

***Kultura fizyczna, medycyna
i bezpieczeństwo w aspekcie zmian
kulturowych***
Wybrane zagadnienia

***Фізична культура, медицина
та безпека в аспекті культурних
ЗМІН***
Вибрані питання

Redakcja naukowa (Наукова редакція):

Dariusz W. Skalski (Даріуш В. Скальскі)

Marek Graczyk (Марек Грачик)

Oleh Rybak (Олег Рибак)

Bogdan Kindzer (Богдан Кіндзер)



**STAROPOLSKA
AKADEMIA NAUK
STOSOWANYCH
W KIELCACH**



**Kielce - Lwów 2023
Кельце- Львів 2023**



***Kultura fizyczna, medycyna i bezpieczeństwo
w aspekcie zmian kulturowych***
Wybrane zagadnienia

**Фізична культура, медицина ма безпека
в аспекті культурних змін**
Вибрані питання

Redakcja naukowa (Наукова редакція):

Dariusz W. Skalski (Даріуш В. Скальські)

Marek Graczyk (Марек Грачик)

Oleh Rybak (Олег Рибак)

Bogdan Kindzer (Богдан Кіндзер)

Kielce - Lwów 2023

Кельце - Львів 2023

**Staropolska Akademia Nauk Stosowanych w Kielcach
przy udziale: Lwowskiego Państwowego Uniwersytetu Kultury Fizycznej
im. Ivana Boberskiego w Lwowie**

**Старопольська Академія Прикладних Наук у Кельцах
за участю: Львівського державного університету фізичної культури
Івана Боберського у Львові**

**Konsultanci naukowi monografii / Наукові консультанти монографії:
prof. dr hab. Oksana Zabolotna, UPUP im. Pawła Tyczyna w Umaniu**

Recenzenci:

Natalia Pobirchenko
Dawid Czarnecki

Рецензенти:

Наталія Побірченко
Давид Чарнецькі

Sekretarze redakcji:

Marek Graczyk
Dariusz W. Skalski

Секретарі редакції:

Марек Грачик
Даріуш В. Скальські

Korekta, skład i łamanie:

Radosław Zwara
Dariusz W. Skalski

Корекція, склад та розбивка:

Радослав Звара
Даріуш В. Скальські

Projekt okładki:

Dariusz W. Skalski

Дизайн обкладинки:

Даріуш В. Скальські

**Staropolska Akademia Nauk Stosowanych w Kielcach
przy udziale: Lwowskiego Państwowego Uniwersytetu Kultury Fizycznej
Im. Ivana Boberskiego w Lwowie**

**Старопольська Академія Прикладних Наук у Кельцах
за участю: Львівського державного університету фізичної культури
Івана Боберського у Львові**

Zawartość tej monografii jest objęta Creative Commons 4.0 BY NC ND.
Niniejsza monografia została opublikowana w wersji cyfrowej na <https://zenodo.org/>

Зміст цієї монографії охоплюється Creative Commons 4.0 BY NC ND.
Ця монографія була опублікована в цифровій версії на <https://zenodo.org/>

Liczba znaków ze spacjami: 327 595
Liczba grafik: 74 x 1 000 znaków (ryczajt) = 74 000 znaków
Razem: 401 595 znaków
10,039 arkusza wydawniczego

Кількість символів з пробілами: 327 595
Кількість графіки: 74 x 1000 символів (фіксований показник) = 74 000 символів
Всього: 401 595 символів
10,039 видавничого аркуша

**Copyright © Staropolska Akademia
Nauk Stosowanych w Kielcach, Kielce 2023**

**Авторське право © Старопольська Академія
Прикладних Наук у Кельцах, Кельце 2023**

WYDAWNICTWO UCZELNIANE
Staropolska Akademia
Nauk Stosowanych w Kielcach
ul. mjr. Jana Piwnika Ponurego 49
25-666 Kielce
tel. +48 41 345 85 88
dziekanat@stans.edu.pl

ВИДАВНИЦТВО УНІВЕРСИТЕТУ
Старопольська Академія
Прикладних Наук у Кельцах
вул. майора Яна Півнмка Понурого 49
25-666 Кельце
тел. +48 41 345 85 88
dziekanat@stans.edu.pl

**przy udziale: Lwowskiego Państwowego Uniwersytetu Kultury Fizycznej
Im. Ivana Boberskiego w Lwowie**

**за участю: Львівського державного університету фізичної культури
Івана Боберського у Львові**

ISBN 978-83-63981-60-0

SPIS TREŚCI (ЗМІСТ)

OD REDAKTORÓW NAUKOWYCH / ВІД НАУКОВИХ РЕДАКТОРІВ / FROM SCIENTIFIC EDITORS

Dariusz W. Skalski, Marek Graczyk, Oleh Rybak, Bogdan Kindzer..... 9

WSTĘP / ВСТУП / ADMISSION

Dariusz Skalski, Marek Graczyk, Oleh Rybak, Bogdan Kindzer 11

Rozdział 1 (Розділ 1)

PROGRAM SENSI JUMP KIDS – JAKO PRZYKŁAD WYKORZYSTANIA MAŁEJ TRAMPOLINY TERAPEUTYCZNEJ

ПРОГРАМА SENSI JUMP KIDS – ЯК ПРИКЛАД ВИКОРИСТАННЯ МАЛОГО ЛІКУВАЛЬНОГО БАТУТА

SENSI JUMP KIDS PROGRAM – AS AN EXAMPLE OF USING A SMALL THERAPEUTIC TRAMPOLINE

Zofia Niekurzak, Karolina Zienkiewicz 13

Rozdział 2 (Розділ 2)

CHARAKTERYSTYKA NAUCZANIA W OKRESIE WCZESNOSZKOLNYM W KONTEKŚCIE KULTURY FIZYCZNEJ I EDUKACJI ZDROWOTNEJ

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ПЕРІОДУ В КОНТЕКСТІ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА ОЗДОРОВЧОГО ВИХОВАННЯ

CHARACTERISTICS OF TEACHING IN THE EARLY SCHOOL PERIOD IN THE CONTEXT OF PHYSICAL CULTURE AND HEALTH EDUCATION

Dariusz W. Skalski, Oksana Zabolotna,
Andriy Sushchenko, Damian Kowalski, Oleh Rybak..... 39

Rozdział 3 (Розділ 3)

PROBLEMATYKA RÓŻNIC KULTUROWYCH MNIEJSZOŚCI ROMSKIEJ W OCENIE PERSONELU MEDYCZNEGO

ПРОБЛЕМА КУЛЬТУРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ РОМСКОЇ МЕНШИНИ В ОЦІНЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

THE PROBLEM OF CULTURAL DIFFERENCES OF THE ROMA MINORITY IN THE ASSESSMENT OF THE MEDICAL STAFF

Ewa Zieliński, Jakub Banaszak 56

Rozdział 4 (Розділ 4)

UWARUNKOWANIA KULTUROWE OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD ROMAMI W POLSCE

КУЛЬТУРНІ УМОВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РОМІВ ПОЛЬЩІ

CULTURAL CONDITIONS OF HEALTHCARE FOR ROMA IN POLAND

Ewa Zieliński, Jakub Banaszak 74

Rozdział 5 (Розділ 5)

RYZYKOWNE ZACHOWANIA UCZNIÓW A BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE

РИЗИКОВАНА ПОВЕДІНКА УЧНІВ ТА БЕЗПЕКА ЗДОРОВ'Я

RISKY BEHAVIOR OF STUDENTS AND HEALTH SAFETY

Dariusz W. Skalski, Damian Kowalski,

Oksana Zabolotna, Paulina Kreft, Liudmyła Rybak 96

Rozdział 6 (Розділ 6)

GŁÓWNE CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

ОСНОВНИ СЕРЦЕВО-СУДИННИ ЗАХВОРЮВАННЯ

MAJOR CARDIOVASCULAR DISEASES

Karolina Brzoskowska 111

Rozdział 7 (Розділ 7)

***STRETCHING W TRENINGU ZAWODNIKÓW KADRY NARODOWEJ POLSKI
W GIMNASTYCE SPORTOWEJ MĘŻCZYŹN***

***СТРЕТЧИНГ У ПІДГОТОВКАХ ГРАВЦІВ ЗБІРНОЇ ПОЛЬЩІ З ЧОЛОВІЧОЇ
ГІМНАСТИКИ***

***STRETCHING IN THE TRAINING OF POLAND'S NATIONAL
TEAM PLAYERS IN MEN'S GYMNASTICS***

Filip Sasnal, Agnieszka Supińska-Stencel, Agnieszka Zabrocka..... 122

Rozdział 8 (Розділ 8)

DOBÓR PARAMETRÓW TRENINGOWYCH PRZEZ AMATORÓW KULTURYSTYKI

ВИБІР ПАРАМЕТРІВ ТРЕНУВАННЯ ВІД ЛЮБИТЕЛІВ КУЛЬТУРИЗМУ

SELECTION OF TRAINING PARAMETERS BY BODYBUILDING AMATEURS

Jakub Garczarek, Agnieszka Zabrocka, Agnieszka Supińska - Stencel..... 139

Rozdział 9 (Розділ 9)

ZJAWISKO DOPINGU W SPORCIE A BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE

ДОПІНГ У СПОРТИ І БЕЗПЕКА ЗДОРОВ'Я

DOPING IN SPORT AND HEALTH SAFETY

Dariusz W. Skalski, Oksana Zabolotna,
Radosław Zwara, Marek Graczyk, Bogdan Vynogradskyi 160

Rozdział 10 (Розділ 10)

***ROLA RESOCJALIZACJI W ASPEKTCIE SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ DZIECI
W WIEKU SZKOLNYM***

РОЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ В АСПЕКТІ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ШКОЛЯРІВ

***THE ROLE OF REHABILITATION IN THE ASPECT OF PHYSICAL FITNESS
OF SCHOOL CHILDREN***

Dariusz W. Skalski, Damian Kowalski,
Radosław Zwara, Marek Graczyk, Bogdan Kinzder 181

***SERDECZNIE POLECAMY / МИ ВІД ЩИРОГО СЕРЦЯ РЕКОМЕНДУЄМО ЦЕ / WE
RECOMMEND***

Dariusz W. Skalski, Marek Graczyk, Oleh Rybak, Bogdan Kinzder 196

OD REDAKTORÓW NAUKOWYCH / ВІД НАУКОВИХ РЕДАКТОРІВ / FROM SCIENTIFIC EDITORS

Szanowni Państwo,

mamy zaszczyt zaprosić Państwa do zapoznania się z treścią recenzowanej monografii pt. ***Kultura Fizyczna, medycyna i bezpieczeństwo. Wybrane zagadnienia.***

Oddajemy w Państwa ręce publikację będącą pomostem między szeroko pojętą kulturą fizyczną, medycyną i bezpieczeństwem, które stanowią kwintesencję nauk realnie oddziaływających na najistotniejsze obszary życia współczesnego człowieka, zapewniając realizację najważniejszych potrzeb każdego członka społeczeństwa. Niniejsza monografia powstała jako wspólny naukowy projekt międzyuczelniany-międzynarodowy o dużych walorach praktycznych i teoretycznych dzięki współpracy dwóch uczelni wyższych: Staropolska Akademia Nauk Stosowanych w Kielcach oraz Lwowskiego Państwowego Uniwersytetu Kultury Fizycznej w Lwowie.. Jest to publikacja potrzebna na rynku i wyczekiwana, łącząca w sobie zagadnienia będące inspiracją do dalszej działalności naukowej, jak i stanowiąca cenne źródło informacji dla wszystkich pracowników naukowych oraz studentów. Do podjęcia tej tematyki zainspirowało nas zjawisko ewolucji zagrożeń zdrowotnych dla współczesnego społeczeństwa w aspekcie zmian kulturowych. Znaczenia nabierają zagadnienia dotyczące bezpieczeństwa zdrowotnego, kulturowego, społecznego, zdrowotnego czy ekologicznego, a kwintesencją aktualnie postrzeganego bezpieczeństwa jest możliwość rozwoju osobistego każdego człowieka bez względu na pochodzenie.

Osobowość kształtuje się całe życie i stale się zmienia pod wpływem otoczenia zewnętrznego, rozwoju społecznego człowieka czy nawiązywania relacji z innymi. Zmiany osobowości mają charakter przystosowawczy, ale również kreujący własne działania i charakter samego siebie. Zmiany te rozpoczynają się wraz z chwilą narodzin dziecka. Każdy człowiek cechuje się własną, „wypracowaną” osobowością, w związku z tym najważniejszym czynnikiem przejawiającym się w jej kształtowaniu będzie tzw. „aktywność własna”. Już na etapie wczesnego dzieciństwa uczymy się otaczającego nas świata poprzez kontakt, rozwijamy swoje zainteresowania,

a co za tym idzie, kształtujemy swoje postawy obcując ze środowiskiem. Tak nabyte doświadczenia procentują w przyszłości umiejętnością nabywania odpowiednich relacji międzyludzkich, ułatwiają podejmowanie i realizację sytuacji problemowych, a także wpływają na ogólny zarys osobowości. Bardzo duży wpływ na wychowanka wywierają osoby dla niego ważne – głównie rodzice, rodzeństwo, dalsi krewni i bliscy koledzy czy koleżanki oraz wielu nauczycieli i pedagogów.

Współczesne zmiany kulturowe stwarzają nowe zagrożenia, które stają się więc bardziej realne i namacalne, dotyczą bezpośrednio człowieka – wpływają na jego stan zdrowia zarówno fizyczny i psychiczny, a zwiększająca się świadomość społeczeństwa w kwestiach poczucia bezpieczeństwa, kultury fizycznej i profilaktyki zdrowotnej zachęciła nas do poszukiwania nowych problemów badawczych. Styl życia każdego człowieka w dużym stopniu determinuje jego zdrowie i sprawność fizyczną oraz otaczające go bezpieczeństwo.

Zapraszamy Państwa do współpracy i współtworzenia kolejnych pozycji i opracowań naukowych, szczególnie w zakresie międzynarodowym.

Redaktorzy naukowci:

Dariusz Skalski, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Polska; Lwowski Państwowy Uniwersytet Kultury Fizycznej im. Iwana Boberskiego w Lwowie, Ukraina

Marek Graczyk, Staropolska Akademia Nauk Stosowanych w Kielcach, Polska; Lwowski Państwowy Uniwersytet Kultury Fizycznej im. Iwana Boberskiego w Lwowie, Ukraina

Oleh Rybak, Львівський державний університет фізичної культури ім. Івана Боберського, м. Львів, Україна

Bogdan Kindzer, Львівський державний університет фізичної культури ім. Івана Боберського, м. Львів, Україна

WSTĘP / ВСТУП / ADMISSION

Kultura fizyczna towarzyszy nam od zawsze. Jest to sport, rekreacja, rehabilitacja, a nawet turystyka. Wykonując materialne i niematerialne dobra kultury, człowiek od najwcześniejszych stadiów swego rozwoju podejmował także działania na rzecz swego ciała, jego rozwoju i doskonalenia struktury oraz poszczególnych funkcji organizmu. Nadano temu nazwę kultura fizyczna. W dzisiejszych czasach pędząc za modą na bycie aktywnym fizycznie patrzymy na korzyści sylwetkowe zapominając o jej innych funkcjach. Pomijamy fakt, że aktywność fizyczna pomoże nam długo być zdrowym, wpłynie na odporność, a patrzymy zbyt często na nią, aby tylko schudnąć przytyć lub poprawić wygląd naszej sylwetki. Poprawa cery, ciała i wyglądu jest rezultatem aktywności fizycznej, ale nie możemy zapomnieć o głównie byciu zdrowym. Kultura fizyczna ma również funkcję poprawy i leczenia wad postawy oraz rehabilitację po wypadkach i urazach i przy niepełnosprawnościach. Bycie aktywnym fizycznie zapobiega niektórym chorobom, pomoże nam w walce ze stresem oraz w terapii wielu chorób i zaburzeń. Kultura fizyczna jest to ogół wytworów o charakterze materialnym i niematerialnym w dziedzinie dbałości o ciało i fizyczne funkcjonowanie człowieka, uznawanych w niej wartości i wzorów postępowania, które zostały zobiektyzowane, przyjęte i mają być przekazywane danej społeczności. Nasze społeczeństwo coraz częściej korzysta z kultury fizycznej. Dobieramy z roku na rok coraz lepsze formy rekreacji. W dbaniu o zdrowie ważna jest nasza odporność, którą poprawiamy poprzez aktywność fizyczną. W dzisiejszych czasach występuje duży nacisk na promocje zdrowia, dbałości o siebie czy stosowania diety, ale z drugiej strony występuję szereg chorób cywilizacyjnych. Ruch wpływa na stawy i kości. Osoby, które są aktywnie fizyczne dłużej pozostaną przy zdrowiu. Badania wykazały, że przebywanie w pozycji siedzącej przez dłuższy czas wiąże się z otyłością, cukrzycą typu 2 oraz zwiększonym ryzykiem śmierci z powodu chorób serca i raka. Bardzo ważna jest świadomość społeczeństwa, aby dbać o zdrowie w codziennym życiu. Zdrowa osoba, która żyje w zgodzie ze sobą i otoczeniem, jest aktywna ruchowo, bez nałogów, życzliwa i szczęśliwa. Choroby cywilizacyjne naszych czasów są spowodowane rozwojem cywilizacji i pogonią za poprawą jakości życia i bezpieczeństwa. Nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, nadwaga i otyłość czy nowotwory. Warto dbać o zdrowie ze względu na mniejsze

ryzyko występowania chorób. Przy zaburzeniach psychicznych i nerwicach również może pomóc aktywność zdrowotna. Podczas uprawiania sportu wydzielają się endorfiny, które wywołują dobre samopoczucie. Zachętą do uprawiania sportu lepszą od ładnej sylwetki to dobry stan zdrowia i poczucie bezpieczeństwa na kolejne lata. Coraz większa część społeczeństwa zauważa, że sport to jedno z najlepszymi lekarstw. Lepsza kondycja, szybsza przemiana materii, obniżenie poziomu cukru we krwi i wzmocniony układ odpornościowy, wiele osób już dostrzegło u siebie korzyści wynikające ze zdrowego stylu życia. Uważamy, że powinniśmy zachęcać osoby z naszego otoczenia do aktywności fizycznej. Swoją rodzinę, przyjaciół, partnera czy współpracowników.

Terminu bezpieczeństwo jest bardzo różnorodny i obejmuje wiele zagadnień, min. trwałość państwa i narodu, suwerenność, jakość życia, przetrwanie, prawa człowieka, wolność, tożsamość czy rozwój, zdrowie i sprawność fizyczną. Do podstawowych atrybutów każdego państwa należy niewątpliwie jego własna, suwerenna polityka bezpieczeństwa, w tym obronna. W dobie współczesnych zagrożeń – bardziej realnych i namacalnych – niezmiernie istotne jest niezachwiane zdrowie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne, którego gwarantem jest sport i sprawność fizyczna. Niniejsza publikacja, o charakterze problemowo-sportowo-medyczny, została poświęcona bardzo istotnym obszarom szeroko rozumianej kultury fizycznej i bezpieczeństwa, będącej podwaliną do rozwoju każdego człowieka.

Autorzy rozdziałów naukowych specjalizują się w różnych obszarach i dziedzinach wiedzy, co pozwoliło im w szerokim zakresie przedstawić poruszane problemy, oczywiście jako współczesne wybrane zagadnienia. Korzystali oni z własnego doświadczenia, opierając się na przykładach zaczerpniętych z życia codziennego i zawodowego

Dziękujemy Państwu za zainteresowanie.

Redaktorzy naukowci:

Dariusz W. Skalski (Даріуш В. Скальські)

Marek Graczyk (Марек Грачик)

Oleh Rybak (Олег Рибак)

Bogdan Kindzer (Богдан Кіндзер)

**PROGRAM SENSI JUMP KIDS – JAKO PRZYKŁAD
WYKORZYSTANIA MAŁEJ TRAMPOLINY TERAPEUTYCZNEJ**

**ПРОГРАМА SENSI JUMP KIDS – ЯК ПРИКЛАД ВИКОРИСТАННЯ
МАЛОГО ЛІКУВАЛЬНОГО БАТУТА**

**SENSI JUMP KIDS PROGRAM – AS AN EXAMPLE OF USING
A SMALL THERAPEUTIC TRAMPOLINE**

Zofia Niekurzak¹, Karolina Zienkiewicz²

¹ *Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*

² *SENSIMATIC Diagnoza Terapia Szkolenia Karolina Zienkiewicz*

Słowa kluczowe: trampoliny terapeutyczne, skoki na małych trampolinach.

Ключові слова: лікувальні трампліни, стрибки на малих трамплінах.

Key words: therapeutic springboards, jumping on small springboards.

Streszczenie

Skoki są atrakcyjnym elementem zabaw i widowiska sportowego. Wywołują one emocje osób skaczących i podziw otoczenia. Zawsze są atrakcyjnym elementem zabawy, a dla większości dzieci są ulubionym ćwiczeniem. Umiejętność wykonania skoków wiąże się ze sprawnością, odwagą, opanowaniem, koordynacją i orientacją w przestrzeni.

Wykonanie skoku w sposób prawidłowy i bezpieczny wymaga rozsądku, wiedzy i samodyscypliny[16]. Skoki są obok biegów najbardziej naturalną formą ruchu człowieka niemal od urodzenia[10]. Zalety rytmicznych ćwiczeń na trampolinach porównywalne są do korzyści wynikających z uprawiania aerobiku. Podkreślić należy zwiększanie wydolności organizmu, poprawa koordynacji ruchowej, poprawa utrzymywania równowagi, modelowanie sylwetki, przyspieszanie przemiany materii, stymulowanie trawienia, pozbycie się toksyn z organizmu, spalanie kalorii, pozbycie się zbędnych kilogramów oraz stosunkowo szybka redukcja tkanki tłuszczowej. Ćwiczenia te pozytywnie wpływają na funkcjonowanie układów krążenia i oddechowego. Jest to zatem świetny trening cardio. Skoki na trampolinie angażują do pracy duże grupy mięśni – nóg, brzucha, grzbietu oraz ramion, wzmacniając je, rozciągając i uelastyczniając. Ponadto następuje poprawa samopoczucia psychicznego, redukcja stresu[17]. W przeciwieństwie do konwencjonalnych skoków na dużych trampolinach, w skokach na małych trampolinach górna część ciała jest zgięta i nieruchoma, podczas gdy tylko nogi wykonują ruchy skokowe[20].

Резюме

Стрибки – привабливий елемент ігрового та спортивного видовища. Вони викликають емоції людей, які стрибають, і захоплення навколишнього середовища. Вони завжди є привабливим елементом гри, а для більшості дітей — улюбленою справою. Здатність виконувати стрибки пов'язана з підготовленістю, сміливістю, зібраністю, координацією і орієнтацією в просторі. Виконання стрибка правильно і безпечно вимагає здорового глузду, знань і самодисципліни[16]. Стрибки, поряд з бігом, є найприроднішою формою руху людини майже від народження[10]. Переваги ритмічних вправ на батутах можна порівняти з користю аеробіки. Слід підкреслити, що він підвищує працездатність організму, покращує координацію рухів, покращує рівновагу, формує фігуру, прискорює метаболізм, стимулює травлення, виводить токсини з організму, спалює калорії, позбавляє від непотрібних кілограмів і відносно швидко зменшує підшкірний жир. Ці вправи позитивно впливають на роботу кровоносної та дихальної систем, тому є чудовим кардіотренуванням. Стрибки на батуті задіюють великі групи м'язів - ніг, живота, спини і рук, зміцнюючи, розтягуючи і роблячи їх більш гнучкими. Крім того, спостерігається поліпшення психічного самопочуття, зниження стресу[17]. На відміну від звичайних стрибків на великих трамплінах, у стрибках на малих трамплінах верхня частина тіла зігнута і нерухома, тоді як стрибкові рухи виконують лише ноги[20].

Summary

Jumping is an attractive element of games and sports spectacle. They evoke the emotions of people jumping and the admiration of the environment. They are always an attractive element of play, and for most children they are a favorite exercise. The ability to perform jumps is associated with fitness, courage, composure, coordination and orientation in space. Performing a jump correctly and safely requires common sense, knowledge and self-discipline[16]. Next to running, jumping is the most natural form of human movement almost from birth[10]. The advantages of rhythmic exercises on trampolines are comparable to the benefits of aerobics. It should be emphasized that it increases the body's efficiency, improves motor coordination, improves balance, body shaping, accelerating metabolism, stimulating digestion, getting rid of toxins from the body, burning calories, getting rid of unnecessary kilograms and relatively fast reduction of body fat. These exercises have a positive effect on the functioning of the circulatory and respiratory systems. It is therefore a great cardio workout. Jumping on a trampoline engages large muscle groups - legs, abdomen, back and arms, strengthening, stretching and making them more flexible. In addition, there is an improvement in mental well-being, reduction of stress[17]. Unlike conventional jumping on large springboards, in jumping on small springboards the upper body is bent and stationary while only the legs perform the jumping movements[20].

Wstęp

Pierwsza mała trampolina została zaprojektowana przez Eda Russella w 1938 roku, a opatentowana w 1975 roku przez Victora Greena. Szybko zyskała popularność w Stanach Zjednoczonych, a następnie w Europie. Prezydent USA Ronald Reagan w wieku 70 lat powiedział: *„Kiedy jestem na ranczo, ścinam drzewa. Ale tu, w Waszyngtonie ludzie krzywo patrzą na prezydenta, który ścina drzewa. Ze względów bezpieczeństwa musiałem zacząć ćwiczyć w pomieszczeniach zamkniętych. Mam małą trampolinę, której używam do ćwiczeń. Jeśli więc zobaczycie kogoś skaczącego w górę i w dół na drugim piętrze Białego Domu, będę to ja[23].*

W branży fitness mała trampolina odnalazła swoje miejsce w 2001 roku. Po raz pierwszy pojawiła się w Europie, w Czechach. Prekursorami zajęć grupowych skoków na małych trampolinach są Jana Svobodova i Tomas Burianek[8].

Miękka powierzchnia trampolin gwarantuje dużą amortyzację, taką, której nie dadzą żadne buty sportowe[36].

Korzystanie z trampoliny w rozsądnych dawkach przynosi wiele dobrego dla rozwoju dzieci. Lekarze i fizjoterapeuci są zgodni: „*regularne skakanie na trampolinie może przyczyniać się do szybkiego skorygowania wad postawy, a także zapobiega rozwojowi płaskostopia czy koślawości kolan*”. Trampolina jest również doskonałym narzędziem dla hiperaktywnych dzieci, gdyż daje możliwość rozładowywania energii[27].

Skakanie na trampolinie w niektórych przypadkach znajduje się na liście wskazań podczas rehabilitacji mięśni dna miednicy. Zajęcia tego typu z powodzeniem wykorzystywane są również w rehabilitacji pediatrycznej, neurologicznej, sportowej oraz geriatrycznej[25].

Głównymi zaleceniami skoków na trampolinie są: zaburzenia układu nerwowego, zaburzenia równowagi, problemy z koordynacją, problemy ze zmiennym samopoczuciem, trawieniem, niewłaściwy wygląd sylwetki dziecka, problemy z elastycznością dużych mięśni, problemy z układem krążenia, problemy w komunikacji z rówieśnikami w szkole, problemy w uczeniu się i eliminowaniu stresu, problemy ze wzrokiem, stany lękowe, problemy sensoryczne, dzieci z autyzmem i specjalnymi potrzebami, problemy z detoksykacją organizmu, brak elastyczności stóp i stawów skokowych, brak pewności siebie, zaniżona samoocena, problemy z układem odpornościowym, problemy z układem mięśniowo-szkieletowym, niski poziom energii (zalecenia zostały zebrane na podstawie własnego doświadczenia, analizy piśmiennictwa i źródeł internetowych).

Wychodząc naprzeciw powyższym zaleceniom powstał autorski projekt terapii na małej trampolinie terapeutycznej o nazwie Sensi Jump Kids.

Trampolina terapeutyczna Sensi Jump Kids zaprojektowana przez autorki artykułu w odróżnieniu od innych trampolin jest o wiele mniejsza, posiada niewielką powierzchnię do skakania przez co wymusza na użytkowniku utrzymanie właściwej pozycji niezbędnej podczas terapii na niej. Dodatkowym elementem dołączonym do terapii na trampolinie jest zastosowanie autorskiego dźwięku tzw. metronom oraz autorskiej muzyki relaksacyjnej.

Celem projektu jest regulacja układu nerwowego (poprzez wywołanie procesu pobudzenia – hamowania) oraz stymulowanie równowagi (z zastosowaniem

dźwięku metronomu) poprzez skakanie na trampolinie według określonych sekwencji: wolno, szybko.

Autorki projektu postawiły następujące hipotezy:

1. Powtarzalne skakanie na trampolinie terapeutycznej jednorazowo łącznie 5 minut według określonej sekwencji: 1 minuta wolno, 1 minuta szybko (przy zachowaniu odpowiedniej pracy oddechu) z zastosowaniem dźwięku metronomu (1-2 minut) i muzyki relaksacyjnej (3 minuty) po zakończonych skokach pozytywnie wpływa na regulację układu nerwowego (Schemat 1).
2. Powtarzalne skakanie na trampolinie terapeutycznej jednorazowo 2,5 minuty w słuchawkach z dźwiękiem metronomu według określonej sekwencji: zamiennie 30 sekund wolno, 30 sekund szybko (przy zachowaniu odpowiedniej pracy oddechu) pozytywnie wpływa na stymulowanie równowagi (Schemat 2).
3. Kilkukrotne skakanie na trampolinie w ciągu dnia stosując zamiennie sekwencję 5 minutową i 2,5 minutową pozytywnie wpływa na regulację układu nerwowego i stymulowanie równowagi.

Charakterystyka Programu Sensi JumpKids

Program Sensi Jump Kids to autorski projekt terapii na małej trampolinie terapeutycznej przeznaczony dla dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi. Założeniem programu jest skupienie się na zdrowiu i prawidłowym rozwoju dziecka ze szczególnym zwróceniem uwagi na regulację układu nerwowego, stymulowanie równowagi i koordynacji ruchowej, rozładowanie napięcia nerwowego, pozbycie się stresu, zwiększenie pewności siebie oraz poczucia własnej wartości, poprawę postawy, poprawę uczenia się.

Program Sensi Jump Kids to nie tylko doskonała zabawa, ale także pełnowartościowa terapia, która wzmacnia mięśnie dziecka, korzystnie wpływa na rozwój cech motorycznych oraz zmniejsza nieprawidłowości w układzie ruchów dziecka. Poprzez skoki bez butów (w skarpetkach antypoślizgowych) na niestabilnym podłożu wzmacniają się wszystkie mięśnie kończyn dolnych, a w szczególności stóp co zapobiega powstawaniu płaskostopia. Poprawia się koordynacja i mobilność całego ciała. Terapia na trampolinie terapeutycznej Sensi Jump Kids znacznie mniej obciąża stawy skokowe i kręgosłup w porównaniu np. do biegania – jest zatem bezpieczna i zdrowa dla dzieci.

Dewizą Programu Sensi Jump Kids jest:

- holistyczne podejście do dziecka podczas terapii na trampolinie Sensi Jump Kids,
- terapia bez obuwia (w skarpetkach antypoślizgowych lub bosy),
- zastosowanie charakterystycznych dźwięków (metronom) oraz autorskiej muzyki relaksacyjnej poprzez słuchawki bezprzewodowe.

Holistyczne podejście oznacza spojrzenie na dziecko całościowo, biorąc pod uwagę całość jego stanu zdrowia fizycznego, jak i kondycję oraz samopoczucie psychiczne. Spojrzenie holistyczne na zdrowie człowieka to traktowanie człowieka jako integralną całość, a nie jedynie wycinek wymagający szczególnej uwagi. Całościowe ujęcie zdrowia człowieka zakłada także, że sfera fizyczna bezpośrednio oddziałuje na sferę psychiczną i odwrotnie[34].

Trening bez obuwia. Człowiek urodził się bez obuwia i jest stworzony do funkcjonowania bosy. Trenerzy jak i fizjoterapeuci potwierdzają, że ćwiczenia bosy są najefektywniejsze. Ich zalety to: praca nad równowagą, utrzymanie prawidłowej postawy, napięcie oraz wzmacnianie mięśni, uelastycznianie stóp i stawów skokowych, zmniejszanie ryzyka kontuzji[8]. Wyniki badań przeprowadzonych na Uniwersytecie w Harvardzie wskazują, że uprawianie sportu bez obuwia jest o 5% efektywniejsze niż trening w butach. Obecnie na świecie obowiązuje trend powrotu do natury, co za tym idzie coraz więcej chętnych osób uprawia sport bosy. Warto zwrócić uwagę na mieszkańców Afryki, którzy często żyją bez butów (polują, biegają) i nie ulegają kontuzjom. Dodatkowo mają lepszą odporność i budowę ciała[8].

Zalety zastosowania charakterystycznej muzyki: szybkie wyciszenie organizmu; uspokojenie myśli; osiągnięcie wewnętrznego spokoju; zmniejszenie poziomu stresu, zwiększenie poczucia relaksu; poprawa pamięci i koncentracji; redukcja postrzegania bólu; poprawa funkcjonowania mózgu; korzystny wpływ dla serca[22 i 28].

Michael Thaut[15] uważany w USA za twórcę muzykoterapii neurologicznej zidentyfikował jeden z kilku mechanizmów działania muzyki polegający na stymulacji rytmicznej i synchronizowaniu z rytmów biologicznych z muzycznymi. *„Poprzez mechanizm dostrojenia rytm reguluje funkcje fizjologiczne i behawioralne. Stymulacja rytmiczna ma wpływ na proces koordynacji i organizacji czasowej*

materiału zmysłowego, zwłaszcza w zakresie kontroli motorycznej i mowy”(..). Dostrojenie słuchowe dotyczy także nastroju, który natychmiast dopasowuje się do klimatu emocjonalnego muzyki (E. Galińska, Znaczenie muzykoterapii w rehabilitacji neurologicznej, Psychiatria Polska 2015, 49-4).

Połączenie stymulacji ruchowej angażującej układ równowagi, z rytmicznymi elementami muzycznymi oraz muzyką relaksacyjną oparta na archaicznych rytmach (pentatonika)[26] jest nowym kierunkiem w interdyscyplinarnym i holistycznym podejściu do terapii funkcji słuchowych, motorycznych i emocji. W programie Sensi Jump Kids, wykorzystywane są elementy rytmiczne dostarczające wrażeń rytmicznych w całym zakresie słyszenia: od częstotliwości niskich, aż do wysokich częstotliwości (od 0,5 kHz do 10 kHz). Metronomy są zróżnicowane częstotliwościowo, tak by każdy uczestnik programu Sensi Jump Kids, mógł wybrać sobie wg subiektywnej oceny sygnał komfortowy w danym momencie. Muzyka relaksacyjna jest komponowana w oparciu o zróżnicowane instrumenty, co daje możliwość wywoływania pożądanego efektu relaksu i obniżenia pobudzenia.

Przeciwwskazaniami do skoków na trampolinie są: choroby: (układu oddechowego: astma; układu kostno-stawowego np. osteoporoza, koślawość stóp, zapalenia stawu kolanowego i skokowego, posiadanie endoprotezy; kręgosłupa: przebyte operacje kręgosłupa, dyskopatia kręgosłupa; stawów (mimo, że trampolina amortyzuje stawy i sprawia, że kontakt z podłożem nie jest nagły i intensywny to jednak osoby, które już chorują na stawy i mają z nimi problemy niestety nie mogą skakać na trampolinie); duże wady wzroku; duże postawy; duża otyłość (powyżej 130 kg, która często ciągnie za sobą powikłania chorobowe); ciąża i okres połogu; epilepsja; nadciśnienie tętnicze; ogólny zły stan zdrowia; rak piersi; rozrusznik serca; wszczepione implanty w okolicach stawów biodrowych, w okolicach dolnych części ciała; wszystkie świeże urazy stawu skokowego, kolanowego (przeciwwskazania zostały zebrane na podstawie własnego doświadczenia, analizy piśmiennictwa i źródeł internetowych).

Dzieci poniżej sześciu lat nie powinny skakać na trampolinie (mowa o dużych trampolinach w parkach rozrywki). Podczas skoków występuje duży nacisk na kości, które u małych dzieci są jeszcze zbyt słabe i mogą się łatwo złamać (Informacja dotyczy skoków na dużych trampolinach np. w parkach rozrywki lub trampolinach ogrodowych, gdzie dochodzi często do urazów. Najczęstsze urazy: *"Są rodzaje urazów, z którymi jako lekarze stykamy się w przypadku wypadków*

samochodowych. Wypadek w parku trampolinowym może skończyć się jak zderzenie przy prędkości 150 kilometrów na godzinę lub jak po upadku z motocykla, gdy pacjent leci 30 metrów!" - skomentował dr Cook. "To jak uderzenie młotkiem! Z taką siłą trampolina wybiła chłopca w górę" - tłumaczy naukowiec. To, z jaką siłą wybija nas trampolina, zależy od naszej wagi – jeśli skaczymy sami, siła odbicia jest adekwatna i bezpieczna).

Zalety terapii na małej trampolinie terapeutycznej Sensi Jump Kids

Ćwiczenia na trampolinie spełniają 4 podstawowe zasady efektywnych ćwiczeń: wzmacniają, czynią ciało bardziej elastycznym i zwinnym, dotleniają, zwiększają wytrzymałość[29].

Do zalet skoków na małej trampolinie terapeutycznej Sensi Jump Kids należą: aktywacja układu przedsionkowego; poprawa: samopoczucia, trawienia, równowagi i koordynacji, wyglądu sylwetki dziecka; modelowanie i wzmacnianie ciała, rozwój dużych mięśni, rozwój układu krążenia. Ponadto skoki na małej trampolinie pomagają: radzić sobie w szkole; w uczeniu się i obniżeniu stresu; w stanach lękowych, problemach sensorycznych, autyzmie i specjalnych potrzebach; pomagają organizmowi w detoksykacji; w problemach górnego odcinka przewodu pokarmowego. Ponadto wzmacniają: kości i stawy; mięśnie oczu dla lepszego wzroku; pewność siebie, samoocenę (otwartość społeczna); wzmacniają układ odpornościowy, układ mięśniowo-szkieletowy; zwiększają poziom energii[aneks-9].

Inne zalety skoków na trampolinie to: dotlenienie skóry i organizmu; spowolnienie procesów starzenia skóry; szybkie osiągnięcie świetnej formy fizycznej; zmniejszenie bólów kości i stawów; zmniejszenie siły i częstotliwość bólów głowy[29].

Postawa i technika skoków na trampolinie terapeutycznej Sensi Jump Kids

Postawa ciała to indywidualnie ukształtowanie ciała każdego człowieka i położenie poszczególnych odcinków tułowia oraz kończyn dolnych w pozycji stojącej. Postawa jest nawykiem ruchowym, można ją korygować poprzez napięcie odpowiednich grup mięśniowych. Postawę ciała po raz pierwszy można ocenić kiedy dziecko

zaczyna wstawać, chodzić, przybierać pionową postawę. Kolejne zmiany są bezpośrednio związane z kształtowaniem umiejętności w pozycji stojącej[9].

Przy treningu na trampolinach warto zwrócić uwagę na prawidłową postawę ciała dziecka. Trening ten może mieć wpływ na ukształtowanie u dzieci nawyków odpowiedniej stabilizacji czy ruchów ciała[9].

Prawidłowa postawa ciała podczas skoków na trampolinie:

- Głowa prosto w przedłużeniu kręgosłupa (broda lekko cofnięta).
- Lekkie pochylenie do przodu.
- Kolana aktywne (nogi lekko ugięte w kolanach).
- Łopatki w naturalnej pozycji.
- Napięte mięśnie brzucha, pośladków i pleców – stabilizacja pozycji.
- Neutralny odcinek lędźwiowy.
- Nogi w rozkroku (nie bardziej niż na szerokość bioder).
- Palce stóp opierają się swobodnie na macie trampoliny.
- Ramiona swobodnie opuszczone w dół.
- Ramiona szeroko (końce obojczyka oddalają się jeden od drugiego).
- Stopy na szerokość bioder, czyli rozstawione mniej więcej na odstęp dłoni.
- Zewnętrzne krawędzie stóp nieco bardziej obciążone niż wewnętrzne.
- Skupienie uwagi na oddechu.

Powyższe zestawienie pozwala na wypracowanie techniki podczas treningu i prowadzi do utrzymania prawidłowej postawy ciała. Należy o tym przypominać na każdych zajęciach i korygować pozycję aby nie wyrobić złych nawyków i zapobiegać ewentualnym kontuzjom.

Najczęściej popełniane błędy podczas skoków na trampolinie (dotyczy osób początkujących, które nie zostały poinformowane i dobrze pokierowane przez instruktora):

- Nieprawidłowa technika skakania – zła postawa podczas skoków (sposób w jaki porusza się cały nasz tułów). Zasada jest taka, że nie skacze głowa. Skaczemy od pasa w dół (czyli na trampolinie skaczą tylko nogi).
- Kolana powinny być zawsze ugięte, nigdy nie skaczemy na prostych nogach. Kolana to nasze amortyzatory podczas skakania i one między innymi sprawiają, że nasze organy wewnętrzne nie cierpią podczas skakania.

- Rotacja kolan: rotacje, skoki szpagatowe, wielokrotne wybicia na pojedynczej nodze są niedozwolone, ponieważ skoki takie są kontuzjogenne, nie tylko w odniesieniu do stawów kolanowych, ale również kostek, stóp, pleców, miednicy oraz kręgosłupa.
- Brak wzmacniania mięśni w tym mięśni głębokich. Mięśnie głębokie, to mięśnie o których często zapominamy. To te mięśnie, które trzymają nasze organy wewnętrzne na miejscu i które powinny być wzmacniane (Szczególnie odnosi się to do kobiet, bo to one najczęściej ćwiczą na trampolinach. Pojawiają się historie i legendy, że trampoliny powodują nietrzymanie moczu i wypadanie macicy. To nie trampoliny powodują nietrzymanie moczu tylko nieprawidłowa technika wykonywanych ćwiczeń, nieprawidłowa technika skakania, słabe mięśnie co za tym idzie słabe włókna kolagenowe, które z wiekiem tracą swoją jędrność. Gdy mówi się o niebezpieczeństwie dla mięśni dna miednicy, nie wspomina się o głównych przyczynach opadania tych narządów, gdzie ich etiologia znajdują się znacznie głębiej, mogą być to uwarunkowania genetyczne narządów rodnych, porody naturalne i okres połogu, praca fizyczna- podnoszenie ciężarów, jak również naturalne starzenie się narządów z wiekiem kobiety, gdzie siłą rzeczy aparat więzadłowy nie już taki sam, a nie trzymanie moczu zdaje się dotyczyć każdą starszą Panią i nie tylko).
- Rozkojarzenie, zbytnie rozluźnienie,
- Głośna muzyka.
- Nadmierne przodopochylenie lub tyłopochylenie miednicy (nieprawidłowe ułożenie miednicy a co za tym idzie nieprawidłowe ułożenie dolnej części kręgosłupa).

Należy pamiętać, że ćwiczenia na trampolinie muszą być obowiązkowo poprzedzone rozgrzewką z rozciąganiem.

Regulamin bezpiecznego treningu na trampolinie terapeutycznej Sensi Jump Kids:

- Korzystanie z trampoliny wyłącznie na bosą lub w skarpetkach antypoślizgowych.
- Podczas skoków na trampolinie nie wolno mieć okularów.
- Przed wejściem na trampolinę należy pozbyć się wszelkich niebezpiecznych przedmiotów (biżuterii, kolczyków, itp.).

- Korzystanie z trampoliny jest możliwe tylko przez jedną osobę w danym czasie.
- Nie wolno wskakiwać i zeskakiwać z trampoliny na podłogę.
- Nie wolno wnosić żadnych posiłków i napoi na trampolinę (grozi to zadławieniem).
- Nie wolno wykonywać niekontrolowanych, niebezpiecznych skoków.
- Podczas skoków na trampolinie nie mogą znajdować się na niej żadne przedmioty (mogą one przyczynić się do skręcenia stóp lub złamań kończyn).
- Nie wolno skakać z pełnym żołądkiem. Należy odczekać minimum 2 godziny od posiłku.
- Nie wolno skakać na prostych kolanach, należy zawsze je uginać podczas skoków.
- Nie wolno szarpać, ciągnąć, pchać baru (poręczy). Bar używamy jedynie w celach zapewnienia bezpieczeństwa i komfortu poszczególnych ćwiczeń lub podczas ćwiczeń równoważnych.

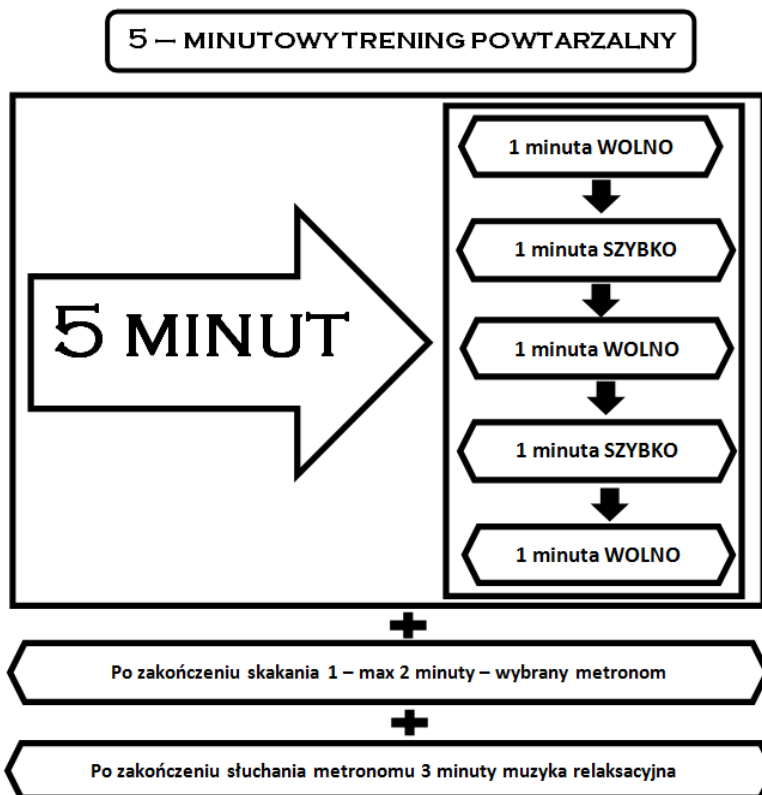
Struktura terapii na małej Trampolinie terapeutycznej Sensi Jump Kids

Terapię na małej trampolinie terapeutycznej Sensi Jump Kids dzielimy na dwie sekwencje mające na celu:

- **Regulację układu nerwowego** (Schemat 1). Powtarzalne skakanie na trampolinie terapeutycznej jednorazowo 5 minut według określonej kolejności: 1 minuta wolno, 1 minuta szybko (przy zachowaniu odpowiedniej pracy oddechu) z zastosowaniem:
 - dźwięku metronomu (1-2 minut) oraz
 - muzyki relaksacyjnej (3 minuty) po zakończonych skokach.
- **Stymulowanie równowagi** (Schemat 2). Powtarzalne skakanie na trampolinie terapeutycznej jednorazowo 2,5 minuty w słuchawkach z dźwiękiem metronomu według określonej kolejności: 30 sekund wolno, 30 sekund szybko (przy zachowaniu odpowiedniej pracy oddechu).

W celu uzyskania pożądanego efektu sugeruje się skakanie 2 - 3 razy dziennie (maksymalny łączny czas skakania w ciągu dnia nie powinien przekroczyć 1 godziny) wykorzystując sekwencję odpowiednią do potrzeb lub indywidualnych wskazań terapeutycznych. Wskazane zastosowanie sekwencji 5 minutowej

z metronomem i muzyką jako formuła relaksacyjna, wyciszająca, obniżająca pobudzenie układu nerwowego w przypadku zdarzenia, doświadczenia stresowego. Odstępy pomiędzy pojedynczymi treningami powinny wynosić minimum 1 godzinę. 2, 5 minutowa sekwencja skoków będzie idealnym treningiem wspierającym proces terapeutyczny oraz uczenie się.



Rycina 1. Regulacja układu nerwowego: proces pobudzenie-hamowanie

Źródło: opracowanie własne

Regulacja układu nerwowego

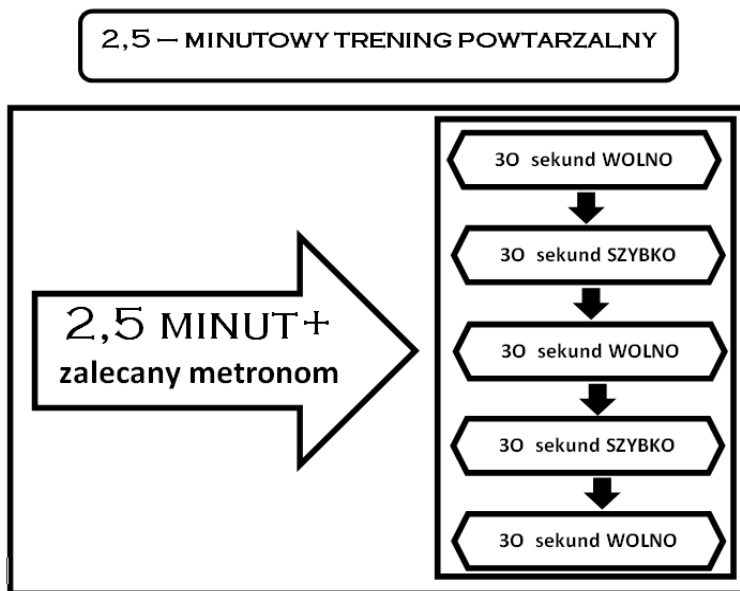
Układ nerwowy zawiaduje tysiącami funkcji i procesów w jednym czasie. Jednym z kluczowych procesów wpływających na realizację funkcji poznawczych oraz regulację emocjonalną, jest równowaga między pobudzeniem układu współczulnego i przywspółczulnego. Współczulny układ nerwowy składa się z sieci

włókien nerwowych, które w sytuacji stresowej przygotowują ciało do ucieczki albo walki. Proces ten wpływa na stan fizjologiczny, powodując przyśpieszenia akcji serca, oddechu, poszerzenie źrenic, zwiększenie dostaw tlenu do mięśni. Procesem przeciwnym jest aktywacja przywspółczulnej części układu nerwowego[6].

Badania związane z regulacją układu nerwowego oparte na teorii poliwalnej prof. S.W. Porgesa[12] wprowadza neurofizjologiczny model bezpieczeństwa i poczucia zaufania. „(..) *W modelu tym podkreśla się, że bezpieczeństwo jest definiowane przez poczucie bezpieczeństwa, a nie przez brak zagrożenia. Poczucie bezpieczeństwa jest uwarunkowane trzema czynnikami: 1) autonomiczny układ nerwowy nie może znajdować się w stanie aktywującym reakcje obronne; 2) musi zostać aktywowany układ zaangażowania społecznego, by obniżyć aktywację współczulną i utrzymać aktywność współczulnego układu nerwowego oraz układu błędnego brzuszno na optymalnym poziomie (homeostaza) podtrzymującym proces zdrowienia, rozwój i regenerację; 3) neurocepcja (Termin sformułowany przez S. W. Porgesa: Neurocepcja to ocena stanu zagrożenia organizmu dokonywana przez układ nerwowy bez udziału świadomości. W czasie tego automatycznego procesu obszary mózgu oceniają sygnały dotyczące bezpieczeństwa, niebezpieczeństwa i zagrożenia życia. Po wykryciu takich sygnałów na drodze neurocepcji organizm automatycznie dopasowuje do nich swój stan fizjologiczny, by zoptymalizować szanse przetrwania) musi wykryć wskaźniki bezpieczeństwa (właściwa prozodia mowy, pozytywne gesty i mimika twarzy). W codziennych sytuacjach wskaźniki bezpieczeństwa mogą zainicjować sekwencję powyższych czynników, uruchamiając dzięki neurocepcji układ zaangażowania społecznego, co podtrzyma pobudzenie autonomiczne w przedziale homeostazy, powstrzymując reakcje obronne autonomicznego układu nerwowego[13].*

Mając na uwadze holistyczne podejście terapeutyczne, wskazane jest uwzględnianie w procesie terapii, wielu wpływających na siebie czynników oraz wielu zależnych od siebie procesów. Zgodnie z paradygmatem teorii poliwalnej, regulacja układu nerwowego jest niezbędna dla prawidłowego funkcjonowania procesów poznawczych oraz zachowania zdrowia. Uwzględniając całościowe założenia procesu terapeutycznego Sensi Jump Kids, efekty terapeutyczne będą obserwowane w zakresie realizacji funkcji słuchowych, motorycznych, poznawczych, emocjonalnych oraz regulacji układu nerwowego. Polisensoryczna stymulacja Sensi Jump Kids, jest nowoczesną, opartą na wiedzy

naukowej, holistyczną metodą, wskazującą nowy kierunek w procesie stymulacji, rozwoju dziecka oraz troski o jego dobrostan emocjonalny. Niewątpliwą zaletą programu Sensi Jump Kids jest możliwość zastosowania go w warunkach domowych, szkolnych, klubach sportowych, ośrodkach resocjalizacji, w pracy indywidualnej i terapeutycznej.



Rycina 2. Stymulowanie równowagi. Skakanie z metronomem

Źródło: opracowanie własne

Stymulacja równowagi

Aktywność ruchowa, która powoduje interakcję z siłami grawitacji, uaktywnia receptory zmysłowe w układzie równowagi. Układ ten reaguje poprzez receptory z narządu przedsionkowego, proprioreceptory oraz narząd wzroku. Zebrane informacje są przetwarzane i modulowane przez ośrodkowy układ nerwowy. „Następnie impulsy nerwowe docierają do narządów efektorowych tzn. mięśnie tułowia i kończyn oraz gałki oczne wywołują odruchowe reakcje koordynujące postawę ciała”[7]. „Układ przedsionkowy składa się z dwóch grup wyspecjalizowanych receptorów czuciowych: trzech kanałów półkolistych wypełnionych płynem: bocznego (poziomego) tylnego i górnego, z których każdy

rozszerza się u końca tworząc tzw. bańkę zawierającą narząd osklepkowy; woreczka i łagiewki zawierających narządy otolitowe”[7]. W strukturach tych znajdują się komórki włoskowate. Każda zmiana pozycji ciała, wprawienia ciała w ruch, a przede wszystkim pozycji głowy, wprawia w ruch płyn znajdujących w się w obu strukturach. Płyn pobudza komórki włoskowate. W wyniku pobudzenia impulsy nerwowe trafiają do mózgu, gdzie analizowane są informacje o kierunku ruchu, położeniu ciała, zakresie ruchu, aktywności mięśniowej. *„Sygnały z układu przedsionkowego są przekazywane nerwem przedsionkowym do mózdzku”*[6]. Układ przedsionkowy łączy się z autonomicznym układem nerwowym, układem wzrokowym, cyklem snu i czuwania oraz możliwością oceny wielkości i ciężaru ciała. Objawami wskazującymi na zaburzenia lub nieprawidłowości w pracy układu przedsionkowego są m.in.: trudności z równowagą, niskie lub obniżone napięcie mięśniowe, niechęć do otwartych przestrzeni, lęk wysokości, choroba lokomocyjna, słaba orientacja w terenie, niezdarność ruchowa, kołysanie się, kręcenie się, także niechęć do tego rodzaju aktywności, trudności z wyobrażaniem sobie obiektów w przestrzeni i myśleniem przestrzennym[6].

