional status. Most clients are freelancers (73.49%). The next professional group consists of managers, directors and governors (71.88%), followed by students and pupils (69.89%).

**Conclusions.** In conclusion, it can be stated that the most likely customer in rope parks is a young man up to 30 years, doing a freelance job.

**Keywords:** rope park, recreation activity, quantitative and qualitative features, Lublin Province

### Streszczenie

**Wstęp.** Celem badań było określenie cech ilościowych i jakościowych grupy mieszkańców województwa lubelskiego korzystającej z parków linowych.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, przy wykorzystaniu techniki ankiety bezpośredniej. W badaniach wykorzystano autorską ankietę, która została przeprowadzona w 2014 roku wśród 1202 mieszkańców wyżej wymienionego województwa. Do obliczeń statystycznych wykorzystano program *Statistica*, wersję 13 PL, a w nim testy nieparametryczne: test U Manna-Whitneya (dla dwóch grup) oraz test rang Kruskala-Wallisa i test mediany (dla większej ilości grup).

**Wyniki.** Częściej z aktywności rekreacyjnej w parkach linowych korzystają mężczyźni niż kobiety. Przynajmniej raz w roku z parku linowego korzysta 63,86% mężczyzn i 59,04% kobiet. Największy popyt w parkach linowych kreują osoby młode do 30 lat, aż 69,11% z nich przynajmniej raz w roku korzysta z takiej aktywności w swoim czasie wolnym. Popyt na tę usługę zmniejsza się wraz z wiekiem. Aktywność mieszkańców województwa lubelskiego w parkach linowych jest zależna też od statusu zawodowego. Najczęściej klientami parków linowych są wykonujący wolny zawód (73,49%), menadżerowie, dyrektorzy i prezesi (71,88%) oraz uczniowie i studenci (69,89%). Najczęstszym klientem parków linowych jest młody mężczyzna do 30 lat, wykonujący wolny zawód i do tej grupy należałoby kierować oferty i promocję parków linowych.

**Wnioski.** Dalsze badania powinny skupić się na ocenie jakościowej parków linowych w opiniach respondentów, żeby podnieść jakość świadczenia usług i bardziej wypromować tę formę aktywności ruchowej.

**Słowa kluczowe:** park linowy, aktywność rekreacyjna, cechy ilościowe i jakościowe, województwo lubelskie

Tabele: 2

Ryciny: 6

Literatura: 20

Otrzymano: czerwiec 2017

Zaakceptowano: listopad 2017

**Adres korespondencyjny:** Anna Mazurek-Kusiak, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, ul. Akademicka 15, 20-950 Lublin, e-mail: [anna.mazurek@up.lublin.pl](mailto:anna.mazurek@up.lublin.pl) tel.: 81 445 66 46

**Copyright by:** Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Anna Mazurek-Kusiak

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

## Introduction

Physical activity is a key component of a healthy lifestyle. Without it, a proper psychophysical development of children and adolescents, but also adults, is impossible (Żukowska, 2008). Appropriately harmonized recreational activity positively influences on the development of the organism and health (Ok, Kyung, Bo, Hee, Eun-Ok, 2016). Physical activity affects the proper growth and posture of a young person, develops the muscles, respiratory and circulatory system, as well as increases the overall efficiency and fitness (Jarosz, 2008). Nowadays, the ever-growing civilization and urbanization of the world leads to an increase in the pace of life and the amount of time devoted to mental work (Pate et al., 1995). This reduces the amount of leisure time spent on physical activity, especially recreational activity and sports (Hudson, 2010). In this situation, it is reasonable to introduce changes in the lifestyle of Europe's inhabitants, the essential element of which is planned and organized motor activity as a means to regenerate human psychophysical forces (Koprowiak, Lubczyńska, Nowak, 2011).

In today's world, it is important to promote such forms of physical activity that are attractive both to children, adolescents and adults, while helping to create a self-fulfilling lifestyle (Ostrowska, 2006). The response to this demand may be recreation in the rope parks. This is a safe way to practice a motorized activity similar to Alpine climbing, and on the other hand, the rope parks are adapted to every age and skill of the customer. Whole families can participate in the fun. Recreation in rope parks allows to overcome the weaknesses of participants, believe in oneself, maintain good physical condition, and at the same time, have fun while spending time outdoors (King, Littb, Hale, Burnieced, Center, 2015). No specialized equipment or courses to practice this form of movement is needed (Philips, 2005), because all equipment is included in the price of the ticket, and trained instructors care for safety. The only limitation may be poor health. Rope parks usually have several routes with varying degrees of difficulty that are adapted to the age and height of the participants (Legierska, 2014).

The purpose of the paper is to determine the group of Lublin province inhabitants that uses the rope parks. Recreational activities in rope parks were analyzed in terms of gender, age, education, place of residence, and occupational status.

## Material and methods

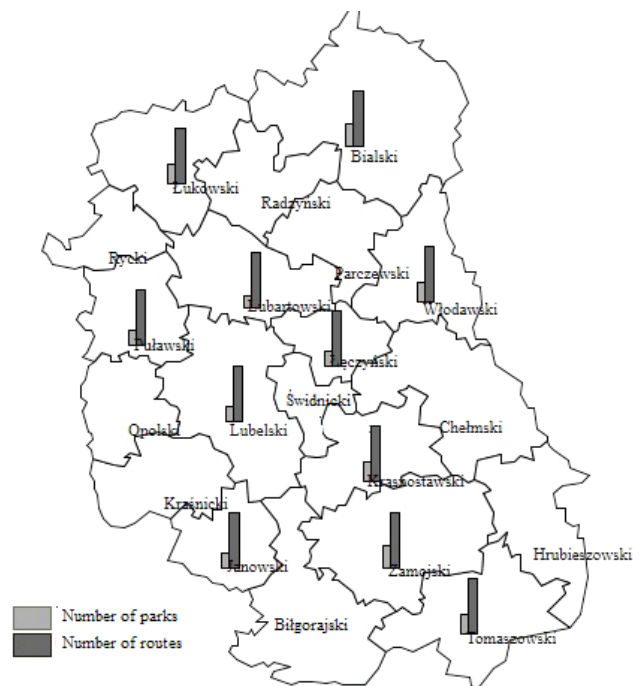
The study was conducted by the diagnostic survey method, using the direct questionnaire technique. The research used an original questionnaire, which was spread among 1202 inhabitants of Lublin province in 2014. In the preliminary stage, a random selection was used with a help of a layered test. The population was divided in terms of residential place into rural, small towns up to 20 thousand inhabitants, and cities over

20 thousand inhabitants. At the next stage, the number of women and men was proportionally determined. These actions allowed to determine the sample size, in which the confidence level was set at 0.95 and the maximum error was set at 0.05. In the subsequent stage, non-random selection was used, consisting of responding to the availability of respondents, up to a certain number of respondents in groups.

Statistica software ver. 13 PL, including non-parametric tests: Mann-Whitney U test (for two groups) and Kruskal-Wallis rank test, as well as median test (for more groups), was applied for statistical computations.

## Characteristics of the research area

Lublin province is located in Central-Eastern Poland, between the Vistula river and the Bug river (Turski, Wyszowski, 2006). This area occupies over 25 thousand square kilometers and is inhabited by nearly 2.5 million people. The province is divided into 20 counties, including four cities having the status of county (GUS, 2012).



**Map 1.** Number of rope parks along with the number of routes in particular counties of Lublin province  
Source: Own study.

The region borders on the east with Belarus and Ukraine, from the south - with the Podkarpackie province, from the west - with the Świętokrzyskie province, and from the north-west - with the Mazovian province (Turski, Wyszowski, 2006). There are both typical agricultural areas in the Lublin region (among 1 792 230 ha of agricultural land, 47% are arable land, of which more than 80% is soils of I-IV bonitation class), and urbanized ones: Lublin, Świdnik, Puławy,

Chełm, Biała Podlaska, Zamość, Biłgoraj, and Kraśnik cities (Nowak, Nowak, 1996). It is worth emphasizing that 22.7% of the above mentioned area is occupied by legally protected areas.

Based on the data presented on Map 1, two rope parks are located each in Biała Podlaska county (7 routes in total) and Zamość county (6 routes in total). One rope park each is located in the following counties: Janów Lubelski (4 routes), Krasnystaw (3 routes), Lubartów (5 routes), Lublin (4 routes), Łęczna (4 routes), Łuków (3 routes), Puławy (4 routes), Tomaszów Lubelski (3 routes), and Włodawa (3 routes). For a total of 24 counties, in 8 of them there is not even a single company offering such type of recreation.

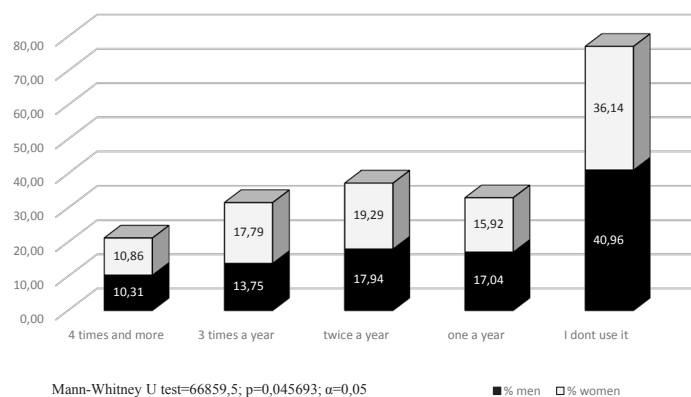
**Results**

Prior to analyzing, multivariate normality was verified by examining each variable for the normal distribution. The data did not show a normal distribution, because the W. Shapiro-Wilk test was 0.88713, while the level of  $p = 0.000$  which was lower than  $\alpha = 0.05$ , thus the hypothesis of normal distribution was rejected.

At first, two opposite hypotheses were put:

H<sub>0</sub>: frequency of the rope parks use does not depend on gender;

H<sub>1</sub>: frequency of the rope parks use depends on gender.



**Figure 1.** Frequency of the rope parks use depending on gender  
Source: Own study based on diagnostic survey and statistical analysis.

Based on data presented in Figure 1, it can be noted that 40.69% of women and 34.16% of men do not use the activity in the rope parks in Lublin province. Once a year, 15.92% of men and 17.04% of women run rope parks, twice a year - 19.29% of men and 17.94% of women go to the park, and 17.79% of surveyed men and only 13.75% of women – three times a year, whereas 4 or more times a year - 10.86% of men and 10.31% of women spends their free time in rope parks.

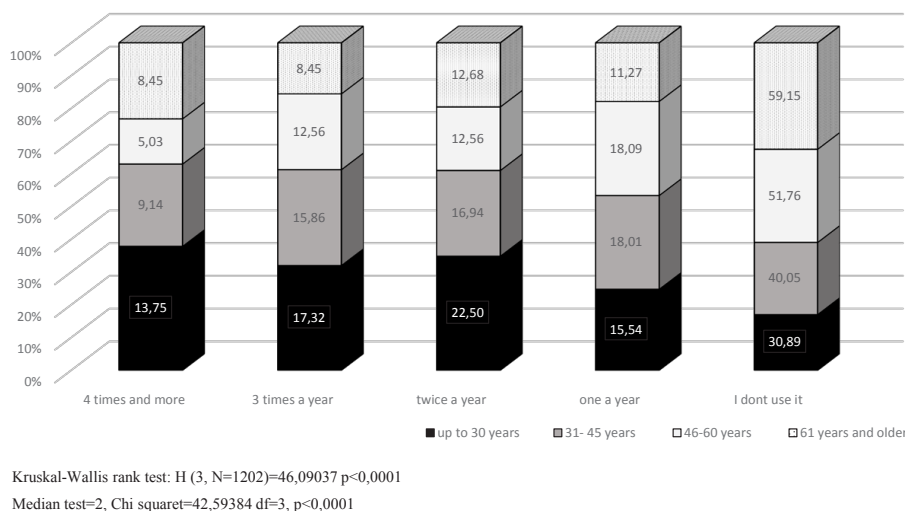
The Mann-Whitney U test is 166859.5 and the level of  $p = 0.046$ , which is less than the assumed

significance level of 0.05, thus it is true that the activity of Lublin inhabitants in rope parks is gender-dependent, namely men are more likely to use this form of physical activity than women.

For more groups, the Kruskal-Wallis rank test and median test were used. Following hypotheses have been made:

H<sub>0</sub>: frequency of the rope parks use does not depend on gender;

H<sub>1</sub>: frequency of the rope parks use depends on gender.



**Figure 2.** Frequency of the rope parks use depending on age  
Source: Own study based on diagnostic survey and statistical analysis.



For the Kruskal-Wallis test and median test, the statistical significance level is  $p = 0.00$ , which is lower than the accepted level of  $\alpha = 0.05$ , thus hypothesis  $H_0$  was rejected and hypothesis  $H_1$  accepted, which indicates that the recreational activity of the inhabitants of Lublin province in rope parks depends on age (Figure 2). The rope park activities are most often enjoyed by people under the age of 30. The largest number of people visits the rope parks twice

a year. Frequency of rope park use decreases with age. The older people, 61 years and older, are less likely to use this form of activity. Up to 59.15% of people in this age group not even once visited the rope park.

Multiple comparisons of mean scores for all samples showed that significant differences occurred between age below 30 years and the remaining age groups, as well as between 31 and 45 years vs. 46-60 years, as shown in Table 1.

**Table 1.** Multiple comparison of mean ranks for all samples depending on age

| Variable:<br>Rope parks | The p value for multiple (bilateral) comparisons<br>Kruskal-Wallis test: $H(3, N = 1203) = 46.09037$ $p = 0.0000$ |                         |                         |                                |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|
|                         | Up to 30 years<br>R:661,83                                                                                        | 31-45 years<br>R:587,19 | 46-60 years<br>R:501,81 | 61 years and older<br>R:479,99 |
| Up to 30 years          |                                                                                                                   | 0,007838                | 0,000000                | 0,000192                       |
| 31-45 years             | 0,007838                                                                                                          |                         | 0,030608                | 0,102556                       |
| 46-60 years             | 0,000000                                                                                                          | 0,030608                |                         | 1,000000                       |
| 61 years and older      | 0,000192                                                                                                          | 0,102556                | 1,000000                |                                |

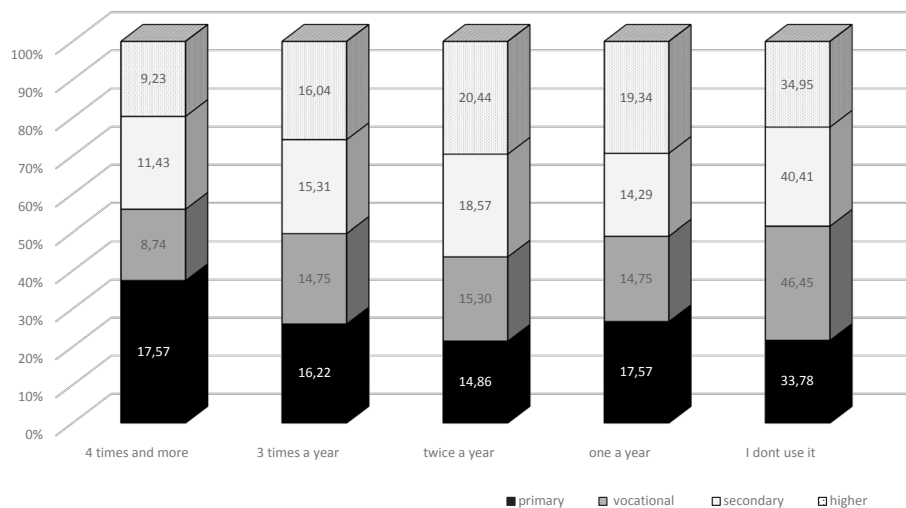
Source: Own study based on diagnostic survey and statistical analysis.

Subsequently, the activity of Lublin province inhabitants was investigated according to the education level. The results are shown in Figure 3.

$H_0$ : frequency of the rope parks use does not depend on education;

$H_1$ : frequency of the rope parks use depends on education;

For the Kruskal-Wallis test, the significance level is 0.1232, which is higher than 0.05, therefore there is no reason to reject the null hypothesis. Likewise, the median test can be interpreted that the activity in the rope parks of Lublin residents does not depend on their education level. Differences between groups are statistically insignificant.



Kruskal-Wallis test:  $H(3, N=1202)=5,772597$   $p=0,1232$   
 Median test=2, Chi square=3,307967  $df=3$   $p=0,3465$

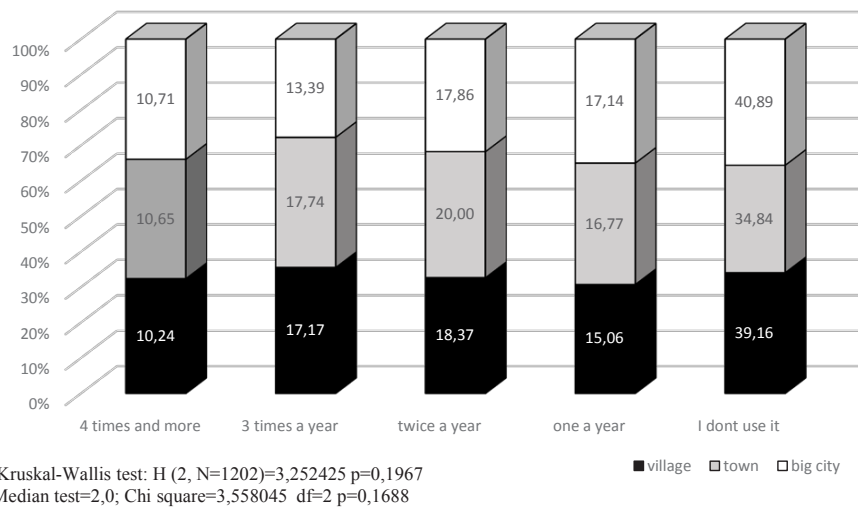
**Figure 3.** Frequency of the rope parks use depending on education

Source: Own study based on diagnostic survey and statistical analysis.

Subsequently, the frequency of rope park use was examined according to the place of residence. Two opposite hypotheses were put forward:

$H_0$ : frequency of the rope parks use does not depend on place of residence;

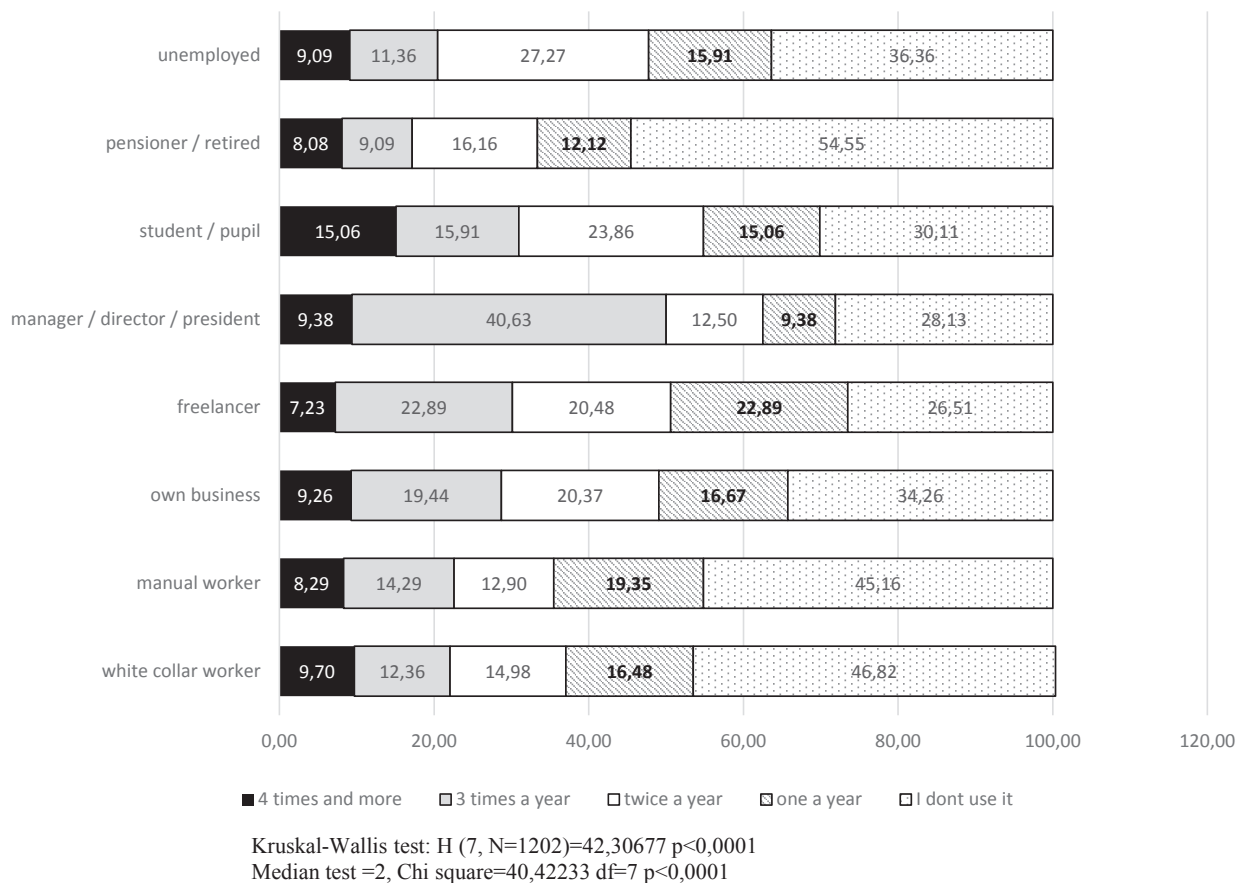
$H_1$ : frequency of the rope parks use depends on place of residence.



**Figure 4.** Frequency of the rope parks use depending on place of residence  
 Source: Own study based on diagnostic survey and statistical analysis.

For the Kruskal-Wallis test, the statistical significance level  $p$  was 0.1967 and median test 0.1688, therefore the activity of Lublin province

inhabitants in rope parks does not depend on the place of residence (Figure 4). Differences between groups are statistically insignificant.



**Figure 5.** Frequency of the rope parks use depending on occupational status  
 Source: Own study based on diagnostic survey and statistical analysis.

Subsequent hypotheses were based on the occupational status:

H\_0: frequency of the rope parks use does not depend on occupational status;

H\_1: frequency of the rope parks use depends on occupational status.

The level of  $p$ , both for the Kruskal-Wallis test and for the median test, was 0.00, so the activity of Lublin inhabitants in rope parks is dependent on the occupational status of the residents, as the test  $p$  level is less than the assumed significance

level of 0.05. Most often, freelancers, managers, directors and president, pupils, and students are the customers of rope parks. Less often, rope parks are used by pensioners, which is probably due to their health (Figure 5).

**Table 2.** Multiple comparison of mean ranks for all samples depending on occupational status of respondents

| Variable:<br>Rope parks        | The $p$ value for multiple comparisons;<br>Independent variable (grouping): education<br>Kruskal-Wallis test: $H(7, N = 1202) = 42.30677$ $p = 0.0000$ |                              |                             |                       |                                                |                                |                                    |                        |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------|
|                                | white collar<br>worker<br>R:547,33                                                                                                                     | manual<br>worker<br>R:550,35 | own<br>business<br>R:629,27 | freelance<br>R:657,98 | manager/<br>director/<br>president<br>R:721,77 | student<br>/ pupil<br>R:668,91 | pensioner /<br>retired<br>R:503,19 | unemployed<br>R:602,26 |
| white collar worker            |                                                                                                                                                        | 1,000000                     | 1,000000                    | 0,313549              | 0,202361                                       | 0,000446                       | 1,000000                           | 1,000000               |
| manual worker                  | 1,000000                                                                                                                                               |                              | 1,000000                    | 0,455872              | 0,255162                                       | 0,002123                       | 1,000000                           | 1,000000               |
| own business                   | 1,000000                                                                                                                                               | 1,000000                     |                             | 1,000000              | 1,000000                                       | 1,000000                       | 0,253323                           | 1,000000               |
| freelancer                     | 0,313549                                                                                                                                               | 0,455872                     | 1,000000                    |                       | 1,000000                                       | 1,000000                       | 0,076545                           | 1,000000               |
| manager / director / president | 0,202361                                                                                                                                               | 0,255162                     | 1,000000                    | 1,000000              |                                                | 1,000000                       | 0,054844                           | 1,000000               |
| student / pupil                | 0,000446                                                                                                                                               | 0,002123                     | 1,000000                    | 1,000000              | 1,000000                                       |                                | 0,000760                           | 1,000000               |
| pensioner / retired            | 1,000000                                                                                                                                               | 1,000000                     | 0,253323                    | 0,076545              | 0,054844                                       | 0,000760                       |                                    | 1,000000               |
| unemployed                     | 1,000000                                                                                                                                               | 1,000000                     | 1,000000                    | 1,000000              | 1,000000                                       | 1,000000                       | 1,000000                           |                        |

Source: Own study based on diagnostic survey and statistical analysis.

Multiple comparison of mean ranks for all samples showed that significant differences exist between pupils and students, mental and physical workers, as well as between pupils and students vs. pensioners and retired, as shown in Table 2.

## Discussion and conclusions

The lifestyle studies in the meaning of motor recreation most often involve children and adolescents and older people, with far fewer studies on adults. There is also no research on the activity of Poles in rope parks (Lipko, 2013).

The first rope parks in Poland were created in 2005 in the number of 4, and three years later there were already 45, and by the end of 2012 there were 170 in Poland (Kruczek, 2011), however, they are often associated with "entertainment" and not with recreation (Leśny, 2014). In opinion of Palamer-Karbacińska, Leśna (2012), rope parks should develop and educate people and teach them to work in groups. In the USA, Canada, Germany, and France, rope parks are most often built in educational and sociotherapeutic centers (Leśny, 2013). According to Leśna (2014), exercises in rope parks shape the character of a person, teach the teamwork, and have a great impact on the health and physical development of man. Philips' survey (2005) shows that rope park recreation is suitable for people of all ages.

