



Wychowawca

MIESIĘCZNIK NAUCZYCIELI I WYCHOWAWCÓW KATOLICKICH

Nr 2 (253) ■ Kraków ■ luty 2014 ■ cena 6 zł (VAT 5%) nakład: 6000 egz. ISSN 1230-3720



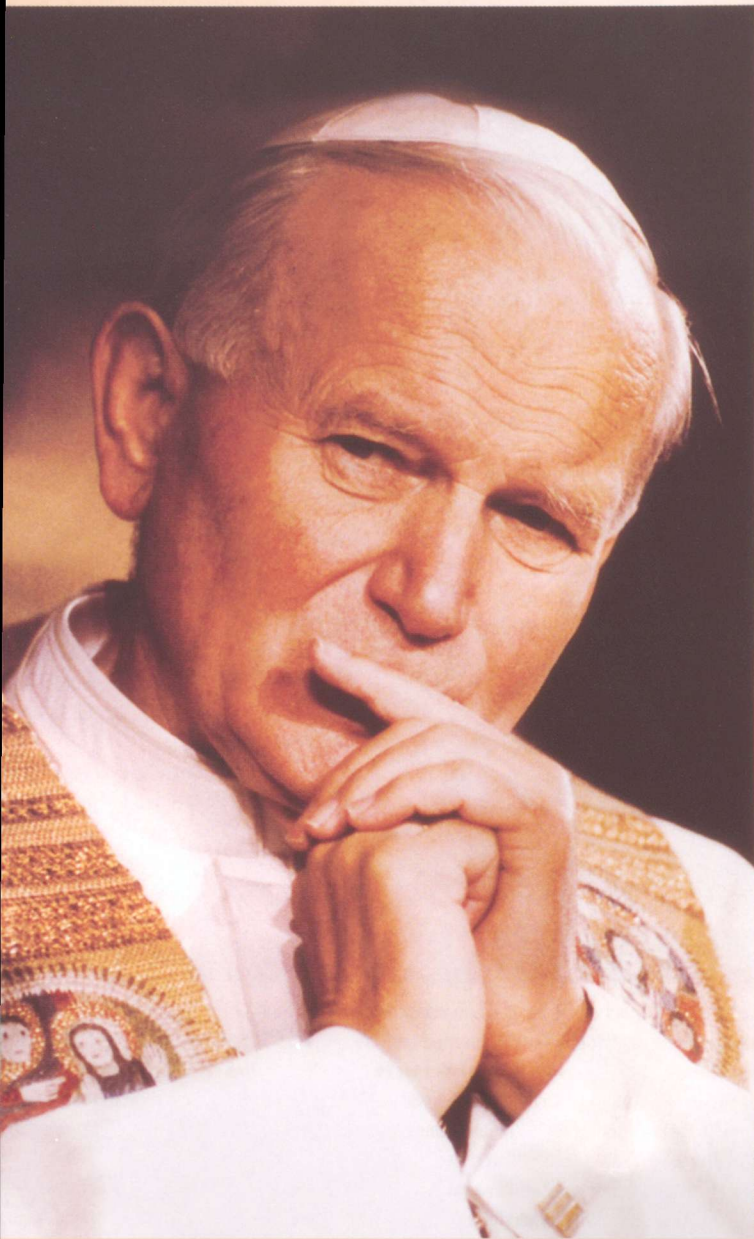
Zdrowie i bezpieczeństwo uczniów

physics

ISSN 1230-3720



9 771230 372007



Fot. Archiwum

Przed kanonizacją bł. Jana Pawła II

przypominamy Jego najważniejsze wezwania, najistotniejsze orędzie:

Trzeba się zawsze modlić!

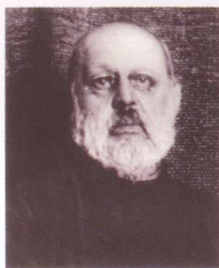
„Chcę wam powiedzieć wszystkim, a zwłaszcza młodym, nie ustawajcie w modlitwie. Trzeba się zawsze modlić, a nigdy nie ustawać (por. Łk 18, 1), powiedział Pan Jezus. Módlcie się i kształtujcie poprzez modlitwę swoje życie. *Nie samym chlebem żyje człowiek* (Mt 4, 4) i nie samą doczesnością, i nie tylko poprzez zaspokajanie doczesnych, materialnych potrzeb, ambicji, pożądań, człowiek jest człowiekiem... *Nie samym chlebem żyje człowiek, ale wszelkim słowem, które pochodzi z ust Bożych*. Jeśli mamy żyć tym słowem, słowem Bożym, trzeba *nie ustawać w modlitwie!* Może to być nawet modlitwa bez słów. Niech z tego miejsca do wszystkich, którzy mnie słuchają tutaj albo gdziekolwiek, przemówi proste i zasadnicze papieskie wezwanie do modlitwy. A jest to wezwanie najważniejsze. Najistotniejsze orędzie!”

Kalwaria Zebrzydowska, 7 VI 1979 r.

„I życzę, i modłę się o to stale, ażeby rodzina polska dawała życie, żeby była wierna świętemu prawu życia”.

Nowy Targ, 8 VI 1979 r.

Wyniesieni na ołtarze przez bł. Jana Pawła II o modlitwie:



Św. brat Albert Chmielowski (1845–1916)

„Trzeba żyć pod okiem Pana Jezusa. Wystarczy jedno spojrzenie duszy na Niego, jedno słowo, myśl jak błyskawica, a to już jest modlitwa. Zawsze się modlić. Nie prosić – to nic nie mieć”.



Św. Maksymilian Maria Kolbe (1894–1941)

„Modlitwa jest naszą najważniejszą czynnością”.

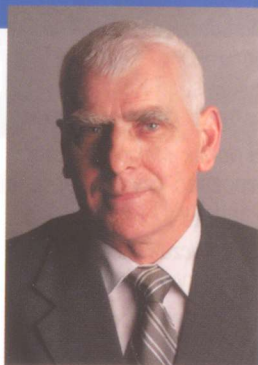
„Napoleon powiedział: by wygrać wojnę, potrzeba trzech rzeczy: pieniędzy, pieniędzy, pieniędzy. By zdobyć niebo, świętość, potrzeba też trzech rzeczy: modlitwy, modlitwy, modlitwy. Od jakości modlitwy zależy wszystko”.

Błogosławiona Teresa z Kalkuty (1910–1997)

„Bez modlitwy nie można niczego dokonać”.



Drodzy Czytelnicy



Fot. Włodzisław Pianeta

Dziecko ma wiele potrzeb, pragnień, marzeń. Potrzeby podstawowe, takie jak potrzeba pożywienia, snu, bezpieczeństwa, muszą być zaspokojone. Pragnienia, marzenia mogą być zrealizowane. Bezpieczeństwo daje pewność istnienia w danym środowisku, poczucie oparcia w drugiej osobie, motywuje do aktywności, umożliwia rozwój. Dla dziecka bezpieczeństwo to ciepło domu rodzinnego, spokój, życie starannie zorganizowane, w którym na wszystko przypada właściwy czas. To wzrastanie w takiej atmosferze, w której dziecko wie, czego od niego się oczekuje oraz zna konsekwencje uchybień w jego postępowaniu.

Obowiązkiem szkoły jest zapewnienie uczniom bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, stworzenie bezpiecznego środowiska materialno-technicznego i międzyludzkiego. Szkoła troszczy się o budowanie pozytywnych relacji między nauczycielami a uczniami oraz właściwych relacji rówieśniczych, kształtuje postawę pomagania innym, dialogu, współdziałania, odpowiedzialności za swoje działania. Przepisy prawa oświatowego i ustaleń wewnątrzszkolnych służą zapewnieniu bezpiecznego przebywania uczniów w szkole. Ustalenia te dotyczą organizacji zajęć dydaktycznych, przerw i dyżurów nauczycieli, korzystania z pracowni przedmiotowych, boisk szkolnych, organizowania uroczystości szkolnych, wycieczek, przebywania osób postronnych na terenie szkoły, dróg ewakuacyjnych, zapewnienia bezpieczeństwa uczniów w Internecie itd. Szkoła ponosi pełną odpowiedzialność za powierzone jej dzieci i młodzież, dlatego nauczyciel nie może podczas zajęć pozostawić uczniów bez opieki.