Stymulacja układu równowagi, będzie zatem korzystnie wpływała na wskazane powyżej trudności. Rezultatem stymulacją układu równowagi będzie usprawnianie funkcjonowania układu nerwowego, przynosząc szereg korzyści oraz wpływając na wielowymiarową poprawę funkcjonowania dziecka.

Dyskusja

Według badań NASA z 1979r., skoki na trampolinie są *„najbardziej wydajnym i najskuteczniejszym ćwiczeniem, jakie kiedykolwiek opracowano”* dla ludzkości. Na podstawie ich badań opublikowanych w Journal of Applied Physiology, ćwiczenia z odbiciem na trampolinie są o 68% bardziej wydajne niż jogging i bezpieczniejsze[3]. Skoki na trampolinie oddziałują na każdą część ciała zwiększając liczbę i szybkość spalania kalorii. Badanie NASA wykazało, że osoba spędzająca godzinę na odbijaniu spala więcej kalorii niż ta osoba, która biegaby przez godzinę[33]. Badanie przeprowadzone w 1980 roku przez NASA wykazało, że obciążenie, jakie wywołuje skakanie na trampolinie jest takie samo zarówno na kostkach, plecach oraz czole, gdzie było mierzone (i znacznie poniżej progu, w którym kości mogą ulec uszkodzeniu), a w trakcie biegania kostki są obciążone prawie dwa razy bardziej od reszty ciała[23].

Z dotychczasowych badań na trampolinie wynika, że obciążenie biomechaniczne podczas skakania na trampolinie jest mniejsze niż podczas biegania przy tym samym tętnie[3]. McGlone i in. stwierdzili, że skakanie na małej trampolinie z porównywalnym odczuwanym wysiłkiem jak podczas biegania skutkowało podobnym obciążeniem krążeniowo-oddechowym dla obu czynności[11]. Zmierzone tętno, maksymalne spożycie tlenu (VO₂max) i wydatek energetyczny (9,45 ± 1,75 kcal / min) były analogiczne. Burandt i in. również stwierdził podobnie wysokie wartości wydatków na energię[5]. Sahin i in. wykazali, że regularny trening aerobowy na małej trampolinie był bardziej skuteczny w poprawie VO₂max niż jogging. Jednak tętno zarejestrowane podczas treningu na małej trampolinie było o 15% wyższe niż podczas biegania[14].

W porównaniu z grupą biegającą i grupą kontrolną, skoki na trampolinie spowodowały znaczną redukcję tkanki tłuszczowej[1]. Według Rubina i Bulwera, ekspertów od odchudzania i autorów Perfect Weight America: *„Skakanie na trampolinie jest jednym z najlepszych i najbardziej kompletnych ćwiczeń beztlenowych, jakie możesz wykonać, ponieważ skakanie wzmacnia mięśnie, ścięgna i więzadła - i wymaga dużej energii”*[38].

Badanie NASA z 1980r., wykazało, że skakanie na trampolinie było najlepszym ćwiczeniem, aby odbudować utraconą tkankę kostną astronautów, których ciągły stan nieważkości spowodował utratę do 15% masy kostnej w ciągu zaledwie 2 tygodni przebywania w przestrzeni kosmicznej[31]. Zwiększona siła grawitacji działająca na kości wzmacnia je przy mniejszym ryzyku kontuzji niż inne formy ćwiczeń. Skuteczność trampolin we wzmacnianiu gęstości kości może również pomóc w zapobieganiu osteoporozie, a nawet odwrócić uszkodzenia (zwłaszcza wśród kobiet)[33]. Bruce Fife, autor Rebound to Better Health, także twierdzi, że ćwiczenia takie jak odbijanie na trampolinie, pomagają chronić przed osteoporozą w późniejszym życiu - stan ten rośnie w Ameryce[38].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca 75 minut forsownej aktywności fizycznej tygodniowo osobom w wieku 18-65 lat, aby zapobiec cukrzycy, rakowi i chorobom układu krążenia. Za wysiłek uważa się aktywność fizyczną na poziomie > 6 MET (1 MET = 1 kcal / kg / h)[19]. Uczestnicy w grupie badawczej osiągnęli średnio 8,9 MET (6,6-11,1 MET). To pokazuje, że regularny trening skoków z trampoliną, z wykorzystaniem muzyki do kontrolowania rytmu i częstotliwości

ruchu, może być wdrożony jako alternatywa dla innych ćwiczeń, aby spełnić zalecenia WHO[18].

Aragão i in. poinformowali, że 14 tygodni treningu na trampolinie zwiększyło zdolność osób starszych do odzyskania równowagi podczas upadku[2]. Badania przeprowadzone przez University of Northern Parana oraz według nowojorskiego Hospital for Special Surgery potwierdzają, że ćwiczenia na małych trampolinach są odpowiednie dla osób starszych, mających problemy z równowagą[23]. Miękką powierzchnia stawia spore wyzwania i wymaga napracowania się, żeby się na niej nie przewrócić. W ten sposób ćwiczy się propriocepcję (czucie głębokie), czyli zmysł orientacji ułożenia części ciała, i odbieranie bodźców wewnętrznych. Dobrze wyszkolone umiejętności propriocepcji chronią sportowców przed kontuzjami, a osoby starsze przed upadkami. Podczas skakania pracują mięśnie głębokie, stabilizacyjne, które odpowiadają za naszą postawę i których nie używamy na co dzień, czyli ich nie wzmacniamy. Żeby pracowały, musimy je świadomie napinać, co jest trudne. Skok zmusza do wykonania szybkiego ruchu, który sprawia, że te mięśnie pracują mimowolnie[36].

Siedem lat badań dowiodło, że osoby w wieku od 55 do 69 lat, które ćwiczyły na trampolinie 4 razy w tygodniu zmniejszyły ryzyko przedwczesnej śmierci o 30%. Spadek śmiertelności, choć znacznie mniejszy, zauważono także wśród osób, które ćwiczyły tylko raz w tygodniu[29]. Inne badanie przeprowadzone przez greckich naukowców na dzieciach, mających problemy z poruszaniem się (dyspraksja) wykazują pozytywny wpływ ćwiczeń na małej trampolinie, polegający na zwiększaniu ich możliwości ruchowych[23].

W swojej książce *A Simple Approach to Cancer* autorka Linda Brooks napisała, że odbijanie pomaga w zmniejszaniu guzów nowotworowych ze względu na jego działanie odtruwające i wzmacniające odporność[4].

Ćwiczenia z trampoliną wywołują znaczną intensywność tlenową i wydatek energetyczny, a zatem mogą być uważane za alternatywę dla innych rodzajów ćwiczeń wykorzystywanych w celach profilaktycznych. Konieczne są dalsze badania, aby ocenić potencjał programów ćwiczeń na małych trampolinach dla określonych grup docelowych[18].

Niniejszy projekt stanowi podstawę do dalszych badań naukowych o charakterze rozszerzonym.

Zalety skoków na małej trampolinie terapeutycznej Sensi Jump Kids

1. **Aktywacja układu przedsionkowego.** Układ przedsionkowy jest fizycznie zlokalizowany w uchu wewnętrznym i jest odpowiedzialny za orientację przestrzenną i świadomość. Działa poprzez zbieranie informacji i interpretację danych wejściowych wszystkich innych zmysłów w celu koordynowania ruchu, zapewnienia równowagi i umożliwiania świadomości przestrzennej. Wpływa bezpośrednio lub pośrednio na prawie wszystko, co robimy. Kiedy układ przedsionkowy jest aktywowany lub stymulowany przez takie ruchy, jak podskakiwanie lub kołysanie, mózg staje się aktywny, interpretując dane i przekazując informacje zwrotne na temat relacji ciała z samym sobą. Nasz system przedsionkowy pozwala nam być świadomym tego, gdzie jesteśmy w przestrzeni i w stosunku do własnego ciała. Dlatego kołysanie i odbijanie pomaga dzieciom w rozwoju, stąd ważne jest, aby zachęcać je do skakania. Odbijanie się na trampolinie stymuluje układ przedsionkowy i może pomóc w wyostrzeniu mózgu i zmysłów[35].
2. **Poprawa samopoczucia.** Skakanie na trampolinie reguluje nastrój, promuje optymizm, zapewnia jasność umysłu, dzięki czemu można lepiej się skoncentrować i zachować więcej informacji, aby zachować wysoką efektywność w pracy. Skakanie na trampolinie: wyzwala uwalnianie endorfin, hormonu „dobrego samopoczucia”, które poprawiają nastrój, pewność siebie, promują optymizm.
3. **Poprawa trawienia.** Skakanie na trampolinie pomaga w trawieniu, ponieważ rytmiczny ruch góra-dół stymuluje skurcze i powoduje rozluźnienie mięśni tworzących przewód pokarmowy. Ulepszona perystaltyka przewodu pokarmowego oznacza, że organizm jest w stanie przetwarzać i wchłaniać składniki odżywcze bardziej wydajnie. Pomaga to zaradzić niedoborom żywieniowym, które są powszechne wśród osób z zaburzeniami układu trawiennego. Ciało otrzymuje potrzebne mu składniki odżywcze, ma niezbędne materiały do samoleczenia i odmłodzenia. Ponadto aktywowane fale perystaltyczne w jelitach pozwalają na szybsze przechodzenie pokarmu i uwalnianie odpadów, eliminując zaparcia.
4. **Poprawa równowagi i koordynacji.** Wraz z aktywacją układu przedsionkowego skakanie na trampolinie powoduje ciągłą zmianę środka ciężkości, co zmusza do zachowania równowagi i koordynacji w wyniku wielokrotnego odbicia[35]. Dzieci uczą się wyczuwać te zmiany

grawitacyjne i odpowiednio reagować, dostosowując swoje pozycje. Gdy poruszają się w górę i w dół, istnieje ciągły przepływ wiadomości między obiema stronami ich ciał i mózgów, które są zajęte współpracą, aby zapewnić utrzymanie równowagi. Równowaga, czas, zwinność i rytm opracowane podczas tych ruchów poprawiają ogólną koordynację i pomagają w rozwoju i nabywaniu nowych umiejętności motorycznych. W przypadku dzieci, które nie osiągnęły jeszcze dobrej równowagi lub koordynacji, skakanie na trampolinie może pomóc w doskonaleniu tych umiejętności. Wspaniałą rzeczą w trampolinach jest to, że „ziemia” jest o wiele bardziej wybacząca dzięki swojej sprężystej powierzchni. W badaniu „*Wpływ interwencji ćwiczeń na trampolinie na sprawność motoryczną i równowagę dzieci niepełnosprawnych umysłowo*”[37] stwierdzono, że dzieci uczestniczące w dwunastotygodniowym programie interwencji na trampolinie wykazały poprawę równowagi i umiejętności motorycznych, a także inne pozytywne korzyści dotyczące przyjemności motywacji do ćwiczeń[31]. Skakanie na trampolinie pomaga poprawić równowagę, koordynację postawę poprzez stymulację nerwów ocznych i kanału słuchowego.

5. **Poprawa wyglądu sylwetki dziecka, modelowanie i wzmacnianie ciała.** Udowodniono, że skakanie na trampolinie zwiększa tempo metabolizmu i pomaga utrzymać niską wagę. Tempo metabolizmu pozostaje podwyższone do 24 godzin po zejściu z trampoliny. Ze względu na wiele korzyści zdrowotnych, dobrym ćwiczeniem jest włączenie go do planu odchudzania.
6. **Rozwój dużych mięśni.** Kiedy rodzą się dzieci, nie mają kontroli nad ruchami mięśni i polegają na odruchach ruchowych. Gdy rosną i rozwijają się, ich duże ruchy mięśni stają się bardziej dobrowolne i kontrolowane, a jednocześnie brakuje im koordynacji. Zanim dzieci osiągną wiek niemowlęcy, ich duże mięśnie są wystarczająco rozwinięte, aby je kontrolować, ale wciąż są niedojrzałe i ich pełne rozwinięcie zajmie lata. Gdy dzieci będą mogły chodzić i biegać, nadszedł czas, aby wzmocnić duże grupy mięśni i pomóc rozwinąć zdolności motoryczne. Można tego dokonać poprzez aktywność fizyczną i rozwijanie umiejętności. Rozwój dużych mięśni pomaga również w elastyczności i zwinności. Podobnie jak w przypadku starszych dzieci i dorosłych, dotyczy to młodszych dzieci - skakanie na trampolinie jest doskonałym ćwiczeniem całego ciała, które wymaga użycia wszystkich mięśni ciała[35]. Oprócz wzmacniania mięśni wokół stawów dzieci skakanie na trampolinie pomaga również

- wzmacniać mięśnie wokół kręgosłupa. Zwiększa także ich siłę rdzenia. Łącznie obie te korzyści są kluczowe dla poprawy ich postawy.
7. **Rozwój układu krążenia.** Ta korzyść nie różni się w przypadku dzieci rozwijających się niż w jakiegokolwiek innej grupie wiekowej. Serce to mięsień, który należy nieustannie poddawać wyzwaniom w celu poprawy zdrowia. Płuca są potężnymi mięśniami, które powinny mieć możliwość pracy - całkowicie wypełnione i opróżnione przez ciężki oddech - co jakiś czas. Skakanie na trampolinie to idealny trening sercowo-naczyniowy w przebraniu[35]. Zwiększenie tętna już po 10 minutach odbijania wzmacnia mięśnie potrzebne do zdrowego układu sercowo-naczyniowego. Dzieci mają tyle radości z podskakiwania, że nawet nie zdają sobie sprawy z tego, co robią dla swoich małych serc.
 8. **Pomaga dzieciom radzić sobie w szkole.** Skoki na trampolinie pomagają dzieciom w szkole (a dorosłym w pracy). Wykazano, że trampoliny mają wpływ na sukces w nauce. Poprawia siłę rdzenia i postawę, co jest niezbędne, aby dzieci mogły siedzieć przez pewien czas w klasie, bez trudności w kontrolowaniu ciała przez koncentrację. Umiejętności motoryczne są również ważne dla wielu zajęć w klasie. Ponadto przepływ krwi i tlenu do mózgu poprzez odbijanie się na trampolinie jest świetny do zwiększania czujności i koncentracji umysłu oraz do zwiększania koncentracji i pamięci[31].
 9. **Pomaga w uczeniu się i obniżeniu stresu.** Wszystkie wyżej wymienione obszary rozwoju wspomniane powyżej pomagają zapewnić solidne fundamenty do nauki. Stanowią one podstawę kontroli ciała, płynnego skoordynowanego ruchu, przyszłych osiągnięć akademickich i zachowania[21]. Skoki na trampolinie mogą pomóc dzieciom (i dorosłym) w zmniejszeniu stresu poprzez skupienie umysłu na czymś innym, co wymaga koncentracji. Jest to świetna metoda na wszystko, od odpoczynku po szkole po zmniejszenie codziennego stresu w domu. Wzrasta liczba badań, które pokazują, że aktywność fizyczna może pomóc dzieciom w nauce, ponieważ pomaga w funkcjonowaniu poznawczym. Pojawił się nowy trend, nazywany ćwiczeniami, które właśnie tak brzmi - łączenie ćwiczeń z uczeniem się.
 10. **Pomaga w stanach lękowych, problemach sensorycznych, autyzmie i specjalnych potrzebach:**
 - **Niepokój.** Skoki na trampolinie pomagają osobom z autyzmem, problemami sensorycznymi i specjalnymi potrzebami w radzeniu

sobie lękami i łagodzeniu stresu. Rytmiczne działanie na trampolinie może być bardzo kojące. Może również dać dzieciom coś pozytywnego, co mogą zrobić, aby pomóc im się uspokoić po stresującym zdarzeniu.

- **Stymulacja sensoryczna.** Skoki na trampolinie to także świetny sposób na spełnienie wymagań dotyczących stymulacji sensorycznej u dzieci, dających im dużo ruchu w celu pobudzenia zmysłów lub skoncentrowaną aktywność, gdy mogą czuć się nadmiernie pobudzone gdzie indziej. Trampoliny są szczególnie przydatne dla dzieci z nadwrażliwością na ruch (w przypadku reakcji) w stosunku do ich układu przedsionkowego. Trampoliny są dość powszechnie stosowane w terapii dzieci w spektrum lub z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego.
- **Inne korzyści.** W przypadku dzieci z autyzmem lub specjalnymi potrzebami, skakanie na trampolinie może również mieć pozytywny wpływ na ich zachowanie i kontrolę impulsów. Skakanie na trampolinie przed szkołą lub przed pracą domową może również pomóc w poprawie koncentracji[24].

11. **Pomaga organizmowi w detoksykacji.** Skakanie na trampolinie oczyszcza układ limfatyczny, który pomaga usuwać toksyny z organizmu. Żyjemy w niespotykanym dotąd czasie, kiedy jesteśmy stale narażeni na duże ilości zanieczyszczeń środowiska i toksyn w żywności, powietrzu i wodzie. Dobry stan zdrowia zależy od zdolności naszego organizmu do skutecznego eliminowania tych toksyn. Wysoce toksyczny organizm może prowadzić do częstych infekcji i poważnych stanów metabolicznych, takich jak nowotwory. Nasz układ limfatyczny odgrywa ważną rolę w detoksykacji. W przeciwieństwie do układu krążenia, który ma serce do pompowania krwi w ciele, układ limfatyczny nie ma pompy i zależy od ruchów ciała w krążeniu. Ponieważ płyn limfatyczny płynie w górę, pionowe ruchy skakania na trampolinie są bardziej skuteczne w pompowaniu płynu limfatycznego niż ćwiczenia ruchów poziomych, takie jak chodzenie i bieganie. Zatem regularne odbijanie ułatwia detoksykację ciała, aby utrzymać wysoce funkcjonujące i młode ciało.
12. **Pomaga w problemach górnego odcinka przewodu pokarmowego.** *Odbicie na mini-trampolinie to najlepsze ćwiczenie dla przepukliny rozworu przełykowego[24].*

13. **Wzmacnia kości i stawy.** Ponieważ podskakiwanie na trampolinie jest ćwiczeniem mało uderowym, oznacza to również, że rozwijające się kości i stawy dzieci są amortyzowane i chronione, a jednocześnie wzmacniane, w przeciwieństwie do innych aktywności o dużym wpływie. W witrynie yourdocmedical.co.uk dokonuje się następującego porównania między bieganiem a używaniem trampoliny:

- Główną wadą joggingu jest obciążenie fizyczne kończyn dolnych i stóp. Korzystanie z trampoliny odciąża nawet 80% naprężeń stawów obciążonych. Jest też wspaniałą opcją dla seniorów, osób niepełnosprawnych fizycznie, odzyskujących zdrowie po wypadkach lub urazach. Jest to również doskonałe ćwiczenie dla osób siedzących w pozycji siedzącej i rozpoczynających program ćwiczeń.
- Regularne odbijanie pomaga wzmocnić ścięgna, więzadła i mięśnie, które wspierają i otaczają nasze stawy, co może pomóc złagodzić nacisk wywierany na stawy podczas innych czynności.
- Według Rubina i Bulwera, ekspertów od odchudzania i autorów *Perfect Weight America*: „Skakanie na trampolinie jest jednym z najlepszych i najbardziej kompletnych ćwiczeń beztlenowych, jakie możesz wykonać, ponieważ skakanie wzmacnia mięśnie, ścięgna i więzadła - i wymaga dużej energii”.
- Bruce Fife, autor *Rebound to Better Health*, twierdzi, że ćwiczenia obciążające, takie jak odbijanie na trampolinie, pomagają chronić przed osteoporozą w późniejszym życiu - stan ten rośnie w Ameryce.
- „Ćwiczenie na trampolinie jest najskuteczniejszą formą ćwiczeń, jakie dotąd opracował człowiek, ponieważ nie tylko wzmacnia mięśnie, ale wzmacnia każdą pojedynczą komórkę ciała, zarówno mięśniową, jak i niemięśniową”.

14. **Wzmacnia mięśnie oczu dla lepszego wzroku.** Funkcje wzrokowe, jak i słuchowe są bezpośrednio sterowane przez układ przedsionkowy, odbijanie pomaga w rozwoju wzroku, umiejętności wzrokowo-motorycznych, słuchu i zdolności ruchowo-słuchowych. Skakanie na trampolinie pomaga wzmocnić nerwy oczne i mięśnie oczu ze względu na wpływ zwiększonej siły grawitacji na każdą część ciała. Oczy to narządy półmięśniowe, które muszą być ćwiczone jak każdy inny mięsień w ciele. Bez ćwiczeń soczewki oka mogą się źle kształtować, podobnie jak inne

- niećwiczone części naszego ciała. Odbicie pomaga stymulować komórki soczewek oka w celu przywrócenia ich pierwotnego kształtu i funkcji.
15. **Wzmacnia pewność siebie, samoocenę (otwartość społeczną).** Skakanie na trampolinie pomaga podnieść nastrój, uwalniając przyptływ „szczęśliwych” chemikaliów. Skakanie na trampolinie pomaga szybko uzyskać dobrze wyrzeźbione i lepiej wyprofilowane ciało, ponieważ jest to doskonałe ćwiczenie spalające tłuszcz. Lepszy obraz siebie zwiększa pewność siebie i łagodzi uczucie strachu i nieadekwatności, dzięki czemu można lepiej podejmować życiowe wyzwania. Dla dzieci, które są ostrożne wobec nowych rzeczy i aktywności fizycznej, trampoliny są świetnym sposobem na budowanie ich pewności siebie. Nie ma dobrego ani złego sposobu poruszania się na trampolinie (pod warunkiem, że bezpiecznie skaczesz), aby odniosły natychmiastowy sukces, co zwiększa ich odwagę i pewność siebie[30].
 16. **Wzmacnia układ odpornościowy.** Ćwiczenia ogólnie poprawiają układ odpornościowy w szczególności odbicia na trampolinie, dzięki czemu zwiększa się optymalny przepływ krwi, który: stymuluje układ limfatyczny oraz narządy wewnętrzne, co prowadzi do wzmocnienia układu odpornościowego; wypycha toksyny z komórek i wpuszcza substancje odżywcze; zwiększa trawienie i uwalnia endorfiny. Trudności z trawieniem mogą powodować, że dzieci czują się chore i chociaż nie ma to nic wspólnego z układem odpornościowym, połączenie silniejszego układu odpornościowego i łatwiejszego trawienia. Endorfiny są „szczęśliwymi hormonami”, które mogą pomóc dziecku w bardziej pozytywnym podejściu do życia, co pomaga również zapobiegać chorobom[35]. Wykazano, że zwiększona siła grawitacji pomogła zwiększyć aktywność ludzkich limfocytów. Limfocyty to wyspecjalizowane białe krwinki, które chronią organizm przed chorobami poprzez niszczenie atakujących wirusów i bakterii oraz komórek rakowych. 10 minut odbicia trzykrotnie zwiększa liczbę białych krwinek, które pozostają podwyższone do godziny później. Układ limfatyczny transportuje te komórki odpornościowe w całym ciele w celu wzmocnienia funkcji odpornościowej, która jest pierwszą linią obrony naszego organizmu. Silny układ odpornościowy pomaga zapobiegać infekcjom i zapobiegać chorobom[4].
 17. **Wzmacnia układ mięśniowo-szkieletowy.** Podskakiwanie na trampolinie pomaga wzmocnić układ mięśniowo-szkieletowy i zwiększa gęstość kości, dając dzieciom mocniejsze kości. Pomaga to również zapobiegać poważnym

problemom zdrowotnym, takim jak osteoporoza. „Badanie NASA wykazało również, że było to najlepsze ćwiczenie, aby odbudować utraconą tkankę kostną astronautów, których ciągły stan nieważkości spowodował utratę do 15% masy kostnej w ciągu zaledwie 2 tygodni w przestrzeni. Z tego samego ćwiczenia może korzystać każdy (zwłaszcza kobiety), aby zapobiec osteoporozie i faktycznie odwrócić szkody”[31].

18. **Zwiększa poziom energii.** Kiedy dzieci odbijają się, w ich krwiach płynie więcej tlenu. To natychmiast zwiększa ich poziom energii i sprawia, że czują się bardziej czujni. Ćwiczenia na trampolinie oddziałują na nasz organizm na poziomie komórkowym. Mitochondria przekształcają tlen i glukozę w energię. Dzięki ćwiczeniom wzrasta też ilość mitochondriów, dlatego też mamy więcej energii. Później możemy wykonywać więcej pracy bez uczucia zmęczenia[29].

Piśmiennictwo

1. Aalizadeh B., Mohammadzadeh H., Khazani A., Dadras A., (2016), *Effect of Trampoline Exercise on the Anthropometric Measures and Motor Performance of Adolescent Students*. International Journal of Preventive Medicine, 7: 91.
2. Aragão FA., Karamanidis K., Vaz MA., (2011) et al. *Ćwiczenia na mini-trampolinie związane z mechanizmami stabilizacji dynamicznej poprawiają zdolność przywracania równowagi u osób starszych*. J Electromyogr Kinesiol, 21:512–518.
3. Bhattacharya A., Mccutcheon EP., Shvartz E., Greenleaf JE.,(1980), *Body acceleration distribution and O2 uptake in humans during running and jumping*. J Appl Physiol. 49: 881-887. doi:10.1152/jappl.1980.49.5.881.
4. Brooks L., (2002), *Cancer-A Simple Approach*, Vitally Yours Press,
5. Burandt P., Porcari JP., Cress ML., Doberstein S., Foster C., (2016), *Putting Mini-Trampolines to the Test*. ACE Prosource, 1–3.
6. Goddard-Blythe S., (2018), *Odruchy, uczenie się i zachowanie*, PWN Warszawa, s. 88.
7. Held-Ziółkowska M. (2006) *Równowaga statyczna i dynamiczna ciała, cz.1 Organizacja zmysłowa i biomechanika układu równowagi, Tom V, Zeszyt 2*.
8. JUMPit PROGRAM. Materiały szkoleniowe. Warszawa.
9. JUMPitKids. Materiały szkoleniowe. Warszawa.
10. Kronika Sportu 1993, Wydawnictwo Kronika, Warszawa [w:] W. Wiesner, Z. Niekurzak (2018), *Analiza ryzyka podczas wykonywania skoków na przykładzie wybranych form sportowych i rekreacyjnych*, Bezpieczeństwo,

- zdrowie i kultura fizyczna: wybrane zagadnienia. T. 9, Gdynia - Gdańsk - Starogard Gdański: Pomorska Szkoła Wyższa, s. 131-155.
11. Mcglone C., Kravitz I., Janot J., *Rebounding: A Low-Impact Exercise Alternative*. ACSM's Health Fit J. 2002; 6: 11-15.
 12. Porges S. W., (2007), *The polyvagal perspective; Biological Psychology: 74, 116–143*.
 13. Porges S. W., (2020), *Teoria poliwalgalna przewodnik*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 20-21.
 14. Sahin G., Demir E., Aydin H., (2016), *Does Mini-Trampoline Training More Effective than Running on Body Weight, Body Fat, VO2max and Vertical Jump in Young Men?* International Journal of Sports Science, 6: 1-5.
 15. Thaut M. H., (2005) *Rhythm, music and the brain: scientific foundations and clinical applications*. New York, Routledge, 2005.
 16. Wiesner W., Dziegielewska-Nawrocka J., (2004), *Metodyka nauczania skoku do wody na głowę*, AWF Wrocław [w:] *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, nr 8-9. s.36.
 17. Wiesner W., Niekurzak Z., (2018), *Analiza ryzyka podczas wykonywania skoków na przykładzie wybranych form sportowych i rekreacyjnych*, *Bezpieczeństwo, zdrowie i kultura fizyczna: wybrane zagadnienia*. T. 9, Gdynia; Gdańsk; Starogard Gdański: Pomorska Szkoła Wyższa, s. 131-155.
 18. Witasek C., Nitzsche N., Schulz H., (2018), *The effect of several weeks of training with minitrampolines on jump performance, trunk strength and endurance performance*. Dtsch Z Sportmed. 69: 38-44. doi:10.5960/dzsm.318.
 19. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. WHO: Geneva

Źródła internetowe

20. <https://www.jumping.fitness/>
21. <http://activebabiesmartkids.com.au/articles/trampolines-benefits-bounce-little-ones/>
22. <http://mytravelblog.com.pl/dlaczego-warto-sluchac-muzyki/>,
23. <https://bonavita.pl/jumping-fitness-zasady-efekty-i-przeciwwskazania>
24. <https://dietitiantracey.wixsite.com/tracey-linneweber/single-post/2017/02/25/Rebounding-on-a-Mini-Trampoline----Best-Exercise-for-a-Hiatal-Hernia>
25. <https://fitness.wp.pl/cwiczysz-na-trampolinie>
26. <https://magazyngitarzysta.pl/warsztat/lekcje/solo/1887-solo-4-pentatonika-i-skala-bluesowa>

27. <https://odnova.net/trampolinowe-szalenstwo-jak-bezpiecznie-korzystac-z-trampoliny/>
28. <https://pieknoumyslu.com/sluchanie-relaksacyjnej-muzyki-korzysci/>
29. <https://stylzycia.polki.pl/medycyna-naturalna,skacz-na-trampolinie-dla-zdrowia>
30. <https://translate.google.com/translate?hl=pl&sl=en&u=https://playgroupwa.com.au/top-8-trampoline-benefits-kids/&prev=search>
31. <https://www.brisbanekids.com.au/people-love-trampolines-much/>
32. <https://www.jumping.fitness/> [21.07.2020]
33. <https://www.jumpsport/the-science-behind-trampolining-and-how-it-improves-health/>
34. <https://www.pobytyzdrowotne.pl/holistyczne-podejscie-do-zdrowia.html>
35. <https://www.rebounderz.com/how-trampoline-rebounding-benefits-your-childs-physical-development/>
36. <https://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/trampolina-dla-zabawy-i-dchudzania>
37. [researchgate.net](https://www.researchgate.net)
38. [yourdocmedical.co.uk](https://www.yourdocmedical.co.uk)

**CHARAKTERYSTYKA NAUCZANIA W OKRESIE
WCZESNOSZKOLNYM W KONTEKŚCIE KULTURY FIZYCZNEJ
I EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

**ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО
ПЕРІОДУ В КОНТЕКСТІ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ
ТА ОЗДОРОВЧОГО ВИХОВАННЯ**

**CHARACTERISTICS OF TEACHING IN THE EARLY SCHOOL PERIOD
IN THE CONTEXT OF PHYSICAL CULTURE AND HEALTH
EDUCATION**

Dariusz W. Skalski^{1,4}, Oksana Zabolotna², Andriy Sushchenko³, Damian Kowalski^{1,4},
Oleh Rybak⁴

¹*Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Polska*

²*Umański Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Pawła Tyczyny w Umaniu, Ukraina*

³*Classical Private University, Education and Management of Educational Institution,
Zaporizhia*

⁴*Lwowski Państwowy Uniwersytet Kultury Fizycznej im. Iwana Boberskiego w Lwowie,
Ukraina*

Słowa kluczowe: zainteresowania, koła sportowe, zajęcia sportowe, młodzież szkolna.

Ключові слова: інтереси, спортивні гуртки, спортивна діяльність, шкільна молодь.

Key words: interests, sports circles, sports activities, school youth.

Streszczenie

Nauczanie wczesnoszkolne stanowi jeden z ważniejszych elementów kształtowania kompetencji uczniów klas początkowych. Nauczanie w tak ważnym momencie rozwojowym dziecka musi być odpowiednio realizowane, aby skutkowało w przyszłości gotowością do podejmowania kolejnych istotnych działań prowadzących do formowania pełni człowieczeństwa. Zadania rozwojowe pojawiające się na etapie wczesnej edukacji, pomyślnie realizowane, wpływają na odczucie szczęścia dziecka, natomiast te kończące się niepowodzeniem, prowadzą do doświadczenia niepewności przez dziecko, a także do zachwiania poczucia własnej wartości. Etap edukacji wczesnoszkolnej to zatem bardzo ważny czas w życiu każdej jednostki ludzkiej. Jest to przede wszystkim etap znacznych zmian zachodzących w życiu dziecka, powoli kształtuje się i rozwija sposób postrzegania świata, a także wzrasta samoświadomość. Wzmacnianie zdrowia fizycznego uczniów stanowi jedno z ważniejszych zadań nauczycieli, natomiast inspiracja do wszechstronnej i bogatej aktywności fizycznej dzieci, warunkuje ich pełen rozwój. Aktywność fizyczna dzieci musi być realizowana właściwie to znaczy tak aby była dostosowana do możliwości fizycznych i zainteresowań uczniów. Warto nadmienić, iż zdrowie fizyczne ciała ludzkiego to całokształt dobrze funkcjonujących układów i narządów, które w oparciu o ich naturalną harmonię współpracują w sposób naturalny i prawidłowy. Należy przy tym pamiętać, iż każde dziecko do prawidłowego rozwoju potrzebuje odpowiednio dozowanego i prawidłowo realizowanego ruchu. Nie ma bowiem uczniów niezdolnych ruchowo. Funkcjonują jedynie uczniowie, którzy różnią się między sobą potencjami możliwości psychofizycznych i zainteresowaniami. Natomiast właściwie realizowana aktywność fizyczna uczniów, oparta na wcześniejszej diagnozie nauczyciela, odkrywającej mocne i słabe strony ucznia, gwarantuje podstawę rozwoju oraz wzmacnia zdrowie dziecka. Zdrowie w szkolnej edukacji zdrowotnej stanowi kategorię pozytywną, jest wielowymiarowe, bowiem kładzie nacisk na zdrowie, a nie na chorobę. Zdrowie jest naturalnym bogactwem, które należy chronić i pomnażać, jest dane człowiekowi raz na zawsze, jest zasobem i środkiem do nauki, pracy, wypoczynku oraz realizacji zainteresowań i uzdolnień. Koncepcja zdrowia oparta jest także, w edukacji wczesnoszkolnej, na podejściu indywidualnym: Zakłada ona, że zdrowie

to pewien potencjał fizyczny, psychiczny i społeczny, który ulega dynamicznym zmianom (pozytywnym lub negatywnym) pod wpływem codziennych działań lub ich braku.

Резюме

Дошкільна освіта є одним із найважливіших елементів формування компетентностей учнів раннього віку. Навчання в такий важливий момент розвитку дитини має бути правильно реалізоване, щоб у майбутньому виникла готовність до подальших важливих дій, що ведуть до формування повноцінної людяності. Розвивальні завдання, що виникають на етапі раннього навчання, успішно реалізовані впливають на відчуття щастя дитини, а ті, що завершуються невдачею, призводять до переживання невпевненості у дитини, а також до втрати самооцінки. Тому раннє дитинство є дуже важливим періодом у житті кожної людини. Це насамперед етап значних змін, що відбуваються в житті дитини, повільно формується і розвивається спосіб сприйняття світу, зростає самосвідомість. Зміцнення фізичного здоров'я учнів є одним із найважливіших завдань педагогів, а натхнення до всебічної та насиченої рухової активності дітей визначає їх всебічний розвиток. Рухова діяльність дітей повинна здійснюватися правильно, тобто так, щоб вона була адаптована до фізичних можливостей та інтересів учнів. Варто зазначити, що фізичне здоров'я людського тіла - це сукупність добре функціонуючих систем і органів, які, ґрунтуючись на своїй природній гармонії, взаємодіють природним і правильним чином. Слід пам'ятати, що кожна дитина для правильного розвитку потребує правильно дозованих і правильно реалізованих рухів. Студентів-інвалідів немає. Функціонують лише учні, які відрізняються за можливостями психомоторних здібностей та інтересів. З іншого боку, правильно реалізована рухова активність учнів, заснована на попередній діагностиці вчителя, виявленні сильних і слабких сторін учня, забезпечує основу для розвитку і зміцнює здоров'я дитини. Здоров'я в шкільній санітарній освіті – категорія позитивна, вона багатоаспектна, тому що наголошується на здоров'ї, а не на хворобі. Здоров'я – це природне багатство, яке потрібно берегти і примножувати, воно дане людині раз і назавжди, це ресурс і засіб для навчання, праці, дозвілля, реалізації інтересів і талантів. Концепція здоров'я в дошкільній освіті також базується на індивідуальному підході: передбачає, що здоров'я – це певний фізичний, психічний і соціальний потенціал, який зазнає динамічних змін (позитивних чи негативних) під впливом повсякденної діяльності або її відсутності.

Summary

Early school education is one of the most important elements of shaping the competences of students in the early years. Teaching at such an important moment in a child's development must be properly implemented so that it results in future readiness to take further important actions leading to the formation of full humanity. Developmental tasks appearing at the stage of early education, successfully implemented, affect the child's sense of happiness, while those that end in failure lead to the child's experience of uncertainty, as well as to a loss of self-esteem. The stage of early childhood education is therefore a very important time in the life of every human being. It is primarily a stage of significant changes taking place in the child's life, the way of perceiving the world is slowly forming and developing, and self-awareness is increasing. Strengthening the physical health of students is one of the most important tasks of teachers, while inspiration for comprehensive and rich physical activity of children determines their full development. Physical activity of children must be carried out properly, that is, so that it is adapted to the physical abilities and interests of students. It is worth mentioning that the physical health of the human body is the whole of well-functioning systems and organs that, based on their natural harmony, cooperate in a natural and correct way. It should be remembered that each child needs appropriately dosed and properly implemented movement for proper development. There are no disabled students. Only students who differ in potentials of psychomotor abilities and interests function. On the other hand, properly implemented physical activity of students, based on the teacher's earlier diagnosis, discovering the student's strengths and weaknesses, guarantees the basis for development and strengthens the child's health. Health in school health education is a positive category, it is multidimensional, because it emphasizes health, not disease. Health is a natural wealth that should be protected and multiplied, it is given to man once and for all, it is a resource and a means for learning, work, leisure and the pursuit of interests and talents. The concept of health in early childhood education is also based on an individual approach: It assumes that health is a certain physical, mental and social potential that undergoes dynamic changes (positive or negative) under the influence of daily activities or lack of them.

Wstęp

W integralnym ujęciu edukacji szkolnej ogromną rolę odgrywa edukacja zdrowotna, zatem ważność nauczania o zdrowiu została niejako zaakcentowana w preambule podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej i ponadpodstawowej. Przepisy prawne unaoczniają, a także wręcz obligują placówki szkolne do realizacji założeń edukacji zdrowotnej poprzez wskazanie doniosłego

znaczenia owej edukacji, a także poprzez uaktywnienie działań zmierzających do profilaktyki zdrowotnej i wspomaganie stanu zdrowia uczniów [8]. Wiele z tych działań podejmują także gabinety profilaktyki medycznej, realizowane przez pielęgniarki szkolne. Zatem szkoła stanowi bardzo ważny grunt, na którym rozkwitają i ulepszają się treści samoświadomości dotyczące znaczenia zdrowia oraz sposobów jego utrzymania w dobrej kondycji [9,14]. Inspiracja dotycząca ochrony zdrowia i profilaktyki zdrowotnej powinna wyłonić się nie tylko z pieleszy ogniska domowego, ale także bujnie rozwijać się i ugruntowywać w środowisku szkolnym. Nauczyciel natomiast, zwłaszcza ten, który wprowadza dzieci wczesnoszkolne w świat realnych spraw zdrowotnych, ma niebagatelne zadanie. Musi on bowiem tak przedstawić rzeczywistość, aby dzieci w sposób czynny włączyły się w proces budowania wiedzy dotyczącej profilaktyki zdrowotnej. W tym miejscu należy dodać, iż edukacja zdrowotna realizowana w sposób ciągły, mająca swe odzwierciedlenie w działaniach oraz w promocji zdrowia, wypełnia zasadniczą misję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [14].

Edukacja zdrowotna- problematyka

Zdrowie stanowi wartość bezdyskusyjną. Według WHO :(...) zdrowie to kompletny fizyczny, psychiczny, społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub kalectwa [1]. Powyżej zacytowane stwierdzenie określa zdrowie jako wartość nacechowaną pozytywnie, jako dobrostan ciała i ducha. Dobrostan z kolei to stan doświadczenia pozytywnych emocji oraz szczęścia, to bardzo niski stan negatywnych emocji, to bardzo dobre samopoczucie [4]. Związki środowiska i dziecka, na jego gruncie funkcjonującego, nakreśla socjoekologiczna koncepcja zdrowia. Na podstawie tej definicji na zaistnienie faktu zdrowia dziecka wpływ ma wiele czynników o charakterze zewnętrznym takich jak sytuacja demograficzna, ekonomiczna i społeczna, wykształcenie, płeć, wiek, a także często nierówny dostęp do opieki i dochody rodziny.



Rycina 1. Edukacja zdrowotna - składowe

Źródło: www.bc.ore.edu.pl

Trzeba pamiętać, iż styl życia ucznia oraz jego rodziny jest zasadniczym gwarantem istnienia faktu zdrowia oraz wpływa w dużej mierze na dalekosiężną kondycję fizyczną i psychiczną człowieka. Stylem życia natomiast nazywamy: Zakres i formy codziennych zachowań jednostek lub grup, specyficzne dla ich usytuowania społecznego, tzn. manifestujące położenie społeczne oraz postrzegane jako charakterystyczne dla tego położenia, a dzięki temu umożliwiające szeroko rozumianą społeczną lokalizację innych ludzi. Ważnym punktem, a właściwie elementem znaczącym dla stylu życia jest cykl zachowań związanych z utrzymaniem higieny, stosunek do zdrowia, a także zachowania rekreacyjne [5]. Styl życia ucznia, a także jego rodziny stanowi aż pięćdziesiąt procent wszystkich składników warunkujących zdrowie oraz wywiera największy wpływ na dobrostan zdrowotny człowieka [11]. Styl życia to również taki zbiór zachowań, które są nacechowane pozytywnie, noszą znamiona struktur wzmacniających zdrowie, a także nacechowanych negatywnie, czyli takich, które szkodzą zdrowiu. Wówczas posiadają cechy antyzdrowotne.

Wielostronny model zdrowia propagowany w szkolnej edukacji zdrowotnej

Dzisiaj rodzice dziecka, które za chwilę zacznie edukację, zastanawiają się nad przedszkolem, które byłoby najlepsze dla ich pociechy. Bardzo często jest tak, że o wiele większe możliwości dla tego malca otrzymają w placówkach niepublicznych. Mimo, iż pragną oni dla swojego dziecka jak najlepszego startu to takie szkoły są bardzo kosztowne i niestety nie dla wszystkich z tego powodu dostępne [14].



Rycina 2. Piramida zdrowego żywienia i aktywności fizycznej

Źródło: www.bc.ore.edu.pl

Dlatego warto by było zastanowić się nad ustawą, która pozwoliłaby na zniwelowanie różnic pomiędzy takimi niepublicznymi, a przedszkolami państwowymi. Aby mogły one konsultować swoje programy i wprowadzać je w życie. To byłby sposób na przedszkola bez granic. Problemem jest także dostępność przedszkoli dla dzieci w wieku trzech lat do sześciu. Aby zapewnić wysoki poziom wczesnej edukacji należałoby przede wszystkim doprowadzić do tego, aby we wszystkich gminach była zagwarantowana wystarczająca liczba miejsc przedszkolnych - co należy do wewnętrznego zadania gminy. Niestety, aby temu sprostać potrzebne są spore fundusze finansowe dla samorządu

terytorialnego [3,9]. Ten jednak mimo dotacji celowej nie jest wstanie podjąć temu wyzwaniu. Rozbudowa placówek która pozwoliłaby zapewnić dzieciom młodszym niż pięć lat możliwość uczęszczania do przedszkoli wiąże się z dużą inwestycją finansową. To nie tylko koszt budowlany, ale także transportowy. Artykuł 14 a ustawy o „systemie oświaty” mówi nam, iż przedszkole powinno być usytuowane w takim miejscu, by dziecko nie miało do niego więcej niż 3 km [9]. W przeciwnym wypadku koniecznością jest zapewnienie dzieciom bezpłatnych dojazdów do przedszkola. Najtrudniejsza sytuacja jest na terenach wiejskich, gdzie edukacja przedszkolna ogranicza się tylko do dzieci objętych obowiązkiem przedszkolnym tzn. 5- i 6-latków. Tak więc rodzice młodszych dzieci zmuszeni są do korzystania z pomocy placówek niepublicznych – a to jednak wiąże się z sięganiem do swojego portfela co niesie za sobą dodatkowe koszty. Nauczanie wczesnoszkolne zawiera w swym pierwotnym zamyśle wizję integralnego rozwoju ucznia. Zatem, wielostronny model zdrowia, zakłada położenie akcentu nie na chorobę, lecz na zdrowie i o nim tak naprawdę wielokrotnie częściej traktują zajęcia edukacyjne o charakterze profilaktycznym i informacyjnym [7]. Także wzmacnianie kondycji ucznia w wymiarze fizycznym, psychicznym, duchowym oraz społecznym, oddziałuje na ucznia w sposób holistyczny.

Cel badań

Niniejsza praca oddaje wieloletnie obserwacje dotyczące wpływu edukacji wczesnoszkolnej jako fundamentu wypracowywania postaw wobec Kultury Fizycznej[10]. Posiadanie przez jednostkę podstawowej bazy w postaci obserwacji oraz uczestnictwa w edukacyjnym obowiązku poprzez kształtowanie prozdrowotnych zachowań powinno być celem nadrzędnym w prawidłowej świadomej, wieloaspektowej edukacji.

Metody badań

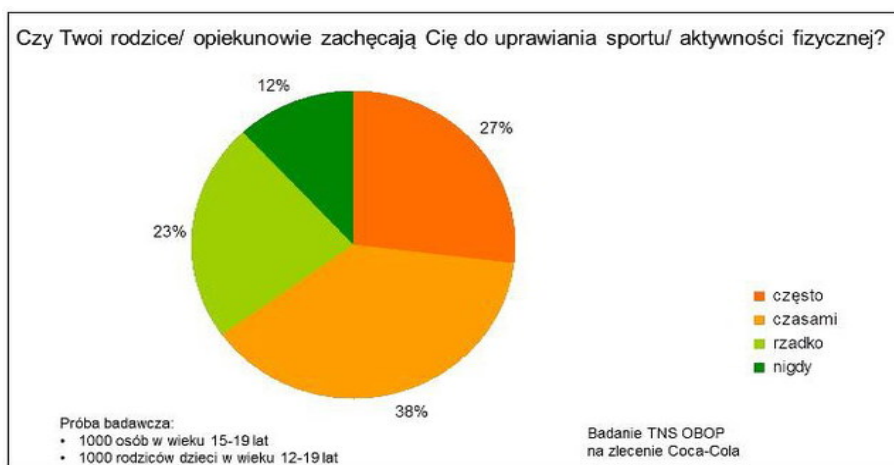
Metodologia jest to system ściśle określonych procesów i reguł. To do nich odwołują się badania, które są podstawą ewaluacji wiedzy. System ten nie jest niezmienny ani niezawodny, jest on stale ulepszany. Związany jest z ogółem czynności w obrębie pracy magisterskiej. Metodologia nauki może być rozumiana w dwojaki sposób:

1. w ujęciu pragmatycznym - czyli naukę o procedurach badawczych i metodach naukowej działalności.
2. jako nauka o strukturze i elementach licznych systemów naukowych.

Metodologia w niniejszym opracowaniu jest obserwacją oraz pracą na źródłach stanowiących paradygmat dla zdrowia i Kultury Fizycznej.

Wyniki badań

Dla zdrowia i dobrego samopoczucia, WHO zaleca wszystkim dorosłym co najmniej 150-300 minut aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności tygodniowo. Dotyczy to w szczególności rozwijających się dzieci.



Rycina 3. Badania dotyczące zachęcenia do aktywności przez rodziców

Źródło: TNS OBOP

Rolą świadomego rodzica i opiekuna jest poprzez przykład osobisty edukować wychowanka który czerpie wzorce właśnie z opiekuna. Aktywność fizyczna to jedna z najbardziej naturalnych potrzeb, a zarazem umiejętności w życiu każdego człowieka. To właśnie ruch jawi się jako czynność wpisana w funkcjonowanie organizmu człowieka. Aktywność fizyczna jest niezbędnym czynnikiem warunkującym zdrowie i prawidłowe funkcjonowanie całego organizmu. Praca mięśni szkieletowych stymuluje przepływ krwi w naczyniach, przyspieszając krążenie. To z kolei prowadzi do lepszego zaopatrzenia tkanek w tlen i usprawnia

ich funkcjonowanie. Dotyczy to wszystkich narządów, choć szczególne znaczenie ma w odniesieniu do takich, których zapotrzebowanie na tlen jest szczególnie duże na przykład mózgu, wątroby czy też mięśnia sercowego. Rola ruchu polega na poprawie sprawności układu oddechowego i krwionośnego, regulacji układu pokarmowego, profilaktyce chorób miażdżycowych, poprawie funkcjonowania mózgu, podwyższeniu sprawności intelektualnej, zapobieganiu powstania agresji, rozładowywaniu stresu, zapobieganiu powstania osteoporozy, podwyższeniu odporności organizmu oraz na wspomaganie rozwoju małego dziecka. Aktywność fizyczna, a w zasadzie intensywność wysiłku fizycznego musi być dostosowana do wieku oraz możliwości określonego organizmu. Sprawność fizyczna natomiast zależy od wielu czynników, począwszy od przemiany metabolicznej skończywszy na indywidualnych możliwościach jednostki. Wysiłek fizyczny jest niejako aktywatorem procesów metabolicznych o charakterze ogólnoustrojowym. W młodszym wieku szkolnym aktywność fizyczna odpowiednio dostosowana, stanowi swego rodzaju inwestycję w przyszłość, pozwalającą na satysfakcję wyływającą z faktu istnienia zdrowia i dobrego samopoczucia. Nie do przecenienia jest bowiem wpływ aktywności fizycznej w procesie wspomaganie prawidłowego rozwoju fizycznego, motorycznego, ale także motorycznego, fizycznego, psychicznego, społecznego oraz intelektualnego. Dzięki aktywności fizycznej i odpowiedniemu odżywianiu, każdy organizm ma szansę funkcjonować na wysokim poziomie zdrowia. Nauczanie początkowe to wprowadzanie do życia małego dziecka nie tylko wiedzy teoretycznej. Edukacja wczesnoszkolna to także wnoszenie elementu kultury fizycznej, jej propagowanie oraz wykorzystanie do jej przebiegu elementów zabawy i humoru. Ważne jest zainteresowanie dziecka ruchem, wyzwolenie u niego naturalnej potrzeby realizacji tego co ciekawe oraz inspirujące. Można bowiem w ciekawy sposób przedstawić lub niejako zainteresować dziecko ruchem. Każde dziecko ma bowiem inne predyspozycje i każde z nich posiada unikatowe cechy, które to poprzez ich rozwijanie i systematyczne ćwiczenie, może osiągnąć sukces w danej dziedzinie sportowej. Zainteresowanie jakąś dziedziną sportu powinno zaistnieć już w najmłodszych latach, bowiem właśnie wtedy dziecko nabywa najwięcej umiejętności determinujących je do celowego działania. Rola nauczyciela w tej kwestii jest bardzo istotna i niesamowicie odpowiedzialna. „Od właściwej postawy nauczyciela zależą efekty dydaktyczne, wychowawcze, metodyczne i merytoryczne

procesu lekcyjnego. Z kolei postawa nauczyciela wychowania fizycznego będzie uwarunkowana następującymi czynnikami: osobowością nauczyciela, wiedzą merytoryczną i metodyczną, kompetencjami pedagogicznymi, stopniem awansu zawodowego, ilością i jakością przydziału pensum dydaktycznego, etapem edukacji, warunkami materialnymi szkolnej kultury fizycznej, własną sprawnością fizyczną i umiejętnościami ruchowymi, wysokością zarobków, partycypowaniu w prowadzeniu różnych dodatkowych zajęć w szkole, pełnieniu ważnych ról i funkcji w miejscu pracy, statusem rodzinnym, posiadaniu dodatkowych kwalifikacji i uprawnień, stosunku dyrekcji i grona pedagogicznego do problemów edukacji fizycznej w szkole". Praca nauczyciela prowadzącego zajęcia z dziećmi w klasach I-III jest bardzo odpowiedzialna. Tylko rzetelna nauka studentów podparta autentyczną praktyką wystosowaną przez uczelnie, może zapewnić odpowiednie wykształcenie nowych kadr pedagogicznych. Nie mogą bowiem profesje nauczycielskiej obejmować ludzie z przypadku, byle jak wykształceni, ludzie nie potrafiący wreszcie pracować z dziećmi. Nauczyciel wychowania fizycznego powinien wyróżniać się dobrą sprawnością fizyczną, posiadać dużą wiedzę z zakresu profilaktyki zdrowotnej, odżywiania i zdrowego trybu życia. Mała efektywność zajęć ruchowych może wpływać na skutek wielu czynników. Oprócz takich jak przeprowadzanie zajęć przez ludzi niekompetentnych, mających niską wiedzę oraz zbyt małe doświadczenie w pracy z dziećmi, kolejnym czynnikiem jest zła organizacja zajęć wychowania fizycznego. Zła organizacja jest natomiast czynnikiem, który rzutuje na niską efektywność lekcji ruchowych w klasach I-III. Bardzo często popełniany błąd polega na przeprowadzaniu zajęć ruchowych w ciągu dnia, powoduje to dezorganizację właściwego toku nauki. Sale gimnastyczne są zazwyczaj przepełnione i nie zawsze dostępne, natomiast nauczyciele nie mają często możliwości przebrania się w strój sportowy, gdyż przez cały czas muszą zapewnić bezpieczeństwo swym uczniom. Nie mają także możliwości korzystania z prysznic, co stanowi dyskomfort podczas trwania dalszych zajęć. W związku z tym zajęcia sportowe nie przybierają odpowiedniej formy i często polegają na spacerach lub zabawach na placach dziecięcych. W klasach I-III dydaktyka wychowania fizycznego polega głównie na ukazywaniu możliwości dziecka i wspomagania jego dalszego rozwoju. Gwarantem efektywności w kwestii wychowania fizycznego będzie z pewnością odpowiednie przygotowanie nauczyciela pod względem merytorycznym i teoretycznym, pozwalająca mu poznać

oraz zrozumieć potrzeby tej wyjątkowej grupy uczniów w zakresie ich specyficznych potrzeb ruchowych. Znamienne efekty przyniesie również bardzo dobra współpraca nauczyciela z rodzicami ucznia, natomiast nie zawsze układa się ona w sposób prawidłowy. Rolą świadomego nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej jest działanie na rzecz wzmocnienia pozycji zajęć ruchowych w klasach najmłodszych. Odpowiednie rozmowy z dyrekcją szkoły, poparte wnioskami rodziców, mogą stać się kluczem do rozwiązania tej sytuacji. Zdrowie dzieci jest sprawą priorytetową, gdyż dzieci stanowią przyszłość naszego społeczeństwa. Tylko zdrowe i sprawne fizycznie i umysłowo społeczeństwo jest gwarantem prawidłowo funkcjonującego kraju. Profilaktyka zdrowotna jawi się zatem jako czynnik godny walki chociażby miał przynieść niewielkie efekty.