## References:

- GUS (2012). Rocznik Statystyczny Województwa Lubelskiego. Lublin: GUS.
- Hudson, S. (2010). Wooing zoomers: Marketing to the mature traveler. *Marketing Intelligence and Planning*, 28(4), 444-461.

Studies by Mogiła-Lisowska (2010) revealed that degree of urbanization does not affect the frequency of participation in motor activity, which is confirmed by own research. Activity in rope parks is dependent on the gender, age and professional status of respondents, but does not depend on their education and place of residence.

The results provide the following conclusions:

- Leisure activities in rope parks are more often used by men than women. Among the studied population, 63.86% of men and 59.04% of women use the rope park at least once a year.
- The largest demand in rope parks is created by young people up to 30 years old as 69.11% of them use it at least once a year during their free time. The demand for this service decreases with age, because among people over 61 years that do not use this activity, there are as much as 59.15% of respondents.
- Activity of Lublin province inhabitants in rope parks is also dependent on professional status. Largest number of clients are freelancers (73.49%). The next professional group consists of managers, directors and governors (71.88%), followed by students and pupils (69.89%).

In conclusion, it can be stated that a young man up to 30 years old, performing a freelance occupation is the most frequent customer of rope parks.



3. Jarosz, M. (2008). *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczącego zdrowego stylu życia*. Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia.
4. King, D.K., Littb, J., Hale, J. Burnieced, K.M., Center, C.R. (2015). The park a tree built': Evaluating how a park development project impacted where people play. *Urban Forestry & Urban Greening*, 14, 293–299. doi.org/10.1016/j.ufug.2015.02.011
5. Koprowiak, E., Lubczyńska, A., Nowak, B., (2011). Styl życia osób podejmujących wspinaczkę wysokogórską wybrane aspekty. *Ekonomiczne Problemy Usług*, 78, 46-47.
6. Kruczek, Z. (2011). Gnieźnieńskie Forum Ekspertów Turystyki Kulturowej. W jakim kierunku zmierza rozwój nowych atrakcji, jakie czynniki determinować będą ich treść i formę? *Turystyka Kulturowa*, 11, 37–4.
7. Legierska, M. (2014). Dawka adrenaliny dla wszystkich. W: W. Franczukowski (red.), *Polskie parki rozrywki* (s. 48–49). Poznań: Press-Forum.
8. Leśny, A. (2014). Działania w parkach linowych – rozrywka czy edukacja? W: A. Bąk, A. Leśny, E. Palamer-Kabacińska (red.), *Przygoda w edukacji i edukacja w przygodzie. Outdoor i adventure education w Polsce* (s. 300-317). Warszawa: Wydawnictwo Fundacja Pracownia Nauki i Przygody.
9. Leśny, A. (2013). Parki linowe w edukacji – możliwości budowania kapitału społecznego w lesie. *Studia i Materiały CEPL w Rogowie*, 34/1, 65-73.
10. Lipko, M. (2013). Physical recreation, lifestyle and health of people living in rural areas, *Turystyka i Rekreacja*, 10, 157-162.
11. Mogiła-Lisowska, J. (2010). *Rekreacyjna aktywność ruchowa dorosłych Polaków - uwarunkowania i styl uczestnictwa*. Warszawa: AWF.
12. Nowak, M., Nowak, J. (1996). *Lubelszczyzna*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
13. Ok, K.H., Kyung, M.S., Bo, G.L., Hee, W.C., Eun-Ok, I., (2016). Transtheoretical Model Based Exercise Counseling Combined with Music Skipping Rope Exercise on Childhood Obesity. *Asian Nursing Research*, 10, 116-122.
14. Ostrowska, U. (2006). Aksjologiczne podstawy wychowania. W: B. Śliwerski (red.), *Pedagogika* (s.96-132). Gdańsk: GWP.
15. Palamer-Kabacińska, E., Leśny, A. (red.) (2012). *Edukacja z przygodą. Outdoor i Adventure Education w Polsce: teoria, przykłady, konteksty*. Wrocław: Wydawnictwo Fundacja Pracownia Nauki i Przygody.
16. Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G.W., King, A.C., Kriska, A., Leon, A.S., Marcus, B.H., Morris, J., Paffenbarger, R.S., Patric, K., Pollack, M.L., Rippe, J.M., Sallis, J., Wilmore, J.H. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College and Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 15, 273, 402–407.
17. Philips, K. (ed.) (2005). *Basic technical rescue*. Arizona: Grand Canyon National Park.
18. Turski, S., Wyszowski, M. (2006). *Lubelszczyzna przewodnik*. Lublin: Wydawnictwo BESPOL.
19. Zawadzka, B. (2011). Aktywność fizyczna dorastającej młodzieży warunkiem lepszej jakości życia. W: Z. Żukowska, R. Żukowski (red.), *Zdrowie – ruch – fair play* (s. 38-52). Warszawa: Wydawnictwo Estrella.
20. Żukowska, Z. (2008). Aktywność fizyczna w prozdrowotnym stylu życia współczesnego człowieka. W: A. Kaźmierczak, A. Maszorek-Szymala, W. Dębowska (red.), *Kultura fizyczna i zdrowotna współczesnego człowieka – teoretyczne podstawy i praktyczne implikacje* (s. 10-11). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

# OGRANICZENIA W CODZIENNYCH CZYNNOŚCIACH SPOWODOWANE BÓLAMI KRZYŻA ROLNIKÓW INDYWIDUALNYCH Z PÓŁNOCNEJ LUBELSZCZYZNY

## RESTRICTIONS IN DAILY ACTIVITIES CAUSED BY THE BACKACHE SUFFERED BY FARMERS FROM NORTHERN LUBLIN PROVINCE

Dorota Tomczyszyn<sup>1(B,C,D,E,F)</sup>, Anna Pańczuk<sup>2(B,C,D,E,F)</sup>, Leszek Solecki<sup>3(A,C,D,E)</sup>

<sup>1</sup>Zakład Socjologii, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

<sup>2</sup>Zakład Fizjoterapii, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

<sup>3</sup>Zakład Zdrowia Publicznego, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Tomczyszyn, D., Pańczuk, A., Solecki, L. (2017). Ograniczenia w codziennych czynnościach spowodowane bólami krzyża rolników indywidualnych z północnej Lubelszczyzny. *Rozprawy Społeczne*, 11(4), 43-49. <https://doi.org/10.29316/rs.2017.37>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

### Streszczenie

**Wstęp.** Celem badań była analiza ograniczeń w wykonywaniu codziennych osobistych czynności rolników indywidualnych, odczuwających ból w dolnej części kręgosłupa.

**Materiał i metody.** Przebadano 108 mężczyzn pracujących w zawodzie rolnika w północnej części województwa lubelskiego. Do oceny ograniczeń w codziennych czynnościach spowodowanych bólami krzyża wykorzystano The Oswestry Disability Index, zwanym również The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire

**Wyniki.** Wśród badanej grupy wyłoniono 93 osoby, które odczuwały ból w dolnej części kręgosłupa, co stanowiło 86% wszystkich badanych. Ograniczenia spowodowane bólami krzyża i/lub nasilenie dolegliwości bólowych, badani rolnicy najczęściej zgłosili w odniesieniu do dźwigania/podnoszenia oraz stania (po 83,9%). Im dłuższy staż pracy na roli, tym częściej rolnicy odczuwają ból podczas podnoszenia ciężarów, siedzenia czy podróżowania.

**Wnioski.** Ważnym zadaniem staje się propagowanie wśród rolników możliwości uczestniczenia w programach promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej z zakresu ergonomii pracy.

**Słowa kluczowe:** bóle kręgosłupa, ergonomia pracy, czynności codzienne, rolnicy

### Summary

**Introduction.** The study aims to analyse the limitations of daily personal activities of farmers who experience pain in the lower part of the spine.

**Material and methods.** 108 men working as farmers in the northern part of Lublin Province were examined. The Oswestry Disability Index, also known as The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire, was used to assess the limitations in daily activities caused by backaches.

**Results.** Within the studied group, 93 people were identified as those suffering from lower back pain, which accounted for 86% of all the examined. The limitations caused by backaches and/or aggravation of pain, were reported by the surveyed farmers most frequently in relation to carrying or lifting heavy objects as well as standing (83.9%). The longer the farmers worked on the farm, the more often they felt pain while lifting weights, sitting or travelling.

**Conclusions.** It is vital to promote opportunities of health promotion and education programmes in farmers in the field of ergonomics.

**Keywords:** spine pain, work ergonomics, daily activities, farmers

Tabele: 4

Ryciny: 2

Literatura: 12

Otrzymano: lipiec 2017

Zaakceptowano: sierpień 2017

### Wstęp

Dolegliwości mięśniowo-szkieletowe są w Europie najbardziej rozpowszechnionym problemem zdrowotnym związanym z pracą zawodową. Prawie 24% pracowników z państw UE-25 skarży się na bóle kręgosłupa, a 22% na bóle mięśniowe. Schorzenia te są najbardziej powszechne w nowych państwach członkowskich, gdzie występują odpowied-

nio u 39% i 36% pracowników (Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, 2007).

Przeciążenia kręgosłupa osób pracujących fizycznie dotyczą najczęściej odcinka lędźwiowego kręgosłupa (Gałuszka i in., 2015). Schorzenia tej części kręgosłupa występują w wielu gałęziach przemysłu i wielu zawodach, jednak najczęściej obserwowane są wśród: rolników, robotników budowlanych, cieśli, kierowców (w tym kierowców ciężarówek

**Adres korespondencyjny:** Dorota Tomczyszyn, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Socjologii, ul. Sidorska 102, 21-500 Biała Podlaska, e-mail: tomczyszyn@o2.pl, tel. 83 344 99 11

**Copyright by:** Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Dorota Tomczyszyn, Anna Pańczuk, Leszek Solecki

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

i traktorzystów), pielęgniarek, sprzątaczek, itp. Osoby zatrudnione w rolnictwie narażone są na działanie wielu szkodliwych czynników środowiskowych. Do zagrożeń fizycznych i stresorów występujących w tym zawodzie należą m.in.: podnoszenie i przenoszenie ciężkich przedmiotów, ryzyko potknięcia i upadku na nierównym i śliskim podłożu, ryzyko wypadku spowodowane przez nagłe, nieprzewidywalne zachowania zwierząt, narażenie na hałas i wibracje przenoszone z pojazdów i mechanicznych urządzeń rolniczych na ciało (Solecki, 2014a)

Ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu rolników spowodowane bólami lędźwiowego odcinka kręgosłupa stały się zjawiskiem powszechnym. Ten problem społeczny i medyczny dość często opisywany jest w literaturze (Depa, Drużbicki, 2008, Rutkowska, 2003, Gałuszka i in., 2015, Solecki, 2014a, Solecki, 2014b). Rzadziej zwraca się uwagę na charakterystykę i specyfikę samych ograniczeń, zwłaszcza tych, które dotyczą codziennych, osobistych czynności każdego człowieka, typu: samoobsługa, siedzenie, stanie, chodzenia, podróżowanie i itp.

## Cel pracy

Celem badań była analiza ograniczeń w wykonywaniu codziennych, osobistych czynności wśród rolników indywidualnych, odczuwających bóle w dolnej części kręgosłupa z uwzględnieniem stażu pracy badanych rolników.

## Materiał i metoda

W badaniach wzięło udział 108 mężczyzn pracujących w zawodzie rolnika w północnej części województwa lubelskiego. Gospodarstwa badanych rolników miały powierzchnię nie mniejszą niż 10 ha. W doborze grupy badawczej założono także, że praca w rolnictwie stanowi jedyny wykonywany zawód. Wśród tej grupy wyłoniono 93 osoby, które odczuwały bóle w dolnej części kręgosłupa, co stanowiło 86% wszystkich badanych. Dalsze analizy dotyczą tej grupy rolników, czyli 93 osób.

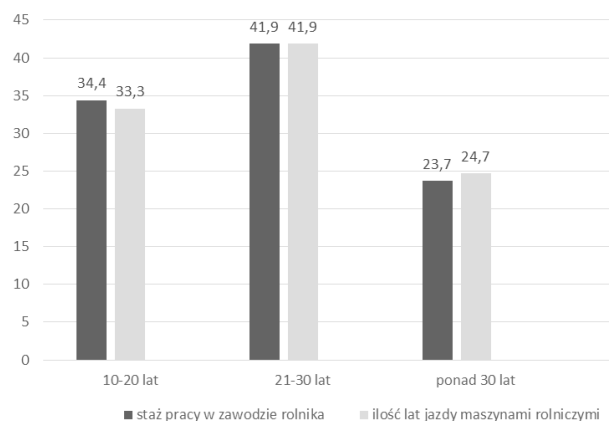
W badaniach zastosowano ankietę zawierającą pytania dotyczące wieku respondentów, aktualnego obszaru gospodarstwa i rodzaju produkcji rolnej, liczby lat pracy w zawodzie rolnika, liczby lat jazdy ciągnikami rolniczymi (maszynami samojezdnymi) i kierowania ciągnikiem w pozycji z tułowiem skręconym do tyłu (obserwując pracę za ciągnikiem), oceny przez rolników ciężkości pracy we własnym gospodarstwie oraz ukończonych kursów doszkalających dotyczących wykonywanego zawodu. Do oceny ograniczeń w codziennych czynnościach spowodowanych bólami krzyża wykorzystano pytania zawarte w Kwestionariuszu oceny niepełnosprawności wywołanej bólami krzyża (The Oswestry Disability Index, zwanym również The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire), w którym badani oceniali ból i/lub ograniczenia występujące w ciągu ostatniego tygodnia. Kwestionariusz ten składa

się z dziesięciu domen, obejmujących: nasilenie bólu, samoobsługę, dźwiganie/podnoszenie, chodzenie, siedzenie, stanie, sen, życie seksualne, funkcjonowanie społeczne, podróżowanie.

Uzyskane dane zaprezentowano w postaci wartości procentowych. Do analizy ograniczeń w poszczególnych czynnościach względem stażu pracy w rolnictwie wykorzystano test nieparametryczny Chi<sup>2</sup> Pearsona. Jako wartość stanowiącą istotność statystyczną różnic przyjęto  $p \leq 0,05$ .

## Charakterystyka rolników, którzy odczuwali bóle w dolnej części kręgosłupa (N=93)

Badani rolnicy byli w wieku  $46,9 \pm 10,8$  lat (zakres: 22-70 lat). Zajmowali się produkcją mieszaną (o charakterze roślinno-zwierzęcym). Posiadali średnio  $29,0 \pm 19,5$  ha ziemi wraz z gruntami dzierżawionymi. Staż pracy rolników w zawodzie to średnio  $25,5 \pm 10,5$  lat. Ciągnikami rolniczymi (i maszynami samojezdnymi) jeździło 91 osób, średnio  $25,2 \pm 10,1$  lat (zakres: 0-50 lat).



**Rycina 1.** Staż pracy w zawodzie i ilość lat jazdy maszynami rolniczymi (%)

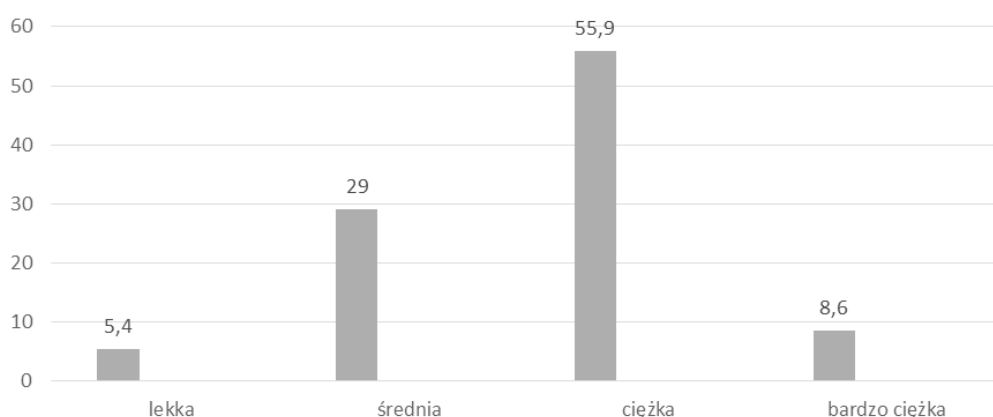
Źródło: badania własne.

Jak wynika z danych przedstawionych na wykresie 1 staż pracy w rolnictwie jest zbliżony do liczby lat jazdy maszynami rolniczymi. W związku z tym założono, że od początku swojej pracy w zawodzie mężczyźni jeździli maszynami rolniczymi. Najliczniejszą grupę stanowili badani pracujący w zawodzie rolnika i jeżdżący maszynami rolniczymi od 21 do 30 lat. Kolejna grupa to rolnicy pracujący i jeżdżący ciągnikami do 20 lat.

Z dalszych analiz wynika, że zdecydowana większość - 80 osób (87,9%) jeździła ciągnikiem z tułowiem skręconym do tyłu, obserwując pracę za ciągnikiem, a tylko 11 rolników (12,1%) podczas jazdy ciągnikiem nie skręcało tułowia do tyłu.

Blisko połowa badanej grupy uczestniczyła w różnych specjalistycznych kursach doszkalających (46 osób, co stanowi 49,5%). Były to zazwyczaj kursy kwalifikacji rolniczej; na przykład kurs kombajnisty, kurs chemizacyjny, hodowli krów mlecznych także studia na kierunkach rolniczych.





**Rycina 2.** Ocena pracy we własnym gospodarstwie rolnym (%)  
Źródło: badania własne.

Dokonując oceny pracy we własnym gospodarstwie rolnym, największa część grupy sugerowała, że praca rolnika jest ciężka 55,9%, co trzecia osoba wskazywała, że jest lekka lub średnia 34,9%. Pozostałe 8,6% badanych oceniało ją jako bardzo ciężką.

## Wyniki

Wyniki dokonanej przez badanych rolników oceny bólu i/lub ograniczeń wywołanych bólami

krzyża, występujących w ciągu ostatniego tygodnia, zamieszczono w tabeli 1. Oceniając nasilenie bólu krzyża w ciągu ostatniego tygodnia, większość badanych (60,2%) oświadczyła, iż ból, który odczuwali był do zniesienia lub był nieprzyjemny, ale można go było znieść bez potrzeby brania środków przeciwbólowych. Zastosowanie środków przeciwbólowych, które przyniosły zupełną ulgę w bólu zadeklarowało 30,1% badanych, a 8,6% oświadczyło, iż środki przeciwbólne przyniosły umiarkowaną ulgę.

**Tabela 1.** Ocena bólu i/lub ograniczeń wywołanych bólami krzyża, występujących w ciągu ostatniego tygodnia wśród badanych rolników (pytania na podstawie kwestionariusza oceny niepełnosprawności wywołanej bólami krzyża - The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire)

| Nasilenie bólu                                                                                                                     | %    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Mogę znieść ból, który odczuwam bez potrzeby zażywania środków przeciwbólowych                                                     | 30,1 |
| Ból jest nieprzyjemny, ale mogę go znieść bez brania środków przeciwbólowych                                                       | 30,1 |
| Środki przeciwbólne przynoszą zupełną ulgę w bólu                                                                                  | 30,1 |
| Środki przeciwbólne przynoszą umiarkowaną ulgę w bólu                                                                              | 8,6  |
| Środki przeciwbólne przynoszą niewielką ulgę w bólu                                                                                | 0,0  |
| Środki przeciwbólne nie zmniejszają bólu i dlatego ich nie używam                                                                  | 1,1  |
| <b>Samoobsługa (mycie się, ubieranie itd.)</b>                                                                                     |      |
| Mogę wykonywać czynności samoobsługowe normalnie, bez powodowania dodatkowego bólu                                                 | 52,7 |
| Mogę wykonywać czynności samoobsługowe normalnie, ale powoduje to dodatkowy ból                                                    | 23,7 |
| Czynności samoobsługowe powodują ból, więc jestem powolny i ostrożny przy ich wykonywaniu                                          | 16,1 |
| Czasem potrzebuję pomocy, ale większość czynności samoobsługowych wykonuję sam                                                     | 7,5  |
| Potrzebuję codziennej pomocy przy wykonywaniu większości czynności samoobsługowych                                                 | 0,0  |
| Nie jestem w stanie się ubrać, myję się z trudnością i pozostaję w łóżku                                                           | 0,0  |
| <b>Dźwiganie/podnoszenie</b>                                                                                                       |      |
| Mogę podnosić ciężkie przedmioty bez dodatkowego bólu                                                                              | 16,1 |
| Mogę podnosić ciężkie przedmioty, ale sprawia to ból                                                                               | 54,8 |
| Ból nie pozwala mi podnosić ciężkich przedmiotów z podłogi, ale mogę to robić gdy są odpowiednio ułożone, np. na stole             | 15,1 |
| Ból nie pozwala mi podnosić ciężkich przedmiotów z podłogi, ale mogę podnosić lekkie lub średniej wagi, gdy są odpowiednio ułożone | 10,8 |
| Mogę podnosić jedynie bardzo lekkie przedmioty                                                                                     | 1,1  |
| Nie mogę dźwigać ani nosić żadnych ciężarów                                                                                        | 2,1  |
| <b>Chodzenie</b>                                                                                                                   |      |
| Ból nie przeszkadza mi w pokonywaniu dowolnych dystansów                                                                           | 48,4 |
| Ból przeszkadza mi w pokonywaniu dystansów dłuższych niż kilometr                                                                  | 36,6 |

|                                                                                                        |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ból przeszkadza mi w pokonywaniu dystansów dłuższych niż pół kilometra                                 | 8,6  |
| Ból przeszkadza mi w pokonywaniu dystansów dłuższych niż 250 metrów                                    | 6,4  |
| Mogę chodzić jedynie używając laski lub kul                                                            | 0,0  |
| Większość czasu leżę w łóżku i muszę czołgać się, kiedy chcę pójść do toalety                          | 0,0  |
| <b>Siedzenie</b>                                                                                       |      |
| Mogę siedzieć na dowolnym krześle tak długo, jak chcę                                                  | 24,7 |
| Tylko na moim ulubionym krześle mogę siedzieć tak długo jak chcę                                       | 15,1 |
| Ból przeszkadza mi w siedzeniu dłuższym niż 1 godzina                                                  | 43,0 |
| Ból przeszkadza mi w siedzeniu dłuższym niż pół godziny                                                | 15,1 |
| Ból przeszkadza mi w siedzeniu dłuższym niż 10 minut                                                   | 1,1  |
| Ból w ogóle nie pozwala mi siedzieć                                                                    | 1,1  |
| <b>Stanie</b>                                                                                          |      |
| Mogę stać tak długo jak chcę i nie powoduje to dodatkowego bólu                                        | 16,1 |
| Mogę stać tak długo jak chcę, ale powoduje to dodatkowy ból                                            | 34,4 |
| Ból nie pozwala mi stać dłużej niż 1 godzinę                                                           | 21,5 |
| Ból nie pozwala mi stać dłużej niż 30 minut                                                            | 22,6 |
| Ból nie pozwala mi stać dłużej niż 10 minut                                                            | 5,4  |
| Ból w ogóle nie pozwala mi stać                                                                        | 0,0  |
| <b>Sen</b>                                                                                             |      |
| Ból w ogóle nie zaburza mojego snu                                                                     | 59,1 |
| Śpię dobrze tylko wtedy, kiedy zażyję tabletki                                                         | 21,5 |
| Nawet kiedy wezmę tabletki, śpię mniej niż 6 godzin                                                    | 15,1 |
| Nawet kiedy wezmę tabletki, śpię mniej niż 4 godziny                                                   | 1,1  |
| Nawet kiedy wezmę tabletki, śpię mniej niż 2 godziny                                                   | 1,1  |
| Ból w ogóle nie pozwala mi spać                                                                        | 2,1  |
| <b>Życie seksualne</b>                                                                                 |      |
| Moje życie seksualne wygląda tak jak zwykle i nie powoduje dodatkowego bólu                            | 57,0 |
| Moje życie seksualne wygląda tak jak zwykle, ale powoduje nasilenie bólu                               | 23,7 |
| Moje życie seksualne wygląda w przybliżeniu tak jak zwykle, ale powoduje znaczne nasilenie bólu        | 9,7  |
| Moje życie seksualne jest mocno ograniczone przez ból                                                  | 5,4  |
| Moje życie seksualne prawie nie istnieje z powodu bólu                                                 | 2,1  |
| Ból w ogóle nie pozwala mi prowadzić życia seksualnego                                                 | 2,1  |
| <b>Funkcjonowanie społeczne</b>                                                                        |      |
| Moje funkcjonowanie społeczne jest takie jak zawsze i nie powoduje dodatkowego bólu                    | 44,1 |
| Moje funkcjonowanie społeczne jest takie jak zawsze, ale powoduje nasilenie bólu                       | 26,9 |
| Ból nie ma dużego wpływu na moje funkcjonowanie społeczne z wyjątkiem tańca wymagającego dużej energii | 15,1 |
| Ból ogranicza moje funkcjonowanie społeczne i nie wychodzę już tak często jak kiedyś                   | 12,9 |
| Ból ograniczył moje funkcjonowanie społeczne do mojego domu                                            | 0,0  |
| Nie prowadzę w ogóle życia społecznego z powodu bólu                                                   | 1,1  |
| <b>Podróżowanie</b>                                                                                    |      |
| Mogę podróżować wszędzie i nie powoduje to dodatkowego bólu                                            | 30,1 |
| Mogę podróżować wszędzie, ale powoduje to dodatkowy ból                                                | 30,1 |
| Ból jest nieprzyjemny, ale jestem w stanie podróżować dłużej niż 2 godziny                             | 30,1 |
| Ból ogranicza mnie do podróży krótszych niż 1 godzina                                                  | 8,6  |
| Ból ogranicza mnie do niezbędnych podróży krótszych niż 30 minut                                       | 0,0  |
| Ból nie pozwala mi w ogóle podróżować z wyjątkiem wizyt u lekarza lub w szpitalu                       | 1,1  |

Źródło: badania własne.

