

Anna Gawel

ŚRODOWISKO PSYCHOSPOŁECZNE SZKOŁY W KONTEKŚCIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Obserwowana w ostatnich latach dynamika globalnych przeobrażeń w sferze polityki, gospodarki, rynku pracy, kultury, mediów, rodziny, przepływu informacji, w powiązaniu z zachodzącymi w naszym kraju przemianami towarzyszącymi procesowi transformacji, rodzą szereg zjawisk o niebagatelnym znaczeniu dla codziennej egzystencji współczesnych Polaków, możliwości samorealizacji oraz prowadzenia twórczego i satysfakcjonującego życia. Mają one z jednej strony niewątpliwie charakter pozytywny, z drugiej jednak wyzwalają konieczność uruchamiania specyficznych mechanizmów adaptacyjnych w obliczu nowych wymagań codziennego życia, a nade wszystko generują wiele zagrożeń, zwłaszcza dla dzieci i młodzieży. Do zagrożeń tych zaliczyć należy przede wszystkim: upowszechnianie się rozmaitych patologii życia społecznego, lansowanie wzorów kultury konsumpcji, wszechobecność przemocy w mediach (emitowanej nie tylko w obrazach wirtualnego, ale też realnego – zwłaszcza politycznego – świata), kryzys autorytetów, wzrost podaży substancji psychoaktywnych, zawłaszczanie przez mass media wolnego czasu i in. W pełni uzasadnione wydaje się zatem poszukiwanie edukacyjnych możliwości w zakresie przygotowania młodego człowieka – doświadczającego przejawów globalnej zmiany społecznej – do pokonywania trudności w rozwiązywaniu zadań rozwojowych.

Jedną z takich możliwości wydaje się oparcie relacji edukacyjnych na dialogu. Słuszność tej idei uzasadnić można nie tylko analizując niepomyślne dla rozwoju dzieci i młodzieży skutki modernizacji społecznej, ale także nawiązując do wskazanego w raporcie J. Delors'a filaru edukacji XXI wieku, jakim jest uczenie się, aby „żyć wspólnie”¹. Realizacja przez szkołę tej idei wiąże się jednakże z koniecznością uznania przez nauczycieli tezy, że podstawowym warunkiem dialogu edukacyjnego

¹ J. Delors, *Edukacja – jest w niej ukryty skarb. Raport dla UNESCO Międzynarodowej Komisji do spraw Edukacji dla XXI wieku*, przeł. W. Rabczuk, Warszawa 1998.

jest budowanie zaufania w relacjach interpersonalnych z uczniami. To z pozoru proste stwierdzenie rodzi wiele pytań – o poziom tego zaufania, wielkość udzielanego uczniom kredytu zaufania, wzajemność zaufania, „odnawialność” utraconego zaufania itp. W poszukiwaniu odpowiedzi na każde z nich nieuchronnie dotykamy problemu podejmowania przez nauczyciela ryzyka wychowawczego.

Prezentowane tu refleksje mieszczą się w nurcie pedagogiki zdrowia, a zasadność takiego ich ukierunkowania wynika z kilku przesłanek.

Po pierwsze, ludzkie zdrowie – zgodnie z powszechnie dziś obowiązującym ujęciem holistycznym – stanowi system powiązanych ze sobą funkcjonalnie wymiarów: fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego, pozostając zarazem w zasięgu skomplikowanej sieci systemowych zależności z różnorodnymi elementami fizycznego i psychospołecznego środowiska egzystowania człowieka. Jak zauważa H. Sęk, czynniki zdrowia tkwią w „[...] biosferze, kulturze, polityce, ekonomii, w złożonych środowiskach życia i działania człowieka: w rodzinie, szkole, pracy, ale także w samym człowieku, w jego ciele, psychice i cechach duchowych”².

Po drugie, stan zdrowia jest zmienny, a o jego poziomie decyduje w znacznym stopniu styl życia człowieka wyrażający się podejmowanymi przez niego zachowaniami zdrowotnymi. Charakterystyczny dla każdej jednostki obraz tych zachowań kształtowany jest od najmłodszych lat życia, w czym mają swój niewątpliwy udział oddziaływania wychowawcze oraz cechy środowiska psychospołecznego rodziny, instytucji wychowawczych (przedszkola, szkoły) i grup rówieśniczych.