Realizacja zajęć sportowych w klasach I-III Szkoły Podstawowej - cele

Dziecko w okresie nauki w klasach I-III powinno nabyć wiele umiejętności. Są to odpowiednie pokłady wiedzy z zakresu polonistyki, matematyki, przyrody, muzyki, plastyki, ale też z zakresu edukacji zdrowotnej, a także umiejętności sportowe. Oczywiście owe umiejętności zawsze muszą być dostosowane do możliwości dziecka i jego warunków psychofizycznych. Uczeń w toku edukacji wychowania fizycznego, powinien osiąść pewien zakres wiedzy oraz umiejętności takich jak: realizacja marszobiegu trwającego co najmniej piętnaście minut, umiejętność realizacji próby wysiłkowej mięśni brzucha oraz dolnego odcinka kręgosłupa, łatwość nawiązywania kontaktów społecznych i współpracy podczas zabaw i gier zespołowych, wiedzę na temat bezpieczeństwa zdrowotnego i edukacji zdrowotnej, ma świadomość szkodliwości leków stosowanych bez wiedzy rodziców, posiada wiedzę dotyczącą przybierania prawidłowej postawy w ławce, potrafi skakać przez skakankę obu nóg lub na jednej nodze, ma świadomość dbania o higienę ciała i odzieży, potrafi jeździć na rowerze i wrotkach, przestrzega zasad poruszania się na drodze, wie jakie znaczenie ma prawidłowe odżywianie oraz ruch, potrafi posługiwać się piłką, rzucać w przód, tył, koźlować, potrafi pokonywać przeszkody łatwe i trudne, zna pojęcie porażki oraz zwycięstwa, potrafi znaleźć się w trudnych sytuacjach, przestrzega zasad dotyczących użytkowania sprzętów sportowych, wykonuje ćwiczenia równoważne. Zaleca się, aby zajęcia z dziećmi były prowadzone na boisku, w sali gimnastycznej itp. Czas realizacji tego obszaru kształcenia ma być przeznaczony na rozwijanie sprawności fizycznej uczniów.

Podsumowanie

Okres edukacji wczesnoszkolnej jest czasem trudnym dla ucznia, a także dla nauczyciela. Dotyczy to także edukacji z zakresu wychowania fizycznego. Okres ten jest przełomowy w życiu dziecka, ponieważ kończy się czas beztroski, a zaczyna etap nauki. Dziecko zaczyna stopniowo wtapiać się w grupę rówieśniczą, przyjmować społeczny system wartości. Zmieniają się także dysproporcje pomiędzy nauką, za zabawą. Rozpoczynając naukę w szkole podstawowej dzieci są w wieku, który bywa nazywany okresem dziecka doskonałego. Biorąc pod uwagę rozwój motoryczny uczniowie w klasach I-III z bardzo dużą łatwością są w stanie opanować nowe umiejętności ruchowe, jednocześnie osiągając bardzo wysoki poziom. W ich zachowaniu dominuje bardzo duża spontaniczność ruchowa, co umiejętnie ukierunkowane przez nauczyciela prowadzącego przedmiot wychowanie fizyczne stwarza duże możliwości do wszechstronnego rozwoju psychoruchowego. W tym czasie bardzo istotny jest odpowiedni dobór metod pracy. Mając na uwadze perspektywę planów powszechnego obowiązku rozpoczynania edukacji szkolnej przez dzieci w wieku lat sześciu nie można zapominać, że w działaniach ruchowych dzieci te charakteryzować będzie bardzo duża spontaniczność ruchowa a jednocześnie niezbyt dobrze rozwinięta sprawność manualna. W związku z tym bardzo ważny jest właściwy dobór metod i form pracy, które pozwolą prawidłowo zrealizować założenia podstawy programowej. Słusznie określa się, że to nauczyciel prowadzący zajęcia ma największy wpływ na uczniów także pod względem nauczania z zakresu kultury fizycznej. Nauczyciel ma możliwość wyboru metod, dzięki którym edukacja zdrowotna może w pełni istnieć. Nauczyciel może zaproponować i zaprosić na lekcję osoby, które na co dzień zajmują się problematyką zdrowia, bezpieczeństwa czy też żywienia. Jednakże warto pamiętać, że wychowawca klasy jest dla dzieci największym autorytetem, dlatego też ma największe możliwości, aby zaszczerpić w dzieciach prawidłowe nawyki zdrowotne. Dlatego tak ważne i istotne jest, aby nauczyciel prowadził zajęcia wychowania fizycznego w odpowiednim stroju właściwym do sytuacji, w jakiej przebiega lekcja (sala gimnastyczna, zajęcia terenowe, pływalnia). Nauczyciele prowadzący zajęcia w klasach integracyjnych, dla przykładu, mogą zainspirowani niejako problemami zdrowotnymi swoich wychowanków, zainicjować takie zajęcia z zakresu kultury fizycznej, które w jakiś sposób zainspirują uczniów zdrowych,

a dzieciom chorym dadzą możliwość poprzez specyficzne zajęcia odczucia wyjątkowości i oryginalności. „Problematykę niepełnosprawności pozwalają poruszyć lekcje z elementami m.in. gimnastyki oraz gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej. Dzieci w wieku wczesnoszkolnym dużo szybciej zrozumieją istotę niepełnosprawności doświadczając ograniczeń ruchowych na własnym przykładzie. odpowiednio dobrane lub zmodyfikowane ćwiczenia, zadania, gry i zabawy ruchowe połączone ze stosownymi objaśnieniami przed lub po ich wykonaniu pozwolą na osiągnięcie celów związanych wyłącznie z aktywnością ruchową, lecz posiadać będą bardzo duży aspekt edukacji społecznej. Uczniowie z klas I-III powinni także nabrać, pod wpływem zajęć wychowania fizycznego, pewnych nawyków, które na zawsze pozostaną w ich życiu i będą na nie miały znaczący wpływ. Jednym z nich jest zdobyty nawyk polegający na dobraniu właściwego stroju do podejmowanej aktywności fizycznej: Kluczowym elementem tego zagadnienia jest kształtowanie wśród uczniów postawy prozdrowotnej, której jedną z najważniejszych części jest wyrobienie nawyku doboru właściwego stroju do podejmowanych czynności ruchowych. na tym etapie edukacyjnym zaniedbania rzutują na postawę uczniów w czasie lekcji wychowania fizycznego w dalszym okresie szkolnym. Przestrzeganie zasady higieny stroju sportowego może stanowić pewną niedogodność ze względu na to, że dzieci często przebierają się w salach lekcyjnych i uczniowie mogą odczuwać pewien dyskomfort ze względu na brak możliwości swobodnego przebrania się. Jednakże warto poświęcić więcej czasu na tę część organizacyjną tak żeby każdy mógł bez przeszkód uczestniczyć w lekcji a przyczyną absencji w zajęciach były tylko przyczyny zdrowotne a nie zaniedbania w przygotowaniu do zajęć. W tym momencie trzeba także wspomnieć o bardzo istotnej kwestii zajęć korekcyjnych nauczyciel może na bieżąco korygować wadliwą pozycję ucznia w czasie siedzenia w ławce, wykorzystując bogaty wachlarz ćwiczeń elongacyjnych, oddechowych czy też antygravitacyjnych. Ćwiczenia śródlekcyjne spełniają również funkcję relaksacyjną przeciwdziałając zmęczeniu występującemu w ciągu zajęć, funkcję dydaktyczną wyrabiając nawyk aktywnego wypoczynku i regeneracji sił w czasie aktywności umysłowej oraz funkcję stymulacyjną pozwalającą na poprawę czynności wegetatywnych. Ważną sprawą jest także wybór odpowiednich narzędzi służących do inicjowania, a także prowadzenia zajęć fizycznych. Równie istotnym aspektem jest wykorzystywanie w czasie lekcji wychowania fizycznego jak największej liczby przyborów typowych,

jak i nietypowych. Uczeń dzięki temu zdobędzie wiedzę i umiejętności właściwego ich doboru w zależności od charakteru gry czy też zabawy, miejsca w jakim zabawa ta się odbywa, liczby uczestników itp. Duży wachlarz działań ruchowych prowadzonych przez nauczyciela pozwoli uczniowi na poznanie zasad bezpieczeństwa w czasie aktywności ruchowej w zależności od ich rodzaju. Zapoznając dzieci z zagrożeniami wynikającymi z niewłaściwych sposobów organizacji zabawy trzeba przekazać, jak należy postępować gdy dojdzie do urazu czy niedyspozycji wynikającej z nieprawidłowego dozowania wysiłku, do kogo zwrócić się po pomoc itp. W zakresie sportów całego życia, należy tak postępować w czasie zajęć aby zmotywować i zainspirować te jednostki, które nie interesują się sportem i wytworzyć u nich zaciekawienie i chęć na skutek zainteresowania różnymi niezwykłymi narzędziami wykorzystywanymi na zajęciach wychowania fizycznego. Także odpowiednio dobrane formy pracy z grupą stwarzają nauczycielowi nie lada wyzwanie, ale odpowiednio zorganizowane mogą uaktywnić nawet najbardziej zdezorientowane na boisku jednostki: Należy tak realizować zagadnienia podstawy programowej, aby uczeń potrafił umiejętnie poruszać się po boisku (w zależności od rodzaju gry sportowej) wykorzystując w tym celu np. zabawy orientacyjno-porządkowe, potrafił rzucać do celu różnymi przyborami zabawy rzutne itd. Podczas nauki dzieci jazdy na rowerze lub na rolkach trzeba bezwarunkowo położyć nacisk na bezpieczeństwo dzieci. Jeżeli lekcja odbywa się na boisku szkolnym może wystąpić problem z panowaniem i kontrolą nad klasą, to-też warto jest zastosować podział klasy w formie zespołów z dodatkowymi zadaniami. Pozwala to zindywidualizować zajęcia, zapewniając jednocześnie większe bezpieczeństwo uczniom. wskazane jest, aby zespoły nie były stałe a uczniowie podnosząc swoje umiejętności mogli wykonywać zadania o wyższej trudności. Gdy lekcja o tym charakterze odbywa się poza terenem szkoły, konieczne jest zapewnienie odpowiedniej liczby opiekunów. Liczba uczniów w klasach generalnie waha się między 25 a 30, nauczyciel nie jest w stanie sam zapewnić uczniom poruszającym się na rowerach bezpieczeństwa. Tak liczna grupa musi być podzielona na dwie kolumny, a odstęp między nimi powinien wynosić 200. Świetnym pomysłem na realizację zabaw w terenie jest szereg zabaw usytuowanych w terenie, zapewniających dzieciom wspaniałą przygodę, doskonały wszechstronny ruch, a także fascynująco i ciekawie spędzony czas. Zabawa taka jednak powinna być właściwie organizacyjnie przygotowana i drobiazgowo

przemyślana. Taki rodzaj aktywności zapewnia dzieciom mnóstwo rozrywki, a przede wszystkim zdrowego ruchu na świeżym powietrzu. Zważywszy na obecną trudną sytuację pandemiczną na świecie spowodowaną licznymi zakażeniami koronawirusem, powstaje wiele pytań dotyczących pracy z dziećmi w tym trudnym okresie. Wiele zadań edukacyjnych jest przekazywanych zdalnie, dzieci otrzymują przygotowane przez nauczycieli zestawy ćwiczeń za pośrednictwem działalności platform edukacyjnych takich jak Google team czy też Moodle, czy też Librus, które muszą zrealizować. Nie jest to zadanie proste bowiem kontakt z dzieckiem w tym okresie jest bardzo mocno ograniczony. Oczywiście, wiele zadań z tego zakresu jest wypełnianych przez uczniów młodszych klas, ale pod warunkiem, że w sposób czynny włączają się w ten proces rodzice. Informacje dotyczące koronawirusa także powinny być przekazywane za pomocą platform edukacyjnych, ale powinny być to informacje dobrze przygotowane, starannie dobrane do wieku i we właściwy sposób sporządzone. Dzieci muszą mieć świadomość profilaktyki, a także posiadać wiedzę dotyczącą obecnie występującego, jeszcze nie do końca poznanego zjawiska chorobowego.

Piśmiennictwo

1. Bogdanowicz M., *Integracja percepcyjno-motoryczna*. Teoria, diagnoza, terapia. Warszawa 2005. S. 14-16.
2. Hoffmann B., *Surpedagogika* Warszawa PWN 1987.
3. Hulka A., (red.) *Pedagogika rewalidacyjna* Warszawa PWN 1977.
4. Jabłoński L. (2000), *Mierniki zdrowia*, [w:] Kulik T.B., Wrońska I., *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej.
5. Jastrząb J., (1995), *Zaspokajanie potrzeb edukacyjnych*, „Wychowanie na co dzień.”
6. Juchnowicz M., *Najlepsze praktyki w zarządzaniu kapitałem ludzkim*, Warszawa 2011.
7. Kwiatkowska H., *Edukacja Nauczycielska*, Warszawa 1996.
8. Ministerstwo Edukacji Narodowej (2009) Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum, t. 8.
9. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej w tym dla uczniów

z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla szkoły branżowej I go stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej, DZ.U.2017, poz.356.

10. Skalski D., Kowalski D., Ostrowski A., Makar P., Stanula A., *Dewiacje w sporcie wyczynowym a ich wpływ na edukację zdrowotną*, W: Medycyna i zdrowie: wybrane aspekty ratownictwa. T. 4 / red. nauk. D. Skalski, B. Duda-Biernacka, D. Kowalski, R. Zwara.
11. Słońska Z., Misiuna M., *Promocja zdrowia*. Słownik podstawowych terminów, Warszawa: Agencja Promo-Lider.
12. Spionek H., *Zaburzenia rozwoju uczniów, a niepowodzenia szkolne*, Warszawa PWN 1981.
13. Woolfolk A., Hughes M., Walkup V. *Psychology in education*. London 2008.
14. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2011.

Źródła internetowe

15. http://www.bc.ore.edu.pl/Content/406/wychowanie_fizyczne-poradnik_dla_nauczyciela.pdf z dnia 25.01.2022

PROBLEMATYKA RÓŻNIC KULTUROWYCH MNIEJSZOŚCI ROMSKIEJ W OCENIE PERSONELU MEDYCZNEGO

ПРОБЛЕМА КУЛЬТУРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ РОМСКОЇ МЕНШИНИ В ОЦІНЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

THE PROBLEM OF CULTURAL DIFFERENCES OF THE ROMA MINORITY IN THE ASSESSMENT OF THE MEDICAL STAFF

Ewa Zieliński¹, Jakub Banaszak²

¹ *Katedra Medycyny RATUNKOWEJ Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu*

² *Koło Naukowe Medycyny Ratunkowej Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu*

Słowa kluczowe: mniejszość romska, udzielanie pomocy, odmienność kulturowa, personel medyczny.

Ключові слова: ромська меншина, надання допомоги, культурна різноманітність, медичний персонал.

Key words: roma minority, providing help, cultural diversity, medical staff.

Streszczenie

Problematyka różnic kulturowych mniejszości romskiej w ocenie personelu medycznego jest problemem, z którym styka się personel medyczny podczas udzielania pomocy. Szacuje

się, że w Unii Europejskiej zamieszkuje nawet 8 milionów Romów. Ze względu na ułatwienia związane z migracją w granicach Unii oraz możliwością korzystania z opieki medycznej w każdym z państw członkowskich polska służba zdrowia może liczyć się z coraz częstszym pojawianiem się pacjentów należących do mniejszości romskiej.

Celem pracy było zebranie informacji dotyczących wiedzy pracowników opieki medycznej o odmienności kulturowej Romów, w kontekście udzielania świadczeń medycznych.

Metodą badawczą zastosowaną w pracy była ankieta, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety, skonstruowany na potrzeby tego badania, w formie elektronicznej. Badania przeprowadzono wśród personelu medycznego, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej właściwego Uniwersytetu, w którym prowadzone było badanie. Uzyskane wyniki opracowano statystycznie za pomocą programu Excel.

Резюме

Питання культурних відмінностей ромської меншини, на думку медичного персоналу, є проблемою, з якою стикається медичний персонал під час надання допомоги. За оцінками, в Європейському Союзі проживає до 8 мільйонів ромів. Завдяки полегшенням, пов'язаним з міграцією в межах ЄС, і можливості користування медичною допомогою в кожній із держав-членів, польська служба охорони здоров'я може очікувати все більш частого прибуття пацієнтів, які належать до ромської меншини.

Метою дослідження було зібрати інформацію про знання медичних працівників про культурне розмаїття ромів у контексті надання медичних послуг.

Методом дослідження, використаним у роботі, було опитування, а інструментом дослідження – анкета опитування, складена для цілей даного дослідження, в електронному вигляді. Дослідження проводилося серед медичного персоналу після отримання згоди Комітету з біоетики відповідного університету, де проводилося дослідження. Отримані результати були статистично оброблені за допомогою програми Excel.

Summary

The issue of cultural differences of the Roma minority, in the opinion of medical staff, is a problem faced by medical staff while providing assistance. It is estimated that up to 8 million Roma live in the European Union. Due to the facilitations related to migration within the EU and the possibility of using medical care in each of the Member States, the Polish health service can expect more and more frequent arrivals of patients belonging to the Roma minority.

The aim of the study was to collect information on the knowledge of medical care workers about the cultural diversity of the Roma in the context of providing medical services.

The research method used in the work was a survey, and the research tool was a survey questionnaire, constructed for the purposes of this study, in electronic form. The study was conducted among medical staff, after obtaining the consent of the Bioethics Committee of the relevant University where the study was conducted. The obtained results were statistically processed using Excel.

Charakterystyka mniejszości romskiej

Romowie jako grupa etniczna wywodzą się z Indii, współcześnie zamieszkują liczne kraje. Emigrację rozpoczęli około 1000 r. n. e., rozproszyli się po całym świecie, szczególnie w Europie i na Bliskim Wschodzie [6].

Romowie przez wieki byli prześladowani przez społeczeństwa europejskie. Ucierpieli przez stereotypy, z których można wyróżnić dwa główne. Pierwszy dotyczący ich wolności, podróży, miłości do folkloru oraz drugi związany z domniemana działalnością kryminalną dotyczącą kradzieży, porywania dzieci a także żebractwem, biedą i unikaniem edukacji. Przez niezrozumiały język jakim posługują się Romowie a także praktykowaniem magii, wróżenia i rzucania klątw [11]. Inną przyczyną dyskryminacji tej grupy etnicznej jest zamknięcie Romów na osoby nieżyjące według ich zasad, osoby spoza grupy. Rom poza rodziną i rodem nie istnieje, małżeństwa romskie są patrylokalne – małżonkowie zamieszkują w domu męża [1].

Pierwsza wzmianka o przebywaniu Romów w Polsce pojawiła się w Krakowskim dokumencie z 1401 roku. To wtedy pierwsi Romowie zamieszkiwali tereny Karpat, dziś ich potomków nazywa się Romami Karpackimi. W XVI w. do Polski, z Niemiec, napływali Romowie należący do Polska Roma. Pod koniec XIX w. z terenu dzisiejszej Rumunii zaczęli się przesiedlać Kalderari – kotlarze oraz Lovari – handlarze koni [4]. Romowie najczęściej przejmują dominującą religię kraju w którym się osiedlili, dlatego też w Polsce, większość Romów należy do Kościoła Rzymskokatolickiego. Choć wśród nich można spotkać wyznawców prawosławia, Świadców Jehowy oraz Zielonoświątkowców. Pomimo znacznego wpływu religii na życie Romów, niepomijalną rolę pełnią magia, wiara w moc uroków, talizmanów, amuletów klątw i uzdrawiających rytuałów [16]. Wierzenia Romów opierają się na synkretyzmie,

tj. łączeniu elementów tradycji własnych, religijnych, pogańskich oraz hinduistycznych [5].

Romowie posiadają własną flagę i hymn, zaprezentowane zostały one w trakcie pierwszego Światowego Kongresu Romów w Londynie, w 1971 roku. Czwarty Kongres miał miejsce w Polsce w miejscowości Jadwisina koło Warszawy, co skazuje na duże znaczenie polskich Romów na świecie. Międzynarodowa Unia Romów została przyjęta w poczet członków obserwatorów do ONZ w 1993 roku [8].

Szacuje się, że w związku z poszerzaniem granic UE, w obrębie jej granic znajduje się nawet 8 milionów Romów. Ze względu na ułatwienia związane z migracją w granicach Unii oraz możliwością korzystania z opieki medycznej w każdym z państw członkowskich polska służba zdrowia może liczyć się z coraz częstszym pojawianiem się pacjentów należących do mniejszości romskiej [11].

Romanipen

Jedną z najważniejszych zasad panujących wśród Romów jest zachowanie romanipen (cygańskości, romskości). Zasada ta nakazuje manifestację najwyższej wartości – cygańskości, poszanowania języka i używania go w stosunku do innych Romów, dumy z pochodzenia, przestrzegania rytuałów i tradycji. Wartości te zdecydowały o przetrwaniu Romów jako odrębnej wspólnoty. Cygańskość to także bezwzględna lojalność wobec grupy, poczucie odpowiedzialności, zaufanie i wierność. Nie bez znaczenia jest również hierarchia w rodzinie. Największym autorytetem obdarza się najstarszych członków wspólnoty. To właśnie wiek decyduje o stopniu na drabinie hierarchii. Starsi decydują o tym co jest właściwe, są źródłem wiedzy o zasadach grupy. Warto podkreślić jest to, że normy kulturowe Romów są oparte jedynie o ich środowisko i nie dotyczą nie-Romów [14].

Godne życie Roma, które nie narusza Romanipen, jest gwarantem szacunku rodaków, wsparcia z ich strony. Trudno określić wszystkie zasady zaliczane do romanipen. Szczególnie dla gadzia, nie-Roma, z uwagi na ewentualne skalenie i wyłączenie ze społeczności Roma, który dopuścił się ujawnienia tajemnic [9].

Przestrzeganie tej zasady prowadzi do wyobcowania Romów, którzy unikają kontaktów z gadziami, czyli osobami nienależącymi do mniejszości, często nimi gardząc. To dzięki stosowaniu zasad Romanipen Romowie przetrwali jako odrębna wspólnota pomimo ich synkretycznej religijności [11].

Skalania

Istotną funkcję w życiu Romów pełnią skalania, Romowie dzielą świat na czysty – wyzho oraz nieczysty, skalany – marime, stosują ten podział nie tylko odnosząc się do świata zewnętrznego, części ciała, ale także jako sankcje za przekroczenie zasad Romanipen [2]. Ciało człowieka podzielone jest na dwie połowy odgraniczone na wysokości pępka. Połowa górna jest czysta, natomiast dolna nie. Do nieczystości należą wszelkie nieczystości, wydzieliny oraz włosy i paznokcie, które nie są już częścią ciała. Zwłaszcza kobiety w wieku rozrodczym są źródłem „nieczystości”. Ich dolna połowa ciała oraz wszelkie rzeczy, które mają z nią bezpośredni kontakt tzn. buty oraz bielizna. Jedynym usprawiedliwieniem ich dotykania jest potrzeba spółdzenia potomstwa [12]. To dlatego wśród kobiet romskich powszechne są wielowarstwowe spódnice mające za zadanie osłonić dolną część ciała, dodatkowym ich atutem jest ciągle podkreślanie romskości. Prowadzi to również do pewnego rodzaju obrony kobiecej czci i jest w rękach kobiet używane jako broń do kontroli mężczyzn. Zasady Skalania są źródłem niższego statusu kobiet w świecie Romów [13]. Mężczyznom zabronione jest używanie tej samej zastawy stołowej co kobiety, a ubrania powinny być prane z uwzględnieniem podziału płci. Skalane są też wszystkie przedmioty mające kontakt z dolną partią ciała, kobiety w ciąży, zawody, które wymagają kontaktu z marime, np. zawody medyczne, grabarz, śmieciarz, sprzątac [10, 5].

Pojęcie skalania kategoryzuje zachowania, przedmioty, osoby, czas i przestrzeń na to, co jest czyste i na to, co jest nieczyste. Wyraża się to w rozdzieleniu ciała „wyższego” (od pasa w górę) i ciała „niższego” (od pasa w dół), ciała wewnętrznego od ciała zewnętrznego, przestrzeni wewnętrznej od zewnętrznej, Romów od nie-Romów. Tym samym sprowadza się do fundamentalnego w społecznościach romskich wartościowania wszelkich zachowań związanych ze spożywaniem pokarmów, higieną, wiekiem, płcią oraz funkcjonowaniem grup romskich w społeczeństwie [10].

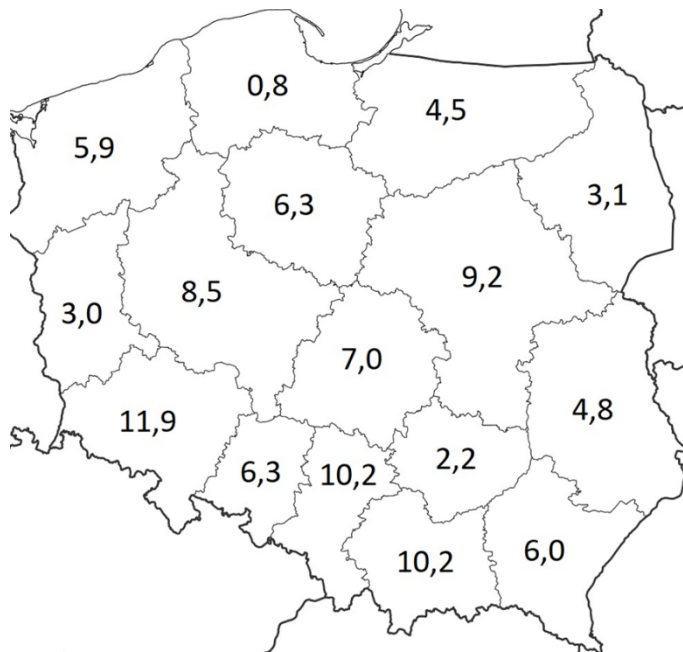
Współcześnie coraz częściej obserwuje się rozluźnienie wartości tradycyjnych wśród Romów. Kontakty z gadzio zawsze były jak najbardziej ograniczane do niezbędnego minimum. Jednak zasada ta obecnie zostaje zmieniana na wyraźne i świadome poczucie rozdzielności. Romowie zauważają, że nie da się żyć w odseparowaniu od całości społeczeństwa [7].

Język romski i sytuacja prawna Romów w Polsce

Wywodzący się z sanskrytu język indoeuropejski. Ukształtowany około XI wieku dzięki migracji Romów z Środkowej Azji. Bardzo duża liczba dialektów nie pozwala na wyznaczenie standardu języka, badacze wyróżnili prawie 60 różnych dialektów języka romani [3]. Na świecie posługuje się nim niecałe 5 mln ludzi, najczęściej jako drugim językiem. W Polsce wg Spisu powszechnego z 2011 roku językiem romskim posługuje się 14468 osób, w tym 2309 osób używa go jako języka głównego [15].

Romowie należą do jednej z czterech mniejszości etnicznych w Polsce uznanych przez polskie prawo. Pozostałymi mniejszościami etnicznymi są Łemkowie, Tatarzy oraz Karaimi. Podczas narodowego spisu powszechnego przeprowadzonego w 2011 roku przynależność do mniejszości romskiej zadeklarowało 17049 obywateli z czego 9899 jako jedyną [15]. W porównaniu do spisu z roku 2002 liczebność tej mniejszości wzrosła o 3 994 osoby. Różnice mogą wynikać ze zwiększenia się liczby osób ale także ze zmiany ustalania przynależności etnicznej w porównaniu do poprzednich spisów, w których respondenci mogli zaznaczyć jedynie jedną narodowość. Nie jest możliwe dokładne ustalenie liczby Romów w Polsce z uwagi na nieufność do przedstawicieli władz a także migracji do państw Europy Zachodniej [14].

Poniżej na rys. 1 przedstawiono Romów w ujęciu procentowym mieszkających w poszczególnych województwach Polski.



Rycina 1. Procent Romów mieszkających w województwach w Polsce[14]

Podstawowe prawa mniejszości narodowych zapewnia artykuł 35 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, mówiący w ustępie 1.:

„Rzeczpospolita Polska zapewnia obywatelom polskim należącym do mniejszości narodowych i etnicznych wolność zachowania i rozwoju własnego języka, zachowania obyczajów i tradycji oraz rozwoju własnej kultury” [17].

oraz w ustępie 2.:

„Mniejszości narodowe i etniczne mają prawo do tworzenia własnych instytucji edukacyjnych, kulturalnych i instytucji służących ochronie tożsamości religijnej oraz do uczestnictwa w rozstrzyganiu spraw dotyczących ich tożsamości kulturowej” [17].

Z kolei Artykuł 13. Konstytucji zakazuje istnienia organizacji, których działalność dopuszcza nienawiść rasową i narodowościową [17].

Rozwinięciem artykułu 35. Konstytucji jest Ustawa o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym. Dzięki której ludność romska została wyodrębniona jako mniejszość etniczna. Ustawa ta zabrania stosowania środków

w kierunku asymilacji osób należących do mniejszości wbrew ich woli, reguluje także realizację zasady równego traktowania wobec mniejszości.

„3. Mniejszością etniczną, w rozumieniu ustawy, jest grupa obywateli polskich, która spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) jest mniej liczebna od pozostałej części ludności Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) w sposób istotny odróżnia się od pozostałych obywateli językiem, kulturą lub tradycją;
- 3) dąży do zachowania swojego języka, kultury lub tradycji;
- 4) ma świadomość własnej historycznej wspólnoty etnicznej i jest ukierunkowana na jej wyrażanie i ochronę;
- 5) jej przodkowie zamieszkiwali obecne terytorium Rzeczypospolitej Polskiej od co najmniej 100 lat;
- 6) nie utożsamia się z narodem zorganizowanym we własnym państwie.

4. Za mniejszości etniczne uznaje się następujące mniejszości:

- 1) karaimską;
- 2) łemkowską;
- 3) romską;
- 4) tatarską." [18]

Państwo Polskie prowadzi politykę antydyskryminacyjną wobec Romów oraz innych mniejszość etnicznych poprzez wprowadzenie i nowelizację aktów prawnych takich jak kodeks pracy, w którym zakazuje dyskryminacji na pochodzenie etniczne [19]. Ustawa o równym traktowaniu zakazuje dyskryminacji w dostępie do opieki medycznej, oświaty, pomocy społecznej [20]. Kodeks karny penalizuje przestępstwa o tle narodowościowym [21].

Cel pracy

Zebranie informacji dotyczących stosunku pracowników opieki medycznej do pacjenta mniejszości romskiej. Niniejsze badanie pozwoli na ocenę wiedzy, a także postępowanie wobec tej mniejszości przez pracowników ochrony zdrowia. W pracy określono szczegółowe cele badawcze:

- Określenie znajomości różnic kulturowych w opiece nad pacjentem należącym do mniejszości romskiej przez pracowników ochrony zdrowia.

Aby zrealizować cele pracy sformułowano następujące pytania badawcze:

- Jaka jest znajomość różnic kulturowych w opiece nad pacjentem należącym do mniejszości romskiej u pracowników ochrony zdrowia?

Niniejsze badanie pozwoli określić kulturowe przygotowanie pracowników ochrony zdrowia do opieki nad pacjentem należącym do mniejszości romskiej, a jego wyniki mogą posłużyć kierownikom jednostek oraz przedstawicielom uczelni wyższych do zwrócenia uwagi na problem opieki nad pacjentem mniejszości romskiej.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w okresie 15.10.2021 do 10.11.2021.

Badano pracowników ochrony zdrowia mających kontakt z pacjentem należącym do mniejszości romskiej w liczbie 138 osób. Do badań zakwalifikowano grupy: lekarzy w liczbie 15, pielęgniarek w liczbie 96 i ratowników medycznych w liczbie 27. Ankietowani z tych grup zawodowych, jako jedyni poprawnie uzupełnili ankiety internetowe. Metodą badawczą zastosowaną w pracy była ankieta, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety, skonstruowany na potrzeby tego badania, w formie elektronicznej. Odpowiedzi badanych zostały zebrane na dysku połączonym z formularzem, na którym nie było wymagane logowanie. Zapewniło to anonimowość grupy badanej. Informacje o możliwości wypełnienia ankiety były rozpowszechniane za pomocą portali społecznościowych w grupach zrzeszających pracowników ochrony zdrowia. Udział w badaniu był dobrowolny, zaproszono wyłącznie pełnoletnich uczestników.

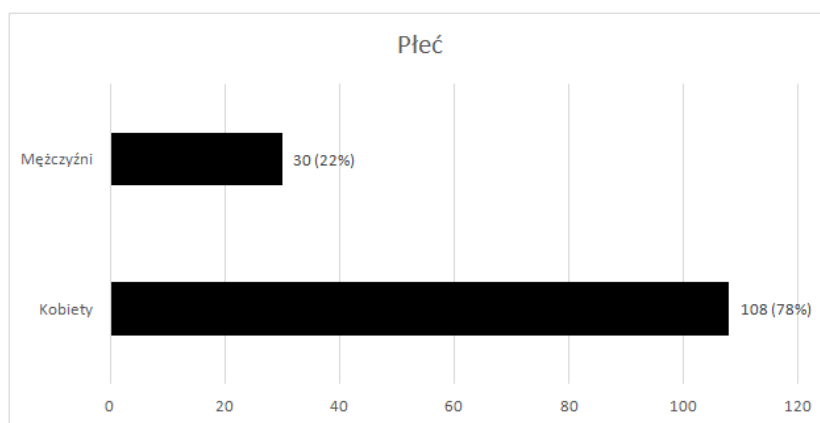
Na przeprowadzenie badania zgodę wydała Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy (KB 462/2021).

Wyniki

W badaniu wzięło udział 138 osób, 108 z nich to kobiety (78%), 30 to mężczyźni (22%), co przedstawiono w tabeli 1, oraz w formie wykresu na rycinie 1.

Tabela 1. Deficyty

Płeć	Liczba osób deklarujących	%
Kobiety	108	78%
Mężczyźni	30	22%
Razem	138	100%

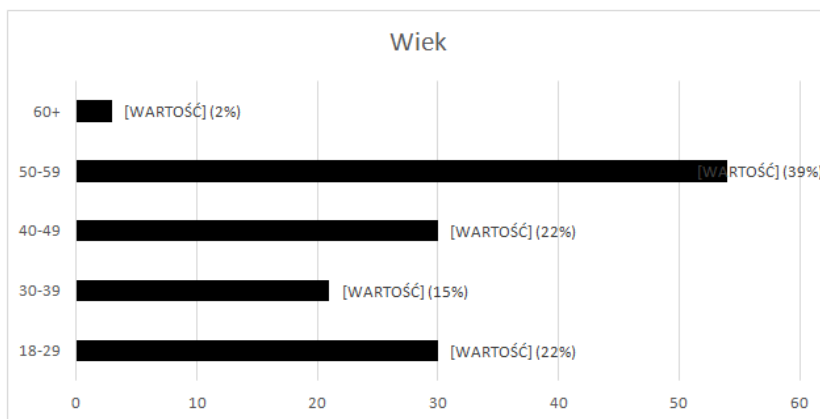


Rycina 1. Płeć

Wiek badanych został uwzględniony w przedziałach, wyniki znajdują się w tabeli 2 oraz na wykresie na rycinie 2.

Tabela 2. Wiek badanych

Wiek	Liczba osób deklarujących	%
18-29	30	22%
30-39	21	15%
40-49	30	22%
50-59	54	39%
60+	3	2%
Razem	138	100%



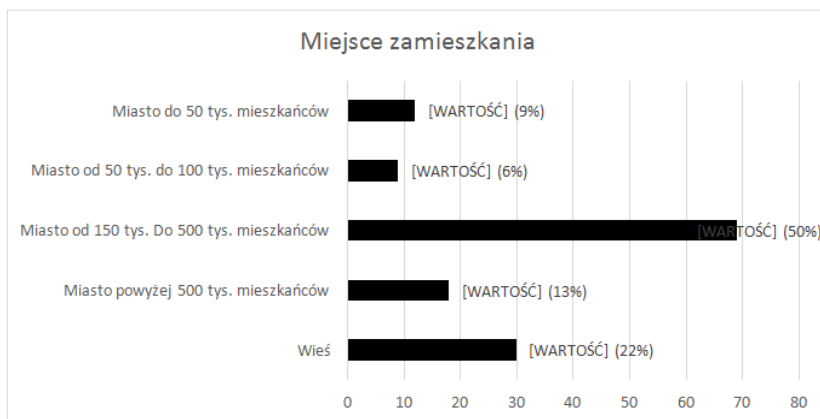
Rycina 2. Wiek

Najczęściej deklarowanym wiekiem badanych był wiek, należący do przedziału 50-59 lat (n=54 39%), w kolejności malejącej pozostałymi odpowiedziami były kolejno przedziały 40-49 lat (n=30, 22%) oraz 18-29 lat (n=30, 22%), 30-39 (n=21, 15%). Najmniej liczną grupą badanych była grupa w wieku powyżej 60 lat (n=3, 2%).

Uwzględniono również miejsce zamieszkania badanych, wyniki przedstawiono w tabeli 3 oraz, w formie wykresu, na rycinie 3.

Tabela 3. Miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Liczba osób deklarujących	%
Wieś	30	22
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	18	13
Miasto od 150 tys. Do 500 tys. mieszkańców	69	50
Miasto od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców	9	6
Miasto do 50 tys. mieszkańców	12	9
Razem	138	100

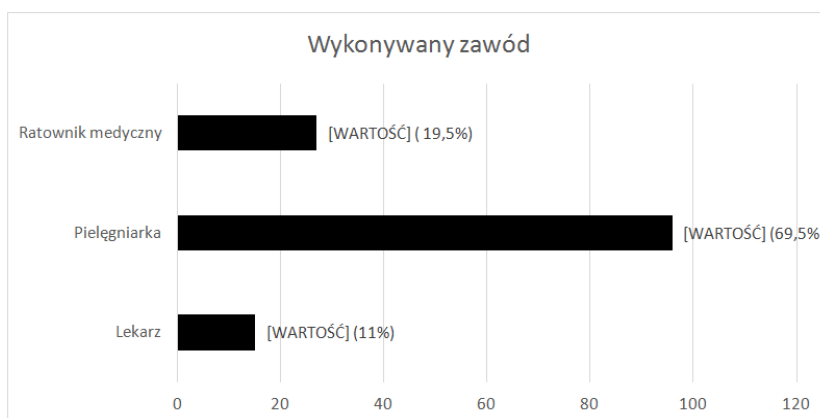


Rycina 3. Miejsce zamieszkania

W kwestionariuszu ankiety zawarto pytanie o wykonywany zawód respondentów, uzyskane odpowiedzi ukazano za pomocą tabeli 4 oraz za pomocą wykresu na rycinie 4.

Tabela 4. Wykonywany zawód

Wykonywany zawód	Liczba osób deklarujących	%
Lekarz	15	11
Pielęgniarka	96	69,5
Ratownik medyczny	27	19,5
Razem	138	100



Rycina 4. Wykonywany zawód

Pomimo kierowania ankiety do następujących grup zawodowych: Lekarze, Pielęgniarki, Ratownicy medyczni, Położne, Fizjoterapeuci, Sanitariusze, w ankiecie wzięli udział przedstawiciele jedynie trzech pierwszych zawodów. Wykonywanie zawodu lekarza zadeklarowało 15 badanych (11%), zawodu ratownika medycznego 27 (19,5%), a pielęgniarki 96 (69,5%).

By zbadać znajomość zasad jakimi rządzą się grupy romskie zapytano respondentów „Czy jest Pan/Pani zaznajomiony/a z kodeksem Romanipen i Mageripen, według których żyją przedstawiciele mniejszości romskiej?”. Odpowiedzi przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Czy jest Pan/Pani zaznajomiony/a z kodeksem Romanipen i Mageripen, według których żyją przedstawiciele mniejszości romskiej?

Czy jest Pan/Pani zaznajomiony/a z kodeksem Romanipen i Mageripen, według których żyją przedstawiciele mniejszości romskiej?	Odpowiedź	liczba osób deklarujących	%
		tak	9
	nie	129	93%
	Razem	138	100%

Przeważająca liczba ankietowanych – 129 (93%) odpowiedziała przecząco na to pytanie, twierdząco odpowiedziało 9 (7%) respondentów.

Kolejne pytanie zawarte w kwestionariuszu ankiety brzmiało „Czy podczas pierwszego kontaktu z pacjentem należącym do mniejszości romskiej zbiera Pan/Pani informacje na temat potrzeb kulturowych pacjenta?”. Odpowiedzi z uwzględnieniem grupy zawodowej ankietowanych znajdują się w tabeli 6, a odpowiedzi z uwzględnieniem przedziałów wiekowych w tabeli 7.

Tabela 6. Czy podczas pierwszego kontaktu z pacjentem należącym do mniejszości romskiej zbiera Pan/Pani informacje na temat potrzeb kulturowych pacjenta?

– *zawód*

Czy podczas pierwszego kontaktu z pacjentem należącym do mniejszości romskiej zbiera Pan/Pani informacje na temat potrzeb kulturowych pacjenta?								
Wykonywany zawód	Lekarz		Pielęgniarka		Ratownik medyczny		Suma	
pozycja	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	0	0	30	31	6	22	36	26
Nie	15	100	66	69	21	78	102	74
Razem	15	100	96	100	27	100	138	100

Warto zauważyć, że wszyscy ankietowani lekarze odpowiedzieli przecząco na to pytanie. Wśród pielęgniarek 69% (n=66) również odpowiedziało przecząco, twierdząco natomiast 31% (n=30). Ratownicy zaznaczyli odpowiedź „Nie” w 78% (n=21), natomiast „Tak” w 22% (n=6).

Tabela 7. Czy podczas pierwszego kontaktu z pacjentem należącym do mniejszości romskiej zbiera Pan/Pani informacje na temat potrzeb kulturowych pacjenta?

– *wiek*

Czy podczas pierwszego kontaktu z pacjentem należącym do mniejszości romskiej zbiera Pan/Pani informacje na temat potrzeb kulturowych pacjenta?						
Pozycja	Tak		Nie		Suma	
Wiek (lata)	liczba	%	liczba	%	liczba	%
18-29	3	10	27	90	30	100
30-39	9	43	12	57	21	100
40-49	24	80	6	20	30	100
50-59	18	33	36	67	54	100
>60	0	0	3	100	3	100
Razem	54		84		138	

Warto zauważyć, że informacje o potrzebach kulturowych pacjenta najczęściej zbierają osoby w wieku należącym do przedziału 40-49 lat (80%, n=24). Najrzadziej ankietowani w wieku 18-29 lat (90%, n=27). Ankietowane osoby w wieku 30-39 lat odpowiedziały, że zbierają informację o potrzebach kulturowych pacjenta w 43% (n=9). Osoby w wieku 50-59 lat odpowiedziały twierdząco na powyższe pytanie w 33% (n=18). Z kolei żadna z osób z grupy wiekowej powyżej 60 lat nie odpowiedziała na zadane pytanie „Tak”.

Zapytano również „Czy zdarza się, że pacjent należący do mniejszości romskiej twierdzi, że nie wymaga uwzględniania różnic wynikających ze zwyczajów w kulturze romskiej w trakcie procesu terapeutycznego?” Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 60 (43%) badanych, przeczącej 78 (57%) badanych. Osoby, które odpowiedziały „Tak” na zadane pytanie poproszono o określenie częstotliwości występowania tego zjawiska, odpowiedzi przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Jak często zdarza się, że pacjent należący do mniejszości romskiej twierdzi, że nie wymaga uwzględniania różnic wynikających ze zwyczajów w kulturze romskiej w trakcie procesu terapeutycznego?

Jak często zdarza się, że pacjent należący do mniejszości romskiej twierdzi, że nie wymaga uwzględniania różnic wynikających ze zwyczajów w kulturze romskiej w trakcie procesu terapeutycznego?		
Odpowiedź	Liczba osób deklarujących	%
Rzadko	24	40%
Czasami	21	35%
Często	6	10%
Bardzo często	3	5%
Zawsze	6	10%
Razem	60	100%

Spośród osób, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie, najwięcej (n=24,40%) udzieliło odpowiedzi „Rzadko”, 21 (35%) ankietowanych odpowiedziało „Czasami”,

„Często” zdarza się, że pacjent należący do mniejszości romskiej twierdzi, że nie wymaga uwzględniania różnic wynikających ze zwyczajów w kulturze romskiej w trakcie procesu terapeutycznego według 6 (10%) badanych. 3 (5%) udzieliło odpowiedzi „Bardzo często”. Natomiast 6 (10%) „Zawsze”.

Omówienie wyników

W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano interesujące wyniki. Znajomość różnic kulturowych w opiece nad pacjentem należącym do mniejszości romskiej wśród personelu medycznego nie jest zadowalająca. Pracownicy ochrony zdrowia nie są zaznajomieni z zasadami, które obowiązują wśród Romów. Może to wynikać z tego, że pacjenci należący do mniejszości romskiej stosunkowo rzadko zgłaszają się po pomoc medyczną.

Niepokojącym faktem jest, że jedynie 26% badanych „zbiera informacje” na temat potrzeb kulturowych pacjenta podczas pierwszego kontaktu z nim. Co ciekawe najczęściej informacje te uzyskują ankietowani w wieku 40-49 lat.

Nie wszyscy pacjenci jednak wymagają, by te potrzeby uwzględniać, wpasowuje się to w ogólnoswiatowy trend rozluźnienia wartości tradycyjnych wśród Romów [7]. Innym powodem może być zmiana systemu wartości pacjenta w obliczu zagrożenia zdrowia.

30% ankietowanych przyznało, że podczas opieki nad pacjentem potrzebny jest tłumacz lub osoba mówiąca bieglej po polsku. Wysoki odsetek kłóci się z danym uzyskanymi podczas Narodowego Spisu Ludności i Mieszkań w 2011 roku, jednak dane ze spisu z uwagi na nieufność Romów do gadziów i władzy mogą nie odzwierciedlać rzeczywistego stopnia znajomości języka Polskiego wśród Romów.

Ograniczenia pracy

Ograniczeniami, które mogły mieć wpływ na wyniki badań jest wiele, należą do nich:

- Forma prowadzenia badań za pomocą ankiety internetowej, która mogła wykluczyć z badania osoby nie korzystające z internetu, na przykład osoby starsze.
- Istotnym ograniczeniem w pracy, był brak określonej literatury naukowej z przytoczonym tematem. Nie są także publikowane podobne badania.

Istnieje też deficyt doniesień naukowych publikowanych w standaryzowanych bazach bibliotek. Podejmowany temat wydaje się być istotny dla personelu medycznego, ale bez porównań prowadzonych badań z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy jest istotnym ograniczeniem w diagnozowaniu problemu.

- Sytuacja pandemiczna również mogła utrudnić dotarcie do dużej liczby ankietowanych.

Wnioski

- Znajomość różnic kulturowych w opiece nad pacjentem należącym do mniejszości romskiej wśród personelu medycznego nie jest zadowalająca.
- Pracownicy systemu opieki zdrowotnej w Polsce w większości nie zbierają informacji na temat potrzeb kulturowych pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Baran - Osak B., *Uwarunkowania kulturowe opieki zdrowotnej nad Romami* [w:] Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek - Tęcza R. (red.) *Pielęgniarstwo transkulturowe*, wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s.150 - 162, 154.
2. Bauerdick R. *Cyganie. Spotkania z nie lubianym narodem*, W.A.B., 2015.
3. Borek P. (red.), *O Romach w Polsce i w Europie*, Collegium Columbinum, Kraków 2009, s. 197.
4. Ficowski J., *Cyganie na polskich drogach*, Wydawnictwo Literackie Kraków-Wrocław 1985, s.79 - 87, 156 -159.
5. Ficowski J., *Cyganie w Polsce*, Tower Press, Gdańsk 2000, s. 60-61.
6. Ficowski J.: *Cyganie w Polsce. Dzieje i obyczaje*. Interpress, Warszawa 1989.
7. Fraser A., *Dzieje Cyganów*, PIW, Warszawa 2001, s. 170,
8. Grzegorek JN., *Romowie wczoraj i dziś*. Związek Romów Polskich, Szczecinek 2007.
9. Kowarska A. J., *O romskich autorytetach. Romowie – przewodnik. Historia i kultura*, Radomskie Stowarzyszenie Romów Romano Waśt – Pomocna Dłoń, Radom 2009, s. 34.
10. Kowarska A. J., *Polska Roma. Tradycje i nowoczesność*, Wydawnictwo DIG, Warszawa 2005, s. 36.

11. Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K., *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wyd. I-1 dodruk. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017.
12. Machul-Telus B., *Romowie*, Wydawnictwo Sejmowe, 2019.
13. Mróz L., *Analiza formalna i znaczeniowa ubioru Cyganów*, „Polska Sztuka Ludowa. Konteksty”, 1982, t. 36 z.1-4, s. 113-114.
14. Mucha J., *Oblicza etniczności. Studia teoretyczne i empiryczne*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2005, s. 277-278.
15. *Struktura narodowo-etniczna, językowa i wyznaniowa ludności Polski – Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*.
16. Vivian C., Dundes L., *e Crossroads of Culture and Health Among the Roma* (Gypsies), „Journal of Nursing Scholarship”, 2004, 36:1, s. 88-89.

Ustawy i inne akty prawne

17. *KONSTYTUCJA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ* Tekst uchwalony w dniu 2 kwietnia 1997 r. przez Zgromadzenie Narodowe.
18. Ustawa z dnia 6 stycznia 2005 r. o *mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym* Dz.U. 2005 nr 17 poz. 141.
19. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku *Kodeks pracy*, Dz. U. z 1998 r., Nr 21, poz. 94 z późn. zm.
20. Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o *wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania*, Dz.U. 2010 nr 254 poz. 1700.
21. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*, Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553.

UWARUNKOWANIA KULTUROWE OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD ROMAMI W POLSCE

КУЛЬТУРНІ УМОВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РОМІВ ПОЛЬЩІ

CULTURAL CONDITIONS OF HEALTHCARE FOR ROMA IN POLAND

Ewa Zieliński¹, Jakub Banaszak²

¹ *Katedra Medycyny RATUNKOWEJ Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu*

² *Koło Naukowe Medycyny Ratunkowej Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu*

Słowa kluczowe: Romowie, zdrowie Romów, pielęgniarstwo transkulturowe, mniejszość etniczna.

Ключові слова: Роми, здоров'я ромів, міжкультурне медсестринство, етнічні меншини.

Key words: Roma, Roma health, transcultural nursing, ethnic minority.

Streszczenie

Czystość jest jednym z najważniejszych części kultury Romów. By uszanować potrzeby pacjenta romskiego, zespół terapeutyczny powinien zapewnić pacjentowi dwa zestawy akcesoriów kąpielowych, a także szlafrok zakrywający nogi lub piżamę. Z podziałem ciała związana jest też niechęć Romów do niebieżącej wody, dlatego ważne jest by pracownicy

zwracali większą uwagę na higienę tych pacjentów. Zaleca się ostentacyjne umycie rąk lub wymianę rękawiczek po ich kontakcie z dolną połową ciała, przed kontaktem z górną [3]. Kulturowa niechęć Romów do instytucji państwowych prowadzi do problemów zdrowotnych wśród tej mniejszości, takich jak chociażby unikanie szczepień dzieci, wynikający z braku rejestracji narodzin. Innym ważnym elementem zniechęcającym Romów do korzystania z opieki zdrowotnej jest brak empatii w podejściu pracowników ochrony zdrowia. Brak chęci zrozumienia uwarunkowań kulturowych zniechęca mniejszość romską do kontaktu z personelem [6]. W latach 2010-2011 na Węgrzech, około 18% Romów przyznało, że doświadczyło dyskryminacji związanej z ochroną zdrowia [7]. W 2012 roku Romowie mieszkający w województwie kujawsko-pomorskim jedynie 32% badanych określiło swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry [4]. Romowie często rozumieją bycie zdrowym jako brak uciążliwych objawów chorób, w związku z tym potrafią lekceważyć poważne schorzenia nie dające objawów. Powszechnym jest też stosowanie samoleczenia opartego na ziołolecznictwie [1,2].

Резюме

Чистота є однією з найважливіших частин ромської культури. Щоб поважати потреби пацієнта ромської національності, терапевтична бригада повинна забезпечити пацієнта двома комплектами купального приладдя, а також халатом на ноги або піжамою. Поділ тіла також пов'язаний з небажанням ромів мати непроточну воду, тому важливо, щоб працівники приділяли більше уваги гігієні цих пацієнтів. Рекомендується демонстративно мити руки або міняти рукавички після їх контакту з нижньою половиною тіла, перед контактом з верхньою [3].

Культурна відраза ромів до державних інституцій призводить до проблем зі здоров'ям серед цієї меншини, таких як уникнення вакцинації дітей через відсутність реєстрації народження. Іншим важливим елементом, який відлякує ромів від користування медичною допомогою, є відсутність емпатії у підході медичних працівників. Відсутність бажання зрозуміти культурні умови відлякує представників ромської меншини від контакту з персоналом [6]. У 2010-2011 роках в Угорщині приблизно 18% ромів визнали, що зазнавали дискримінації у сфері охорони здоров'я [7].

У 2012 році серед ромів, які проживають у Куявсько-Поморському воєводстві, лише 32% респондентів оцінили своє здоров'я як дуже добре або добре [4].

Роми часто під здоров'ям розуміють відсутність неприємних симптомів хвороб, тому можуть нехтувати серйозними захворюваннями, які не дають симптомів. Також поширене застосування самолікування на основі фітотерапії [1,2].

Summary

Cleanliness is one of the most important parts of Roma culture. To respect the needs of the Roma patient, the therapeutic team should provide the patient with two sets of bathing accessories, as well as a bathrobe covering the legs or pyjamas. The division of the body is also related to the reluctance of the Roma to have non-running water, so it is important that employees pay more attention to the hygiene of these patients. It is recommended to ostentatiously wash hands or change gloves after their contact with the lower half of the body, before contact with the upper half [3].

The cultural aversion of Roma to state institutions leads to health problems among this minority, such as avoiding vaccination of children, resulting from the lack of birth registration. Another important element that discourages Roma from using health care is the lack of empathy in the approach of health professionals. The lack of willingness to understand the cultural conditions discourages the Roma minority from contacting the staff [6]. In 2010-2011 in Hungary, approximately 18% of Roma admitted that they had experienced discrimination related to healthcare [7].

In 2012, Roma living in the Kuyavian-Pomeranian Voivodeship, only 32% of respondents described their health as very good or good [4].

Roma often understand being healthy as the absence of troublesome symptoms of diseases, therefore they can disregard serious diseases that do not give symptoms. It is also common to use self-healing based on herbal medicine [1,2].

