

Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz

Uniwersytet Śląski w Katowicach

ORCID: 0000-0001-6079-3880

DOI: <https://doi.org/10.35464/1642-672X.PS.2019.2.05>

Profilaktyka chorób nowotworowych – możliwości wykorzystania doświadczeń europejskich

The prevention of cancer – the possibilities of using European experiences

ABSTRACT: Oncological diseases are in second place in terms of Polish citizens causes of deaths and the statistics in our country are still worse than those that refer to all European Union countries. Research on etiology of tumors shows that the risk factors can be controlled, and a healthy lifestyle significantly reduces the likelihood of disease, which justifies the need for systematic interventions in the field of primary oncological prevention from the earliest years of human life. The article presents a fragment of a broader research carried out within the project Onkogranty II. It contains data on the implementation of oncological prophylaxis in primary schools in Bytom. On the basis of the results obtained, conclusions were formulated that recommend taking into account the participatory approach in the prevention of cancer. The recommendations refer to solutions applied in other EU countries.

KEYWORDS: Cancer, prevention, diet, physical activity, participatory approach.

STRESZCZENIE: Na drugim miejscu pod względem przyczyn zgonów mieszkańców Polski znajdują się choroby onkologiczne, a statystyki ich dotyczące w naszym kraju są ciągle jeszcze gorsze od tych, które odnoszą się do wszystkich krajów Unii Europejskiej. Badania dotyczące etiologii nowotworów dowodzą, że związane z nimi czynniki ryzyka można kontrolować, a zdrowy tryb życia w znacznym stopniu zmniejsza prawdopodobieństwo zachorowania, co uzasadnia potrzebę prowadzenia systematycznych oddziaływań z zakresu pierwszorzędowej profilaktyki onkologicznej już od najwcześniejszych lat życia człowieka. W artykule przedstawiono wycinek szerszych badań przeprowadzonych w ramach projektu Onkogranty II. Zawiera on dane dotyczące realizacji profilaktyki onkologicznej w szkołach podstawowych w Bytomiu. Na podstawie uzyskanych

wyników badań sformułowane zostały wnioski rekomendujące uwzględnienie podejścia partycypacyjnego w profilaktyce chorób nowotworowych. W rekomendacjach odwołano się do rozwiązań stosowanych w innych krajach UE.

SŁOWA KLUCZOWE: Nowotwory, profilaktyka, dieta, aktywność fizyczna, podejście partycypacyjne.

Wprowadzenie

We współczesnych koncepcjach zdrowia podkreśla się, że stanowi ono zasób dla społeczeństwa, determinujący rozwój obywatelski, ekonomiczny i osobisty. Jedynie zdrowe społeczeństwo jest bowiem zdolne do tworzenia dóbr materialnych i kulturowych, a obciążenie chorobami, niepełnosprawność i przedwczesna umieralność mają wymierne skutki społeczne i ekonomiczne, takie jak utrata wyprodukowanych dóbr, zwiększone nakłady na leczenie czy konieczność zapewnienia opieki osobom, które nie mogą samodzielnie funkcjonować (Woynarowska 2017, s. 29). Kwestie te stały się przedmiotem tzw. nowego zdrowia publicznego, definiowanego jako „nauka i kompleksowe postępowanie zmierzające do zachowania i umocnienia zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegające na naukowym rozpoznaniu stanu zdrowia i potrzeb zbiorowości oraz inicjowaniu i organizowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego stanu zdrowia” (Mazur 2017, s. 30; Syrek 2018, s. 141). Z tego względu rosnąca uwaga środowisk naukowych, a coraz częściej także politycznych, jest kierowana na monitorowanie tzw. wskaźników zdrowia, do których należą między innymi dane dotyczące zachorowalności oraz umieralności w międzynarodowych, krajowych i lokalnych populacjach (Mazur 2017, s. 33).

Analizując wskaźniki zdrowia dotyczące Polski można stwierdzić, że ogólny poziom umieralności systematycznie obniża się od 1991 roku, ale wciąż jest on znacznie wyższy od poziomu przeciętnego dla krajów Unii Europejskiej. Standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w Polsce w 2015 roku był wyższy o ok. 37% od współczynnika dla UE, a w przypadku kobiet nadwyżka ta wynosiła 18% (Wojtyniak i in. 2018, s. 81). Warto zaznaczyć, że we wszystkich grupach wieku mężczyźni umierają częściej niż kobiety. Największa nadumieralność mężczyzn w stosunku do kobiet występuje w przedziale wieku 20–34 lata – w tej grupie osób umieralność mężczyzn była w 2016 roku prawie czterokrotnie wyższa niż kobiet. W przedziale wiekowym 35–44 lata była ona trzykrotnie wyższa.

Na drugim miejscu pod względem przyczyn zgonów mieszkańców Polski znajdują się choroby nowotworowe – w 2016 roku stanowiły one 25,8%

wszystkich zgonów, w tym 27,3% zgonów w populacji mężczyzn i 24,1% zgonów w populacji kobiet (Wojtyniak i in. 2018, s. 87). Niezależnie jednak od statystyk dotyczących całej populacji należy podkreślić, że wśród kobiet w wieku 30–74 lata oraz wśród ogółu Polaków w wieku 45–69 lata, to nowotwory złośliwe stanowią największe zagrożenie życia (Wojtyniak i in. 2018, s. 111).