Po trzecie, zdrowie opisać można jako proces poszukiwania stale zakłócanego przez różnorodne stresory równowagi, którego efekt jest różnicowany poziomem posiadanego potencjału zdrowotnego. Potencjał ten obejmuje nie tylko wyposażenie biologiczne człowieka, ale także jego zasoby psychologiczne, społeczne i ekologiczne. Pojęcie potencjału zdrowotnego zajmuje centralną pozycję w koncepcji salutogenezy A. Antonovsky’ego, który zwraca uwagę na znaczenie umiejętności wykorzystywania zasobów odpornościowych w budowaniu zdrowia. Są one, zdaniem tegoż autora, pochodną stopnia rozwoju poczucia koherencji, będącego układem złożonych dyspozycji psychologicznych ukierunkowujących emocjonalno-poznawczy sposób odbierania przez człowieka otaczającej go rzeczywistości³. Należy przy tym wyraźnie podkreślić, że poczucie koherencji kształtowane jest przede wszystkim w okresie dzieciństwa i młodości w toku socjalizacji i oddziaływań edukacyjnych. Ważną determinantą formowania się u młodych ludzi poczucia koherencji jest kontekst społeczno-kulturowy, toteż warto poddawać pedagogicznej refleksji znaczenie środowiska szkolnego dla przebiegu tego procesu.

Najważniejszym uzasadnieniem zastosowanego tu odniesienia kwestii relacji wychowawczych do edukacji zdrowotnej jest przede wszystkim fakt, iż w przypadku sfery zdrowotnej wychowania człowieka konsekwencje cech tych relacji mają zasadnicze znaczenie dla skuteczności procesu edukacyjnego. We współczesnych mode-

² H. Sęk, *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*, [w:] *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek, Katowice 1997, s. 50.

³ A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, przeł. H. Grzegołowska-Klarkowska, Warszawa 1995, s. 34 i nast.

lach edukacji zdrowotnej podkreśla się, że oparcie komunikacji między uczestnikami procesu edukacyjnego na współpracy, empatii i wzajemnym zaufaniu, jest warunkiem niezbędnym do skłonienia osoby edukowanej do samorefleksji i zredefiniowania swojej postawy wobec zdrowia⁴.

Z przedstawionych założeń wynika jednoznacznie, że zdrowie może być pozytywnie w procesie edukacyjnym. Należy jednakże odpowiedzieć na pytanie: w imię czego szkoła ma podejmować wyzwanie kreowania u uczniów potencjału zdrowotnego? Odpowiedź na nie zawrzeć można w następujących twierdzeniach:

1. Zdrowie to nie tylko brak choroby, jest ono wielowymiarowym – fizycznym, psychospołecznym i duchowym – dobrostanem (*well-being*)⁵. Dysponowanie tym dobrostanem uznać można za istotny warunek efektywnego rozwiązywania przez dzieci i młodzież zadań rozwojowych.

2. Jednym z zadań szkoły jest przygotowanie młodego człowieka do podejmowania wyzwań dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości, co wymaga dysponowania określonymi zasobami psychicznymi, które poddają się wychowawczemu kształtowaniu.

3. Pojęcie zdrowia pozytywnego (*positive health*) wiąże się z postrzeganiem przez człowieka jakości życia. Osiąganie wysokiego jej poziomu skorelowane jest z posiadaniem potencjałem zdrowia oraz umiejętnością jego wykorzystania.

Edukacja rozumiana jako „[...] ogół warunków, procesów i czynności sprzyjających optymalnemu i adekwatnemu rozwojowi jednostki”⁶ nie może zatem traktować sfery zdrowotnej w kategoriach „niszy wychowania”, ale winna uznać edukację zdrowotną za jedno ze swoich priorytetowych zadań.

Przyjęcie tezy, iż kształtowanie zdrowotnego wymiaru osobowości młodych ludzi stanowi aktualne wyzwanie dla edukacji, oznacza uznanie za powinność szkoły stwarzanie przez nią środowiska wspierającego zdrowie uczniów.