Ciąża

W czasie ciąży kobiety są izolowane od reszty społeczności na dwa sposoby. Izolacja terytorialna polega na nieprzebywaniu ciężarnej w obecności starszyny, mężczyzn, czy osób obcych. Z kolei izolacja funkcjonalna to unikanie czynności, które mogłyby skalać pewne przedmioty dotykiem, np. podawanie posiłków. Dzięki porodom w szpitalu występują obie te izolacje. W dodatku położnica wśród Romów w czasie oraz po porodzie jest największym źródłem skalania, hospitalizacja rozwiązuje ten problem. Ojciec dziecka najczęściej jest nieobecny podczas porodu ze względu na możliwość skalania. Z tego samego powodu kobietę izoluje się nawet do pół roku po porodzie. Noworodek również powoduje skalania, z tego powodu wielu ojców nie zajmuje się jego opieką przez pierwsze miesiące życia. Dla grupy Polska Roma okres mija ten w momencie ochrzcenia dziecka, które w wyniku chrztu staje się członkiem społeczności [2].

Wśród niektórych zadań personelu medycznego w czasie opieki nad kobietą w ciąży wymienia się:

1. „Uzyskanie wiedzy na temat nakazów obyczajowych obowiązujących pacjentkę oraz jej przyzwyczajień i upodobań.
2. Upewnienie się, że przekazywane informacje pacjentce (rodzinie) są przez nią (nich) prawidłowo rozumiane i akceptowane.
3. Umycie rąk, wręcz ostentacyjne, przez pielęgniarkę na sali chorych, tak aby pacjentka widziała, że czynność ta została wykonana bardzo dokładnie.
4. Zapewnienie pacjentce warunków intymności i, jeśli to możliwe, umieszczenie jej w osobnym pokoju.
5. Umożliwienie przeprowadzenia badania lekarskiego pacjentki przez personel żeński i w obecności drugiej kobiety – Romki, np. matki, teściowe, siostry, córki lub babki pacjentki.
6. Umożliwienie pacjentce porodu w obecności personelu żeńskiego.
7. Używanie, jeśli to możliwe, sprzętu jednorazowego użytku.
8. Używanie osobnych ręczników, mydła i misek do wykonywani toalety górnej i dolnej partii ciała oraz przechowywanie ich na osobnych półkach.
9. Nieukładanie na jednym miejscu poduszek razem ze spodnią pościelą; nieukładanie koca i prześcieradła częścią, która do tej pory spoczywała w okolicy nóg, przy twarzy czy pod głową pacjentki.
10. Umożliwienie pacjentce korzystania z rzeczy osobistego użytku, np. sztućców, kubków, talerzy i, jeśli to możliwe, także bielizny osobistej i pościeli.
11. W wypadku, gdy położnicy należy dostarczyć dodatkowy sprzęt czy wyposażenie, poproszenie o to kobiety z rodziny pacjentki.
12. Przekazywanie informacji dotyczących pielęgnacji i sposobu odżywiania podczas połogu kobiecie o największym autorytecie w rodzinie, w obecności pacjentki; najlepszą formą jest omówienie ich i przekazanie w formie pisemnej.
13. Jeżeli rodzina przynosi położnicy do szpitala pokarmy sporządzone w domu – omówienie ich składu i sposobu przyrządzenia” [3].

Opieka terminalna

Kiedy Rom trafia na łóżko śmierci informacja o tym trafia do całej społeczności. Każdy odwiedza umierającego, chcąc w ten sposób oddać szacunek, uzyskać

przebaczenie za wyrządzone krzywdy, a także uzyskać błogosławieństwo dla siebie i rodziny. Przywiązanie Romów do krewnych może wywoływać żalobę w czynnościach obejmujących krzyk, rwanie włosów, rzucania się na podłogę i innych niekontrolowanych zachowań [3].

Wśród niektórych zadań personelu medycznego w czasie opieki nad pacjentem umierającym i po śmierci wymienia się:

1. Umożliwienie przebywania na sali chorego większej grupy osób.
2. Jeśli pacjent należał do grupy Romów Karpackich, umożliwienie odwiedzin dzieciom poniżej 14 roku życia, umożliwia to błogosławieństwo chorego przez dziecko.
3. Umożliwienie zapalenia świecy.
4. Udostępnienie miejsca, w którym odwiedzający mogą umyć ręce po opuszczeniu sali pacjenta.

Stosunek Romów do transplantacji narządów i transfuzji krwi

Większość grup romskich nie jest przychylnie nastawiona do transplantacji narządów, jednak nie mają oni wspólnego stanowiska dotyczącego przeszczepiania narządów. W kulturze romskiej wierzy się, że dusza pozostaje w ciele nawet przez rok po śmierci. Przybiera ona jego kształt, dlatego powinna zostać z nim złączona [5]. Wśród Romów Karpackich zdarzają się przeszczepy rodzinne, w tej samej grupie akceptowalna jest ratująca życie transfuzja krwi [3].

Stowarzyszenie Kobiet Romskich w Polsce wydało oświadczenie, według którego Romki są zainteresowane używaniem antykoncepcji i oczekują łatwiejszego dostępu do środków antykoncepcyjnych oraz porad lekarskich w tym zakresie. Badanie przeprowadzone na 117 Romach zamieszkujących Małopolskę wskazuje, że jedynie 14.5% Romów stosuje prezerwatywy [8].

Aborcja oprócz tego, że jest grzechem ciężkim jest postrzegana jako zabójstwo Roma – nienarodzonego dziecka. Z uwagi na to, że za dziecko poczęte odpowiadają rodziny z obojga stron, aborcja wiązałaby się ze skalaniem obu.

W związku z wieloma tradycjami pogrzebowymi, Romowie nie rozważają kremacji. Autopsja jest dopuszczalna w przypadkach, w których jest niezbędna do ustalenia powodu śmierci, np. w śmierci w następstwie przestępstwa [3].

Cel pracy

Celem podjętych badań było zebranie informacji dotyczących ewentualnych różnic w opiece nad pacjentem mniejszości romskiej przez pracowników opieki medycznej. Niniejsze badanie pozwoli na ocenę wiedzy, a także postępowanie wobec tej mniejszości przez pracowników ochrony zdrowia. Aby zrealizować cele pracy sformułowano następujące pytania badawcze:

- Jakie różnice w opiece nad pacjentem należącym do mniejszości romskiej są stosowane przez pracowników ochrony zdrowia?

Niniejsze badanie pozwoli określić kulturowe przygotowanie pracowników ochrony zdrowia do opieki nad pacjentem należącym do mniejszości romskiej, a jego wyniki mogą posłużyć kierownikom jednostek oraz przedstawicielom uczelni wyższych do zwrócenia uwagi na problem opieki nad pacjentem mniejszości romskiej.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w okresie 15.10.2021 do 10.11.2021.

Badano pracowników ochrony zdrowia mających kontakt z pacjentem należącym do mniejszości romskiej w liczbie 138 osób. Do badań zakwalifikowano grupy: lekarzy w liczbie 15, pielęgniarek w liczbie 96 i ratowników medycznych w liczbie 27. Ankietowani z tych grup zawodowych, jako jedyni poprawnie uzupełnili ankiety internetowe. Metodą badawczą zastosowaną w pracy była ankieta, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety, skonstruowany na potrzeby tego badania, w formie elektronicznej. Odpowiedzi badanych zostały zebrane na dysku połączonym z formularzem, na którym nie było wymagane logowanie. Zapewniło to anonimowość grupy badanej. Informacje o możliwości wypełniania ankiety były rozpowszechniane za pomocą portali społecznościowych w grupach zrzeszających pracowników ochrony zdrowia. Udział w badaniu był dobrowolny, zaproszono wyłącznie pełnoletnich uczestników.

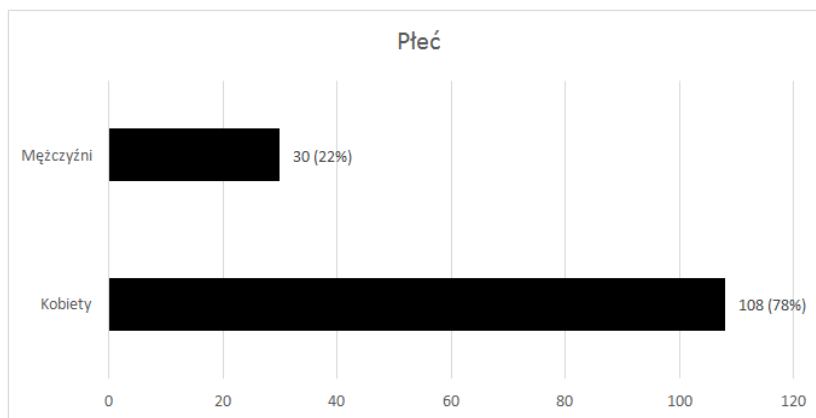
Na przeprowadzenie badania zgodę wydała Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy (KB 462/2021). zwrócenia uwagi na problem opieki nad pacjentem mniejszości romskiej.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 138 osób, 108 z nich to kobiety (78%), 30 to mężczyźni (22%), co przedstawiono w tabeli 1, oraz w formie wykresu na rycinie 1.

Tabela 1. Płeć badanych

Płeć	Liczba osób deklarujących	%
Kobiety	108	78%
Mężczyźni	30	22%
Razem	138	100%

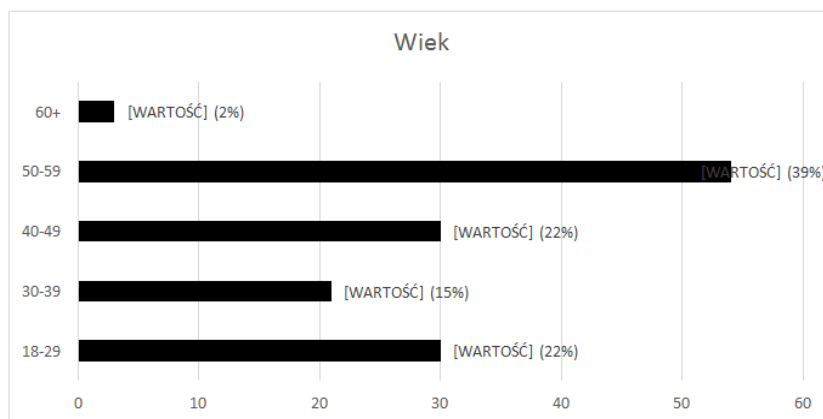


Rycina 1. Płeć

Wiek badanych został uwzględniony w przedziałach, wyniki znajdują się w tabeli 2 oraz na wykresie na rycinie 2.

Tabela 2. Wiek badanych

Wiek	Liczba osób deklarujących	%
18-29	30	22%
30-39	21	15%
40-49	30	22%
50-59	54	39%
60+	3	2%
Razem	138	100%

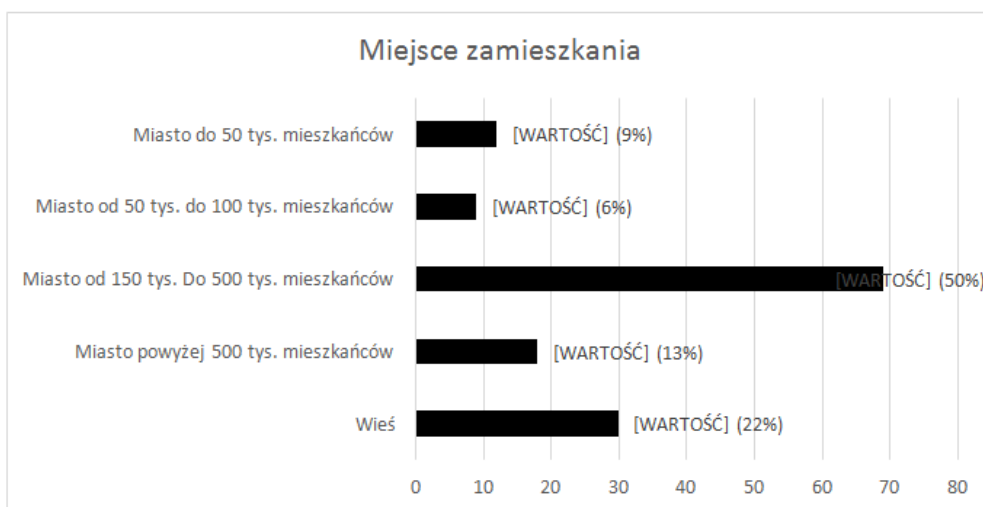


Rycina 2. Wiek

Najczęściej deklarowanym wiekiem badanych był wiek, należący do przedziału 50-59 lat ($n=54$ 39%), w kolejności malejącej pozostałymi odpowiedziami były kolejno przedziały 40-49 lat ($n=30$, 22%) oraz 18-29 lat ($n=30$, 22%), 30-39 ($n=21$, 15%). Najmniej liczną grupą badanych była grupa w wieku powyżej 60 lat ($n=3$, 2%). Uwzględniono również miejsce zamieszkania badanych, wyniki przedstawiono w tabeli 3 oraz, w formie wykresu, na rycinie 3.

Tabela 3. Miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Liczba osób deklarujących	%
Wieś	30	22
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	18	13
Miasto od 150 tys. Do 500 tys. mieszkańców	69	50
Miasto od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców	9	6
Miasto do 50 tys. mieszkańców	12	9
Razem	138	100

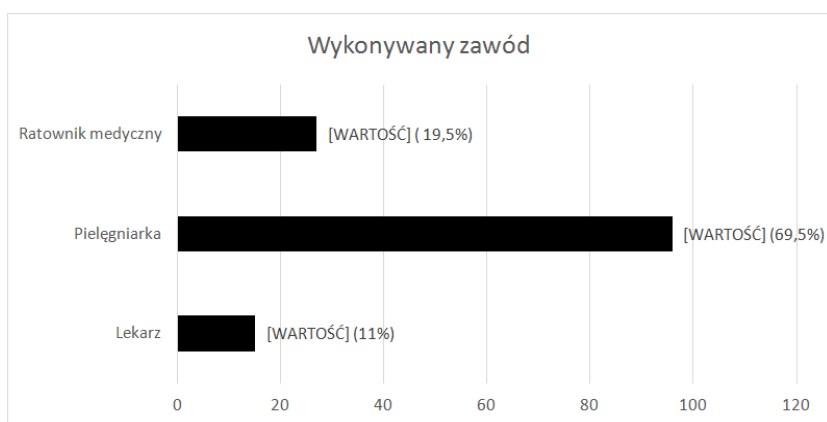


Rycina 3. Miejsce zamieszkania

W kwestionariuszu ankiety zawarto pytanie o wykonywany zawód respondentów, uzyskane odpowiedzi ukazano za pomocą tabeli 4 oraz za pomocą wykresu na rycinie 4.

Tabela 4. Wykonywany zawód

Wykonywany zawód	Liczba osób deklarujących	%
Lekarz	15	11
Pielęgniarka	96	69,5
Ratownik medyczny	27	19,5
Razem	138	100



Rycina 4. Wykonywany zawód

Pomimo kierowania ankiety do następujących grup zawodowych: Lekarze, Pielęgniarki, Ratownicy medyczni, Położne, Fizjoterapeuci, Sanitariusze, w ankiecie wzięli udział przedstawiciele jedynie trzech pierwszych zawodów. Wykonywanie zawodu lekarza zadeklarowało 15 badanych (11%), zawodu ratownika medycznego 27 (19,5%), a pielęgniarki 96 (69,5%).

Odpowiedzi na pytanie „Czy w procesie terapeutycznym bierze Pan/Pani pod uwagę różnice wynikające ze zwyczajów panujących w kulturze romskiej?“, z uwzględnieniem zawodu badanych, zawarto w tabeli 5.

Tabela 5. Czy w procesie terapeutycznym bierze Pan/Pani pod uwagę różnice wynikające ze zwyczajów panujących w kulturze romskiej?

Czy w procesie terapeutycznym bierze Pan/Pani pod uwagę różnice wynikające ze zwyczajów panujących w kulturze romskiej?								
Wykonywany zawód	Lekarz		Pielęgniarka		Ratownik medyczny		Suma	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	6	40	60	62,5	15	56	81	59
Nie	9	60	36	37,5	12	44	57	41
Razem	15	100	96	100	27	100	138	100

Twierdząco odpowiedziało 81 ankietowanych (59%), przecząco natomiast 57 (41%). W grupie zawodowej pielęgniarek i ratowników medycznych można zauważyć, że ankietowani częściej udzielali odpowiedzi twierdzącej odpowiednio 63% (n=60) i 56% (n=15). W grupie zawodowej lekarzy występuje odwrotna zależność, twierdząco odpowiedziało 40% (n=6) respondentów.

„Czy podczas opieki nad pacjentem potrzebny jest tłumacz lub osoba z rodziny mówiąca bieglej po polsku?” na to pytanie 42 (30%) badanych odpowiedziało twierdząco, natomiast 96 (70%) przecząco. Osoby, które odpowiedziały „Tak” na zadane pytanie poproszono o określenie częstotliwości występowania tego zjawiska, odpowiedzi przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Czy podczas opieki nad pacjentem potrzebny jest tłumacz lub osoba z rodziny mówiąca bieglej po polsku?

Jak często podczas opieki nad pacjentem potrzebny jest tłumacz lub osoba z rodziny mówiąca bieglej po polsku?		
Odpowiedź	Liczba osób deklarujących	%
Rzadko	24	57%
Czasami	9	21%
Często	3	7%
Bardzo często	3	7%
Zawsze	3	7%
Razem	42	100%

Spośród ankietowanych, którzy odpowiedzieli na to pytanie 24 (57%) odpowiedziało „Rzadko”, 9 (21%) ankietowanych odpowiedziało „Czasami”. Każdą z pozostałych odpowiedzi „Często”, „Bardzo często”, „Zawsze” udzieliło po 3 (7%) respondentów.

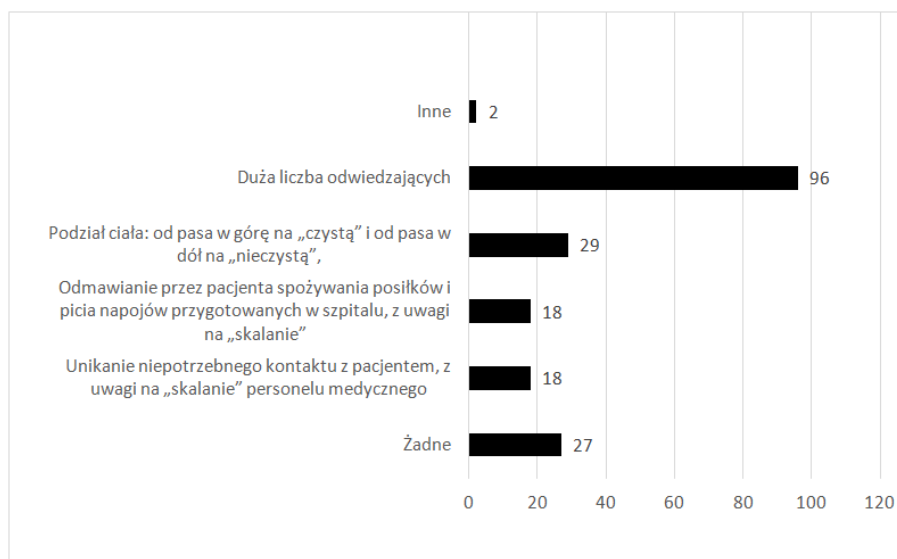
Na pytanie „Czy w czasie procesu terapeutycznego personel medyczny stara się o przeprowadzanie konsultacji i badań przez osoby tej samej płci?” ankietowani udzielili 54 twierdzących odpowiedzi (39%) i 84 przeczących (61%). Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Czy w czasie procesu terapeutycznego personel medyczny stara się o przeprowadzanie konsultacji i badań przez osoby tej samej płci?

Czy w czasie procesu terapeutycznego personel medyczny stara się o przeprowadzanie konsultacji i badań przez osoby tej samej płci?									
Wykonywany zawód	Lekarz		Pielęgniarka		Ratownik medyczny		Suma		
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	
Tak	3	20	42	44	9	33	54	39	
Nie	12	80	54	56	18	67	84	61	
Razem	15	100	96	100	27	100	138	100	

W grupie ratowników medycznych odpowiedzi przecząca padała stosunkowo częściej (67%, n=18), niż w grupie pielęgniarek (56%, n=54). Natomiast w grupie lekarzy odpowiedzi przeczącej udzieliło 80% respondentów (80%, n=12).

Odpowiedzi na pytanie „Które z różnic w procesie terapeutycznym wobec pacjenta należącego do mniejszości romskiej są Panu/Pani znane?” przedstawiono na rycinie 5. Pytanie miało charakter otwarty, z możliwością dopisania własnej odpowiedzi, a także należało do pytań wielokrotnego wyboru.



Rycina 5. Znajomość różnic w opiece nad pacjentem romskim

Ankietowani, bez względu na zawód, najczęściej zwracali uwagę na dużą liczbę odwiedzających (n=96). Do innych odpowiedzi należą: „Młodej kobiecie przy badaniu towarzyszy starsza kobieta, mężatce często mąż i on decyduje o wszystkim” oraz „Konflikty ze strony pacjenta”.

Odpowiedzi w różnych grupach zawodowych przedstawiono w tabelach 8-10:

Tabela 8. Które z różnic w procesie terapeutycznym wobec pacjenta należącego do mniejszości romskiej są Panu/Pani znane? – lekarz

zagadnienie	Wykonywany zawód	lekarz	
	pozycja	liczba	%
Które z różnic w procesie terapeutycznym wobec pacjenta należącego do mniejszości romskiej są Panu/Pani znane?	Żadne	0	0
	Unikanie niepotrzebnego kontaktu z pacjentem, z uwagi na „skalanie” personelu medycznego	0	0
	Odmawianie przez pacjenta spożywania posiłków i picia napojów przygotowanych w szpitalu, z uwagi na „skalanie”	4	21
	Podział ciała: od pasa w górę na „czystą” i od pasa w dół na „nieczystą”	3	16
	Duża liczba odwiedzających	12	63
	Inna odpowiedź	0	0%
	Razem	19	100

Warte zauważenia jest, że każdy z ankietowanych lekarzy wymienił przynajmniej jedną różnicę w procesie terapeutycznym pacjenta pochodzenia romskiego. Odpowiedzi „Odmawianie przez pacjenta spożywania posiłków i picia napojów przygotowanych w szpitalu, z uwagi na „skalanie”” udzieliło 4 (21%) ankietowanych spośród tej grupy zawodowej. Odpowiedzi „Podział ciała: od pasa w górę na „czystą” i od pasa w dół na „nieczystą”” udzieliło 3 badanych (16%), natomiast „Duża liczba odwiedzających” była wybrana przez 12 (63%) ankietowanych.

Tabela 9. Które z różnic w procesie terapeutycznym wobec pacjenta należącego do mniejszości romskiej są Panu/Pani znane? – *pielęgniarka*

zagadnienie	Wykonywany zawód	pielęgniarka	
	pozycja	liczba	%
Które z różnic w procesie terapeutycznym wobec pacjenta należącego do mniejszości romskiej są Panu/Pani znane?	Żadne	21	18
	Unikanie niepotrzebnego kontaktu z pacjentem, z uwagi na „skalanie” personelu medycznego	15	13
	Odmawianie przez pacjenta spożywania posiłków i picia napojów przygotowanych w szpitalu, z uwagi na „skalanie”	12	11
	Podział ciała: od pasa w górę na „czystą” i od pasa w dół na „nieczystą”,	31	27
	Duża liczba odwiedzających	33	29
	Inna odpowiedź	2	2
	Razem	114	100

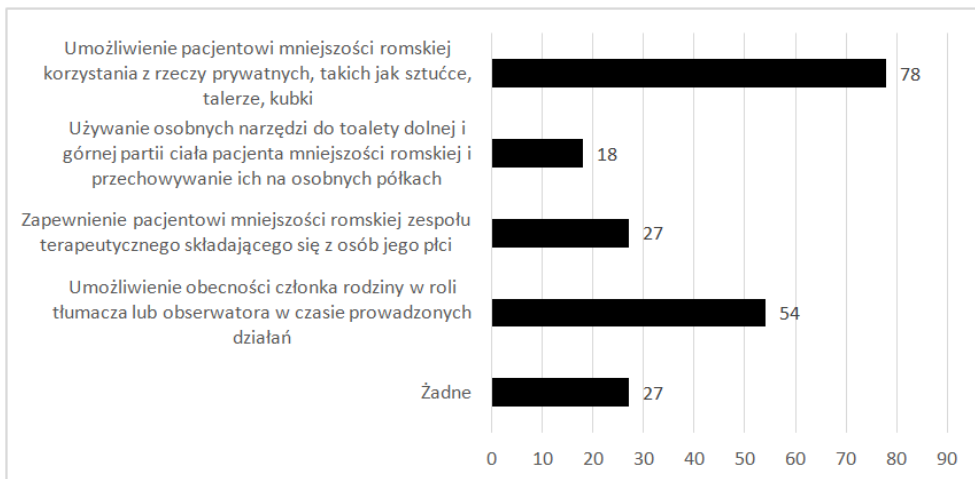
W grupie pielęgniarek, często padała odpowiedź dotycząca podziału ciała na „czystą” oraz „nieczystą” (27%, n=31), związana z pielęgnacją pacjenta. 21 (18%) ankietowanych nie zna żadnych różnic w procesie terapeutycznym wobec pacjenta należącego do mniejszości romskiej. Odpowiedzi „Unikanie niepotrzebnego kontaktu z pacjentem, z uwagi na „skalanie” personelu medycznego” udzieliło 15 (13%) respondentów. Na dużą liczbę odwiedzających zwróciło uwagę 33 (29%) badanych. „Odmawianie przez pacjenta spożywania posiłków i picia napojów przygotowanych w szpitalu, z uwagi na „skalanie”” to różnica znana 12 (11%) badanym.

Tabela 10. Które z różnic w procesie terapeutycznym wobec pacjenta należącego do mniejszości romskiej są Panu/Pani znane? – *ratownik medyczny*

zagadnienie	Wykonywany zawód	ratownik medyczny	
		liczba	%
Które z różnic w procesie terapeutycznym wobec pacjenta należącego do mniejszości romskiej są Panu/Pani znane?	Żadne	3	9
	Unikanie niepotrzebnego kontaktu z pacjentem, z uwagi na „skalanie” personelu medycznego	3	9
	Odmawianie przez pacjenta spożywania posiłków i picia napojów przygotowanych w szpitalu, z uwagi na „skalanie”	0	0
	Podział ciała: od pasa w górę na „czystą” i od pasa w dół na „nieczystą”,	2	6
	Duża liczba odwiedzających	24	75
	Inna odpowiedź	0	0
	Razem	32	100

W grupie badanych ratowników medycznych, najczęstszą odpowiedzią była „Duża liczba odwiedzających” (n=24, 75%). Żadnych różnic w procesie terapeutycznym wobec pacjenta należącego do mniejszości romskiej nie znało 3 (9%) respondentów. Jedynie 2 (6%) respondentów zaznaczyło różnicę „Podział ciała od pasa w górę na „czystą” i od pasa w dół na „nieczystą””. „Unikanie niepotrzebnego kontaktu z pacjentem, z uwagi na „skalanie” personelu medycznego” to różnica znana 3 (9%) badanych. Żaden z ankietowanych ratowników medycznych nie spotkał się z odmawianiem przez pacjenta spożywania posiłków i picia napojów przygotowanych w szpitalu, z uwagi na „skalanie”.

Odpowiedzi na pytanie „Które z działań, w celu poprawy komfortu pacjenta mniejszości romskiej są praktykowane w czasie procesu terapeutycznego?” przedstawiono za pomocą wykresu, na rycinie 6.



Rycina 6. Poprawa komfortu terapii pacjenta romskiego a praktyka personelu medycznego

Ankietowani najczęściej udzielali odpowiedzi: „Umożliwienie pacjentowi mniejszości romskiej korzystania z rzeczy prywatnych, takich jak sztućce, talerze, kubki” (n=78, 57%). Odpowiedzi „Umożliwienie obecności członka rodziny w roli tłumacza lub obserwatora w czasie prowadzonych działań” udzieliło 54 (39%) respondentów. Odpowiedzi „Zapewnienie pacjentowi mniejszości romskiej zespołu terapeutycznego składającego się z osób jego płci” udzieliło 27 (20%) ankietowanych. Najrzadziej udzielaną odpowiedzią (n=18, 13%) była „Używanie osobnych narzędzi do toalety dolnej i górnej partii ciała pacjenta mniejszości romskiej i przechowywanie ich na osobnych półkach. Odpowiedź „Żadne” została udzielona 27 razy (20%).

Odpowiedzi w różnych grupach zawodowych przedstawiono w tabelach 11-13:

Tabela 11. Które z działań, w celu poprawy komfortu pacjenta mniejszości romskiej są praktykowane w czasie procesu terapeutycznego? – lekarz

zagadnienie	Wykonywany zawód	lekarz	
	pozycja	liczba	%
Które z działań, w celu poprawy komfortu pacjenta mniejszości romskiej są praktykowane w czasie procesu terapeutycznego?	Żadne	0	0%
	Umożliwienie obecności członka rodziny w roli tłumacza lub obserwatora w czasie prowadzonych działań	15	56
	Zapewnienie pacjentowi mniejszości romskiej zespołu terapeutycznego składającego się z osób jego płci	2	7
	Używanie osobnych narzędzi do toalety dolnej i górnej partii ciała pacjenta mniejszości romskiej i przechowywanie ich na osobnych półkach	0	0
	Umożliwienie pacjentowi mniejszości romskiej korzystania z rzeczy prywatnych, takich jak sztuce, talerze, kubki	10	37
	Inna odpowiedź	0	0%
	Razem	27	100

Każdy z ankietowanych lekarzy udzielił odpowiedzi „Umożliwienie obecności członka rodziny w roli tłumacza lub obserwatora w czasie prowadzonych działań” (n=15, 100%). Odpowiedź „Zapewnienie pacjentowi mniejszości romskiej zespołu terapeutycznego składającego się z osób jego płci” wybrało 2 (7%) respondentów należących do tej grupy. 37% (n=10) ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „Umożliwienie pacjentowi mniejszości romskiej korzystania z rzeczy prywatnych, takich jak sztuce, talerze, kubki”.

Tabela 12. Które z działań, w celu poprawy komfortu pacjenta mniejszości romskiej są praktykowane w czasie procesu terapeutycznego? – *pielęgniarka*

zagadnienie	Wykonywany zawód	pielęgniarka	
		liczba	%
Które z działań, w celu poprawy komfortu pacjenta mniejszości romskiej są praktykowane w czasie procesu terapeutycznego?	Żadne	17	13
	Umożliwienie obecności członka rodziny w roli tłumacza lub obserwatora w czasie prowadzonych działań	25	20
	Zapewnienie pacjentowi mniejszości romskiej zespołu terapeutycznego składającego się z osób jego płci	16	13
	Używanie osobnych narzędzi do toalety dolnej i górnej partii ciała pacjenta mniejszości romskiej i przechowywanie ich na osobnych półkach	11	9
	Umożliwienie pacjentowi mniejszości romskiej korzystania z rzeczy prywatnych, takich jak sztuce, talerze, kubki	59	46
	Inna odpowiedź	0	0
	Razem	128	100

W grupie badanych pielęgniarek, blisko połowa (46%, n=56) udzieliła odpowiedzi „Umożliwienie pacjentowi mniejszości romskiej korzystania z rzeczy prywatnych, takich jak sztuce, talerze, kubki”. 25 (30%) respondentów udzieliło odpowiedzi „Umożliwienie obecności członka rodziny w roli tłumacza lub obserwatora w czasie prowadzonych działań”. 16 (13%) ankietowanych twierdzi, że w czasie procesu terapeutycznego zapewnia pacjentowi mniejszości romskiej zespół terapeutyczny składający się z osób jego płci. Używa osobnych narzędzi do toalety dolnej i górnej partii ciała pacjenta mniejszości romskiej i przechowuje je na osobnych półkach 11 (9%) respondentów. Żadnych działań nie prowadzi 17 (13%) badanych.

Tabela 13. Które z działań, w celu poprawy komfortu pacjenta mniejszości romskiej są praktykowane w czasie procesu terapeutycznego? – *ratownik medyczny*

zagadnienie	Wykonywany zawód	ratownik medyczny	
	pozycja	liczba	%
Które z działań, w celu poprawy komfortu pacjenta mniejszości romskiej są praktykowane w czasie procesu terapeutycznego?	Żadne	7	16
	Umożliwienie obecności członka rodziny w roli tłumacza lub obserwatora w czasie prowadzonych działań	11	25
	Zapewnienie pacjentowi mniejszości romskiej zespołu terapeutycznego składającego się z osób jego płci	13	30
	Używanie osobnych narzędzi do toalety dolnej i górnej partii ciała pacjenta mniejszości romskiej i przechowywanie ich na osobnych półkach	3	7
	Umożliwienie pacjentowi mniejszości romskiej korzystania z rzeczy prywatnych, takich jak sztuce, talerze, kubki	10	23
	Inna odpowiedź	0	0
	Razem	44	100

W grupie ratowników medycznych najczęstszą odpowiedzią udzielaną przez ankietowanych była „Zapewnienie pacjentowi mniejszości romskiej zespołu terapeutycznego składającego się z osób jego płci” (30%, n=30). 11 (25%) badanych udzieliło odpowiedzi „Umożliwienie obecności członka rodziny w roli tłumacza lub obserwatora w czasie prowadzonych działań”. „Używanie osobnych narzędzi do toalety dolnej i górnej partii ciała pacjenta mniejszości romskiej i przechowywanie ich na osobnych półkach” to odpowiedź wybrana przez 3 (7%) respondentów. 10 (23%) ankietowanych umożliwia pacjentowi mniejszości romskiej korzystanie

z rzeczy prywatnych, takich jak sztućce, talerze, kubki. Nie prowadzi działań w celu poprawy komfortu pacjenta należącego do mniejszości romskiej 7 (16%) badanych ratowników medycznych.

Omówienie wyników

30% ankietowanych przyznało, że podczas opieki nad pacjentem potrzebny jest tłumacz lub osoba mówiąca bieglej po polsku. Wysoki odsetek kłóci się z danym uzyskanymi podczas Narodowego Spisu Ludności i Mieszkań w 2011 roku, jednak dane ze spisu z uwagi na nieufność Romów do gadziów i władzy mogą nie odzwierciedlać rzeczywistego stopnia znajomości języka Polskiego wśród Romów. Pacjentami potrzebującymi tłumacza mogli być również młodzi pacjenci, co jednak wymaga dalszych badań.

Przeważająca liczba ankietowanych (n=96, 69%) wśród znanych im różnic w procesie terapeutycznym wymieniła dużą liczbę odwiedzających pacjenta. Wynika to z dużego przywiązania Romów do swoich rodzin, które są dla nich jedną z największych wartości. Niestety jedynie dwie osoby wśród ankietowanych zdecydowały się skorzystać z dopisania swoich odpowiedzi w pytaniu, może to wynikać z małej świadomości, ale również niechęci do udzielania pisemnych odpowiedzi w ankietach.

Z badania wynika, że działania w celu poprawy komfortu pacjenta w czasie procesu terapeutycznego są poczynione w większości przypadków. Warto jednak zaznaczyć, że im prostsze działanie, tym częściej stosowane. Dlatego umożliwienie pacjentowi korzystania z prywatnych rzeczy jest odpowiedzią dominującą. Warto jednak zwrócić uwagę, że odpowiedź „żadne” zaznaczyło ponad 19% respondentów. W tym pytaniu również żadna z ankietowanych osób nie dodała autorskiej odpowiedzi.

Wnioski

- Istnieją różnice w opiece nad pacjentem mniejszości romskiej.
- Różnice w opiece nad pacjentem romskim wynikają z różnokulturowości Romów.
- Zrozumienie kultury romskiej w opiece medycznej mogłoby przyczynić się do poprawy stanu zdrowia Romów w Polsce.

Piśmiennictwo

1. Bauerdick R., *Cyganie. Spotkania z nielubianym narodem*, W.A.B., 2015.
2. Cianciara D. Nowicka J., Sitarek M., *Pomoc społeczności romskiej w Polsce Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012, 93(1).
3. Kaliwoda B., *Impuls*, Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Wydanie 3-4(dodatek) 2020r., s. 31-43.
4. Leźnicka M., Klawe J., *Jak Romowie zamieszkujący województwo kujawsko-pomorskie oceniają swój stan zdrowia?*, 2012.
5. Machul-Telus B., *Romowie*, Wydawnictwo Sejmowe, 2019.
6. Mirga A., *Kategoria „romanipen” a granice etniczne Cyganów*, „Kultura i Społeczeństwo”, 1987, t. 31, nr 1, s. 198.
7. National Social Integration Strategy – Extreme Poverty, Child Poverty, e Roma – (2011–2020), Situation Analysis. Hungary, Annex I, s. 52.
8. Zalewska-Puchała J. i wsp., *Zachowania zdrowotne Romów mieszkających w Małopolsce*, Hygeia Public Health 2017, 52(3): 274-280.

RYZYKOWNE ZACHOWANIA UCZNIÓW A BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE

РИЗИКОВАНА ПОВЕДІНКА УЧНІВ ТА БЕЗПЕКА ЗДОРОВ'Я

RISKY BEHAVIOR OF STUDENTS AND HEALTH SAFETY

Dariusz W. Skalski^{1,4}, Damian Kowalski^{1,4}, Oksana Zabolotna², Paulina Kreft^{1,4},
Liudmyla Rybak⁴

¹*Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Polska*

²*Umański Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Pawła Tyuczyny w Umaniu, Ukraina*

³*Akademia Marynarki Wojennej im. Bohaterów Westerplatte w Gdyni,
Wydział Dowodzenia i Operacji Morskich, Polska*

⁴*Lwowski Państwowy Uniwersytet Kultury Fizycznej im. Iwana Boberskiego w Lwowie,
Ukraina*

Słowa kluczowe: kultura fizyczna, uczeń, edukacja zdrowotna, zdrowie.

Ключові слова: фізична культура, студент, санітарна освіта, здоров'я.

Key words: physical culture, student, health education, health.

Streszczenie

Szkoła będąc środowiskiem mającym na celu edukację oraz wychowanie staje się jednoznacznie miejscem, gdzie spotykają się różne metody wychowawcze oraz wartości. We współczesnej szkole istnieje również wiele zagrożeń dla uczniów, na których mogą wpływać rówieśnicy czerpiąc wzorce zachowań niekoniecznie z dobrych źródeł, lecz z Internetu lub patologii społecznych. Niniejsza praca traktuje o wpływie ryzykownych zachowań na bezpieczeństwo zdrowotne uczniów. Sprawa zapewnienia bezpieczeństwa uczniom w szkole jest kluczową kwestią dla każdej placówki. W rezultacie licznych zmian, mających na celu poprawę systemu edukacji, na szkoły nałożono wytyczne dotyczące bezpieczeństwa placówek i profilaktyki w tym obszarze. Placówki edukacyjne wdrażają wytyczne na podstawie wcześniej przeprowadzonych diagnoz bezpieczeństwa uczniów, nauczycieli i rodziców. Otrzymane wyniki są niesamowicie użyteczne, a można powiedzieć, że wręcz niezbędne do uzyskania odpowiedzi na pytania jakiego typu oraz jaka jest skala zagrożeń dla środowiska szkolnego oraz jakie mogą być sposoby ich rozwiązywania. Bezpieczeństwo w środowisku uczniowskim rozumiane jest jako przestrzeń wolną od zagrożeń. Czynnikiem wskazującym na fakt czy szkoła jest bezpieczna, są z reguły bezpośrednio doświadczenia i odczucia podopiecznych. Najważniejszym celem każdej placówki oświaty jest stworzenie warunków, w których uczniowie będą odczuwali kompletny brak zagrożeń. Obecnie brane są również pod uwagę warunki życia ucznia, a także środowisko, w którym dorasta. Poczuciu niebezpieczeństwa najczęściej towarzyszy lęk w stosunku do pojedynczych osób traktowane jako odchylenie indywidualne, natomiast w stosunku do grup, jako niezaprzeczalny fakt społeczny prowadzący w konsekwencji do braku poczucia bezpieczeństwa. Stan wskazujący na zjawisko poczucia bezpieczeństwa w szkole można dostrzec z perspektywy połączonych ze sobą wzajemnie sfer: publiczna, społeczna i zdrowotna. Rodzina i grupa rówieśnicza zgromadzona w lokalnej społeczności odgrywają kluczową rolę w życiu młodego człowieka. Nieprzerwane złymi doświadczeniami funkcjonowanie w nich gwarantuje rozwój osobowości, właściwą socjalizację lub internalizację pozytywnych norm obowiązujących w grupach. Jednak bezpieczeństwo odnosi się do funkcjonowania i poziomu życia rodziny studenta, a także do satysfakcji niezbędnej do zaspokajania jego określonych wymagań. Wszelkie patologie wynikające z tego tła znajdują odzwierciedlenie w wyznawanych postawach i specyficznym zachowaniu ucznia w szkole.

Резюме

Школа, будучи середовищем, спрямованим на освіту і виховання, однозначно стає місцем зустрічі різноманітних освітніх методів і цінностей. У сучасній школі також існує

багато загроз для учнів, на яких можуть впливати однолітки, черпаючи моделі поведінки не обов'язково з хороших джерел, а з Інтернету чи соціальних патологій. У даній роботі розглядається вплив ризикованої поведінки на безпеку здоров'я учнів. Питання забезпечення безпеки учнів у школі є ключовим для кожного закладу. В результаті численних змін, спрямованих на вдосконалення системи освіти, школам були накладені рекомендації щодо безпеки закладів та профілактики в цій сфері. Заклади освіти впроваджують методичні рекомендації на основі попередньо проведеної діагностики безпеки учнів, педагогів та батьків. Отримані результати є надзвичайно корисними і, можна сказати, навіть необхідними для отримання відповідей на питання, які типи та масштаби існують для шкільного середовища та які шляхи їх вирішення. Безпека в студентському середовищі розуміється як вільний від загроз простір. Фактором, який вказує на те, чи безпечна школа, зазвичай є безпосередній досвід і почуття підопічних. Найважливіша мета кожного навчального закладу – створити умови, в яких учні відчуватимуть повну відсутність загроз. Наразі також враховуються умови проживання учня, а також середовище, в якому він росте. Почуття небезпеки найчастіше супроводжується страхом перед окремими особами, які розглядаються як індивідуальне відхилення, тоді як перед групами як беззаперечним соціальним фактом, що веде до відсутності безпеки. Стан, що вказує на феномен почуття безпеки в школі, можна розглядати з точки зору взаємопов'язаних сфер: громадської, соціальної та охорони здоров'я. Сім'я та група однолітків, зібрана в місцевій громаді, відіграють ключову роль у житті молодої людини. Не перериваючи поганого досвіду, функціонування в них гарантує розвиток особистості, правильну соціалізацію або інтерналізацію позитивних норм, що діють у групах. Однак безпека стосується функціонування та рівня життя сім'ї студента, а також задоволення, необхідного для задоволення його конкретних потреб. Будь-які патології, що виникли на цьому тлі, відображаються на ставленнях і особливостях поведінки учня в школі.

Summary

School, being an environment aimed at education and upbringing, clearly becomes a place where various educational methods and values meet. In a modern school, there are also many threats to students who can be influenced by their peers, drawing patterns of behavior not necessarily from good sources, but from the Internet or social pathologies. This work deals with the impact of risky behavior on the health safety of students. The issue of ensuring the safety of students at school is a key issue for every facility. As a result of numerous changes aimed at improving the education system, guidelines on the safety of institutions and prevention in this area were imposed on schools. Educational institutions implement the guidelines based on previously conducted safety diagnoses of students,

teachers and parents. The results obtained are extremely useful, and one can say that they are even necessary to obtain answers to the questions of what type and scale of threats to the school environment and what can be the ways to solve them. Safety in the student environment is understood as a space free from threats. The factor indicating whether the school is safe are usually the direct experiences and feelings of the charges. The most important goal of each educational institution is to create conditions in which students will feel a complete lack of threats. Currently, the student's living conditions are also taken into account, as well as the environment in which he grows up. The sense of danger is most often accompanied by fear towards individuals treated as an individual deviation, while towards groups as an undeniable social fact leading to a lack of security. The state indicating the phenomenon of a sense of security at school can be seen from the perspective of interconnected spheres: public, social and health. The family and peer group gathered in the local community play a key role in the life of a young person. Uninterrupted by bad experiences, functioning in them guarantees personality development, proper socialization or internalization of positive norms in force in groups. However, security refers to the functioning and standard of living of the student's family, as well as to the satisfaction necessary to meet his specific requirements. Any pathologies resulting from this background are reflected in the student's attitudes and specific behavior at school.

Wstęp

Separacja problemów społecznych od funkcjonowania w szkole wydaje się niemożliwa. Trzecia sfera bezpieczeństwa, tj. zdrowie, dotyczy przede wszystkim dbałości o własną osobę [18]. Zachowania ryzykowne najczęściej ze sobą współwystępują. Przekroczenie jednej bariery powoduje łatwość przekraczania następnych. Takie zachowania uniemożliwiają:

- zaspokojenie najważniejszych potrzeb psychologicznych; miłości, akceptacji, uznania, bezpieczeństwa, przynależności,
- realizację ważnych celów rozwojowych; określenie własnej tożsamości, uzyskanie niezależności od dorosłych,
- radzenie sobie z przeżywanymi trudnościami życiowymi; redukcję lęku i frustracji.

Ważne dla ryzykownych zachowań są czynniki zewnętrzne, takie jak: struktura rodziny, wykształcenie, zawód rodziców, system przekonań, klimat domowy, wpływ rówieśników, media, a także wpływy wewnętrzne: osobowość dziecka

(motywy osobiste - krytyka, samoocena), przekonania (tolerancja), samokontrola, system postrzegania środowiska. Interakcja różnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych decyduje o tym, czy dziecko zachowa się zgodnie z przyjętymi normami społecznymi, czy też podejmie ryzykowne działania. Oprócz czynników ryzyka istnieje grupa czynników, które chronią, osłabiają lub całkowicie eliminują wpływ czynników ryzyka [2,8]. Należą do nich: silna więź emocjonalna z rodzicami, zainteresowanie edukacją szkolną, poszanowanie prawa, norm, wartości i autorytetów społecznych, przynależność do pozytywnej grupy. Nie jest tak, że brak jakiegokolwiek czynnika ochronnego determinuje czynnik zagrożenia [11,3]. Czasami nadmiernie podwyższona samoocena staje się czynnikiem ryzyka. Kluczową rolę w utrzymywaniu bezpieczeństwa na lekcjach, przerwach, zawodach sportowych, imprezach szkolnych, a także wycieczkach poza teren szkoły, odgrywają nauczyciele [19]. Artykuł 6 Karty Nauczyciela jednoznacznie wyznacza priorytetowe zadanie kadry nauczycielskiej, jakim jest poza celami dydaktyczno-wychowawczymi, zapewnienie swoim podopiecznym bezpieczeństwa na lekcjach [17]. Wymusza to zatem na kadrze uwrażliwienie na kwestie bezpieczeństwa od strony technicznej, dotyczącej miejsca zajęć czy przyrządów wykorzystywanych na lekcjach. W głównej mierze obarczeni tym pozostają nauczyciele wychowania fizycznego i prowadzący zajęcia praktyczne, jednakże w obliczu niezwyklej aktywności dzieci z grupy wiekowej szkół podstawowych wyjątkowa ostrożność dedykowana jest wszystkim nauczycielom [10,15]. Warto również dodać, iż zapewnienie podopiecznym bezpieczeństwa nie odnosi się wyłącznie do aspektów technicznych, ale właściwie w głównej mierze bazuje na właściwym traktowaniu ucznia i dbałości o jego komfort psychiczny edukacji [12]. We współczesnym nauczaniu dostrzega się silną potrzebę właściwego podejścia do podopiecznych, odpowiedniego ich traktowania i nowatorskich metod wzbudzania zainteresowania, stąd ważne pytania o sposoby traktowania wychowanków. Partnerstwo relacji uczeń-nauczyciel zdecydowanie ustępuje relacjom podmiotowym, gwarantującym sprawiedliwe traktowanie i wewnętrzne poczucie bezpieczeństwa ucznia. Równość w relacjach jawi się jako niemożliwa do zrealizowania, stawiając obie strony w nierównych pozycjach, których ramy określane są przez takie zmienne jak wiek, doświadczenie i wiedza przedmiotowa. Istotną kwestią jest budowanie pozytywnych relacji z uczniami, dbanie o przyjazny klimat umożliwiający rozwój inteligencji emocjonalnej podopiecznych, która z kolei

sprzyja budowaniu poczucia bezpieczeństwa [13]. Nie bez znaczenia pozostaje osobowość nauczyciela, spójność jego poglądów i postaw jakie przejawia w życiu i w szkole. Powinien on zapewniać uczniom niezbędny w rozwoju komfort psychiczny, będąc jednocześnie godnym zaufania specjalistą, oferującym uczniom pomoc i wsparcie w każdej sytuacji [7]. Warto wspomnieć, iż każda nowa, nieznaną lub zmieniającą się sytuacja powoduje u ucznia poczucie lęku, dlatego tak ważne są ciągłe starania nauczycieli zapewniające bezpieczne warunki rozwoju [4]. Wśród znawców problemu bezpieczeństwa, istnieje niezaprzeczalny konsens odnośnie bezpiecznej i zarazem efektywnej egzystencji w środowisku szkolnym [1, 20]. Teoretycy zwracają uwagę na istotę pozytywnych relacji rówieśniczych i dobrych kontaktów z nauczycielami. Więzy te gwarantują współpracę, akceptację czy poczucie przynależności. Kluczową rolę odgrywa również możliwość dążenia przez uczniów do osiągania dobrych wyników w nauce, będących źródłem satysfakcji [6]. Nie bez znaczenia jawi się potrzeba kontrolowania otoczenia, która dostarcza młodemu człowiekowi poczucia niezależności, wolności i dowolności w swych wyborach.

Cel badań

Bezpieczeństwo należy do przedmiotu badań od zawsze. Jako nadrzędna potrzeba człowieka stanowi najwyższą wartość. Celem badań opracowania było podjęcie próby wskazania czynników ryzyka oraz środków chroniących przed ryzykiem.

Metodologia badań

W badaniach interdyscyplinarnych jak nauki o bezpieczeństwie należy konstruować wnioski o badania heurystyczne oraz badania dokumentów. Sama metodologia dopuszcza różne narzędzia, które są bardzo pomocne w formułowaniu wniosków końcowych. Paradygmat bezpieczeństwa jest niezmienny i oznacza brak zagorzenia, ale również poczucie pewności, jednakże nauki o bezpieczeństwie stale się rozszerzają o kolejne dyscypliny co stanowi kolejny obszar badawczy [14].

Wyniki badań

Wśród znawców problemu bezpieczeństwa, istnieje niezaprzeczalny konsens odnośnie bezpiecznej i zarazem efektywnej egzystencji w środowisku szkolnym [11].

Teoretycy zwracają uwagę na istotę pozytywnych relacji rówieśniczych i dobrych kontaktów z nauczycielami [15]. Więzy te gwarantują współpracę, akceptację czy poczucie przynależności. Kluczową rolę odgrywa również możliwość dążenia przez uczniów do osiągnięcia dobrych wyników w nauce, będących źródłem satysfakcji. Nie bez znaczenia jawi się potrzeba kontrolowania otoczenia, która dostarcza młodemu człowiekowi poczucia niezależności, wolności i dowolności w swych wyborach. Z ogólnych badań przeprowadzanych przez psychologów społecznych wynika, iż poczucie zagrożenia swobody własnych działań wywołuje w człowieku nieprzyjemny stan reaktancji, którego redukcja opiera się wyłącznie na wykonaniu zakazanej czynności, jako udowodnieniu sobie odzyskania panowania nad własnym postępowaniem [3]. Wyniki badań psychologów dostarczają wielu przydatnych metod odnoszenia się do ucznia, odpowiednich sposobów jego traktowania wraz z uwzględnieniem właściwych metod nagradzania czy karania. Powracając jednak do warunków zapewnienia przyjaznego środowiska szkolnego, warto wspomnieć o ostatniej zmiennej, czyli pragnieniu udziału w ważnych dla ucznia przedsięwzięciach, uzewnętrznianiu własnej pomysłowości, przekazywaniu innym części siebie [4].

Tabela 1. Czynniki ryzyka ze względu na kategorie

CZYNNIKI RYZYKA		
Związane z osobowością	Związane z sytuacją szkolną	Związane z sytuacją rodzinną
<ul style="list-style-type: none"> • problemy emocjonalne, • nieadekwatny obraz własnej osoby, • niskie poczucie własnej wartości, • brak samoakceptacji związany np. z własną dysfunkcją, • niesprecyzowane cele życiowe, • brak umiejętności radzenia sobie z problemami okresu dorastania, • brak internalizacji norm i zasad społecznych, • postrzeganie świata i ludzi jako zagrażających, • wyuczone sposoby reakcji na sytuacje trudne, • poczucie osamotnienia i odrzucenia, • poczucie braku perspektyw życiowych, • ciekawość poznania nowego przeżycia, • brak umiejętności radzenia sobie z trudnościami i problemami, • poczucie niskiej atrakcyjności i kompetencji, • brak umiejętności organizacyjnych, • niski poziom wytrwałości i konsekwencji w działaniu, • brak wiary w sens podejmowanych działań. 	<ul style="list-style-type: none"> • trudności w nauce, • niska motywacja do nauki, • opóźnienia programowe związane z procesem leczenia, • specyficzne trudności spowodowane deficytami rozwojowymi, • niewystarczająca pomoc w nauce • brak zainteresowania nauką, wagiary, • brak satysfakcji z podejmowanych działań, • poczucie bezradności wobec problemów związanych z nauką szkolną, • brak integracji w zespole klasowym • brak umiejętności społecznych • kontakt z grupami, w których obowiązują nieakceptowane społecznie normy i zasady, • presja grupy rówieśniczej • doświadczenie zranienia, urazów, • ubóstwo doświadczeń, • niechęć do nawiązywania kontaktów z rówieśnikami. 	<ul style="list-style-type: none"> • niewłaściwe postawy rodzicielskie, • niewłaściwa pozycja dziecka w rodzinie, • nieprawidłowa atmosfera życia rodzinnego, • konflikty w rodzinie, • niski status materialny rodziny • bardzo wysoki statut- dziecko ma co chce • brak jasnych reguł postępowania, • brak rygorów lub surowa dyscyplina i niekonsekwencje, • stosowanie kar cielesnych, • dystans uczuciowy, • destruktywny stosunek rodziców do siebie. • brak wiary w możliwości dziecka, • brak wsparcia ze strony rodziców, • brak zrozumienia dla problemów dziecka, • nadmierna tolerancja • izolacja społeczna dziecka, • negatywne wzorce rodzinne. • wzór ojca, matki lub obojga rodziców palących, pijących lub zażywających środki psychoaktywne, • tolerancja rodziców wobec używek.