Spośród analizowanych czynności, ograniczenia spowodowane bólami krzyża i/lub nasilenie dolegliwości bólowych, badani najczęściej zgłosili w odniesieniu do dźwigania/podnoszenia oraz stania (po 83,9%). W dalszej kolejności było to siedzenie (75,3%), podróżowanie (69,9%), funkcjonowanie

społeczne (55,9%) i chodzenie (51,6%). Mniej niż połowa badanych oświadczyła, iż ból krzyża powodował ograniczenia i/lub nasilenie bólu w odniesieniu do samoobsługi (mycia się, ubierania itd.) (47,3%), życia seksualnego (43,0%) oraz snu (40,9%).

W zakresie dźwigania/podnoszenia, które wraz ze staniem było czynnością przy wykonywaniu której najczęściej zgłaszano ograniczenia, 54,8% badanych rolników zadeklarowało, iż może podnosić ciężkie przedmioty, ale sprawia im to ból. Co czwarty badany oświadczył, że ból nie pozwala podnosić ciężkich przedmiotów z podłogi, ale może to robić, gdy są odpowiednio ułożone, np. na stole (15,1%) lub może podnosić przedmioty lekkie lub średniej wagi, gdy są odpowiednio ułożone (10,8%). Oceniając ograniczenia dotyczące stania, najliczniejsza grupa badanych oświadczyła, iż może stać tak długo jak chce, ale powoduje to dodatkowy ból (34,4%). Ból krzyża nie pozwala stać dłużej niż 1 godzinę 21,5% badanych,

dłużej niż 30 minut 22,6%, natomiast 5,4% zadeklarowało, iż nie są w stać dłużej niż 10 minut.

Badani rolnicy najrzadziej zgłaszali ograniczenia dotyczące snu. Wśród osób, które zgłosiły zaburzenia snu spowodowane bólami krzyża, najliczniejsza grupa oświadczyła, iż śpi dobrze tylko wtedy, kiedy zażyje tabletki (21,5% ogółu); 15,1% badanych nawet kiedy weźmie tabletki, śpi mniej niż 6 godzin, a 4,4% po zażyciu tabletek śpi krócej niż 2-4 godziny lub ból nie pozwala im spać.

Analiza ograniczeń w poszczególnych czynnościach względem stażu pracy w rolnictwie wykazała istotne zależności w odniesieniu do dźwigania/podnoszenia (tab. 2), siedzenia (tab. 3) oraz podróżowania (tab. 4).

**Tabela 2.** Ograniczenia w podnoszeniu ciężarów/dźwiganiu a staż pracy w rolnictwie (%)

| Dźwiganie/podnoszenie                                                                                                              | Od 10 do 20 lat | Od 21 do 30 lat | Ponad 30 lat |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Mogę podnosić ciężkie przedmioty bez dodatkowego bólu                                                                              | 28,1            | 12,8            | 4,6          |
| Mogę podnosić ciężkie przedmioty, ale sprawia to ból                                                                               | 53,1            | 59,0            | 50,0         |
| Ból nie pozwala mi podnosić ciężkich przedmiotów z podłogi, ale mogę to robić gdy są odpowiednio ułożone, np. na stole             | 15,6            | 15,4            | 13,6         |
| Ból nie pozwala mi podnosić ciężkich przedmiotów z podłogi, ale mogę podnosić lekkie lub średniej wagi, gdy są odpowiednio ułożone | 3,1             | 12,8            | 18,2         |
| Mogę podnosić jedynie bardzo lekkie przedmioty                                                                                     | 0,0             | 0,0             | 4,6          |
| Nie mogę dźwigać ani nosić żadnych ciężarów                                                                                        | 0,0             | 0,0             | 9,1          |
| Razem                                                                                                                              | 100,0           | 100,0           | 100,0        |

Chi kwadrat Pearsona 17,919, df=10, p=0,05

Źródło: badania własne.

Istnieje niewielka zależność pomiędzy możliwością podnoszenia ciężarów a stażem pracy w rolnictwie. W każdej z wyodrębnionych grup stażu pracy największy odsetek badanych rolników wskazywał, iż odczuwają ból przy podnoszeniu ciężkich przedmiotów. Jedynie wśród rolników o stażu pracy ponad 30 lat wystąpiły osoby zgłaszające fakt, że nie

mogą dźwigać żadnych przedmiotów lub tylko lekkie przedmioty. Im większy staż pracy tym większy odsetek tych osób, którym ból nie pozwala podnosić ciężkich przedmiotów z podłogi. W grupie rolników o najmniejszym stażu pracy (od 10 do 20 lat) najczęściej wskazywano, że podnoszenie przedmiotów nie sprawia żadnego bólu. (Tab. 2)

**Tabela 3.** Ograniczenia w czynności siedzenia a staż pracy w rolnictwie (%)

| Siedzenie                                                        | Od 10 do 20 lat | Od 21 do 30 lat | Ponad 30 lat |
|------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Mogę siedzieć na dowolnym krześle tak długo, jak chcę            | 34,4            | 25,6            | 9,1          |
| Tylko na moim ulubionym krześle mogę siedzieć tak długo jak chcę | 21,9            | 5,1             | 22,7         |
| Ból przeszkadza mi w siedzeniu dłuższym niż 1 godzina            | 37,5            | 53,9            | 31,8         |
| Ból przeszkadza mi w siedzeniu dłuższym niż pół godziny          | 6,3             | 12,8            | 31,8         |
| Ból przeszkadza mi w siedzeniu dłuższym niż 10 minut             | 0,0             | 0,0             | 4,6          |
| Ból w ogóle nie pozwala mi siedzieć                              | 0,0             | 2,6             | 0,0          |
| Razem                                                            | 100,0           | 100,0           | 100,0        |

Chi kwadrat Pearsona 20,222, df=10, p=0,03

Źródło: badania własne.

Stwierdzono istotne zależności między stażem pracy w rolnictwie a stopniem odczuwania bólu podczas siedzenia. We wszystkich wyodrębnionych grupach ze względu na staż pracy najczęściej wskazywano, że ból przeszkadza w siedzeniu powyżej godziny,

jednak to rolnicy pracujący ponad 30 lat wskazywali częściej, że ból występuje przy siedzeniu dłuższym niż 30 minut, natomiast rolnicy o najkrótszym stażu pracy częściej twierdzili, że nie odczuwają żadnych dolegliwości podczas siedzenia (Tab. 3).



**Tabela 4.** Ograniczenia w podróżowaniu a staż pracy w rolnictwie (%)

| <b>Podróżowanie</b>                                                              | <b>Od 10 do 20 lat</b> | <b>Od 21 do 30 lat</b> | <b>Ponad 30 lat</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| Mogę podróżować wszędzie i nie powoduje to dodatkowego bólu                      | 46,9                   | 25,6                   | 13,6                |
| Mogę podróżować wszędzie, ale powoduje to dodatkowy ból                          | 28,1                   | 30,8                   | 31,8                |
| Ból jest nieprzyjemny, ale jestem w stanie podróżować dłużej niż 2 godziny       | 21,9                   | 38,5                   | 27,3                |
| Ból ogranicza mnie do podróży krótszych niż 1 godzina                            | 3,1                    | 5,1                    | 22,7                |
| Ból ogranicza mnie do niezbędnych podróży krótszych niż 30 minut                 | 0,0                    | 0,0                    | 0,0                 |
| Ból nie pozwala mi w ogóle podróżować z wyjątkiem wizyt u lekarza lub w szpitalu | 0,0                    | 0,0                    | 4,6                 |
| Razem                                                                            | 100,0                  | 100,0                  | 100,0               |

Chi kwadrat Pearsona 16,974, df=8, p=0,03

Źródło: badania własne.

Zaobserwowano związek między opiniami rolników na temat podróżowania a ich stażem pracy w rolnictwie. Im dłuższy staż pracy tym częściej rolnicy odczuwają dyskomfort i ból podczas podróżowania. Można zauważyć, że rolnicy pracujący najkrócej (od 10 do 20 lat) mogą podróżować wszędzie. Rolnicy o stażu od 20 do 30 lat twierdzili, że nieprzyjemny ból jest odczuwany podczas jazdy powyżej 2 godzin. Odpowiedzi części rolników pracujących najdłużej wskazują, że odczuwają ból już przy podróży krótszych niż 30 minut (tab. 4).

## Dyskusja

Wskazuje się na powszechność występowania bólów kręgosłupa u rolników w odniesieniu do przeciętnej populacji pracowników innych działań gospodarki (np. Suchoczewski, 2004).

A. Depa i M. Druźbicki oceniali częstość występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy. Porównywali pracowników umysłowych i fizycznych (łącznie 197 osób). Stwierdzili, że bóle lędźwiowego odcinka kręgosłupa dotyczą w szczególności mężczyzn wykonujących zawody fizyczne (Depa, Druźbicki, 2008).

Bóle lędźwiowego odcinka kręgosłupa mogą prowadzić do ograniczeń w życiu codziennym (Kiwerski, 2001). Akcentuje się, że mogą powodować niezdolność do pracy a także trwałą niepełnosprawność (Białachowski, Stryła, 2002).

Ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu rolników spowodowane bólami lędźwiowego odcinka kręgosłupa stały się zjawiskiem powszechnym. Nie bez znaczenia jest tu charakter wykonywanej pracy, dźwiganie, powtarzanie niektórych ruchów oraz długo utrzymywanej się postawy z tułowiem skrzyżnym do tyłu (praca z wykorzystaniem ciągnika) (Gałuszka i in. 2015).

Wśród badanych rolników zaobserwowano ograniczenia spowodowane bólami krzyża we wszystkich analizowanych czynnościach. Dotyczyły one najczęściej dźwigania/podnoszenia oraz stania, w dalszej kolejności siedzenia i podróżowania. Rolnicy najrzadziej zgłaszali ograniczenia w zakresie życia seksualnego i podczas snu.

Ważnym zadaniem staje się propagowanie wśród rolników możliwości uczestniczenia w programach promocji zdrowia, czy turnusach rehabilitacyjnych.

Skuteczność programów promujących zdrowy styl życia i turnusów rehabilitacyjnych potwierdzają badania realizowane przez J. Bubińską na grupie 1100 rolników (Bubińska, 2009). Takie działania wydają się być szczególnie istotne w poprawie codziennego funkcjonowania tej grupy zawodowej. Zwłaszcza, iż wskazuje się, że rolnicy mieszkając w środowisku wiejskim mają utrudniony dostęp do porad specjalistów. Twierdzi się, że sami rolnicy najczęściej leczą objawy (stosując środki przeciwbólowe), a nie przyczyny dolegliwości (Rutkowska i in., 2001).

Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa, głównie odcinka lędźwiowego, stanowi problem interdyscyplinarny. Praca z osobą doświadczającą tych trudności obejmuje nie tylko fizjoterapię czy farmakoterapię, ale także psychoterapię, edukację pacjenta i jego rodziny, zmianę ich stylu życia, pracy i wypoczynku (Dziak, 2004).

## Wnioski

1. Ograniczenia spowodowane bólami krzyża i/lub nasilenie dolegliwości bólowych są zjawiskiem powszechnym w grupie rolników, badani rolnicy najczęściej zgłosili je w odniesieniu do dźwigania/podnoszenia oraz stania. W dalszej kolejności było to siedzenie oraz podróżowanie.
2. Istnieje istotny związek pomiędzy stażem pracy w rolnictwie a odczuwanymi ograniczeniami i/lub nasileniem dolegliwości bólowych w zakresie podnoszeniem ciężarów, siedzenia oraz podróżowania. Im dłuższy staż pracy na roli, tym częściej rolnicy odczuwają ból podczas podnoszenia ciężarów, siedzenia czy podróżowania.
3. Ważnym zadaniem staje się propagowanie wśród rolników możliwości uczestniczenia w programach promocji zdrowia oraz turnusach rehabilitacyjnych. Zasady profilaktyki bólów kręgosłupa rolnicy powinni stosować w codziennej aktywności związanej z pracą i wypoczynkiem.
4. Wyniki badań powinny być także inspiracją dla producentów sprzętu i narzędzi rolniczych w zakresie ergonomicznej ich konstrukcji, co obok programów profilaktycznych kierowanych do samych rolników, może znacząco przyczynić się do ochrony kręgosłupa (i narządu ruchu) we wszelkich pracach w gospodarstwie rolnym.

**Literatura:**

1. Białachowski, J.T., Stryła, W. (2002). Analiza wybranych cech antropometrycznych i rodzaju pracy zawodowej u chorych z przepukliną jądra miazdżystego części lędźwiowej kręgosłupa. *Postępy Rehabilitacyjne*, 16(1), 33-40.
2. Bubińska, J. (2009). Ocena efektywności programu rehabilitacji leczniczej rolników w wybranym centrum rehabilitacji KRUS. *Polskie Annales Med.*, 16(1), 42-56.
3. Depa, A., Drużbicki, M. (2008). Ocena częstości występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 1, 34-41.
4. Dziak, A. (2004). Komentarz prof. dr hab. Andrzeja Dziaka do „Zaleceń stosowania fizjoterapii u pacjentów z bólami krzyża” wydanych przez Holenderskie Towarzystwo Fizjoterapii. *Rehabilitacja Medyczna*, 8, 28-30.
5. Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy Factsheet 71 - Informacje wprowadzające na temat dolegliwości mięśniowo-szkieletowych związanych z pracą. Pobrane z: <https://osha.europa.eu/pl/tools-and-publications/publications/factsheets/71/view>.
6. Gałuszka, R., Gałuszka, G., Miziałek, S. (2015). Zespoły bólowe kręgosłupa przeciążenia narządu ruchu u rolników-sadowników jako czynnik wpływający na dobrostan. *Zdrowie i Dobrostan*, 1, 113-122.
7. Kiwerski, J.E. (2001). Problem bólów krzyża u młodzieży. *Postępowanie Rehabilitacyjne*, 15(2), 11-15.
8. Rutkowska, E., Rola, R., Janusz, W., Kamieniak, P. (2001). Fizjoterapia w przedoperacyjnym leczeniu dyskopatii lędźwiowej. *Fizjoterapia Polska*, 1(4), 393-395.
9. Rutkowska, E. (2003). Radzenie sobie z bólami kręgosłupa w środowisku wiejskim. *Annales UMCS, sectio D, LVIII, suppl. XIII*, 209, 39-44.
10. Solecki, L. (2014a). Przyczyny występowania dolegliwości bólowych ze strony układu mięśniowo-szkieletowego wśród rolników, w związku z wykonywaną pracą. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(4), 426-429.
11. Solecki, L. (2014b). Complaints of low back pain among private farmers exposed to whole body vibration. *Medycyna Pracy*, 65(1), 55-64. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.2014.002>
12. Suchoczewski, M. (2004). Epidemiologia bólu kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w Polsce. *Ból*, 5, 44.

Uwaga: Badania przedstawione w powyższym artykule są częścią obszerniejszego projektu badawczego: *Ocena stopnia niepełnosprawności oraz natężenia bólów pleców w dolnej części kręgosłupa wśród rolników indywidualnych*. Z materiału zebranego w ramach tego projektu powstał również artykuł zatytułowany: *Assessment of the type and intensity of low back pain and disability among individual farmers* (status artykułu: przyjęty do publikacji w „Medycynie Pracy”).

## ZACHOWANIA ZDROWOTNE STUDENTEK PIELĘGNIARSTWA W POLSCE I NA ŁOTWIE HEALTH-RELATED BEHAVIOURS IN STUDENTS OF NURSING IN POLAND AND LATVIA

Marta Mandziuk<sup>1(A,B,C,D,E,F,G)</sup>

<sup>1</sup>Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Mandziuk, M. (2017). Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa w Polsce i na Łotwie. *Rozprawy Społeczne*, 11(4), 50-55.  
<https://doi.org/10.29316/rs.2017.38>

### Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

### Streszczenie

**Wstęp.** Celem artykułu jest ukazanie stopnia nasilenia zachowań zdrowotnych studentek pielęgniarstwa w Polsce i na Łotwie.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 140 studentek, w tym 65 z Polski i 75 z Łotwy. Narzędziem badawczym był Inwentarz Zachowań Zdrowotnych wg. Juczyńskiego. Dokonano pomiarów wysokości i masy ciała celem obliczenia wskaźnika BMI.

**Wyniki.** U większości polskich studentek (49,84%) odnotowano niski poziom nasilenia zachowań zdrowotnych, natomiast wśród Łotuszek większością (45,33%) były te z wynikiem świadczącym o przeciętnym stopniu nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu. Studentki z Polski charakteryzował istotnie statystycznie wyższy poziom nasilenia prawidłowych nawyków żywieniowych niż studentki z Łotwy ( $p=0,02$ ). Porównując z wynikami grupy standaryzowanej wykazano istotne statystycznie różnice w trzech kategoriach zachowań zdrowotnych: w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych ( $p=0,001$  dla Łotwy i Polski), pozytywnego nastawienia psychicznego ( $p=0,01$  Łotwa;  $p=0,04$  Polska) oraz praktyk zdrowotnych ( $p=0,001$  Łotwa;  $p=0,03$  Polska).

**Wnioski.** Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę monitorowania zachowań zdrowotnych celem zapobiegania rozwojowi chorób cywilizacyjnych.

**Słowa kluczowe:** studenci, zachowania zdrowotne, Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

### Summary

**Introduction.** The article aims to present the degree of health-related behaviour in female students of nursing in Poland and Latvia.

**Material and methods.** The study involved 140 female students, with 65 coming from Poland and 75 from Latvia. The applied research tool was The Health Care Inventory designed by Juczyński. Height and weight were also measured to calculate the BMI.

**Results.** The majority of the Polish female students (49.84%) were reported to demonstrate a low level of health-related behaviour, while the majority Latvians, i.e. 45.33 %, represented an average level of such a behaviour. Statistically, the Polish female students showed a significantly higher level of appropriate dietary habits than the Latvian ones ( $p = 0.02$ ). In comparisons to the standardised group's results, there were significant statistical differences in three categories of health-related behaviours: in the area of appropriate dietary habits ( $p = 0.001$  for Latvia and Poland), positive mental attitude ( $p = 0.01$  Latvia,  $p = 0.04$  Poland) and health-related practices ( $p = 0.001$  Latvia;  $p = 0.03$  Poland).

**Conclusions.** The obtained results indicate that there is a need of monitoring health-related behaviours in future nurses to prevent the development of civilisation diseases.

**Keywords:** students, pro-health behaviour, Health Behaviour Inventory

Tabele: 4

Ryciny: 1

Literatura: 25

Otrzymano: czerwiec 2017

Zaakceptowano: listopad 2017

### Wstęp

Zachowania zdrowotne są istotnym czynnikiem warunkującym utrzymanie dobrego stanu zdrowia do późnych lat życia. Można je zdefiniować, jako wszelkie formy zachowań podejmowanych przez jednostkę i grupy społeczne, odnoszące pozytywny bądź negatywny wpływ na zdrowie (Zadworna-Cieślak, 2011). Wzory zachowań zdrowotnych oraz ich nasilenie są elementem procesów socjalizacyjnych

człowieka (Heszen, 2007; Zadworna-Cieślak, 2010). Czynniki determinującymi określone zachowania zdrowotne są m.in. płeć, wykształcenie, sytuacja społeczna i ekonomiczna (Heszen, 2007; Bisop, 2007; Dolińska-Zygmunt, 2000; Fukuda, Nakamura, Takano, 2005). Wiek należy także do predyktorów zachowań zdrowotnych, które wraz z wydłużaniem się życia zmieniają swój charakter.

Zachowania zdrowotne kształtują się w każdym etapie życia, ale pierwszym poważnym sprawdzia-

**Adres korespondencyjny:** Marta Mandziuk, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, ul. Sidorska 105, 21-500 Biała Podlaska, e-mail: [m.mandziuk@dydaktyka.pswbp.pl](mailto:m.mandziuk@dydaktyka.pswbp.pl), tel.: 83 344 99 00

**Copyright by:** Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Marta Mandziuk

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

nem ich trwałości jest okres studiów, które najczęściej odbywają się poza miejscem zamieszkania. Romanowska-Tołłoczko (2011) zwraca uwagę, iż zachowania zdrowotne są formowane i umacniane głównie w drugiej i trzeciej dekadzie życia, a więc wtedy gdy młodzież podejmuje ważne dla niej decyzje. Okres studiów to czas, w którym młodzież rozpoczyna „dorosłe” życie, poza nauką, musi odnaleźć się w nowej rzeczywistości, tj. zapewnić sobie mieszkanie, posiłek, dostęp do lekarza i wiele innych niezbędnych rzeczy. Daleko od domu rodzinnego, brak nadzoru, ale też brak wskazówek i pomocy ze strony rodziców, zachłystnięcie się „wolnością”, pierwsze niepowodzenia, itp., mogą przyczynić się do podejmowania lub umacniania zachowań ryzykownych dla zdrowia. Życie akademickie jest pełne ciekawych przygód, ale też rządzi się swoimi prawami, które w większości, nie służą utrzymaniu zdrowia, m. in. nieprawidłowe odżywianie się, niska aktywność fizyczna, oddziaływanie stresu, eksperymentowanie z różnego rodzaju używkami (Łaszek, Nowacka, Gawron-Skarbek, Szatko, 2011). W procesie kształtowania zachowań zdrowotnych i ich podejmowania zdaniem Ślusarskiej, Kulik, Piaseckiej i Pacian, (2012) istotna jest zarówno wiedza o zdrowiu, jak też pełnione role społeczne i zawodowe. Szczególny niepokój mogą budzić niekorzystne dla zdrowia zachowania studentów kierunków medycznych – osób o wyższej niż przeciętna świadomości zdrowotnej, przyszłych lekarzy, pielęgniarki itp. (Choi Won, Harris, Okuyemik, 2003; Walentukiewicz, Łysak, Wilk 2013). Celem badań była ocena nasilenia zachowań zdrowotnych studentek pielęgniarstwa w Polsce i na Łotwie.

## Materiał i metody

W badaniach udział wzięły studentki pielęgniarstwa, które w racji wybranego kierunku studiów i zawodu ściśle związanego ze zdrowiem powinny odznaczać się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych. Pracując w przyszłości z zawodzie jednym z wielu ich zadań będzie edukacja zdrowotna pacjentów i zachęcanie ich do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu. Badania przeprowadzono w październiku 2016 roku wśród studentek pielęgniarstwa Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej i Riga Medical College of the University of Latvia. Rozdano 165 ankiet, po wstępnej analizie ich kompletności, do dalszego postępowania zakwalifikowano 140, co stanowiło 84,85% wszystkich badanych (65 studentek z Polski (46,43%) i 75 z Łotwy (53,57%)). Wiek badanych pochodzących z Łotwy zawierał się w przedziale 19-55 lat ( $M = 32,71$ ;  $SD = 10,64$ ), a pochodzących z Polski - 18-38 lat ( $M = 22,43$ ;  $SD = 3,88$ ). Wartość wskaźnika BMI pokazała, iż większość badanych zarówno Polek (67,7%), jak też Łotyszek (57,3%) odznaczała się masą ciała wagą w normie. Więcej studentek z Łotwy, niż z Polski miało nadwagę (odpowiednio: 37,3% i 26,2%), zaś niedowagę odnotowano u 5,3% Łotyszek i 6,2% Polek.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę ankiety, w której narzędziem badawczym był standaryzowany kwestionariusz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg. Z. Juczyńskiego (Juczyński, 2009). IZZ to kwestionariusz służący do oceny nasilenia zachowań zdrowotnych zawierający 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem i 25-te opatrzone mianem „inne”, w którym badani mogli wpisywać własne uwagi. Wypełniając kwestionariusz respondent zaznaczał, wg ustalonej skali, częstość wykonywania określonych czynności biorąc pod uwagę ostatni rok. Suma uzyskanych punktów określa ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych, którego wartości mieszczą się w granicach 24-120 punktów. Większa liczba punktów oznacza wyższy poziom nasilenia deklarowanych zachowań zdrowotnych. Otrzymany wynik, zgodnie z sugestią autora IZZ, przelicza się na jednostki standaryzowane w skali stenowej, przyjmując następujące przedziały: od 1 do 4 stena – niski poziom nasilenia zachowań zdrowotnych, zaś od 7 do 10 – wysoki. Wyniki dla każdej z czterech kategorii oblicza się oddzielnie. Uwzględniając wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań otrzymano wynik określający ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych:

- prawidłowych nawyków żywieniowych, związanych głównie z rodzajem spożywanej żywności (np.: częstość spożywania pieczywa pełnoziarnistego, warzyw i owoców, unikaniem soli, tłuszczów i żywności z konserwantami);
- zachowań profilaktycznych, dotyczących przestrzegania zaleceń zdrowotnych w zdrowiu i w chorobie oraz pozyskiwania informacji o sposobach unikania chorób;
- praktyk zdrowotnych, obejmujących codzienne nawyki związane ze snem, odpoczynkiem, ograniczaniem używek i aktywnością fizyczną;
- pozytywnego nastawienia psychicznego, związanego z unikaniem zbyt silnych emocji, stresów i napięć.

Pomiary antropometryczne, tj. wysokość i masę ciała, wykonano zgodnie z techniką Martina i Sallera. Uzyskane dane posłużyły do obliczenia wskaźnika masy ciała (BMI). Uwzględniając wartość wskaźnika BMI wśród badanych wyodrębniono trzy grupy: badane z niedowagą, z wagą w normie i z nadwagą lub otyłością (Cole, Bellizzi, Flegal, Dietz, 2000; Cole, Flegal, Nicholls, Jackson, 2007).

Zebrane dane poddano analizie statystycznej w programie SPSS Statistica 23.0. Istotność wyników przyjęto na poziomie  $\alpha = 0,05$ . Stwierdzono, że wyniki zawierają się w rozkładzie normalnym i w związku z tym pozwoliło to na zastosowanie w dalszych analizach procedur parametrycznych tj. testu t-Studenta dla jednej i dwóch prób niezależnych oraz analizy wariancji ANOVA.



## Wyniki

Wyniki badań wskazują, że ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych studentek z obu badanych państw jest na zbliżonym poziomie (Tabela 1.). Analizując poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych zauważono, iż w kategorii prawidłowych

nawyków żywieniowych, zachowaniach profilaktycznych i praktykach zdrowotnych stopień nasilenia jest na wyższym poziomie u polskich studentek niż u łotewskich. Natomiast studentki z Łotwy odznaczały się wyższym stopniem nasilenia zachowań zdrowotnych w kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego.