Zdecydowanie najbardziej rozpowszechnione wśród mieszkańców Polski są od wielu lat nowotwory tchawicy, oskrzela i płuca, które w 2016 roku spowodowały 24% ogółu zgonów na choroby onkologiczne. Nowotwory o innych umiejscowieniach są nieco rzadsze, a na kolejnych miejscach przyczyn zgonów w 2016 roku znalazły się: rak jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu (12% zgonów nowotworowych), rak żołądka (5,2% zgonów nowotworowych), rak sutka (6,6% ogółu zgonów nowotworowych i 15% zgonów kobiet z powodu nowotworów), rak szyjki macicy (1,6% ogółu zgonów nowotworowych i 3,5% zgonów kobiet z powodu nowotworów) oraz rak gruczołu krokowego (prostaty) (5,2% ogółu zgonów nowotworowych i 9,4% zgonów mężczyzn z powodu nowotworów) (Wojtyniak i in. 2018, s. 111–112).

Statystyki dotyczące Polski ciągle jeszcze są gorsze niż te odnoszące się do wszystkich krajów europejskich. Co prawda tempo spadku umieralności polskich mężczyzn w latach 2004–2013 z powodu nowotworów złośliwych ogółem było szybsze niż średnie dla krajów Unii Europejskiej, jednak po 2013 roku trend spadkowy uległ zahamowaniu i nadumieralność polskich mężczyzn zaczęła się powiększać, a w 2015 roku wynosiła 25,6%. W populacji polskich kobiet tempo spadku współczynników zgonów po 2001 roku jest stałe, ale wolniejsze niż w przypadku mężczyzn. Od 2007 roku, ze względu na spowolnienie obniżania się przeciętnego poziomu umieralności w krajach UE, nadumieralność polskich kobiet z powodu chorób nowotworowych zmniejsza się (w 2015 roku wynosiła 16,9%), niemniej ciągle istnieje (Wojtyniak i in. 2018, s. 165–166).

Do czynników ryzyka chorób nowotworowych należą uwarunkowania genetyczne, czynniki środowiskowe, wiek i tryb życia, jednak wbrew rozpowszechnionej opinii, tylko niewielka część nowotworów rozwija się w wyniku dziedziczenia określonych predyspozycji, a zdecydowana ich większość jest efektem długotrwałego gromadzenia się uszkodzeń DNA. Te akumulujące się w ciągu całego życia drobne zmiany sprawiają, że w końcu komórki zaczynają się dzielić i rosnąć w nieograniczony sposób, co inicjuje proces chorobowy. Jak dowiedziono, zdrowy tryb życia może redukować ilość powstających uszkodzeń, a co za tym idzie – zmniejszać prawdopodobieństwo zachorowania. Naukowcy stale badają, które z elementów codziennych zachowań, i w jaki sposób, przyczyniają się do rozwoju choroby lub przed nią chronią. Stworzo-

no kilkanaście kategorii czynników ryzyka, z których wszystkie, poza jednym wyjątkiem – promieniowaniem jonizującym – można kontrolować i w związku z tym zapobiegać wielu powszechnie występującym nowotworom, takim jak rak płuca, przełyku, okrężnicy, jamy ustnej i czerniak (Krajowy Rejestr Nowotworów).

Istnieją przekonujące dowody wskazujące, że osoby stosujące zdrową dietę i prowadzące aktywny tryb życia są mniej narażone na ryzyko zachorowania na nowotwór. W społeczeństwie europejskim ryzyko zachorowania na raka wśród osób prowadzących zdrowy tryb życia, zgodny z zaleceniami w zakresie przeciwdziałania rozwojowi chorób onkologicznych, jest o około 18% mniejsze niż ryzyko, na jakie narażone są osoby, których styl życia i masa ciała nie spełniają wskazanych wymogów. Ten stopień zmniejszenia ryzyka obliczono w odniesieniu do zdrowego trybu życia, który obejmuje: utrzymanie prawidłowej masy ciała (wskaźnik masy ciała [BMI] między 18,5 a 24,9 kg/m²) oraz unikanie produktów spożywczych sprzyjających przyrostowi masy ciała, takich jak słodkie napoje i żywność typu fast food (Europejski Kodeks Walki z Rakiem). Istnieje również wiele mechanizmów biologicznych, dzięki którym aktywność fizyczna może wpływać na ograniczenie ryzyka zachorowania na raka. Obejmują one jej wpływ na poziom cukru, insuliny i powiązanych hormonów we krwi, poziom hormonów płciowych, częstotliwość występowania stanów zapalnych i funkcje immunologiczne organizmu – wszystkie te czynniki są powiązane z ryzykiem wystąpienia choroby nowotworowej. Aktywność fizyczna ułatwia też utrzymanie prawidłowej masy ciała, co dodatkowo wpływa na ograniczenie ryzyka zachorowania. Oszacowano, że prawdopodobieństwo pojawienia się choroby onkologicznej u osób podejmujących umiarkowaną aktywność fizyczną przez co najmniej 30 minut dziennie (lub przez co najmniej 150 minut tygodniowo) jest o około 4% mniejsze niż w przypadku osób podejmujących aktywność mniej intensywną (Europejski Kodeks Walki z Rakiem).