Szkoła podstawowa będąca pierwszą tak poważną dla dziecka instytucją zapoczątkowującą nowy rozdział życia często niesie ze sobą spory zamęt w dziecięcym byciu. Pojawiają się nowe wymagania i wyzwania wymagające sporej elastyczności oraz odwagi. Pierwsze dotkliwe niepowodzenia czy trudności w relacjach koleżeńskich mogą być przyczynkiem do nasilających się szkolnych

problemów. Wyraźnie zauważalne jest również niedostosowanie społeczne dzieci z nieprawidłowo funkcjonujących rodzin. Styk różnorodnych problemów w liczącej sobie wielu uczniów szkole może generować wiele nieporozumień, konfliktów i prób rozładowania wzrastającego w młodym człowieku napięcia. Niewłaściwie nauczycielskie podejście, błędy organizacyjne mogą pogłębiać niewłaściwie stosunki będące oczywistym zagrożeniem dla bezpieczeństwa w szkole. Za podstawową przyczynę obniżonego bezpieczeństwa uważa się agresję i przemoc, wynikającą nie tylko z niedostosowania społecznego uczniów, ale i innych czynników, niezwiązanych bezpośrednio z wychowaniem w pierwotnej grupie socjalizacyjnej. W literaturze można znaleźć wiele definicji agresji i przemocy, najczęściej występują sformułowania zwracające uwagę na wszelkie działania, przedsięwzięcia mające na celu zranienie innego człowieka lub istoty żywej czy też zniszczenie jakiejś rzeczy. Warto wskazać na różnorodność wymienianych form przemocy, licznosc podziałów i kryteriów klasyfikacji. Ich definicje uwzględniają jednak zazwyczaj trzy podstawowe kryteria: rodzaj zachowania, intencje i skutki przemocy. Główna charakterystyka opiera się na wyróżnieniu przemocy fizycznej lub cielesnej, psychicznej lub duchowej, osobowej czy strukturalnej. Przemoc fizyczna lub cielesna nierozzerwalnie łączy się z takimi zjawiskami jak bicie, kopanie, okradanie czy niszczenie cudzej własności, mienia (wandalizm). Nie można również zapominać o maltretowaniu i molestowaniu seksualnym. Pod pojęciem przemocy psychicznej lub duchowej rozumie takie zachowania, których celem jest zranienie drugiej osoby przez słowa (przemoc werbalna) lub gesty. Może ona występować w formie jawnej opierającej się na publicznym karceniu, ośmieszaniu, obrażaniu, groźeniu czy częstym w środowisku dziecięcym wykluczeniu z grupy. Formę niejawną przemocy psychicznej stanowi mobbing. O zjawisku mobbingu mówimy wtedy, gdy ofiara jest w dłuższym okresie wielokrotnie narażona na negatywne działania ze strony innej osoby lub osób. Kluczowe jest również rozpatrzenie tego pojęcia od strony etymologicznej. Mimo, iż swą „karierę” rozpoczęło w krajach skandynawskich to pochodzi od angielskiego mob, tłumaczonego jako tłum, motłoch, banda, ale i napastować czy oblegać. Bardzo łatwo więc nakreślić zakres spraw, których dotyczy, wskazać na szeroki wachlarz wszelkich form prześladowań skierowanych przeciwko drugiej osobie. Z drugiej zaś strony warto przyrzeć się czynnikom, które

w dużym stopniu są w stanie zapobiec ryzyku w środowisku szkolnym. Przyjmując te same kategorie można je podzielić na:

Tabela 2. Czynniki chroniące przed ryzykiem

CZYNNIKI CHRONIĄCE PRZED RYZYKIEM		
Związane z osobowością	Związane z sytuacją szkolną	Związane z sytuacją rodzinną
<ul style="list-style-type: none"> • adekwatna samoocena, • poczucie własnej wartości i akceptacji siebie, • dojrzałość emocjonalna, • przyjazne nastawienie do ludzi i świata, • racjonalny obraz własnych słabości, • stabilna tożsamość, • sprecyzowane cele życiowe, • umiejętność reagowania na sytuacje problemowe, • szacunek dla obowiązujących norm społecznych, • zdolność empatii, • preferowanie zdrowego stylu życia, • umiejętność rozwiązywania konfliktów wewnętrznych, • realizowane pasje i zainteresowania, • umiejętności asertywne, • dostrzeganie własnych możliwości mimo ograniczeń związanych z dysfunkcją, • ciekawość poznawcza, • zdolności i zainteresowania, • umiejętność skutecznego komunikowania się, • umiejętność autoprezentacji. 	<ul style="list-style-type: none"> • osiągnięcie wyników w nauce zgodnych z możliwościami, • sukcesy szkolne, • zainteresowanie nauką, • przekonanie o zależności między nauką a możliwością osiągnięcia sukcesów życiowych, • wspierające i motywujące ocenianie, • atmosfera szkolna motywująca do nauki, • aktywność poznawcza ucznia, • indywidualizacja działań edukacyjnych, • zajęcia pozalekcyjne wspierające rozwijanie zainteresowań dostępne dla wszystkich uczniów, • poczucie bezpieczeństwa na terenie szkoły i poza nią, • prawidłowe relacje w obrębie zespołu klasowego, • konsekwentnie przestrzegane obowiązujące w szkole normy zachowania, • osobisty przykład nauczycieli, • potrzeba osiągnięć szkolnych i docenianie wszelkich osiągnięć uczniów, • wzmocnienia pozytywne, 	<ul style="list-style-type: none"> • postawa akceptacji i miłości, • atmosfera życzliwości, poszanowania i zrozumienia, • wymagania adekwatne do możliwości dziecka, • autentyczny kontakt z dzieckiem, wrażliwość na jego potrzeby i pragnienia, • prawidłowa pozycja dziecka w rodzinie, • pozytywne wzorce rodzinne. • uznawane przez członków rodziny normy i wzory zachowania, • konsekwencja w działaniach wychowawczych.

	<ul style="list-style-type: none"> • stwarzanie okazji do działań w różnych obszarach funkcjonowania, • bazowanie w działaniach na mocnych stronach ucznia. • konstruktywne i bogate doświadczenia poznawcze i społeczne, • dobrze rozwinięta umiejętność funkcjonowania społecznego, • przynależność do pozytywnej grupy rówieśniczej, • ostrożność i krytycyzm przy podejmowania decyzji wejścia do grupy, • odporność na manipulację, • świadomość zagrożeń społecznych, • umiejętność odpierania presji i nacisków grupy, • pozytywne doświadczenia życiowe, • umiejętność nawiązywania i utrzymywania kontaktów z rówieśnikami, • dobra pozycja w grupie. 	
--	--	--

Prawo a bezpieczeństwo uczniów

Regulacje prawne dotyczące szeroko pojmowanego bezpieczeństwa w szkole znajdują się w wielu aktach normatywnych. Przepisy w nich zawarte odnoszą się przede wszystkim do opieki pedagogicznej sprawowanej nad uczniami podczas ich pobytu w szkole i na jej terenie, zmierzają jednak do zapewnienia bezpieczeństwa wszystkim osobom znajdującym się w obiekcie szkolnym podczas zajęć organizowanych przez szkołę, a więc także nauczycielom, kadrze zarządzającej

oraz pracownikom niepedagogicznym. Czołowym dokumentem konstytuującym funkcjonowanie oświaty jest Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. W artykule 39 szczegółowo określa ona zadania dyrektora szkoły, zobowiązując go m.in. do kierowania całokształtem działań szkoły, a w szczególności do sprawowania opieki nad uczniami oraz stwarzania warunków ich harmonijnego rozwoju psychofizycznego. Zgodnie z art. 33 tejże ustawy dyrektor nadzoruje poszanowanie praw dziecka i ucznia w każdym aspekcie działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej szkoły. Gwarantem praw uczniowskich są ustawa zasadnicza oraz ratyfikowane przez Polskę dokumenty międzynarodowe, na które ustawa powołuje się w preambule: „Oświata w Rzeczypospolitej Polskiej stanowi wspólne dobro całego społeczeństwa; kieruje się zasadami zawartymi w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, a także wskazaniemi zawartymi w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych oraz Konwencji o Prawach Dziecka. Zgodnie z przepisami prawa oświatowego dyrektor szkoły jest nie tylko „strażnikiem” wewnętrznej demokracji. Odpowiada on również za zapewnienie bezpieczeństwa i higieny pracy i nauki, w tym także za stan sanitarny oraz stan ochrony przeciwpożarowej obiektów szkolnych. Artykuł 95a. ustawy o systemie oświaty zobowiązuje ministra oświaty i wychowania, aby „w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw pracy, określił w drodze rozporządzenia, ogólne przepisy bezpieczeństwa i higieny obowiązujące w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach, z uwzględnieniem w szczególności warunków pracy i nauki w czasie pobytu w szkole, w tym warsztatach, laboratoriach i pracowniach szkolnych oraz w czasie zajęć z wychowania fizycznego, w czasie zawodów sportowych i wycieczek turystycznych, oraz postępowanie w sprawach wypadków uczniów” Wymagane Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach wydane zostało 31 grudnia 2002 r. (Dz. U. z dnia 22 stycznia 2003 r.) W rozdziale 1 „Przepisy ogólne” w §2 czyni ono dyrektora szkoły osobą odpowiedzialną za zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu w szkole, a także warunków uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez szkołę poza jej terenem, a więc np. wyjściach do kina i teatru, wycieczkach szkolnych, czy zawodach sportowych. W kwestii organizacji procesu dydaktycznego wychowawczego rozporządzenie nakazuje uwzględnienie potrzeby równomiernego rozmieszczenia zajęć w poszczególnych

dniach tygodnia, różnicowania zajęć w każdym dniu oraz unikania łączenia w kilkugodzinne bloki zajęć z jednego przedmiotu. § 13 rozporządzenia mówi, iż „Niedopuszczalne jest prowadzenie jakichkolwiek zajęć bez nadzoru upoważnionej do tego osoby”. § 14 w brzmieniu: „Przerwy w zajęciach uczniowie spędzają pod nadzorem nauczyciela” zobowiązuje dyrektora szkoły do czuwania nad jakością sprawowanych przez nauczycieli dyżurów podczas przerw międzylekcyjnych i po lekcjach.

Podsumowanie

Szkoła, tuż obok rodziny, stanowi kluczową instytucję w wychowaniu, socjalizacji i rozwoju młodego człowieka. Większość przeprowadzonych badań oraz obserwacji funkcjonowania polskich placówek oświatowych w ostatnich latach nie bez powodu oscylowała wokół szkół podstawowych. Szkoła podstawowa bowiem, to nie tylko szereg nowych obowiązków, ale także pierwsze kroki dziecka ku szerszej rozumianej samodzielności oraz właściwej współpracy w grupie koleżeńskiej. Ze względu na szczególną rolę doświadczeń ucznia na początkowym etapie edukacji szkolnej, ich znaczenia dla rozwoju wewnętrznej motywacji do nauki oraz budowania zaufania do dorosłych, warunki stworzone dzieciom w odniesieniu do klimatu oraz bezpieczeństwa na terenie szkoły wydają się nie do przecenienia. Od kilku lat obserwuje się wyraźny wzrost zainteresowania zagadnieniami związanymi z bezpieczeństwem w polskich szkołach. Z roku na rok zwiększa się poziom społecznej świadomości na ten temat. Nagłaśniane przez media drastyczne wydarzenia ze szkolnych sal i korytarzy są przyczynkiem do merytorycznej dyskusji na temat skali i przyczyn agresji w szkołach oraz poszukiwań możliwości poprawy sytuacji w tej dziedzinie. Liczne kampanie społeczne, edukowanie środowisk nauczycielskich, docieranie do świadomości jak najszerszego grona rodziców przynoszą pierwsze wymierne rezultaty, a przede wszystkim zmianę dotychczasowego sposobu myślenia w tym obszarze. Pozytywne efekty działań na rzecz bezpieczeństwa oczekiwane są również na skutek nowelizowania przepisów oświatowych oraz realizacji rządowego projektu „Bezpieczna i przyjazna szkoła”.

Piśmiennictwo

1. Czajkowska-Ziobrowska D., Zduniak A. (red.), *Edukacja dla bezpieczeństwa – bezpieczna szkoła, bezpieczny uczeń*, Poznań 2007.
2. Hoffmann B. *Surdopedagogika* Warszawa PWN 1987.
3. Hulka A. (red.) *Pedagogika rewalidacyjna* Warszawa PWN 1977.
4. Jabłoński L. (2000), *Mierniki zdrowia*, [w:] Kulik T.B., Wrońska I., *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej.
5. Jastrząb J., (1995), *Zaspokajanie potrzeb edukacyjnych*, *Wychowanie na co dzień*, Warszawa.
6. Juchnowicz M., *Najlepsze praktyki w zarządzaniu kapitałem ludzkim*, Warszawa 2011.
7. Kmiecik-Baran K. (red.), *Zaburzenia zachowania dzieci i młodzieży szkolnej*, Warszawa 2006.
8. Kwiatkowska H., *Edukacja Nauczycielska*, Warszawa 1996.
9. Ministerstwo Edukacji Narodowej (2009) Podstawa programowa z komentarzami. *Wy-chowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 8.
10. Olweus D., *Mobbing. Fala przemocy w szkole – jak ją powstrzymać?* Warszawa 2007.
11. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla szkoły branżowej I go stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej, DZ.U.2017, poz.356.
12. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz. U. 2018 poz. 214).
13. Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu w sprawie warunków i sposobów organizowania przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki krajoznawstwa i turystyki z dnia 8 listopada 2001 r. (Dz. U. Nr 135 z 2001 r. poz. 1516).
14. Skalski D., Kowalski D., Ostrowski A., Makar P., Stanuła A., *Dewiacje w sporcie wyczynowym a ich wpływ na edukację zdrowotną*, W: *Medycyna i zdrowie:*

- wybrane aspekty ratownictwa. T. 4 / red. nauk. D. Skalski, B. Duda-Biernacka, D. Kowalski, R. Zwara.
15. Słońska Z., Misiuna M., *Promocja zdrowia*. Słownik podstawowych terminów, Warszawa: Agencja Promo-Lider.
 16. Spionek H. *Zaburzenia rozwoju uczniów, a niepowodzenia szkolne*, Warszawa PWN 1981.
 17. Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz.U. z 1982 r. nr 3, poz. 19, z późn. zm.).
 18. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późniejszymi zmianami).
 19. Woolfolk A., Hughes M., Walkup V. *Psychology in education*. London 2008.
 20. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2011.

GŁÓWNE CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

ОСНОВНІ СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

MAJOR CARDIOVASCULAR DISEASES

Karolina Brzoskowska^{1,2}

¹ Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Polska

² Powiślańska Szkoła Wyższa w Kwidzynie, Polska

Słowa kluczowe: CHUK, choroby sercowo- naczyniowe, tętniak aorty, zawał, serce.

Ключові слова: фізична культура, студент, санітарна освіта, здоров'я.

Key words: physical culture, student, health education, health.

Streszczenie

Choroby związane z układem krążenia są najczęstszym powodem zgonów na całym świecie. Choroby układu krążenia często poprzedzone są czynnikami, które je wywołują. Sporo czynników ryzyka oddziałuje progresywnie przez powolne zwiększanie ryzyka, są to m.in. zaburzenia lipidowe, nadciśnienie. Problem chorób układu krążenia jest istotnym problemem dla systemu opieki zdrowotnej, którym zajmują się lekarze od wielu lat. W Polsce realizowany jest program profilaktyki chorób układu krążenia, który nie cieszy się dużym zainteresowaniem, co przekłada się na wysoki odsetek zachorowań.

Резюме

Серцево-судинні захворювання є основною причиною смерті в усьому світі. Серцево-судинним захворюванням часто передують фактори, що їх викликають. Багато факторів ризику діють поступово, повільно збільшуючи ризик, до них входять порушення ліпідів, гіпертонія. Проблема серцево-судинних захворювань є важливою проблемою для системи охорони здоров'я, якою вже багато років займаються лікарі. У Польщі впроваджується програма профілактики серцево-судинних захворювань, яка не є задовільною інтерес, що виливається у високий відсоток захворювання.

Summary

Cardiovascular disease is the most common cause of death worldwide. Cardiovascular diseases are often preceded by factors that cause them. Many risk factors have a progressive effect by slowly increasing the risk, including lipid disorders, hypertension. The problem of cardiovascular diseases is a significant problem for the health care system, which doctors have been dealing with for many years. In Poland, there is a cardiovascular disease prevention program which is not very popular, which translates into a high incidence rate.

Wstęp

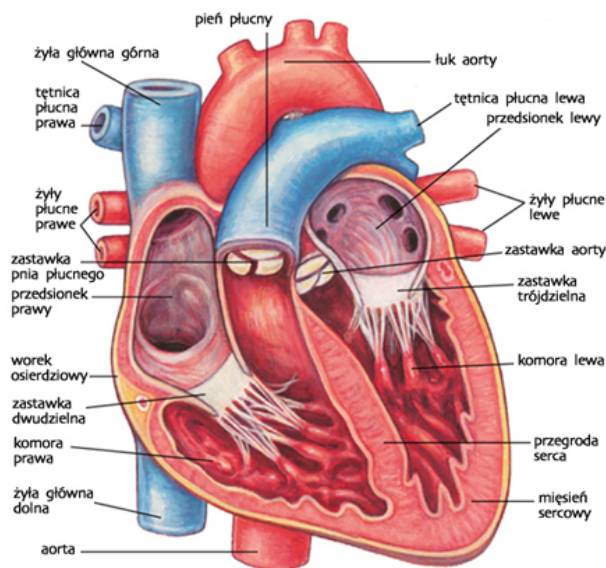
W ciągu ostatnich lat można zaobserwować, że społeczeństwo starzeje się, co związek ma z rozwojem cywilizacyjnym krajów uprzemysłowionych, które jest wynikiem polepszenia warunków ekonomicznych oraz postępów w dziedzinie medycyny. W związku ze wzrostem średniej długości życia społeczeństwa rośnie liczba osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Choroby związane z układem krążenia są najczęstszym powodem zgonów na całym świecie. Dzięki bardzo nowoczesnej opiece kardiologicznej zmniejszyła się umieralność szpitalna z przyczyny ostrych zespołów wieńcowych do poziomu czołowych krajów europejskich, natomiast śmiertelność przed hospitalizacyjną nadal utrzymuje się na bardzo znacznym poziomie [1].

Czynnik ryzyka jest znacząco związany z zapoczątkowaniem choroby, ale do jej wywołania jest niewystarczający. Pojęcie czynników ryzyka pierwszy raz zostało użyte przypadku chorób układu krążenia [2]. Pojawienie się czynników musi poprzedzać wystąpienie choroby. Sporo czynników ryzyka oddziałuje progresywnie przez powolne zwiększanie ryzyka, są to m.in. zaburzenia lipidowe, nadciśnienie.

Jednak nawet ci chorzy, u których z pozytywnym rezultatem zostały zastosowane metody lecznicze oraz osiągnięto wyrównanie hiperlipidemii, nadciśnienia tętniczego czy cukrzy mimo wszystko pozostają w grupie o zwiększonym ryzyku incydentów sercowo – naczyniowych. Badania dotyczące czynników ryzyka doprowadziły do stworzenia koncepcji „całkowitego ryzyka sercowo – naczyniowego”, gdzie ocenia się ilościowo globalne ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo – naczyniowego u konkretnego pacjenta, wynikające ze współistnienia czynników ryzyka [3]. Od kilku lat Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje program profilaktyczny Chorób Układu Krążenia (CHUK), dzięki czemu każdy kto nie ma rozpoznanej choroby układu krążenia i nie leczył się na te choroby może raz na pięć lat skorzystać w ramach Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) z diagnostyki, która ma za zadanie pomoc w określeniu procentowego ryzyka umieralności z powodu CHUK.

Anatomia układu krążenia



Rycina 1. Serce, przekrój czołowy[4]

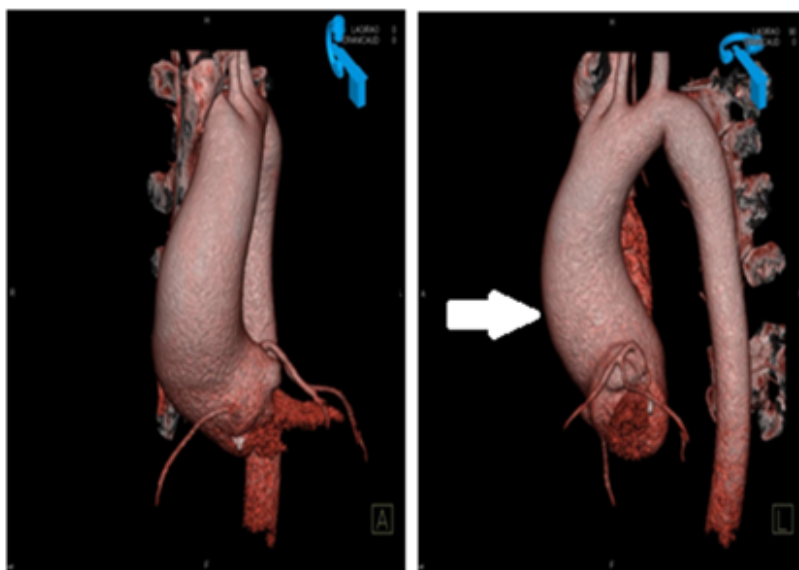
Układ krążenia składa się przede wszystkim z serca oraz naczyń krwionośnych tj. tętnic, żył, naczyń włosowatych. Głównym zadaniem układu krążenia

jest transport krwi tlenu do komórek, rozpuszczonych w osoczu substancji odżywczych , natomiast niepotrzebnych lub szkodliwych produktów przemiany materii z komórek do miejsc ich unieszkodliwienia lub wydalenia takich jak nerki, wątroba czy płuca.

Centralną częścią układu krążenia jest serce, zlokalizowane w klatce piersiowej, w śródpiersiu środkowym. Serce otoczone jest workiem osierdziowym.

Tętniak aorty

Tętniak rozwarstwiający aorty piersiowej to stan bezpośredniego zdrowia i zagrożenia życia. Schorzenie to jest niezwykle trudne do diagnostyki, prawie niemożliwe w warunkach ambulatoryjnych, a także bardzo trudne w szpitalu. Objawy rozwarstwienia zazwyczaj pojawiają się nagle co może doprowadzić do śmierci. Niecharakterystyczne objawy rozwarstwienia, takie jak: duszność, omdlenie czy ból kręgosłupa w różnych jego odcinkach są mylące dla diagnostyki. [5].



Rycina 1.2. Tętniak aorty występującej widoczny podczas badania angio-CT aorty[6]

Symptomy rozwarstwienia tętniaka aorty piersiowej są zazwyczaj mało charakterystyczne, a nawet jeżeli są książkowe, zwykle kojarzone są z chorobami kręgosłupa. U pacjenta z bólem w klatce piersiowej należy dokonać eliminacji wg zasady „wykluczenia trzech”, która obejmuje zatorowość płucną, zawał mięśnia sercowego, tętniak rozwarstwiający aorty piersiowej, według zaleceń American Heart Association. Wykluczenie to nie jest możliwe w warunkach ambulatoryjnych.

Charakterystycznymi objawami rozwarstwienia aorty są:

- Nieurazowy, nagły ból pleców.
- Ból w klatce piersiowej, o charakterze nagłym, rozrywający, silny, przede wszystkim w okolicy zamostkowej.
- Deficyt tętna na obwodzie.
- Wędrowanie bólu zgodnie z kierunkiem rozwarstwienia tj. do szyi – okolica międzyłopatkowa, do brzucha – okolica lędźwiowa i kończyny dolne.
- Nagła chrypka – z uwagi na porażenie lewego nerwu krtaniowego.
- Wstrząs hipowolemiczny – wczesna faza wstrząsu występuje już przy utracie ok.15-25% krwi krążącej (tachykardia, hipotonia, CRT > 2 s, błądność). Późna faza wstrząsu jest wtedy, kiedy następuje utrata ok. 30-45% krwi krążącej.
- Omdlenie – spowodowane krwawieniem do przestrzeni rozwarstwienia aorty lub początek gromadzenia się krwi w worku osierdziowym.
- Inne takie jak: intensywne poty, zawroty głowy, wymioty, zaburzenia świadomości, zasłabnięcie, niewydolność krążenia, lęk [7].

Zawał mięśnia sercowego

Zawał mięśnia sercowego to uszkodzenie serca spowodowane niedokrwieniem, jednak do ostrego niedokrwienia mogą doprowadzić także inne mechanizmy. Zwykle są to powikłania blaszki miażdżycowej takie jak pęknięcie, owrzodzenie czy jej rozwarstwienie. Do ostrego niedokrwienia może dojść również w przypadku obkurczenia czy zatoru tętnicy wieńcowej, a także w wielu innych sytuacjach, w których nagłemu, większemu zapotrzebowaniu na tlen nie towarzyszy odpowiednia jego podaż do mięśnia sercowego. Mówi się wtedy o nie stosunku między podażą i zapotrzebowaniem [8]. Zwykle do stanów takich dochodzi w przypadkach: tachy-/brady-arytmii, niewydolności oddechowej, anemii, hipotonii, przełomu nadciśnieniowego - mogą przy tym występować, ale nie

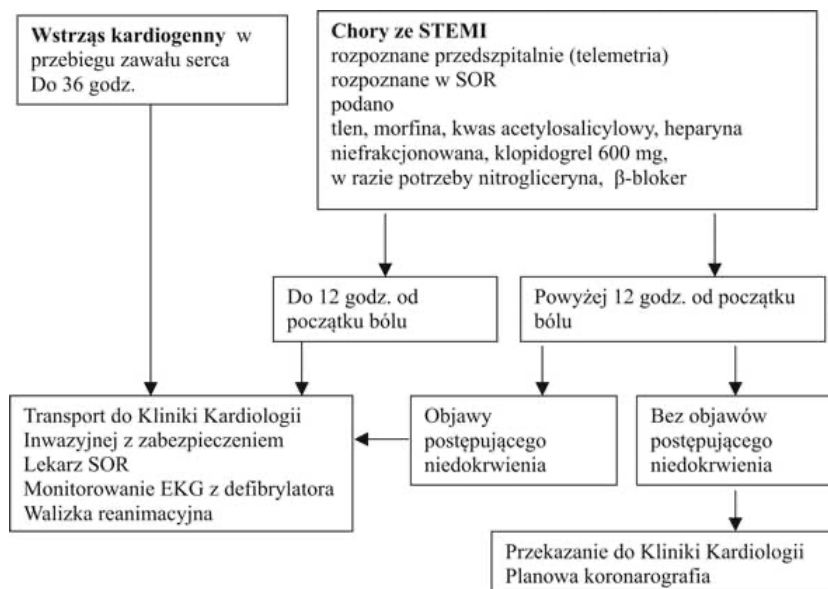
zawsze, stabilne zwężenia w naczyniach wieńcowych. Takie przypadki kliniczne zdarzają się przeważnie u pacjentów poddawanych planowanym, w trybie pilnym czy ratującym życie zabiegom, czy też innym przypadkom związanym ze zwiększoną przemianą materii.

Do ostrych powikłań zawału należą:

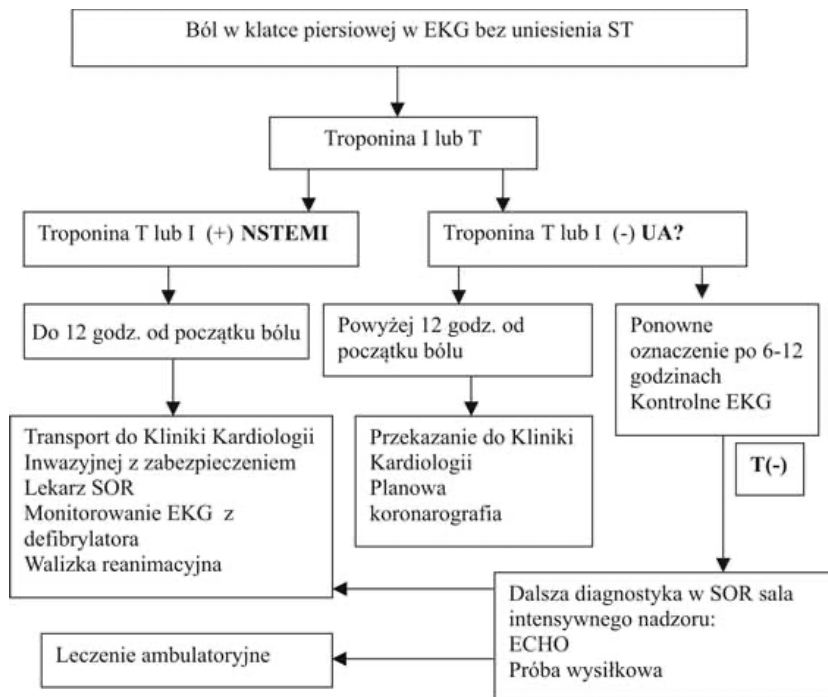
- powikłania zakrzepowe,
- niewydolność serca,
- tętniak lewej komory,
- ostre zapalenie osierdzia,
- zaburzenia rytmu, przewodzenia,
- nawrót niedokrwienia czy ponowny zawał serca,
- powikłania mechaniczne.

Rozpoznanie zawału serca stawia się na podstawie:

- objawów, zwłaszcza bólu w klatce piersiowej,
- EKG,
- badania krwi markerów zawału serca takich jak troponina i kinaza kreatynowa.



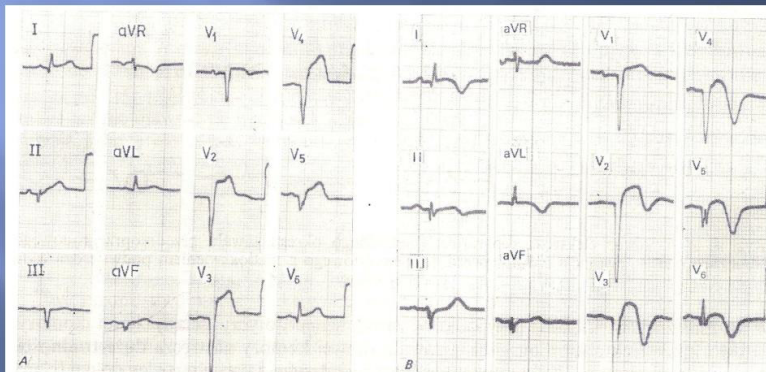
Rycina 1.3. Postępowanie wstępne z chorym z zawałem STEMI[9]



Rycina 1.4. Postępowanie diagnostyczne w NSTEMI[10]

W zapisie EKG lekarz ocenia głównie odcinek ST i w zależności od zmian w ich zakresie może zdiagnozować zawał także bez potwierdzania go badaniem markerów zawału serca. Na podstawie EKG można niekiedy określić, która z tętnic wieńcowych uległa zamknięciu, a także która część serca jest niedokrwiona. Markerów zawału serca jest kilka, najczęściej stosowane to kinaza kreatynowa i enzym troponina. Podwyższony poziom tych badań pozwala postawić diagnozę. Wzrost poziomu markerów przeważnie nie występuje jednocześnie z pojawieniem się objawów, dlatego niekiedy w celu potwierdzenia ostrego zespołu wieńcowego potrzeba szeregu badań krwi w odstępach kilkugodzinnych.

Obraz ekg świeżego zawału ściany przednio - bocznej serca oraz ewolucja tego zawału



Ryc. 2. A — obraz elektrokardiograficzny świeżego zawału przednio-bocznej ściany serca. B — ewolucja zawału; widoczne również cechy przebytego wcześniej zawału ściany dolnej. 26

Rycina 1.5. Ostry zespół wieńcowy[11]

Choroba niedokrwienna serca

Choroba niedokrwienna serca jest zespołem objawów chorobowych, które są efektem długotrwałego, nieodpowiedniego zaopatrzenia w tlen i substancje odżywcze komórek mięśnia sercowego. Główną przyczyną choroby wieńcowej jest miażdżycy.

Synonimami choroby niedokrwiennej serca (ChNS) są:

- choroba wieńcowa,
- dławica piersiowa,
- dusznica bolesna.

Klasyfikacja stopnia zaawansowania dławicy piersiowej jest wprowadzona przez Kanadyjskie Towarzystwo Kardiologiczne (Canadian Cardiovascular Society). Jest to czterostopniowa klasyfikacja pokazująca związki bólów wieńcowych z wykonywanym wysiłkiem fizycznym.

Klasyfikacja CCS:

- I stopień: bóle dławicowe występują tylko w trakcie znacznego wysiłku,

- II stopień: bóle dławicowe są małe w trakcie zwykłych czynności takich jak np. w czasie szybkiego wchodzenia po schodach powyżej drugie piętra,
- III stopień: spore dolegliwości występują w czasie codziennych wysiłków, np. podczas wolnego wchodzenia na pierwsze piętro,
- IV stopień: bóle dławicowe występują także podczas minimalnych wysiłków, a nawet w spoczynku [12].

Istotą choroby niedokrwiennej serca jest ciągła lub czasowa nierównowaga między zapotrzebowaniem mięśnia sercowego na energię i tlen, a możliwością ich dostawy. Nierównowaga wyraźnie pojawia się podczas aktywności fizycznej wykonywanej przez chorego. Wówczas serce szybciej i mocniej się kurczy, a co za tym idzie potrzebuje więcej tlenu. Zwężone tętnice wieńcowe nie dają rady uporać się z takim zapotrzebowaniem. Wówczas następuje niedotlenienie mięśnia serca. Choroba wieńcowa jest najczęstszym spotykanym schorzeniem układu krążenia u populacji żyjącej w krajach wysoko rozwiniętych. Powikłania chorób układu krążenia pod postacią zawału mięśnia serca czy nagłej śmierci sercowej niestety są najczęstszymi przyczynami zgonów.

Miażdżyca tętnic wieńcowych jest najczęstszą przyczyną ChNS.

Innymi, ale wyraźnie mniej licznie występującymi, przyczynami mogą być:

- skurcz tętnicy wieńcowej,
- zator tętnicy wieńcowej,
- wady naczyń wieńcowych,
- uraz tętnicy wieńcowej,
- zakrzepica tętnicza wskutek zaburzeń krzepnięcia
- zapalenie tętnic wieńcowych,
- rozwarstwienie aorty.

Klasycznym objawem w ChNS jest ból o charakterze dławicowy, który ma charakterystyczne objawy, dzięki czemu na podstawie wywiadu z pacjentem dotkniętym tą chorobą istnieje spore prawdopodobieństwo jej rozpoznania.

Typowy ból dławicowy cechuje się następującymi objawami:

- ma charakter pieczenia, ucisku, dławienia, gniecienia czy rozrywania,
- charakter bólu jest cały czas taki sam,
- jest zwykle umiejscowiony zamostkowo, niekiedy może być zlokalizowany w nadbrzuszu,
- może promieniować do żuchwy, szyi, nadbrzusza, ramion,

- promieniowanie bólu jest niezmiennie,
- trwa kilka minut,
- jest wywoływany przez stres, wysiłek fizyczny,
- w ciągu kilku minut ustępuje w spoczynku albo po przyjęciu podjęzykowym nitrogliceryny,
- jest niezależny od pozycji ciała czy fazy cyklu oddechowego [13].

Podsumownie

Wiedza społeczeństwa w zakresie symptomów, jak i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych jest na bardzo niskim poziomie. Ograniczony czas i nieodpowiednie przygotowanie personelu medycznego w zakresie kształtowania świadomości wśród podopiecznych może być przyczyną takiej sytuacji. Głównym i niezwykle istotnym celem współczesnej edukacji zdrowotnej jest przekazywanie wiedzy w zakresie zdrowia oraz szerzenie polityki prozdrowotnej. Środowisko medyczne zwraca też uwagę na pozytywne działanie regularnego wysiłku fizycznego w prewencji jak i późniejszym leczeniu szeregu chorób, zwłaszcza chorób układu krążenia. Efektywna edukacja zdrowotna jest możliwa do osiągnięcia, ale wymaga mocnego zaangażowania od osób, do których należy jej prowadzenie.

Piśmiennictwo

1. Kannel W. B. et al., *Factors of risk in the development of coronary heart disease – six year follow-up experience*, The Framingham Study. *Ann Intern Med*, 1961; 55: 33–50.
2. *WHO Expert Committee. Hypertension Control in Populations*, World Health Organization Technical Report No 862. Geneva: World Health Organization, 1996.
3. Żuk M., *Archiwum Ilustracji WN PWN SA © Wydawnictwo Naukowe PWN*.
4. Żuk M., *Archiwum Ilustracji WN PWN SA © Wydawnictwo Naukowe PWN*.
5. Działkowiak A., Sadowski J., Pfitzner R. i wsp., *Tętniaki aorty wstępującej – leczenie operacyjne i doświadczenia własne*, XX Zjazd Naukowy Towarzystwa Chirurgów Polskich – Sekcja Chirurgów Klatki Piersiowej, Serca i Naczyń, Bydgoszcz 1984.
6. *Ultrasonography screening for abdominal aortic aneurysms: a systematic evidence review for the U.S.* Preventive Services Task Force J.M. Guirguis-Blake i wsp., *Annals of Internal Medicine*, 2014; 160: 321–329.

7. Zaślönka J., Jaszewski R., Janiki S., *Wybrane zagadnienia z chirurgii serca, naczyń i klatki piersiowej*, Łódź: Akademia Medyczna w Łodzi; 1996, s. 245.
8. Thygesen K, Alpert JS, White HD; *Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction*, Universal.
9. *definition of myocardial infarction*, Eur Heart J 2007;28:2525-38.
10. Wojewódzka-Żeleznikowicz M., Czaban S., Chabielska E., Ładny J., *Ostre zespoły wieńcowe w aspekcie działań medycyny ratunkowej* Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof Uniwersytetu Medycznego, Szpitalny Oddział Ratunkowy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, Borgis - Postępy Nauk Medycznych 6/2009, s. 474-479.
11. Wojewódzka-Żeleznikowicz M., Czaban S., Chabielska E., Ładny J., *Ostre zespoły wieńcowe w aspekcie działań medycyny ratunkowej* Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof Uniwersytetu Medycznego, Szpitalny Oddział Ratunkowy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, Borgis - Postępy Nauk Medycznych 6/2009, s. 474-479.
12. Nowak R., *Ostry Zespół Wieńcowy*, prezentacja z 2014 r.

Źródła internetowe

13. <http://www.ikard.pl/choroba-wienkowa.html>, *Choroba wieńcowa*, 30.01.2022 r.

STRETCHING W TRENINGU ZAWODNIKÓW KADRY NARODOWEJ POLSKI W GIMNASTYCE SPORTOWEJ MĘŻCZYŹN

СТРЕТЧИНГ У ПІДГОТОВКАХ ГРАВЦІВ ЗБІРНОЇ ПОЛЬЩІ З ЧОЛОВІЧОЇ ГІМНАСТИКИ

STRETCHING IN THE TRAINING OF POLAND'S NATIONAL TEAM PLAYERS IN MEN'S GYMNASTICS

Filip Sasnal¹, Agnieszka Supińska-Stencel¹, Agnieszka Zabrocka¹

¹*Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Polska*

Słowa kluczowe: gimnastyka sportowa, stretching.

Ключові слова: спортивна гімнастика, розтяжка.

Key words: sports gymnastics, stretching.

Streszczenie

Gimnastykę, można zaklasyfikować do wielowiekowej ale najbardziej widowiskowej dyscypliny sportu. Aby sportowiec mógł osiągnąć najwyższy szczyt swoich możliwości i rozwijać się w sposób ciągły i nie przerwany powinien unikać przeróżnych negatywnych czynników, a w tym urazów sportowych. Nie bez znaczenia w tym aspekcie mają ćwiczenia rozciągające. Na podstawie licznych badań możemy uwzględnić stretching jako jedną

z metod zapobiegania kontuzji. Analiza badań przeprowadzona została wśród mężczyzn znajdujących się w Kadrze Narodowej Polski. Przedział wieku u ankietowanych znajdował się między 18 a 27 rokiem życia. Z przeprowadzonej analizy wynika, że liczne grono gimnastyków ma pojęcie na temat wykorzystania gibkości w treningu i ją stosuje. Większość z nich zna także powody stosowania stretchingu. Natomiast w gimnastyce niewiele czasu poświęca się na rozciąganie oraz doksztalcanie w tej dziedzinie. Sprzęt do automasażu jest coraz to bardziej promowany, co można zauważyć także w tej dyscyplinie sportu. Zawodnicy chętnie używają przyborów typu rolery, guma czy piłka.

Резюме

Гімнастику можна віднести до багатовікової, але найвидовищнішої спортивної дисципліни. Щоб спортсмен міг досягти найвищої вершини своїх здібностей і розвиватися безперервно і безперервно, слід уникати різних негативних факторів, у тому числі спортивних травм. У цьому аспекті дуже важливі вправи на розтяжку. Базуючись на численних дослідженнях, ми можемо включити до них розтяжку методів профілактики травматизму. Аналіз дослідження проводився серед чоловіків у збірній Польщі. Вікова категорія респондентів була від 18 до 27 років. Аналіз показує, що велика група гімнастів має уявлення про застосування гнучкості в тренуваннях і використовує його. Більшість з них також знають причини розтягування. Однак у гімнастиці мало часу буде приділено розтяжці та тренуванням у цій області. Обладнання для самомасажу все більше і більше пропагується, що також можна побачити в цьому виді спорту. Гравці охоче використовують такі аксесуари, як ролики, гума або м'яч.

Summary

Gymnastics can be classified as a centuries-old but the most spectacular sport discipline. So that the athlete can reach the highest peak of his abilities and develop continuously and uninterruptedly, it should avoid various negative factors, including sports injuries. Stretching exercises are very important in this aspect. Based on numerous studies, we can include stretching as one of methods of injury prevention. The analysis of the research was carried out among men in the Polish National Team. The age range of the respondents was between 18 and 27 years old. The analysis shows that a large group of gymnasts has an idea about the use of flexibility in training and uses it. Most of them also know the reasons for stretching. In gymnastics, however, little time will be devoted to stretching and training in this area. Self-massage equipment is more and more promoted, which can also be seen in this sport. Players willingly use accessories such as rollers, rubber or a ball.

Wstęp

„Gimnastyka jako jedna z form kultury fizycznej przeszła długą, wiekową drogę przeobrażeń dając początek różnym dziedzinom sportu, które dopiero w czasach nowożytnych wyłoniły się z niej jako odrębne dyscypliny. Proces ten nastąpił zgodnie z duchem postępu, który nieuchronnie niesie z sobą specjalizację.” (Karniewicz, Kochanowicz 1990).

Teraźniejsze spojrzenie na gimnastykę, które stanowi integralną część systemu wychowania fizycznego, wznaga przeświadczenie o ważnej roli, którą odgrywa w czasach prężnie rozwijającej się techniki (Jeziński, Rybicka 1995). Dostarcza ona różnorodnego bodźca rozwojowego za pośrednictwem swoich walorów, dzięki czemu pełni funkcję wychowawczą, zdrowotną, a także korektywną. Co więcej rozległy zbiór ćwiczeń gimnastycznych daje możliwość ich doboru w zależności od wielu czynników, jakimi są m.in. wiek, płeć stan zdrowia, poziom sprawności fizycznej, a nawet zainteresowania (Omorczyk i in. 2010).

W sporcie wyczynowym osiągnięcie mistrzostwa sportowego jest jednoznaczne z wysokim poziomem zdolności motorycznych. Według W. Ljacha wysoki poziom podstawowych zdolności motorycznych jest fundamentem wysokiej wydolności człowieka we wszystkich rodzajach działalności sportowej. Zdolności motoryczne to indywidualne psychofizyczne właściwości człowieka określające poziom jego możliwości ruchowych. W gimnastyce sportowej gdzie występuje złożoność ruchów, czy techniki wykonania poszczególnych ćwiczeń i elementów wymaga od zawodnika wysokiego przygotowania ogólnego (Plichta, Żołnierowicza 2001). Podstawowe cechy takie jak szybkość, siła, równowaga, koordynacja ruchowa, gibkość oraz wytrzymałość w tej dyscyplinie sportowej są kształtowane wśród młodych adeptów gimnastyki sportowej. Ze względu na złożoność dyscypliny, uprawianie jej od najmłodszych lat, wymaga zaangażowania całego sztabu szkoleniowego. Wzrastający poziom mistrzostwa sportowego przyczynia się do systematycznej pracy na skrajnie wysokich możliwościach funkcjonalnych organizmu. Dlatego, też istotną rolę odgrywa monitorowanie obciążeń treningowych zawodnika a potem regeneracja i relaksacja organizmu zawodnika. Taką powszechnie stosowaną formą jest stretching. Jest on jedną z metod co raz częściej wykorzystywanych nie tylko w prewencji urazów sportowych, ale także w celu uelastycznienia mięśnia, zwiększenie zakresu ruchu w stawie

lub jego regeneracji. Wyróżniamy różne rodzaje rozciągania, które mają różnorakie zastosowanie., np: wykorzystując stretching na początkowym etapie jednostki treningowej mamy na celu zmianę w długości oraz elastyczności mięśni, jednak stosując go po treningu możemy zniwelować napięcie mięśniowe (Amko i wsp. 2003).

W treningu gimnastycznym gibkość odgrywa bardzo istotną rolę. Podczas doboru dzieci do sportu gimnastycznego selekcjonerzy zwracają uwagę na poziom gibkości. Jest ona uwarunkowana genetycznie i stanowi ważny element zdrowia, przejawiający się głównie w działaniu systemu ruchowego i świadczy o sprawności mięśniowo-szkieletowej (Osiński 2003).

Na potrzeby dyscypliny kontrolowana jest ruchomość w stawach barkowych, biodrowych oraz kręgosłupa. Na kolejnych etapach szkolenia następuje kształtowanie gibkości a następnie utrzymywanie jej na odpowiednim poziomie. Odpowiedni poziom gibkości umożliwia osiągnięcie wyższych wyników sportowych na poszczególnych przyrządach. Dzięki obszerności i amplitudzie ruchów w wybranych stawach, zawodnik wykonuje elementy z łatwością i „lekkością”. Gibkość w środowisku gimnastycznym, kształtowana jest poprzez konkretne, wybrane i specjalistyczne ćwiczenia, które są częścią treningu. Nie stosuje się odrębnej jednostki treningowej, jest jedynie uzupełnieniem. Stretching we współczesnym świecie sportu jest powszechnie stosowaną metodą, głównie w prewencji ryzyka urazów sportowych, definiuje się go jako ostrożne i stopniowe rozciąganie mięśni do stanu ich optymalnych możliwości. System ćwiczeń oraz zasad jakie służą przygotowaniu aparatu ruchu do wysiłku, a także ochrony przed jego skutkami, to spokojny sposób zapobiegania przedwczesnemu zużyciu naszego organizmu na skutek wykonywania codziennych czynności. Poprawne wykonywanie ćwiczeń poprawia elastyczność mięśni oraz zwiększa zakres ruchu w stawach. Każdy trening powoduje zeszywnienie, jak i napięcie mięśni. Nie elastyczne mięśnie zwiększają ryzyko ich uszkodzenia i przeciążenia. Wśród wielu pozycji literatury, można rozróżnić umowne podziały, techniki czy też metody i nazwy stretchingu np; statyczny, izometryczny, balistyczny, rehabilitacyjny, sportowy, w parach, poizometryczna relaksacja mięśni (PIR), czy też stretching ze sprzętem (Doutreloux i wsp. 2007, Solveborn 1989, Kurz 1997, Raisin 2004). Każdy rodzaj rozciągania ma inne cele i zastosowanie. W literaturze przedmiotu wyodrębniono różne formy, cele i zadania stretchingu nie tylko w sporcie:

- **Profilaktyczna** - zapobiega urazom i przeciążeniom, niweluje bóle kręgosłupa i innych stawów.
- **Rehabilitacyjna** - niweluje napięcia i bóle mięśniowe, zwiększa zakres ruchu w stawach, utrzymuje prawidłową postawę ciała.
- **Wspomagająca** - forma odnowy biologicznej, regeneracja mięśni, przygotowanie aparatu ruchu do wysiłku fizycznego.

Ponadto ćwiczenia rozciągające wpływają pozytywnie nie tylko na układ ruchowy ale i oddechowy. Właściwe wykonywanie ćwiczeń wiąże się z prawidłowym oddychaniem, co również jest istotne w nie których dyscyplinach sportu (Łada – Kamińska 2006).

Wśród sportowców bardzo popularna stała się forma stretchingu ze sprzętem. Dostęp do różnego rodzaju przyborów wspomagający proces szkolenia, spowodował częstsze stosowanie ćwiczeń rozciągających podczas treningów.

Metodologia badań

Celem niniejszej pracy było pozyskanie informacji na temat wiedzy zawodników w zakresie ćwiczeń rozciągających i ich zastosowania podczas codziennego treningu gimnastycznego. W badaniu wzięło udział 12 zawodników trenujących gimnastykę sportową w klasie mistrzowskiej, w kategorii młodzieżowca oraz seniora, będących w Kadrze Narodowej Polski.

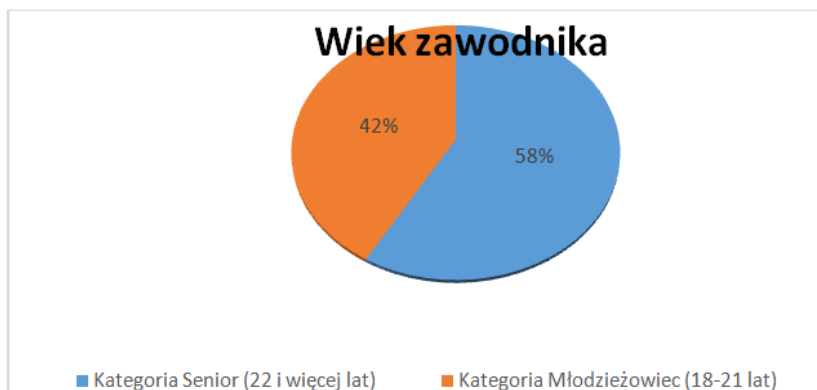
Narzędziem badań była ankieta anonimowa. Formularz miał charakter pytań otwartych i zamkniętych. Wypełniany był w formie cyfrowej, stworzonej za pomocą narzędzi oferowanych przez technologię Google Forms.

Do zrealizowania celu pracy posłużono się następującymi pytaniami badawczymi:

1. W jakim celu stosuje się ćwiczenia rozciągające w treningu gimnastycznym wg opinii zawodników?
2. Czy zawodnicy kadry narodowej stosują automasaż z użyciem sprzętu typu; rolery, gumy, piłki, dyski, podczas treningu sportowego?
3. Czy gimnastycy dysponują odpowiednią wiedzą w zakresie stretchingu, aby stosować ćwiczenia rozciągające w należyty sposób?

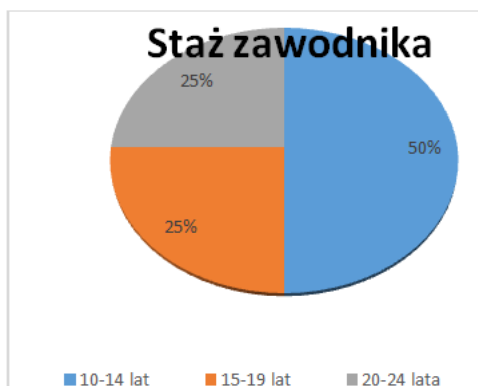
Wyniki i omówienie badań

Wyniki badań zostały przedstawione w formie graficznej oraz omówione poniżej.



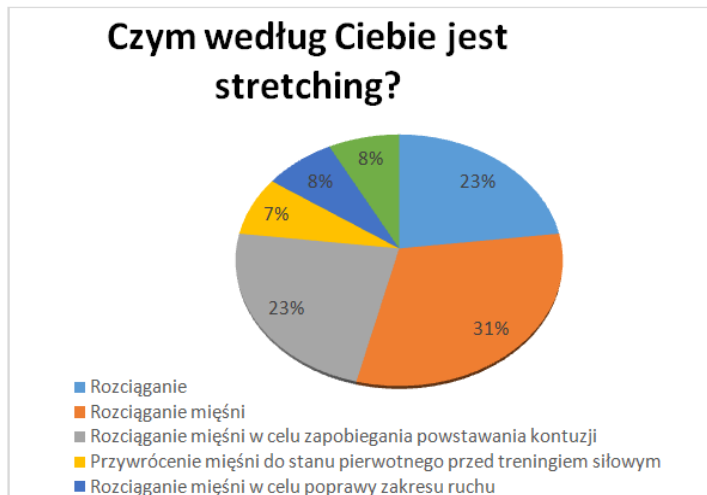
Rycina 1. Wiek zawodnika

W badaniach udział wzięło 7 należących do grupy seniorskiej, 5 osób, która mieści się w przedziale kategorii młodzieżowca. Najmłodszy badany zawodnik miał 18 lat a najstarszy 27. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż jest to obecnie najstarszy zawodnik w kadrze narodowej Polski w gimnastyce sportowej mężczyzn.



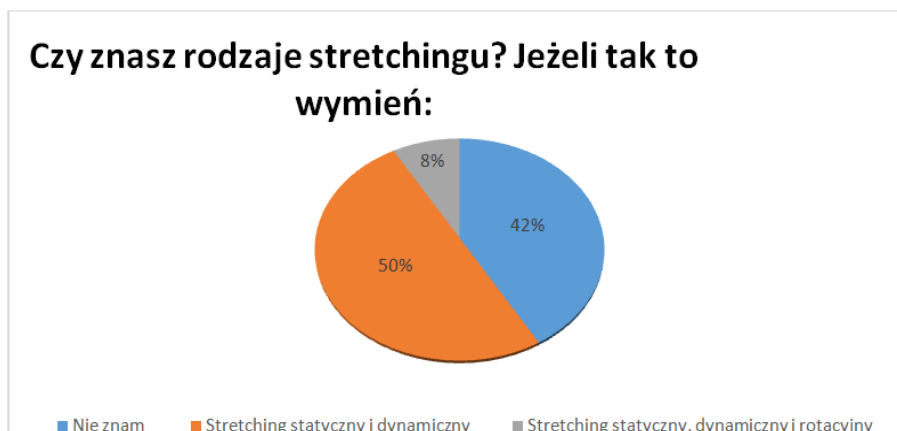
Rycina 2. Staż zawodnika

Gimnastyka to sport wczesnej specjalizacji, dlatego też zawodnicy rozpoczęli swoje kariery dość wcześnie. Z analizy wynika, iż ankietowani rozpoczęli swoje kariery w wieku od 3 do 7 lat.



Rycina 3. Rozumienie definicji stretching wg ankietowanych

Wśród badanych osób 93% na pytanie czym jest stretching odpowiedziało, że „rozciąganiem” z czego 3 badanych nie dodało nic więcej. Dla 31% ankietowanych stretching jest rozciąganiem mięśni. Natomiast 3 zawodników dodało, jeszcze cel : zapobieganie powstawania kontuzji. Po jednej osobie za cel podały uelastycznienie mięśni oraz poprawę zakresu ruchu. Przywrócenie mięśni do stanu pierwotnego przed treningiem siłowym to odpowiedź od jednego ankietowanego.