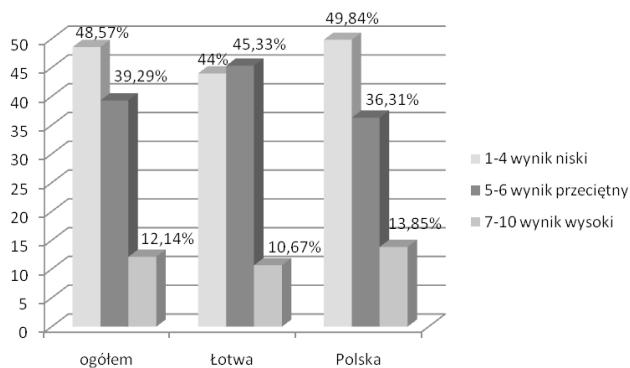
**Tabela 1.** Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych studentek pielęgniarstwa w Polsce i na Łotwie

|                                  |        | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>Me</i> | <i>SD</i> | <i>Skośność</i> | <i>Kurtoza</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
|----------------------------------|--------|----------|----------|-----------|-----------|-----------------|----------------|------------|------------|
| Zachowania zdrowotne (ogółem)    | Łotwa  | 75       | 77,95    | 79        | 12,09     | -0,36           | -0,36          | 48         | 100        |
|                                  | Polska | 65       | 78,08    | 76        | 11,58     | 0,60            | -0,12          | 57         | 107        |
| Prawidłowe nawyki żywieniowe     | Łotwa  | 75       | 18,63    | 20        | 4,34      | -0,10           | -0,33          | 10         | 28         |
|                                  | Polska | 65       | 20,54    | 20        | 5,11      | 0,33            | -0,64          | 11         | 32         |
| Zachowania profilaktyczne        | Łotwa  | 75       | 19,69    | 20        | 3,71      | -0,12           | -0,01          | 12         | 29         |
|                                  | Polska | 65       | 19,75    | 20        | 4,24      | -0,04           | -0,35          | 10         | 29         |
| Pozytywne nastawienie psychiczne | Łotwa  | 75       | 21,35    | 21        | 3,83      | -0,13           | -0,61          | 13         | 29         |
|                                  | Polska | 65       | 20,85    | 21        | 3,68      | -0,14           | -0,30          | 13         | 28         |
| Praktyki zdrowotne               | Łotwa  | 75       | 18,28    | 18        | 3,47      | 0,06            | -0,36          | 11         | 27         |
|                                  | Polska | 65       | 19,34    | 20        | 3,86      | -0,12           | -0,56          | 10         | 27         |

*N* – liczebność, *M* – średnia, *Me* – mediana, *SD* – odchylenie standardowe, *Min* – minimum, *Max* – maksimum

Po przeliczeniu na skalę stenową zauważono, iż prawie połowa ogółu badanych (48,57%) uzyskała wynik w przedziale 1-4 stena, co wskazuje na niski stopień nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu, natomiast wynik świadczący o wysokim stopniu nasilenia zachowań, tj. powyżej 6 stena uzyskało tylko 12,14%. Analizując dane dla poszczególnych krajów

zauważono, iż zarówno w Polsce, jak i na Łotwie wysoki wynik uzyskała najmniejsza grupa badanych (odpowiednio: 13,85% i 10,67%). Wśród polskich studentek większością były te, których ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych był niski (49,84%), natomiast największą grupę wśród Łotyszek stanowiły te z wynikiem przeciętnym (45,33%) (Rycina 1.).



**Rycina 1.** Ogólny wskaźnik stopnia nasilenia zachowań zdrowotnych badanych w skali stenowej

W dalszej części analizy dokonano porównania zachowań zdrowotnych ogółem i poszczególnych kategorii zachowań między badanymi państwami (Tabela 2.). Stwierdzono istotne statystycznie różnice w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych ( $p=0,02$ ). Studentki pielęgniarstwa z Polski charakteryzował wyższy stopień nasilenia prawidłowych nawyków żywieniowych (20,54-18,63). W pozostałych kategoriach zachowań zdrowotnych badane grupy nie różniły się.

**Tabela 2.** Porównanie zachowań zdrowotnych studentek pielęgniarstwa w Polsce i na Łotwie

|                                  | Łotwa    |           | Polska   |           | <i>t</i> (138) | <i>p</i>     |
|----------------------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------------|--------------|
|                                  | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> |                |              |
| Zachowania zdrowotne (ogółem)    | 77,95    | 12,09     | 78,08    | 11,58     | -0,06          | 0,95         |
| Prawidłowe nawyki żywieniowe     | 18,63    | 4,34      | 20,54    | 5,11      | -2,39          | <b>0,02*</b> |
| Zachowania profilaktyczne        | 19,69    | 3,71      | 19,75    | 4,24      | -0,09          | 0,93         |
| Pozytywne nastawienie psychiczne | 21,35    | 3,83      | 20,85    | 3,68      | 0,79           | 0,43         |
| Praktyki zdrowotne               | 18,28    | 3,47      | 19,34    | 3,86      | -1,71          | 0,09         |

\* zależność istotna statystycznie

Otrzymane wyniki deklarowanych zachowań zdrowotnych studentek pielęgniarstwa w Polsce i na Łotwie porównano z wynikami grupy standaryzowanej (Tabela 3.) (Juczyński, 2009). Przeprowadzona analiza pozwoliła stwierdzić istotne statystycznie różnice w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych. Zaobserwowano także różnice na poziomie tendencji statystycznej w zakresie ogólnych zachowań zdrowotnych ( $p < 0,10$ ). U badanych studentek z obu państw stwierdzono niższy,

niż w grupie standaryzowanej, ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych. Nie stwierdzono istotnych różnic jedynie w zakresie zachowań profilaktycznych.

**Tabela 3.** Porównanie zachowań zdrowotnych studentek pielęgniarstwa w Polsce i na Łotwie z wynikami standaryzowanymi

|                                               |        | Wynik grup badanych | Wynik standaryzowany | t     | df | p      |
|-----------------------------------------------|--------|---------------------|----------------------|-------|----|--------|
| Zachowania zdrowotne (ogółem)                 | Łotwa  | 77,95               | 80,62                | -1,92 | 74 | 0,06*  |
|                                               | Polska | 78,08               |                      | -1,77 | 64 | 0,08*  |
| Prawidłowe nawyki żywieniowe <sup>1</sup>     | Łotwa  | 3,10                | 3,45                 | -4,14 | 74 | 0,001* |
|                                               | Polska | 3,02                |                      | -4,63 | 64 | 0,001* |
| Zachowania profilaktyczne <sup>1</sup>        | Łotwa  | 3,28                | 3,22                 | 0,87  | 74 | 0,39   |
|                                               | Polska | 3,29                |                      | 0,82  | 64 | 0,41   |
| Pozytywne nastawienie psychiczne <sup>1</sup> | Łotwa  | 3,56                | 3,36                 | 2,69  | 74 | 0,01*  |
|                                               | Polska | 3,47                |                      | 1,50  | 64 | 0,04*  |
| Praktyki zdrowotne <sup>1</sup>               | Łotwa  | 3,05                | 3,40                 | -5,29 | 74 | 0,001* |
|                                               | Polska | 3,22                |                      | -2,22 | 64 | 0,03*  |

<sup>1</sup> Na potrzeby porównania uśredniono wartości zmiennych

\*zależność istotna statystycznie

Analiza deklarowanych zachowań zdrowotnych studentek pielęgniarstwa z Polski i Łotwy w zależności od wartości wskaźnika masy ciała BMI wykazała w obu badanych grupach brak istotnych statystycznie róż-

nic międzygrupowych w zakresie ogólnych zachowań zdrowotnych i poszczególnych kategoriach zachowań (Tabela 4.).

**Tabela 4.** Porównanie zachowań zdrowotnych studentek pielęgniarstwa w Polsce i na Łotwie w zależności od wielkości wskaźnika BMI

|                                  |        | Nadwaga |       | Niedowaga |       | Norma |       |                |      |       |      |
|----------------------------------|--------|---------|-------|-----------|-------|-------|-------|----------------|------|-------|------|
|                                  |        | M       | SD    | M         | SD    | M     | SD    | Testy post hoc | F    | df    | p    |
| Zachowania zdrowotne (ogółem)    | Łotwa  | 77,46   | 10,97 | 68,00     | 11,05 | 79,19 | 12,66 | -              | 1,63 | 2, 72 | 0,20 |
|                                  | Polska | 76,94   | 9,60  | 83,25     | 8,85  | 78,05 | 12,52 | -              | 0,47 | 2, 62 | 0,63 |
| Prawidłowe nawyki żywieniowe     | Łotwa  | 18,21   | 3,37  | 14,50     | 2,52  | 19,28 | 4,82  | -              | 2,52 | 2, 72 | 0,09 |
|                                  | Polska | 19,41   | 4,12  | 20,50     | 5,92  | 20,98 | 5,42  | -              | 0,57 | 2, 62 | 0,57 |
| Zachowania profilaktyczne        | Łotwa  | 20,25   | 3,98  | 16,75     | 3,30  | 19,60 | 3,50  | -              | 1,61 | 2, 72 | 0,21 |
|                                  | Polska | 20,82   | 4,00  | 22,75     | 0,96  | 19,07 | 4,36  | -              | 2,19 | 2, 62 | 0,12 |
| Pozytywne nastawienie psychiczne | Łotwa  | 21,11   | 3,61  | 19,25     | 4,72  | 21,70 | 3,90  | -              | 0,83 | 2, 72 | 0,44 |
|                                  | Polska | 20,94   | 3,61  | 21,50     | 3,00  | 20,75 | 3,83  | -              | 0,08 | 2, 62 | 0,92 |
| Praktyki zdrowotne               | Łotwa  | 17,89   | 2,99  | 17,50     | 4,65  | 18,60 | 3,70  | -              | 0,46 | 2, 72 | 0,64 |
|                                  | Polska | 18,12   | 3,50  | 21,50     | 1,29  | 19,61 | 4,05  | -              | 1,62 | 2, 62 | 0,21 |

## Dyskusja

Na podstawie przeglądu badań dotyczących zachowań zdrowotnych młodzieży studiującej można stwierdzić, iż są one na niezadowalającym poziomie (Lewko, Potylińska-Lewko, Sierakowska, Krajewska-Kułałak, 2003; Walentukiewicz, Łysak, Wilk, 2013; Kropornicka i in. 2015; Kuriańska-Wołoszyn, Wołoszyn, 2016). Potwierdzają to także wyniki badań własnych, w których prawie połowa badanych (48,57%) uzyskała wynik (w przedziale 1-4 stena) wskazujący na niski poziom nasilenia zachowań

sprzyjających zdrowiu, natomiast u 39,29% respondentów odnotowano wynik przeciętny (5-6 stena), a tylko 12,14% badanych otrzymało wynik powyżej 6 stena, tzn. wysoki poziom zachowań zdrowotnych (Rycina 1.). Zbliżone wyniki dostrzeżono wśród białostockich studentów (Politechnika i Uniwersytet Medyczny), wśród których 46,4% badanych odznaczało się niskim poziomem wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych (1-4 stena), zaś 45,5% wynikiem przeciętnym (5-6 stena), a tylko 8,1% wysokim (powyżej 7 stena) (Kulesza-Bronczyk, Dobrzycka, Sobieranska, Korzeniecka-Kozerska, Terlikowski,

2014). Znacznie wyższy poziom wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych uzyskali studenci bydgoskich szkół wyższych: dietytyki – 8,32 stena i fizjoterapii – 6,64, co wskazuje na wysoki wynik (Weber-Rajek i in., 2015). Porównując średnie wyniki ogólnych zachowań zdrowotnych, zarówno studentek z Polski (78,08), jak też z Łotwy (77,95) z danymi uzyskanymi przez innych badaczy stwierdzono, że są one na zbliżonym poziomie (77,6 – (Kulesza-Bronczyk i in., 2014), 78,025 – (Palacz 2014), 77,4- (Rasińska, 2012). Nieco niższy (73,19) ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych uzyskali studenci pielęgniarstwa w badaniach Walentukiewicz i in. (2013). Znacznie wyższy ogólny wskaźnik zachowań sprzyjających zdrowiu uzyskały studentki dietytyki (84,05) (Nowak, Żelazka, Rogalska, Nowak i Pawlas, 2016). Analizując poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych zauważono (Tabela 2.), iż najniższą średnią uzyskały studentki w zakresie praktyk zdrowotnych (Łotwa 18,28 i Polska 19,34). Najwyższą zaś w kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego (Łotwa 21,35 i Polska 20,85). Niniejsze wyniki potwierdzają otrzymane przez Walentukiewicz i in. (2013). Inne rezultaty otrzymała Palacz (2014), odnotowując najniższą średnią deklarowanych zachowań zdrowotnych w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych (18,792) oraz najwyższą w kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego (20,986). Porównując deklarowane zachowania zdrowotne studentek z Polski i Łotwy stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie prawidłowych zachowań żywieniowych na korzyść polskich studentek ( $p=0,02$ ) (Tabela 2.). Analizując zależności między wynikami badań własnych a wynikami grupy standaryzowanej wykazano istotne statystycznie różnice w trzech z czterech kategorii zachowań zdrowotnych: w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych ( $p=0,001$  dla Łotwy i Polski), pozytywnego nastawienia psychicznego ( $p=0,01$  Łotwa;  $p=0,04$  Polska) oraz praktyk zdrowotnych ( $p=0,001$  Łotwa;  $p=0,03$  Polska) (Tabela 3.) (Juczyński, 2009). Zaobserwowano także różnice na poziomie tendencji statystycznej w zakresie zachowań zdrowotnych w ujęciu ogólnym ( $p<0,10$ ). Nie stwierdzono istotnych różnic jedynie w zakresie zachowań profilaktycznych. Badane zarówno z Łotwy, jak też z Polski uzyskały niższe wyniki w porównaniu do grupy standaryzowanej w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych (3,10 Łotwa; 3,02 Polska; grupa porównawcza

3,45) i praktyk zdrowotnych (odpowiednio: 3,05; 3,22; 3,40). W pozostałych kategoriach wyniki badań własnych były wyższe. Wyniki badań własnych znajdują potwierdzenie u innych autorów (Rasińska, 2012; Rasińska, Nowakowska, Nowomiejski, 2013; Ślusarska, Zarzycka, Wrońska, 2015). Ponadto Ślusarska i in. (2015) wykazały, iż studenci kierunków medycznych odznaczają się wyższym wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych w większości kategorii (oprócz praktyk zdrowotnych), niż studenci kierunków niemedyce. Wyniki badań własnych wykazały brak istotnych statystycznie różnic między studentkami z Łotwy i Polski a ich wartością wskaźnika BMI. Walentukiewicz i in. (2013) także nie odnotowała statystycznie istotnych różnic w zachowaniach zdrowotnych uczennic o różnej wartości wskaźnika BMI.

W odniesieniu do młodzieży akademickiej wyniki badań własnych i tych obecnych w literaturze (w przeważającej większości wyniki niskie lub przeciętne) nie powinny być zaskoczeniem, ponieważ okres studiów jest jednym z najtrudniejszych w życiu. To czas próby dla wartości, postaw i zachowań zdrowotnych kształtowanych do tej pory. Dezorganizacja dnia codziennego spowodowana planem zajęć i często podejmowaną przez studentów pracą sprzyja nieregularnemu odżywianiu, ograniczeniu aktywności fizycznej i ogólnym zaniedbaniom w zakresie dbałości o zdrowie. Niemniej jednak biorąc pod uwagę kierunek studiów badanych (pielęgniarstwo) to uzyskane wyniki niepokoją, ponieważ Ci studenci, z jednej strony mają większą wiedzę na temat zdrowia, a z drugiej są przyszłymi kreatorami zdrowia, którzy by być wiarygodnymi powinni tę wiedzę połączyć z praktyką i swoim postępowaniem być przykładem dla innych.

## Wnioski

1. Wskaźnik zachowań zdrowotnych studentek polskich był wyższy i różnił się od analogicznego wskaźnika, oznaczonego dla studentek z Łotwy.
2. W stosunku do grupy standaryzowanej studentki z obu państw uzyskały niższe wyniki ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych oraz w kategoriach: prawidłowe nawyki żywieniowe i praktyki zdrowotne, wyższe zaś w kategoriach: zachowania profilaktyczne i pozytywne nastawienie psychiczne.

## Literatura:

1. Bishop, G. (2007). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
2. Choi Won, S., Harris, K., Okuyemik, K. (2003). Predictors of smoking initiation among college-bound high school students. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 69-74.
3. Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244), 1240-1243.
4. Cole, T.J., Flegal, K.M., Nicholls, D., Jackson, A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 335(7612), 194.
5. Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii.

6. Fukuda, Y., Nakamura, K., Takano, T. (2005). Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. *BMC Public Health*, 5, 53-58.
7. Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
8. Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
9. Kropornicka, B., Baczewska, B., Dragan, W., Krzyżanowska, E., Olszak, C., Szymczuk, E. (2015). Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. *Rozprawy Społeczne*, 9(2), 58-64.
10. Kulesza-Bronczyk, B., Dobrzycka, B., Sobieranska, JM., Korzeniecka-Kozerska, A., Terlikowski, SJ. (2014). Health behaviors and knowledge of birth control methods among students. *Progress in Health Sciences*, 4(1), 136-143.
11. Kurińska-Wołoszyn, J., Wołoszyn, A. (2016). Zachowania prozdrowotne studentek a wymagania zawodu pedagoga. W: D. Umiastowska (red.), *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku* (s. 61-70). Szczecin: Wydawnictwo Albatros.
12. Lewko, J., Potylińska-Lewko, B., Sierakowska, M., Krajewska-Kułak, E. (2003). Zachowania zdrowotne wśród studentów pielęgniarstwa. W: *Promocja zdrowia w hierarchii wartości*. Lublin: Neurocentrum.
13. Łaszek, M., Nowacka, E., Gawron-Skarbek, A., Szatko, F. (2011). Negatywne wzorce zachowań zdrowotnych studentów. Część II. Aktywność fizyczna i nawyki żywieniowe. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(3), 461-465.
14. Nowak, G., Żelazko, A., Rogalska, A., Nowak, D., Pawlas, K. (2016). Badanie zachowań zdrowotnych i osobowości typu D wśród studentek dietetyki. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 22(2), 129-134.
15. Palacz, J. (2014). Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(3), 301-306.
16. Rasińska, R. (2012). Nawyki żywieniowe studentów w zależności od płci. *Nowiny Lekarskie*, 81(4), 354-359.
17. Rasińska, R., Nowakowska, I., Nowomiejski, J. (2013). Diagnoza stanu zdrowia studentów i ich opinie o zagrożeniach zdrowotnych. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2(48), 79-84.
18. Romanowska-Tołoczko, A. (2011). Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych. *Hygeia Public Health*, 46(1), 89-93.
19. Ślusarska, B., Kulik, T.B., Piasecka, H., Pacian, A. (2012). Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18(1), 19-26.
20. Ślusarska, B., Zarzycka, D., Wrońska, I. (2015). Zróżnicowanie behawioralnych czynników zdrowia wśród studentów zależne od wybranych wskaźników społeczno-demograficznych i środowiskowo-kulturowych. *Journal of Education, Health and Sport*, 2, 99-108.
21. Walentukiewicz, A., Łysak, A., Wilk, B. (2011). Uwarunkowania zdrowia gdańskich 18-latek – zachowania zdrowotne. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(3), 482-485.
22. Walentukiewicz, A., Łysak, A., Wilk, B. (2013). Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa*, 21(4), 484-488.
23. Weber-Rajek, M., Baumgart, M., Michalski, A., Radziwińska, A., Goch, A., Lulińska-Kulik, E., Zukow, W. (2015). Students' health behaviors – own research. Zachowania zdrowotne studentów – badania własne. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(9), 647-662.
24. Zadworna-Cieślak, M. (2010). Zachowania zdrowotne rodziców i ich dorastających dzieci. W: N. Ogińska-Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia* (s. 59-76). Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
25. Zadworna-Cieślak, M., Ogińska-Bulik, N. (2011). *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Warszawa: Difin.



# ROŚLINY LECZNICZE W NAJWCZEŚNIEJSZYCH DOKUMENTACH WIEDZY MEDYCZNEJ

## MEDICINAL PLANTS IN THE EARLIEST DOCUMENTS ON MEDICAL KNOWLEDGE

Kamila Musiał<sup>1(A,E,F)</sup>

<sup>1</sup>Instytut Zootechniki Państwowy Instytut Badawczy w Balicach, Zakład Systemów i Środowiska Produkcji

Musiał, K. (2017). Rośliny lecznicze w najwcześniejszych dokumentach wiedzy medycznej. *Rozprawy Społeczne*, 11(4), 56-63.  
<https://doi.org/10.29316/rs.2017.39>

### Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

### Streszczenie

Lecznicze wykorzystanie różnych gatunków roślin towarzyszyło już starożytnym cywilizacjom. Sprzyjała temu umiejętność przekazywania wiedzy za pośrednictwem pisma, która posłużyła transferowi informacji w przestrzeni i czasie. Dzięki temu do dzisiaj ocalały dzieła pochodzące ze starożytności i średniowiecza, w których utrwalona została wiedza ówczesnych cywilizacji na temat gatunków roślin leczniczych, jak i sposobów ich wykorzystania. Do najbardziej znaczących dokumentów z tamtych czasów należą m.in. „Zielnik” legendarnego cesarza Sheng Nong, „Papyrus Ebersa” czy też „Phisica”, autorstwa najbardziej znanej kobiety związanej z nauką w okresie średniowiecza – Św. Hildegardy z Bingen. Gatunki roślin, które pojawiły się w tych dziełach przypisano do trzech umownych grup, przez co dokonano ich podziału na: rośliny halucynogenne, zioła stosowane w kuchni jako przyprawy oraz tzw. „cudowne rośliny zdrowia, młodości i wesołości”.

**Słowa kluczowe:** rośliny lecznicze, stare dokumenty wiedzy medycznej

### Summary

Some healing properties of various plant species have already been known by the ancient civilisations. It was possible due to the ability to transfer knowledge through writing, which served to convey information in space and time. Owing to that, some important works could survive from antiquity and medieval times, which presented consolidated knowledge of the then contemporary civilisations on species of medicinal plants, as well as the methods they were applied. The most significant documents of those times included, among others, the work by the legendary emperor – Sheng Nong, *Ebers' Papyrus* or *Phisica* by St. Hildegard of Bingen, – the most famous woman in medieval science. The species of plants that were described in those works were assigned to three contractual groups, namely: hallucinogenic plants; herbs used in cuisine as spices, as well as the so called “miraculous medicinal plants” for health, youthfulness and cheerfulness”.

**Keywords:** medicinal plants, old documents of medical knowledge

Tabele: 2

Ryciny: 0

Literatura: 31

Otrzymano: kwiecień 2017

Zaakceptowano: listopad 2017

## Wstęp

Zainteresowanie pozyskiwaniem wiedzy dotyczącej roślinnych środków leczniczych, stanowi jeden z najstarszych obszarów myśli społecznej. Już uczonych żyjących w czasach starożytnych absorbowała myśl, aby poznać takie właściwości otaczającej przyrody, które pomogą leczyć lub łagodzić dolegliwości zdrowotne. We wspólnotach plemiennych zamieszkujących różne, często odległe od siebie miejsca na kuli ziemskiej, m.in. w starożytnych Chinach, Egipcie i Indiach, niezależnie od siebie tworzono podobne mikstury z tych samych lub blisko ze sobą spokrewnionych gatunków roślin. W wyniku tego dawne cywilizacje pozostawiły po sobie liczne opisy surowców i leków roślinnych, które nierzadko stosowane są po dziś dzień. Wielu badaczy tej materii odkrywało sposoby leczenia poprzez doświadczenia, obserwację lub przypadek, a wiedzę dotyczącą lecz-

niczych właściwości roślin przekazywano najpierw ustnie, następnie za pomocą malowideł i rysunków, aby wreszcie zacząć ją zapisywać (Kawałko, 1986; Klimczak, Klimczak, 2011).

Skuteczne przekazywanie zdobytej wiedzy łączy się właśnie z wynalazkiem pisma i odkąd pojawiły się różne formy zapisu, np. na: glinianych tabliczkach, papirusach i pergaminach, można mówić o utrwalonym na nośniku materialnym przekazywaniu informacji w przestrzeni i czasie. Wielu badaczy uważa, że książka w postaci zwoju papirusowego panuje w świecie myśli i słowa niepodzielnie od końca IV w. p.n.e. Dzięki temu już w starożytności wyraźna była tendencja do gromadzenia różnego rodzaju piśmiennictwa, m.in.: urzędowego, religijnego oraz naukowego. Usystematyzowaniem starych dokumentów wiedzy medycznej zajęła się powstała w XIX wieku historia medycyny, która jest nauką o zdrowiu i chorobie w wymiarze historycznym, wymagając także dużej wiedzy przyrod-

**Adres korespondencyjny:** Kamila Musiał, Instytut Zootechniki Państwowy Instytut Badawczy w Balicach, Zakład Systemów i Środowiska Produkcji, ul. Krakowska 1, 32-083 Balice k. Krakowa, e-mail: kamila.musial@izoo.krakow.pl, tel.: +48 784 05 99 55

**Copyright by:** Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Kamila Musiał

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

niczej (Brzeziński, 1988; Głombiowski, Szwejkowska, 1979; Świderkówna, Nowicka, 2008; Żmigrodzki, Babik, Pietruch-Reizes, 2006).

W artykule podjęto próbę scharakteryzowania wybranych, najdawniejszych dokumentów wiedzy medycznej i wskazania ich znaczenia poprzez powiązanie z gatunkami roślin leczniczych. Ma to świadczyć o kształtowaniu się wiedzy utylitarnej i wysokiej świadomości społecznej dawnych wspólnot, w zakresie znajomości i zastosowania różnych roślin, w tym dla celów leczniczych.