Dane te wyraźnie wskazują jak ważne w ograniczaniu rozpowszechnienia chorób nowotworowych są działania profilaktyczne zorientowane na edukację dotyczącą prozdrowotnego stylu życia i inicjowanie zmian w tym zakresie. Zmiany te, dotyczące prostych codziennych czynności, takich m.in. jak wdrożenie zdrowszej diety czy regularnej aktywności fizycznej, mogą w istotnym stopniu zmniejszyć ryzyko zachorowania. Stąd potrzeba prowadzenia systematycznych oddziaływań z zakresu pierwszorzędowej profilaktyki onkologicznej już od najwcześniejszych lat życia człowieka.

Metodologia badań własnych

Wyniki badań prezentowane w niniejszym artykule stanowią element szerszych działań diagnostycznych podjętych w ramach grantu pt. *Promocja zdrowego sposobu odżywiania i aktywności fizycznej w szkołach podstawowych na terenie miasta Bytomia – diagnoza potrzeb edukacyjnych w kontekście planowania skutecznych działań z zakresu pierwotnej profilaktyki chorób nowotworowych*, finansowanego ze środków Polskiej Ligi Walki z Rakiem. Sformułowana na potrzeby projektu problematyka badawcza była spójna z celem 10 „Strategii walki z rakiem w Polsce 2015–2024”, odnoszącym się do konieczności promowania zdrowego sposobu odżywiania i aktywności fizycznej w ramach oddziaływań podejmowanych w obszarze profilaktyki onkologicznej. W trakcie badań starano się m.in. uzyskać odpowiedź na następujące pytania badawcze:

- Jakie treści dotyczące profilaktyki chorób onkologicznych zawierają programy profilaktyczno-wychowawcze zorientowane na promocję zdrowego sposobu odżywiania i aktywności fizycznej realizowane w szkołach podstawowych na terenie Bytomia?
- Jaka jest opinia dyrektorów szkół podstawowych i pedagogów szkolnych na temat działań z zakresu promocji zdrowego sposobu odżywiania i aktywności ruchowej realizowanych w bytomskich szkołach?
- Jaka jest subiektywna opinia uczniów na temat działań profilaktycznych podejmowanych w szkole?

W celu uzyskania odpowiedzi na tak sformułowane pytania wykorzystano technikę analizy dokumentów zastanych, wywiadu nieskateryzowanego i wywiadu fokusowego. W pierwszej kolejności przeprowadzono analizę zewnętrzną i wewnętrzną programów profilaktyczno-wychowawczych realizowanych w 10 bytomskich szkołach podstawowych. W tych samych szkołach przeprowadzono wywiady nieskateryzowane z dyrektorami / wicedyrektorami i pedagogami szkolnymi. Do badań losowo wybrano po jednej szkole z następujących dzielnic: Śródmieście (SP3), Sucha Góra (SP38), Szombierki (SP45), Łagiewniki (SP28), Stroszek (SP23), Miechowice (SP33), Stolarzowice (SP43), Karb (SP21), Bobrek (SP16), Rozbark (SP42). Uzupełnieniem pozyskanych w ten sposób danych były informacje z wywiadów fokusowych z uczniami, które odbyły się w czterech szkołach z terenu miasta Bytomia, funkcjonujących w środowiskach o zróżnicowanym kapitale społeczno-kulturowym. Fokusy przeprowadzono na podstawie wcześniej przygotowanych scenariuszy, uwzględniających zarówno wypowiedzi ustne, jak i prace pisemne respondentów.

Wyniki badań własnych

Przeprowadzona analiza dokumentów zastanych oraz informacji pozyskanych w trakcie wywiadów nieskatygoryzowanych wykazała, że w badanych placówkach podejmowane są liczne działania powiązane z promocją zdrowego sposobu odżywiania i aktywności fizycznej. Wszystkie szkoły realizują ogólnopolskie programy „Mleko w szkole” i „Owoce w szkole”, które od roku szkolnego 2017/2018 stanowią jedno działanie pt. „Program dla szkół” (finansowane ze środków UE). Polega ono na tym, że uczniowie otrzymują bezpłatnie, kilka razy w tygodniu – przez 20 tygodni w roku szkolnym – owoce i warzywa oraz soki, a także mleko i przetwory mleczne. Programem są objęte dzieci uczęszczające do klas I–V. Ponadto wszystkie placówki, w których prowadzone były badania biorą udział w projekcie „Śniadanie daje moc” (w ramach strategii Partnerstwo dla Zdrowia), realizowanym co roku w dniu 8 listopada, docelowo w klasach I–III, choć w niektórych szkołach uczestniczą w nim także starsze klasy. Dodatkowo dziewięć z dziesięciu szkół wdrożyło Program Edukacyjny „Trzymaj formę”, dwie szkoły wzięły udział w programie „Zdrowo jem, więcej wiem” oraz „Dobrze jemy ze szkołą na widelcu”, a jedna szkoła uczestniczyła w projekcie „Mam kota na punkcie mleka”. Jedyne w trzech szkołach realizowano „Europejski Kodeks Walki z Rakiem”, który jest projektem bezpośrednio dotyczącym profilaktyki chorób nowotworowych. Program ten został opracowany we współpracy ekspertów Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie i Ośrodka Rozwoju Edukacji i stanowi gotowe narzędzie do prowadzenia zajęć popularyzujących zalecenia zawarte w Europejskim kodeksie walki z rakiem.