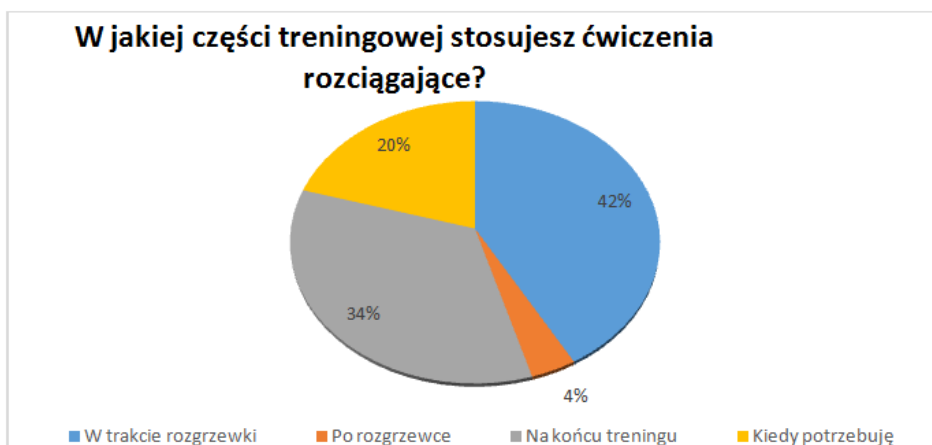
Rycina 4. Znajomość rodzajów stretchingu wśród zawodników

Niestety, aż 42% zawodników nie zna rodzajów stretchingu. Pozostałe osoby (58%) zna stretching statyczny i dynamiczny. Spośród tych odpowiedzi jedna osoba dodała stretching rotacyjny.



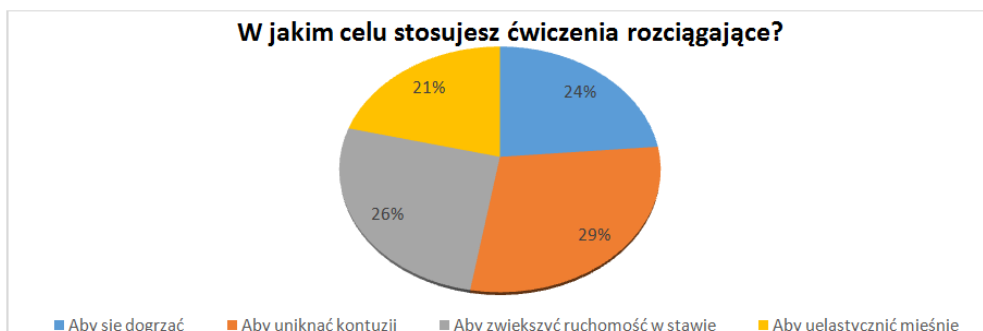
Rycina 5. Stosowanie ćwiczeń rozciągających w trakcie jednostki treningowej

Wszyscy ankietowani zgodnie zaznaczyli, że stosują ćwiczenia rozciągające podczas każdego treningu.



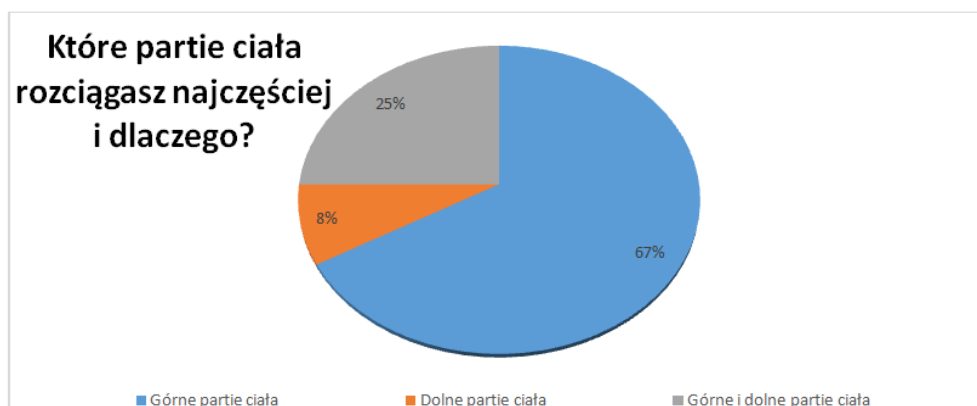
Rycina 6. Etapy treningu, w których wykonywane są ćwiczenia rozciągające

Najwięcej, bo aż 92%, respondentów, ćwiczenia rozciągające wykonuje w trakcie rozgrzewki. Najmniej (8%) po rozgrzewce, 9 osób udzieliło odpowiedzi „na końcu treningu”, a 5 zawodników kiedy potrzebuje.



Rycina 7. W jakim celu wykonuje się ćwiczeń rozciągających wśród zawodników

Najczęstszym powodem stosowania ćwiczeń rozciągających wg respondentów, to uniknięcie kontuzji (92%). O jednego ankietowanego mniej uzyskała odpowiedź, aby zwiększyć ruchomość w stawie (83%). Spośród wszystkich badanych 9 osób stosuje stretching aby „dogrzanie się”, a 8 zawodników pragnie uelastycznić swoje mięśnie.



Rycina 8. Partie ciała rozciągane najczęściej oraz ich powody

Odpowiedzi na to pytanie zostały podzielone na górne i dolne partie ciała. Zdecydowana większość, bo aż 92%, najczęściej rozciąga górne partie ciała, z czego

3 zawodników wymieniło także dolne partie ciała. Tylko jeden zawodnik odpowiedział, że głównie skupia się na rozciąganiu kończyny dolnej. Spośród wymienianych najczęściej pojawiały się odpowiedzi o rozciąganiu mięśni obręczy barkowej. Ankietowani zgodnie podawali powód, że jest to okolica najbardziej narażona na kontuzje w tym sporcie. Natomiast w dolnych partiach ciała najczęściej pojawiały się odpowiedzi o mięśniach ud, w celu uniknięcia kontuzji.



Rycina 9. Rodzaje stosowanego stretchingu podczas treningu

W pytaniu o rodzaje stretchingu największa liczba odnosi się do stretching dynamicznego i statycznego, odpowiednio: 92% i 75%. Stretching izometryczny i balistyczny stosuje (33%) zawodników.



Rycina 10. Wykorzystanie sprzętu do automasażu w trakcie jednostki treningowej

Znaczna większość zawodników (83%) używa sprzętu do stretching w formie automasażu. Jedynie 2 zawodników nie stosuje tego rozwiązania.



Rycina 11. Etapy treningu, w których wykonywane są ćwiczenia z użyciem sprzętu

Na rycinie 11, pokazano wyniki ankiety dotyczące stosowania sprzętu do automasażu. Odnotowano, że 58% zawodników stosuje automasaż po treningu.

Zauważono również, że niektórzy stosują ćwiczenia rozciągające ze sprzętem po rozgrzewce i w trakcie rozgrzewki.



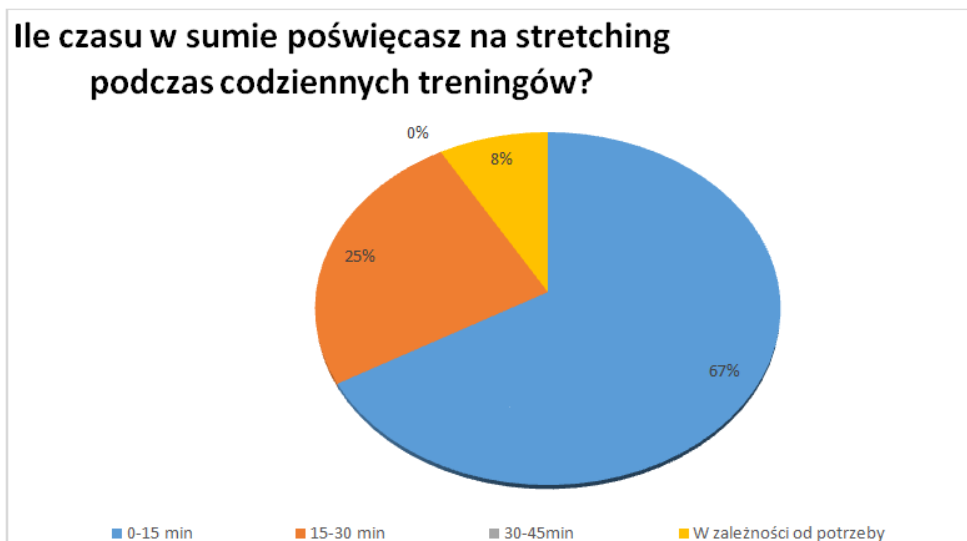
Rycina 12. Rodzaje używanego sprzętu do ćwiczeń rozciągających

Spośród najczęściej używanego sprzętu, gimnastycy najchętniej stosują wałki typu rolers (58%). Taśmą posługuje się 25%, a piłką używa 17%. Żaden z ankietowanych nie zaznaczył dysku.



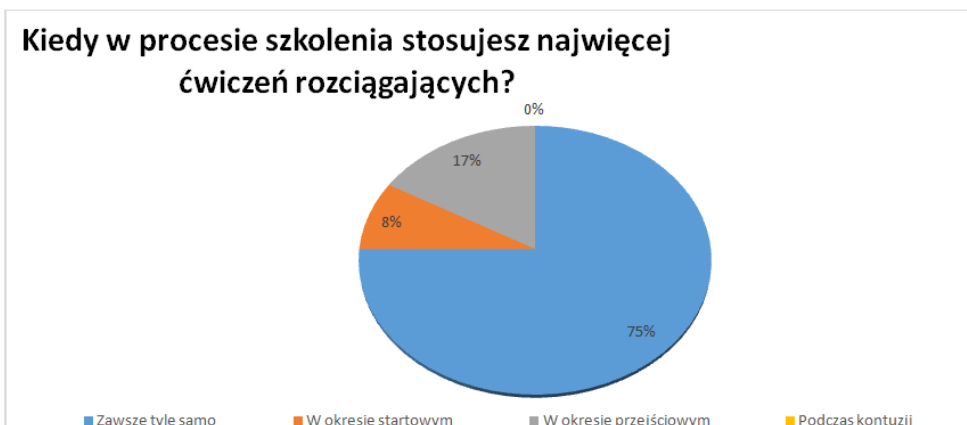
Rycina 13. Sposoby rozciągania wśród ankietowanych

Gimnastycy najchętniej rozciągają się samodzielnie. Taką odpowiedź zaznaczyło 67% z nich. Rozciąganie ze sprzętem preferuje 25% badanych, natomiast tylko 8% prosi o pomoc trenera.



Rycina 14. Czas poświęcony w ciągu codziennego treningu na stretching

Czas poświęcony na stretching podczas codziennych treningów to najczęściej od 0 do 15min, co potwierdziło 67% badanych. Tylko 8% stosuje ćwiczenia w zależności od potrzeby. W przedziale 15 – 30 min. Znalazło się 25% ankietowanych. Nikt nie stosuje treningu stretchingu, jako jednostki.



Rycina 15. Etapy szkolenia, w których występuje najczęściej ćwiczeń rozciągających

Zdecydowana większość, bo aż 75% zawsze stosuje tyle samo ćwiczeń w procesie szkolenia. 17% zwiększa liczbę w okresie przejściowym, natomiast tylko 8% w okresie startowym. Nikt nie poświęca najwięcej czasu na ćwiczenia rozciągające podczas kontuzji.

Podsumowanie

Sport stanowi integralną część kultury fizycznej. Poprzez udział w różnorodnych formach można zaspokoić potrzebę aktywności ruchowej oraz ukształtować indywidualne zainteresowania, a także postawy.

Treningi gimnastyczne, a także uczestnictwo we współzawodnictwie w gimnastyce sportowej jest wszechstronnie rozwijającym zajęciem. Każdego dnia zawodnicy poddawani są dużym obciążeniom fizycznym. Dlatego, muszą odznaczać się odpowiednią ruchomością w stawach, ze względu na ogromne obciążenia (Raiola i in., 2013). Mięśnie gimnastyków składają się głównie z szybkich, białych włókien, które gwarantują dobry poziom siły mięśniowej (Senatore i in., 2019). Aby uzyskać równowagę pomiędzy siłą a rozciąganiem, należy stosować odpowiednio ćwiczenia rozciągające. Potwierdza to wieloletni trener kadry zawodników rosyjskich Arkaev, który uważa, że gimnastycy charakteryzują się wysokim poziomem siły i mocy w stosunku do masy ciała, a także dużą elastycznością. Samo rozciąganie odgrywa bardzo istotną rolę w tej dyscyplinie. Wg G. Altavilla stretching jest definiowany jako fundament dla bezpieczeństwa i mobilności stawów gimnastyków. W literaturze przedmiotu zauważono, że niektórzy specjaliści, trenerzy mają odmienne poglądy na temat specyficznej metodologii stosowania stretchingu w trakcie szkolenia. Według Włoskiej Federacji Gimnastycznej, bierne rozciąganie statyczne jest prawdopodobnie najlepszym kompromisem między skutecznością a bezpieczeństwem (Ferrara i wsp. 2019). Inni uważają, że wybrane metody zależą od osobistego doświadczenia, a nie naukowej dokładności (Raiola, Scassillo, Parisi i Di Tore, 2013).

Nie ma doskonałych metod treningowych, do zawodnika należy podejść indywidualnie, również w celu poprawy elastyczności i siły.

W jednostce treningowej pierwszą częścią rozciągającą jest rozgrzewka, która zazwyczaj jest dynamiczna, podczas której rozciągane są główne grupy mięśniowe a także stosuje się ogólne i specyficzne ćwiczenia sportowe wykonywane intensywnie (Taylor i in., 2009). Kilka badań wykazało, że rozciąganie

po submaksymalnej aktywności tlenowej zwiększa zakresy ruchu i poprawia wydajność (Magnusson i Restrom, 2006; Young i Behm, 2002).

W innych badaniach zauważono, że rozciąganie statyczne może tymczasowo zmniejszać zdolność rozciągniętych mięśni do generowania mocy (Behm et al. 2001).

Według autorów, ćwiczenia statyczne o wydłużonym czasie i wysokiej intensywności odgrywają zasadniczą rolę, gdyż uważają oni, że długotrwałe i intensywne rozciąganie skutkuje większym nawet spadkiem zdolności do generowania mocy (Behm i Chaouachi, 2011).

Według wielu autorów, rozciąganie statyczne może zwiększyć podatność, a tym samym zmniejszyć sztywność jednostki ścięgna mięśniowego, ale efekt ten jest przejściowy (Magnusson i Renstrom, 2006) i zależy od czasu trwania i intensywności.

Wiedza odnośnie stosowania rozciągania i zwiększania zakresu ruchomości w stawach, głównie dotyczy szkoleniowców. Niemniej jednak dorośli i doświadczony zawodnik jest jednocześnie szkoleniowcem młodych gimnastyków. Analiza przeprowadzonej ankiety pozwoliła uzyskać informacje dotyczące wiedzy i stosowania ćwiczeń rozciągających wśród doświadczonych zawodników.

Na podstawie uzyskanych wyników badań można stwierdzić, że gimnastycy posiadają podstawową wiedzę na temat ćwiczeń rozciągających w treningu gimnastycznym. Najczęstszym powodem, dla których stosują stretching jest niewątpliwie uniknięcie kontuzji, czyli prewencja urazów. Wysoki procent zawodników wymieniła barki jako najbardziej narażoną część ciała w tej dyscyplinie. Wiąże się to z faktem, że elementy gimnastyczne wykonywane są często w takich zakresach ruchu, które nie są normalne dla przeciętnego człowieka. Zaniepokoić może fakt, iż na codzienne rozciąganie większość z nich nie poświęca więcej niż 15 minut, co przy tak wszechstronnym sporcie może doprowadzać na przykład do nieprawidłowych proporcji ciała i nadwyrężeń. Warto zauważyć, iż gimnastycy poddają się rozwojowi praktyki gibkości, a dowodem na to jest chociażby stosowanie automasażu z wykorzystaniem sprzętu. Najchętniej używany jest rolers po zakończonym treningu.

Wg badań autorów bardziej efektywny jest stretching dynamiczny niż statyczny (D'Isanto i in., 2019). Ekspertki w tej dziedzinie traktują stretching statyczny

jako formę relaksacyjną, a dynamiczny jako formę rozgrzewki dla stawów i ciała (Ferrara i wsp. 2019).

Podczas treningów gimnastycznych powszechnie stosuje się różne rodzaje technik rozciągania. Elastyczność jest jednym z podstawowych aspektów tego sportu, podobnie jak siła eksplozywna, ale w rzeczywistości istnieje ograniczona literatura oceniająca skuteczność konkretnej techniki w zwiększaniu zakresu ruchu i jednoczesnej poprawie wydajności eksplozywnej (D'Anna, Gomez 2015). Wszystko należy stosować indywidualnie, pod danego zawodnika.

Pomimo różnych badań i ewolucji poglądów na temat wykorzystania rozciągania w treningu gimnastycznym, stretching jest w dalszym ciągu zbyt mało ważnym elementem jednostki treningowej wśród polskich zawodników. Głównie zawodnicy stosują stretching w celu uniknięcia kontuzji. Korzystają ze sprzętu przeznaczonego do automasażu w tym głównie roleta i piłeczka. Najstarsi zawodnicy gimnastyki sportowej posiadają podstawową wiedzę na temat stretchingu i jego zastosowania w jednostce treningowej.

Piśmiennictwo

1. Amako M, Oda T, Masuoka K i wsp. (2003), *Effect of static stretching on prevention of injuries of military recruits*. Mil Med; 168(6): 442-6.
2. Altavilla, G., (2014), *Effects of the practice of muscle stretching* [Učinci vježbanja stretchinga muskulature] Sport Science, 7 (1), 66-67.
3. Arkaev, L.I., & Sutsilin, N.G., (2004), *Gymnastics: How to create Champions*, The Theory and methodology of training top class gymnasts. Fizkultura I Sport, Moscow.
4. Behm, D.G., & Chaouachi A., (2011), *A review of the acute effect of static and dynamic stretching on performance*, Eur J Appl Physiol 111:2633-2651.
5. D'Anna, C., & Gomez, F., (2015), *Dynamic stretching versus static stretching in gymnastic performance*, A brief review. J. Hum. Sport Exerc., 9(Proc1), pp.S437-S446.
6. Doutreloux J., Masegla M., Philippe R., (2007), *Muskulatura i rozciąganie: wzmacnianie i stretching, trening wszystkich partii mięśni, trzy poziomy zaawansowania, optymalne wykorzystanie sprzętu w siłowni*, Wydawnictwo JK: Łódź.
7. Dudek D., Łukjan M., Omorczyk J., (2010), *Zależności między zdolnościami motorycznymi a techniką wykonania wybranych skoków gimnastycznych*

- (na przykładzie studentek i studentów AWF w Krakowie). Ukraina: Czasopismo „Young Sport Science of Ukraine”.
8. Ferrara F., Forte D., Senatore B., D'elia F., (2019), *The relationship between stretching and jumping in artistic gymnastics*, Journal of Physical Education and Sport, Vol.19, Art 274, pp. 1856-1858.
 9. Jezierski R., Rybicka A., (1995), *Gimnastyka teoria i metodyka, Seria C*. Wrocław: Wydawnictwo AWF we Wrocławiu.
 10. Karniewicz J., Kochanowicz K., (1990), *Wybrane zagadnienia teoretycznych i praktycznych podstaw gimnastyki*, Gdańsk: Wydawnictwo Uczelniane AWF w Gdańsku.
 11. Kurz T., (1997), *Stretching. Trening gibkości*, Centralny Ośrodek Sportu: Warszawa.
 12. Lisowski M., (2002), *Stretching – sprawność i zdrowie, wykład*, AWF Warszawa.
 13. Łada-Krzywińska H., (2006), *Stretching jako środek profilaktyki urazowej. Rehabilitacja w Praktyce*, 3, 42-43.
 14. Magnusson, P., & Renström, P., (2006), *Statement: the role of stretching exercises in sports. European journal of sport science*, 6(2), pp.87-91.
 15. Parker D., (2000), *Active and isolated*, „American Fitness”.
 16. Plichta M., Żołnierowicz K., (2001), *Gimnastyka sportowa dziewcząt (ćwiczenia wolne i na równoważni z wykorzystaniem choreografii)*, Warszawa: Wydawnictwo Centralny Ośrodek Sportu.
 17. Raiola, G., Scassillo, I., Parisi, F., & Di Tore, P.A., (2013), *Motor imagery as a tool to enhance the didactics in physical education and artistic gymnastic*, Journal of Human Sport and Exercise, 8 (2), pp. 93-97.
 18. Raisin L., (2004), *Stretching dla każdego*, Wiedza i Życie, Hachette Livre: Polska.
 19. Solveborn S., (1989), *Stretching*, Wydawnictwo Sport i Turystyka: Warszawa.
 20. Taylor, K.L, Sheppard, J.M., Lee, H. & Plummer, N., (2009), *Negative effect of static stretching restored when combined with a sport specific warm-up component*, J Sci Med Sport 12, pp. 657-661.

DOBÓR PARAMETRÓW TRENINGOWYCH PRZEZ AMATORÓW KULTURYSTYKI

ВИБІР ПАРАМЕТРІВ ТРЕНУВАННЯ ВІД ЛЮБИТЕЛІВ КУЛЬТУРИЗМУ

SELECTION OF TRAINING PARAMETERS BY BODYBUILDING AMATEURS

Jakub Garczarek¹, Agnieszka Zabrocka¹, Agnieszka Supińska - Stencel¹

¹*Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Polska*

Słowa kluczowe: kulturystyka, parametry treningowe, amatorzy.

Ключові слова: бодібілдинг, тренувальні параметри, любителі.

Key words: bodybuilding, training parameters, amateurs.

Streszczenie

Celem badań było sprawdzenie, jak amatorzy kulturystyki posługują się podstawowymi parametrami treningowymi, które stanowią podstawę w planowaniu procesu treningowego. Badano, w jaki sposób osoby badane dobierają intensywność dla ćwiczeń wielostawowych i izolowanych, ile razy w tygodniu ćwiczą każdą partię mięśniową, jaką ilość serii blisko upadku wykonują w skali tygodnia treningowego, a także opierając

się o literaturę naukową porównano, czy dobór tych parametrów ma swoje uzasadnienie w badaniach empirycznych. Metodą wybraną do przeprowadzenia badań był sondaż diagnostyczny, zrealizowany techniką ankietowania. W badaniu udowodniono, że amatorzy kulturystyki zwracają uwagę na dobór podstawowych parametrów, a ich dobór jest zgodny ze stanem obecnej literatury naukowej.

Резюме

Метою дослідження було перевірити, як аматори бодібілдингу використовують базові параметри тренування, які є основою для планування тренувального процесу. Було перевірено, як піддослідні обирають інтенсивність для багатосуглобових та ізольованих вправ, скільки разів на тиждень вони тренують кожну м'язову частину, скільки підходів, близьких до падіння, вони роблять за тренувальний тиждень, а також нахилившись порівняли наукову літературу, чи виправданий вибір цих параметрів в емпіричних дослідженнях. Методом проведення дослідження обрано діагностичне опитування, проведене за методикою опитування. Дослідження показало, що любителі бодібілдингу приділяють увагу підбору основних параметрів, і їх вибір узгоджується з поточною науковою літературою.

Summary

The aim of the research was to check how bodybuilding amateurs use the basic training parameters, which are the basis for planning the training process. It was examined how the subjects choose the intensity for multi-joint and isolated exercises, how many times a week they exercise each muscle part, how many sets close to fall they do per training week, and also leaning the scientific literature was compared, whether the selection of these parameters is justified in empirical research. The method chosen to conduct the research was a diagnostic survey, carried out using the survey technique. The study proved that bodybuilding amateurs pay attention to the selection of basic parameters, and their selection is consistent with the current scientific literature.

Wstęp

Kulturystyka jest dyscypliną sportu, która skupia się na wzroście przekroju poprzecznego mięśni szkieletowych (hipertrofii mięśniowej), a także uzyskaniu jak najniższego poziomu podskórnej tkanki tłuszczowej w celu osiągnięcia dobrej prezencji na scenie i uwidocznieniu mięśni. Ważnym aspektem tego sportu jest również umiejętność pozowania, dzięki której można ukryć pewne

niedoskonałości związane z sylwetką zawodnika, a tym samym wyeksponować najlepsze cechy muskulatury. Historia sportów siłowych sięga czasów starożytnego Egiptu i Grecji, gdzie wojownicy ćwiczyli z prowizorycznym obciążeniem stworzonym głównie z kamieni o różnej wielkości i wadze w celu poprawienia możliwości siłowych [1]. Dla Greków szczególnie ważny był rozwój muskulatury, gdyż wiązało się to z ich ideologią piękna ludzkiego ciała, a także symbolizowało to w ich mniemaniu żywotność [2].

Motoryczność człowieka jest całokształtem wszystkich możliwości ruchowych człowieka do poruszania się w przestrzeni, a także pojedynczymi częściami ciała[3]. W sporcie możemy się spotkać z różnymi zdolnościami motorycznymi, których rozróżnianie w diagnostyce jest konieczne, a ich akcentowanie w procesie kształcenia motorycznego celowe. Dotychczasowe osiągnięcia badawcze pozwoliły na wyodrębnienie trzech grup zdolności motorycznych: Kondycyjne - związane z przemianami energetycznymi; Koordynacyjne - związane głównie z neurosensorycznymi i psychicznymi procesami; Kompleksowe (hybrydowe) - związane z powyższymi czynnikami bez jednego dominującego[4].

W kulturystyce przede wszystkim wykorzystywana i kształtowana jest zdolność siły z grupy zdolności kondycyjnych. Siłę możemy zdefiniować, jako zdolność do pokonywania oporów zewnętrznych kosztem wysiłku mięśniowego. Ze względu na sposób pomiaru, możemy ją podzielić na: Siłę absolutną, czyli siłę rozwijaną przez mięśnie szkieletowe nie biorąc pod uwagę ich rozmiarów. Jest ona bardzo związana z wielkością ciała; Siłę względną, czyli stosunek siły absolutnej do masy ciała, lub masy ciała szczupłego (LBM). Jest to najczęściej badany typ siły, ze względu na obiektywność pomiaru, a także trafność do zmierzenia rzeczywistej siły mięśniowej; Siłę bezwzględną, czyli siłę, jaką może rozwinąć mięsień w przeliczeniu na 1 cm^2 .

Zdolności motoryczne są również w pewnym stopniu uzależnione od predyspozycji. Tak też jest w przypadku siły. Do predyspozycji warunkujących zdolność do generowania siły przez mięśnie szkieletowe należą: ilość motoneuronów i stopień ich innerwacji, proporcja włókien ST (wolno-kurczliwych) i FT (szybko-kurczliwych), układ dźwigni kostnych, wielkość mięśni, efektywność procesów enzymatycznych uwalniania ATP z rozpadu fosfokreatyny (MMA niekwasomlekowa)[5].

Mówiąc o kulturystyce, wiadomym jest, że w specyficie treningu, zawodnik przede wszystkim będzie koncentrował się na zabiegach, umożliwiających mu efektywne budowanie masy mięśniowej. Inaczej to zjawisko w literaturze naukowej określa się hipertrofią mięśniową. Jest to proces, w którym dochodzi do wzrostu objętości elementów budujących włókno mięśniowe, co finalnie prowadzi do jego rozrostu. Istotny wpływ na to mają zabiegi żywieniowe i treningowe, które powodują wzrost syntetyzowanych białek mięśniowych. Proces ten nosi nazwę MPS, co z języka angielskiego oznacza *muscle protein synthesis*. Drugim procesem zachodzącym w naszym organizmie jest degradacja białek mięśniowych, określana jako MPB, czyli *muscle protein breakdown*. Oba te procesy zachodzą nieustannie w naszym organizmie, co oznacza, że białka mięśniowe są w każdym momencie ludzkiego życia degradowane i syntetyzowane. W treningu ukierunkowanym na rozwój sylwetki logicznym się wydaje, że tylko relacja $MPS > MPB$, czyli większa ilość syntetyzowanych protein w przeciwieństwie do ich degradacji, zapewni jakiegokolwiek korzyści w postaci rozwoju masy mięśniowej[6 i 7]. Dostępna literatura naukowa na dzień dzisiejszy omówiła 3 główne mechanizmy, dzięki którym mogłoby dochodzić do wzrostu przekroju poprzecznego mięśnia.

1. Pierwszym, a zarazem głównym i najtrudniejszym do zdefiniowania faktorem hipertrofii mięśniowej jest napięcie mechaniczne. Jest to typ siły, który oddziałuje na tkankę mięśniową próbując ją rozciągnąć.
2. Drugim faktorem hipertrofii jest uszkodzenie mięśni. Każda osoba trenująca spotkała się z ciężkimi bolesnościami w obszarach partii trenowanych dzień po ciężkim treningu. Zjawisko to fachowo określamy jako DOMS, czyli z języka angielskiego *delayed onset muscle soreness* [8]. Nie powinno się tego zjawiska mylić z zakwasami, które oznaczają występowanie kwasu mlekowego w mięśniach[9]. Uszkodzenie mięśni pod pewnymi warunkami może nasilać odpowiedź organizmu w postaci hipertrofii mięśniowej [10]. W większości przypadków jest to proces, który nasila MPS, ale również MPB i zazwyczaj jest to stosunek niekorzystny pod względem zysków hipertroficznym.
3. Ostatnim mechanizmem, który jest często brany pod lupę w badaniach naukowych, jako potencjalny faktor hipertrofii jest stres metaboliczny. Jest to zjawisko polegające na gromadzeniu się metabolitów takich jak mleczany, nieorganiczne fosforany, jony wodorowe, kreatyna itp. w mięśniach, spowodowane wykonywaniem skurczów[11].

Do postawienia hipotezy, że stres metaboliczny odgrywa rolę w uruchamianiu reakcji adaptacyjnej organizmu w postaci wzrostu przekroju poprzecznego mięśnia skłaniają często treningi kulturystów, którzy nierzadko trenują z większymi zakresami powtórzeń i utożsamiają tak zwaną „pompę mięśniową” z przyrostami. Pod względem programowania treningów, nie tylko kulturystycznych, bardzo ważną kwestią wydaje się być dobór parametrów treningowych, w celu optymalizacji treningów, a tym samym uzyskiwanych postępów. W treningu nastawionym na wzrost przekroju poprzecznego mięśni szkieletowych warto zwrócić uwagę na parametry takie jak:

1. Objętość treningowa - jest to bez wątpienia parametr, który na przestrzeni ostatnich lat budził spore kontrowersje, a także przyjmował różne definicje w treningu nastawionym na adaptacje hipertroficzne. Z teorii sportu objętość możemy określić, jako zmienną ilościową, która określa ilość wykonanej pracy[12]. W treningu siłowym ilość wykonanej pracy wyraża się sumą „przerzuconych” kilogramów w serii roboczej (obciążenie x ilość serii x ilość powtórzeń)[13], czyli tonażem. Trening sylwetkowy, w przeciwieństwie do innych dyscyplin, jest nastawiony przede wszystkim na adaptacje strukturalne, więc może nasunąć się pytanie czy objętość, wyrażona, jako tonaż, przekłada się na ilość nabytej masy mięśniowej. Według obecnych dowodów naukowych tonaż nie ma bezpośredniego wpływu na efekty hipertroficzne tkanki mięśniowej[14].
2. Intensywność - jest parametrem, który określa procent ciężaru maksymalnego, jakim operujemy w trakcie wykonywania serii ćwiczenia[15]. Jeżeli podnosimy ciężar równy 30% naszego ciężaru maksymalnego to można dojść do wniosku, że wykonujemy pracę na relatywnie niskiej intensywności. Natomiast, jeżeli trenujemy z ciężarem równym 95% ciężaru maksymalnego to analogicznie wykonujemy pracę na bardzo wysokiej intensywności (submaksymalną).
3. Częstotliwość - jest parametrem, który określa nam jak często trenujemy daną partię mięśniową. Najczęściej rozpatruje się go w skali mikrocyklu treningowego.

Metodologia badań

Celem badań było uzyskanie wiedzy na temat, w jaki sposób amatorzy kulturystyki posługują się podstawowymi parametrami treningowymi i czy też ich dobór jest zgodny z aktualną literaturą naukową. Kulturystyka na przestrzeni ostatnich lat znacząco się rozwinęła ze względu na postępujące badania naukowe w tym zakresie, a co za tym idzie metodyka samego treningu uległa zmianie. Warto też zauważyć, że technologia i aparatura wykorzystywana w trakcie realizacji badań naukowych uległa polepszeniu, co znacząco wpływa na dokładność otrzymywanych wyników, a to z kolei umożliwia wysunięcie dokładniejszych wniosków. Sam fakt, że w XXI wieku dostępność do badań naukowych wzrosła ze względu na rozwój internetu, skłania ludzi, by zapoznawali się z literaturą naukową w celu optymalizacji efektów treningowych. Dobór parametrów przez amatorów kulturystyki wydaje się szczególnie ciekawym tematem do zbadania, gdyż to przede wszystkim od doboru obciążeń treningowych, mówiąc o planowaniu treningów, zależy to czy będziemy się rozwijali w danej dziedzinie[19]. Powyższe rozważania pozwoliły na sformułowanie 3 pytań badawczych:

1. Czy amatorzy kulturystyki przywiązują uwagę do doboru parametrów treningowych?
2. Czy dobór parametrów treningowych jest zgodny z stanem obecnej literatury naukowej?
3. Skąd amatorzy kulturystyki czerpią wiedzę na temat programowania treningów?

Przyjęto dwie hipotezy:

1. Amatorzy kulturystyki zwracają uwagę na dobór podstawowych parametrów w treningu.
2. Amatorzy kulturystyki dobierają podstawowe parametry treningowe według zaleceń literatury naukowej.

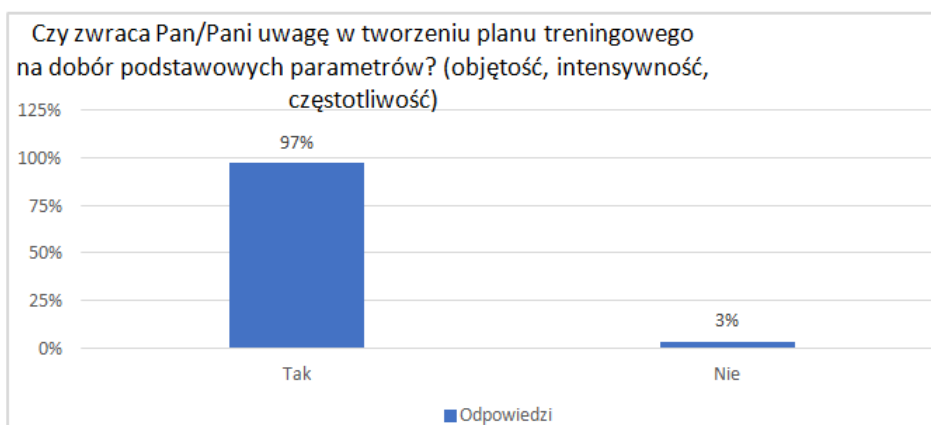
W badaniu na amatorach sportów sylwetkowych posłużono się techniką ankietowania.

Badane osoby to klienci siłowni należącej do sieci klubów fitness Calypso Fitness Club w Rumi oraz grupa „SST - Sports Science Team”, która zrzesza przede wszystkim osoby zajmujące się sportami sylwetkowymi na poziomie amatorskim, na portalu internetowym Facebook. Ankieta została udostępniona za zgodą administratora wyżej wymienionej grupy. Osoby badane to przede wszystkim osoby

z przedziału wiekowego 19 – 24 (57 osób) i 25 – 31 (30%). Zdecydowaną mniejszość stanowią osoby bardzo młode, czyli z przedziału 15 – 18 (3%). Osoby w przedziale 32 – 39 lat stanowią 3% osób badanych. Tak samo jest w przypadku osób powyżej 40 rok życia, gdyż też stanowią 3% wszystkich respondentów. 87% osób badanych stanowili mężczyźni. Dużo mniej liczną grupę, która wzięła udział w badaniu stanowiły kobiety, czyli 13% respondentów. Ankietowani amatorzy sportów sylwetkowych to głównie osoby, które miały 4 –letni stażu lub więcej. Obie grupy stanowiły po 27% wszystkich respondentów. Dużą grupą osób były te ze stażem treningowym równym dwa lata (23%). Drugą najmniejszą pod względem liczebności grupą były osoby trenujące 3 lata (16%). W badaniu wzięły również udział osoby, które stawiały swoje „pierwsze kroki” w świecie kulturystyki, gdyż trenowały zaledwie rok czasu (7%).

Wyniki i omówienie badań

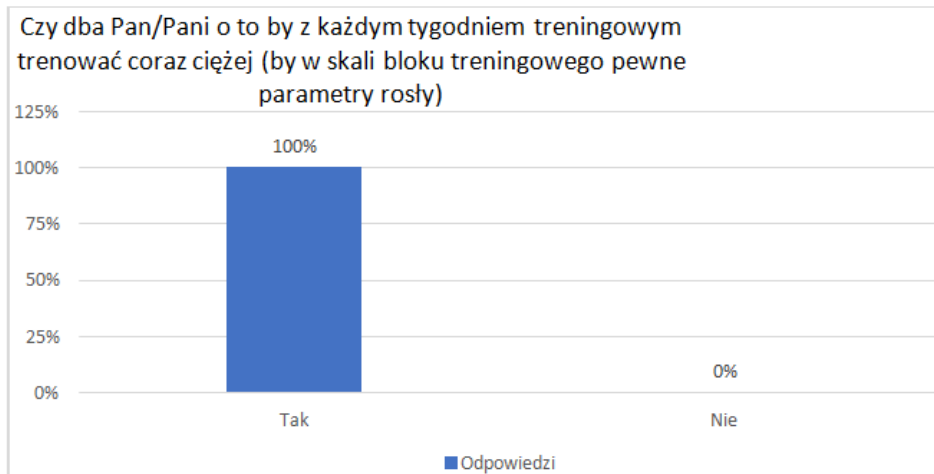
Wyniki badań przedstawiono w postaci wykresów kolumnowych wraz z etykietami danych.



Rycina 1. Celowy dobór parametrów treningowych w procesie planowania

Źródło: *Badanie własne*

97% badanych stwierdziło, że w czasie planowania i programowania swojego treningu zwracało uwagę na dobór podstawowych parametrów treningowych. Tylko 3% badanych nie zwracało uwagi na ich dobór.



Rycina 2. Aspekt progresywnego przeciążenia w treningu

Źródło: *Badanie własne*

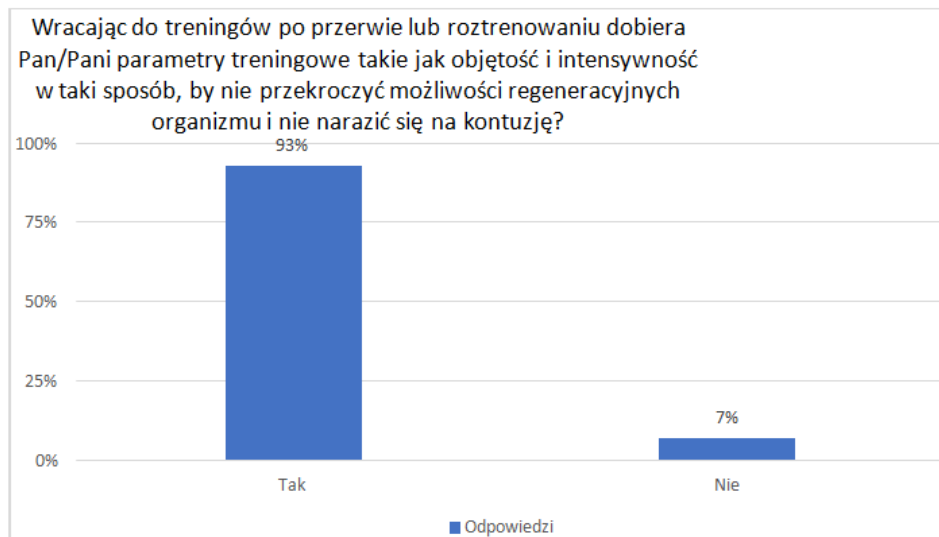
100% badanych zwracało uwagę na aspekt progresywnego przeciążenia w czasie mezocyklu lub kolejnych tygodni treningowych. W badaniu nie wzięła udział osoba, która w czasie trwania bloku treningowego nie zwiększałaby z czasem żadnych parametrów.



Rycina 3. Świadomość wpływu niewłaściwego dobrania parametrów treningowych na postęp treningowy

Źródło: *Badanie własne*

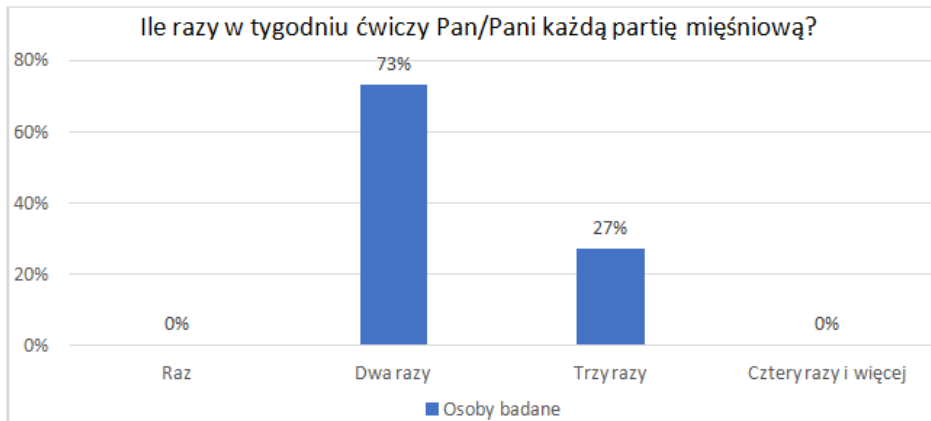
100% badanych zdawało sobie sprawę z istoty doboru parametrów treningowych w kontekście prewencji urazów, oraz że niewłaściwe ich dobranie może powodować stagnację efektów lub ich pogorszenie.



Rycina 4. Świadomość wpływu niewłaściwego dobrania parametrów treningowych na organizm

Źródło: *Badanie własne*

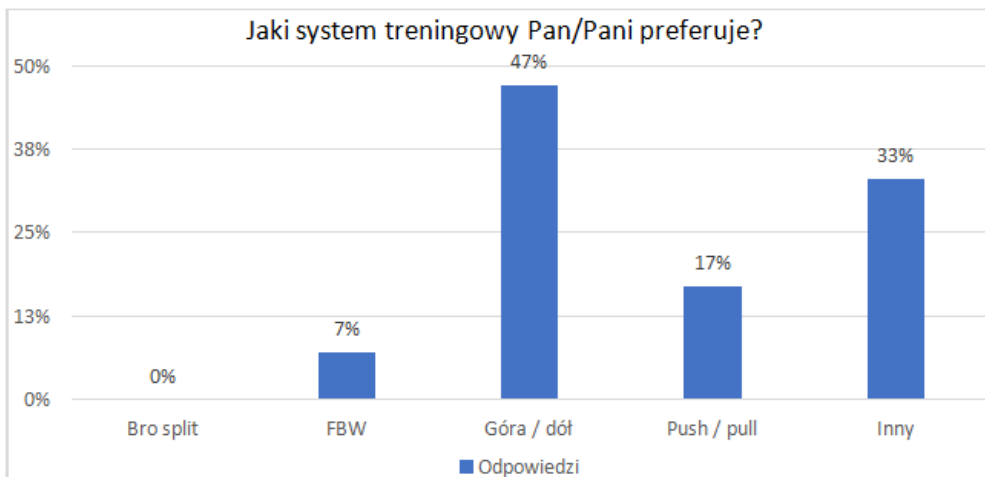
93% badanych osób po umyślnym okresie roztrenowania lub po przerwie zwracała uwagę na to, by ustawić parametry treningowe w taki sposób by nie narazić się na kontuzję, a także by nie przekroczyć możliwości adaptacyjnych organizmu. 7% w tej sytuacji nie zwracało uwagi na początkowe ustawienie parametrów treningowych.



Rycina 5. Częstotliwość treningowa

Źródło: *Badanie własne*

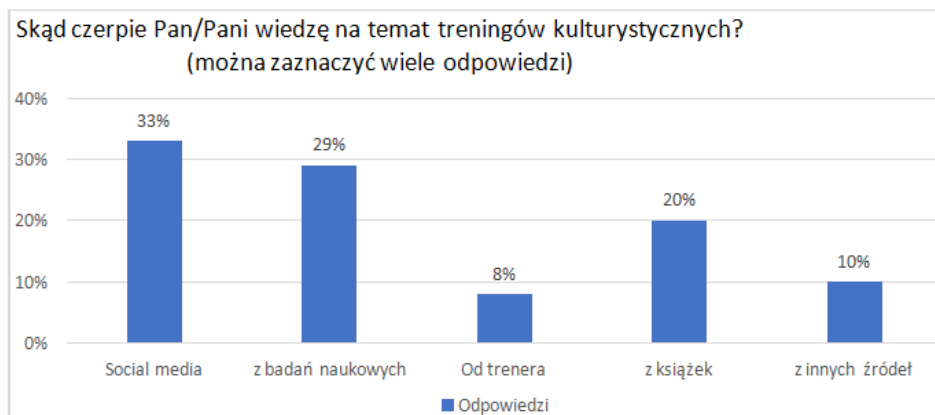
73% respondentów ćwiczyło każdą partię mięśniową dwa razy w tygodniu. 27% osób ankietowanych ćwiczyło partie mięśniowe trzy razy w tygodniu. W badaniu nie ma osób, które by trenowały tylko raz wszystkie grupy mięśniowe. Nie ma też osób, które by czterokrotnie lub więcej razy stymulowały każdą partię mięśniową.



Rycina 6. Preferowany system treningowy

Źródło: *Badanie własne*

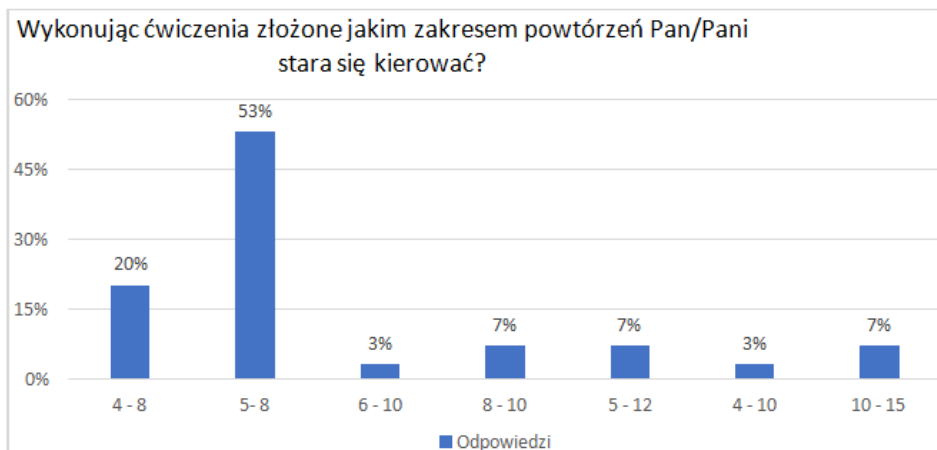
43% respondentów preferowało system treningowy dzielący treningi na takie, w których angażujemy tylko górną połowę ciała lub dolną. 33% osób badanych wybrało system inny, który nie został przedstawiony w ankiecie. 17% wykonywało system treningowy, którego założeniem jest dzielenie sesji treningowych ze względu na specyfikę wykonywanych ruchów, czyli push / pull (jednego dnia wyciskania – trening „push”, drugiego dnia przyciągania – trening „pull”). Tylko 7% badanych trenowało systemem treningowym FBW, czyli full body workout. Zakłada on trenowanie na jednej sesji treningowej całego ciała. Nie ma w grupie respondentów osoby, która trenowałaby klasycznym splitem kulturystycznym, zakładającym trenowanie każdej partii raz w tygodniu.



Rycina 7. Źródło wiedzy

Źródło: *Badanie własne*

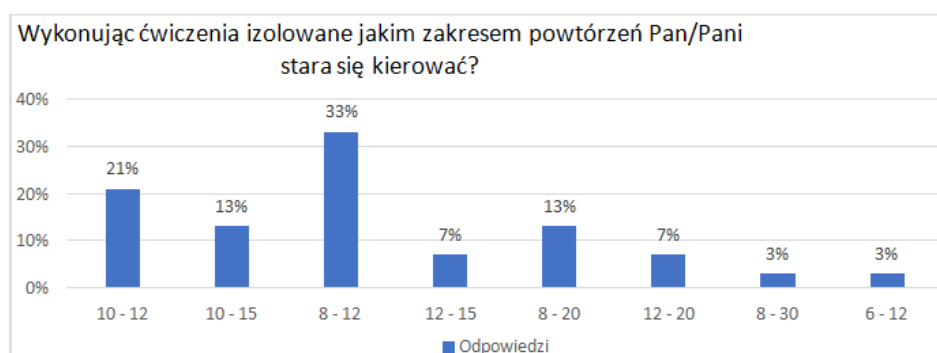
33% wszystkich odpowiedzi stanowiły social media, jako potencjalne źródło wiedzy. 29% odpowiedzi związana była z czerpaniem wiedzy z badań naukowych. Tylko 8% odpowiedzi związanych było z pozyskiwaniem wiedzy od trenera. 20% odpowiedzi wskazywało na książki o tematyce treningowej, a 10% stanowiły inne źródła wiedzy.



Rycina 8. Zakres powtórzeń dla ćwiczeń złożonych

Źródło: *Badanie własne*

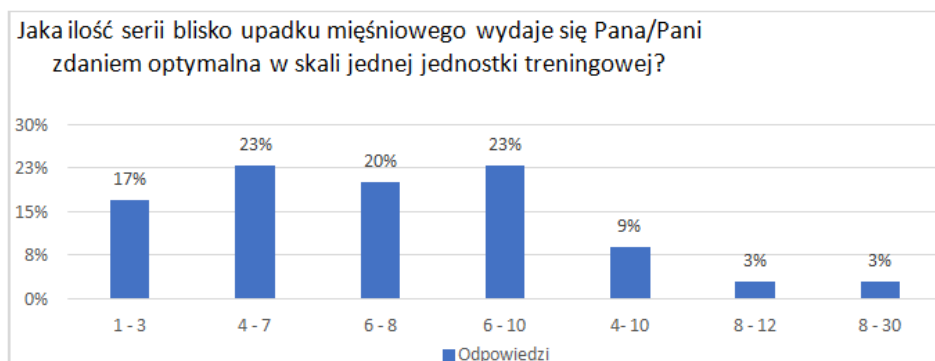
Ponad połowa badanych, czyli 53% w trakcie wykonywania ćwiczeń o charakterze złożonym / wielostawowych starała kierować się zakresem od 5 do 8 powtórzeń. 20% respondentów w trakcie wykonywania takich ćwiczeń posługiwało się bardzo podobnym zakresem do powyższej grupy czyli od 4 do 8 powtórzeń. 3% badanych wybierało zakres od 6 do 10 powtórzeń. 7% badanych wybierało zakres powtórzeń od 8 do 10. 7% respondentów posługiwało się zakresem od 5 do 12 powtórzeń. 3% respondentów kierowało się zakresem od 4 do 10 powtórzeń. 7% osób ankietowanych posługiwało się zakresem powtórzeń od 10 do 15.



Rycina 9. Zakres powtórzeń dla ćwiczeń izolowanych

Źródło: *Badanie własne*

21% osób badanych w trakcie wykonywania ćwiczeń izolowanych kierowało się zakresem powtórzeń od 10 do 12. w serii. 13% respondentów postuluje zakres od 10 do 15 powtórzeń. 33% osób ankietowanych wybierało zakres od 8 do 12 powtórzeń. 7% wszystkich odpowiedzi stanowiło zakres od 12 do 15 powtórzeń. 13% respondentów wybierało zakres powtórzeń od 8 do 20. 7% osób badanych kierowało się zakresem od 12 do 20 powtórzeń. Tylko 3% osób badanych wybrało zakres od 6 do 12 powtórzeń w serii.



Rycina 10. Ilość serii blisko niepowodzenia w skali jednostki treningowej

Źródło: *Badanie własne*

17% badanych uważało, że optymalna liczba serii blisko niepowodzenia, czy też upadku mięśniowego oscylowała w granicach od 1 do 3 serii w skali jednej jednostki treningowej. 23% osób ankietowanych wskazało, że liczba takich serii mieści się w przedziale od 4 do 7. 20% respondentów twierdziło, że można wykonać od 6 - 8 serii blisko niepowodzenia na jednej sesji treningowej. 23% wykonywało od 6 - 10 serii. 9% badanych wskazało zakres od 4 do 10 serii. Tylko 3 % badanych uważało, że optymalna liczba serii mieści się w granicach od 8 do 12. 3% badanych uważało za optymalny przedział serii począwszy od 8 aż do 30.