### Koncepcja pracy i jej zakres

Ponieważ człowiek spośród wszystkich innych naczelnych wyróżnia się najwyższym rozwojem psychiki i życia społecznego, od tysięcy lat z powodzeniem wytwarza wysublimowaną kulturę (Charymska, 2015). Różne gatunki roślin przedstawiane były często w rozmaitych wytworach kultury ludzkiej, oprócz historycznych ksiąg związanych z naukami przyrodniczymi, pojawiały się m.in. w literaturze pięknej i sztuce różnych okresów (Musiał, 2015; Musiał, 2016). Opracowanie ma charakter przeglądowy i dotyczy identyfikacji oraz syntetycznego przedstawiania gatunków roślin leczniczych w najważniejszych dokumentach medycznych ludzkości, sięgających czasów starożytności i średniowiecza.

Zaawansowane cywilizacyjnie społeczności ludzkie istniały w różnych częściach Euroazji już około 3 tysięcy lat p.n.e., zwłaszcza w miejscach charakteryzujących się łagodnym klimatem, najczęściej w dolinach dużych rzek. W tych najstarszych kulturach, które najprawdopodobniej pozostawały ze sobą w jakimś kontakcie był już kalendarz, jednostki miar i wag oraz pismo. Duża była także wiedza na temat roślin uprawnych oraz leczniczych, przedstawianych w różnych dziełach o tematyce związanej z medycyną i leczeniem przy pomocy ziół. W opracowaniu, bazując

na dostępnej, wybranej literaturze z tego zakresu, starano się te gatunki przypisać do określonych autorów i miejsc oraz zaklasyfikować je do poszczególnych rodzin botanicznych i form życiowych. Dokonano również podziału na trzy umowne grupy, mieszczące w sobie większość rozpoznanych w tych dziełach gatunków: rośliny halucynogenne (H), zioła stosowane w kuchni jako przyprawy (P) oraz tzw. „cudowne rośliny zdrowia, młodości i wesołości” (C). Nomenklaturę łacińską i przynależność do rodzin botanicznych podano wg prac: Mirek, Piękoś-Mirek, Zajac A., Zajac M. (2002) oraz Strzelecka, Kowalski (2000).

### Wybrane dokumenty i traktaty medyczne starożytności i średniowiecza

Wielotysięczną historią zielarstwa, której początki sięgają trzeciego tysiąclecia p.n.e. mogą pochwalić się Chiny czasów legendarnego cesarza Sheng Nong, zwanego chińskim ojcem rolnictwa i lecznictwa. Według podań wysyłał on na wszystkie strony świata specjalne ekspedycje mające sprowadzić egzemplarze flory i minerałów, aby poznać ich właściwości uzdrawiające. Zebrana wiedza odnośnie sposobu ich przygotowania i stosowania posłużyła do opracowania najstarszego chińskiego zielnika. W „*Zielniku*” wydanym w 2700 r. p.n.e., opisano 252 znane już wtedy gatunki roślin leczniczych i szczegółowo określono ich wpływ na ludzki organizm oraz podano opisy około 365 różnych lekarstw (tab. 1). Jako że powstał popyt na owe zioła lecznicze i wytwarzane z nich leki, cesarz przyczynił się do zainicjowania handlu pomiędzy krajami Wschodu i Południa. Pierwsza w świecie farmakopea z 502 r. n.e., a więc urzędowy spis leków, nawiązywała do doświadczeń Sheng Nonga i zawierała opisy 730 różnych roślin o znaczeniu terapeutycznym. Dla porównania europejskie prace botaniczne okresu renesansu zawierały zwykle tylko 300 do 600 opisów flory (Lewkowicz-Mosiej, 2012).

**Tabela 1.** Najdawniejsze dokumenty wiedzy medycznej w ujęciu chronologicznym

| Lp                   | Przedział czasowy  | Miejsce | Autor                    | Tytuł dzieła                     | Zakres opisywanej wiedzy            | Źródło*   |
|----------------------|--------------------|---------|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------|
| <b>Starożytność</b>  |                    |         |                          |                                  |                                     |           |
| 1.                   | Ok. XXVII w p.n.e. | Chiny   | Sheng Nong               | „ <i>Zielnik</i> ”               | Ok. 250 gat. roślin leczniczych     | 14        |
| 2.                   | XVI w p.n.e.       | Egipt   | odnaleziony przez Ebersa | „ <i>Papirus Ebersa</i> ”        | Ok. 900 recept                      | 1,6,27,28 |
| 3.                   | VII w p.n.e.       | Asyria  | Assurbanipal             | „ <i>Słownik</i> ”               | Ok. 200 gat. roślin                 | 2,17      |
| 4.                   | VI w p.n.e.        | Indie   | Sushruta                 | „ <i>Sushruta Samhita</i> ”      | Traktat poświęcony chirurgii        | 25        |
| 5.                   | V-IV w p.n.e.      | Grecja  | Hipokrates z Kos         | „ <i>Corpus Hippocraticum</i> ”  | Opis ok. 300 medykamentów           | 7,15,17   |
| 6.                   | I w n.e.           | Rzym    | Dioskurydes              | „ <i>Materia Medica</i> ”        | Ok. 600 gat. roślin                 | 21        |
| 7.                   | I w n.e.           | Rzym    | Pliniusz Starszy         | „ <i>Historia Naturalis</i> ”    | Opis leczniczych właściwości ziół   | 21        |
| 8.                   | II w. n.e          | Grecja  | Klaudiusz Galen          | „ <i>Therapeutike Methodos</i> ” | Nowe postaci leków                  | 13        |
| <b>Średniowiecze</b> |                    |         |                          |                                  |                                     |           |
| 9.                   | X-XI w             | Persja  | Avicenna                 | „ <i>Canon medicinae</i> ”       | Leki fitoterapeutyczne i zielarskie | 5,17,27   |
| 10.                  | XI-XII w           | Niemcy  | Św. Hildegarda z Bingen  | „ <i>Physica</i> ”               | Koncepcja leczenia przyrodą         | 3,10,27   |

Źródło: opracowanie własne: \*źródła literaturowe – numery nadane zgodnie ze spisem literatury

W starożytnym Egipcie medycyna nie miała jednoznacznego charakteru, a wyróżniono jej dwa główne rodzaje: empiryczno-racjonalny oraz magiczno-religijny. Ten drugi typ sztuki leczenia zawdzięczał swe powstanie ingerencji bogów, którzy uczynili to bynajmniej nie w celu ulżenia w cierpieniu swoim wyznawcom, ale ponieważ sami bardzo tego potrzebowali. Egipskim bogom niezwykle często zdarzało się chorować, odnosić rany, a nawet umierać. Bogiem, który nauczył ludzi sztuki leczenia był *Thot*, pan wiedzy wszelakiej, któremu przypisywano autorstwo traktatów medyczno-egzorcystycznych. Informacji o medycynie i stosowaniu roślin leczniczych dostarczają po dzień dzisiejszy odnalezione i odczytane papirusy, które zachowały się z tamtych czasów, wytwarzane z włókien łądyg wodnej rośliny *Cyperus papyrus* (Adamowski, 2014).

Najwięcej wiadomości w tym zakresie dostarczył dokument zatytułowany „*Papyrus Ebersa*”, nazwany na cześć jego odkrywcy - który zakupił go w Tebach - żyjącego w XIX wieku profesora egiptologii w Jenie i Lipsku Georga Ebersa (Drozd, 2012). Po wstępnych badaniach jego treści stwierdzono, iż jest to największe i zarazem najpiękniejsze z zachowanych dzieł o tematyce farmaceutyczno-medycznej. Autorem myśli, które utrwalone zostały przez nieznanego skrybę miał być sam *Thot*, natomiast Ebers, dzięki istniejącym na odwrocie papirusu notatkom kalendarzowym ustalił iż dokument ten powstał w latach 1553 - 1550 p.n.e. Jednak uważa się, że fragmenty papirusu są odpisem z o wiele starszych źródeł, pochodzących prawdopodobnie nawet z IV tysiąclecia p.n.e. (Szumowski, 1994). Ponadto autorem rozdziału „chirurgicznego” miał być *Imhotep*, czyli mityczny lekarz-bóg żyjący w III tysiącleciu p.n.e. Papirus opublikowany został w 1876 roku, w postaci zwoju długości ponad 20 metrów i zawierał 108 rozdziałów, z których każdy składał się z 20-22 wierszy. Na jego kartach znajdowało się także 876 „recept”, tzw. gotowych przepisów leczniczych, których składnikami w większości były surowce roślinne, a także liczne informacje z zakresu chorób wewnętrznych, chirurgii i stosowania minerałów. Papirus zaopatrzony był w spis treści i komentarze, można tam znaleźć także szereg nieznanych już dzisiaj określeń, najprawdopodobniej fachowych terminów medycznych, nieprzetłumaczalnych w dzisiejszych czasach. Po odczytaniu zapisu stał się on do dzisiaj najważniejszym dokumentem staroegipskiej medycyny (Strzelecka, Kowalski, 2000).

Z zapisów ksiąg cywilizacji babilońsko-asyryjskiej i egipskiej wynika, że pierwszą biblioteką była księżnica króla Assurbanipala z VII wieku p.n.e. w Niniwie, na terenie dzisiejszego Iraku, która zawierała w swoich zbiorach około 25 tysięcy dzieł. Assurbanipal był ostatnim potężnym władcą Asyrii, potrafił pisać i czytać, co wówczas stanowiło rzadkość nawet wśród elit tego państwa. Choroba w tamtejszej kulturze była odczytywana jako gniew bogów, zły duch którego miał przepędzić dawca zdrowia bóg *Marduk* (Gładkowska-Rzeczycka, 2009). W swojej bibliotece, ponownie odkrytej dla świata w XIX wieku, władca ten zgromadził dzieła obejmujące całą ówczesną wiedzę, spisana

pismem klinowym na glinianych tabliczkach zawierających m.in. teksty medyczne, traktujące o sposobach radzenia sobie z różnymi schorzeniami. Podstawowym źródłem wiedzy o medycynie i znajomości roślin leczniczych z tamtego okresu jest do dzisiaj „*Słownik*” Assurbanipala, w którym zawarte były wiadomości dotyczące około 200 gatunków roślin i ich użytkowania, z podziałem na zboża, warzywa, środki narkotyczne i gumo-żywicodajne. Podczas wykopalisk na terenie Niniwy, znaleziono ponadto dowody na stosowanie przez Asyryjczyków w VII w. p.n.e. wyciągów z różnych trujących roślin (Brzeziński, 1988; Motyka, Marcinkowski, 2010; Żmigrodzki i in., 2006).

Także historia Indii jest bardzo bogata pod tym względem. System medycyny indyjskiej rozwinięty w starożytności zwany jest *ajurwedą*, co w wolnym tłumaczeniu oznacza „wiedzę o życiu” i zajmuje się zdrowiem fizycznym, psychicznym i duchowym (Rhyner, 2000). Medycyna praktykowana przez Hindusów mieszała się z działaniem sił nadprzyrodzonych, wierzono np. że chorobę można wypędzić z ciała dzięki modlitwom, amuletom, a także ofiarom. Poprzez zaklęcia starano się przenosić dolegliwości z jednej istoty żywej na drugą, a medycyna była domeną kapłanów. Najsłynniejszym hinduskim lekarzem tego nurtu był Sushruta, który pozostawił po sobie pisma w języku sanskryckim, zawierające szczegółowy opis medycyny hinduskiej. Był on autorem traktatu poświęconego chirurgii pt. „*Sushruta Samhita*”, gdzie m.in. określił dokładną liczbę chorób na 1120. Wierzono wówczas w znaki i to co ich znaczenie niosło ze sobą, a lekarze byli przekonani, iż to one snują rokowania odnośnie chorego. Twierdzono, iż źle wróżyło, jeśli posłaniec przybywszy po medyka był smutny, bojaźliwy, chory lub odziany w brudne szaty, a także jeżeli przyjechał na osle, w południe, o północy, podczas zaćmienia księżyca, albo był kobietą. Dobrym znakiem było jeśli lekarz udając się do chorego napotkał na swojej drodze kobietę z niemowlęciem, dziewczynę czy też pędzącego konia.

Największym z lekarzy greckich był żyjący w V i IV wieku p.n.e. Hipokrates z Kos, nazywany ojcem medycyny, który jest autorem składanej do dzisiaj przysięgi lekarskiej oraz twórcą etyki lekarskiej, opierającej się na zasadzie „*primum non nocere*”. Pozostawił liczne pisma, z których najsłynniejsze dzieło używane przez bardzo długie lata także w czasach nowożytnych to „*Corpus Hippocrateum*”. Zawiera ono całą ówczesną wiedzę medyczną i opis około 300 medykamentów pochodzenia roślinnego, zwierzęcego i mineralnego. Wiele teorii przypisywanych Hipokratesowi pochodzi ze szkół lekarskich Egiptu, uważanego w naszym kręgu kulturowym za kolebkę medycyny (Gładkowska-Rzeczycka, 2009). Wiedzę zdobytą podczas licznych podróży, a dotyczącą środków leczniczych i metod leczenia, wykorzystał w praktyce. Stosował zioła niepoddane żadnej obróbce, uważał bowiem, że środki lecznicze w przyrodzie znajdują się w optymalnej postaci, do której organizm człowieka w trakcie jego rozwoju doskonale się przystosował, wywierając więc w tej formie najkorzystniejsze działanie leczni-



cze. Pozostawił pionierskie wówczas opisy działania medykamentów sporządzonych przez siebie, wraz z opisami dolegliwości przeciwko którym je stosowano (Marciniak, 2009; Motyka, Marcinkowski, 2010). Drugim najwybitniejszym lekarzem starożytnej Grecji był żyjący w II w. n.e. Klaudiusz Galen z Pergamonu, znajdującego się na egejskim wybrzeżu dzisiejszej Turcji. Wprowadził on nowe postaci leków: proszki, wyciągi, nalewki na wodzie, occie i winie oraz różnego rodzaju mazidła, noszące do dziś nazwę preparatów galenowych. Jego sposoby opracowywania lekarstw obowiązywały nawet przez 1500 lat po śmierci Galena. Dorobek pisarski Klaudiusza Galena jest olbrzymi, obejmuje blisko 400 dzieł, w tym około 150 na tematy medyczne, spośród których największe znaczenie miało „*Therapeutike Methodos*” (Koskowski, 1932).

Dioskurydes był żyjącym w I wieku naszej ery greckim lekarzem i botanikiem, który żył i pracował w Rzymie, jako lekarz w armii Nerona. Dzięki temu dużo podróżował i poszukiwał leków w całym basenie Morza Śródziemnego. Zastąpił jako autor 5-tomowego dzieła pt. „*Materia Medica*”, które było najważniejszą księgą o ziołach w czasach starożytnych i prekursorem późniejszych farmakopei. Znajdują się tam informacje o około 600 różnych gatunkach i rodzajach roślin oraz ich zastosowaniu. Dzieło to zrobiło wówczas ogromną karierę, ponieważ było pierwszą ilustrowaną księgą medyczną i pozostawało w użyciu aż do XVII wieku, a jej autor stał się uznanym autorytetem zarówno w kulturze Zachodu jak i Wschodu. Jest ono niezwykle ważnym źródłem wiedzy o historii zielarstwa i ziołolecznictwa, informuje o znaczeniu i stosowaniu roślin leczniczych w świecie starożytnym oraz zawiera nazwy roślin w wymarłych już językach - dackim i trackim. Także żyjący w I wieku naszej ery w Imperium Rzymskim Pliniusz Starszy, był autorem traktatu pt. „*Historia Naturalis*”, zawierającego m.in. elementy związane z lecznictwem, gdzie podawał własności medyczne różnych ziół (Koskowski, 1932; Pavord, 2005).

W Średniowieczu zielarstwem i ziołolecznictwem zajmowali się przede wszystkim mnisi w klasztorach, a medycynę charakteryzował scholastyczny racjonalizm i codzienna empiria (Bujałowska, 1988). Avicenna był żyjącym na przełomie X i XI wieku perskim lekarzem i filozofem, który do dzisiaj bywa nazywany ojcem nowoczesnej medycyny. Był autorem kilkuset prac z zakresu wielu dziedzin ówczesnej nauki i komentatorem pism Arystotelesa, wywarł także znaczący wpływ na europejską scholastykę. W zakresie nauk lekarskich był on wyznawcą myśli Galena, stworzył m.in. dzieło pt. „*Canon medicinae*”, które zawiera całością wiedzy o lecznictwie tego greckiego medyka. Odegrało ono dużą rolę w jego epoce oraz stanowiło podstawę teorii i praktyki medycznej przez wiele kolejnych stuleci. Avicenna zawarł w nim wiedzę z zakresu: anatomii i fizjologii człowieka, podał opisy chorób, był też pierwszym medykiem, który wprowadził dla ludzi zachodu wschodnią technikę masażu. Jako pierwszy zalecał także dokładne mycie zębów i zwrócił uwagę na dobroczynne działanie pijawek. Jego kanon medyczny dotyczył także roślin

leczniczych czyli ziołolecznictwa, gdzie wymienia się ich około 800 gatunków (Strzelecka, Kowalski, 2000; Motyka, Marcinkowski, 2010; Ciechomska, 2014).

Żyjąca w XII wieku Św. Hildegarda z Bingen, jest do dzisiaj najbardziej znaną kobietą związaną z nauką w epoce średniowiecza oraz uważa się ją za pierwszą przyrodniczkę w historii nauki. Pochodziła z zamożnego rodu, a ponieważ w młodości mieszała prorocze wizje, oddano ją do pustelni gdzie nauczyła się czytać i pisać, a po śmierci nauczyciela założyła klasztor. W późniejszym czasie była przełożoną klasztoru benedyktynek koło Bingen, nad Renem. Hildegarda reprezentowała nurt mistyczny odnośnie refleksji o przyrodzie, uważała że obecna jest w niej boska energia, a ciało ludzkie jest swoistym mikrokosmosem. Przez to pewnie obecnie uważana jest za patronkę leczenia holistycznego za pomocą ziół oraz ruchu przeciwko cywilizacji o nazwie „*New Age*”. Jedno z jej dzieł pt. „*Physica*”, dotyczyło botaniki i zawierało koncepcję leczenia ludzi przyrodą oraz przez przywracanie harmonii. Zawarte były w nim opisy właściwości roślin uprawnych i dziko rosnących z obszaru śródziemnomorskiego, o których informacje czerpała bezpośrednio od ludu. Znalazły się w nim także opisy ówczesnego rolnictwa, ogrodnictwa oraz ogólnego stanu nauki w Niemczech (Bujałowska, 1988; Strzelecka, Kowalski, 2000; Kania, Baraniak, Grys, 2014).

### **Recepty oraz wybrane rośliny lecznicze podawane w najdawniejszych traktatach wiedzy medycznej**

W starych dziełach dotyczących lecznictwa można znaleźć m.in. różne recepty, z których wynika jakie rośliny były stosowane na konkretne schorzenia. W „*Papirusie Ebersa*” wymieniano między innymi: czosnek, cebulę morską, jaskółcze ziele, aloes, jałowiec pospolity, szantę zwyczajną, kozieradkę, mak, mandragorę, tymianek, koper, kminek, bieluń oraz miętę (tab. 2). Za lek znieczulający w owym czasie powszechnie służyło opium, ale w celu zmniejszenia bólu używano także substancji spokrewnionych z mandragorą, m.in. atropiny i skopolaminy. Właściwości szanty zwyczajnej znali i doceniali już egipcjscy kapłani, a w starożytnym Rzymie uważana była za cenny lek ziołowy, mający działanie wykrztuśne i rozkurczające na mięśnie gładkie (Podbielkowski, 1989; Wolski, Baj, Matosiuk, Kwiatkowski, Ziewiec, 2007). W celu przeczyszczenia żołądka robiono miksturę z rącznika pospolitego, owoców daktyłowca właściwego, cibory wyczyńcowatej, łodygi maku a także sproszkowanej kolendry siewnej. Powyższe składniki należało namoczyć w zimnym piwie, a otrzymaną mieszaninę trzeba było precedzić i stosować przez 4 dni. W celu wypędzenia glisty z żołądka zalecano picie cieczy złożonej z mleka oraz bylicy piołun w postaci utartego suszu. Natomiast środek leczniczy boga *Re*, przeznaczony na różne „boskie choroby”, złożony był z: rozgrzanego miodu, wosku, startego kadzidła, nasion lnu, cebuli, prasowanych rodzynek, bulwy z cibory wyczyńcowej, opium, owoców kolendry oraz świeżego piwa. Powstałą z tych składników maść należało



nakładać na chore miejsca. W celu stworzenia środka moczoopędnego trzeba było ugotować wywar z owoców lnu zwyczajnego, pęczka cebuli, mąki pszennej, miodu oraz cibory papirusowej. Przygotowany odwar należało przecedzić i zażywać po troszku przez 4 dni. W „*Papirusie Ebersa*” można znaleźć także opisy zastosowania wyciągów z różnych trujących roślin,

m.in. z lulka czarnego i szaleju jadowitego (Motyka, Marcinkowski, 2010). Wymieniany jest tam ponadto opis działania aloesu, występującego w „*Papirusie ..*” pod nazwą *khetawa*, który potem podawany był także przez Dioskurydesa i Galena, a następnie przez wielu innych badaczy w czasach średniowiecza i nowożytnych (Strzelecka, Kowalski, 2000).

**Tabela 2.** Rośliny występujące w wybranych starych dokumentach wiedzy medycznej

| Lp  | Nazwa rośliny i przynależność do „umownej” grupy                   | Rodzina botaniczna | Zielnik | Papirus Ebersa | Canon medicinae | Physica | Forma życiowa | Źródło*        |
|-----|--------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|----------------|-----------------|---------|---------------|----------------|
| 1.  | Aloes ( <i>Aloe sp.</i> ) <b>C</b>                                 | Asphodelaceae      |         | +              |                 |         | bylina        | 1,22,27        |
| 2.  | Anyż gwiazdkowaty ( <i>Illicium verum</i> ) <b>P, C</b>            | Illiciaceae        | +       |                |                 | +       | drzewo        | 10,20,22,23,26 |
| 3.  | Bieluń dziedzierzawa ( <i>Datura stramonium</i> ) <b>H</b>         | Solanaceae         |         |                | +               |         | jednor.       | 5,17,22        |
| 4.  | Bylica pospolita ( <i>Artemisia vulgaris</i> ) <b>H, P</b>         | Asteraceae         | +       | +              |                 | +       | bylina        | 1,10,22,23,26  |
| 5.  | Bylica piołun ( <i>Artemisia absinthium</i> ) <b>H, P</b>          | Asteraceae         |         | +              |                 | +       | bylina        | 1,22,23,26     |
| 6.  | Cebula jadalna ( <i>Allium cepa</i> ) <b>P</b>                     | Alliaceae          |         | +              |                 | +       | bylina        | 1,22,23        |
| 7.  | Cebula morska ( <i>Urginea maritima</i> ) <b>P</b>                 | Hyacinthaceae      |         | +              |                 |         | bylina        | 1,22           |
| 8.  | Cibora papirusowa ( <i>Cyperus papyrus</i> ) <b>I</b>              | Cyperaceae         |         | +              |                 |         | bylina        | 1,22           |
| 9.  | Cibora wyczyńcowata ( <i>Cyperus alopecuroides</i> ) <b>I</b>      | Cyperaceae         |         | +              |                 |         | bylina        | 1,22           |
| 10. | Czosnek pospolity ( <i>Allium sativum</i> ) <b>P</b>               | Alliaceae          | +       | +              | +               | +       | bylina        | 1,9,22,23      |
| 11. | Daktylowiec właściwy ( <i>Phoenix dactylifera</i> ) <b>P</b>       | Palmae             |         | +              |                 |         | drzewo        | 1,22           |
| 12. | Jałowiec pospolity ( <i>Juniperus communis</i> ) <b>I</b>          | Cupressaceae       |         | +              |                 |         | krzew         | 1,22           |
| 13. | Jaskółcze ziele ( <i>Chelidonium majus</i> ) <b>H</b>              | Papaveraceae       |         | +              |                 |         | bylina        | 1,22           |
| 14. | Kminek zwyczajny ( <i>Carum carvi</i> ) <b>P</b>                   | Apiaceae           |         | +              |                 | +       | dwuletnia     | 1,22,23,26     |
| 15. | Kolendra siewna ( <i>Coriandrum sativum</i> ) <b>P</b>             | Apiaceae           |         | +              |                 | +       | jednor.       | 1,22,23        |
| 16. | Konopie indyjskie ( <i>Cannabis indica</i> ) <b>C</b>              | Cannabaceae        | +       |                |                 |         | jednor.       | 20,22,24       |
| 17. | Koper włoski, fenkuł ( <i>Foeniculum officinale</i> ) <b>P, C</b>  | Apiaceae           |         | +              |                 | +       | dwuletnia     | 1,10,22,23     |
| 18. | Kozieradka pospolita ( <i>Trigonella foenum-graecum</i> ) <b>P</b> | Fabaceae           |         | +              |                 | +       | jednor.       | 1,22,23        |
| 19. | Len zwyczajny ( <i>Linum usitatissimum</i> ) <b>I</b>              | Linaceae           |         | +              |                 |         | jednor.       | 1,22           |
| 20. | Lulek czarny ( <i>Hyoscyamus niger</i> ) <b>H</b>                  | Solanaceae         |         | +              | +               |         | jednor.       | 1,5,17,22      |
| 21. | Macierzanka piaskowa ( <i>Thymus serpyllum</i> ) <b>P</b>          | Lamiaceae          |         |                |                 | +       | półkrzew      | 10,22,23,26    |
| 22. | Majeranek ogrodowy ( <i>Majorana hortensis</i> ) <b>P</b>          | Lamiaceae          |         |                |                 | +       | jednor.       | 22,23          |
| 23. | Mak lekarski ( <i>Papaver somniferum</i> ) <b>H</b>                | Papaveraceae       | +       | +              | +               | +       | jednor.       | 1,14,22,23,24  |
| 24. | Mandragora lekarska ( <i>Mandragora officinalis</i> ) <b>H</b>     | Solanaceae         |         | +              |                 | +       | bylina        | 1,5,22,23      |
| 25. | Melisa lekarska ( <i>Melissa officinalis</i> ) <b>P</b>            | Lamiaceae          |         |                |                 | +       | bylina        | 22,23          |
| 26. | Mięta pieprzowa ( <i>Mentha piperita</i> ) <b>P</b>                | Lamiaceae          |         | +              | +               | +       | bylina        | 1,10,22,23     |
| 27. | Miłorząb dwuklapowy ( <i>Ginkgo biloba</i> ) <b>C</b>              | Ginkgoaceae        | +       |                |                 |         | drzewo        | 22,24          |
| 28. | Prześl skrzypowata ( <i>Ephedra equisetina</i> ) <b>H, C</b>       | Ephedraceae        | +       |                |                 |         | krzew         | 14,20,22       |
| 29. | Rącznik pospolity ( <i>Ricinus communis</i> ) <b>I</b>             | Euphorbiaceae      |         | +              |                 |         | jednor.       | 1,22           |
| 30. | Rzewień lekarski ( <i>Rheum rhaponticum</i> ) <b>C</b>             | Polygonaceae       | +       |                |                 |         | bylina        | 14,20,22       |
| 31. | Sałata jadowita ( <i>Lactuca virosa</i> ) <b>H</b>                 | Asteraceae         |         |                | +               |         | jednor.       | 5,17,22        |
| 32. | Szalej jadowity ( <i>Cicuta virosa</i> ) <b>H</b>                  | Apiaceae           |         | +              |                 |         | bylina        | 1,5,17,22      |
| 33. | Szanta zwyczajna ( <i>Marrubium vulgare</i> ) <b>P</b>             | Lamiaceae          |         | +              |                 |         | bylina        | 1,22,30        |
| 34. | Szczwół plamisty ( <i>Conium maculatum</i> ) <b>H</b>              | Apiaceae           |         |                | +               |         | dwuletnia     | 5,17,22        |
| 35. | Tymianek pospolity ( <i>Thymus vulgaris</i> ) <b>P</b>             | Lamiaceae          |         |                |                 | +       | bylina        | 10,22,23,26    |
| 36. | Urginia morska ( <i>Urginea maritima</i> ) <b>I</b>                | Liliaceae          |         | +              |                 |         | bylina        | 1,22           |
| 37. | Żeń - szeń ( <i>Panax ginseng</i> ) <b>C</b>                       | Araliaceae         | +       |                |                 |         | bylina        | 14,22,24       |

