

ROLA EDUKACJI ZDROWOTNEJ W PROMOWANIU KONCEPCJI „HEALTH-RELATED FITNESS”

THE ROLE OF HEALTH EDUCATION IN PROMOTION OF HEALTH-RELATED FITNESS CONCEPT

Janusz Brudecki

Katedra Antropologii, Akademia Wychowania Fizycznego, Kraków

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, dziewczęta, chłopcy, dorośli, sprawność ukierunkowana na zdrowie

Key words: health education, girls, boys, adults, health-related fitness

STRESZCZENIE

Jednym z istotniejszych celów edukacji zdrowotnej jest ukształtowanie nawyków dbałości o pozytywne zdrowie fizyczne, które warunkuje niskie ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych, szczególnie w późniejszym wieku. Dlatego ważnym wskaźnikiem prawidłowej postawy prozdrowotnej jest utrzymywanie właściwej proporcji pomiędzy masą ciała i wysokością, jak i utrzymywanie wskaźników dystrybucji tłuszczu (BMI, WHR) na odpowiednim poziomie. Celem pracy jest próba syntetycznego spojrzenia na sprawność ukierunkowaną na zdrowie – jej rozwój, poziom i utrzymanie przez całe życie w kontekście celów edukacji zdrowotnej. Wyniki badań dzieci i młodzieży oraz populacji dorosłych mężczyzn z Krakowa wskazują, że procent dzieci o podwyższonych wartościach wskaźników (BMI, WHR) pomiędzy 8 a 19 lat ulega systematycznemu obniżeniu w odniesieniu do norm międzynarodowych. Jednocześnie w populacji dorosłych mężczyzn drastycznie wzrasta do niemal 50% w grupie mężczyzn po 50 r.ż.. Oznacza to, że działania edukacyjne związane z promowaniem zdrowego stylu życia i utrzymywania odpowiedniej aktywności fizycznej nie mogą zakończyć się na etapie edukacji szkolnej, ale muszą również trwać w okresie późniejszym.

ABSTRACT

One of the most important objectives of health education is to shape the habits of attention to positive physical health, which determines the low risk of health problems, particularly in later life. Therefore, an important indicator of correct pro-health behaviors is to maintain an appropriate ratio between body weight and height, as well as maintaining fat distribution indices (BMI, WHR) at the appropriate level. Aim of this paper is to attempt a synthetic view of the health-related fitness - its development, and maintenance level for life in the context of the objectives of health education. The results of children and adolescents and the population of adult males from Cracow indicate that the percentage of children with elevated values of the fat distribution indices (BMI, WHR) between 8 and 19 years is systematically reduced in relation to international standards. At the same time in the adult male population dramatically increased to almost 50% in the group of men after the age of 50. This implies that educational activities related to the promotion of healthy lifestyle and maintain appropriate physical activity can not be finished at the stage of school education, but must also continue at a later date.

WSTĘP

Poziom sprawności fizycznej jednostki bądź grupy osobników stał się jednym z pozytywnych mierników zdrowia [7, 14]. Typowymi zachowaniami prozdrowotnymi jest unikanie zażywania substancji psychoaktywnych (nadmiernego picia alkoholu, palenia papierosów, zażywania narkotyków), odpowiednia aktywność fizyczna czy właściwe odżywianie się [6, 8, 10, 11]. Podejmowanie właściwej aktywności fizycznej niesie

ze sobą szereg korzyści, jak zmniejszenie ryzyka zachorowań, szczególnie chorób serca czy zapobieganie osteoporozie [8], ponadto redukuje stres przyczyniając się do zwiększenia indywidualnej aktywności społecznej [6].

Jak podaje *Sokołowska* (2004) celem edukacji zdrowotnej jest ukształtowanie nawyków dbałości o pozytywne zdrowie fizyczne, które warunkuje niskie ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych. Edukacja zdrowotna to wszystkie oddziaływania edukatora, które pozwalają człowiekowi (uczniowi) [16]:

Adres do korespondencji: Janusz Brudecki, Katedra Antropologii, Akademia Wychowania Fizycznego, 31-571 Kraków, Al. Jana Pawła II 78, tel. 12 683 14 44, e-mail: wabrudec@cyf-kr.edu.pl

- poznać lepiej siebie i swoje otoczenie (fizyczne i społeczne),
- dotrzeć i zrozumieć współzależność pomiędzy trzema podstawowymi wymiarami swojego zdrowia (fizycznym, psychicznym i społecznym),
- zgodnie z tą opinią dokonywać świadomych i samodzielnych wyborów (aspiracji, stylu życia, kolegów itp.), służących doskonaleniu swojego zdrowia.