Podsumowanie

Wyniki badań pokazały, że aż 97 % badanych, w trakcie układania swoich planów treningowych posługuje się wyżej wymienionymi parametrami. Warto zaznaczyć, że 100% badanych zdaje sobie sprawę z tego, że niewłaściwe dobranie parametrów treningowych może się wiązać z stagnacją postępów, a nawet z pogorszeniem

efektów. Zdecydowana większość osób ankietowanych (93%) ma świadomość, że wracając po okresie zaplanowanego roztrenowania lub po dłuższej przerwie od treningu, trzeba dobierać parametry ostrożnie, gdyż za ciężkie treningi mogą przyczynić się do powstania różnego rodzaju urazów, a także bodziec otrzymany w wyniku takiego treningu może okazać się zbyt duży (przekracza możliwości regeneracyjne organizmu). Zbyt ciężkie treningi zdecydowanie deoptymalizują stosunek MPS:MPB, co negatywnie wpływa na efekty w postaci nabytej masy mięśniowej. Ciekawą rzeczą wydaje się manipulacja parametrami treningowymi na przestrzeni kolejnych tygodni treningowych. W celu maksymalizacji efektów hipertroficzych, trzeba w perspektywie kolejnych tygodni treningowych zwiększać wartość poszczególnych parametrów w celu wywołania adaptacji organizmu[16]. Ustawienie wyjściowych wartości parametrów w bloku treningowym wydaje się kwestią niezmiernie ważną w kontekście prewencji urazów, a także dbaniu o prawidłową regenerację organizmu, aczkolwiek w celu notowania postępów trzeba te parametry odpowiednio regulować w perspektywie czasu. Ciekawym jest fakt, że wszystkie osoby, które wzięły udział w badaniu zwracały uwagę na to, by parametry z treningu na trening rosły. Oczywiście nie znaczy to, że każda osoba trenująca robi to w sposób umiejętny i idealnie dopasowany do swojego wytrenowania i zdolności regeneracyjnych, aczkolwiek osoby badane zdają sobie sprawę z faktu progresywnego przeciążania, jako głównego elementu mającego wpływ na efekty treningowe[17]. Wyniki badań pokazują nam przesłanki, że osoby trenujące amatorsko kulturystykę zwracają uwagę na dobór parametrów treningowych, mają świadomość jak ważny jest ich dobór na początku bloku treningowego oraz jakie są skutki ich nieprawidłowego ustawienia. Widoczna jest również świadomość, że wartości niektórych parametrów treningowych w celu optymalizacji efektów hipertroficzych powinny się zmieniać w perspektywie kolejnych jednostek treningowych. W celu sprawdzenia czy amatorzy sportów sylwetkowych dobierają podstawowe parametry treningowe, według zaleceń aktualnej literatury naukowej, zostaną poddane analizie wyniki badań właściwe dla każdego parametru z osobna. Pierwszym będzie jak często osoby badane trenują każdą partię mięśniową w skali tygodnia treningowego. W wynikach badań najpopularniejszą metodą było wykonywanie treningu angażującego tą samą partię mięśniową dwa razy w tygodniu (73% badanych). Drugim najpopularniejszym wariantem był trening każdej partii mięśniowej 3 razy w tygodniu (27% badanych). Bardzo ciekawym

zjawiskiem jest fakt, że dosłownie żadna osoba ankietowana nie wykonywała treningu polegającego na jednokrotnym lub czterokrotnym stymulowaniu tych samych mięśni w skali tygodnia. W celu wyjaśnienia przyczyny wystąpienia powyższych wyników, trzeba odwołać się do najważniejszego procesu zachodzącego w organizmie w kontekście budowania masy mięśniowej, czyli mięśniowej syntezy protein (MPS). Po wykonanym treningu proces ten nasilany jest na około 48 godzin, a u osób wytrenowanych nawet na krócej[18]. Oznacza to, że białka pełniące funkcje budulcowe, będą przez następne 48 godzin dobudowywane do trenowanych partii mięśniowych. Dzięki temu zabiegowi możliwe jest podniesienie mięśniowej syntezy protein w obszarach mięśni trenowanych aż dwa razy w skali tygodnia treningowego. Trenując partię raz w tygodniu, po około 48h nie będą dobudowywane nowe białka mięśniowe, co istotnie ograniczy efekty hipertroficzne u naturalnych kulturystów. Ma to również potwierdzenie w praktycznych badaniach naukowych. W 2016 roku w meta-analizie Brad'a Schoenfeld'a i współpracowników zebrano 10 różnych badań naukowych, które badały różnice między trenowaniem każdej partii raz w tygodniu, dwa lub trzy razy. Pokazano, że grupy trenujące partie mięśniowe dwa razy w tygodniu uzyskiwały dużo większe przyrosty w porównaniu do grupy trenującej raz w tygodniu (grupy trenujące raz w tygodniu zwiększyły swoją masę mięśniową średnio o 3,7%, a grupy trenujące dwa razy w tygodniu o 6,8%). Co ciekawe grupy trenujące trzy razy w tygodniu nie wykazały istotnie statystycznie różnic w dobudowanej masie mięśniowej w porównaniu do grup trenujących dwa razy w tygodniu. Wśród wszystkich zebranych prac naukowych w tej meta-analizie, nie znaleziono żadnego, które faworyzowałoby trening każdej partii mięśniowej raz w tygodniu[19]. Dodatkowo trenowanie partii 4 razy w tygodniu w porównaniu do dwóch razy, skutkuje pogorszeniem efektów treningowych, mimo tej samej objętości w skali tygodnia[20]. Można dojść więc do konkluzji, że trenowanie partii mięśniowych dwa lub trzy razy w tygodniu jest najoptymalniejszym rozwiązaniem w kontekście maksymalizacji efektów treningowych u osób bez dopingu. Ważnym również aspektem jest dobór systemu treningowego pasującego do założonej częstotliwości treningowej. Wśród osób badanych najpopularniejszym systemem treningowym jest ten, który dzieli ciało na górną i dolną połowę ciała (system górą-dół). Zakłada on trenowanie każdej partii dwa razy w tygodniu. Aż 33% badanych zaznaczyło, że preferują system treningowy, który nie został uwzględniony

w ankiecie. Osoby te mogły stworzyć swój własny system treningowy, lub też połączyć inne, znane już systemy. 17% osób badanych preferuje system treningowy „push - pull”, którego założeniem jest podział jednostek treningowych ze względu na specyfikę poszczególnych wzorców ruchowych. W treningu push dominujące są ruchy wypychania/wyciskania, a w treningu pull ruchy przyciągania, przywodzenia. Jest to również system zakładający trenowanie każdej partii mięśniowej dwa razy w tygodniu. Tylko 7% osób badanych preferuje system FBW, czyli full body workout. Koncentruje się on na trenowaniu na jednej jednostce treningowej każdej partii mięśniowej. W przeciwieństwie do wyżej opisanych systemów, zakłada on, trenowanie każdej partii trzy razy w tygodniu. Żadna osoba wśród respondentów nie trenuje splitem zakładającym jednorazowe stymulowanie grup mięśniowych w tygodniu. Można dojść do wniosku, że dobór częstotliwości treningowej przez osoby badane jest jak najbardziej zgodny z aktualnym stanem literatury fachowej. Co więcej większość osób wybrała systemy treningowe adekwatne do wykonywanej częstotliwości. Nie ma sytuacji, że ktoś wybrał system zakładający trenowanie partii mięśniowej raz w tygodniu, mimo że wcześniej zaznaczył, iż trenuje każdą grupę mięśniową dwa razy w tygodniu.

Następnym parametrem do omówienia jest zmienna treningowa określająca procent ciężaru maksymalnego w poszczególnych ćwiczeniach, czyli intensywność. W wynikach badań specyficznych dla ćwiczeń złożonych zdecydowanie dominują relatywnie niskie zakresy powtórzeń: 4 - 8 (20%), 5 - 8 (53%). Wyniki wyższych zakresów powtórzeń oscylują w przedziale między 3% a 7%. W celu zrozumienia skłonności respondentów do takiego doboru intensywności trzeba zwrócić uwagę na specyfikę wzorców ruchowych ćwiczeń złożonych. Są to ćwiczenia angażujące więcej niż jedną grupę mięśniową w tym samym czasie. Wysokie zakresy powtórzeń paradoksalnie w dużo większym stopniu nasilają zmęczenie organizmu aniżeli małe zakresy powtórzeń. W badaniu Farrow'a z 2020 roku udowodniono, że grupa wykonująca dużo powtórzeń w serii zanotowała na przestrzeni 24h i 48h po treningu spadek siły w obszarach trenowanych. Zdolność organizmu do produkcji siły, a tym samym dobrowolnej aktywacji jednostek motorycznych znacząco spadła poprzez zmęczenie układu nerwowego. Grupy trenujące na dużych obciążeniach natomiast nie zanotowały żadnych spadków w sile po tym samym okresie[21]. Wiadomym jest również, że hipertrofię można osiągać na szerokiej gamie intensywności począwszy od 30% ciężaru maksymalnego do 80% ciężaru

maksymalnego, pod warunkiem, że serie wykonywane są blisko niepowodzenia mięśniowego[21]. Wysokie zakresy powtórzeń również negatywnie wpływają na osiągnięcie niepowodzenia mięśniowego w serii. Często do niepowodzenia w takich przypadkach może dochodzić z powodu dolegliwości bólowych, zmęczenia psychicznego lub też ze względu nasilenia zbyt dużej fatygi układu nerwowego i nie jest on w stanie zrekrutować odpowiednich włókien mięśniowych[22]. Można więc wywnioskować, że wysokie zakresy powtórzeń mogą być skuteczne w budowaniu masy mięśniowej, jeżeli seria będzie wykonana blisko upadku mięśniowego i żaden inny czynnik nie będzie determinował osiągnięcia niepowodzenia w serii, aczkolwiek jednoznaczne określenie tego w praktyce może być trudne. Zakresy powtórzeń 4 - 8 i 5 - 8 wybrane przez respondentów wydają się dobrym wyborem w kontekście optymalizacji efektów hipertroficzych, a także zarządzania fatygą układu nerwowego. Co ciekawe patrząc na całość kształtu odpowiedzi osób ankietowanych nie ma ani jednej osoby, która by się skłaniała do operowania na naprawdę niskiej intensywności w ćwiczeniach złożonych rzędu 20% - 40% ciężaru maksymalnego. Mimo, że niektórzy zaznaczyli trochę wyższe zakresy powtórzeń niż te wymienione powyżej to tak na prawdę nie są one błędne. Co prawda mogą być mniej optymalne w kwestii zarządzania fatygą układu nerwowego, aczkolwiek nie są one dużo większe. Nie ma osób, które preferują powyżej 15 powtórzeń dla tak skomplikowanych wzorców ruchowych. Tak samo nie ma też osób, które operują na bardzo dużej intensywności (95 - 100% ciężaru maksymalnego). Wynika to z tego, że w celu optymalizacji efektów hipertroficzych trzeba by było wykonać bardzo dużo takich ciężkich serii. Poza tym operowanie na takich dużych ciężarach może wiązać się z zwiększonym ryzykiem kontuzji, a także z problemami z wykonywaniem prawidłowej techniki ćwiczeń[23]. Biorąc pod uwagę, parametr intensywności w kontekście ćwiczeń izolowanych, czyli takich w których zaangażowana jest tylko jedna grupa mięśniowa, może rzucić się w oczy, że zakresy powtórzeń wybrane przez respondentów są zdecydowanie większe, aniżeli dla ćwiczeń złożonych. Najpopularniejsze okazały się zakresy powtórzeń od 8 do 12 (33% badanych) i od 10 do 12 (20% badanych). W takim wypadku może nasunąć się pytanie, dlaczego w tym przypadku osoby ankietowane skłaniają się ku większym zakresom mimo nasilenia większej fatygi układu nerwowego? Głównym powodem jest to, że wykonywanie ćwiczeń izolowanych wiąże się często z pracą na dużych zakresach ruchu, w celu maksymalizacji efektów hipertroficzych

dla docelowego mięśnia[24]. Uzyskując duży zakres ruchu, w którym mięsień poddawany jest maksymalnemu rozciągnięciu, a następnie skróceniu, można się narazić na kontuzję używając dużych ciężarów. Tak samo ciężiej by było się skupić na wykonywanej technice, a także prawidłowym czuciu mięśniowym, które ma swoje poparcie w literaturze fachowej[25]. Biorąc pod uwagę te czynniki, zakresy powtórzeń wybrane przez większość respondentów wydają się dobrym wyborem pod względem prewencji kontuzji, a także zachowania prawidłowej techniki ćwiczeń. Niepraktyczne aczkolwiek wydają się zakresy powtórzeń wybrane przez 3% badanych czyli między 6 - 12 powtórzeń. Wątpliwą kwestią jest tutaj dolna granica, która zakłada wykonywanie tylko 6 powtórzeń. Jest to intensywność na poziomie między 78% a 87,6% ciężaru maksymalnego[26]. Może ona potencjalnie przyczyniać się do generowania mikro-urazów, które w dłuższych okresie czasu przerodziłyby się w kontuzję. Kolejne 3% badanych wybrało zakres powtórzeń między 8 a 30 powtórzeń. Tutaj natomiast górna granica zaproponowanych przez respondentów wykonywanych ruchów znacząco mogłaby wpłynąć na to, że determinantem w ćwiczeniu nie byłby docelowy mięsień, a inne dolegliwości. Dodatkowo akumulacja fazygi układu nerwowego mogłaby źle wpłynąć na zdolności organizmu do generowania siły. Ostatnim parametrem na który trzeba zwrócić uwagę jest objętość w skali jednostki treningowej, czyli w treningu kulturystycznym, ilość serii blisko upadku mięśniowego. W badaniu można zauważyć, że większość respondentów skłania się raczej do wykonywania małej ilości serii na jedną grupę mięśniową w skali jednostki treningowej. Dominujące przedziały serii to od 4 - 7 (23% badanych), 6 - 8 (20% badanych) i 6 - 10 (23% badanych). Mniejszą popularność uzyskały skrajnie małe ilości serii jak i skrajnie duże. Biorąc pod uwagę literaturę naukową można dojść do wniosku, że efekty hipertroficzne widoczne już są od wykonania jednej serii blisko upadku mięśniowego. Każda następna seria, aż do 6 powoduje większe przyrosty masy mięśniowej[26]. Ciekawy jest fakt, że zwiększając cały czas objętość na jednej jednostce treningowej efekty hipertroficzne nie będą się zwiększały linearnie. Po wykonaniu około 10 serii blisko upadku mięśniowego każda następna będzie generowała coraz większą ilość mikrouszkodzeń i nie będzie podnosiła bardziej MPS-u[27]. Wśród badanych amatorów sportów sylwetkowych zdecydowanie widać, że dobór objętości treningowej nie jest przesadzony, gdyż mogłoby to deoptymalizować efekty. Są oczywiście osoby, które wykonują małą ilość serii,

która mieści się w przedziale 1 - 3 (17% badanych). Według literatury naukowej można stwierdzić, że taka ilość serii będzie powodowała wzrost mięśni, aczkolwiek czy będzie ona optymalna? W dłuższej perspektywie taka ilość wykonywanych serii może prowadzić do stagnacji efektów. Z drugiej strony w badaniu wzięły udział osoby, które wybrały przedziały od 8 - 12 (3%) i od 8 - 30 (3%) serii. Dolne granice wydają się jak najbardziej słuszne w skali jednostki treningowej. Wątpliwą kwestią wydaje się wykonywanie 12 serii, a nawet 30 na jednym treningu. Skoro po 10 seriach notuje się stagnację efektów, to wykonując zaproponowane przez respondentów górne granice, bez wątpienia doszłoby do niepotrzebnego generowania zmęczenia i mikrouszkodzeń. Patrząc na wszystkie odpowiedzi można stwierdzić, że zaproponowane przez uczestników badania ilości serii, jak najbardziej są zgodne ze stanem obecnej literatury naukowej. Nie ma tendencji do wykonywania ogromnych ilości serii z przeświadczeniem, że lepiej znaczy więcej. Widać świadomość tego ile tak na prawdę serii jest wystarczających do budowania masy mięśniowej. Dobór parametrów przez amatorów sportów sylwetkowych w zdecydowanej większości jest jak najbardziej zgodny z literaturą naukową i jej rekomendacjami. Analizując wyniki badań, można dojść do wniosku, że trenują oni każdą partię mięśniową 2 - 3 razy w tygodniu dobierając system treningowy pasujący do założonej częstotliwości. W trakcie wykonywania ćwiczeń złożonych operują raczej na niższych zakresach powtórzeń, czyli wyższej intensywności. W ćwiczeniach izolowanych raczej preferowany jest wyższy przedział powtórzeń, aczkolwiek nie jest on na tyle duży by utrudniał zbliżenie się do upadku mięśniowego i jest optymalny pod względem generowanej fazy. Ilość serii uznana za optymalną przez większość respondentów nie przekracza 10 serii, co ukazuje świadomość, że wykonywanie ogromnych ilości serii blisko niepowodzenia, nie gwarantuje lepszych rezultatów. Wyniki badań jak najbardziej potwierdzają obie przyjęte hipotezy.

Na podstawie wyników badań stwierdzono, że:

1. Amatorzy sportów sylwetkowych zwracają uwagę na dobór podstawowych parametrów treningowych. Co więcej dobierają je specyficznie pod względem okresu treningowego, w jakim się znajdują, a także z tygodnia na tydzień zwiększają obciążenia w celu uzyskiwania w dalszym ciągu odpowiedzi adaptacyjnej organizmu.

2. Dobór parametrów treningowych przez amatorów kulturystyki jest zgodny z rekomendacjami aktualnej literatury naukowej. Respondenci są świadomi, w jaki sposób dobrać intensywność dla ćwiczeń wielostawowych i izolowanych, a także jak często, w skali tygodnia, ćwiczyć każdą partię mięśniową. Dobór objętości również ma swoje poparcie w literaturze naukowej dla osób ćwiczących bez wspomagania farmakologicznego.
3. Biorąc pod uwagę liczbę uzyskanych odpowiedzi największe poparcie, jeżeli chodzi o źródło poszerzania wiedzy, mają social media. Najmniej popularne okazały się wskazówki trenera oraz książki i inne źródła poszerzania wiedzy.

Piśmiennictwo

1. Karthikeyan D, *Locked horns and a flurry of feathers*, January 12 2013.
2. Dutton K., Laura R., *Towards a history of bodybuilding*, published 1989.
3. Demel M., Skład A., *Teoria wychowania fizycznego*, Warszawa, 1986.
4. Raczek J., *Teoria Motoryczności Człowieka w Zarysie*, 2010.
5. Szopa J., Mleczko E., Żak S., *Podstawy antropomotoryki*, 1996.
6. Stuart M. Phillips, *Physiologic and molecular bases of muscle hypertrophy and atrophy: impact of resistance exercise on human skeletal muscle (protein and exercise dose effects)*, 2009.
7. Stuart M. Phillips, *Resistance-training-induced adaptations in skeletal muscle protein turnover in the fed state*, 2002, Canadian Journal of Physiology and Pharmacology.
8. Joseph T Costello i inni, *Whole-body cryotherapy (extreme cold air exposure) for preventing and treating muscle soreness after exercise in adults*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, 2015.
9. Cheung K., Hume P.A., Maxwell L., *Delayed Onset Muscle Soreness*, „Sports Medicine”, 2003.
10. Wj E., *Effects of exercises on senescent muscle*, Clin Orthopaed Relat Res, 2002.
11. Suga T., Koichi Okita, Noriteru Morita, Takashi Yokota, Kagami Hirabayashi, Masahiro Horiuchi, Shingo Takada, Tomohiro Takahashi, Masashi Omokawa, Shintaro Kinugawa, Hiroyuki Tsutsui, *Intramuscular metabolism during low-intensity resistance exercise with blood flow restriction*, 2009.
12. Sozański H., *Podstawy teorii treningu sportowego*, , 1999.
13. Brad Schoenfeld, *Science and Development of Muscle Hypertrophy*, 2016.
14. Lasevicius T., *Effects of different intensities of resistance training with equated volume load on muscle strength and hypertrophy*, Eur J Sport Sci. 2018.

15. Schoenfeld, Brad J, *The Mechanisms of Muscle Hypertrophy and Their Application to Resistance Training*, 2010.
16. Schoenfeld Brad J, *The Mechanisms of Muscle Hypertrophy and Their Application to Resistance Training*, , October 2010.
17. Krzysztofik M., Wilk M., Wojdała G. and Goła's A., *Maximizing Muscle Hypertrophy: A Systematic Review of Advanced Resistance Training Techniques and Methods*, 12 October 2019.
18. Damas F., *A review of resistance training-induced changes in skeletal muscle protein synthesis and their contribution to hypertrophy*, 2015.
19. Schoenfeld Brad J, *Effects of Resistance Training Frequency on Measures of Muscle Hypertrophy: A Systematic Review and Meta-Analysis*, 2016.
20. Yue FL, Karsten B, Larumbe-Zabala E, Seijo M, Naclerio F, *Comparison of 2 weekly-equalized volume resistance-training routines using different frequencies on body composition and performance in trained males*, 2018.
21. Farrow J., *Lighter-Load Exercise Produces Greater Acute- and Prolonged-Fatigue in Exercised and Non-Exercised Limbs*, 2020.
22. Aviv E., *An analysis of the perceived causes leading to task-failure in resistance-exercises*, 2020.
23. Faigenbaum A.D. and Myer G.D., *Resistance training among young athletes: safety, efficacy and injury prevention effects*, 2009.
24. João Valamatos M., *Influence of full range of motion vs. equalized partial range of motion training on muscle architecture and mechanical properties*, 2018.
25. Schoenfeld, *Differential effects of attentional focus strategies during long - term resistance training*, 2018.
26. Poliquin Ch., *The Poliquin Principles*, 1997.
27. Krieger J., *Single vs. multiple sets of resistance exercise for muscle hypertrophy: a meta-analysis*, 2010.
28. Ogasawara R., *Relationship between exercise volume and muscle protein synthesis in a rat model of resistance exercise*, 1985.

ZJAWISKO DOPINGU W SPORCIE A BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE

ДОПІНГ У СПОРТИ І БЕЗПЕКА ЗДОРОВ'Я

DOPING IN SPORT AND HEALTH SAFETY

Dariusz W. Skalski^{1,3}, Oksana Zabolotna², Radosław Zwara¹, Marek Graczyk^{3,4},
Bogdan Vynogradskyi³

¹*Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Polska*

²*Umański Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Pawła Tyuczyny w Umaniu, Ukraina*

³*Lwowski Państwowy Uniwersytet Kultury Fizycznej im. Iwana Boberskiego w Lwowie,
Ukraina*

⁴*Staropolska Akademia Nauk Stosowanych w Kielcach, Polska*

Słowa kluczowe: doping, zdrowie, bezpieczeństwo, sport.

Ключові слова: допінг, здоров'я, безпека, спорт.

Key words: doping, health, safety, sport.

Streszczenie

Celem pracy było przedstawienie dopingu w sporcie i jego wpływu na zdrowie. Należy przyznać, że temat dopingu jest powszechnie znany. Przykładowo pod koniec lat dziewięćdziesiątych młodzież, chowali się po prowizorycznych siłowniach i robili tzw. masę. Jest bardzo prawdopodobne, że wspomagali się przy tym niedopuszczalnymi metodami, gdyż „rośli w oczach”. Jednak pytani nie chcieli przyznać się do stosowania drogi na skróty. Starając się prezentować narrację "trenujemy, podnosimy ciężary, nic nie bierzemy, nic nam nie będzie". Zachodzi pytanie, czy aby na pewno? Warto byłoby, przekonać się na własne oczy jak te praktyki wpłynęły na ich zdrowie. Ze względu na brak możliwości badania eksperckiego, zaprezentujemy wpływ niedozwolonego dopingu w sporcie na znanych sportowców przez pryzmat ich biografii. Wybraną metodą przeprowadzenia badania jest przeanalizowanie dotychczasowych działań sportowców w dążeniu na skróty. W badaniu przedstawiono wpływ dopingu na wyniki sportowe i bezpieczeństwo zdrowotne. A także przedstawiono alternatywne możliwości stosowania pozytywnego dopingu w osiąganiu celów sportowych. Autorzy, starając się dotrzeć do czytelnika, na samym początku prezentujemy szereg pojęć związanych z kulturą fizyczną i dopingiem w sporcie.

Резюме

Метою роботи було представити допінг у спорті та його вплив на здоров'я. Треба визнати, що тема допінгу широко відома. Наприклад, наприкінці 1990-х молодь ховалася в імprovізованих спортзалах і займалася т.зв. маса. Цілкові ймовірно, що вони використовували неприпустимі методи, бо вони «ростуть на очах». Проте опитані не хотіли зізнаватися у використанні ярликів. Спроба представити наратив «ми тренуємося, ми піднімаємо тяжкості, ми нічого не беремо, у нас все буде добре». Питання в тому, чи ви впевнені? Варто було б побачити на власні очі, як ці практики вплинули на їхнє здоров'я. Через відсутність можливості експертного дослідження, ми представимо вплив нелегального допінгу в спорті на відомих спортсменів крізь призму їхніх біографій. Обраний метод проведення дослідження полягає в аналізі попередньої діяльності спортсменів у погоні за короткими шляхами. Дослідження представляє вплив допінгу на спортивні результати та безпеку здоров'я. Також представлені альтернативні можливості використання позитивного допінгу для досягнення спортивних цілей. Автори, намагаючись достукатися до читача, на самому початку викладають низку понять, пов'язаних із фізичною культурою та допінгом у спорті.

Summary

The aim of the work was to present doping in sport and its impact on health. It must be admitted that the topic of doping is widely known. For example, in the late 1990s, young people hid in makeshift gyms and did the so-called mass. It is very likely that they used unacceptable methods, because they "grow in the eyes". However, those questioned did not want to admit to using shortcuts. Trying to present the narrative "we train, we lift weights, we take nothing, we will be fine". The question is, are you sure? It would be worth seeing for yourself how these practices affected their health. Due to the lack of the possibility of an expert study, we will present the impact of illegal doping in sport on famous athletes through the prism of their biographies. The chosen method of conducting the study is to analyze the athletes' previous activities in the pursuit of shortcuts. The study presents the impact of doping on sports performance and health safety. It also presents alternative possibilities of using positive doping in achieving sports goals. The authors, trying to reach the reader, at the very beginning present a number of concepts related to physical culture and doping in sport.

Wstęp

Należy przyznać, że temat dopingu jest powszechnie znany. Tylko jak pod koniec lat dziewięćdziesiątych chłopaki z tzw. „paczki”, chowali się po prowizorycznych siłowniach i robili mi. tzw. masę. Można przypuszczać, że wspomagali się przy tym suplementami, gdyż „rośli w oczach”, lecz często pytani nie przyznali się do formy wsparcia przyrostu masy mięśniowej. Zamiast tego można było usłyszeć "trenujemy, podnosimy ciężary, nic nie bierzemy, nic nam nie będzie". W tym momencie pojawia się pytanie u odbiorcy, czy aby na pewno? Obecnie ciężko zaobserwować i rozpoznać ewentualne skutki przy amatorskim sporcie, jakim była siłownia lat dziewięćdziesiątych. Gdyby warto przeprowadzić badanie eksperckie ewentualnych skutków zażywania dopingu w sporcie. W przedstawionej pracy zostaje zaprezentowany efekt działania dopingu w sporcie na podstawie przeprowadzonych badań z życiorysów sportowych znanych publicznie osób, które przez osiągnięte wyniki sportowe, stawali się autorytetami do naśladowania. Oczywiście do czasu ewentualnych podejrzeń korzystania z dopingu. Prezentowanie naszej pracy rozpoczniemy od przedstawienia kilku pojęć, a następnie zostaną zaprezentowane przykłady wpływu dopingu na wyniki, sportowców i ich zdrowie.

Sport to zdrowie

Zdrowie -stan pełnego fizycznego umysłowego i społecznego dobrostanu.

- a. zdrowie fizyczne – prawidłowe funkcjonowanie organizmu, jego układów i narządów. Zdrowie fizyczne mówi również o równowadze pomiędzy procesami anabolicznymi i katabolicznymi. Organizm uznajemy za zdrowy fizycznie wtedy, gdy nie przebiegają w nim procesy patologiczne (choroby), a jego elementy działają odpowiednio. Nie jest konieczne bycie bardzo wysportowanym, aby móc powiedzieć, że jest się zdrowym fizycznie;
- b. zdrowie psychiczne – dzielimy je na dwa rodzaje – zdrowie emocjonalne oraz zdrowie umysłowe: zdrowie emocjonalne – człowiek zdrowy emocjonalnie potrafi rozpoznawać i nazywać emocje. Potrafi je również wyrażać w odpowiedni sposób. Robi to zgodnie z zasadami i normami społecznymi. Zdrowie psychiczne wiąże się również z utrzymaniem równowagi psychicznej, a w niej mieści się zarządzanie emocjami – umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciem, lękiem, depresją, złością, agresją i innymi emocjami[8].

Wielu ludziom już jakakolwiek aktywność fizyczna, daje dużo uciechy, i jest wystarczającym powodem do uprawy własnego ciała. Zazwyczaj ma ona korzystny wpływ na zdrowie sprawność i estetykę sylwetki. Niektórzy jednak uwielbiają być lepsi od innych, lubią coś komuś lub sobie udowodnić. Aby realizować tę skłonność za pośrednictwem ciała, biorą się za uprawianie sportu.

Sport - jest to rozwijanie sprawności fizycznej dążenie we współzawodnictwie indywidualnym lub zespołowym do jak najlepszych wyników, wyróżniamy sport:

- rekreacyjny (forma czynnego wypoczynku),
- wyczynowy(amatorski lub zawodowy), w którym chodzi o osiągnięcie rekordowych rezultatów[5].

Aktywność fizyczna wiąże się z tym że nasze ciało jest w ruchu. Narząd ruchu obejmuje ponad połowę masy ciała człowieka. Dlatego efektem aktywności ruchowej, są zmiany w całym niemal organizmie. Zwłaszcza układu mięśniowego, kostno-stawowo-więzadłowego, krążeniowo-oddechowego oraz nerwowego. Pod wpływem ćwiczeń siłowych zwiększa się grubość włókien mięśniowych. Praca o charakterze wytrzymałościowym przyczynia się do rozbudowania sieci naczyń włoskowatych, umożliwiając lepsze zaopatrzenie w tlen. Przy połączeniu

z zachodzącymi zmianami chemicznymi czyli wzrostu zawartości min. potasu, sodu, wapnia i żelaza, usprawnia proces wyzwalania energii w czasie pracy i usuwania produktów jej przemiany.

W układzie kostnym racjonalny trening powoduje przyspieszenie procesów rozrostu, zwiększenie ilości substancji zbitej, poprawa struktury beleczek kostnych, a także stanu chemicznego kości. Finalnie szkielet staje się bardziej odporny na zniekształcenia i urazy mechaniczne. Pod wpływem aktywności zwiększa się ilość ruchów w stawach, więzadła stają się grubsze, przez co są mniej narażone na kontuzje[2].

Jeżeli chodzi o układ krążeniowo- oddechowy dzięki aktywności fizycznej wzrasta wydolność wysiłkowa. Wzrasta masa i objętość serca a wraz z nią zwiększa się jego pojemność skurczowa i minutowa. Tkanki są lepiej zaopatrzone w tlen i składniki odżywcze. Powiększa się pojemność tlenowa całego organizmu.

W układzie nerwowym ćwiczenia powodują rozwój ośrodków ruchowych w mózgu, wzrost szybkości przewodzenia bodźców, polepszenie koordynacji nerwowo-mięśniowej, zwiększenie wrażliwości analizatorów wzrokowych, słuchowych i kinetycznych. wzrost serotoniny po wysiłku fizycznym daje tzw. "poczucie szczęścia", może to zapobiegać niektórym postaciom zaburzeń równowagi nerwowo-psychicznej[2].

W listopadzie 2020 roku opublikowane zostały nowe rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące aktywności fizycznej. Eksperti Guideline Development Group przeanalizowali dowody naukowe odnośnie związku między aktywnością fizyczną, siedzącym trybem życia a zdrowiem w różnych grupach populacji. Nowe wytyczne są skierowane do dzieci, młodzieży, dorosłych, osób starszych, a także zawierają nowe szczegółowe zalecenia dla kobiet w ciąży i po porodzie oraz osób żyjących z chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnymi. Zawierają one przesłanie, że każda aktywność fizyczna jest lepsza niż żadna oraz, że zwiększenie aktywności fizycznej jest niezbędne dla uzyskania optymalnych wyników zdrowotnych. Wytyczne te ponadto podkreślają znaczenie regularnego wykonywania ćwiczeń aerobowych i wzmacniających mięśnie[10].

Zgodnie z nowymi rekomendacjami dorośli (18-64 lata) powinni wykonywać aktywność fizyczną przez 150–300 minut tygodniowo o umiarkowanej intensywności lub 75–150 minut o dużej intensywności. Wśród dzieci i młodzieży wymaga się średnio 60 minut dziennie aktywności o umiarkowanej lub dużej

intensywności aerobowej. Wytyczne zalecają regularne ćwiczenia wzmacniające mięśnie dla wszystkich grup wiekowych. Ćwiczenia aerobowe o dużej intensywności, a także te wzmacniające mięśnie i kości dzieci i młodzież powinny wykonywać co najmniej 3 dni w tygodniu. Dorośli powinni również wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o umiarkowanej lub większej intensywności, które obejmują wszystkie główne grupy mięśni. Ćwiczenia te powinny być wykonywane 2 lub więcej dni w tygodniu, ponieważ zapewniają one dodatkowe korzyści zdrowotne. W przypadku osób po 65. roku życia, także osób z niepełnosprawnościami czy chorobami przewlekłymi, należy zachować ostrożność i przed podjęciem ćwiczeń skonsultować się z lekarzem. U osób starszych aktywność fizyczna pomaga zapobiegać upadkom i urazom związanym z upadkami, a także pogorszeniu zdrowia kości i sprawności. W ramach swojej cotygodniowej aktywności fizycznej osoby starsze powinny wykonywać różnorodne, wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, które kładą nacisk na równowagę i trening wzmacniający mięśnie z umiarkowaną lub większą intensywnością. Ćwiczenia te powinny być wykonywane 3 lub więcej dni w tygodniu, aby zwiększyć wydolność i zapobiec upadkom[10].

Po raz pierwszy pojawiają się specjalne zalecenia dla określonych populacji, w tym dla kobiet w ciąży i po porodzie. Zaleca się, aby wszystkie kobiety w ciąży i po porodzie bez przeciwwskazań lekarskich do wykonywania aktywności fizycznej podejmowały regularną aktywność fizyczną przez cały okres ciąży i po porodzie. Powinny wykonywać co najmniej 150 minut aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności przez cały tydzień, a także ćwiczenia aerobowe i wzmacniające mięśnie. Korzystne może być również dodanie delikatnego rozciągania. Dodatkowo kobiety, które przed zajściem w ciążę na co dzień wykonywały ćwiczenia aerobowe o dużej intensywności lub były aktywne fizycznie, mogą kontynuować te zajęcia w okresie ciąży i połogu. Ponadto zalecane jest ograniczenie siedzącego trybu życia we wszystkich grupach wiekowych – jednak dowody nie były wystarczające do ilościowego określenia dopuszczalnego poziomu zachowań sedentaryjnych[10].

Niniejsze wytyczne WHO z 2020 r. aktualizują poprzednie zalecenia WHO wydane w 2010 r. Wytyczne te powinny być implementowane do krajowych polityk zdrowotnych zgodnie z *WHO Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030*. Nowe zalecenia WHO zostały opublikowane w okresie pandemii coronawirusa,

który wprowadza wiele ograniczeń, w tym dla wielu mniejszą aktywność – rzadziej odwiedzamy przyjaciół, uprawiamy sporty, część z nas jest na pracy zdalnej czy kwarantannie i trudniej wtedy o dodatkową aktywność ruchową. Coraz częściej wyniki badań wskazują na większe ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 przy współistniejącej otyłości. Dlatego tym bardziej musimy zwrócić uwagę nie tylko na sposób odżywiania, ale też na regularną aktywność fizyczną, która jest korzystna dla zdrowia i pozwala utrzymać masę ciała w normie. W komunikacie dla prasy dyrektor generalny WHO dr Tedros Adhanom Ghebreyesus zwracał uwagę, że aktywność fizyczna ma kluczowe znaczenie dla zdrowia, długości życia i dobrego samopoczucia. Wspomniał, że właśnie teraz kiedy musimy sobie radzić z pandemią liczy się codziennie każdy ruch. Wykonywanie jakiegokolwiek aktywności fizycznej jest lepsze niż jej brak. Regularna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko nadciśnienia, chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy typu 2 i przedwczesnej śmierci. Ponadto wpływa korzystnie na zdrowie psychiczne (zmniejszone objawy lęku i depresji), funkcje poznawcze i sen. Aktywność fizyczna odgrywa również ważną rolę w utrzymywaniu masy ciała w normie i przeciwdziałaniu otyłości.

Najważniejsze kwestie wynikające z nowych rekomendacji WHO 2020:

- Nowe wytyczne dotyczące aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia zawierają zalecenia dotyczące ilości i rodzajów aktywności fizycznej o udowodnionych naukowo korzyściach.
- Wytyczne aktualizują i zastępują poprzednie zalecenia WHO z 2010 r.
- Wytyczne skierowane są do dzieci w wieku powyżej 5 lat, dorosłych, osób starszych i po raz pierwszy zawierają szczegółowe zalecenia dla kobiet w ciąży i po porodzie oraz osób żyjących z chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnymi.
- Dla wszystkich populacji korzyści płynące z aktywności fizycznej i ograniczenia siedzącego trybu życia przeważają nad potencjalnymi szkodami.
- U osób nieaktywnych wcześniej zaleca się stopniowe zwiększanie ilości i intensywności aktywności fizycznej.
- Każda aktywność fizyczna jest lepsza niż żadna.

Zachęca się wszystkie kraje do przyjmowania i rozpowszechniania tych nowych globalnych wytycznych oraz do wykorzystywania ich w edukacji społeczeństwa.

Nowe wytyczne powinny stanowić podstawę dla krajowej polityki zdrowotnej i działań promujących aktywność fizyczną i ograniczających siedzący tryb życia[10].

Trening i „druga strona medalu”

Trening to systematyczne ćwiczenia w celu uzyskania maksymalnej sprawności w uprawianej dyscyplinie sportu.

W przypadku uczenia się umiejętności sportowych trzeba mieć na uwadze fakt, iż czynność może być opanowywana i doskonalona dzięki wielokrotnym powtórzeniom określonych ćwiczeń. Na przekonaniu o pozytywnej roli powtórzeń opiera się istota treningu sportowego. Na efekt treningu ma wpływ wielkość owych obciążeń. Obciążenia zbyt małe (zbyt mała liczba powtórzeń lub zbyt długie przerwy) w nie-wystarczającym stopniu pobudzają do zmian. Również niekorzystny jest wpływ obciążeń nadmiernych, powodujących przeciążenie organizmu. Tylko umiejętne dostosowanie wysiłku do możliwości organizmu będzie sprzyjało postępowi w uczeniu się czynności sportowych. Nabywanie nowych umiejętności i poprawianie sprawności fizycznej ma wpływ na zwiększenie poziomu samooceny. Pod wpływem tego rodzaju aktywności, w wyniku zdobywania nowych doświadczeń, doznawania sukcesów i porażek, rozwija się umiejętność obiektywnej percepcji samego siebie, a zwłaszcza umiejętność realistycznej oceny swoich możliwości sprawnego działania. Tego rodzaju prawidłowość wynika głównie z faktu, że osoby zajmujące się aktywnością ruchową najczęściej traktują ją jako sprawę dla nich istotną, w stosunku do której przejawiają nieobojętny stosunek emocjonalny. Dążąc do perfekcji w danej dziedzinie trzeba też pamiętać, że tempo przyrostu wprawy w ćwiczeniach nie jest jednolite. Obok okresów przyspieszenia można obserwować fazy zastoju. Częstym jego powodem może być zmęczenie, chwilowe odwrócenie uwagi, osłabienie zainteresowania lub motywacji, w związku z czym brak jest wysiłku zmierzającego do polepszenia rezultatów. Inną przyczyną okresowego zastoju jest niekiedy osiągnięcie kresu wprawy na danym etapie realizacji zadania. Poziom ten nie obrazuje bowiem ogólnych możliwości percepcyjnych jednostki, a jedynie w zakresie przyjętego sposobu postępowania. Dalszy postęp jest możliwy, ale tylko w przypadku zmiany techniki na bardziej doskonałą. Jeszcze inną z przyczyn obserwowanego zastoju może być niewłaściwa (nie dostosowana do możliwości i oczekiwań ćwiczącego) organizacja procesu treningowego, nadmierne lub niewystarczające obciążenia, zbyt mała lub zbyt duża

liczba powtórzeń, zbyt krótkie lub zbyt długie przerwy itp. Mając świadomość złożoności uwarunkowań rzutujących na tempo czynionych postępów w szkoleniu, należy być ostrożnym w zbyt jednostronnej ocenie obserwowanych postępów, obarczając winą za istniejący ewentualny zastój czy nawet regres wyłącznie samego zawodnika.

Znane jest też zjawisko nasycenia, polegające na obniżaniu się zainteresowania, w następstwie długotrwałego wykonywania tej samej czynności. Jego rezultatem jest narastająca niechęć do kontynuowania czynności, odbijająca się wyraźnie na uzyskiwanych efektach. Początkowo nasycenie dotyczy tylko wykonywanej czynności lub przedmiotu, do którego się ono odnosi, później stopniowo generalizuje się na czynnościach i przedmiotach podobnych, by wreszcie rozszerzyć się również na sytuacje, które wiążą się bardziej lub mniej bezpośrednio z danymi czynnościami i przedmiotami[7].

Chociaż każda „przygoda” z dopingiem to indywidualna historia, to, na podstawie wypowiedzi znajomego trenera personalnego i amatora kulturystyki Daniela R., wynika z jego osobistych doświadczeń obserwacji i rozmów ze znajomymi że po doping sięgają amatorzy na początku treningów lub gdy są już bardzo w nich zaawansowani. Sięgają po zabronione środki dopingujące, ponieważ zależy im na lepszym wyglądzie, możliwości dłuższego i bardziej intensywnego ćwiczenia, chcą poprawić swoje wyniki. Wypracowanie odpowiedniej sylwetki i poprawa wyników sportowych to często instrumenty do osiągnięcia innych celów – udziału w zawodach, zdobycia tytułu, nagrody i współpracy sponsora.

„Na skróty”

Z badania jakościowego wynika również, że stosowanie dopingu to droga „na skróty” dla sportowców amatorów. Najczęściej po zabronione w sporcie substancje sięgają młodzi amatorzy, którym brakuje motywacji do ćwiczeń bez „wspomagaczy”, a którzy dopiero zaczęli treningi. Mają ambitne cele, ale brakuje im wytrwałości. W tej grupie znajdują się też osoby, które zbyt późno zabrały się za ćwiczenia, a chciałyby przygotować swoje ciało na sezon wakacyjny. Podobne wyniki uzyskano w Australii w badaniu przeprowadzonym z użytkownikami siłowni 16% zadeklarowało, że użyje sterydów anabolicznych w przyszłości, a większość z nich jako powód podała chęć zwiększenia masy mięśniowej (80%), poprawy wyglądu (74%) oraz zwiększenia siły (57%)[3].

Historia Dopingu

Aby zwiększyć sprawność fizyczną, osiągać jak najwyższe wyniki sportowe, czasem na granicy możliwości organizmu, ludzie sięgają po niedozwolone środki dopingujące. Szczególnie niebezpieczne dla zdrowia są anaboliki, związki chemiczne, które sztucznie podnoszą wydajność sportowca. Zwiększają jego pobudliwość, tempo przemiany materii, tempo syntezy białek, a tym samym masę i siłę mięśni. Do środków dopingujących należą m.in. narkotyki, środki przeciwbólowe, hormony, z których najczęściej stosowanym jest testosteron. Przyjmowanie anabolików powoduje zaburzenia pracy wielu narządów, może nawet prowadzić do kalectwa lub śmierci. Substancje te nierzadko powodują nienaturalny rozrost piersi, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, spadek popędu płciowego u mężczyzn i jego wzrost u kobiet. Zmiany dotyczą także psychiki – pojawia się agresja i niemożność kontrolowania własnego zachowania, lub depresja. Stosowanie środków dopingujących w okresie dojrzewania zwykle uniemożliwia kontynuowanie profesjonalnej kariery sportowej w wieku dojrzałym. Środki dopingujące można wykryć, badając próbkę moczu lub krwi sportowca.

Doping - jest to sztuczne podnoszenie wydolności zawodników, poprzez ingerencję farmakologiczną, hormonalną, anaboliczną czy dietetyczną w ciało człowieka, (z ang. oznacza mieszaninę opium i narkotyków, stosowana u koni wyścigowych w celu ich pobudzenia przed wyścigami).

Niezależnie od tego w którym roku zdefiniowano słowo doping, ludzie od pradawnych czasów wspomagali się na różne sposoby przed, lub w trakcie ważnych dlań wydarzeń. Już około trzeciego wieku przed naszą erą w Chinach żuto roślinę o nazwie Ephedra, bogata w witaminy i łagodzącą niektóre schorzenia nerwowe. W Tebach około 1500 roku p.n.e. zawodnicy igrzysk sportowych pili wino. Tuż przed naszą erą biegacze długodystansowi, stosowali napar ze skrzypu i przeżuwali grzyby. Inkowie wspomagali się liśćmi koki; (i tu natrafiłam na taką oto ciekawostkę-legendę która mówi o Kuka, kobiecie o tak niezwykle pięknie, że żaden mężczyzna nie był w stanie jej się oprzeć. Świadoma swojej mocy, Kuka wykorzystywała swoje uroki, by wykorzystywać mężczyzn, dopóki wiadomość o jej złych uczynkach nie dotarła do uszu Wielkiego Inki. Rozkazał ją poświęcić, przeciąć na pół i pochować. Z jej grobu wyrosła cudowna roślina, której spożycie dawało siłę i wigor oraz łagodziło ból i cierpienie. Ludzie nazwali ją koka, na cześć pięknej

i niebezpiecznej kobiety.) Liście koki mają wiele korzystnych właściwości odżywczych. Zawierają one białko, tłuszcze, węglowodany, błonnik, cukry, witaminy - witamina A, witaminy z grupy B (witamina B1, B2, B3 i B6), witamina C, D i E oraz minerały - cynk, fosfor, magnez, miedź, wapń i żelazo. Badania naukowe nad właściwościami leczniczymi koki wykazały, że jej liście zawierają silny alkaloid, który działa jak środek pobudzający. Jego efekty obejmują przyspieszenie akcji serca, wzrost energii, a nawet tłumienie głodu i pragnienia. W 1718 roku n.e. żołnierze podczas wojny Szwedzko-Norweskiej jedli pobudzające muchomory Amanita. Idąc dalej historią „dopingu” dochodzimy do wojen światowych. Podczas pierwszej z nich, pito mieszankę alkoholu i eteru. W czasie II wojny światowej królowała amfetamina, zażywana masowo przez żołnierzy alianckich, a w Związku Radzieckim upajano się alkoholem etylowym. W 1935 roku zsyntetyzowano czysty testosteron, podawany siedem lat później niemieckim żołnierzom jednostek specjalnych. Lata czterdzieste i pięćdziesiąte poprzedniego stulecia to wkroczenie testosteronu do sportu, między innymi w Ameryce zaczęli go stosować kulturzyści, a w Rosji ciężarowcy.

Klasy środków dopingujących:

- a. narkotyczne środki przeciwbólowe (morfina, petydyna),
- b. środki pobudzające - amfetamina, efedryna, kokaina,
- c. sterydy i środki anaboliczne - nandronol, stranozol, testosteron,
- d. hormony peptydowe i glikoproteinowe - Gh, ACTH, Epo.

Metody dopingu:

1. farmakologiczny – polegający na podawaniu biologicznie czynnych związków chemicznych, których użycie nie jest uzasadnione leczeniem zawodnika;
2. fizjologiczny – polegający na wymianie płynów ustrojowych, zwłaszcza krwi, przeszczepach tkanek (mięśni i ścięgien), stosowanie szkodliwych dla zdrowia zabiegów takich jak zbijanie masy poprzez chirurgiczne usuwanie tkanki tłuszczowej;
3. genetyczny – polegający na modyfikacji materiału genetycznego zawodnika, np. poprzez stosowanie wektorów genetycznych; obecnie jest on praktycznie niemożliwy do wykrycia, ale prawdopodobnie rzadko stosowany ze względu na wysokie koszty i trudne do przewidzenia skutki[8].

Opis i skutki stosowania wybranych środków dopingujących

Sterydy anaboliczne (SAA) – grupa steroidów pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, która ma silne działanie anaboliczne tzn. powodujące przyspieszenie dzielenia się komórek tworzących określone tkanki organizmu zwierząt i ludzi. Są to pochodne testosteronu lub 19nortestosteronu.

1. Fizyczne skutki stosowania:

- szybki wzrost masy ciała i masy mięśniowej,
- trądzik,
- ślady po infekcjach,
- łysienie czołowe(u mężczyzn), przerzedzenie się włosów (u kobiet),
- zanik piersi zmiana tembru głosu u kobiet,
- obrzęki kończyn dolnych,
- wzrost urazowości,
- nadciśnienie tętnicze.

W późniejszym czasie min.:

- przerost mięśnia sercowego(otłuszczenie),
- nasilenie ryzyka zmian zakrzepowo-zatorowych,
- uszkodzenie wątroby(żółtaczką, rak wątroby, torbiele,
- rozrost gruczołu krokowego -zaburzenia cyklu miesięczkowego.

2. Psychiczne skutki stosowania:

- wzrost agresji,
- wybuchowość,
- pobudzenie psychiczne,
- bezsenność,
- zespoły maniakalne, urojeniowe,
- psychoza,
- szła sterydowy(silne negatywne emocje nie do opanowania).

Przykłady:

1982 - *Heinz Sallmayer*, austriacki mistrz świata w kulturystyce, brał środki hormonalne. Zgon w wyniku choroby serca.

1982 - *Lyle Alzado*, amerykański futbolista zmarł na nowotwór mózgu. Brał sterydy i hormon wzrostu.

1983 - *Hacik Beyaz*, turecki kulturysta, 24 lata, zmarł na raka. Regularnie zażywał anaboliki.

1985 - *Janos Farago*, węgierski dyskobol, 38 lat, zmarł na raka nerek. Przyjmował anaboliki

Erytropoetyna to hormon nielegalnie stosowany jako doping w sporcie. Sportowcy biorą EPO, ponieważ zwiększa ono wydajność fizyczną poprzez wzrost liczby czerwonych krwinek. Najczęściej stosują go więc sportowcy tacy jak: kolarze, biegacze, piłkarze, narciarze, pływacy czy wioślarze. EPO stosowane jest także na siłowni w sportach kulturystycznych, ponieważ opóźnia ogólne zmęczenie mięśni. Zapewnia zwiększoną wytrzymałość oraz szybszą regenerację między treningami. Okres stosowania erytropoetyny przez kulturystów w ramach dopingu to najczęściej 4-6 tygodni. Dawkuje się ją w zastrzykach dożylnie lub podskórnie.

Erytropoetyna (EPO) – skutki uboczne:

- atak serca,
- odwodnienie,
- udar mózgu,
- zakrzepy wewnątrz mięśni,
- nadmierne zagęszczenie krwi,
- zwiększenie lepkości krwiotwórczy,
- wysypka,
- osłabienie: bóle głowy, stawów, zawroty głowy.

Przykład:

Lance Armstrong (ur. 18 września 1971 w Plano w Teksasie) – były amerykański kolarz szosowy, olimpijczyk, mistrz świata ze startu wspólnego w 1993 roku. Objęty dożywotnią dyskwalifikacją z zawodowego kolarstwa. 24 sierpnia 2012 roku został wykluczony z zawodów z mocą wsteczną od 1 sierpnia 1998 roku i dożywotnio zdyskwalifikowany przez Amerykańską Agencję Antydopingową za stosowanie niedozwolonych środków dopingujących, takich jak erytropoetyna, testosteron czy kortyzon oraz niedozwolonych zabiegów, takich jak transfuzje krwi. Decyzja ta została potwierdzona 22 października 2012 przez Międzynarodową Unię Kolarską, w konsekwencji został ponadto pozbawiony wszystkich zwycięstw w Tour de France. 17 stycznia 2013 został pozbawiony przez MKOl brązowego medalu

w jeździe indywidualnej na czas zdobytego na igrzyskach olimpijskich w Sydney w 2000 roku[1].

Pozostałe przykłady używania środków wspomagających:

- W 1896 *Arthur Linthon (Walia)* – 24-letni cyklista .Zawodnik uznany jest za pierwszą ofiarę stosowania dopingu. Ściągał się na amfetaminie i strychninie .Zmarł na tyfus, bo jego organizm był zbyt wycieńczony dopingiem by zwalczyć infekcję.
- *Thomas John Hicks* (ur. 11 stycznia 1876 w Birmingham w Wielkiej Brytanii, zm. 28 stycznia 1952 w Winnipeg w Kanadzie) – amerykański lekkoatleta maratończyk, mistrz olimpijski z Saint Louis. Pracował w Cambridge w stanie Massachusetts jako giser. Zajął 2. miejsce w Maratonie Bostońskim w 1904. Na igrzyskach olimpijskich 1904 w Saint Louis bieg maratoński był rozgrywany w trudnych warunkach. Trasa biegła w pełnym słońcu, temperatura przekraczała 28° C, a biegnący zawodnicy i towarzyszące im pojazdy wzbijały tumany kurzu. Jako pierwszy linię mety przebiegł Amerykanin Frederick Lorz. Okazało się jednak, że część trasy przejechał samochodem i został zdyskwalifikowany. Hicks na trasie otrzymał od pomagających mu asystentów dawkę około 1 mg strychniny w białku jajka. Na 32 kilometry ponownie podano mu strychninę, białko i kilka tyków brandy. Na mecie padł wyczerpany. Kolejna dawka strychniny mogła być śmiertelna. Strychnina jest obecnie zakazana, jako środek dopingujący.
- 26 sierpnia 1960 roku, na Viale Cristoforo Colombo w Rzymie przy ponad 40-stopniowym upale odbył się kolarski wyścig drużynowy w ramach turnieju olimpijskiego. Jeden z członków duńskiej drużyny, *Jorgen Jorgensen* wypadł z wyścigu z powodu udaru słonecznego po pierwszym okrążeniu, co wymagało ukończenia wyścigu przez trzech pozostałych zawodników, aby ich nie zdyskwalifikowano. Jensen w pewnej chwili powiedział do swoich kolegów z drużyny, że poczuł zawroty głowy. Niels Baunsoe i Vagn Bangsborg złapali Jensena za koszulkę, trzymając go przed upadkiem. Bangsborg spryskał Jensena wodą, co prowadziło do widocznej poprawy, ale gdy Baunsof puścił, Jensen upadł i uderzył głową o chodnik, doznając złamania kości czaszki. Jensen został przywieziony karetką do przegrzanego wojskowego namiotu w pobliżu mety, gdzie zmarł po godzinie nie odzyskawszy przytomności. Przyczyną śmierci było przedawkowanie amfetaminy, przyspieszającej pracę serca i płuc.

- *Thomas „Tom” Simpson* (ur. 30 listopada 1937 w Haswell, zm. 13 lipca 1967 na Mont Ventoux, Francja) – brytyjski kolarz torowy i szosowy, mistrz świata w wyścigu ze startu wspólnego z 1965 roku. Zmarł podczas 13. etapu wyścigu Tour de France w 1967 roku. Był członkiem brytyjskiej drużyny, która zdobyła brązowy medal w wyścigu drużynowym na dochodzenie na Igrzyskach Olimpijskich w 1956 roku. W 1958 roku zdobył srebrny medal w wyścigu na dochodzenie na Igrzyskach Wspólnoty Brytyjskiej. W 1959 roku zaczął startować w wyścigach szosowych zawodowców. Był pierwszym Brytyjczykiem, który założył żółtą koszulkę lidera Tour de France (w 1962) oraz pierwszym Brytyjczykiem, który zdobył tytuł mistrza świata w wyścigu ze startu wspólnego (w 1965 w San Sebastián). Zwyciężał także w wyścigach klasycznych. Wygrał 3 z 5 „monumentów kolarstwa”: w 1961 roku wyścig Dookoła Flandrii, w 1964 Mediolan-San Remo oraz w 1965 Giro di Lombardia. Niedługo przed śmiercią wygrał również wyścig Paryż-Nicea oraz dwa etapy we Vuelcie w 1967 roku. Simpson zmarł tragicznie na zboczach Mont Ventoux podczas Tour de France w 1967 roku. W trakcie podjazdu na nasłoneczniony szczyt „Prowansalskiego Olbrzyma” spadł z roweru, po czym dzięki pomocy kibiców ponownie na niego wsiadł, aby zaraz potem stracił przytomność i ostatecznie upadł na jezdnię. Po nieudanej próbie resuscytacji kolarza przetransportowano helikopterem do szpitala w Awinionie, gdzie o 17.30 stwierdzono zgon. Jako przyczynę podano atak serca. Pięć dni później ogłoszono wyniki sekcji zwłok Simpsona, która wykazała, że w trakcie trwania etapu był on pod wpływem koktajlu amfetaminoalkoholowego (dopiero rok później zaczęto badać kolarzy pod kątem dopingu).
- *Jupp Elze* niemiecki bokser wagi średniej. Jego kariera zawodowa rozpoczęła się we wrześniu 1961 r. Na lodowisku w Kolonii nokautowym zwycięstwem nad Peterem Faustem. 30 maja 1964 r., Także w Kolonii, pokonał Manfreda Hassa w swojej osiemnastej zawodowej walce i tym samym został mistrzem Niemiec w wadze średniej. 12 czerwca 1968 roku Elze podjął drugą próbę zostania mistrzem Europy w wadze średniej. Wszedł na ring przeciwko Juanowi Carlosowi Duranowi, którego wcześniej pokonał w punktach w kwietniu 1965 roku. W piętnastej rundzie Jupp Elze został trafiony w tył głowy i upadł. Krótco po wstaniu i zasygnalizowaniu swojego zadania zemdlął i zapadł w śpiączkę. Pomimo natychmiastowej operacji mózgu, Elze zmarł z powodu krwotoku mózgowego w klinice

uniwersyteckiej w Kolonii-Lindenthal osiem dni później. Sekcja zwłok wykazała, że Jupp Elze był domieszkowany trzema różnymi substancjami, w tym metamfetaminą. Przeszedł do historii przede wszystkim, jako pierwszy niemiecki zawodowy sportowiec, który zmarł na doping. Jego grób znajduje się w Ostfriedhof w Kolonii.