Źródło: opracowanie własne. \*źródła literaturowe – numery nadane zgodnie ze spisem literatury

Objaśnienia do tabeli: **H** – rośliny halucynogenne, **P** – przyprawy, **C** – „cudowne rośliny zdrowia, młodości i wesołości”, **I** – inne, jednor. – roślina jednoroczna

W średniowieczu Avicenna opisał miksturę stosowaną wówczas do usypiania przed operacjami, będącą wyciągiem na który składały się: bieluń dziedzierzawa, lulek czarny, szczywół plamisty oraz sałata jadowita, która kiedyś była rośliną uprawną, a jej sok mleczny wykorzystywano jako substytut opium (Motyka, Marcinkowski, 2010; Ciechomska, 2014). Natomiast Św. Hildegarda z Bingen zalecała zwłaszcza stosowanie leków roślinnych w charakterze przypraw, jako dodatek do wszelkich potraw, słusznie zakładając, że większość surowców znajdujących się w roślinach przyprawowych zawiera jakieś substancje chemiczne o działaniu farmakologicznym. Pomimo, że w Średniowieczu nie znano ich składu chemicznego, zdawano sobie sprawę, że niektóre z nich wpływają korzystnie na organizm człowieka w przypadku konkretnych chorób. Na przykład w dolegliwościach bólowych zębów zalecano płukać jamę ustną szafwią lub miętą, a do tłustych posiłków dodawać tymianek, macierzankę lub majeranek. Na wzdęcia i inne dolegliwości gastryczne podawano koper włoski, kminek i miętę. Także bylica pospolita była wspominana przez Hildegardę jako przyprawa używana w mieszance z innymi ziołami, m.in. anyżem, fenkułem i melisą. Pojawiała się ona także na kartach dzieł starożytnych, wspomina ją chiński „Zielnik”, oraz w późniejszym okresie Klaudiusz Galen (Podbielkowski, 1989; Storl, 2009). Św. Hildegarda propagowała także higienę w życiu klasztornym, co w owych czasach było raczej zjawiskiem wyjątkowym (Bujalowska, 1988; Kania i in., 2014).

Rośliny lecznicze znajdujące się w starożytnych i średniowiecznych traktatach medycznych, można w większości zaklasyfikować do trzech umownych grup: roślin o działaniu halucynogennym, ziół stosowanych w kuchni jako przyprawy oraz tzw. „cudownych roślin zdrowia, młodości i wesołości”. Do pierwszej z nich zaliczono w dużej mierze przedstawicieli rodziny psiankowatych (Solanaceae) oraz selerowatych (Apiaceae), które ze względu na występujące w nich różne alkaloidy zawierają całą gamę roślin o właściwościach halucynogennych (tab. 2). Wymieniane były one w tych przekazach jako składniki „magicznych receptur” lub śmiertcionośne trucizny, znajdowały także zastosowanie w ówczesnej medycynie, jako że powodując głęboki sen były stosowane podczas operacji chirurgicznych. Do dzisiaj doceniane są także ich właściwości lecznicze, na przykład rozkurczowe czy przeciwwymiotne (Ciechomska, 2014). Typowym reprezentantem psiankowatych jest mandragora lekarska, która jest leczniczą byliną o działaniu narkotycznym, nasennym i znieczulającym, obecnie stosowaną do leczenia reumatyzmu. Jest to jedna z najstarszych z roślin leczniczych, wymieniana już w „*Papirusie Ebersa*” oraz w dziele Św. Hildegardy z Bingen. Jej korzeń przypomina kształtem ciało człowieka, przez co już od starożytności przypisywano jej wiele magicznych i leczniczych właściwości. Mandragorę stosowano w leczeniu dolegliwości: oczu, uszu, przy artretyzmie oraz wrzodach, miała wywoływać miesiączkę, ułatwiać poród

i zapłodnienie, była także środkiem przeciwko łyśnieniu (Podbielkowski, 1989). Także lulek czarny to roślina roczna, opisana przez Św. Hildegardę, jako roślina służąca do produkcji tzw. eliksirów miłości. Natomiast inhalacje z użyciem dymów z palonych nasion lulka stosowane były do leczenia tak zwanych robaków zębowych, które dzisiaj mogą być utożsamiane z próchnicą zębów.

Do ziół stosowanych również w kulinariach należą zwłaszcza przedstawiciele trzech rodzin botanicznych: jasnotowatych (Lamiaceae), selerowatych (Apiaceae) oraz czosnkowatych (Alliaceae). Przykładem jest koper włoski, zwany także fenkułem, który jest dwuletnią rośliną zielną z rodziny selerowatych (Apiaceae). Według Św. Hildegardy koper włoski spożyty w każdej postaci miał uszczęśliwić człowieka, nadawał skórze ładnego koloru i przyjemnego zapachu, a także wspomagał trawienie (Podbielkowski, 1989; Posh, 2001). Mięta pieprzowa jest jedną z najstarszych przyprawowych i leczniczych bylin z rodziny jasnotowatych (Lamiaceae), doceniona i stosowana z powodzeniem była już w czasach starożytnych. Wymienia ją „*Papirus Ebersa*”, gdzie była używana do balsamowania zwłok, a w starożytnej Grecji Pliniusz Starszy zalecał napar z mięty jako środek łagodzący migrenę oraz otwierający umysł, dlatego jego uczniowie nosili wianki z mięty. W okresie Średniowiecza wykorzystywano miętę przede wszystkim wg zaleceń Awicenny, ale też Św. Hildegarda zalecała jej stosowanie w leczeniu zaburzeń trawiennych, w dolegliwościach wątroby i woreczka żółciowego, w artretyzmie, czy w zapaleniu pęcherza (Posh, 2001). Innym przedstawicielem jasnotowatych jest macierzanka piaskowa, półkrzew o płożących się pędach, znany także już w starożytności. Dioskurydes i Pliniusz zalecali jej stosowanie, a w Grecji balsamowano zwłoki przy użyciu olejku macierzankowego, natomiast Św. Hildegarda polecała macierzankę, pisząc o niej tak: „...Człowiek, którego ciało jest chore tak, że się wstrętne wzburza, niech je to zioło często z mięsem czy też warzywami ugotowane, a ciało jego wewnątrznie się wyleczy i oczyści.” (Kania i in., 2014; Podbielkowski, 1989). Z kolei czosnek pospolity to bylina z rodziny czosnkowatych (Alliaceae), będąca jednym z najstarszych środków leczniczych i przyprawowych znanych człowiekowi i stosowanym we wszystkich kulturach od najdawniejszych czasów. Informacje zawarte w „*Papirusie Ebersa*” wskazują, że czosnek stanowił część codziennej diety Egipcjan, także starożytne teksty medyczne z Chin, Indii, Grecji i Rzymu, przepisywały tej roślinie wiele zastosowań, w tym redukcję zakażeń i ochronę przed toksynami (Podbielkowski, 1989; Yun i in., 2013).

Wreszcie interesującą grupą roślin widniejącą w najstarszych traktatach medycznych wydają się być tzw. „cudowne rośliny zdrowia, młodości i wesołości”, pochodzące z kontynentu azjatyckiego. Zalicza się tutaj przede wszystkim żeń – szeń, który jest byliną z rodziny araliowatych (Araliaceae), uważaną za najbardziej znany lek harmonizujący Azji i jeden z najstarszych leków świata. W „*Zielniku*” Sheng Nonga był

opisany jako jeden z ważniejszych surowców roślinnych do wyrabiania leków, a współczesne badania pozwoliły na nowo określić zakres działania i opracować jego wskazania terapeutyczne. Uważano już wtedy że korzeń *Panax ginseng* wzmacnia 5 organów: serce, śledzionę, płuca, nerki i wątrobę, rozjaśnia myśli, oddala lęki, a przyjmowany przez dłuższy czas wzmacnia ciało i wydłuża życie (Podbielkowski, 1989; Ratsch, 1992). Także miłorząb dwuklapowy, drzewo z rodziny miłorzębowatych (Ginkgoaceae), podawany był w „Zielniku” Sheng Nonga, jako roślina poprawiająca koncentrację i pamięć, a także samopoczucie. Z kolei mak lekarski to roczna roślina z makowatych (Papaveraceae), która od tysiącleci posiadała uniwersalne zastosowanie jako środek leczniczy i żywnościowy. Uprawiany był w celu pozyskania z niego jadalnych nasion oraz opium, które jest stężalnym sokiem z naciętych niedojrzałych makówek. W asyryjskich tekstach medycznych mak był nazywany „rośliną radości”, a w starożytnym Egipcie i Grecji opium było zażywane jako lek w celach hedonistycznych. Także Sheng Nong podawał go w swojej pracy, Hipokrates stosował w celach leczniczych sok z nacinanych makówek, a pozyskanie opium było dokładnie przedstawione w dziele Dioskurydesa (Ratsch, 1992). Inną „rośliną radości” są konopie indyjskie, będące roczną rośliną z rodziny konopiowatych (Cannabaceae), leczącą biegunkę i udar słoneczny, pobudzającą trawienie, wzmagającą apetyt oraz odświeżającą umysł. Konopie podawane były np. w „Zielniku” i cesarz Sheng Nong zachęcał w nim poddanych do korzystania z tego zieleń przy dolegliwościach wszelkiego rodzaju. W tym celu opisywał on także wykorzystanie innych leczniczych ziół, takich jak: rzewień lekarski, prześl skrzypowatą i anyż gwiazdkowaty (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004; Ratsch, 1992).

## Podsumowanie

Współczesne zielarstwo i ziołolecznictwo, a także zastosowanie ziół dla celów kulinarnych, oparte jest w dużej mierze o starożytne i średniowieczne tradycje użytkowania roślin. W najdawniejszych cywilizacjach Dalekiego i Bliskiego Wschodu oraz obszaru śródziemnomorskiego, przez wieki poznawano rośliny i gromadzono o nich wiedzę. W wyniku tego znajdujemy tam wiele gatunków roślin reprezentujących różne rodziny botaniczne oraz formy życiowe, stosowanych do leczenia rozmaitych schorzeń. Początkowo informacje o nich przekazywane były ustnie, jednak do rozpropagowania i utrwalenia wiedzy z tego zakresu, aż do czasów współczesnych w głównej mierze przyczynił się wynalazek pisma. W starożytnych kulturach dzisiejszych Chin, Indii, Babilonii czy Egiptu, znajomość roślin leczniczych stanowiła wiedzę o tyle cenną, co praktyczną, pomagającą wyzwolić się z różnych chorób i dolegliwości. Jest ona także dobrze udokumentowana, poprzez powstałe księgi i może stanowić swoistą skarbnicę praktycznych informacji także dla człowieka współczesnego. W tym nurcie starego ziołolecznictwa, zdominowanym niemal wyłącznie przez mężczyzn, w szczególności wyróżnia się Św. Hildegarda z Bingen. Jako pierwsza kobieta związana z naukami przyrodniczymi w swoich czasach, wyodrębniła i opisała różne zioła oraz przyprawy, mające zastosowanie w wytwarzaniu recept i leków roślinnych. Wraz z opisami jej poprzedników, tworzą one po dzień dzisiejszy swoisty kanon ziołolecznictwa, wobec czego starożytnym i średniowiecznym uczonym zajmującym się tą tematyką należy się uznanie i pamięć.

## Literatura:

- Adamowski, K. (2014). Farmacja i medycyna w starożytnym Egipcie. *Aptekarz Polski*, 96 (74), Pobrane z: <http://www.aptekarzpolski.pl/2014/08/08-2014-farmacja-i-medycyna-w-starozytnym-egipcie/>
- Brzeziński, T. (1988). Wprowadzenie do historii medycyny. W: T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny* (s. 11-22). Warszawa: Wyd. PZWL.
- Bujałowska, B. (1988). Spontaniczny rozwój medycyny od empirii do medycyny kapłańskiej. Medycyna jako przedmiot kultu. W: T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny* (s. 23-51). Warszawa,
- Charymska, E. (2015). Kim jest człowiek? Hierarchia wartości. *Rozprawy Społeczne*, 3 (9), 5-11.
- Ciechomska, M. (2014). Maści czarownic, śmiertelne trucizny i serum prawdy: historia i wykorzystanie psychoaktywnych roślin z rodziny Solanaceae. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ, Nauki Ścisłe*, 9(2), 19-34.
- Drozd, J. (2012). Wczoraj i dziś ziołolecznictwa. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2, 245-251.
- Gładykowska-Rzeczycka, J. J. (2009). Zdrowie – choroby nie tylko w pradziejach. *Folia Praehistorica Posnaniensia*, 15, 37-74.
- Głombowski, K., Szwejkowska, H. (1979). *Książka rękopiśmienna i biblioteka w starożytności i średniowieczu*. Warszawa: PWN.
- Yun, H. M., Ban, J. O., Park, K. R., Lee, Ch. K., Jeong, H. S., Han, S. B., Hong, J. T. (2013). Potential therapeutic effects of functionally active compounds isolated from garlic. *Pharmacology & Therapeutics*, 1, 15-24.
- Kania, M., Baraniak, J., Gryś, A. (2014). Ziołolecznictwo i zalecenia żywieniowe według Św. Hildegardy z Bingen. Cz. II. *Postępy Fitoterapii*, 2, 104-109.
- Klimczak, A., Klimczak, K. (2011). Magia w medycynie. *Kultura i historia*, 20, pobrane z: <http://www.kulturaihistoria.umcs.lublin.pl/archives/3074>

12. Kawałko, M. (1986). *Historie ziołowe*. Lublin: Kraj. Agen. Wyd.
13. Koskowski, B. (1932). Udział farmacji galenowej w rozwoju nauk przyrodniczych. *Wiadomości Farmaceutyczne*, 27, 353-357.
14. Lewkowicz-Mosiej, T. (2012). *Leksykon roślin leczniczych*. Warszawa: Świat Książki.
15. Marciniak, K. (2009). Etymologia i charakterystyka narkotyków. W: K. Raczkowski (red.), *Narkotyki. Organizacja przestępczości i systemy przeciwdziałania* (s. 135-193). Warszawa: Wyd. Akad. Prof.
16. Mirek, Z., Piękoś-Mirkowa, H., Zając, A., Zając, M. (2002). *Flowering plants and pteridophytes of Poland, a checklist. (Krytyczna lista roślin naczyniowych Polski)*. Kraków: Wyd. IB PAN.
17. Motyka, M., Marcinkowski, J. (2010). Dlaczego zażywali środki psychoaktywne? Cz. I. Rola i znaczenie środków psychoaktywnych w kulturze: od Pradziejów do początku XX wieku. *Probl. Hig. Epidemiol*, 95(2), 223-233.
18. Musiał, K. (2015). Przyroda w kulturze Polski – łąka i flora łąkowa. *Wieś i Doradztwo*, 4(85), 22-28.
19. Musiał, K. (2016). Łąka i jej flora w gospodarstwach rolnych jako motyw literacki. *Problemy Drobnych Gospodarstw Rolnych*, 3, 85-97.
20. Niewiadomska, I., Stanisławczyk, P. (2004). *Narkotyki*. Lublin: Wyd. KUL.
21. Pavord, A. (2005). *The naming of names – the search for order in the world of plants*. Bloomsbury Publishing Pls.
22. Podbielkowski, Z. (1989). *Słownik roślin użytkowych*. Państw. Wyd. Rol. i Leśn.
23. Posch, H. (2001). *Co to jest medycyna Hildegardy*, Tom 1. Gdańsk-Oliwa: Wyd. Czuwajmy.
24. Ratsch, Ch. (1992). *Rośliny miłości. Afrodyzjaki wczoraj i dziś*. Warszawa: Wyd. Gamma.
25. Rhyner, H. (2000). *Zdrowo, młodo i radośnie z ajurwedą*. Kraków: Ofic. Wyd. Aster.
26. Storl, W. D. (2009). *Zioła lecznicze i magiczne*. Białystok: Studio astropsychologii.
27. Strzelecka, H., Kowalski, J. (2000). *Encyklopedia zielarstwa i ziołolecznictwa*. Warszawa: Wyd. PWN.
28. Szumowski, W. (1994). *Historia Medycyny*. Warszawa: Wyd. Sanmedia.
29. Świderkówna, A., Nowicka, M. (2008). *Książka się rozwija*. Wyd. 2. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich.
30. Wolski, T., Baj, T., Matosiuk, D., Kwiatkowski, S., Ziewiec, A. (2007). Szanta zwyczajna (*Marrubium vulgare* L.) – roślina lecznicza i miododajna. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio DD, LXII(2)*, 80-93.
31. Żmigrodzki, Z., Babik, W., Pietruch-Reizes. (2006). *Informacja naukowa. Rozwój – Metody – Organizacja*. Warszawa: Wyd. SBP.



# ŚWIADOMOŚĆ SAMOPOCZUCIA ZDROWOTNEGO STUDENTÓW W KONTEKŚCIE ZAGROŻEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO

## AWARENESS OF STUDENTS' HEALTH WELL-BEING IN THE CONTEXT OF MENTAL HEALTH RISKS

Izabella M. Łukasik<sup>1(A,C,D,E,F,G)</sup>, Anna Witek<sup>1(A,B,D,E,F,G)</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pedeutologii i Edukacji Zdrowotnej, Wydział Pedagogiki i Psychologii,  
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Łukasik, I.M., Witek, A. (2017). Świadomość samopoczucia zdrowotnego studentów w kontekście zagrożeń zdrowia psychicznego. *Rozprawy Społeczne*, 11(4), 64-72. <https://doi.org/10.29316/rs.2017.40>

### Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

### Streszczenie

**Wstęp.** Za cel badań uznano wskazanie istnienia zależności między zdrowiem psychicznym studentów a ich świadomością samopoczucia zdrowotnego.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto grupę 71 studentów pedagogiki. Zastosowano narzędzia badawcze: kwestionariusz konstrukcji własnej, Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia – GHQ-28.

**Wyniki.** Świadomość dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego rzadko współwystępuje z problemami w zdrowiu psychicznym. Dobre samopoczucie fizyczne nie chroniło przed pojawieniem się ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych. Lepszemu samopoczuciu fizycznemu i psychicznemu towarzyszyła mniejsza ilość symptomów somatycznych. Im wyższa świadomość dobrego samopoczucia psychicznego i społecznego tym mniejszy poziom niepokoju i rzadsze występowanie bezsenności. Im lepsze samopoczucie stanu zdrowia społecznego i psychicznego, tym rzadsze występowanie zaburzeń funkcjonowania. Lepsze samopoczucie psychiczne rzadziej współwystępuje z depresją.

**Wnioski.** Dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne może sugerować istnienie lepszego stanu zdrowia psychicznego. Jednak fakt, iż prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych dotyka co dziesiątego badanego (9,8% badanych) budzi niepokój. Wyniki potwierdzają konieczność prowadzenia edukacji zdrowotnej skoncentrowanej na radzeniu sobie z problemami zdrowia psychicznego.

**Słowa kluczowe:** świadomość samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, zdrowie psychiczne

### Summary

**Introduction.** The purpose of the study was to identify the relationship between self-esteem in physical, mental and social health and control of emotions and mental health expressed by somatic symptoms, anxiety, insomnia, difficulty in fulfilling professional duties and emerging depressive symptoms.

**Material and methods.** The study covered a group of 71 students of pedagogy. Following research tools were used: CECS Emotional Control Scale, self-built questionnaire, General Health Questionnaire – GHQ.

**Results.** Assessment of physical, mental and social health was associated with the presence of somatic symptoms and the probability of mental health disorders. Men overestimate their state of health. Patients who control their anger manifest fewer depressive symptoms and they function better in daily tasks.

**Conclusions.** Individuals who assess their health not necessarily as satisfactory reveal behaviour that can be treated as a probability of mental disorder (9.8%). These findings are disquieting and they confirm the need for health education that is focused on mental health problems.

**Keywords:** Health awareness, young adults, expressing emotions, emotions control

Tabele: 2

Ryciny: 3

Literatura: 37

Otrzymano: czerwiec 2017

Zaakceptowano: październik 2017

### Wstęp

Świadomość zdrowotna stanowi pojęcie niedookreślone, z racji niemożności przyjęcia jednoznacznego desygnatu. Częściej wiąże się z potocznością myśle-

nia i koniecznością codziennego oceniania własnego dobrostanu o charakterze fizycznym, psychicznym czy społecznym. Próbę ustalenia definicji świadomości zdrowotnej podjęła Elżbieta Korzeniowska (1997, s. 57), która uznała za Kojderem (1976), że jest to poję-

**Adres korespondencyjny:** Izabella M. Łukasik, Zakład Pedeutologii i Edukacji Zdrowotnej, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, ul. Narutowicza 12, 20-153 Lublin, e-mail: [izabella.lukasik@poczta.umcs.lublin.pl](mailto:izabella.lukasik@poczta.umcs.lublin.pl), tel. +48 81 537 63 23

**Copyright by:** Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Izabella M. Łukasik, Anna Witek

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

cie z pogranicza nauk i ma charakter zbitki pojęciowej. Najważniejszym zabiegiem stało się określenie zakresu problemów odnoszących się do sfery rzeczywistości zdrowia. Korzeniowska (1997, s. 58) uwzględniła: 1) rozumienie zdrowia, 2) stan zdrowia, w tym autoocena i kryteria jego oceny, 3) uwarunkowania zdrowia, ich rodzaj, siłę i charakter wpływu na zdrowie oraz możliwość i oddziaływanie na nie przez człowieka, 4) wartościowanie zdrowia. Z kolei Cisek, Gniadek, Richter, Chmiel (2004, s. 103) przyjęły iż „świadomość zdrowotna obejmuje ogólną wiedzę na temat czynników i zachowań mających wpływ na zdrowie, a pośrednio także przekonanie o możliwości wpływu na własne zdrowie, motywację i umiejętność podejmowania działań prozdrowotnych”. Natomiast Krzysztof Puchalski (1997) zwraca uwagę na istnienie nieświadomości zdrowotnej, w momencie kiedy wartość zdrowia zostanie zdominowana przez inne wartości i wskazuje się na inne cele życiowe sprzyjające podniesieniu samooceny. Problemy zdrowia są wypierane poza świadomość, zwłaszcza kiedy eksponowane są uwarunkowania zdrowotne wymykające się kontroli jednostki.

Hyehyum Hong (2011) podkreśla, że ludzie z wysokim poziomem świadomości zdrowotnej są podatni na interwencję, mają największą szansę kształtowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Analizując różne definicje świadomości zdrowotnej przytaczane przez badaczy w ciągu ostatnich 20 lat dostrzegł, że konsekwentnie pojawiają się takie elementy jak: 1) integrowanie zachowań zdrowotnych, 2) zwrócenie uwagi na własne zdrowie, 3) poszukiwanie informacji i ich zastosowanie, 4) osobista odpowiedzialność za stan swojego zdrowia, 4) motywacja do zajęcia się zdrowiem. Hong przygotowując Scale Development for Measuring Health Consciousness, wykorzystał itemy skal prezentowane przez innych badaczy: Kraft, Goodell 1993; Jayanti, Burns 1998; Gould 1988; Michaelidou, Hassan 2008; Dutta-Bergman 2004; 2005, 2006, Dutta 2007; Furnham, Forey 1994; Tai, Tam 1997. Skala składająca się z 11 itemów nawiązuje do ujęcia świadomości zdrowotnej jako orientacji w kierunku ogólnego stanu zdrowia, a nie problemów zdrowotnych. Przy tym poziom świadomości zdrowia określają trzy składowe: samoświadomość zdrowia, osobista odpowiedzialność, motywacja zdrowia.