Szkoła jako źródło zasobów dla zdrowia uczniów

Oferowane przez szkołę środowiskowe zasoby dla zdrowia tkwią, m.in., w jej środowisku psychospołecznym, na którego określenie w literaturze pedagogicznej stosowane są także terminy „klimat szkoły” czy „kultura szkoły”. Odwołanie się do koncepcji „pól zdrowia” M. Lalonde’a pozwala przyjąć, że środowisko psychospołeczne szkoły stanowi istotną determinantę zdrowia i samopoczucia uczniów, co zresztą potwierdzają prowadzone w ostatnich latach badania empiryczne⁷.

⁴ Por.: Z. Słońska, *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*, [w:] *Promocja zdrowia*, red. J. B. Kariski, Warszawa 1999, s. 314-317.

⁵ Sformułowana w 1948 roku przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia definicja głosi, że zdrowie to „[...] stan pozytywny (dobrostan – *well-being*) samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub ułomności” (*Promocja zdrowia*, red. J. B. Kariski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski, Warszawa 1994, s. 17).

⁶ Z. Kwieciński, *Edukacja wobec nadziei i zagrożeń współczesności*, [w:] *Pedagogika i edukacja wobec nadziei i zagrożeń współczesności. Materiały z III Ogólnopolskiego Zjazdu Pedagogicznego*, red. J. Gnitecki, J. Rutkowiak, Warszawa-Poznań 1999, s. 19.

⁷ Por.: *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce. Raport z badań*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2003; *Postrzeżanie środowiska psychospo-*

W obrębie środowiska psychospołecznego szkoły wyróżnić można kilka wymiarów, wśród których znaczącą pozycję zajmuje wymiar społeczny. Analiza dostępnej literatury oraz wyników prowadzonych w tym obszarze badań pozwalają na dokonanie jego operacjonalizacji do czterech zasadniczych elementów, jakimi są: postrzeganie przez uczniów wsparcia ze strony nauczycieli, które stanowi pochodną relacji nauczyciel – uczeń; postrzeganie przez uczniów wsparcia ze strony ich szkolnych kolegów; uczniowskie poczucie wpływu na życie szkoły oraz poczucie współdecydowania o sposobie własnego uczenia się. Wydaje się, że związek wymienionych aspektów klimatu szkoły ze zdrowiem uczniów wyraża się przede wszystkim w zaspokajaniu ich potrzeb psychicznych, udziałem w kształtowaniu u nich umiejętności życiowych oraz niektórych elementów świadomości zdrowotnej.

Zależność między społecznym wymiarem klimatu szkoły a zaspokajaniem potrzeb dzieci i młodzieży wykazać można niewątpliwie w odniesieniu do potrzeby bezpieczeństwa psychicznego, przynależności i kontaktu emocjonalnego, szacunku i akceptacji, sukcesu oraz autonomii, którą traktować należy w charakterze wymagającej realizacji potrzeby rozwojowej uczniów. Oczywiście w związku z tym okazuje się znaczenie jakości relacji interpersonalnych w wymiarze nauczyciel – uczeń. Obiecująca poznawczo wydaje się w tym miejscu analiza tych relacji w aspekcie wpływu wielkości udzielanego uczniom przez nauczycieli kredytu zaufania na stopień zaspokojenia wymienionych potrzeb, co wymaga jednakże przeprowadzenia stosownych badań.