Analizując wewnętrzne programy profilaktyczno-wychowawcze badanych szkół podstawowych stwierdzono, że w każdym z nich znajdują się treści związane ze zdrowiem i zdrowym stylem życia, jednakże mają one zwykle dość ogólny charakter (np. „Kształtowanie postaw prozdrowotnych poprzez promowanie aktywnego i zdrowego stylu życia”; „Doskonalenie i wzmacnianie zdrowia fizycznego”; „Rozwijanie właściwej postawy wobec zdrowia i życia jako najważniejszych wartości. Doskonalenie i wzmacnianie zdrowia fizycznego”). Natomiast w zakresie treści odnoszących się wyłącznie do promocji zdrowego odżywiania się, aktywności fizycznej oraz profilaktyki onkologicznej programy te zawierają tematykę szczegółową dotyczącą głównie dwóch pierwszych obszarów, jednak najczęściej brakuje bezpośredniego odniesienia do chorób nowotworowych, raczej wskazuje się ogólnie na rolę zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w zachowaniu i pomnażaniu zdrowia oraz ewentualnie roli

tych zachowań w prewencji chorób w ogóle. Realizowane zadania mają najczęściej postać akcji profilaktyczno-zdrowotnych (np. „Tydzień Promocji Zdrowia”; „Tydzień Promocji Zdrowia i Profilaktyki”; „Dzień Sportu”), czy konkursów i zawodów.

Wymienione działania nie do końca są jednak dostrzegane przez uczniów, a co za tym idzie – nie przekładają się na ich wiedzę i świadomość zdrowotną tak, jak można by się tego spodziewać. Przeprowadzone wywiady fokusowe wykazały, że w kontekście treści dotyczących zdrowego odżywiania uczniowie najczęściej zwracali uwagę na zajęcia / działania o charakterze praktycznym oraz akcyjnym, np. konkursy na zdrową kanapkę / sałatkę. Rozmówcy wspominali również o całorocznych akcjach warzywa i mleko w szkole, które otrzymywali w młodszych klasach. Jednocześnie nie byli oni w stanie wskazać konkretnych treści z zakresu zdrowego odżywiania się realizowanych w szkole, a co więcej, stwierdzali, że nawet jeśli mają świadomość, co jest zdrowe, to wdrożenie reguł zdrowego stylu odżywiania się wymaga wysiłku (planowania zakupów, dokładnego wyboru produktów, samodzielnego przyrządzenia), dlatego często wybierają to, co jest „pod ręką” i zjadają to w pośpiechu: „No, bo to dużo czasu trzeba poświęcić, trzeba kupić to wszystko, wybierać dokładnie, co jest zdrowe, a co nie. A potem, gdybyśmy to dostawali, to by może było częściej, a że to trzeba się bardziej tym zainteresować, dowiedzieć, co wybrać, ile tego, jest to takie dla nas problematyczne i wolimy coś na szybko zjeść coś, co mamy pod ręką, a nie sięgać po te zdrowe rzeczy” (uczeń SP2). Wydaje się ponadto, że wiedza uczniów w zakresie znaczenia zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej dla zachowania i pomnażania zdrowia jest bardzo ogólna, wręcz zdawkowa, co może wynikać z braku systematycznej edukacji w tym zakresie. Uczniowie bowiem najczęściej pamiętali, że „coś tam było”, jednak nie potrafili tego skonkretyzować – ani w zakresie treści, ani też celowości przekazywania im tych treści. Świadczyć o tym mogą następujące wypowiedzi: „na przyrodzie [...] tam mówiliśmy o tym zdrowym żywieniu” (uczeń SP4); „ja pamiętam, że kiedyś na przyrodzie to o tej anoreksji było” (uczeń SP4); „na ten temat zdrowego odżywiania to mówiliśmy trochę [...]. Głównie na zajęciach z wychowawcą” (uczeń SP1). Warto także zwrócić uwagę na wypowiedź jednego z badanych, która sugeruje, że podejmowane akcje promujące zdrowe odżywianie nie są skuteczne: „Nikomus się nie chce tego wszystkiego jeść i zdecydowanie uważam, że większość jednak z nas nie przestrzega takich reguł itd.” (uczeń SP2).

W odniesieniu do treści i działań wskazujących na znaczenie aktywności fizycznej dla zdrowia człowieka badani uczniowie także wskazywali głównie te o charakterze akcyjnym, np. tydzień aktywności fizycznej lub dzień spor-

tu: „Ale jest jeszcze dzień sportu w szkole to wtedy też o zdrowej żywności i o ruchu, ale to jest tylko jeden dzień, raz w roku i apel dla całej szkoły” (uczeń SP3). Jednocześnie uczniowie nie pamiętali, aby kiedykolwiek były prowadzone zajęcia dotyczące znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia i profilaktyki chorób, w tym w szczególności chorób nowotworowych. Warto podkreślić, że tym, co ograniczało respondentów w podejmowaniu wysiłku fizycznego poza zajęciami szkolnymi była zbyt duża ilość zadań i obowiązków, a także liczba godzin spędzanych w szkole, która powodowała, że uczniowie byli zmęczeni i / lub czuli się nadmiernie obciążeni. Stwierdzali oni zatem, iż generalnie mają świadomość, że aktywność fizyczna sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu, ale ze względu na nadmiar obowiązków nie są w stanie przestrzegać zaleceń z nią związanych.