Koncepcja „*health-related-fitness*” - sprawność ukierunkowana na zdrowie - uzasadnia biologiczne i społeczne znaczenie kształtowania oraz utrzymywania sprawności fizycznej [9, 12, 13]. Komponenty sprawności, które są efektem korzystnego i niekorzystnego wpływu zwykłej aktywności fizycznej oraz które mają związek z poziomem stanu zdrowia są określone:

- zdolnością do podejmowania codziennej aktywności z wigorem i żwawo,
- takim stanem cech fizycznych i zdolności motorycznych, który wskazuje na niskie ryzyko przedwczesnego rozwoju chorób i osłabienia sił w wyniku małej aktywności.

Funkcje krążeniowo-oddechowe, skład ciała, siła mięśniowa, wytrzymałość i gibkość są wymieniane najczęściej jako składowe kondycji fizycznej, warunkującej zmniejszenie ryzyka wystąpienia problemów zdrowotnych. Bazując na wnioskach z prac wielu autorów, a szczególnie [1, 9, 15] powszechnie przyjęto szereg wskaźników, które służą do oceny stanu zdrowia. W zakresie sprawności morfologicznej są to BMI, WHR, dystrybucja tłuszczu, gęstość kości, W zakresie sprawności mięśniowo-szkieletowej siła i wytrzymałość mięśni ramion, nóg i tułowia oraz gibkość. W zakresie sprawności motorycznej postawa ciała jako kombinacja równowagi, koordynacji, kontroli psychicznej i szybkości neuromięśniowej. W zakresie sprawności krążeniowo-oddechowej submaksymalna zdolność wysiłkowa i wytrzymałość, system dostarczania tlenu, resynteza ATP, procesy termoregulacyjne, $VO_2\max$. W zakresie sprawności przemian metabolicznych działanie hormonów, gospodarka węglowodanowa (krew, tkanki), metabolizm lipidowy.

Celem pracy jest próba syntetycznego spojrzenia na sprawność ukierunkowaną na zdrowie - jej rozwój, poziom i utrzymanie przez całe życie w kontekście celów edukacji zdrowotnej.

MATERIAŁ I METODY

Do analiz wykorzystano przegląd literatury oraz wyniki dwóch przekrojowych badań z Krakowa. Pierwszą serię stanowią wyniki badań 2409 chłopców i 2093 dziewcząt w wieku 4-19. Badania przeprowadził zespół badawczy Katedry Antropologii i Anatomii AWF w Krakowie w ramach akcji „Dziecko Krakowskie 2000”.

Serię drugą stanowią wyniki przekrojowych badań antropometrycznych, sprawności motorycznej, wydolności sercowo-naczyniowej oraz zmiennych społecznych (informacje ankietowe) 1420 pracowników Huty im. T. Sendzimira w Krakowie w wieku 20 - 70 lat. Badania przeprowadził zespół badawczy Katedry Antropologii i Anatomii AWF w Krakowie w latach 2001- 2003 pod kierunkiem prof. S. Gołąba i prof. M. Chrzanowskiej w ramach współpracy z Zakładem Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne Nowa Huta”. Analiza wykonana została w oparciu o wyniki dotyczące wskaźniki oceniające nadwagę i otyłość.

WYNIKI I DYSKUSJA

Częstość występowania nadwagi i otyłości u dziewcząt i chłopców z populacji krakowskiej została określona na podstawie standardów międzynarodowych BMI wg *Cole'a* wsp. [5]. Szczegółowe tabele i ryciny dotyczące tej częstości zostały przedstawione w pracy [4]. U chłopców między 4 a 8 r. ż. jest obserwowany stały wzrost częstości dzieci z nadwagą (od 6,5% do 23,5%), a następnie systematyczny spadek tej częstości aż do 19 r. ż. do poziomu 10%, co daje gradient -1,5% na rok. U dziewcząt między 4 a 7 r. ż. jest obserwowany wzrost częstości dzieci z nadwagą (od 3% do 23%), a następnie spadek tej częstości do poziomu zaledwie 1,5%, co daje gradient -1,67% na rok. Podobną tendencję otrzymujemy w przypadku otyłości: wzrost tej częstości od 4% do 6% pomiędzy 4 a 7 r. ż. u chłopców i wzrost od 1,5% do 5 % pomiędzy 4 a 5 r. ż. u dziewcząt. A następnie spadek do 19 r. ż. u obu płci do poziomu 1%-1,5%. Obserwowany gradient spadku częstości otyłości jest tym samym mniejszy (-0,41% na rok u chłopców i -0,25% ma rok u dziewcząt) niż odpowiedni gradient dotyczący samej nadwagi.