Brak bezpieczeństwa wywołuje u ucznia niepokój, poczucie zagrożenia, zachwianie równowagi wewnętrznej. Agresja i przemoc wśród rówieśników, zagrożenia czające się w sieci, brak należytej troski o własne zdrowie, unikanie ćwiczeń fizycznych mają wpływ na dobrostan ucznia. Dziecko powinno wzrastać w przewidywalnym, sprawiedliwym i bezpiecznym świecie. Takim środowiskiem wychowawczym winna być przede wszystkim szkoła.

Josef Winiowski

Drodzy Czytelnicy i Przyjaciele,

Już od 20 lat nasze pismo wspiera nauczycieli, wychowawców i katechetów. Tymczasem kryzys finansowy, którego skutki odczuwa wielu z Was, dotknął także naszą redakcję. Miesięcznik „Wychowawca”, zawsze bardziej nastawiony na pełnienie misji aniżeli na zysk, znalazł się w sytuacji tak poważnego zagrożenia, że uznaliśmy za konieczne poinformować Was o tym. Zwracamy się z gorącą prośbą o wsparcie finansowe naszych działań, aby „Wychowawca” nadal mógł się ukazywać. Pomocą będzie każdy nabyty przez Was numer pisma. Promocją miesięcznika będzie również zakupienie prenumeraty jako daru dla szkoły, biblioteki, poradni. Tych wszystkich, którzy już nasze pismo prenumerują, zachęcamy do kontynuacji.

Mamy nadzieję, że naszym zmaganiom z kryzysem towarzyszyć będą Wasze życzliwe uczucia, dobre słowo i modlitwa. Z góry dziękujemy za zrozumienie naszych potrzeb.

Numer konta „Wychowawcy”: 63 1240 4650 1111 0000 5157 2864

BEZ WAS NIE UDA SIĘ NAM PRZETRWAĆ!

Rozmawiajmy, słuchajmy i wartościujmy co dobre, a co złe. Dziecko wysłuchane będzie czuło się bezpieczne, a w jego psychice nie będą się kumulować negatywne emocje – pisze Danuta Jankowska.



5

Edukacja zdrowotna prowadzona w szkole i w rodzinie to podstawowe prawo każdego dziecka. Dlatego powinna stanowić przedmiot troski rodziców i nauczycieli oraz odgrywać istotną rolę w kształtowaniu postaw i zachowań młodego pokolenia – informuje Seweryn Leszczyński.



8

W ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost liczby dzieci z nadwagą i otyłością. Posiłki stały się nieregularne, spożywane w pośpiechu, o wysokiej zawartości tłuszczów i cukrów, co sprzyja gromadzeniu się tkanki tłuszczowej – zauważa Agnieszka Wilczewska.

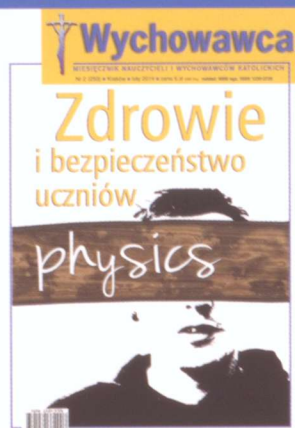


13

Coraz więcej młodych osób ma problem z akceptacją swojego ciała. Nie przebiegając w środkach, za wszelką cenę dążą do ideału. Obsesja na punkcie swojej urody może prowadzić do poważnych zaburzeń, które nieleczone zagrażają życiu – przestrzega Aneta Golba.



16



<i>Danuta Jankowska</i>	
Dziecko w szkole – bezpieczne i zdrowe	5
<i>s. M. Urszula Klusek SAC</i>	
Kim się stajesz?	7
<i>Seweryn Leszczyński</i>	
Edukacja zdrowotna uczniów	8
<i>Iwona Bernatowicz</i>	
Uwaga! Narkotyki!	10

2/2014

<i>Sylvia Błażejczak</i>	
Narkotyki – stop! Konspekt lekcji wychowawczej dla uczniów gimnazjum	11
<i>Bożena Nowak, Małgorzata Łata</i>	
Jak rozpoznać, czy dziecko bierze narkotyki?	12
<i>Agnieszka Wilczewska</i>	
Preferencje żywieniowe dzieci	13
<i>ks. Marek Dziewiecki</i>	
Pomóżmy dzieciom!	15
<i>Aneta Golba</i>	
Niewolnicy pięknego ciała	16
<i>Antoni Szymański, Paweł Wosicki</i>	
List otwarty ws. projektu ustawy w zakresie równego traktowania	18
<i>Maria Mojzesowicz</i>	
Rodzice ponumerowani	19
<i>Marcin Misztal</i>	
Samookaleczenia	20
<i>Łukasz Chrzanowski</i>	
Krzyk rozpaczy	22

<i>Maria Dubiel</i>	
Gdy życie traci sens	23
<i>Elżbieta Trojan</i>	
Samobójstwa dzieci i młodzieży (bibl.)	25
<i>Patrycja Kozera-Mikula</i>	
Dziecko chore na astmę	26
<i>Agnieszka Wołodko</i>	
Mój Krzyś	28
<i>Maria Strońska</i>	
A B C – Program profilaktyczny dla uczniów klas I–VI szkoły podstawowej	29
<i>Agnieszka Graczyk</i>	
Bezpieczeństwo uczniów w szkole. Bibliografia w wyborze	31
<i>Małgorzata Kupijaj</i>	
Jak radzić sobie ze stresem? Konspekt lekcji wychowawczej w gimnazjum	32
<i>Iwona Bernatowicz</i>	
Gdybym mogła cofnąć czas... Scenariusz spektaklu profilaktycznego dla szkół ponadgimnazjalnych	33

Okladka: Fot. pixabay.com

Za miesiąc...

Szkoła jest miejscem, w którym ujawniają się wszelkie trudności, z jakimi borykają się uczniowie i nauczyciele. Rośnie fala agresji i przemocy wśród dzieci i młodzieży. Zdarza się, że w szkole dochodzi do inicjacji alkoholowej, narkotykowej czy nikotynowej. Bywa, że środowisko szkolne staje się miejscem demoralizacji i powstawania grup przestępczych. Coraz liczniejsi wychowawcy czują się zupełnie bezsilni w obliczu trudnych zachowań wychowanków, a nauczyciele bywają przez nich zastraszeni. Skąd biorą się trudności wychowawcze w szkołach i jak je przewyciężyć? – o tym piszemy w marcowym numerze.