Dodatkowo przeprowadzone wywiady fokusowe wykazały, że uczniowie na pewnym poziomie ogólności zdawali sobie sprawę, że nieprawidłowy sposób odżywiania oraz brak aktywności fizycznej negatywnie wpływa na odporność i zdrowie człowieka, jednak w tym kontekście wymieniali takie choroby jak: otyłość („jak się ćwiczy uprawia się sporty to jakby nie ma się nadwagi” SP1), nadciśnienie, choroby serca, miażdżyca, „coś z żyłami”, w większości nie wskazując na choroby nowotworowe. Ponadto nie pamiętali, aby związek ten był podkreślany na zajęciach profilaktycznych lub na lekcjach w szkole. „Wiemy do jakich chorób bezpośrednio to prowadzi, ale tych dalszych skutków tych chorób, że one mogą wyjść takie gorsze to nie wiemy” (uczeń SP2). Zaledwie dwóch uczniów pamiętało, że „było na jakiejś lekcji, że jemy dużo przetworzonego i to zwiększa prawdopodobieństwo nowotworów” (uczeń SP4) oraz „jak się je zdrową żywność, na przykład warzywa, to wtedy ma się większą odporność na raka” (uczeń SP1). Zatem na podstawie przeprowadzonej analizy można wnioskować, że wiedza i świadomość badanej młodzieży dotycząca związku pomiędzy zdrowym sposobem odżywiania się i aktywnością fizyczną a zapobieganiem chorobom nowotworowym jest pobieżna, nieutrwalona lub też nie ma jej w ogóle.

Jednocześnie zastosowanie pomocniczej techniki „Narysuj i napisz” pozwoliło ustalić, że zgodnie z deklaracjami uczniów szkoła na ogół nie przyczynia się do zmian, które wprowadzają oni w swoim stylu życia w zakresie odżywiania się i aktywności fizycznej, a znaczenie w tym względzie mają dla nich zachowania rodziców, członków rodziny i znajomych, a także informacje płynące ze środków masowego przekazu, w szczególności Internetu (głównie blogi, kanał YouTube) oraz telewizji: „Na mnie szkoła w żaden sposób nie wpłynęła na moje myślenie o zdrowym odżywianiu i aktywności fizycznej, jedynie to co mnie mogło przekonać to ja sam i rodzice, czyli lepiej się ograni-

czyć, trochę mniej zjeść czegoś niedobrego, żeby w przyszłości odczuć to, że wcześniej się odżywiałem dobrze i nie ma żadnych problemów ze zdrowiem” (uczeń SP2); „Dzięki szkole nie dokonałam żadnych zmian w zakresie sposobu odżywiania i aktywności fizycznej. Natomiast dzięki sobie i przyjaciołom zaczęłam ćwiczyć w domu i zdrowo się odżywiać. Chcę mieć lepsze ciało i duże mięśnie” (uczennica SP4), „Czasem też patrzę na Instagram to tam są takie zajęcia ze zdrowym odżywianiem, nie żeby zrobić tylko zdjęcia to też może jeść te zdrowe owoce” (uczeń SP2). A zatem analiza wypowiedzi i prac pisemnych badanych uczniów wskazuje, że programy profilaktyczne i edukacyjne realizowane w szkole oraz podejmowane działania dotyczące poprawy żywienia uczniów oraz zwiększenia aktywności fizycznej w niewielkim stopniu motywują ich do zmian w tym zakresie.

Wnioski

Przeprowadzone badania wykazały, że w szkołach objętych diagnozą podejmowane są działania powiązane z promocją zdrowego sposobu odżywiania i aktywności fizycznej, a nauczyciele w nich pracujący, czy szerzej – przedstawiciele społeczności szkolnej – wykazują się w większości dużym zaangażowaniem w ich realizację. Problemem może być fakt, że realizowane są z reguły programy / inicjatywy zewnętrzne, natomiast mało jest działań „oddolnych”, opartych na rzetelnej diagnozie potrzeb uczniów, rodziców, czy grona pedagogicznego. Najczęściej też brakuje właściwego uzasadnienia dla podejmowanych działań – uczniom nie tłumaczy się z jakich przyczyn warto zmienić zachowanie, i jakie z tej zmiany płyną dla nich korzyści (np. aktywność ruchowa jest promowana poprzez organizację zajęć sportowych z pominięciem wyjaśnienia dlaczego jej podejmowanie jest ważne). W rezultacie trudno jest uzyskać odpowiedź na pytanie czego chcieliby uczniowie oraz czego im brakuje. W tej sytuacji młodzież może traktować proponowane jej działania jako narzucone, a co za tym idzie – wykazywać mniejsze zainteresowanie lub mniejszą motywację do prawdziwego zaangażowania.