Jednocześnie u dorosłych mężczyzn pomiędzy 20 a 70 r. ż. obserwujemy systematyczny wzrost nadwagi [2] od 9,1% do 42,9%, co daje wzrost tej częstości o 0,67% na każdy kolejny rocznik badanych. Podobnie jest z otyłością: wzrost z poziomu 3,9% do 28,6%, co daje wzrost tej częstości o 0,5% na każdy kolejny rocznik badanych mężczyzn. Wzrost częstości występowania umiarkowanego ryzyka metabolicznych powikłań otyłości u badanych mężczyzn (w oparciu o normę obwodu pasa) wynosi 0,53% na każdy kolejny rocznik, podobnie jak wzrost zwiększonego ryzyka metabolicznych powikłań otyłości. Wzrost częstości występowania otyłości androidalnej u badanych mężczyzn wynosi 0,63% na każdy kolejny rocznik badanych mężczyzn.

W kontekście edukacji zdrowotnej może pojawić się problem z interpretacją takich wyników. Bowiem skoro u dzieci i młodzieży obserwujemy systematyczny „spadek” częstości występowania nadwagi i otyłości

od początku wejścia dzieci do systemu regularnej już edukacji, to wydawać by się mogło, że rola edukacji zdrowotnej w tym zakresie jest spełniona całkowicie. Z kolei tak znaczny wzrost częstości nadwagi i otyłości u dorosłych mężczyzn z Krakowa, z jednoczesnym systematycznym wzrostem częstości występowania ryzyka metabolicznych powikłań otyłości jak i otyłości androidalnej u badanych mężczyzn skłania do refleksji, że cele długofalowe edukacji zdrowotnej jednak nie są osiągnięte. Ponadto obserwowane zmniejszanie się wraz z wiekiem odsetka dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością może być efektem zastosowanych norm, a nie rzeczywistego zjawiska społecznego [3].

WNIOSKI

Uzyskane wyniki wskazują, że edukacja zdrowotna musi długofalowo oddziaływać na człowieka. Oznacza to, że jej działania nie mogą zakończyć się na etapie edukacji szkolnej, ale musi również mieć możliwość oddziaływania na ludzi dorosłych. Oni bowiem zaniedbują pozytywne efekty kształtowania własnej sylwetki w okresie dojrzewania.

PIŚMIENNICTWO

1. *Bouchard C., Shephard R.J.*: Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. [In:] Physical activity, fitness and health. Red. C. Bouchard, R. J. Shephard, T. Stephens. Champaign, Ill.: Human Kinetics Publishers, 1994, 77-88.
2. *Brudecki J., Gołąb S.*: Zachowania antyzdrowotne mężczyzn a zmienne somatyczne i motoryczne. *Roczn. PZH* 2006, 57 (supl.), 141-146.
3. *Buckler J.M.H.*: Are Tanner growth charts applicable to children at school entry in Leeds? *Archives of Disease in Childhood* 1985, 60, 1188-1191.
4. *Chrzanowska M., Koział S., Uliaszek S.J.*: Changes in BMI and the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in Cracow, Poland, 1971-2000. *Econ. Hum. Biol.*, 2007, 5, 370-373.
5. *Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H.*: Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000, 320, 1240-3.
6. *Drabik J.*: Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Cz. I. AWF, Gdańsk, 1995.
7. *Drabik J.*: Promocja aktywności fizycznej. AWF, Gdańsk 1997.
8. *Erlichman J., Kereby A.L., James W.P.T.*: Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 2: prevention of unhealthy weight gain and obesity by physical activity: an analysis of evidence. *Obesity Reviews* 2002, 3, 273-287.
9. *Holewy E.T., Franks B.D.*: Health fitness instructor's handbook. Human Kinetics, Champaign, 1997.
10. *Laaksonen M., Prättälä R., Karisto A.*: Patterns of unhealthy behaviour in Finland. *European Journal of Public Health* 2001, 11, 294-300.
11. *Laaksonen M., Prättälä R., Lahelma E.*: Sociodemographic determinants of multiple unhealthy behaviours. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003, 31, 37-43.
12. *Mleczko E., Zdebski J., Winiarczyk T.*: Sprawność fizyczna a poczucie koherencji. *Antropomotoryka* 2006, 33, 43-58.
13. *Oja P. Tuxworth B.*: Eurofit for adults. Assessment of health related fitness. Council of Europe, Strasbourg, 1995.
14. *Przeweda R.*: Promocja zdrowia przez wychowanie fizyczne. W: Promocja zdrowia (red. J. Karski), Warszawa, 1995.
15. *Skinner J.S., Oja P.*: Laboratory and field tests for assessing health-related fitness. In: Physical activity, fitness and health. Red. C. Bouchard, R. J. Shephard, T. Stephens. Champaign, Ill.: Human Kinetics Publishers, 1994, 160-179.
16. *Sokołowska M.*: Edukacja zdrowotna i szkolny program profilaktyki - szanse i ograniczenia. *Remedium* 2004, 4, 6-7.

Otrzymano: 24.11.2009

Zaakceptowano do druku: 27.08.2010