- *Martti Vainio* (ur. 30 grudnia 1950 w Vehkalahti) – fiński lekkoatleta specjalizujący się w biegach długodystansowych, trzykrotny uczestnik letnich igrzysk olimpijskich (Montreal 1976, Moskwa 1980, Los Angeles 1984). Pięć dni po zakończeniu finałowego biegu na 10 000 metrów podczas igrzysk w Los Angeles (w którym zajął 2. miejsce za Alberto Covą) został zdyskwalifikowany na 2 lata za stosowanie testosteronu.
- *Tamara Press* (ur. 10 maja 1937 w Charkowie) – lekkoatletka radziecka, trzykrotna mistrzyni olimpijska w pchnięciu kulą i rzucie dyskiem. Podczas Igrzysk Olimpijskich w Rzymie (1960) zdobyła złoty medal w pchnięciu kulą oraz srebrny w rzucie dyskiem. Cztery lata później na olimpiadzie w Tokio wygrała obie te konkurencje. Tamara Press zdobyła także cztery medale podczas mistrzostw Europy: w Sztokholmie 1958 złoty w rzucie dyskiem i brązowy w pchnięciu kulą, a w Belgradzie 1962 dwa złote w tych konkurencjach. Sześciokrotnie poprawiała rekord świata w pchnięciu kulą: od 17,25 m (pierwszy wynik powyżej 17 m) w 1959 do 18,59 w 1965. Także sześciokrotnie biła rekord świata w rzucie dyskiem od 57,15 m w 1960 do 59,70 m w 1965.
- Była mistrzynią ZSRR w pchnięciu kulą w latach 1958-1966 (w hali 1964-1965) i w rzucie dyskiem w latach 1960-1966. Jej młodsza siostra Irina była także lekkoatletką, dwukrotną mistrzynią olimpijską. Obie zawodniczki były oskarżane przez działaczy zachodnich o niedozwolone wspomaganie medyczne (przyjmowanie hormonów męskich), czemu strona radziecka zdecydowanie zaprzeczała[9].

Bezpieczeństwo i walka z dopingiem

Prawo antydopingowe jest w różnych krajach różne. Sam doping jako taki jest karalny tylko w nielicznych krajach (np. we Włoszech), stosowanie niedozwolonych związków chemicznych i technik medycznych jest w wielu krajach ścigane na podstawie innych przepisów. np. lekarz stosujący niedozwolone zabiegi medyczne, a także klub sportowy i trenerzy przyzwalający na nie, mogą być pociągnięci do odpowiedzialności karnej za dokonanie uszczerbku na zdrowiu

zawodnika. Stosowanie, dystrybucja i produkcja niedozwolonych środków farmaceutycznych może być ścigane w oparciu o te same przepisy co rozprowadzanie i używanie narkotyków.

W wielu krajach wiele substancji i technik stosowanych w dopingu nie jest jednak zabroniona i dlatego korzystanie z nich nie jest nielegalne w świetle ogólnego prawa danego państwa. Osoby uprawiające sport w celach rekreacyjnych lub uprawiające sport zawodowo w dyscyplinach, w których nie obowiązuje zakaz dopingu mogą z niego korzystać, a sprawa dokonywania uszczerbku na własnym zdrowiu jest w tej sytuacji ich prywatną sprawą.

WADA - *Światowa Agencja Antydopingowa* (World Anti-Doping Agency) została powołana do życia na mocy ustaleń Światowej Konferencji nt. Dopingu w Sporcie, która odbyła się w Lozannie w dniach 2-4 lutego 1999 r. Na zakończenie Konferencji przedstawiciele władz publicznych i organizacji sportowych podpisali tzw. Deklarację Lozańską. Przewidywała ona powstanie niezależnej międzynarodowej agencji antydopingowej, gotowej do podjęcia działań już podczas Igrzysk XXVII Olimpiady w Sydney. W ten sposób 10 listopada 1999 r. utworzono w Lozannie Światową Agencję Antydopingową. 21 sierpnia 2001 r. Rada Założycielska Agencji, po przeprowadzeniu w tej sprawie głosowania, zdecydowała o przeniesieniu siedziby do Montrealu. Światowa Agencja Antydopingowa w chwili obecnej promuje i koordynuje Światowy Program Zwalczania Dopingu. Program ma na celu zapewnienie działań w ramach krajowych strategii zapobiegania i zwalczania dopingu w sporcie.

Polska Agencja Antydopingowa (POLADA) – polska państwowa osoba prawna z siedzibą w Warszawie, nadzorowana przez ministra właściwego do spraw kultury fizycznej, utworzona 1 lipca 2017 na podstawie przepisów ustawy o zwalczaniu dopingu w sporcie. Polska Agencja Antydopingowa jest członkiem Instytutu Narodowych Agencji Antydopingowych, i stroną Światowego Kodeksu Antydopingowego przyjętego w marcu 2003 przez Światową Agencję Antydopingową (WADA). Dyrektorem Polskiej Agencji Antydopingowej jest Michał Rynkowski. Agencja zastąpiła działającą od 1988 Komisję do Zwalczania Dopingu w Sporcie. W porównaniu z Komisją Agencja posiada szereg nowych uprawnień – w szczególności chodzi o tak zwaną współpracę śledczą z Policją, prokuratorami, Służbą CelnoSkarbową, Żandarmerią Wojskową czy Strażą Graniczną. Ustawa daje

możliwość wymiany informacji między tymi służbami a Agencją, co pozwala Agencji na prowadzenie własnych dochodzeń w sprawach dopingowych. Do jej zadań należą:

- określanie zasad i przebiegu kontroli antydopingowej,
- ustanawianie reguł dyscyplinarnych dotyczących dopingu w sporcie,
- planowanie i przeprowadzanie kontroli antydopingowej w okresie podczas zawodów oraz w okresie poza nimi,
- szkolenie i podnoszenie kwalifikacji kontrolerów antydopingowych Agencji,
- przyznawanie zgody na używanie danej substancji zabronionej lub metody zabronionej przez zawodnika w celach terapeutycznych,
- opracowywanie, wdrażanie i wspieranie programów edukacyjnych, informacyjnych i szkoleniowych w zakresie zwalczania dopingu w sporcie.

I tu chciałabym przytoczyć fragment oświadczenia podanego przez Polskie radio24pl:

"Polska Agencja Antydopingowa informuje, iż wszczęła postępowanie w zakresie podejrzenia stosowania metody zabronionej w postaci infuzji dożylnych przez 7 zawodników piłki nożnej należących do Miejskiego Klubu Sportowego Pogoń Siedlce. Zawodnikom grozi kara 4 lat dyskwalifikacji. Sprawa jest rozwojowa. Ze względu na możliwość popełnienia przestępstwa POLADA udostępniła akta sprawy Prokuraturze Krajowej oraz Prokuraturze Okręgowej w Lublinie. Prokuratura Okręgowa wszczęła śledztwo w sprawie zaistniałego w dniu 16 października 2019 r. w Siedlcach, narażenia ustalonych piłkarzy Miejskiego Klubu Sportowego Pogoń Siedlce na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu poprzez nieprzestrzeganie procedur medycznych, to jest czynu z art. 160 § 1 kk w zbiegu z art. 48 ust. 2 Ustawy z dnia 21 kwietnia 2017 r. o zwalczaniu dopingu w sporcie w zw. z art. 11 § 2 kk. W wyniku podjętych czynności funkcjonariusze Komendy Wojewódzkiej Policji w Lublinie na podstawie nakazów prokuratorskich dokonali przeszukania m.in. w pomieszczeniach Klubu Sportowego, gdzie zabezpieczone zostały przedmioty mogące stanowić dowody w sprawie, w tym dokumentacja medyczna i środki komunikacji. Jednocześnie Polska Agencja Antydopingowa we współdziałaniu z funkcjonariuszami Policji dokonała pobrania materiałów do badań kontrolnych, których wyniki zostaną wykorzystane w toku śledztwa. Informujemy, iż zgodnie z obowiązującą listą substancji i metod zabronionych

niedozwolone są infuzje dożylnie i (lub) iniekcje o objętości większej niż 100 ml w okresie 12 godzin, z wyłączeniem tych przyjętych w uzasadnionych przypadkach w trakcie hospitalizacji, zabiegów chirurgicznych lub badań klinicznych. W przeszłości stosowanie tego rodzaju dopingu zostało stwierdzone m.in. przez Samira Nasri (skazany na 18 miesięcy dyskwalifikacji) oraz Ryana Lochte (skazany na 14 miesięcy dyskwalifikacji)."[6].



Rycina 1. Najbardziej znane dyskwalifikacje Polaków za doping

Źródło: <http://www.hellosport.pl/PL-H5/1/94/doping-w-sporcie.html> i www.przekladSPORTOWY.pl

Zdrowszy rodzaj dopingu

Doping ten oznacza aplauz, zagrzewanie zawodników do sportowej walki. Wyraża się w wielu formach: oklaski, okrzyki, śpiewy, wywieszanie transparentów, wymachiwanie flagami, koszulkami, szalikami, uderzanie w bębny, granie na trąbkach, meksykańska fala itd. Doping ten ma bardzo pozytywny wpływ na wydolność organizmu, motywuje i dopinguje człowieka do rywalizacji i większego wysiłku a co za tym idzie do lepszych osiągnięć[4].

Na dowód warto przytoczyć kilka cytatów:

- „Fajnie, że tylu Polaków, naszych kibiców, przyjechało tutaj z tak daleka, żeby nas wspierać, dopinguwać. To daje drużynie dodatkową motywację” –

- podkreślił Kulig, dla którego mecz z Wybrzeżem Kości Słoniowej był 83. występem w reprezentacji. Zdobył w nich w sumie 573 punkty.
- „ Atmosfera i gra przy takich kibicach jest czymś fajnym. Niesie nas to do zwycięstw” - przyznała Maria Stenzel po spotkaniu z Hiszpanią (3:0). Biało-Czerwone awansowały tym samym do ćwierćfinału mistrzostw Europy.
 - „Cały stadion nas nie sparaliżował ani nie namieszał nam w głowach. Byliśmy na to przygotowani. To była dla nas duma i honor, że mogliśmy zagrać przed tak wspaniałą publiką, która dopingowała nas przez cały mecz. Mieliśmy też rodziny i przyjaciół na trybunach” – podkreśla zawodnik GKS-u Katowice.
 - „Doping kibiców to jest nasz tlen. Jeżeli słyszy się ten doping, to zawodnicy dają „z wątroby”. Czasami irytuje nas, gdy są niepoehlebne okrzyki, to nie pomaga. Trzeba być z zespołem na dobre i na złe. Czasami mnie też boli, gdy nie ma naszych kibiców na wyjeździe. To jest 12 zawodnik. Jeżeli nie ma naszych kibiców, to jest ciężiej w trudnych sytuacjach. A jak słyszy za plecami: „Śląsku jesteemy z wami”, to naprawdę to niesie. Najgorzej, gdy zdarzają się mecze bez publiczności. Wtedy jest tak zwany piknik. Słychać każdy okrzyk, jest inaczej, czegoś brakuje...”(Maser).

Podsumowanie

Przedstawiony powyżej, zdrowy rodzaj dopingu przez udział kibiców w poprawie wyników sportowych wychodzi najlepiej na zdrowie. Jako autorzy pragnęliśmy przedstawić skutki ewentualnego stosowania zabronionych metod dopingowych w sporcie. A jako alternatywę warto zastosować wsparcie osób interesujących się danymi dziedzinami sportu, którzy aktywnie uczestniczą w życiu sportowca przez współturalizację lub kibicowanie. Współzależność między kibicami, a sportowcami wpływa obustronnie korzystnie. Zwłaszcza tym, którzy kibicują i dopingują swoją ulubioną drużynę, wytwarza się w ich organizmie tzw. "hormon szczęścia" i adrenalinę. Stosowanie niedozwolonych form wsparcia aktywności fizycznej przez stosowanie dopingu w postaci substancji wpływających szkodliwie na organizm i żywotność sportowca. W podjętym problemie dochodzimy do konkluzji, jaką staje się istotna świadomość sportowca w procesie dążenia do efektów treningowych. Jako autorzy liczymy, iż przedłożony materiał, przyczyni się do poprawy spostrzegania, że nie ma drogi na skróty.

Piśmiennictwo

1. Biel A., „*Doping w sporcie*”, Dr n.med. Artur Biel.
2. Grabowski H., „*Teoria fizycznej edukacji*”, wydawnictwo szkolne i pedagogiczne Warszawa 1997 str.69 i 70.
3. Kantar public, „*Podstawy i opinie w zakresie stosowania dopingu*”, streszczenie raportu Ministerstwa Sportu i Turystyki.
4. *Wydawnictwo Naukowe PWN Spółka z.o.o*, Warszawa 1997, tom 2, str.427.
5. *Wydawnictwo Naukowe PWN Spółka z.o.o*, Warszawa 1997, tom 9, str.37.

Źródła internetowe

6. <https://www.antydoping.pl/>
7. <https://www.gov.pl/spoleczny-wymiar-sportu/>
8. <https://www.pl.m.wikipedia.org/>
9. <https://www.wikipedia.pl/>
10. <https://ncez.pzh.gov.pl/aktywnosc-fizyczna/nowe-zalecenia-who-dotyczace-aktywnosci-fizycznej/> - Wolnicka K., *Nowe zalecania WHO dotyczące aktywności fizycznej*.

**ROLA RESOCJALIZACJI W ASPEKTCIE SPRAWNOŚCI
FIZYCZNEJ DZIECI W WIEKU SZKOLNYM**

**РОЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ В АСПЕКТІ ФІЗИЧНОЇ
ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ШКОЛЯРІВ**

**THE ROLE OF REHABILITATION IN THE ASPECT
OF PHYSICAL FITNESS OF SCHOOL CHILDREN**

Dariusz W. Skalski^{1,2}, Damian Kowalski^{1,2}, Radosław Zwara¹, Marek Graczyk^{2,3},
Bogdan Kinzder²

¹*Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Polska*

²*Lwowski Państwowy Uniwersytet Kultury Fizycznej im. Iwana Boberskiego w Lwowie,
Ukraina*

³*Staropolska Akademia Nauk Stosowanych w Kielcach, Polska*

Słowa kluczowe: dziecko, resocjalizacji, sprawność fizyczna, kształcenie.

Ключові слова: дитина, соціальна реабілітація, фізична підготовка, освіта.

Key words: child, social rehabilitation, physical fitness, education.

Streszczenie

Resocjalizacja jest najczęściej rozumiana jako system działań, który zajmuje się problemami dysfunkcji, defektów czy niedorozwojów motywacyjnych powiązanych przede wszystkim z wadami środowiska społecznego i kulturalnego dzieci i młodzieży oraz niekorzystnymi czynnikami biopsychicznymi ich społecznego rozwoju. Zdaniem M. Grzegorzewskiej resocjalizacja to cel ostateczny pedagogiki specjalnej polegający na przywróceniu jednostce niedostosowanej społecznie możliwego do osiągnięcia dla niej poczucia normalności, usprawnienia jej, uzbrojenia w wiedzę, umiejętności uzdalniające ją do pracy użytecznie społecznej, a więc umożliwienie jej włączenia się w nurt otaczającego ją życia społecznego.

Резюме

Соціальну реабілітацію найчастіше розуміють як систему заходів, що мають справу з проблемами дисфункцій, дефектів або мотиваційного недорозвинення, пов'язаних насамперед з неблагополуччям соціально-культурного середовища дітей та молоді та несприятливими біопсихічними факторами їх соціального розвитку. На думку М. Гжегожевської, соціальна реабілітація є кінцевою метою спеціальної педагогіки, яка полягає у відновленні соціально дезадаптованої особистості почуття нормальності, яке може бути досягнуто для неї, вдосконалення її, озброєння знаннями та навичками, які дозволяють виконувати корисні та соціальні дії. працювати, і таким чином дозволити їм приєднатися до течії життя навколо них.

Summary

Rehabilitation is most often understood as a system of activities that deals with the problems of dysfunctions, defects or motivational underdevelopments associated primarily with defects in the social and cultural environment of children and adolescents and unfavorable biopsychological factors of their social development. According to M. Grzegorzewska, social rehabilitation is the ultimate goal of special pedagogy consisting in restoring to a socially maladjusted individual a sense of normality that can be achieved for them, improving them, arming them with knowledge and skills enabling them to perform useful and social work, and thus enabling them to join the current of life around them social.

Wstęp

Teoretycy resocjalizacji są zgodni, że do najważniejszych celów resocjalizacji należą:

- odrzucanie zachowań antagonistyczno-destrukcyjnych,
- uruchomienie prawidłowych mechanizmów socjalizacyjnych, prospołecznych,
- naprawa moralna, etyczna, kulturowa, obyczajowa,
- ukształtowanie w odpowiedni sposób mechanizmów kontroli wewnętrznej, czyli sumienia,
- kształtowanie odpowiedzialności.

Stare dzieje resocjalizacji nieletnich w Polsce

W dawnym prawie polskim nie było żadnych specjalnych przepisów dotyczących odpowiedzialności karnej nieletnich. Dziecko, które popadło w konflikt z prawem traktowane było w zasadzie tak samo jak dorosły popełniający przestępstwo. Za zbrodnie i występki stosowano głównie karę śmierci oraz różne kary cielesne. Odpowiedzialność karna najczęściej rozpoczynała się już z osiągnięciem siódmego roku życia, a wymierzane dzieciom kary cechowało wyjątkowe okrucieństwo. Skazani odbywali karę przeważnie w lochach lub pomieszczeniach, które je przypominały, w bardzo złych warunkach higienicznych, z ciężkimi łańcuchami skuwającymi ręce i nogi, brakiem światła, powietrza, dostatecznego jedzenia i napoju. Więźniowie przetrzymywani byli wspólnie po kilku, kilkunastu, czasami nawet kilkudziesięciu w jednym pomieszczeniu. W warunkach tych, gdzie nie było żadnej selekcji, szerzyła się wzajemna demoralizacja i zboczenia, a także choroby. Dozorcy byli prawie na tym samym poziomie co więźniowie, a ich stosunek do uwięzionych cechowała brutalność i bezwzględność[5].

Pierwsze oznaki wychowawczego, nie odwetowego, stosunku do przestępców znajdują się w Instrukcji kanclerza Osieckiego z 1550r., w której jest mowa o segregacji „delikwentów” z uwagi na możliwość wzajemnej demoralizacji i „pouczania się w hultajstwie”, jak i o poprawie moralnej[3]. Odrębne uregulowania w prawie karnym dotyczące odpowiedzialności nieletnich można spotkać już w „Statucie litewskim” z 1588r. Zgodnie z zapisem „Statutu” warunkiem uznania mężczyzny za poczytalnego było ukończenie przez niego 16. roku życia. Wyjątkiem byli recydywiści, którzy kilkakrotnie zostali przyłapani na kradzieży. Sędzia wobec nich orzekał karę cielesną. Zasady odpowiedzialności nieletnich

zostały również unormowane w projekcje kodeksu karnego Andrzeja Zamoyskiego z 1778r. Wprowadzał on w stosunku do „Statutu litewskiego” dwie istotne zmiany: kwestię rozpoznania sprawy nieletniego pozostawiał do ustalenia sędziemu oraz podnosił granice wieku, od której zaczyna się odpowiedzialność karna do 18 lat[8]. W roku 1736 z fundacji biskupa Rostkowskiego powołano do Mycia w Warszawie Dom Poprawy, który uzyskał przywilej królewski i został zatwierdzony przez Sejm „jako potrzebny i użyteczny”. Dom ten, zwany po łacinie „Domus Correctionis” albo po niemiecku „Zuchthaus”, miał na celu „poskromienie i poprawę złych i swawolnych ludzi”. Do tych miejsc przyjmowano (za zgodą rodziców) między innymi dzieci, które chciano uchronić przed odbywaniem kary w ośrodku z dorosłymi.

Prawdziwe zmiany w sytuacji dzieci przestępczych miały miejsce dopiero w XIX w. w związku z rozbudzeniem się prądów penitencjarnych. Pomimo utraty niepodległości przez państwo polskie postępy w pracach nad prawem karnym czy ustawodawczym państw zaborczych dalej były kontynuowane. Powstały wtedy systemy więzienne głoszące, że celem kary pozbawienia wolności nie może być zemsta na winowajcy, ale przede wszystkim jego poprawa[5]. W zaborze rosyjskim Kodeks karzący Królestwa Polskiego z 1818 r. określał, że młodociani do 12 roku życia podlegają wyłącznie „karceniu domowemu”. Jeśli osoby w wieku 15–18 lat popełniły zbrodnię, a pochodziły ze środowiska zaniedbanego moralnie, nie były karane tak jak za zbrodnię, lecz jak za występki popełnione przez człowieka dorosłego. W uchwalonym w 1847 r. Kodeksie kar głównych i poprawczych wiek odpowiedzialności za czyn określono na lat 7. Po wielu zmianach resocjalizacyjnych w kolejnych latach przełomem stał się okres dwudziestolecia międzywojennego. Sprawy związane z sądownictwem oraz z wykonywaniem kary uznano za pierwszoplanowe. Na tworzenie programu wychowania poprawczego, jego ugruntowania się w teorii i praktyce, miały wpływ przepisy rządowe oraz inicjatywy naukowe i społeczne podejmowane przez różne środowiska[12]. W roku 1926 powstała Liga Opieki nad Dzieckiem Opuszczonym i Zaniedbanym, która objęła kuratelę niedostosowanych chłopców do lat 14. W dniu 7 lutego 1919 r. Naczelnik Państwa Polskiego podpisał dekret o utworzeniu sądów dla nieletnich[6]. 1 września 1919 r. zostały utworzone sądy dla nieletnich w Warszawie, Łodzi i w Lublinie. Rozpatrywały one wszystkie sprawy karne przeciwko nieletnim do 17 roku życia. Ponadto zalecono także sędziom dla nieletnich powołać opiekunów

sądowych, byli oni poddani dyrektywie sędziego. W roku 1936 przy Ministerstwie Sprawiedliwości powstała Centrala Badań Psychologicznych, która działała pod kierunkiem wybitnego psychologa Stefana Baleya. Zajmowała się ona między innymi badaniem nieletnich przestępców skazanych już na pobyt w zakładzie poprawczym lub wychowawczym przez sądy stolicy i okolic, poważniejszymi wypadkami przestępstw na terenie całego kraju oraz badaniem wychowanków wyjątkowo trudnych do prowadzenia, dla których rygor zwykłego zakładu poprawczego okazał się nieodpowiedni[5]. Przed wybuchem II wojny światowej w Polsce czynnych było 40 placówek wychowawczych dla nieletnich, tj. zakładów i szkół specjalnych: 15 zakładów było przeznaczonych wyłącznie dla nieletnich przestępców, w tym 3 zakłady wychowawcze oraz 12 poprawczych[8]. Druga wojna światowa przerwała działanie tych placówek. Pod koniec 1946 r. nieletni skazani musieli odbywać karę wraz dorosłymi, rok później zakłady karne dla nieletnich przejęło Ministerstwo Sprawiedliwości[8]. Z dniem 1 stycznia 1978 r. powołano sądy rodzinne przy 97 sądach rejonowych. Przyczyniło się to do wzrostu liczby kuratorów, zwłaszcza zawodowych. Podstawy prawne resocjalizacji nieletnich w ustawodawstwie polskim określa Ustawa o postępowaniu wobec nieletnich (u.p.n.) z 26 października 1982 r. (Dz.U. z 2010 r. nr 33, poz 178, tekst jedn.).

Proces resocjalizacji i aktywność fizyczna dzieci w wieku szkolnym

Proces resocjalizacji można rozpatrywać w kilku aspektach. Można mówić tu o modyfikacji zachowań, o przebudowie emocjonalnej, realizacji wyższych wartości, wreszcie auto resocjalizację tj. kierowanie własnym rozwojem w celu uzyskania dojrzałości społecznej. W przypadku resocjalizacji nieletnich resocjalizacja jest działaniem pedagogicznym zmierzającym do pełnego rozwoju pozytywnych cech emocjonalnych oraz wdrażania do pełnienia zadań społecznych i osiągnięcia zadowolenia w realizacji zadań życiowych. W tym przypadku resocjalizacja ma za zadanie wskazanie wychowankowi właściwej drogi do jego rozwoju oraz ukształtowania postaw, które mieszczą się w normach społecznych.

Z punktu widzenia pedagoga pracującego z młodzieżą niedostosowaną społecznie zajęcia sportowe powinny jawić się jako inspiracja do pozytywnych zachowań. Procesowi resocjalizacji toczącemu się w obszarze sportu towarzyszyć musi ciężka praca zarówno wychowawcy, jak i wychowanka. Wysiłek powinien być determinantem do rozwijania właściwych postaw względem siebie samego,

rywała oraz społeczności sportowej. Skuteczne wychowanie resocjalizujące środkami kultury fizycznej powinno pobudzać potrzebę udziału w zajęciach ruchowych przez całe życie, w celu samorealizacji rozwoju osobowości. Szeroko rozumiana kultura fizyczna posiada bez wątpienia walory wychowawcze, ponieważ dysponuje czynnikami warunkującymi poszukiwanie dobra, piękna i prawdy, a więc jest drogą do internalizacji postaw społecznych, moralnych, estetycznych i fizycznych.

"Za wychowawcą sportowcem - chłopcy pójdą w ogień, darzą go szacunkiem, uznaniem, przywiązaniem, zrobią dla niego o wiele więcej niż dla każdego innego człowieka." S. Jedlewski.

Nauczyciel, wychowawca zajmujący się sportem i rekreacją to nauczyciel zdrowia w sensie fizycznym i psychicznym. Wychowanie fizyczne powinno uczyć kultury czynnego wypoczynku, umiejętność ta działa profilaktycznie również na zaburzenia psychiczne. Niezbędne dla zdrowia psychicznego cechy wyrabiane przez wychowanie fizyczne to: odporność psychiczna, umiejętność ponoszenia klęsk, niepowodzeń. Na autorytet nauczyciela prowadzącego zajęcia sportowe składa się wiele czynników. Kluczową sprawą jest tutaj osobowość nauczyciela, poprzez którą podnosi prestiż zajęć. Bardzo ważną cechą jest pozytywna postawa do życia, opanowanie w sytuacjach trudnych, dbałość o czystość i higienę osobistą, estetyczny wygląd. Wychowawca pracujący z nieletnimi niedostosowanymi społecznie wywiera ogromny wpływ poprzez bezpośrednie kontaktowanie się z nimi, poznawanie wychowanka, wspólną pracę na zajęciach i przy tym dbanie o swobodny klimat. Bardzo ważnymi i ocenionymi bardzo wysoko są zapewne umiejętności związane z nawiązywaniem kontaktu z młodzieżą oraz z komunikacją. Aleksander Sztejnberg podkreśla, że komunikacja społeczna w organizacji jest procesem społecznym niezmiernie ważnym dla prawidłowego funkcjonowania każdej grupy zadaniowej. Polega ona na przekazywaniu wiadomości oraz zapewnieniu odpowiedniej łączności pomiędzy jej członkami[14]. Współdziałanie z dziećmi zależy od wiedzy o celach wychowania fizycznego i sportu. Na wiedzę tę powinny się składać wiadomości z zakresu organizmu ludzkiego, jego potrzebach, prawidłowym żywieniu i higienie osobistej. Ważną sprawą jest zapoznanie wychowanków z różnymi formami aktywności ruchowej, regulaminami imprez sportowych, rozbudzaniu ciekawości. Ta ciekawość, skłaniająca do powtarzania określonych zachowań i koncentrowania uwagi

na wybranym wycinku rzeczywistości, wpływa decydująco na kształtowanie indywidualnych zainteresowań, które można określić jako nastawienia oznaczające dążenie do uzyskiwania coraz to nowych informacji o przedmiocie. Razem z zainteresowaniami występują zamiłowania, czyli ustosunkowania polegające na skłonności do wykonywania określonych czynności[13]. Wychowawca powinien reprezentować postawę uczestnika zawodów, a także bardzo ważną postawę prawdziwego kibica.

Wychowawcy stosują 3 podstawowe style wychowania:

- Autorytarny:
 - dominacja wychowawcy;
 - podporządkowanie wychowanka;
 - wychowanie zazwyczaj jednoznaczne restrykcyjne;
 - metody bezpośrednie: nagrody, kary.
- Partnerski – liberalny:
 - samodzielne kształtowanie sytuacji wychowawczych;
 - pozostawiona swoboda i niezależność dziecku;
 - interwencja tylko w sytuacjach kryzysowych;
 - wychowanie poprzez życiowe sytuacje.
- Demokratyczny:
 - współredagowanie wychowanka,
 - wychowawca uczestniczy w życiu wychowanka;
 - metody pośrednie: oddziaływanie poprzez naśladownictwo.

Trening systematyczny, samodyscyplina, wytrwała praca, szacunek dla innych, posłuszeństwo wobec przełożonych, jak również podporządkowanie się regułom fair play to wszystko w sposób znaczący wpływa na kształtowanie się osobowości[2]. R. Winiarski twierdzi, iż aktywność fizyczna wymaga dysponowania wolnym czasem jednostki oraz odpowiednim jego wykorzystaniem. Rekreacja ruchowa nie tylko neutralizuje stresy czy przeciążenia psychiczne ale również zapobiega występowaniu wielu dolegliwości i chorób. Co więcej, reguluje siły fizyczne oraz psychiczne, kształtuje ciało oraz osobowość a także rozwija zainteresowania i zaspokajają różne potrzeby jednostki. Aktywność fizyczna zaspokajają następujące potrzeby ludzkie, wskazując tym samym na swoje dziedziny wychowania:

- potrzebę zmiany trybu oraz środowiska życia (urozmaicenie życia);

- potrzebę aktywności psychofizycznej (ruch, wyładowanie nadmiaru energii);
- potrzebę wypoczynku oraz relaksu (oderwanie się od codziennych obowiązków tudzież kłopotów);
- potrzebę nieformalnych kontaktów z innymi jednostkami;
- potrzebę kontaktu z naturą;
- potrzebę emocji oraz przyjemnych wrażeń;
- potrzebę rywalizacji i współzawodnictwa;
- potrzebę wyróżnienia się, dowartościowania;
- potrzebę nowych umiejętności, doświadczeń oraz wiedzy[16].

Od zarania dziejów sport był ważnym czynnikiem życia społecznego i kulturowego. Już w Starożytności Platon uznał ćwiczenie fizyczne jako „siostrzycę wychowania duchowego”. Przez długie wieki sport postrzegano jako sprawdzian siły i mocy fizycznej, czego dowodem były organizowane w starożytności olimpiady i liczne podboje militarne. W XVI wieku Michel Montaigne w swym dziele pod tytułem „Próby” pisał: *„Chcę aby pielęgnowanie ciała szło równym krokiem z kształtowaniem duszy. Wszakże to nie duszę, ani nie ciało mamy wychowywać, ale człowieka, nie trzeba tego rozdawać, nie trzeba kształtować jednego bez drugiego, ale prowadzić je równo”*[9].

Ten światopogląd został dostrzeżony dopiero na przełomie XVIII i XIX wieku, gdzie pedagodzy zwrócili uwagę na walory edukacyjne kultury fizycznej. Stopniowo wychowanie fizyczne zaczęło zajmować znaczące miejsce w wychowaniu ludzi młodych na całym świecie. Wychowanie fizyczne i aktywność ruchowa stwarzają okazję do wyrabiania życzliwości dla słabszych i uczenia kultury współżycia. Z literatury przedmiotu wynika, iż w toku fizycznych ćwiczeń zaangażowana jednostka, w sposób nieświadomy, uzewnętrznia uczciwość, zalety oraz niedostatek koleżeństwa czy tolerowania słabszych. Postawy te uwydatniają się szczególnie dynamicznie w czasie aktywności fizycznej, dzięki czemu można to wykorzystać w procesie resocjalizacji[17].



Rycina 1. Biała księga w sprawie przyszłości Europy

Źródło: <https://kometa.edu.pl/biblioteka-cyfrowa/publikacja,428,biala-ksiega-w-sprawie-przyszlosci-europy-refleksje-i-scenariusze-dotyczace-przyszlosci-ue-27-do-2025-r> (z dnia 12.01.2021)

Na powyższym zdjęciu widnieje aktualna okładka „Białej księgi”, gdzie Komisja Europejska dostrzegła i opisała wychowawcze wartości kultury fizycznej. Dokument ten jest formą zaleceń, aby sport i wychowanie fizyczne traktować jako podstawowy element wychowania wysokiej jakości. Sport młodzieżowy staje się determinantem kompetencji aksjologicznych odnoszących się do sfery emocjonalno-wolicjonalnej osobowości człowieka. Aksjologia dotycząca aktywności sportowej młodzieży, należy wskazać wartości rozwijane i utrwalane poprzez systematyczne zajęcia sportowe czy rekreacyjne.

Trzeba jednak pamiętać, że sport i rekreacja nie tylko dostarczają pozytywnych doświadczeń. Dla niektórych wychowanków mogą stać się powodem odrzucenia przez grupę, mogą być przyczyną uległości i podporządkowania negatywnym autorytetom. U wychowanków słabszych fizycznie i nieakceptowanych przez silniejszych i sprawniejszych może narastać poczucie braku bezpieczeństwa.

Dlatego tak ważna jest rola wychowawcy, który poprzez dobór odpowiednich treści, metod i form realizacji zrealizuje prawidłowo program sportowy.

Zajęcia sportowe dla wychowanków placówek resocjalizacyjnych są niewątpliwie bardzo atrakcyjne, należy jednak pamiętać że mogą być one jednocześnie przyczyną osłabienia kontroli wewnętrznej nieletniego. Zajęcia sportowe powinny stać się w wielu przypadkach punktem wyjścia procesu resocjalizacji. Formy aktywności ruchowej nawiązują do już istniejących zainteresowań, powodując w ten sposób poczucie satysfakcji z możliwości rozwoju w danej dyscyplinie sportowej. Wszelka działalność sportowa posiada ogromny potencjał terapeutyczny, ponieważ rozładowuje napięcia i niwelują lęk, a także integrują grupę. Uczestnik zajęć sportowych przygotowuje się do akceptowania określonych reguł i zasad, w ten sposób uczy się pokory i szacunku dla drugiego człowieka. Zasadniczym celem w procesie resocjalizacji nieletnich jest odbudowa i utrwalanie zaufania do społeczeństwa poprzez wzbudzenie zaufania do środowiska w którym się znaleźli i umożliwianie w ten sposób pozytywnych z nim kontaktów. Program działań resocjalizacyjnych środkami kultury fizycznej i sportu powinien stwarzać sytuacje powodujące radość, formować właściwe nawyki, uczyć współdziałania i podejmowania właściwych decyzji. Skuteczność form pracy resocjalizacyjnej potwierdzić można dopiero po ich końcowych efektach. Wychowankowie muszą się przekonać, że ważna jest nie tylko obserwacja i kontrola swojego otoczenia, ale i samego siebie. Umiejętność samoobserwacji i samokontroli jest koniecznym elementem współżycia z innymi ludźmi, warunkiem obiektywizmu w myśleniu, działaniu i postawie moralnej.

Dla określenia jakości zdrowia pozytywnego sięgamy zwykle do mierzenia kondycji fizycznej, której przejawem u dzieci i młodzieży jest przebieg procesów rośnięcia i dojrzewania oraz poziom sprawności fizycznej i wydolności organizmu. Kondycja fizyczna jednostek jest świadectwem wartości biologicznej społeczeństwa. Sprawność fizyczna jest różnie rozumiana i niejednakowo definiowana. A. Barański określa ogólną sprawność fizyczną jako "aktualną możliwość wykonywania czynności ruchowych wymagających zaangażowania podstawowych cech motorycznych a więc szybkości, siły, wytrzymałości, mocy zwinności, zręczności"[1]. R. Przewęda określa ją jako "aktualną możliwość wykonania wszelkich działań motorycznych decydujących o zaradności człowieka w życiu"[11]. R. Trześniowski sprawnością fizyczną nazywa "te właściwości organizmu ludzkiego, które pozwalają

mu podejmować i rozwiązywać różnorodne zadania mchowe, wysuwane przez życie". Tak pojmowana sprawność zależy od płci i wieku, stanu zdrowia, budowy ciała, uzdolnień ruchowych, umiejętności ruchowych, sprawności aparatu ruchu, wydolności narządów i organizmów, a także siły woli, trybu życia, charakteru pracy zawodowej, motywacji działań oraz stanu psychicznego, pogody, temperatury, pory roku, dnia"[15]. K. Fidelus napisał, że: "Rozwój sprawności fizycznej jest uwarunkowany nie tylko czynnikami utrwalonymi w rozwoju filogenetycznym, ale przede wszystkim samym usprawnianiem ćwiczeń. Podwyższenie wszechstronnej sprawności fizycznej stanowi jeden z głównych celów wychowania fizycznego. Cel ten realizuje nauczyciel wychowania fizycznego, za pomocą racjonalnych metod dydaktyczno-wychowawczych. Wykonanie tych czynności wymaga świadomego stosunku nauczyciela do efektów jego pracy. Rozwój sprawności młodzieży w wieku szkolnym powinien z tych względów być badany, a wyniki badań służyć do oceny, czy stosowane metody są słuszne i właściwe "[7]. Według Ludwika Denisiuka: "Sprawność fizyczna to aktualne możliwości wykonania czynności ruchowych wymagających znacznego zaangażowania siły, szybkości, wytrzymałości, zręczności, zwinności i wszystkich innych cech motorycznych. Sprawność ta jest efektem wyćwiczenia powodującego przestrojenie regulacyjnych funkcji układu nerwowego i zmianę czynności całego organizmu. W końcowym wyniku stosowanego treningu następuje podniesienie poziomu cech motorycznych człowieka"[4].

„Organizm dziecka potrzebuje ruchu, gdyż to jest niezbędnym warunkiem jego rozwijania się i samego wzrostu” - Maria Weryho – Radziwiłłowicz.

Wczesne lata szkolne odzwierciedlają utrwalone w różnym stopniu nieprawidłowości rozwojowe w zakresie budowy, postawy ciała, zaniedbań psychomotorycznych. Sławomir Owczarek wskazuje na cztery podstawowe funkcje, jakie spełniają aktywność ruchową:

- stymulacyjną: ruch pobudza rozwój organizmu, uaktywnia układ oddechowy. Aktywność fizyczna pobudza dojrzewanie układu nerwowego. Dzięki ruchowi dziecko poznaje otaczający je świat, wzbogaca swoje doświadczenia, kształtuje pamięć i uwagę. Rozwija samodzielność dziecka. Aktywność fizyczna wpływa na rozwój charakteru i osobowości;
- adaptacyjną: aktywność ruchowa na rozwinięcie zdolność zaadaptowania się, czyli przystosowania organizmu dziecka do zmieniających się warunków

życia: klimatu, temperatury, wilgotności, ciśnienia, warunków społecznych i materialnych, pracy, nauki, trudności dnia codziennego;

- kompensacyjną: czyli wyrównawczą: aktywność fizyczna ma przywrócić niezbędną dla prawidłowego rozwoju organizmu dziecka równowagę czynników korzystnych i szkodliwych;
- korekcyjną: czyli naprawczą, musi być wykorzystana w tych przypadkach, gdy trzy wymienione wyżej funkcje wychowania fizycznego okażą się niedostateczne skuteczne, gdy działania profilaktyczne, jakie pełni kompensacja, okażą się niewystarczające[10].

Rozwój motoryczności dziecka w wieku szkolnym jest ściśle powiązany z rozwojem somatycznym, fizjologicznym, emocjonalnym, umysłowym i rozwojem społecznym. Najbardziej charakterystyczną cechą jest ogromna biologiczna potrzeba ruchu. Rozwój sprawności ruchowej dziecka szkolnego przebiega w dwóch kierunkach:

1. doskonalenie ruchów postawno – lokomocyjnych (chodu, biegu, skoków, wspinania się itp.),
2. rozwój ruchów manipulacyjnych (polegających na zdolności posługiwania się przedmiotami i narzędziami codziennego użytku).

Podsumowanie

Sport i aktywność fizyczna w aspekcie dzieci najczęściej rozumiana jest jako sposób na spędzanie wolnego czasu, „zajęcie” czymś dziecka, aby np. nie korzystało nadmiernie z tak bardzo popularny w XXI wieku smartfonów. Jest to błąd, owszem dzieci dzięki spędzaniu czasu na aktywności fizycznej unikają korzystania z smartfonów, ale zastosowanie sportu jest o wiele większe. Przede wszystkim sport i aktywność fizyczna sprawia, że dzieci mogą:

- wszechstronnie się rozwijać;
- rozładować nadmierną energię oraz napięcie emocjonalne;
- trenować zmysł równowagi psychicznej regenerując siły fizyczne, a tym samym przyczyniając się do zwiększenia wydajności pracy umysłowej;
- podnieść swoją samoocenę, a z czasem i satysfakcję z pokonywania własnej słabości;
- dotlenić się - mózg stanowi tylko 2 % wagi ciała człowieka, ale potrzebuje ok. 25 % tlenu. Świeże powietrze poprawia znacznie koncentrację;

- ruch jest lekiem na bezsenność - umiarkowane ćwiczenia mogą zlikwidować kłopoty ze snem. Poprawa snu jest efektem psychicznego i fizjologicznego odprężenia po wysiłku. Dzieci nadpobudliwe, wrażliwe oraz nocne marki będą łatwiej zasypiały i spokojniej spały, jeżeli w ciągu dnia dostarczymy im okazji do intensywnego ruchu;
- ruch polepsza nastrój - ćwiczenia fizyczne poprawiają stan układu nerwowego i wpływają na układ hormonalny. Przepędza ponure myśli, pomagają uspokoić emocje, rozładowuje napięcie i stres, ułatwia relaks. Podczas wysiłku fizycznego w mózgu powstają endorfiny zwane hormonami szczęścia;
- ruch pomaga rozwijać samodzielność, równowagę emocjonalną, hart psychiczny, odporność na stres, umiejętność psychicznej adaptacji do zmieniających się warunków, poczucie odpowiedzialności, zdyscyplinowanie i wytrwałość w pokonywaniu trudności.



Rycina 2. Zachęcanie przez rodziców do aktywności fizycznej

Źródło: <https://www.egospodarka.pl/79412,Aktywnosc-fizyczna-mlodziezy-w-Polsce,1,39,1.html> (z dnia 08.01.2023)

Jak wynika z powyższej statystyki tylko 27% rodziców lub opiekunów często zachęca swoje dzieci do sportu i aktywności fizycznej, a aż 12% nigdy. Powodem takiego rozłożenia procentowego może być niewiedza rodziców w jaki sposób mają

zachęcać swoje pociechy do aktywności fizycznej. Przede wszystkim rodzic powinien zacząć stosować chociaż część tych złotych zasad:

- bądź dla dziecka przykładem;
- sama /sam podejmuj aktywność fizyczną;
- planuj i organizuj aktywność ruchową wspólnie z dzieckiem;
- stwórz dziecku warunki do podejmowania aktywności fizycznej;
- pozwól dziecku na samodzielny wybór rodzaju aktywności;
- rozmawiaj, dowiedz się dlaczego dziecko lubi bądź nie lubi uprawiać sportu;
- chwal za podejmowanie aktywności ruchowej;
- doceniaj wysiłek dziecka, motywuj go do podejmowania dalszych aktywności ruchowych;
- nigdy nie zmuszaj dziecka do aktywności fizycznej, natomiast warto znaleźć wśród rówieśników dziecko z takimi samymi możliwościami ruchowymi i w trakcie wspólnych zabaw (ćwiczeń) chwalić za podejmowane próby.

Ważne jest by przede wszystkim dorośli dawali dzieciom dobry i właściwy przykład dbania o swoje ciało i zdrowie oraz sprawność fizyczną i psychiczną. Uczmy je prawidłowych nawyków i wzorców ruchowych. Człowiek w pełni wartościowy, wszechstronnie ukształtowany, czynny wobec środowiska, powinien odznaczać się przede wszystkim wysokim poziomem sprawności fizycznej. Świadczy to o jego przystosowaniu do warunków życia, wyrażającym się głównie w zaradności motorycznej. Omawiana sprawność stanowi więc świadectwo stanu fizycznego całego organizmu, wydolności niemal wszystkich jego układów i aparatów, a ocenia się ją najczęściej pomiarem cech motorycznych.

Piśmiennictwo

1. Barański A., *Testy w wychowaniu fizycznym i sporcie. Zarys metodyczny*, AWF Wrocław 1979 r.
2. Czachowski J., *Sport szansą społecznego rozwoju człowieka* [w:] Zeszyt naukowy, Społeczeństwo i ekonomia, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, 2014.
3. Czapów C., Jedlewski S., *Pedagogika resocjalizacyjna*, Warszawa. 1971.
4. Denisiuk L., Milcerowa H., *Rozwój sprawności motorycznej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*, PZWS Warszawa 1969 r.
5. Dukaczewski E.J., *Rys historyczny rozwoju opieki nad dzieckiem społecznie niedostosowanym (przestępczym) w Polsce do wybuchu II wojny światowej*, [w:] Resocjalizacja nieletnich. Doświadczenia i koncepcje, red. K. Pospiszył, Warszawa 1990.
6. Dz.U. z 1919 r. nr 14, poz. 171.
7. Fidelus K., *Elementy teorii i historii wychowania fizycznego*, PZWS Warszawa 1969 r.
8. Kalinowski M., Pełka J., *Zarys dziejów resocjalizacji nieletnich*, Warszawa 2003.
9. Montaigne M., *Próby*, Ventigo Media 1580.
10. Owczarek S., *Gimnastyka przedszkolaka*, WSiP, Warszawa 2001.
11. Przewęda R., *Rozwój somatyczny i motoryczny*, PSWS Warszawa 1973r.
12. RaA D., *Rys historyczny penitencjarystyki i resocjalizacji polskiej*, [w:] Teoria i praktyka resocjalizacyjna wobec współczesnych zachowań dewiacyjnych w Polsce i Republice Czeskiej, red. Szecówka A., Koukola B., Kwiatkowski P., Wrocław 2008.
13. Strelau J., Jurgowski A., Putkiewicz Z., *Podstawy psychologii dla nauczycieli*, Warszawa 1981.
14. Szejnberg A., *Podstawy komunikacji społecznej w edukacji*, wyd. 2, Wrocław 2001.
15. Trześniowski R., *Rozwój fizyczny i sprawność fizyczna młodzieży polskiej*, Nasza Księgarnia. Warszawa 1961.
16. Winiarski R., *Psychospołeczne aspekty reakcji ruchowej*, [w:] Sport dla wszystkich, cz. II, Piotrowska H., (red.), Warszawa: ZW-P Arjada, 1995
17. Zieliński J., *Wybrane aspekty wychowania do aktywności fizycznej*, AMELIA, Rzeszów 2013.

SERDECZNIE POLECAMY / МИ ВІД ЩИРОГО СЕРЦЯ РЕКОМЕНДУЄМО ЦЕ / WE RECOMMEND

Dariusz W. Skalski (Даріуш В. Скальські), Marek Graczyk (Марек Грачик),
Oleh Rybak (Олег Рибак), Bogdan Kindzer (Богдан Кіндзер)

1. Ośrodek rekreacyjny „Opaka” (База відпочинку “Опака”)

Ośrodek rekreacyjny „Opaka” jak najlepiej realizuje połączenie człowieka z naturą. Jest tu wspaniałe jezioro do wędkowania, kompleks restauracyjny z kuchnią narodową na 200 osób, łączący:

- kawiarnię-kolibę, sale bankietową, salę taneczną - kolibę, ponad 20 pawilonów harmonijnie wpisanych w karpacką scenerię kompleksu rekreacyjnego;
- źródła wód mineralnych, takich jak „Naftusya” i „Żelizista”;
- letni basen z górską wodą mineralną;
- stodoła (odpoczynek na sianie);
- tubing (jazda na nadmuchiwanym oponach) całorocznie i więcej.

Ukraina, Obwód lwowski, powiat Drohobycz, str. Opaka • tel: +38 (067) 278 72 30

База відпочинку “Опака” кращим чином втілила зв'язок людини з природою. Тут є чудове озеро для риболовлі, ресторанный комплекс з національною кухнею на 200 осіб, що об'єднує:

- кафе - колибу, бенкетний зал, танцювальний зал-колибу, понад 20 альтанок гармонійно вписаних в карпатський ландшафт відпочинкового комплексу;
- джерела мінеральних вод типу “Нафтуса” та “Залізіста”;
- літній купальний басейн з гірською мінеральною водою;
- сіновал;
- всесезонну трасу катання на тубах та інше.

Львівська область, Дрогобицький район, с. Опака • тел.: +38 (067) 278 72 30

www.opaka.com.ua

www.opaka.com.ua

ВІДПОЧИНКОВО - ОЗДОРОВЧИЙ
КОМПЛЕКС



“ОПАКА”

тел.: 067 278 72 30



РИБОЛОВЛЯ
(ФОРЕЛЬ, ОСЕТР)



КОЛИБА
(КАРПАТСЬКА КУХНЯ)



ТЮБІНГ



ДЖЕРЕЛА
МІНЕРАЛЬНИХ ВОД



Приймаємо замовлення на
копчену форель та осетр

тел.: 067 278 72 30



2. Polska Gmina Kartuzy w powiecie kartuskim i województwie pomorskim



Gmina Kartuzy pełna atrakcji



Gmina Kartuzy jest jednym z najurokliwszych miejsc województwa pomorskiego. Z racji swego centralnego położenia na Kaszubach oraz działań służących promocji kaszubskiej kultury, Kartuzy nazywane są ich stolicą. Najcenniejszym zabytkiem miasta jest Zespół Poklasztorny Zakonu Kartuzów z XIV w. ze świątynią z dachem w kształcie wieka trumny. Odwiedzając nas warto również zajrzeć do Muzeum Kaszubskiego, ale teren Gminy Kartuzy to przede wszystkim wspaniała okazja do uprawiania wędrówek pieszych i rowerowych. Czekają na Państwa szlaki piesze PTTK, trasy rowerowe oraz trasy nordic walking. W samym mieście mamy aż cztery jeziora, które obecnie poddawane są



Mieczysław Grzegorz Gofuński
- Burmistrz Kartuz

rekultywacji w ramach największego w Polsce projektu środowiskowego. W okresie wakacyjnym zapraszamy na kąpielisko nad J. Białym z najbardziej przejrzystą wodą na Pomorzu. A podróżując samochodem zapraszamy na przejażdżkę „Drogą Kaszubską” z Garcza na Złotą Górę, skąd rozciąga się przepiękna panorama na jezioro: Brodno Wielkie oraz na Wzgórza Szymbarskie z kaszubskim Olimpem – Wieżycą. W 2010r. powstało na Złotej Górze Centrum Sportów Wodnych i Promocji Regionu. Na zboczu wzniesienia wybudowano amfiteatr i przystań jachtową z wypożyczalnią sprzętu wodnego. Tutaj odbywa się nasza największa plenerowa impreza kulturalna – Truskawkobranie czyli truskawkowe dożynki.

Zapraszamy do Stolicy Kaszub!

Więcej informacji o ciekawych miejscach w naszej gminie można uzyskać w Centrum Informacji Turystycznej

83-300 Kartuzy, ul. Klasztorna 1
e-mail: kartuzy@kaszubskipienscien.pl
tel. 586 840 201

Kartuskie Centrum Kultury w Kartuzach



Kartuszy ul.Klasztorna 1, tel. 58 681 29 39, 797597774
www.kartuskiecentrum.kultury.pl, email: biuro@centrum.kultury.pl



Największe imprezy plenerowe:



TRUSKAWKOBRAŃIE, JARMARK KASZUSBKI, DOŻYŃKI, KINO LETNIE

KABARETY KONCERTY KONKURSY WYSTĘPY ARTYSTYCZNE

Działamy artystycznie, muzycznie, wokalnie, teatralnie, tanecznie, ze wszystkimi dla których kultura ma dużą wartość.

Może z nami zaczniesz wielką przygodę swojego życia ...

Centrum Sportów Wodnych i Promocji Regionu na Złotej Górze



Żeglarska 4, 83-324 Brodnica Górna,
tel. 517 536 807 zlotagora-kartuzy.pl
email: biuro@centrum.kultury.pl



wypożyczalnia
sprzętu
wodnego



- * Imprezy kulturalne
- * Truskawkobranie
- * Eventy dla firm

- * Imprezy sportowe
- * Regaty, Triathlon
- * MTB, Bieg o Złotą Górę

Szkolenia: żeglarza jachtowego, sup
Szkółka żeglarska "lamelka kartuzy"
Zielone szkoły- oferty integracji społecznej

Uczniowski Klub Żeglarski Lamelka Kartuzy

Sporty wodne CSWiPR



Facebook: www.lamelka

Tel. 509 980 780



Oferuje zajęcia z zakresu upowszechniania sportów wodnych i bezpieczeństwa nad wodą

Szkółka żeglarska klasy

- * CADET (DO LAT 17)
- * OPTYMIST (DO LAT 12)

Szkolenia:

- * Patenty żeglarskie
- * Motorowodne

- * Półkolonie żeglarskie
- * Edukacja Morska
- * Zielono-błękitne szkoły

- * Kajaki , Desk SUP
- * Łodzie żaglowe
- * Organizacja Regat



**STAROPOLSKA
AKADEMIA NAUK
STOSOWANYCH**
W KIELCACH

ISBN 978-83-63981-60-0

WWW.STANS.EDU.PL