Poszukując czynników, które mogłyby wpłynąć na zwiększenie skuteczności podejmowanych w szkołach działań profilaktycznych warto zwrócić uwagę na fakt, że w ostatnich latach coraz większym zainteresowaniem w projektowaniu oddziaływań wychowawczych i interwencyjnych cieszy się podejście partycypacyjne. Partycypacja jest w ich ramach rozumiana jako interaktywność strategii stosowanych w celu wzmocnienia motywacji młodych ludzi do angażowania się w różnego typu działania społeczne i / lub edukacyjne, oznacza także dzielenie się z nimi odpowiedzialnością za podejmowanie decyzji do-

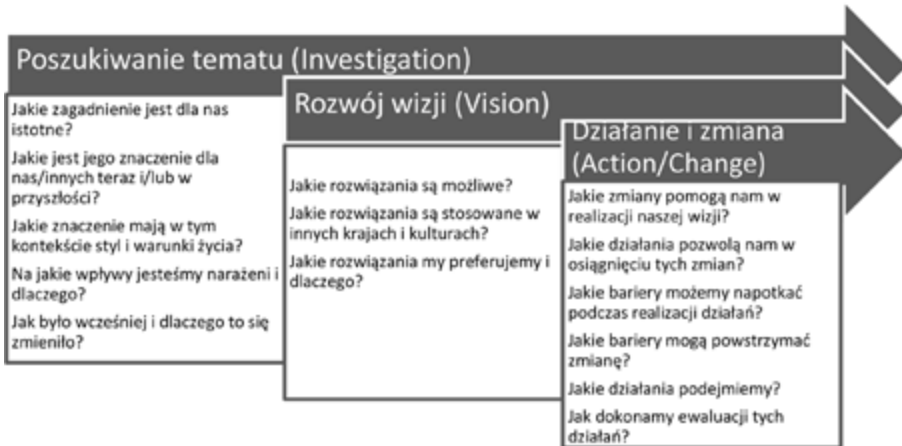
tyczących ich życia. Tego typu inicjatywy mogą być realizowane na różnych szczeblach organizacji społecznej – począwszy od szkoły czy społeczności lokalnej, poprzez działania na poziomie regionu lub kraju, skończywszy na projektach międzynarodowych (Simovska, Jensen 2009, s. 6–9; Simovska, Jensen 2003; Simovska i in. 2006; Borzucka-Sitkiewicz 2018, s. 529). Wśród zalet podejścia partycypacyjnego wymienia się (Simovska 2007, s. 864–878):

- wspieranie rozwoju tożsamości i kompetencji młodych ludzi;
- wspomaganie kształtowania poczucia własnej skuteczności, sprawstwa i upodmiotowienia;
- przyczynianie się do osiągnięcia lepszych wyników edukacyjnych;
- sprzyjanie lepszemu zdrowiu.

Z drugiej strony wskazuje się też na korzyści społeczne związane z partycypacją, która wzmacnia demokrację i kapitał społeczny, dzięki czemu przyczynia się do większej skuteczności podejmowanych inicjatyw rozwojowych i obywatelskich.

W celu skutecznego projektowania i wdrażania rozwiązań partycypacyjnych wypracowany został model IVAC (Investigation – Vision – Action – Change). Model ten jest z powodzeniem wykorzystywany w wielu międzynarodowych inicjatywach już od ponad dekady. Zakłada on realizację działań edukacyjnych i interwencyjnych w czterech kolejnych fazach (dwie ostatnie są często traktowane łącznie), zaplanowanych tak, by w jak największym stopniu aktywnie włączyć młodych ludzi do współpracy. W każdej fazie realizatorzy powinni odpowiedzieć na wiele specjalnie opracowanych pytań, które pozwolą im na przygotowanie i skuteczne wdrożenie dalszych etapów pracy (wykres 1). Model zakłada jednak pewną elastyczność – zależnie od opracowywanego zagadnienia pytania mogą być odpowiednio modyfikowane, tak aby jak najlepiej wspierać dialog między zaangażowanymi w projekt stronami. Niezwykle ważną kwestią jest bowiem uwzględnianie stanowiska młodych ludzi, dotyczącego tego, jakie działania należy podjąć i jakie zmiany są najbardziej pożądane (Simovska, Jensen 2009, s.18–19; Borzucka-Sitkiewicz 2018, s. 530).

Pytania, które obejmuje model IVAC nie powinny być traktowane jako linearny zestaw kolejnych kroków, ale raczej jako wyznaczniki procesu zakładającego swobodne poruszanie się w ramach różnych perspektyw, co pozwala na lepsze zrozumienie problemu i wspieranie gotowości do działania u uczestników. W ten sposób poszczególne elementy modelu mogą być wykorzystywane przez dorosłych pracujących z młodzieżą do planowania, realizacji i ewaluacji zadań partycypacyjnych, zmierzających do inicjowania pozytywnych zmian w jej funkcjonowaniu.



Wykres 1. Elementy modelu IVAC

Źródło: opracowanie własne na podstawie: V. Simovska, B.B. Jensen 2009, *Conceptualizing participation – the health of children and young people*, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 18.