Równie istotny jest udział środowiska psychospołecznego szkoły w kształtowaniu u uczniów umiejętności życiowych czy też inaczej mówiąc, kompetencji psychospołecznych, które z jednej strony pełnią niezwykle ważną funkcję rozwojową, z drugiej zaś – ich posiadanie sprzyja osiąganiu dobrego samopoczucia, zwłaszcza w sferze psychospołecznej. Rozważany wymiar klimatu szkoły odnieść można bardzo wyraźnie do formowania się u dzieci i młodzieży umiejętności komunikowania się oraz dokonywania samooceny. Jak wiadomo, sposób komunikowania służy nie tylko przekazywaniu określonych treści i informacji, ale wyraża również pośrednio rodzaj łączącej nas z innymi więzi, obejmuje nie tylko wypowiedzianie słów, lecz także różnorodne formy kontaktu niewerbalnego. Na umiejętność komunikowania się składają się m.in.: asertywność, empatia, prowadzenie i podtrzymywanie rozmowy, wzmacnianie werbalne (np. aprobata, ośmielenie, wyrazy sympatii) i niewerbalne (np. uśmiech, ton głosu), autoprezentacja i in. Kompetencje te rzadko mają charakter wrodzony i spontaniczny, toteż ich posiadanie wymaga zwykle długotrwałego procesu formowania, w którym znaczącą rolę odgrywa środowisko szkolne. Jest ono niewątpliwie miejscem nabywania tychże umiejętności na zasadzie modelowania, w którym nauczyciele pełnią, świadomie bądź nieświadomie, rolę osób znaczących. Inną ważną umiejętnością formowaną u uczniów w powiązaniu z atmosferą szkoły jest zdolność dokonywania adekwatnej samooceny, która, jak wiadomo, stanowi jeden z ważniejszych czynników decydujących o radzeniu sobie z wymogami i wyzwaniem codziennego życia. Na szczególne znaczenie tej kompetencji dla prawidłowego rozwoju dziecka i jego osiągnięć szkolnych wskazuje na podstawie badań własnych B. Pilecka. Autorka zauważa, że negatywna koncepcja siebie prowadzi nieuchronnie

do zaniechania pełni rozwoju i zmarnowania potencjalnych możliwości człowieka, a niejednokrotnie może stać się przyczyną depresji, niepokoju czy też rozwoju tendencji autodestrukcyjnych⁸. Warto zatem zastanowić się, w jakim stopniu uprawiane przez nauczycieli style wychowania i stosowane przez nich „strategie przetrwania” wpływają na formowanie się u uczniów adekwatnej samooceny, a tym samym stanowią czynniki wspierające ich zdrowie i rozwój.

Wydaje się, że słabo jak dotąd dostrzegany jest związek środowiska psychospołecznego szkoły z formowaniem się u uczniów świadomości zdrowotnej, rozumianej jako system obejmujący specyficzny, związany ze zdrowiem, obszar wiedzy powiązany z zespołem określonych przekonań i dyspozycji osobowościowych. Waga tego zagadnienia wiąże się z potwierdzonym licznymi badaniami empirycznymi faktem, iż pewne elementy świadomości zdrowotnej okazują się mieć istotny udział w warunkowaniu behawioralnej aktywności zdrowotnej człowieka, która – jak już dziś powszechnie wiadomo – stanowi najistotniejszą determinantę ludzkiego zdrowia. Do grupy przekonań zdrowotnych zalicza się, m.in.: przekonania o istocie i uwarunkowaniach zdrowia, przekonania normatywne, przekonania o wartości zdrowia, oczekiwania dotyczące wyniku działania zdrowotnego, przekonania dotyczące samoskuteczności w zakresie działań zdrowotnych, jak również przekonania o stopniu kontroli nad własnym zdrowiem. Wśród dyspozycji osobowościowych, co do których wykazano związek z aktywnością zdrowotną, wyróżnia się natomiast: poczucie koherencji, uogólnione poczucie własnej skuteczności, poziom optymizmu czy też charakterystyczny dla jednostki styl radzenia sobie ze stresem.

Jak wiadomo, poprawność metodologiczna w zakresie wyznaczania kierunków oddziaływań wychowawczych nakazuje przeprowadzenie rzetelnej diagnozy pedagogicznej. Poszukiwanie wskazań dla praktyki edukacyjnej w odniesieniu do kształtowania przez szkołę takiego obrazu jej środowiska psychospołecznego, który będzie sprzyjał osiągnięciu przez uczniów fizycznego i psychospołecznego dobrostanu, wymaga zatem określenia poziomu ich potencjału zdrowotnego. Zasadne wydaje się więc z jednej strony analizowanie sposobu postrzegania przez uczniów środowiska psychospołecznego szkoły, z drugiej zaś – diagnozowanie ich potrzeb psychicznych i poziomu kompetencji psychospołecznych, jakimi dysponują, oraz określanie stopnia ukształtowania poszczególnych elementów świadomości zdrowotnej.