Fot. www.pixabay.com

Wychowawca

Miesięcznik Nauczycieli i Wychowawców Katolickich
„The Tutor. Monthly of Catholic Teachers and Tutors”

Wydawca: Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli i Wychowawców. **Adres Wydawcy:** ul. Krowoderska 24/3, 31-142 Kraków. **Adres Redakcji:** ul. Kazimierza Wielkiego 18/3, 30-074 Kraków, tel./faks 12 423 23 24, tel. 12 423 24 36, e-mail: redakcja@wychowawca.pl; www.wychowawca.pl **Zespół redakcyjny:** dr Józef Winiarski – redaktor naczelny, Teresa Król, Maria Tota – z-cy redaktora naczelnego, Jolanta Tęcza-Ćwierć – sekretarz redakcji, o. dr Paweł Mynarz – asystent kościelny. **Redaktorzy tematyczni:** prof. dr hab. Franciszek Adamski (socjologia, nauki o rodzinie), dr Marek Mariusz Tytko (pedagogika), prof. dr hab. Maria Ryś (psychologia). **Redaktor statystyczny:** prof. dr hab. inż. Janusz Kawecki. **Redaktorzy językowi:** mgr Teresa Król (język polski), Linda Tytko, B.A. (język angielski, English language consultant, USA, Ohio). **Międzynarodowa Rada Naukowa:** prof. dr hab. inż. Andrzej Flaga – przewodniczący (Polska), prof. dr hab. inż. Janusz Kawecki (Polska), dr Wanda Półtawska (Polska), dr inż. Antoni Zięba (Polska), ks. prof. PhDr. Pavol Dancák Ph.D. (Słowacja), ks. prof. PaedDr. ThDr. Jozef Leštinský, Ph.D. (Słowacja), doc. PaedDr. Tomáš Jablonský, Ph.D.m. Prof. KU. (Słowacja), doc. PhDr. PaedDr. Miroslav Gejdoš, Ph.D. (Słowacja), PaedDr. Katarína Tišťanová, (Słowacja). **Dział prenumeraty:** 12 431 07 24. **Księgowość:** 12 423 04 32. **Skład i łamanie:** Degraf, Kraków. **Druk:** Drogowiec-PL Sp. z o.o. Warunki przyjmowania materiałów do publikacji podane są na stronie www.wychowawca.pl w zakładce: „Dla Autorów”. Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych i zastrzega sobie wprowadzanie zmian formalnych, skrótów oraz nadawanie tytułów. Redakcja kieruje się zasadami antighostwritingu i anti-guest-authorship opisanymi przez MNIŚW. **Autor oświadcza, że przedstawiony materiał jest jego własnym autorskim opracowaniem i nie narusza praw osób trzecich.**

Warunki prenumeraty:

Przyjmujemy zamówienia listowne, telefoniczne, e-mailem lub faksem (gotowy formularz na: www.wychowawca.pl).

Prenumerata – od dowolnego numeru. Może być finansowana z budżetu szkoły, gminy albo (za zgodą rodziców) z funduszy Rad Rodziców.

Cena prenumeraty 1 egzemplarza:

- na cały rok – 65 zł ● na pół roku – 33 zł
- Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli i Wychowawców, ul. Krowoderska 24/3, 31-142 Kraków, tel. (12) 423 23 24

Nr rachunku:

63 1240 4650 1111 0000 5157 2864

e-mail: redakcja@wychowawca.pl
www.wychowawca.pl

Dziecko

w szkole – bezpieczne i zdrowe



Działania szkoły na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa uczniów to jeden z kierunków polityki oświatowej państwa w roku szkolnym 2013/2014, określony przez Ministra Edukacji Narodowej. Zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, działalność edukacyjną szkoły określają różne programy. To m.in. szkolny zestaw programów nauczania, który uwzględniając wychowawczy wymiar szkoły, obejmuje całą jej działalność z punktu widzenia dydaktycznego; program wychowawczy szkoły, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze wychowawczym; program profilaktyki dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym, skierowane do uczniów, nauczycieli i rodziców¹.

Każdy człowiek, a w szczególności dziecko, preferuje bezpieczny, przewidywalny i sprawiedliwy świat – pisze L. Kacprzak. Niebagatelne jest przeświadczenie o poczuciu kontroli nad elementami go tworzącymi oraz świadomość bezwarunkowej ochrony ze strony rodziców. Sytuacje nowe, budzące silne emocje, jak kłótnie, bijatyki, separacja, rozwód, śmierć w rodzinie oraz wszelkie patologie życia rodzinnego są przyczyną przerażenia, strachu i poczucia zagrożenia, co skutkuje obniżeniem poczucia bezpieczeństwa i negatywnie wpływa na rozwój młodego człowieka².

Zdaniem J. Mazur, tak zwane poczucie bezpieczeństwa w szkole bywa obserwowalne na poziomie trzech wzajemnie

połączonych sfer: publicznej, socjalnej i zdrowotnej. Zasadniczą rolę w życiu młodego człowieka odgrywa rodzina oraz grupa rówieśnicza skupiona w lokalnej społeczności. Niezakłócone funkcjonowanie w nich gwarantuje rozwój osobowości, prawidłową socjalizację, internalizację pozytywnych norm obowiązujących w grupach. Bezpieczeństwo socjalne natomiast odnosi się do funkcjonowania i standardu życia rodziny ucznia, zaspokajania określonych jego potrzeb. Wszelkie patologie wynikłe na tym tle znajdują odzwierciedlenie w wyznawanych postawach i konkretnych zachowaniach ucznia na terenie szkoły. Trzecia sfera bezpieczeństwa, czyli zdrowotna, dotyczy przede wszystkim opieki zdrowotnej oraz dbałości o własne zdrowie³.

Rodzina – trudne zadanie

Kiedy mówimy o bezpieczeństwie, mamy na myśli zapewnienie potrzeby miłości, zrozumienia, akceptacji, czyli tych funkcji, które powinna spełniać tradycyjna rodzina. M. Jordan twierdzi, że mimo niekwestionowanych zalet, rodzina spotyka się z wieloma destabilizatorami swojej funkcjonalnej równowagi i harmonii zarówno w makro-, jak i mikroprzestrzeni. Wiele rodzin zostało dotkniętych kryzysem, destabilizacją, towarzyszy im bieda, bezrobocie i narastające wykluczenie, będące pokłosiem negatywnej legislacji oraz złej polityki prorodzinnej⁴. Konsekwencją dysfunkcji może być ubożenie w rodzinie więzi uczuciowych, a nawet obojętność emocjonalna rodziców wobec dziecka. Według H. Cudak stan ten charakteryzuje

brak troski rodziców o dziecko i niedostatek zaspokojenia jego potrzeb psychicznych. W niektórych domach występuje dominacja psychiczna rodziców, którzy przejawiają wrogość bądź obojętny stosunek do dziecka⁵.

W pracy pedagoga szkolnego od kilku lat obserwuję coraz gorszą komunikację dziecka, które ma opisać swoją rodzinę, opowiedzieć o wspólnie spędzonych chwilach, wyjazdach, wycieczkach czy dłuższych wakacjach. Taką sytuację najpełniej obrazują wypowiedzi wychowanków, przed którymi pojawia się zadanie narysowania swojej rodziny. Zanim zaczną pracę, zadają mnóstwo pytań: *Co mam narysować? Czy mogę na rysunku umieścić tylko dom? To może namaluję babcię i dziadka! A mogę narysować tylko swojego ukochanego zwierzęcia? A czy ja mam być na tym rysunku?* Jeszcze parę lat temu taka sytuacja zdarzała się niezwykle rzadko. Z reguły dzieci zabierały się do pracy, która sprawiała im wiele radości. Z uśmiechem na twarzy rysowały tatusia czy mamusię, ale przede wszystkim siebie wśród nich, a rysunek na ogół był pełen kolorów. Obecnie, kiedy już zaczną wykonywać polecenie, zwykle na pierwszym planie obrazka pojawia się dom, ogród, pies lub kot. Dopiero w dalszej kolejności można zauważyć postacie ludzkie, jednak nie są nimi rodzice... Najczęściej to dziadkowie, ciocie, wujkowie, bądź rodzeństwo. Podczas opowiadania o swoim rysunku dzieci coraz częściej nie potrafią powiedzieć, jak ma na imię ich mama czy tata, czym się zajmują (jaki jest ich zawód), co lubi mama, a co tata – twierdzą, że zapomnieli. Inna sytuacja dotyczy

czasu spędzanego z rodziną. To również bardzo trudne zadanie do wykonania: *Czas z rodziną? Jak już gdzieś jedziemy, to do hipermarketu. Robimy zakupy. Nie pamiętam, kiedy ostatnio byliśmy gdzieś razem. Nie gramy, nie gadamy! Zwykle oglądamy! Chciałbym coś robić z rodzicami, ale oni nie mają czasu. Jak już gdzieś jedziemy, to do znajomych rodziców, ale tam to oni rozmawiają, a my się bawimy.*

Rozmawiajmy i uczmy rozmawiać, słuchajmy i uczmy słuchać, wartościujmy co dobre, a co złe i przekonujmy o wartości każdej osoby ludzkiej. Dziecko wysłuchane będzie czuło się bezpieczne, a w jego psychice nie będą kumulować się niepotrzebne negatywne emocje. Instytucja szkoły nie może przejmować zadań, które powinna spełniać rodzina – nauczyciel nigdy nie zastąpi mamy czy taty. Jednak szkoła ma być instytucją wspierającą, postaramy się więc coś zmienić dla dobra dziecka.