Gould (1998, 1999 za: Hong, 2011, s. 8) rozważał świadomość zdrowotną wyłącznie jako stan psychiczny lub wewnętrzny osoby, w tym czujność zdrowia, samoświadomość zdrowotną, zaangażowanie w ochronę zdrowia i samokontrolę własnego zdrowia. Świadomość jego zdaniem niekoniecznie musi być zintegrowana z konkretnymi zachowaniami zdrowotnymi. Hong sugeruje, że wymienione przez Goulda domeny powinny być uzupełnione o osobistą odpowiedzialność i motywację zdrowotną. Alternatywną nazwą dla świadomości zdrowotnej Gould'a jest świadomość samopoczucia. Przyjęcie takiego określenia zbliża do ujęcia zdrowia jako dobrostanu fizycznego, psychicznego, społecznego a nie tylko braku choroby lub niepełnosprawności,

czyli definicji zdrowia. W obecnej pracy przyjęto określenie świadomości samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego.

Zdrowie psychiczne najsilniej wydaje się być powiązane z dobrostanem o charakterze psychicznym. Pamiętać należy, że poruszając problem zdrowia psychicznego dotykamy nie tylko sfery poznawczej, ale (może nawet przede wszystkim) emocjonalnej. Weare, Gray (1996 za: Woynarowska, 2017, s. 24) komponent poznawczy uznają za zdrowie umysłowe, określone jako zdolność do jasnego, spójnego myślenia, uczenia się, rozwoju swego potencjału intelektualnego. Drugi komponent afektywny, czyli emocjonalny to zdolność do kontrolowania emocji, rozpoznawania ich i wyrażania w sposób adekwatny do sytuacji, zapewniający poczucie komfortu i akceptowany społecznie. Ponadto jest to zdolność do radzenia sobie z trudnościami, stresem, napięciami, depresją i lękiem.

Przeżycia pochodzą z różnych źródeł, zarówno somatycznych, psychicznych jak i duchowych (transpersonalnych). Impulsy cielesne dotyczą percepcji zewnętrznej (eksterocepcji), którą reprezentuje zmysł wzroku, słuchu, powonienia, smaku i dotyku oraz percepcji wewnętrznej (interocepcji), gdzie mamy do czynienia ze zmysłem ruchu, doznań napięciowych mięśni, funkcjonowania organów wewnętrznych, temperatury ciała. Wundt uważał, że uczucia są szczególnym stanem świadomości. Świadomość zaś posiada trzy wymiary uczuciowe: chęć/niechęć, odprężenie/napięcie, spokój/podniecenie (Vedfelt, 2001). Wczuwając się w sygnały ciała można te stany odczuć. Jak bardzo przeżywane uczucia, stres, emocje wpływają na nasz stan zdrowia zaś świadcza obecność chorób o charakterze psychosomatycznym. Emocje są nieodłącznym elementem codzienności. Zdaniem Carvera (1998) w trakcie każdego dnia doświadczamy epizodów lęku, smutku, gniewu i radości. Badania prowadzone przez Frijda, Kuipers, Terschure, (1989) potwierdziły, że poszczególne emocjom towarzyszą charakterystyczne wzorce oceny poznawczej sytuacji oraz odczuwanych tendencji do działania. Emocje są często traktowane jako wieloskładnikowe procesy, syndromy reakcji. Przedstawicielem komponentowego sposobu definiowania emocji jest Scherer (1984), który wskazuje na wieloskładnikową naturę emocji, ale jednocześnie widzi możliwość wyodrębniania poszczególnych emocji poprzez opisanie specyficznego wzorca, układu komponentów. Podobnie Lazarus (1991, za: Łosiak, 2007, s.22), określa emocje jako system wzajemnie od siebie zależnych procesów, wśród których najważniejsze to ocena poznawcza, impulsy do działania i wzorzec reakcji somatycznych.

Zdaniem Jamesa (1890) a później Mandlera (1984), Damasio (1999) emocje zawsze wywołują zmiany w ciele. Lazarus (1991), Izard (1980), Frijda (1986) zaliczają aktywność autonomicznego układu nerwowego wraz z pojawiającymi się zmianami w narządach wewnętrznych do obserwowanych wskaźników emocji. Wspomniane zmiany określane są jako wzorzec reakcji somatycznych. Stanowią one integral-

ny składnik emocji i manifestują się skurczami żołądka, napięciem mięśni, przyspieszonym biciem serca. Stąd emocje spostrzegane są jako procesy zarówno psychiczne, jak i somatyczne (za: Łosiak, 2007).

Doznania i przeżycia, jakich szukamy w epoce społeczeństwa doznań zawierają w sobie obok komponentu fizjologicznego także kognitywny. Gerhard Schulze, twórca koncepcji „społeczeństwa doznań”, spostrzega emocje jako konstrukty poznawcze ukształtowane w kontekście społecznym. Pierwotne ramy poznawcze kierują ludzi w ich dalszych życiowych poszukiwaniach, na które mają wpływ różne schematy kulturowe. Pełne i satysfakcjonujące przeżycia pojawiają się, gdy zdarzenia, aktywność i nabywane dobra są spójne z życiową filozofią jednostki (za: Sieradzki, 2014, s.157).

Radzenie sobie z emocjami ma znaczący wpływ na ludzkie zdrowie, zapewniając większą energię i witalność, gdyż uczucia jako zjawiska fizyczne przemawiają do człowieka poprzez funkcjonowanie jego narządów wewnętrznych i mięśni. Osoby odczuwające poczucie niezrozumienia, zagubienia, jałowości życia, nadmiernie pobudzone emocjonalnie mają skłonność do przejadania się, przesadnie dbają o porządek, ulegają manii zakupów lub przepracowują się, popadają m.in. w uzależnienia oraz chorują na choroby o podłożu somatycznym (Michalska 2004, s. 33).

Uczucia manifestują się w ludzkim organizmie w postaci zmian fizjologicznych, mimicznych i ruchowych. Gdy nie chcemy odczuwać uczuć, wówczas zaciskamy zęby, wstrzymujemy oddech, napinamy mięśnie, kurczymy narządy wewnętrzne. Wstrzymywanie w taki sposób bólu emocjonalnego powróci po jakimś czasie w postaci na przykład chronicznego bólu fizycznego i chorób somatycznych (Segal, 1997). Jednostka uskarżać się może na migreny, bóle żołądka i krzyża, wrzody, katary, sztywność szyi, astmę, bezsenność. Zdaniem Segal (1997) mogą to być symptomy nagromadzonych uczuć domagających się uświadomienia. Do konsekwencji tzw. analfabetyzmu emocjonalnego możemy zaliczyć również działania kompulsywne i uzależniające. Szczególnie niebezpieczne dla zdrowia i życia młodych ludzi jest nadużywanie alkoholu oraz substancji uzależniających i stosowanie używek jako lekarstwa, dającego ukojenie dla przeżywanych uczuć: niepokoju, lęku, złości, depresji. Głęboko zakorzeniony lęk przed emocjami sprawia, że człowiek uczy się wyzbywania ich, a nie przekształcania w bardziej dojrzałe (Michalska, 2004). Niewyrażone emocje niekorzystnie wpływają na stan zdrowia, stąd ich wyrażanie jest zalecane między innymi w psychoterapii (Czapiński, 2008, Solovey, Mayer, Caruso, 2008).

## Materiał i metody

Przedmiotem badań uczyniono określenie świadomości samopoczucia zdrowotnego młodych dorosłych, zaś problem badawczy dotyczył obserwacji, na ile samopoczucie fizyczne, psychiczne, społeczne może być rodzajem predyktora dla spostrzegania zdrowia psychicznego.

Za cel badań uznano wskazanie istnienia związku między świadomością samopoczucia zdrowotnego a zdrowiem psychicznym badanych studentów. W badaniach przyjęto, iż świadomość samopoczucia zdrowotnego zostanie określona poprzez samoocenę stanu zdrowia w wymiarze: fizycznym, psychicznym i społecznym. Zdrowie psychiczne zostało wyrażone poprzez wskazanie symptomów somatycznych, niepokój i bezsenność, trudności z wypełnianiem obowiązków zawodowych lub pojawiające się symptomy depresyjne.

Zmienna zależna to świadomość samopoczucia zdrowotnego, określona wskaźnikami zawartymi w odpowiedziach na pytania autorskiego kwestionariusza. Za zmienną niezależną przyjęto: możliwość wystąpienia zaburzeń psychicznych (wskaźnikiem wynik badań z wykorzystaniem Kwestionariusza GHQ-28, z czterema podskalami: symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania; symptomy depresyjne).

Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy, a jeśli tak, to jakiego rodzaju zależność istnieje między świadomością samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego a ogólnym stanem zdrowia psychicznego?
2. Czy, a jeśli tak, to jakiego rodzaju zależność istnieje między świadomością samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego a prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń psychicznych?
3. Czy, a jeśli tak, to jakiego rodzaju zależność istnieje między świadomością samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego a odczuwaniem symptomów somatycznych?
4. Czy, a jeśli tak, to jakiego rodzaju zależność istnieje między świadomością samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego a niepokojem i bezsennością?
5. Czy, a jeśli tak, to jakiego rodzaju zależność istnieje między świadomością samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego a zaburzonym funkcjonowaniem?
6. Czy, a jeśli tak, to jakiego rodzaju zależność istnieje między świadomością samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego a występowaniem zaburzeń depresyjnych?

Odnosząc się do powyższych pytań badawczych postawiono następujące hipotezy:

1. Świadomość samopoczucia zdrowotnego, pozwalająca określić stan zdrowia w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym jest związana z ogólnym stanem psychicznym

Jeśli stan psychiczny uległ załamaniu czasowemu czy długookresowemu w wyniku doświadczenia trudności, problemów lub na skutek choroby psychicznej należy spodziewać się, że pojawi się złe samopoczucie zdrowia.

2. Świadomość samopoczucia zdrowotnego, pozwalająca określić stan zdrowia w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym jest związana z prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń psychicznych.



Przyjęcie powyższej hipotezy jest podyktowane faktem, iż ujęcie holistyczne zdrowia pozwala na uznanie wzajemnych uwarunkowań i powiązań w obrębie organizmu, traktowanego z pozycji ciała-umysłu-ducha (Bishop, 2000, Szyszko-Bohusz, 2013; Łukasik, 2011; Ostrzyżek, Marcinowski, 2012; Starzyńska-Kościuszek, 2010). Etiologia zaburzeń psychicznych dowodzi różnorodnych wpływów i zależności, nie tylko o charakterze biologicznym.

3. Świadomość samopoczucia fizycznego i psychicznego jest związana z odczuwaniem symptomów somatycznych.

Potwierdzeniem dla tej tezy jest obecność chorób o charakterze psychosomatycznym. Przegląd psychologicznych aspektów procesu powstawania, utrzymywania się i zapobiegania różnorodnym przewlekłym chorobom i zaburzeniom funkcjonowania somatycznego umacnia w przekonaniu o ogromnej złożoności procesu (Gałęcki, Orzechowska, 2014; Freyberger, Schneider, Stieglitz, 2005).

4. Świadomość samopoczucia psychicznego jest związana z odczuwaniem niepokoju i bezsennością.

Bezsenna i niepokój współwystępuje z wieloma symptomami zaburzeń psychicznych. Osoba mająca tego typu problemy przede wszystkim odczuwa zmęczenie, podenerwowanie, co zmusza ją do oceny stanu swojego zdrowia psychicznego jako nieodpowiedniego. George Vaillant (2012) uwzględnia różne modele pozytywnego zdrowia psychicznego. Jednak pojęcie zdrowia psychicznego jest związane z koncepcją dobrostanu psychicznego. Uwzględnić należy różne wymiary psychologiczne: pozytywną samoocenę, poczucie ciągłego wzrostu i rozwoju, przekonanie, że życie ma cel i sens, posiadanie dobrych relacji z innymi, zdolność sprawnego kierowania własnym życiem, oraz poczucie samodeterminacji. Poziom tych wymiarów często bywa obniżony u osób z zaburzenia nastroju lub zaburzeniami lękowymi, a te kojarzone są z występowaniem bezsenności.

5. Świadomość samopoczucia zdrowia w wymiarze społecznym jest związana z zaburzonym funkcjonowaniem społecznym.

Zaburzenia natury psychicznej rzutują na funkcjonowanie jednostki w grupie, pełnienie ról, wykonywanie codziennych zadań. Percepcja funkcjonowania społecznego przez osobę nie zawsze jest adekwatna do sytuacji (Rymaszewska, Dobrzyńska, Kiejna, 2006).

6. Świadomość samooceny psychicznej jest związana z występowaniem objawów depresyjnych.

W przypadku zaburzeń depresyjnych znaczenie mają następujące czynniki psychologiczne: wybrane cechy osobowościowe, przekonania i oczekiwania, wsparcie społeczne, strategie radzenia sobie w sytuacji trudną oraz ryzyko zachowań suicydalnych (Michalska-Leśniewicz, Gruszczyński, 2010). Samoocena własnego zdrowia psychicznego może być istotnym wskazaniem prawdopodobieństwa wystąpienia depresji.

Badania własne przeprowadzono w marcu 2017 roku wśród studentów pedagogiki, studiów licen-

cyjnych. Przebadano 71 osób, wiek badanych mieści się w przedziale: 19-25 lat. Uzyskane wyniki stanowią część działań zaplanowanych na potrzeby projektu realizowanego w 2016 roku w ramach badań statutowych. Odwołano się do rozumienia zdrowia jako dobrostanu w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Badani dokonywali oceny własnego stanu zdrowia w tych kategoriach. Do określenia świadomości samopoczucia zdrowotnego badanych osób wykorzystano Kwestionariusz konstrukcji własnej, który pozwala poznać odczucia psychosomatyczne, odczuwanie bodźców o charakterze psychicznym i fizycznym. Kwestionariusz zbudowany jest z 10 pytań o różnym charakterze. Pytania otwarte dotyczyły rozumienia pojęcia świadomości zdrowotnej, występowania chorób przewlekłych oraz konsultacji lekarskich. Z uwagi na problemy badawcze najistotniejsze były trzy itemy: 1) *Mój stan zdrowia fizycznego mogę określić jako dobry* (tak, raczej tak, raczej nie, nie). 2) *Mój stan zdrowia psychicznego mogę określić jako dobry* (tak, raczej tak, raczej nie, nie). 3) *Mogę określić moje relacje społeczne, poczucie wsparcia społecznego i stopień zaangażowania w życie społeczne jako dobre* (tak, raczej tak, raczej nie, nie). Z kolei Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia-GHQ-28, autorstwa Dawida Goldberga służy do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych. Wersja GHQ-28 oprócz informacji o ogólnym stanie zdrowia psychicznego, zawiera cztery skale pozwalające zdobyć dane o: objawach somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeniach funkcjonowania społecznego i objawach depresyjnych, (Makowska i in. 2001). Podskale reprezentują wymiary symptomatologii i niekoniecznie korespondują z diagnozą psychiatryczną. (Ocena..., 2001, s. 66). Badania trafności prowadzone były przez różnych badaczy w różnych krajach. Czułość określona na podstawie 43 badań wynosi na 84/77,89%, rzetelność 0,92.

## Wyniki

W badaniach własnych poproszono studentów o zdefiniowanie świadomości zdrowotnej. Większość koncentrowała się na wiedzy o stanie zdrowia: „Świadomość zdrowotna to szeroka wiedza o zdrowym stylu życia, o sposobach zapobiegania czynnikom wpływającym negatywnie na zdrowie, wiedza determinująca właściwe z punktu widzenia zdrowia, wybory żywieniowe oraz profilaktykę” (ankieta nr 3), „Wiedza na temat zdrowia psychicznego, fizycznego oraz społecznego, umiejętność profilaktyki zdrowotnej i zapobiegania chorobom” (ankieta nr 19), „Wiedza na temat tego co jest dobre dla człowieka w sensie fizycznym, jak i też psychicznym, tzn. wiedza o tym, że należy zdrowo się odżywiać, wychodzić na świeże powietrze, dbanie o to by czuć się psychicznie dobrze, otaczać się osobami o zdrowym i pozytywnym podejściu do życia” (ankieta nr 46), „Znajomość konsekwencji wpływów różnorodnych czynników społecznych i środowiskowych na jednostkę” (ankieta nr 54). Niektórzy badani odwoływali się do odczuwanego



stanu: „Poczucie tego, kiedy czujesz się dobrze, kiedy źle. Zalecane badania, kiedy muszą je zrobić. Jaki jest mój stan zdrowia” (ankieta nr 24), „Poczucie, iż znamy swój stan zdrowia, wiemy, co jest korzystne dla naszego organizmu, a co nie” (ankieta nr 30), „Poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz posiadanie wiedzy na temat własnego stanu zdrowia” (ankieta nr 10), „Nie lekceważenie objawów jakie wysyła nam ciało, zaspokojenie jego potrzeb, dbanie o nie i o zdrowie psychiczne” (ankieta nr 6). Inni rozszerzali pojęcie świadomości o pewne treści: „Świadomość odnośnie chorób i zagrożeń, które wynikają z predyspozycji genetycznych, kulturowych a także sami stwarzamy poprzez zachowania ryzykowne, styl życia itp. Oznacza to, że pamiętamy o badaniach kontrolnych, wizytach u lekarzy, mamy świadomość, iż możemy na coś zachować, wiemy gdzie szukać pomocy” (ankieta nr 28), „Świadomość społeczeństwa na temat zdrowego odżywiania się i prowadzenia zdrowego trybu życia. Jest

to również świadomość każdego człowieka o swoim stanie zdrowia” (ankieta nr 1), „Bycie świadomym tego jak nasze czyny (czyli np. to co jemy, pijemy, czy jesteśmy aktywni fizycznie) wpływają na stan naszego zdrowia” (ankieta nr 5). W ramach badań profilaktycznych i dbania o swoje zdrowie studenci w ciągu ostatniego roku odwiedzali różnych specjalistów: stomatologa (61 osób), ginekologa (52), okulistę (44), dermatologa (28), kardiologa (26), chirurga (24), ortopedę (20), a także urologa, laryngologa, gastrologa, proktologa, psychiatrę, endokrynologa, neurologa, alergologa.

Interesującym problemem było określenie, na ile samoocena zdrowia we wskazanych trzech obszarach: fizycznym, psychicznym i społecznym jest związana z symptomami somatycznymi, niepokojem i bezsennością, zaburzoną funkcjonalnością społeczną, objawami depresyjnymi.

**Tabela 1.** Związek świadomości samopoczucia zdrowotnego ze stanem zdrowia psychicznego, określonego Kwestionariuszem GHQ-28, N=71.

| Samoocena stanu zdrowia-wymiary: | Ogólny stan zdrowia psychicznego | Zdrowie psychiczne            |                                |                                |                                |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|                                  |                                  | Objawy somatyczne             | Niepokój i bezsenność          | Zaburzenia funkcjonowania      | Symptomy depresyjne            |
| fizyczny                         | $\tau = -0,252$<br>$p < 0,05$    | $\tau = -0,323$<br>$p < 0,01$ | $\tau = -0,182$<br>n.i         | $\tau = -0,083$<br>n.i         | $\tau = -0,069$<br>n.i         |
| psychiczny                       | $\tau = -0,401$<br>$p < 0,001$   | $\tau = -0,257$<br>$p < 0,05$ | $\tau = -0,352$<br>$p < 0,001$ | $\tau = -0,243$<br>$p < 0,05$  | $\tau = -0,359$<br>$p < 0,001$ |
| społeczny                        | $\tau = -0,300$<br>$p < 0,01$    | $\tau = -0,073$<br>n.i        | $\tau = -0,255$<br>$p < 0,05$  | $\tau = -0,352$<br>$p < 0,001$ | $\tau = -0,341$<br>$p < 0,001$ |

Źródło: opracowanie własne.

Istotny statystycznie okazał się związek świadomości samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego z ogólnym stanem zdrowia psychicznego (tabela 1). Została potwierdzona hipoteza pierwsza, mówiąca o tym, że świadomość samopoczucia zdrowotnego, pozwalająca określić stan zdrowia we wskazanych trzech wymiarach jest związana z ogólnym stanem psychicznym.

Potwierdzona została hipoteza trzecia, zakładająca, że świadomość samopoczucia fizycznego i psychicznego jest związana z odczuwaniem symptomów somatycznych. Korelacje mają charakter odwrócony. Lepsze samopoczucie fizyczne współwystępuje z mniejszą ilością symptomów somatycznych ( $\tau = -0,323$ ;  $p < 0,01$ ). Także wyższa świadomość samopoczucia psychicznego współwystępuje z mniejszą ilością objawów somatycznych ( $\tau = -0,257$ ;  $p < 0,05$ ).

Potwierdzona została hipoteza czwarta. Świadomość samopoczucia psychicznego jest związana z odczuwaniem niepokojem i bezsennością ( $\tau = -0,352$ ;  $p < 0,001$ ). Im wyższa świadomość dobrego samopoczucia psychicznego tym mniejszy poziom niepokojem i rzadsze występowanie bezsenności. Ponadto okazało się, że także świadomość samopoczucia społecznego jest związana z odczuwaniem niepokojem i bezsennością ( $\tau = -0,255$ ;  $p < 0,05$ ). Im wyższa świa-

domość dobrego samopoczucia społecznego tym mniejszy poziom niepokojem i rzadsze występowanie bezsenności.

Potwierdzona została hipoteza piąta, iż świadomość samopoczucia zdrowia w wymiarze społecznym jest związana z zaburzoną funkcjonalnością społeczną ( $\tau = -0,352$ ;  $p < 0,001$ ). Im lepsze samopoczucie stanu zdrowia społecznego, tym rzadsze występowanie zaburzeń funkcjonowania. Okazało się ponadto, że lepsze samopoczucie psychiczne rzadziej współwystępuje z zaburzeniami funkcjonowania ( $\tau = -0,352$ ;  $p < 0,001$ ).

Potwierdzona została hipoteza szósta, iż świadomość samooceny psychicznej jest związana z występowaniem objawów depresyjnych ( $\tau = -0,359$ ;  $p < 0,001$ ). Lepsze samopoczucie psychiczne rzadziej współwystępuje z depresją. Ponadto wskazano, że depresja rzadziej objawia się przy dobrym samopoczuciu w obszarze zdrowia społecznego ( $\tau = -0,341$ ;  $p < 0,001$ ).

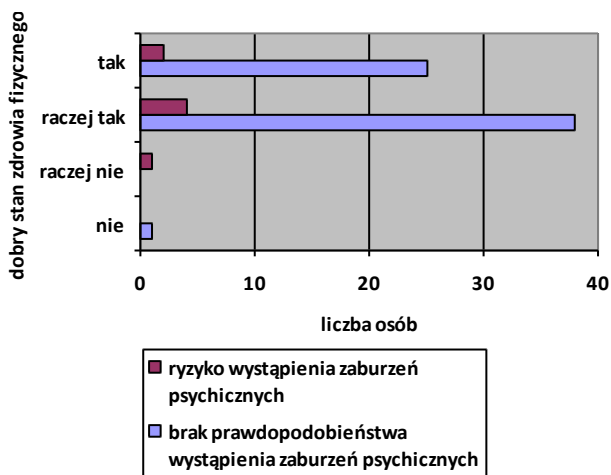
W dalszej kolejności analizie poddano problem istnienia zależności między świadomością samopoczucia we wskazanych trzech wymiarach a prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń psychicznych. Przytoczone przez badanych objawy mogą sugerować wystąpienie w przyszłości zaburzeń psychicznych.

**Tabela 2.** Zależność między świadomością samopoczucia zdrowotnego-ujętego w dwie kategorie dobre/raczej dobre, złe/raczej złe a ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych z wykorzystaniem Kwestionariusza GHQ-28, N= 71.

| Świadomość samopoczucia zdrowotnego | Ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych              |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| fizycznego                          | $\chi^2=3,731$ ; $df=1$ , $p<0,05$ C= 0,223; $p<0,05$ |
| psychicznego                        | $\chi^2=0,717$ ; $df=1$ ; $p>0,05$ C= 0,100; $p= n.i$ |
| społecznego                         | $\chi^2=1,942$ ; $df=3$ ; $p>0,05$ C 0,163; $p=n.i$   |

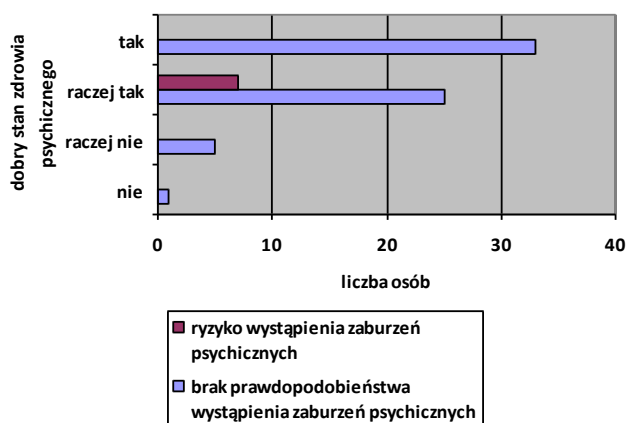
Źródło: opracowanie własne.

Hipoteza druga została tylko częściowo potwierdzona. Istnieje istotna statystycznie zależność między stanem zdrowia w wymiarze fizycznym a prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń psychicznych ( $\chi^2=3,731$ ;  $df=1$ ,  $p<0,05$ ). Siła związku ma charakter umiarkowany (C= 0,223;  $p<0,05$ ).



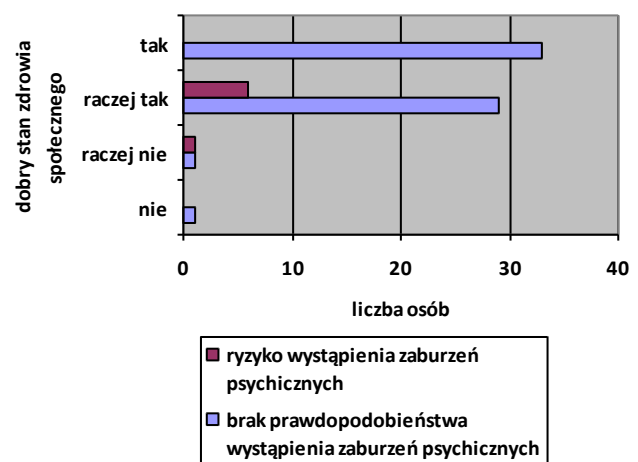
**Rycina 1.** Związek między dobrą oceną stanu zdrowia fizycznego a ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych, N=71  
Źródło: opracowanie własne.