Diagnoza poziomu poczucia samoskuteczności uczniów jako ich osobistego zasobu zdrowotnego. Badania własne

Zgodnie z teorią społeczno-poznawczą A. Bandury⁹, wyjaśnianie psychologicznych mechanizmów zachowania człowieka powinno uwzględniać przekonania odzwierciedlające spostrzegane konsekwencje własnych zachowań oraz oczekiwania własnej skuteczności. Przyjmuje się, że poczucie osobistej kompetencji jest jednym

⁸ B. Pilecka, *Koncepcja własnej osobowości a wyniki w nauce*, [w:] *Psychologia wychowawcza stosowana. Wybrane zagadnienia*, red. Z. Gaś, Lublin 1995, s. 53-54.

⁹ A. Bandura, *Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, „Psychological Review” 1977, nr 84, s. 191-215.

z zasadniczych elementów procesów poznawczych zaangażowanych w kształtowanie się intencji do podjęcia określonego zachowania, powstrzymania się od niego bądź jego modyfikacji. Uogólnione poczucie własnej skuteczności (*general self-efficacy*) jest zwykle traktowane jako dyspozycja odzwierciedlająca osobiste zasoby jednostki pomocne jej w radzeniu sobie w różnych dziedzinach życiowej aktywności¹⁰. Odniesienie jej do zachowań związanych ze zdrowiem pozwala zatem na operowanie pojęciem oczekiwania własnej skuteczności w sferze zachowań zdrowotnych.

Znaczenie skuteczności własnej w aktywności zdrowotnej człowieka potwierdzają liczne badania empiryczne wykazujące, że wysoki jej poziom sprzyja podejmowaniu zachowań prozdrowotnych i ich kontynuowaniu, jak również jest ważnym zasobem w radzeniu sobie ze stresem¹¹. Waga tego przekonania podkreślana jest w wielu teoretycznych modelach zachowań zdrowotnych wypracowanych na gruncie psychologii zdrowia¹². Można zatem przyjąć, że poziom skuteczności własnej u dzieci i młodzieży stanowi jedną z determinant ich zdrowotnej aktywności.

Proces formowania się poczucia samoskuteczności związany jest nieodłącznie z przebiegiem socjalizacji i intencjonalnymi oddziaływaniami podstawowych środowisk wychowawczych. Ważna rola w tym względzie przypada szkole, która oferuje młodym ludziom określone możliwości doświadczania efektów podejmowanych przez nich samodzielnie działań. Szczególne znaczenie dla rozwoju poczucia skuteczności własnej u uczniów będzie miała niewątpliwie możliwość ich aktywnego uczestniczenia w życiu społeczności szkolnej poprzez różne formy samorządności, jak również współdecydowania o sposobach własnego uczenia się. Należy zauważyć, że w obydwu przypadkach uzależnione to będzie od postawy nauczyciela wobec wymienionych form aktywności ucznia, pozostającej w dość ścisłym związku z wielkością zaufania, jakim zechce obdarzyć swoich wychowanków i, co za tym idzie, z ich wewnętrznym przyzwoleniem na popełnianie przez nich błędów. W kształtowaniu się tej dyspozycji u uczniów znaczący wydaje się więc udział środowiska psychospołecznego szkoły.

Cel badań:

Celem badań było określenie stopnia poczucia skuteczności własnej uczniów, traktowanego jako predyktor ich zachowań zdrowotnych, a zarazem składnik osobistych zasobów zdrowotnych.

Materiał i metoda:

Poczucie skuteczności własnej badano przy użyciu Skali Kompetencji Osobistej (KompOs) autorstwa Z. Juczyńskiego. Skala jest przeznaczona do badania dzieci i młodzieży. Mierzy uogólnione poczucie własnej skuteczności oraz dwa, wyróżnio-

¹⁰ Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru w psychologii i promocji zdrowia*, Warszawa 2001, s. 73, 77.