Era informacji i zagrożenia z niej płynące

W erze informacji i cyfryzacji pojęcie bezpieczeństwa odnosimy do zupełnie nowych obszarów, na które w szkole konieczne trzeba zwracać baczną uwagę. W codziennej pracy pedagoga szkolnego niejednokrotnie słucham wypowiedzi uczniów, którzy przechwalają się między sobą, kto i jak długo potrafi grać na komputerze, do której godziny dostępni są na *gadugu* czy *naszej klasie*. Chwalą się znajomymi z Internetu, wierząc, że konwersują z równoletkami. Większość dzieci ma w swoim pokoju nie tylko komputer, ale również telewizor. Uczniowie oglądają różne programy, filmy o tematyce dla dorosłych do późnych godzin nocnych. Pytani, czy rodzice o tym wiedzą, często odpowiadają, iż rodzice już śpią.

Co w takim razie powinna zrobić szkoła i nauczyciele, aby zadbać o bezpieczeństwo uczniów? Pokazywać, jak rozsądnie korzystać z udogodnień cywilizacyjnych, aby nie stały się dla nas uzależnieniem i pochłaniaczem czasu. Wskazywać, iż nikt i nic nie zastąpi spotkania z drugim człowiekiem, rówieśnikiem. Przedstawiać wyniki badań naukowych,

co dzieje się z naszym ciałem, kiedy nie chodzimy spać o określonej porze. Pokazywać, co można ciekawego zrobić przy pomocy komputera, tablicy interaktywnej. Niech dzieci eksperymentują pod naszym nadzorem. Nie mówmy, że coś jest złe, tylko i wyłącznie zabraniając. Tłumaczymy i wskazujemy alternatywy.

Nieodpowiednie odżywianie, brak ruchu i co dalej?

Nadwaga, otyłość, niski poziom aktywności fizycznej, bierne spędzanie czasu

Fot. www.photobay.com



wolnego (najczęściej przed komputerem) to tylko niektóre zagrożenia zdrowotne mogące zaszkodzić naszym dzieciom. Mimo akcji profilaktycznych propagujących konieczność zjedania pierwszego i drugiego śniadania, ciągle słyszymy od dzieci, a nawet rodziców, że nie będą zmuszać swoich pociec do jedzenia. Dzieci nie znają owoców, warzyw, zdrowych przekąsek. Zdarza się, że podczas zajęć organizowanych przez szkołę uczniowie nie wiedzą, jak obrać kiwi czy pomarańczę. Niektóre dzieci jadają głównie pakowane rogaliki, chrupki, chipsy czy cukierki. Takie odżywianie coraz częściej prowadzi do otyłości, zagrożeń zdrowotnych, ale również społecznych i emocjonalnych.

Kiedyś byłam świadkiem rozmowy kilku czteroletnich dziewczynek o imprezie urodzinowej jednej z nich. Zapytałam, czy wszystkie wybierają się na imprezę. Jedna z nich odpowiedziała: *na urodziny zaproszone zostały tylko szczupłe dziewczynki*. Jak widać, podział na „chudych” i „grubych” zaczyna się już bardzo wcześnie. Dzieciom nie chce się ruszać. Do szkoły przyjeżdżają i odjeżdżają samochodami bądź autobusami. W domach zwykle siedzą lub leżą przed tabletem, grają w gry w telefonie komórkowym. Jak przekonać rodziców, by nie pisali zwolnień z WF-u z powodu lekkiego kataru

czy „przemęczenia”? Może zasugerować uczniom „przerwy w ruchu”? Niech tańczą, ćwiczą aerobik, skaczą na skakance, grają w gry ruchowe. Można także wspólnie przyrządzać sałatki owocowe, warzywne, lekkie przekąski, ciekawe kanapki. Najlepiej uczymy się przez działanie.

Świat mody – czy mogą się z niego wytłamać?

Dzieci zostały wchłonięte przez świat mody. Podczas zajęć pedagogicznych w najmłodszych klasach dowiadują się, co obecnie jest „na topie”. Przerabialiśmy już Hello Kitty, Kucyki Ponny, które każda



dziewczynka musiała mieć. Obecnie prym wiedzie Monster High, czyli postacie inspirowane filmowymi potworami i fantastyką grozy. To wręcz wyznacznik „bycia kimś” w oczach koleżanek, jeśli ma się tę lalkę i wszystkie akcesoria z upiornymi zdjęciami. Plecaki, piórniki, kredki, ołówki, zeszyty, pościel, ubranie, to tylko niektóre możliwości. Dziewczynki licytują się między sobą, kto ma ich więcej: *Ja odkładam sobie pieniążki, żeby kupić tę lalkę. Muszę nazbierać 80 złotych. Ja dostanę pościel z Monster High od babci i dziadka na urodziny. Mamusia kupiła mi ostatnio cały zestaw, powiedziałam jej, że tylko ja w klasie do tej pory nie miałam. Czy rzeczywiście tylko ta jedna dziewczynka nie miała nic z Monster High? Okazuje się, że nie. W klasie znajdują się osoby, które nie zabierały głosu. Zapytane w indywidualnej rozmowie, dlaczego milczały, odpowiadają: ja też chciałam mieć coś z Monster, ale nie mam pieniążków. Moja mamusia powiedziała, że te lalki wcale nie są takie fajne i ona woli mi kupić coś innego. Inne dziewczynki czasami się ze mnie śmieją, że tylko ja nie mam...*

Poczucie bezpieczeństwa psychicznego jest dla dziecka bardzo ważne, bo dzięki niemu chodzi do szkoły z przyjemnością. Jeśli zauważymy, że wśród naszych uczniów w klasie pojawia się rywalizacja, wyśmiewanie, wytykanie, odrzucanie i narzucanie negatywnych wzorców, musimy zająć stanowisko. Rozmawiając z rodzicami, tłumaczymy, że prędzej czy później każde dziecko może stać się ofiarą mody. Na początku każdego roku szkolnego podczas spotkania z rodzicami staram się im tłumaczyć, że szkoła nie jest miejscem na rewię mody, próbuję również ukazywać negatywne skutki bawienia się zabawkami, które przypominają wampiry z filmów dla dorosłych, zasypiające zamiast w łóżkach – w trumnie.