Osoby określające swój stan zdrowia fizycznego jako zły nie wskazywały na występowanie symptomów świadczących o prawdopodobieństwie wystąpienia zaburzeń psychicznych. Można przypuszczać, że odczuwanie dobrego stanu zdrowia fizycznego nie wyklucza ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych (ryc. 1).



**Rycina 2.** Związek między oceną stanu zdrowia psychicznego a ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych, N=71  
Źródło: opracowanie własne.

Odnotowano prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych jedynie w grupie osób, które stan swojego zdrowia psychicznego określiły jako raczej dobry (ryc. 2).



**Rycina 3.** Związek między oceną stanu zdrowia społecznego a ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych, N=71.  
Źródło: opracowanie własne.

Ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych odnotowano w grupie osób, które określiły swój stan zdrowia w wymiarze społecznym (wyrażony poprzez jakość relacji, poczucie wsparcia społecznego i stopień zaangażowania w życie społeczne) jako raczej dobry lub raczej zły (ryc. 3).

## Dyskusja

Badane osoby definiowały świadomość zdrowotną jako: wiedzę o swoim stanie zdrowia, czynnikach prozdrowotnych, służących prowadzeniu zdrowego stylu życia oraz tych, które mają negatywny wpływ na zdrowie. Studenci wskazywali również na podejmowanie działań o charakterze profilaktycznym, przykładowo: dbałość o higienę ciała; zdrowe odżywianie; sen; ubiór dostosowany do pogody; regularne ćwiczenia fizyczne, spacer, taniec; przeprowadzanie badań kontrolnych: w tym morfologii krwi, cytologii; wizyty kontrolne u lekarzy specjalistów; szczepienia; przyjmowanie suplementów diety, unikanie używek. Helena Sęk (2000) powołując się na przeprowadzone badania, sugeruje, że badani są przekonani o znaczeniu zasobów odpornościowych i własnej kontroli zdrowia. Z tego sposobu myślenia wyłamuje się grupa kobiet z podstawowym

wykształceniem, preferując model biomedyczny, obciążony brakiem sprawstwa i kontroli zdrowia. Wykształceni młodzi dorośli wskazują na istotną rolę kontroli własnego zdrowia i budowanie zasobów odpornościowych. Kontrola stanu zdrowia to również „skanowanie ciała”, wczytywanie się w swój stan psychiczny, odczytywanie samopoczucia w relacjach społecznych. Zdecydowanie zdrowie psychiczne wpisane jest w obszar tych doznań, stąd nie dziwi prawdziwość hipotezy pierwszej. Analiza wyników badań odnoszących się do drugiego pytania badawczego (hipoteza druga), pozwala wnioskować, że spostrzeganie swojego stanu zdrowia fizycznego jako dobry, nie przesądza o braku zaburzeń o charakterze psychicznym.

Potwierdziła się hipoteza trzecia, iż świadomość samopoczucia fizycznego i psychicznego jest związana z odczuwaniem symptomów somatycznych. Jak pisze Łosiak (2007, s. 33) poza przedstawicielami konstruktywizmu społecznego wszyscy badacze zajmujący się emocjami przyjmują, że zmiany somatyczne są integralnym składnikiem emocji. Znaczenie pozytywnej samooceny w wymiarze fizycznym i psychicznym dla oceny jakości życia badanych osób potwierdzają i inni badacze (Rasińska, Nowakowska, 2013; Krawczyńska, Zięba E., Zięba P., Nowak-Starz, 2014). Gene Gendlin, amerykański filozof i psycholog, przedstawił koncepcję *focusingu*, uznanego za proces przemian w naszym wewnętrznym doświadczaniu. Proces *focusingu* umożliwia rozwiązywanie osobistych problemów, bardziej świadomie doświadczając otaczający nas świat, co pozwala na skuteczniejszą komunikację z innymi i samorealizację (Siems 2006, s. 10). Pojęcie wprowadzone przez Gendlina, to sposób odpowiedzi ciała na różne sytuacje. Wilhelm Reich stworzył pojęcie pancerza charakteru i pancerza mięśniowego, a także opisał związek pomiędzy postawami psychicznymi a napięciem mięśniowym. Terapie pracy z ciałem skupiają się na doznaniach cielesnych, co jest odmiennym podejściem w terapii, gdzie najczęściej pracuje się na poziomie werbalnym lub na poziomie obrazów. Doświadczenia *felt sense* to wrażenia w obszarze brzucha i klatki piersiowej, nazywane „rezonans w ciele” lub „wewnętrzną aurą”. Wydaje się, że odczucia związane z napięciami, lękami, bólami, czy odwrotne, takie jak odprężenie, rozluźnienie się, odczuwane są niemal przez wszystkich ludzi.

Przeżycia pochodzą więc z różnych źródeł, zarówno somatycznych, jak i psychicznych, czy duchowych (transpersonalnych) (Vedfelt 2001). Wundt uważał, że uczucia są szczególnym stanem świadomości. Wczuwając się w sygnały ciała można te stany odczuć. Jak bardzo przeżywane uczucia, stres, emocje wpływają na nasz stan zdrowia zaświadcza obecność chorób o charakterze psychosomatycznym.

Została potwierdzona hipoteza czwarta, iż świadomość samopoczucia psychicznego jest związana z odczuwaniem niepokoju i bezsennością. Problemem psychicznym nierzadko towarzyszy niepokój i trudności w zasypianiu. Zarówno badania doro-

ślących, jak i dzieci dowodzą, że problemy ze snem przyczyniają się do rozwoju niektórych zaburzeń psychicznych. Badania neuroobrazowania i neurochemiczne umożliwiają potwierdzenie faktu, że do bry sen pomaga wspierać zarówno psychiczną, jak i emocjonalną odporność, a zakłócenia snu sprzyjają negatywnemu myśleniu i podatności na złe nastroje (Sleep..., 2009, s. 1). Zakłócenia snu są bardziej prawdopodobne u osób z zaburzeniami psychicznymi w porównaniu do osób w populacji ogólnej. Jednocześnie mogą zwiększać ryzyko rozwoju poszczególnych chorób psychicznych. Leczenie zaburzeń snu może pomóc złagodzić objawy problemu zdrowia psychicznego.

Podobnie potwierdzona została hipoteza piąta, iż świadomość samopoczucia zdrowia w wymiarze społecznym jest związana z zaburzoną funkcjonowaniem społecznym. Najprawdopodobniej łączy się to z rozumieniem funkcjonowania społecznego, które odnosi się do sytuacji problemowych naznaczonych niedoskonałościami zdrowia psychicznego. U młodych ludzi okresy zaburzeń nastroju często występują na przemian z okresami w miarę dobrego przystosowania (Radochoński, 2001). W obszarze społecznym widoczna jest ekspresja nieadekwatnych zachowań: trudności w komunikacji interpersonalnej, gadatliwość, nieprzemyślane wypowiedzi, skracanie dystansu społecznego w stosunku do innych. Dostrzec można formy pośrednie takie jak: absencja, konflikty wewnętrzne, okresy wzmożonej aktywności, brak inicjatywy, apatię (Białkowska, Mroczkowska, Zomkowska, Rakowska, 2014, s. 367).

Potwierdzona została hipoteza szósta, iż świadomość samopoczucia psychicznego jest związana z występowaniem objawów depresyjnych. Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Doprowadza do utraty zainteresowań, obniżenia nastroju, braku odczuwania przyjemności. Pojawia się spowolnienie procesów psychoruchowych, typowe objawy somatyczne oraz lęk. Ważnym staje się zła jakość snu bądź bezsenność.

Pietras i in., (2012, s. 163) przeprowadzili badania na grupie 385 studentów pedagogiki (Piotrków Trybunalski, Kielce) oraz 164 studentów ekonomii z wykorzystaniem Skali Depresji Becka. Wyniki wskazują, że studenci pedagogiki pięciokrotnie częściej byli obciążeni symptomami depresji, niż studenci ekonomii (dotyczy to przede wszystkim kobiet). Kontrola emocji jest niezbędną cechą zdrowia psychicznego. Szczególne znaczenie ma panowanie nad stanami o charakterze depresyjnym (Gross, MuAoz, 1995). Współczesne czasy dostarczają nam wiele powodów do niepokoju, a dostosowanie się do permanentnych zmian życiowych jest możliwe przy kontroli zakłóceń emocjonalnych, którym podlegamy (Konecki, 2007). Można przywołać wiele badań, które wskazują na częstsze występowanie depresji lub pojedynczych objawów depresyjnych u osób z rozpoznanymi chorobami somatycznymi. Występowanie choroby somatycznej traktowane jest jako czynnik ryzyka zachorowania na depresję (Dudek, Siwek, 2007).



Badania Kok i in. (2013) dowiodły, że zdrowie fizyczne, więzi społeczne i pozytywne emocje wpływają na siebie w sposób dynamiczny. Zaobserwowano, iż pozytywne emocje wzmacniają sygnały nerwu błędnego. Emocje wpływają na wiele naszych procesów psychicznych, takich jak pamięć, podejmowanie decyzji, manifestują się w zachowaniach.

Ludzie regulują swoje emocje na wiele różnych sposobów. Nie wszystkie formy takich zachowań są z punktu widzenia dobrostanu zdrowe. Jedni próbują zmienić sposób myślenia o danym zdarzeniu, aby wywołać określone emocje, inni starają się tłumić emocje. Dowartościowanie działa szybko, przynosząc dobre rezultaty obserwowane w funkcjonowaniu społecznym i dobrym samopoczuciu. W życiu dorosłym częściej jednostki odwołują się do tej strategii, niż do tłumienia emocji, które w praktyce nie przynosi najlepszych rozwiązań (John, Gross 2004). Monshat K. i in. (2013) dostrzegli rolę treningu uważności dla zwiększenia panowania nad emocjami. Możliwe jest osiągnięcie większego spokoju, równowagi oraz zaufania do własnych umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Osoby lepiej oceniające swój

stan zdrowia psychicznego deklarują mniej problemów o charakterze depresyjnym.

### Wnioski

Warto zauważyć, że świadomość samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego współwystępuje z obszarami zdrowia psychicznego wyeksponowanymi przez Dawida Goldberga w kwestionariuszu GHQ-28.

Młodzi dorośli potrafią trafnie rozpoznać swój stan zdrowia w zakresie kondycji fizycznej, psychicznej i społecznej. Jednakże ryzyko wystąpienia w przyszłości zaburzeń psychicznych (9,8% ogółu badanych) nie jest jednoznacznie przypisane do osób o złym samopoczuciu zdrowotnym. Trudno więc wskazać, iż samopoczucie zdrowotne jest głównym predyktorem prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń psychicznych. Uzyskane wyniki badań własnych, prowadzone w grupie studentów, potwierdzają konieczność prowadzenia edukacji zdrowotnej skoncentrowanej na radzeniu sobie z problemami zdrowia psychicznego.

### Literatura:

1. Białkowska, J., Mroczkowska, D., Zomkowska, E., Rakowska, A. (2014). Ocena zdrowia psychicznego studentów na podstawie Skróconego Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta. *Hygeia Public Health*, 49(2), 365-369.
2. Bishop, G.D. (2000). *Psychologia zdrowia - zintegrowany umysł i ciało*. Wrocław: Wyd. ASTRUM.
3. Cisek, M., Gniadek, A., Richter, B., Chmiel, I. (2004), Społeczno-kulturowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych w rodzinie, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin-Polonia, vol. LIX, Suppl. XIV*, (68), sectio D, 103-107.
4. Czapiński, J. (2008), Osobowość szczęśliwego człowieka. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu i cnotach człowieka* (s. 359-379). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
5. Dudek, D., Siwek, M. (2007), Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria*, 4(1), 17-24.
6. Freyberger, H.J., Schneider, W., Stieglitz, R.D. (2005). *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
7. Gałęcki, P., Orzechowska, A. (2014). *Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu terapeutycznym*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
8. Gross, J.I., MuAoz, R.F. (1995), Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164. DOI: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x.
9. Hong, H. (2011), *Scale Development for Measuring Health Consciousness: Re-conceptualization*. Pobrane z: [www.instituteforpr.org/wp-content/uploads/caleDvlpment Measuring.pdf](http://www.instituteforpr.org/wp-content/uploads/caleDvlpment Measuring.pdf)
10. John, O.P., Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334.
11. Juczyński, Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
12. Kok, B.E., Kimberly, A., Coffey, K.A., Cohn, M.A., Catalino, L.L., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S.B., Brantley, M., Fredrickson, B.L. (2013). How positive emotions build physical health. Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, 24(7), 1123-32. DOI: 10.1177/0956797612470827.
13. Konecki, K.T. (2007). Praca nad ciałem i emocjami w praktyce hatha-jogi. W stronę „kultury emocjonalnej” bez emocji. W: K.T. Konecki, B. Pawłowska (red.), *Emocje w życiu codziennym. Analiza kulturowych, społecznych i organizacyjnych uwarunkowań ujawniania i kierowania emocjami* (s. 67-88). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego,
14. Korzeniowska, E. (1997). *Zachowania zdrowotne i świadomość zdrowotna w sferze pracy*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. Dra med. Jerzego Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.
15. Krawczyńska, J., Zięba, E., Zięba, P., Nowak-Starz, G. (2014). Umiejscowienie kontroli zdrowia i samoocena zdrowia młodzieży szkół ponadgimnazjalnych, *Problemy Pielęgniarstwa*, 22(4), 445-452.



16. Łukasik, I.M. (2011). *Świadome ciało w podróży bez granic*. Lublin: Wyd. Kaprint.
17. Makowska, Z., Merecz, D. (2001). Polska adaptacja Kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28. W: *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla urzędników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28* (s. 201-210). Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
18. Michalska-Leśniewicz, M., Gruszczyński, W. (2010). Czynniki psychologiczne w depresji. *Psychiatria*, 7(3), 95-103.
19. Monshat, K., Khong, B., Hased, C., Vella-Brodrick, D., Norrish, J., Burns, J., Herrman, H. (2013). A conscious control over life and my emotions. Mindfulness practice and healthy young people. A qualitative study. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 572-577.
20. *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszem Dawida Goldberga. Podręcznik dla użytkownika Kwestionariusza GHQ-12 i GHQ-28* (2001). Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
21. Ostrzyżek, A., Marcinkowski, J.T. (2012). Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(4), 682-686.
22. Pietras, T., Witusik, A., Panek, M., Zielińska-Wyderkiewicz, E., Kuna, P., Górski, P. (2012). Intensity of Depression in Pedagogy Students. *Pol Merkur Lekarski*, 32(189), 163-166.
23. Puchalski, K. (1997). *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. Dra med. Jerzego Nofera Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.
24. Radochoński, M. (2001). *Podstawy psychopatologii dla pedagogów*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
25. Rasińska, R., Nowakowska, I., Nowomiejski J. (2013). Diagnoza stanu zdrowia studentów i ich opinie o zagrożeniach zdrowotnych, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2(48), 79-84.
26. Rymaszewska, J., Dobrzyńska, E., Kiejna, A. (2006). Funkcjonowanie społeczne i niepełnosprawność – definicje, narzędzia oraz znaczenie kliniczne w psychiatrii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 15(2), 99-104.
27. Segal, J. (1997). *Jak pogłębić inteligencję emocjonalną: program treningu ujawniającego potęgę uczuć i intuicji*. Warszawa: Santorski&Co Agencja Wydawnicza S.p. z.o.o.
28. Sęk, H. (2000). Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. *Sbornik Prací Filozofické Fakulty Brněnské Univerzity Studia Minora Facultatis Philosophiae Universitatis Brunensis 4*, 17-34.
29. Siems, M. (2006). *Ciało zna odpowiedź*. Warszawa: Jacek Santorski&Co Agencja Wydawnicza S.p. z.o.o.
30. Sieradzki, P. (2007). Emocje w życiu codziennym a konstruowanie ładu poznawczego i społecznego. Kilka uwag opartych na empirycznej teorii „społeczeństwa doznań” Gerharda Schulze. W: K.T. Konecki, B. Pawłowska (red.), *Emocje w życiu codziennym. Analiza kulturowych, społecznych i organizacyjnych uwarunkowań ujawniania i kierowania emocjami* (s. 145-160). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
31. Sleep and mental health (2009). *Harvard Mental Health Letter*, 26(1), JU [www.health.harvard.edu](http://www.health.harvard.edu)
32. Solovey, P., Mayer, J.D., Caruso, D. (2008). Pozytywna psychologia inteligencji emocjonalnej. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu i cnotach człowieka* (s. 380-398). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa,
33. Starzyńska-Kościszko, E. (2010). Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia. Zdrowie jako wartość. *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, 16, 319-326
34. Szyszko-Bohusz, A. (2013). Pedagogika holistyczna oraz samodoskonalenie osobowości i bezpieczeństwa w dobie globalizacji. *The Polish Journal of the Arts and Culture*, 7(4), 201-217.
35. Vaillant, G.E. (2012). Pozytywne zdrowie psychiczne: czy istnieje definicja międzykulturowa? *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21(4), 229-250.
36. Vedfelt, O. (2001). *Poziomy świadomości. Poznaj potencjał swojego umysłu*, Warszawa: Eneteia.
37. Woynarowska, B. (red.) (2017). *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Warszawa: PWN.

## CZĘŚĆ III: SPRAWOZDANIA

**SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI NAUKOWEJ:  
ZAGROŻONE CZŁOWIECZEŃSTWO... MIĘDZY BEZRADNOŚCIĄ A DZIAŁANIEM****REPORT OF THE SCIENTIFIC CONFERENCE:  
ENDANGERED HUMANITY... BETWEEN HELPLESSNESS AND ACTION****Marzena Ruszkowska<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Zakład Pedagogiki, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,  
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Ruszkowska, M. (2017). Sprawozdanie z Konferencji Naukowej: *Zagrożone człowieczeństwo... między bezradnością a działaniem*. *Rozprawy Społeczne*, 11(4), s. 72-74. <https://doi.org/10.29316/rs.2017.41>

W dniach 19-20 września 2017 roku w Starych Jabłonkach, odbyła się Konferencja Naukowa, pt. *Zagrożone człowieczeństwo... między bezradnością a działaniem*. Została ona zorganizowana przez Katedrę Pedagogiki Społecznej Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Konferencja dedykowana była pamięci profesora Stanisława Kawuli.

W skład Komitetu Naukowego weszli m.in.: dr hab. Wioletta Danilewicz, prof. UwB (Uniwersytet w Białymstoku), dr hab. Ewa Jarosz (Uniwersytet Śląski), dr hab. Ewa Kantowicz, prof. UWM (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie), prof. dr hab. Bożena Matyjas (Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach), prof. zw. dr hab. Andrzej Olubiński (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie).

Komitet Organizacyjny konferencji tworzyli: dr hab. Ewa Kantowicz, prof. UWM, dr Katarzyna Biało-brzeska, dr Cezary Kurkowski, dr Magdalena Zmysłowska, dr Iwona Staszkiwicz-Grabarczyk, dr Małgorzata Ciczowska-Giedziun, dr Lidia Willan-Horla, dr Władysław Łuczak, mgr Magdalena Dymowska, dr Anna Książak-Gregorczyk, mgr Joanna Szymańska, mgr Bartłomiej Głuszak.

Dwudniowe obrady rozpoczęły się 19 maja 2014 roku o godzinie 9.45. Uroczystego otwarcia dokonali dr hab. Ewa Kantowicz, prof. UWM – kierownik Katedry Pedagogiki Społecznej, oraz dr hab. Sławomir Przybyliński, prof. UWM – dziekan Wydziału Nauk Społecznych.

Zaraz po otwarciu rozpoczęły się obrady plenarne pod przewodnictwem prof. zw. dr hab. Tadeusza Pilcha, który wygłosił słowo wstępne dotyczące życia i twórczości profesora Stanisława Kawuli.

W sesji plenarnej jako pierwszy wystąpił prof. zw. dr hab. Andrzej Olubiński, który wygłosił referat,

nt. „Rola mistrza w procesie kształcenia na uczelni wyższej na przykładzie prof. Stanisława Kawuli”. Prelegent przywoływał przykład profesora Kawuli jako autorytetu moralnego oraz pobudzająco-wyzwalającego w postawach: poznawczo-poszukującej (badającej, otwartej); motywującej do aktywności poznawczej oraz wrażliwej na zło, krzywdy, niesprawiedliwość społeczną. Poddał on również do dyskusji pytanie: Jaki autorytet nauczyciela może być akceptowany przez uczniów w dobie ponowoczesności? Na koniec przytoczył najważniejsze cechy, którymi można zobrazować uczenia mistrza, tj.: ciekawość poznawcza, umiejętności empatyczne, predyspozycje twórcze, naturalna wrażliwość, autentyczność bycia wśród ludzi, otwartość na inne zachowania, postawa refleksyjności, umiejętność współpracy, odwaga krytyki zła i inne.

Kolejne wystąpienie miało bardziej emocjonalny charakter, bowiem dr hab. Elżbieta Górnikowska-Zwolak, prof. UŚ podzieliła się swoimi wspomnieniami z osobistych kontaktów i relacji z nieżyjącym profesorem Stanisławem Kawulą, będącym recenzentem jej rozprawy doktorskiej.

Z kolei dr hab. Wioletta Danilewicz, prof. UwB przygotowała w wystąpieniu pt. „Kształty rodziny współczesnej” w świetle publikacji Stanisława Kawuli. Jak wynika z tytułu referatu, dotyczył on analizy literatury wspomnianego profesora w obszarze życia rodzinnego.

Po krótkiej przerwie kawowej obrady plenarne poprowadził prof. zw. dr hab. Andrzej Olubiński. Tę część rozpoczęła dr hab. Ewa Jarosz z tematem „Partycypacja społeczna dzieci – droga do lepszego jutra”. Swoją prezentację rozpoczęła ona od przedstawienia uzasadnienia partycypacji społecznej dzieci, wynikającej przede wszystkim z korczakowskiej pedagogiki

**Adres korespondencyjny:** Marzena Ruszkowska, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II, Zakład Pedagogiki, ul. Sidorska 102, 21-500 Biała Podlaska, e-mail: r-ska.marzena@wp.pl, tel.: 83 344 99 11

**Copyright by:** Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Marzena Ruszkowska

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

i filozofii społecznej, prowadzonych dyskursów teoretycznych dotyczących dziecka oraz z idei demokracji. Następnie omówiła w jaki sposób się ona przejawia oraz jakie płyną z niej korzyści, wśród których wymieniła: ochronę przed zagrożeniami (przemocą, wyzyskiem, wykorzystywaniem, złym traktowaniem); korzyści rozwojowe i rozwój podmiotowości (np. pewność siebie); formację obywatelską (kompetencje obywatelskie); urzeczywistnianie i rozwój demokracji (równe szanse, emancypacja, inkluzja społeczna) i inne.

W tej części pojawiła się również prof. zw. dr hab. Elżbieta Łuczak z wystąpieniem dotyczącym uzależnień, a także dr hab. Sławomir Przybyliński, prof. UWM z tematem: „Świat nie jest biało - czarno - inkarcerowane wizerunki „porysowanych” więźniów” przybliżając świat penitencjarny, świat tatuaży więziennych i ich znaczeń w hierarchii więziennej.

Tę sesję zakończył dr hab. Marcin Chełmniak z referatem „Bezpieczeństwo w feministycznej teorii stosunków międzynarodowych”.

Poobiednie obrady zostały wznowione z zachowaniem podziału na trzy sekcje: człowiek i człowieczeństwo – globalne, środowiskowe i jednostkowe uwarunkowania zagrożeń; człowiek i człowieczeństwo – między partycypacją, biernością a wykluczeniem oraz „Tego świata nie możemy zostawić takim jaki jest” – w poszukiwaniu rozwiązań. Poszczególne sekcje były moderowane przez doktorów z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego z Katedry Nauk Społecznych oraz zaproszonych gości, w tym dr Piotra Zdunkiewicza reprezentującego Państwową Szkołę Wyższą w Białej Podlaskiej. W sekcjach dyskutowali głównie doktorzy i magiŝtrowie będący przedstawicielami różnych środowisk naukowych.

Na uwagę zasługuje nietypowa forma prowadzenia sekcji, w których koncentrowano się przede wszystkim na poznaniu zainteresowań badawczych uczestników wokół których koncentrowała się późniejsza dyskusja.

Kolejny dzień to obrady plenarne moderowane przez dr hab. Ewę Kantowicz, prof. UWM z udziałem prof. zw. dr hab. Ewy Syrek, dr hab. Joanny OstroUCH-Kamińskiej, prof. UWM, dr hab. Anny OdrowąŻ-Coates, prof. APS i dr Anny Perkowskiej-Klejman.

W sesjach naukowych uczestniczyło około 50 osób, przedstawiciele polskich ośrodków, tj.: (Olsztyn, Białystok, Biała Podlaska, Siedlce, Warszawa, Kielce, Zielona Góra i in.), a także przedstawiciele organizacji pozarządowych oraz doktoranci Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Państwową Szkołę Wyższą reprezentowali: dr Marzena Ruskowska, dr Sebastian Sobczuk, dr Piotr Zdunkiewicz.

Dwudniowe obrady poświęcone były wspomnieniom o życiu i twórczości profesora Stanisława Kawuli, który w czasie swej działalności podkreślał znaczenie człowieka i człowieczeństwa, jako podstawowych wartości konstruuujących porządek świata w oparciu o wspólnotowość, współdziałanie, wsparcie. Dyskusje koncentrowały się wokół globalnych, środowiskowych i jednostkowych uwarunkowań zagrożeń stanowiąc brak akceptacji dla zastanego porządku społecznego, w którym człowiek i człowieczeństwo są traktowane przedmiotowo.

Spotkania naukowe, w tym sekcje prowadzone w plenerze oraz uroczysta kolacja przygotowane przez organizatorów stworzyły okazję do integracji przedstawicieli różnych środowisk akademickich z Polski.