¹¹ Por. R. Schwarzer, *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejście teoretyczne i nowy model*, [w:] *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejeodek, H. Sęk, Warszawa 1997.

¹² Poczucie skuteczności własnej traktowane jest jako istotny predyktor intencjonalnych zachowań zdrowotnych, m.in. w Procesualnym Modelu Działań Zdrowotnych (Health Action Process Approach, HAPA) autorstwa R. Schwarzera (1997) oraz kompetencyjnym modelu zmiany zachowań zdrowotnych Z. Juczyńskiego (2001).

nie w jego obrębie, elementy: przekonania dotyczące dysponowania siłą konieczną do zainicjowania działania oraz przekonania związane z wytrwałością niezbędną do kontynuowania działania. Skala składa się z dwóch podskali, a zatem zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do dwóch zestawów stwierdzeń:

- zestaw pierwszy zawiera stwierdzenia dotyczące deklarowanego przez badanych sposobu reagowania na kłopotliwe sytuacje, który odzwierciedla poczucie siły do samodzielnego radzenia sobie;
- zestaw drugi obejmuje stwierdzenia opisujące sposoby reagowania w takich sytuacjach działaniowych, dla których warunkiem uzyskania planowanego efektu jest wytrwałość i konsekwencja w realizowaniu określonych zadań.

Badany określa swój stopień aprobaty treści poszczególnych stwierdzeń na czterostopniowej skali. Wynik ogólny skali podlega przeliczeniu na jednostki standaryzowane w skali stenowej. Ze względu na brak ujawniania statystycznie istotnego zróżnicowania ze względu na wiek i płeć, wskazane przez autora normy stenowe stanowią punkt odniesienia przy interpretacji wyników zarówno dziewcząt, jak i chłopców w wieku 11-17 lat. Wyniki w granicach 1-4 stena traktuje się jako niskie, mieszczące się w obrębie 5 i 6 stena jako przeciętne, zaś odpowiadające obszarowi zawartemu między 7 a 10 stenem jako wysokie. Interpretacja wyników uzyskanych w podskalach siły i wytrwałości wymaga natomiast odwołania się do średnich wyników próby normalizacyjnej¹³.

Badania przeprowadzono w 2005 roku na grupie 93 osób w wieku 14-17 lat, uczniów gimnazjum i liceum ogólnokształcącego¹⁴. Środowiskiem badanych 14-latków była wieś, natomiast 17-latkowie mieszkali w małym mieście. Dziewczeta stanowiły 58 proc., zaś chłopcy 42 proc. ogółu badanych. Strukturę badanej grupy ilustruje tabela 1.

Tabela 1. Struktura badanej grupy ze względu na wiek i płeć

Płeć	Wiek				Razem	
	14 lat		17 lat			
	n	%	n	%	n	%
Dziewczeta	31	49,0	23	77,0	54	58,0
Chłopcy	32	51,0	7	23,0	39	42,0
Ogółem	63	100,0	30	100,0	93	100,0

Źródło: badania własne.

Wyniki:

Uzyskane wyniki wskazują na dominację przeciętnego poziomu uogólnionego poczucia skuteczności własnej u uczniów – stwierdza się go u połowy badanych. Niemal

¹³ Z. Juczyński, *op. cit.*, s. 99-104.

¹⁴ Badania przeprowadziły studentki – Anna Gryźniak, Magdalena Makowska oraz Elżbieta Kras – przygotowujące pod moim kierunkiem prace dyplomowe podejmujące problematykę podmiotowych uwarunkowań aktywności zdrowotnej dzieci i młodzieży.

co trzeci badany (29,1 proc.) dysponuje wysokim poczuciem samoskuteczności, a jedynie co piąty niskim (20,4 proc.). Można zatem stwierdzić, że badanych uczniów cechują dość silne przekonania o posiadaniu wystarczających kompetencji do podejmowania intencjonalnych działań (tabela 2).