Danuta Jankowska

DANUTA JANKOWSKA – pedagog szkolny, logopeda, oligofrenopedagog, Szkoła Podstawowa w Dębowcu

PRZYPISY:

1. <https://www.men.gov.pl> Działania szkoły na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa uczniów.
2. L. Kacprzak, *Bezpieczeństwo osobiste uczniów i poczucie jego – integralnym obowiązkiem szkoły i nauczycieli*, [w:] *Edukacja dla bezpieczeństwa – w rodzinie, szkole i pracy*, pod red. A. Zduniak, M. Kryłowicz, Warszawa – Poznań 2004, s. 182.
3. J. Mazur, *Szkoła i jej otoczenie jako siedlisko i obszar oddziaływań profilaktycznych*, [w:] *Edukacja dla bezpieczeństwa...*, s. 157–158.
4. M. Jordan: *Rodzinne bariery socjalizacji nieletnich*. Kraków 2003, s. 7.
5. H. Cudak: *Dysfunkcja emocjonalna w środowisku rodzinnym*, [w:] H. Marzec, M. Pindera (red.): *Problemy rodziny na początku trzeciego tysiąclecia*. T. 1, Piotrków Trybunalski 2007, s. 26.

BIBLIOGRAFIA:

- Cudak H., *Dysfunkcja emocjonalna w środowisku rodzinnym*, [w:] H. Marzec, M. Pindera (red.): *Problemy rodziny na początku trzeciego tysiąclecia*. T. 1, Piotrków Trybunalski 2007.
- <https://www.men.gov.pl> Działania szkoły na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa uczniów.
- Jordan M., *Rodzinne bariery socjalizacji nieletnich*, Kraków 2003.
- Kacprzak L., *Bezpieczeństwo osobiste uczniów i poczucie jego – integralnym obowiązkiem szkoły i nauczycieli*, [w:] *Edukacja dla bezpieczeństwa – w rodzinie, szkole i pracy*, pod red. A. Zduniak, M. Kryłowicz, Warszawa – Poznań 2004.
- Mazur J., *Szkoła i jej otoczenie jako siedlisko i obszar oddziaływań profilaktycznych*, [w:] *Edukacja dla bezpieczeństwa – w rodzinie, szkole i pracy*, A. Zduniak, M. Kryłowicz (red.), Warszawa – Poznań 2004.

Kim się stajesz?

Niedawno poszłam do kina z zaprzyjaźnioną mamą i jej dziećmi na film „Największy z cudów”. Jak to w kinie bywa, przed filmem każdy widz musi obejrzeć tasiecowe reklamy. Tym razem były to reklamy filmów i bajek dla dzieci. Byłam porażona poziomem agresji, brzydoty, wulgarności i braku szacunku dla innych, zawartych w zwiastunach, proponowanych dzieciom filmów. A przecież „Stajesz się tym, na co patrzysz”.

Na co patrzy dziecko?

– Na filmy i reklamy promujące agresję, przemoc, wulgarność, niebezpieczne zachowania i głupotę.

– Na gry, w których leje się krew, panuje śmierć bez konsekwencji (tę samą postać można zabijać i ożywiać ile razy się zechce), przemoc jest atrybutem bohatera, a przeciwnika należy wyeliminować.

– Na zdjęcia, obrazy i komiksy, w których krew leje się strumieniami, ale nie ma ani słowa o cierpieniu, współczuciu, odpowiedzialności i niesieniu pomocy.

Co z tego wynika? Dziecko powoli staje się agresywne, nieprzewidywalne w swoich zachowaniach, nerwowe, zależniane. Dręczą je senne koszmary, nie liczy się z innymi, nie rozumie, czym jest cierpienie i zadawanie cierpienia. Beztrąsko podejmuje zachowania ryzykowne, bezrefleksyjnie igrza z życiem i śmiercią, jest podatne na zaburzenia i choroby psychiczne.

Jeśli chcemy dbać o zdrowie i bezpieczeństwo dzieci, musimy ograniczać im dostęp do kultury popularnej i czuwać nad tym, co pozwalamy im oglądać, czytać, na co pozwalamy patrzeć. Zbyt częsty dostęp do mediów nie sprzyja ani zdrowiu fizycznemu, ani psychicznemu dzieci.

Im mniej sztucznego świata mediów, tym lepiej. Dziecko samo sobie tego dostępu nie odetnie. To muszą zrobić dorośli. Ale tu pojawia się kolejny problem. Jacy my jesteśmy? Na co patrzyliśmy i na co patrzymy? „Stajesz się tym, na co patrzysz”. Kim się stałeś?

s. M. Urszula Klusek SAC

S. M. URSZULA KLUSEK – pallotynka, wieloletnia katechetka. Autorka artykułów i książek dla dzieci, rodziców, katechetów i nauczycieli. Prowadzi spotkania dotyczące współczesnych zagrożeń w wychowaniu i rozwoju dzieci

Edukacja

Edukacja zdrowotna prowadzona zarówno w szkole, jak i w rodzinnym środowisku ucznia to podstawowe prawo każdego dziecka¹. Jeśli wychowanie określimy ogólnie jako wdrażanie do kierowania procesem własnego rozwoju wychowanka, to edukacja zdrowotna będzie rozwijaniem wiedzy o jego zdrowiu i nauczaniem metod samodzielnego poszukiwania zdrowych form życia. W zakresie przekazu wartości edukacja ta będzie rozumiana jako pomoc wychowankowi w odkrywaniu, naprowadzaniu i unaocznianiu jego godności osobowej, której zasadą jest poszanowanie dla zdrowia i życia swojego i innych ludzi.

Celem edukacji zdrowotnej jest *kształtowanie zdrowego stylu życia oraz inspirowanie harmonijnego rozwoju dzieci i młodzieży*². Do celów szczegółowych należy nauczanie identyfikowania i definiowania własnego stanu zdrowia, uświadamianie granic własnej kompetencji medycznej, świadomy wybór zawodu z uwzględnieniem swoich możliwości i ograniczeń zdrowotnych³. Do przekazywania wiedzy należy dodać rozwijanie umiejętności, które w praktyczny sposób przygotowują wychowanka do sytuacji chorobowej.

W psychologii zdrowia takiemu podejściu odpowiada paradygmat salutogenetyczny. Odnosi się on do zdrowia behawioralnego, definiowanego jako interdyscyplinarna dziedzina, która skupia się na osobistej odpowiedzialności podmiotu za własne zdrowie, polegającej na stosowaniu wiedzy dla zachowania zdrowia i zapobieganiu chorobie dzięki osobistym i wspólnotowym działaniom podejmowanym z własnej inicjatywy⁴. W definicji tej należy podkreślić odpowiedzialność

własną wychowanka i jego inicjatywę. Edukacja zdrowotna powinna zatem zmierzać w kierunku pobudzania poczucia obowiązku wobec własnego zdrowia ucznia, a także wskazywania możliwości twórczego organizowania sobie i swojemu otoczeniu działań profilaktycznych. W modelu salutogenetycznym istotną rolę odgrywa m.in. poznawczy charakter wewnętrznego poczucia kontroli, motyw zdrowotny, czyli stopień zainteresowania sprawami własnego zdrowia oraz, w zakresie zachowania, zdrowy styl życia⁵. Ten ostatni czynnik ma największy wpływ na optymalne zdrowie człowieka⁶.

Analizując wychowawczy charakter edukacji zdrowotnej oraz jej psychologiczne komponenty w powyższych definicjach, można zauważyć, że skupiają się one na dostarczaniu wiedzy i umiejętności zanim dojdzie do rozwoju choroby. Zapobiegawczy charakter tych prozdrowotnych działań wymusza niejako wstępne poznanie samego siebie i możliwości dalszego rozwoju, stymuluje uczenie się samokontroli i samokształcenia, czyli tego, co w filozofii określa się mianem refleksji.