Po raz pierwszy na szeroką skalę model IVAC został wykorzystany w projekcie „Young minds” realizowanym pod patronatem WHO w dwóch edycjach, w kilku krajach europejskich. Pierwsza edycja odbyła się w 2001 roku pod hasłem „Young minds – eksplorowanie związków pomiędzy młodzieżą, kulturą i alkoholem”, druga – została zorganizowana w 2004 roku i dotyczyła środowiska życia oraz jego znaczenia dla zdrowia. Obie edycje zakładały aktywne zaangażowanie dzieci i młodzieży w rozwiązywanie problemów zdrowotnych, a grupy robocze funkcjonujące w różnych krajach europejskich (Dania, Republika Czeska, Macedonia i Szwecja, a w drugiej edycji dodatkowo Wielka Brytania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Słowenia oraz Hiszpania), miały za zadanie wypracowanie konkretnych rozwiązań możliwych do wdrożenia przez uczestników projektu. Wypracowane rozwiązania były następnie przedstawiane przez przedstawicieli grup roboczych (uczniów i nauczycieli) na międzynarodowych konferencjach organizowanych przez WHO w Sztokholmie (19–21 lutego 2001) i Budapeszcie (23–25 czerwca 2004). Na konferencjach każdorazowo funkcjonowała też platforma internetowa, na której młodzi ludzie zachęceni byli do dyskusji na temat analizowanych kwestii. Ewaluacja przeprowadzonych w ten sposób działań wykazała, że zastosowanie podejścia partycypacyjnego motywowało uczestników do większego i bardziej skutecznego zaangażowania w proces edukacji zdrowotnej i wprowadzanie prozdrowotnych zmian w swoim środowisku (Simovska, Jensen 2009, s. 7–9).

Jako przykład wykorzystania podejścia partycypacyjnego posłużyć może również projekt „Shape up – children and adults taking action together”

zorientowany na promocję zdrowia i edukację zdrowotną dotyczącą nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży, realizowany w latach 2006–2008 w ramach środków przyznanych przez Komisję Europejską. Uczestnikami projektu były władze lokalne i szkoły z 19 krajów Unii Europejskiej – w sumie w projekcie brały udział 73 szkoły, 2300 uczniów (w wieku 4–19 lat) oraz 140 nauczycieli. Metodologia podjętych działań zakładała: 1) przyjęcie holistycznej koncepcji zdrowia uwzględniającej zarówno styl życia, jak i warunki życia, 2) rzeczywiste uczestnictwo dzieci i młodzieży, 3) wykorzystanie modelu IVAC, 4) współpracę szkoły i społeczności lokalnej, 5) współpracę międzykulturową, 6) uwzględnienie autoewaluacji i uczenia się przez doświadczenie. Wyniki projektu dowiodły, że dzieci i młodzież przy odpowiednim ukierunkowaniu są w stanie wprowadzać prozdrowotne zmiany na poziomie szkoły i najbliższej społeczności (było to osiągnięte różnymi metodami, zależnie od intencji i zastosowania 4-fazowego sposobu planowania działań przez poszczególne grupy zaangażowane w projekt). Zainicjowane w ten sposób zmiany obejmowały między innymi: konsumpcję zdrowszej żywności w szkole, wdrożenie nowych form aktywności fizycznej oraz zwiększenie zainteresowania, motywacji i kompetencji uczniów w radzeniu sobie z zagadnieniami / problemami związanymi ze zdrowiem. Nadrzędnym efektem projektu był wzrost świadomości zdrowotnej uczniów i rodziców dotyczącej znaczenia prawidłowej diety i aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia (Simovska, Jensen 2009, s. 22–23).

Podjęcie partycypacyjne może być także wykorzystywane na mniejszą skalę, o czym świadczy projekt zrealizowany w Ballerup (Dania) dotyczący tworzenia warunków do wprowadzenia zdrowych posiłków w szkole. Uczestnikami projektu byli uczniowie dwóch klas trzecich (9–10 lat) oraz jednej klasy siódmej (13–14 lat). Na początku pracy, zgodnie z pierwszą fazą modelu IVAC, uczniowie klas trzecich przeprowadzili burzę mózgów na temat możliwości promowania zdrowia w szkole, odpowiadając na ogólne pytania: Czym jest dla ciebie dobre życie?, Co to znaczy czuć się dobrze? Jak możesz sam zatroszczyć się o swoje zdrowie? Na tej podstawie zdecydowali, że chcą pracować nad zorganizowaniem miejsca, w którym dzieci i młodzież będą mogli kupić zdrowe jedzenie (szkoła nie dysponowała stołówką). W kolejnej fazie uczniowie pracowali nad swoją wizją „idealnego stoiska z jedzeniem”. Każdy z nich narysował wymyślane przez siebie miejsce, a część pomysłów została wybrana do dalszego opracowania, którego dokonano wspólnie z nauczycielem. Nadrzędna idea polegała na założeniu punktów sprzedaży żywności w różnych miejscach w szkole. Ta faza pracy była kluczowa z punktu widzenia wykształcenia u uczniów poczucia sprawstwa i odpowiedzialności za cały projekt. Na etapie działania w projekt włączyli się uczniowie klasy siódmej,