Tabela 2. Uogólniony poziom poczucia skuteczności własnej badanej młodzieży w odniesieniu do standaryzowanej skali stenowej

Poziom samoskuteczności	Liczba uczniów	
	n	%
Niski (1 – 4 sten)	19	20,4
Przeciętny (5 – 6 sten)	47	50,5
Wysoki (7 – 10 sten)	27	29,1
Ogółem	93	100,0

Źródło: badania własne.

Analiza stopnia wykształcenia czynnika siły i wytrwałości, wyodrębnionych w ramach uogólnionego poczucia samoskuteczności, wykazuje nieznaczną przewagę wyższych wskaźników w zakresie wytrwałości w stosunku do ujawnionych u badanych oczekiwań związanych z siłą do podjęcia działania – jedynie co czwartego ucznia cechuje niskie poczucie wytrwałości (24,8 proc.), podczas gdy w przypadku czynnika siły niskie wskaźniki cechują co trzeciego badanego (32,2 proc.). Po uwzględnieniu wieku badanych okazuje się natomiast, że zdecydowanie różnicuje on oczekiwania związane z siłą do podjęcia działania: są one zdecydowanie wyższe u starszych uczniów – wysoki wskaźnik czynnika siły stwierdzono u 66,7 proc. 17-latków i jedynie u 27 proc. 14-latków (tabela 3).

Tabela 3. Poziom poczucia skuteczności własnej badanych w zakresie czynnika siły i wytrwałości z podziałem na płeć w odniesieniu do średnich wyników próby normalizacyjnej

Poczucie skuteczności własnej	Liczba uczniów											
	Czynnik siły						Czynnik wytrwałości					
	14 lat		17 lat		Ogółem		14 lat		17 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niskie	26	41,3	4	13,3	30	32,2	15	23,8	8	26,6	23	24,8
Przeciętne	20	31,7	6	20,0	26	28,0	30	47,6	11	36,7	41	44,0
Wysokie	17	27,0	20	66,7	37	39,8	18	28,6	11	36,7	29	31,2
Razem	63	100,0	30	100,0	93	100,0	63	100,0	30	100,0	93	100,0

Źródło: badania własne.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że uczniów w wieku 14-17 lat cechują umiarkowanie silne przekonania o posiadaniu wystarczających kompetencji do podejmowania intencjonalnych działań. Okazało się przy tym, że wiek badanych silnie różnicuje stopień wykształcenia jednego z elementów uogólnionego poczucia skuteczności własnej, jakim jest czynnik siły niezbędnej do podejmowania działań. Zdecydowanie wyższy w porównaniu z odsetkiem starszych uczniów odsetek 14-latków cechujących się niskim wskaźnikiem poczucia siły do samodzielnego radzenia sobie świadczy, iż okres odpowiadający nauce w gimnazjum związany jest z dynamicznym formowaniem się tej dyspozycji osobowościowej. Zważywszy na fakt, że u znacznego odsetka uczniów inicjacja w zakresie ryzykownych dla zdrowia zachowań, takich jak palenie tytoniu, spożywanie alkoholu czy też zażywanie narkotyków, przypada na okres kształcenia gimnazjalnego, niezwykle pożądane byłoby dysponowanie przez nastolatków silnymi przekonaniem o dysponowaniu siłą do niepodejmowania tej aktywności bądź modyfikacji zachowań już uprawianych. Wydaje się więc, że kształtowanie u dzieci i młodzieży poczucia własnej skuteczności powinno być traktowane przez nauczyciela wychowawcę jako zadanie priorytetowe, zwłaszcza na tym poziomie edukacji, jak również w poprzedzającym go okresie nauki w szkole podstawowej. Warto przy tym pamiętać, że włączenie kształtowania tego przekonania do programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie i zmianę zachowań antyzdrowotnych w znaczący sposób podnosi ich efektywność.

Fizyczny i psychospołeczny komfort dziecka jest podstawowym warunkiem skutecznego rozwiązywania przez nie zadań rozwojowych. Warto zatem, by nauczyciele i wychowawcy byli świadomi faktu, iż podejmowanie przez nich działań wspierających zdrowie uczniów jest równoznaczne ze wspomaganie ich rozwoju oraz przygotowywaniem do podejmowania, teraz i w przyszłości, wyzwań dynamicznie zmieniającego się świata.