Wojciech Chudy określa refleksję jako *ujmowanie lub uświadamianie własnych aktów*

w aspekcie ich istnienia, zawartości, struktury i przebiegu i wyróżnia dwa jej ujęcia. Pierwsze jest podstawą wielu dziedzin nauki, np. introspekcji psychologicznej. Drugie jest samozwrotnym i samoująającym się fundamentem wszystkich świadomych aktów człowieka. Dzięki takiemu spojrzeniu refleksja pozwala na wgląd do świadomej struktury „ja”, daje możliwość obserwowania procesów jej integralności i stabilności. W praktyce oznacza to, że człowiek zdolny jest do porównywania swoich czynów (decyzji, aktów, skutków, wyborów) z przeszłości i ustosunkowania się do nich, co ma znaczenie przy podejmowaniu nowych wyznań. Refleksja jest zatem „językiem u wagi” naszych wewnętrznych procesów decyzyjnych, czyli pełni funkcję samokontroli naszej wiedzy⁷. Decyduje o rozwoju umysłowym, moralnym i praktycznym człowieka. Samowychowanie będzie tu polegało na rozwijaniu i kształtowaniu zdolności do refleksji tak, aby wychowanek zawsze potrafił rozpoznać prawdę i kierować się nią w swoim postępowaniu.

Edukacja zdrowotna w swoich celach zakłada m.in. naukę określania własnego stanu zdrowia, uświadamianie granic swej wiedzy medycznej oraz poznanie swoich możliwości i ograniczeń w zakresie podejmowanej w przyszłości pracy zawodowej. Aby rozpoznać stan swojego zdrowia, należy odwołać się do



Fot. www.pixabay.com

zdrowotna uczniów

jego wcześniejszego optymalnego poczucia i porównać go ze stanem obecnym. Wymaga to umiejętności oddzielenia zachowań, które prowadziły do zdrowia, od zachowań ukierunkowanych na chorobę. Wstępny etap tego procesu wymaga pewnego wysiłku intelektualnego. Im większa jednak zdolność do kontrolowania poziomu swojej świadomości, tym łatwiej jest ustalić własny stan psychosomatyczny. Dlatego im większa zdolność do refleksji, tym szybciej dojdzie do postawienia diagnozy.

Podobnie sprawa wygląda w przypadku ustalaniu granic swojej wiedzy medycznej. Również tutaj

wysiłek polegać będzie na konfrontacji oceny wartości swojej wiedzy (prawdy) z oceną wartości prawdy (medycznej). W przypadku, gdy wcześniej wychowanek zauważał i przyjmował prawdę o swojej wiedzy, prawdopodobnie także i w obecnej chwili nie będzie dopuszczał się autokłamstwa. Refleksja jawi się więc tu jako instancja o charakterze umysłowym i moralnym.

Na zdrowie w modelu salutogenetycznym wywiera wpływ wewnętrzne poczucie kontroli, motyw zdrowotny oraz zdrowy styl życia. Czynniki te również są ściśle związane z samopoznaniem. Poczucie kontroli przeciwstawiane jest przekonaniom o własnej bezradności, które wiąże się z niedostateczną wiedzą na temat możliwości własnego postępowania. Natomiast poczucie panowania nad własnym życiem wynika z rozwoju poznania samego siebie, co skutkuje wolą zmiany swojej sytuacji życiowej. Nie można w pełni kontrolować swoich czynów, nie wiedząc, co je motywuje, jaki mają charakter i do czego prowadzą. Konfrontacja swoich działań z postawą innych ludzi stanowi akt

refleksji i jest drogą prowadzącą do odkrycia własnej prawdy.

Salutogenetyczny czynnik określany jako motyw zdrowotny jest rozumiany jako stopień zainteresowania sprawami własnego zdrowia. Podkreśla się, że najlepszą drogą do jego zachowania jest zainteresowanie nim w stopniu średnim. Uświadomienie sobie własnego wpływu na intensywność swoich czynów stanowi element samowiedzy. Ujmowanie aktu w aspekcie struktury to element definicji refleksji.

Zdrowy styl życia mieści się w aktotwórczym działaniu człowieka. Jako składowa część zachowania odnosi się do czynów,

czyli do przebiegu danego procesu. Jednak wgląd we własne postępowania wymusza na podmiocie poznającym kontrolowanie „na bieżąco” tego, co czyni. Refleksja jako czuły wskaźnik własnych aktów może stanowić o nagłej zmianie zachowania. Zakłada się, że człowiek jest istotą rozumną, dlatego jego możliwości poznawcze pozwalają mu na stałą analizę rzeczywistości. Stąd refleksja jest również namysłem nad przebiegiem danego aktu. Zdrowy styl życia to czynnik, który posiada dodatkowo wymiar praktyczny, dlatego weryfikacja może następować także na podstawie konsekwencji działań.

Po ukazaniu wzajemnych powiązań edukacji zdrowotnej i samopoznania wnioskujemy, że edukacja ta nie może istnieć bez kształtowania zdolności do kierowania procesem rozwoju własnego zdrowia przez wychowanka. Co więcej, oba te czynniki wzajemnie się warunkują i oddziałują na siebie. Poznanie swojego stanu zdrowia i uświadomienie sobie przez ucznia możliwości sterowania własnym zachowaniem, przyczynia się do optymalizacji jego postępowania. Z kolei działania prozdrowotne pozytywnie wpły-

wają na procesy uczenia się i zapamiętywania, co sprzyja dogłębnej analizie własnych czynów.

Kształtowanie zdolności do samopoznania (refleksji), aby uczeń potrafił sam kierować swoją edukacją zdrowotną, należy do powinności każdego wychowawcy – rodzica i nauczyciela. To oni jednak powinni pierwsi umieć dokonywać refleksji. Już Janusz Korczak mawiał: *Poznaj siebie, zanim zechcesz dzieci poznać*⁸.

Podjęwana tu analiza edukacji zdrowotnej ściśle łączy się filozoficzną teorią refleksji. Rozpoznanie prawdy o sobie w poczuciu poszanowania własnej godności prowadzi do moralnego prawa, skłaniającego wychowanka do odpowiedzialności za utrzymanie i rozwijanie dobrego samopoczucia wynikającego ze zdrowego stylu życia. W ten sposób wychowanie prowadzi do samowychowania.

Seweryn Leszczyński

SEWERYN LESZCZYŃSKI – doktorant pedagogiki Akademii Ignatianum w Krakowie, absolwent historii i pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego

PRZYPISY:

1. B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna w szkole*, [w:] *Zdrowie i szkoła*, (red.) B. Woynarowska, PZWL, Warszawa 2000, s. 417.
2. T. Szewczyk, *Pedagogika zdrowia*, [w:] *Pedagogika. Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*, (red.) B. Sliwowski, t. 3, GWP, Gdańsk 2006, s. 354.
3. Tamże, s. 354.
4. I. Heszen-Niejodek, *Psychologia zdrowia*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, (red.) J. Strelau, t. 3, *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, GWP, Gdańsk 2001, s. 460.
5. Tamże, s. 461.
6. T. Szewczyk, *Pedagogika zdrowia*, dz. cyt., s. 348.
7. W. Chudy, *Refleksja*, [w:] *Powszechna Encyklopedia Filozofii*, <http://www.pitta.pl/pefi/pdf/r/refleksja.pdf>, s. 1, 2, 14, dostęp dn. 07.12.2013.
8. J. Korczak, *Mysli*, wyb. i wstępem opatr. H. Kirchner, PIW, Warszawa 1987, s. 32.

Uwaga! Narkotyki!

Fot. www.phobay.com



Narkomania jest „określeniem okrutnego w swej wymowie stanu duszy i ciała człowieka, który nie potrafi żyć we współczesnym świecie, wymagającym bezwzględnej przystosowania się do napięć, konfliktów, szczerzego wyścigu, którego upragnionym końcem ma być za wszelką cenę sukces” – pisał Marek Kotański. Jednym z powodów sięgania po narkotyki jest nieprzystosowanie społeczne, nieradzenie sobie z otaczającą nas rzeczywistością, często również sięga się po nie z ciekawości, nudów, aby zaimponować innym. Stereotypem jest twierdzenie, że problem ten występuje w patologicznych rodzinach. Po narkotyki sięga raczej młodzież z tzw. dobrych domów, gdzie rodzice swoje obowiązki wychowawcze ograniczają do zapewnienia podstawowych warunków życia i dawania pieniędzy. Młodzi ludzie próbują najpierw radzić sobie sami, a potem uciekają w narkotyki.