którzy po zorganizowaniu wspólnego spotkania z trzecioklasistami oraz określeniu dalszych kroków przeprowadzili ankietę wśród wszystkich 600 uczniów szkoły na temat ich opinii dotyczących zdrowego jedzenia – na tej podstawie stworzone zostało preferowane menu. Przy współpracy z nauczycielem uczestnicy opracowali przepisy na zdrowe dania i ustalili jak przygotować miejsca sprzedaży żywności, by były one atrakcyjne. Po tygodniu wspólnej pracy (obejmującym 25 godzin) uczniowie określili szczegółowy plan dotyczący zakupu produktów, przygotowania posiłków, reklamy i prowadzenia dwóch punktów sprzedaży podczas dwóch przerw każdego dnia. Po okresie pilotażowym, w którym uczestnicy przygotowywali i sprzedawali zdrową żywność, uczniowie klasy siódmej wrócili do normalnego rozkładu zajęć, a trzecioklasiści zdecydowali się kontynuować projekt z pomocą swoich rodziców. W czasie jego trwania każdy uczeń zobowiązał się do przygotowania 25 porcji żywności w domu wspólnie z rodzicami, co robili na zmiany, by dysponować odpowiednimi zapasami. Raz w tygodniu przygotowywali też ciepły posiłek w szkole wspólnie z nauczycielem. Dzięki projektowi możliwe było uzyskanie trwałej zmiany w zakresie nawyków żywieniowych uczniów, które stały się zdrowsze, co osiągnięto poprzez ich zaangażowanie i poczucie sprawstwa. Zwiększyła się też świadomość zdrowotna uczestników projektu i wzrósł ich kapitał społeczny poprzez doświadczenie wspólnej pracy (Simovska, Jensen 2009, s. 20–21).

Przywołane wyżej, sprawdzone w praktyce rozwiązania warto implementować na grunt polskiej edukacji, ponieważ często nie wymagają one znacznych nakładów finansowych, a najważniejsza jest w nich motywacja do wprowadzenia zmiany. Jednocześnie warto podkreślić, że opisane podejście partycypacyjne jest spójne z koncepcją promocji zdrowia, która kładzie nacisk na indywidualną odpowiedzialność za zdrowie i zakłada wspomaganie ludzi w dokonywaniu zmian w ich stylu życia, aby mogli zbliżyć się do optimum swojego zdrowia. Zmiany stylu życia mogą dokonywać się poprzez rozbudzenie świadomości, zmianę zachowań zdrowotnych oraz kształtowanie środowiska wspierającego działania sprzyjające zdrowiu (Woynarowska 1995, s. 16–17). Nie wszyscy jednak mają takie same możliwości osiągnięcia tej zmiany, ponieważ na styl życia, oprócz indywidualnych wyborów, wpływa także sytuacja społeczna i gospodarcza, w jakiej ludzie się rodzą i żyją. Okoliczności te zależą częściowo od czynników politycznych, kulturowych i środowiskowych, na które jednostka nie ma bezpośredniego wpływu (choć może starać się na nie aktywnie oddziaływać dzięki partycypacji). Profilaktyka chorób nowotworowych będzie zatem najskuteczniejsza wtedy, gdy polityka i działania decydentów będą pomagać w dokonywaniu zdrowych wyborów i chronić obywateli przed czynnikami rakotwórczymi (Europejski Kodeks Walki z Rakiem).

Bibliografia

- Borzucka-Sitkiewicz K., (2018), *Zachowania ryzykowne młodzieży w zmieniającej się rzeczywistości społeczno-kulturowej*, [w:] *Środowiska uczestnictwa społecznego jednostek, kategorii i grup (doświadczenia socjalizacyjne i biograficzne)*, J. Modrzewski, A. Matysiak-Błaszczyk, E. Włodarczyk (red.), Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Mazur J., (2017a), *Zdrowie publiczne i zdrowie globalne*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne – metodyka – praktyka*, B. Woynarowska (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Mazur J., (2017b), *Mierniki zdrowia*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne – metodyka – praktyka*, B. Woynarowska (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Simovska V., (2007), *The changing meanings of participation in school based health education and health promotion*, „Health Education Research”, 22:6.
- Simovska V., Jensen B.B., (2003), *Young minds.net/lessons learnt: student participation, action and cross-cultural collaboration in a virtual classroom*, Danish University of Education Press, Copenhagen.
- Simovska V. i in. (2006). *Towards a healthy and balanced growing up: children and adults taking action together*, Barcelona: P.A.U. Education.
- Simovska V., Jensen B.B., (2009), *Conceptualizing participation – the health of children and young people*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Syrek E., (2018), *Środowisko życia człowieka – niektóre zagrożenia zdrowia publicznego*, [w:] *Środowiska uczestnictwa społecznego jednostek, kategorii i grup (doświadczenia socjalizacyjne i biograficzne)*, J. Modrzewski, A. Matysiak-Błaszczyk, E. Włodarczyk (red.), Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Wojtyniak B. i in., (2018), *Długość życia i umieralność ludności Polski*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Woynarowska B. i in., (1995), *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla osób prowadzących kształcenie i doskonalenie nauczycieli oraz innych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą*, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa.
- Woynarowska B. (red.), (2017), *Zdrowie jako wartość i zasób dla jednostki oraz zasób dla społeczeństwa*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne – metodyka – praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Źródła internetowe

- Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/profilaktyka-nowotworowa/> (data pobrania: 05.03.2019).
- Europejski Kodeks Walki z Rakiem, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pl/12-sposobow/dieta>; <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pl/12-sposobow/aktywnosc-fizyczna/3675-w-jaki-sposob-aktywnosc-fizyczna-ogranicza-ryzyko-zachorowania-na-raka>; <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pl/o-raku/co-mozemy-zrobic> (data pobrania: 05.03.2019).