Nie wolno nam myśleć, że jest to zjawisko przejściowe. Ktoś, kto chociaż raz sięgnął po narkotyki, staje się potencjalnym narkomanem. Nigdy nie mamy pewności, że nie zrobi tego po raz drugi, trzeci, a potem już codziennie. Opowiadania o tym, że kontroluje się zażywanie przez siebie narkotyków i w każdej chwili można przestać, należy włożyć między bajki. Nie jest to bowiem przejściowa moda czy styl bycia młodzieży. To poważna, wyniszczająca choroba.

Wyraz „narkomania” wywodzi się z łacińskiego *narcomania* oraz greckiego

narke (odurzanie) + *mania* (szaleństwo). W Polsce bardzo długo wiązano ten termin z nadużywaniem analgetyków masywnych, do których zaliczyć możemy tzw. opiaty – morfinę, heroinę i kodeinę.

Psychiatria wyróżnia dwie kategorie narkomanów: **klasyczny narkoman** i **młodzieńczy narkoman**. Ten pierwszy charakteryzuje się wysokim stopniem zależności fizycznej od używanego środka. Dawki, które stosuje, mają zapobiegać nasilonym objawom abstynencji. Pozwalają mu one jako tako społecznie funkcjonować. Narkoman młodzieńczy natomiast uzależniony jest przede wszystkim psychicznie i to uzależnienie pozwala mu oderwać się od rzeczywistości, zapomnieć o problemach.

Uzależnienie fizyczne jest skutkiem włączenia się środka odurzającego w cykl przemian tkankowych, co powoduje wzrost zapotrzebowania na narkotyki. Typowymi objawami są: wodnisty katar, łzawienie, jadalowstręt, „gęsia skórka”, rozszerzenie źrenic, nadmierna potliwość, zmęczenie, drżenie mięśni, podniesienie ciśnienia, bezsenność, przyspieszona akcja serca, napady drgawkowe, dreszcze, wymioty i biegunka.

Z chwilą, gdy narkoman osiąga stan tolerancji na duże dawki środka uzależniającego, dochodzi do **uzależnienia psychicznego**. Ten stan jest bardzo trudny do opanowania, ponieważ ujawnia się przymus zażywania określonego środka, który ma powodować określone przeżycia, np. omamy, halucynacje itp.

Uzależnienie społeczne jest najłatwiej rozpoznane, ponieważ możemy tu zauważyć analogie do innych zjawisk patologii społecznych. Ten rodzaj uzależnienia jest następstwem specyficznych interakcji zachodzących między środowiskiem uzależnionych a tą częścią społeczeństwa, która ich odrzuca.

Niektóre środki odurzające:

1) konopie indyjskie, haszysz, marihuana (trawa, maryśka, gandzia, śmieszka). Typowymi objawami psychofizycznymi jest euforia, nadmierna wesołość, gadatliwość, poczucie odprężenia, przekrwione oczy, słodkawa woń oddechu, zwiększony apetyt i kaszel. Środki te powodują stany depresji, zaburzenie równowagi ruchowej, melancholię, objawy podobne do zapalenia spojówek. O ich zażywaniu świadczy silny zapach palonych liści, resztki bibułki, fajki, fiki, zielonobrazowy tytoń, brązowo-szare nasionka;

2) kokaina – alkaloid otrzymywany przede wszystkim z liści krzewu kokainowego. Powoduje ona wzrost energii, gadatliwość, przyspieszony oddech i tętno, zmniejszone zmęczenie, śmiech i stany euforyczne, rozszerzone źrenice. Skutkiem zażywania mogą być drgawki, konwulsje, mrowienie, ból głowy, niepokój, omdlenie. Ta używka jest drogą, więc zaliczana jest do ekskluzywnych narkotyków;

3) opiaty – morfina, kodeina, heroina (hera, majka, kompot). Uzależnienie od

tych używek wywołuje zamroczenie, szkliste oczy, zwężone źrenice, które nie reagują na światło, opadające powieki, powolne, bełkotliwe wypowiedzi, senność, zmniejszone łaknienie i apetyt, nudności. Zażywanie opiatów prowadzi do psychodegradacji, niszczy wątrobę, mózg, wywołuje zakrzepy, żółtaczkę, niszczy uzębienie. Pojawiają się blizny i ogólne wycieńczenie organizmu. O uzależnieniu świadczą strzykawki, ślady nakłuć na ciele i krople krwi na rękawach, naczynia, łyżki, nakrętki, odczynniki i słoma makowa;

4) amfetamina (psychedryna), (spidy, dynamit). Wywołuje poczucie pewności siebie, mocy i energii, wzmoczoną aktywność, agresję, bardzo dużą odporność na stres, szybkie mówienie, bezsenność, brak apetytu, rozszerzone źrenice i zaburzenia myślenia. Narkotyk ten powoduje depresję, wyczerpanie fizyczne, manie prześladowcze, halucynacje, lęk, rozwolnienie, a przy dłuższym zażywaniu lub odstawieniu może się pojawić senność i letarg. Przedawkowanie lub nagłe odstawienie może również skończyć się śmiercią. O uzależnieniu świadczą igły, strzykawki, biały proszek, roztwory, tabletki, opakowania i szklana rurka;

5) LSD i inne pochodne kwasu lizergowego (kwas, podróz). Zażywanie tych

narkotyków daje uczucie oszłobienia, drżenie mięśni, dziwne zachowania, uszkodzenie mózgu i zmiany w chromosomach. O styczności z używkami świadczą nasączone bibułki, granulaty i tubki z płynem;

6) barbiturany (dermy, piguły). W wielu przypadkach powodują senność, rozleniwienie, objawy podobne do zamroczenia alkoholowego, niewyraźną wymowę. To najniebezpieczniejszy z narkotyków, ponieważ wstrzymuje aktywność centralnego układu nerwowego. Występuje w postaci różnego rodzaju pastylek i tabletek, dlatego o uzależnieniu mogą świadczyć tabletki, puste opakowania i recepty;

7) środki dopingujące (steroidy, testosteron). Objawy psychofizyczne to wzmoczona aktywność, wzrost energii i nadpobudliwość. Widoczne są zmiany w budowie anatomicznej. Środki te są bardzo niebezpieczne, jeżeli łączy się je z alkoholem. Niszczą wewnętrznie organizm, a o ich używaniu świadczą ampułki, igły, strzykawki i tabletki;

8) środki wziewne: rozpuszczalniki, kleje, zmywacze do paznokci, płyny do mycia szyb, freon po podgrzaniu, lakiery i inne. Przechowywane są zazwyczaj w workach foliowych, pojemnikach i tubach. Powodują gwałtowność, halucynacje, odurzenie, kichanie, zapalenie spojów-

wek, bełkotanie, wygląd jak po alkoholu. Mogą uszkodzić płuca, mózg, wątrobę. Powodują anemię i śmierć przez uduszenie. O uzależnieniu mogą świadczyć woreczki foliowe, chemikalia, nasączone szmatki, chusteczki, specyficzny zapach z ust i woń chemikaliów.

Każdy z nas powinien mieć przynajmniej podstawową wiedzę na temat narkotyków, aby chronić siebie i swoich najbliższych. Wiedza ta potrzebna jest przede wszystkim nauczycielom i wychowawcom, ponieważ młodzież połowę swojego życia spędza w szkole. Niestety, właśnie szkoła bardzo często jest miejscem, gdzie bez problemu można zdobyć narkotyki. Młody człowiek uzależniony od narkotyków potrzebuje pomocy, a chowanie przez nas głowy w piasek świadczy o bezradności i braku narzędzi do walki z tym trudnym nalogiem. Wyrwanie chociaż jednego ucznia z uzależnienia będzie dowodem na to, że dany nam czas nie został zmarnowany.

Iwona Bernatowicz

IWONA BERNATOWICZ – nauczycielka języka polskiego w Zespole Szkół Zawodowych w Katowicach

Narkotyki – stop!

Konspekt lekcji wychowawczej dla uczniów gimnazjum

Cele:

- poznanie przyczyn i skutków zażywania substancji odurzających,
- rozwijanie umiejętności niesienia pomocy ludziom uzależnionym.

Metody:

drama, burza mózgów.

Formy:

indywidualna, zbiorowa, grupowa.

Czas:

45 minut.

Przebieg zajęć:

1. Miniwykład
Narkoman to niekoniecznie człowiek ze strzykawką bądź tabletką: „Jestem chory na AIDS”. Narkotyki są dzisiaj dostępne dla każdego w różnych miejscach i w różnych postaciach. (5 min.)
2. „Burza mózgów”
Uczniowie podają przyczyny, które według nich decydują o tym, że ludzie sięgają po narkotyki. Wychowawca zapisuje propozycje na dużym arkuszu papieru. (6 min.)
3. Praca w grupach: Kogo nazwiemy narkomanem?
Uczniowie tworzą definicję, po czym prezentują ją całej klasie. (6 min.)
4. Dyskusja o ewentualnych rozbieżnościach w definicjach bądź problemach w zdefiniowaniu, kto już stał się narkomanem, a kto nie. (6 min.)

5. Praca w dwóch grupach

Pierwsza grupa przedstawia, dlaczego narkotyki może być atrakcyjny dla młodego człowieka. Druga – wady i niebezpieczeństwa narkotyków. Które z argumentów są bardziej przekonujące i dlaczego? (5 min.)

6. Praca w czterech grupach

Jesteśmy grupą psychologów. Naszym zadaniem jest stworzenie portretu psychologicznego narkomana. W podsumowaniu należy podkreślić podobieństwa, które wystąpiły we wszystkich portretach. (5 min.)

7. Drama (uczniowie nadal pracują w czterech grupach) Dowiedziałeś się, że osoba ci bliska zażywa narkotyki, chcesz jej pomóc. Jak będziesz starał się to zrobić? Prezentacja scenek na forum klasy. (10 min.)

8. Podsumowanie. (2 min.)

Sylwia Błażejczak

SYLWIA BŁAŻEJCZAK – nauczycielka i wychowawczyni w Internacie Zespołu Szkół Akademickich w Zielonej Górze

Jak rozpoznać, czy dziecko bierze narkotyki?

Nie każdy, kto zażył narkotyki, staje się od razu narkomanem. Jednak droga od pierwszego razu do uzależnienia nie jest zbyt długa i poprzedzają ją pewne znaki. Aby w porę zareagować i nie dopuścić do zagrożenia, przedstawiamy poniżej charakterystyczne zachowania.

1. Opium, morfina, heroina

Jednorazowy kontakt: euforia, niepokój ruchowy lub senność, osłabienie reakcji na światło, brak apetytu, zwężenie źrenic, obniżenie ciśnienia krwi.

Długotrwałe branie: wyniszczenie organizmu, zaparcia, zaburzenia menstruacji, próchnica, stany zapalne skóry.

2. Rozpuszczalniki

Jednorazowy kontakt: nieborność ruchów, agresja, rozszerzenie źrenic, kichanie, kaszel, krwawienie z nosa, mdłości, wymioty, biegunka.

Długotrwałe branie: wyniszczenie, przekrwienie spojówek, zaburzenia pamięci, niepokój, przygnębienie, zaburzenia snu, oczopląs, osłabienie mięśni.

3. Marihuana, haszysz

Jednorazowy kontakt: euforia połączona z wielomównością, przekrwienie gałek ocznych, nadwrażliwość zmysłów, kaszel, zaburzenia koordynacji ruchowej.

Długotrwałe branie: wychudzenie, zaburzenia snu, przewlekłe zapalenie krtani i oskrzeli, apatia, trudności z koncentracją, zmienność nastrojów.

4. Kokaina, crack

Jednorazowy kontakt: euforia, pewność siebie, brak potrzeby snu, wzrost aktywności, rozszerzenie źrenic, wytrzeszcz gałek ocznych, katar, pociąganie nosem, ból gardła.

Długotrwałe branie: wyniszczenie, urojenia prześladowcze, omamy, wybuchy agresji, bezsenność, drgawki, przemienność brak i wzrost łaknienia.

Crack upośledza oddychanie, powoduje utratę wagi i ataki paranoidalne.



Fot. www.sxc.hu

5. Amfetamina

Jednorazowy kontakt: euforia, duży przypływ energii, brak potrzeby snu, brak apetytu, agresja, rozszerzenie źrenic.

Długotrwałe branie: bezsenność, wychudzenie, zmiany nastroju, wielomówność, drżenie kończyn, wymioty, rozszerzenie źrenic, wysypka, halucynacje.

6. LSD

Jednorazowy kontakt: zaburzenia koordynacji ruchów, drżenie mięśni, rozszerzenie źrenic, mdłości, psychoza.

Długotrwałe branie: omamy z napadami lęku, apatia, agresja lub depresja, ograniczenie zainteresowań, bezsenność, wiotkość mięśni.

7. Ecstasy

Jednorazowy kontakt: podniecenie, zwiększona energia, odporność na zmęczenie i sen, ból głowy.

Długotrwałe branie: niepokój, depresja, paranoja, obniżenie sprawności intelektualnej, mania prześladowcza.

Sygnaly świadczące o kontakcie ze środowiskiem narkotycznym:

- nagłe zmiany nastroju, izolowanie i zamknięcie się w sobie,
- nagła zmiana przyjaciół na innych, zwłaszcza starszych od siebie,
- spadek zainteresowania szkołą, sportem i ulubionymi zajęciami,

- izolowanie się od innych domowników, spędzanie większości czasu samotnie w swoim pokoju,
- kłamstwa i wykręty, wynoszenie z domu wartościowych przedmiotów, podkradanie pieniędzy,
- niewytłumaczalne spóźnienia, tzw. ciche powroty do domu lub też przebywanie nocne poza domem bez uprzedzenia,
- tajemnicze, krótkie rozmowy telefoniczne,
- używanie tajemniczych określeń podczas rozmów.

Co można zrobić?

Uciekanie dziecka w świat uzależnień wiąże się z „nierozumieniem” jego odczuć i potrzeb oraz brakiem akceptacji najbliższego otoczenia. Młody człowiek często czuje się odrzucony i niepotrzebny. Aby uniknąć tego stanu, należy znaleźć czas na wysłuchanie jego problemów, unikać krytycznych uwag i porównań. Trzeba dyskretnie poznać grono przyjaciół i jego zwyczaje. Każdą anomalię w zachowaniu należy sprawdzić, poznać jej przyczynę, aby w porę podjąć odpowiednie działania, gdyż tańsze jest zapobieganie uzależnieniom niż ich leczenie. Najważniejsze jest wychwycenie symptomów narkotycznych skłonności.

Gdy podejrzenia wydają się poważne, należy szukać profesjonalnej pomocy, zasięgnąć porady u specjalisty. Zwlekanie grozi tragedią!

Bożena Nowak, Małgorzata Łata

BOŻENA NOWAK – nauczyciel-bibliotekarz w Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 15 w Kielcach

MAŁGORZATA ŁATA – nauczycielka kształcenia zintegrowanego w Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 15 w Kielcach

Preferencje

żywnieniowe dzieci

W ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost liczby dzieci z nadwagą i otyłością. W krajach rozwiniętych zmienił się tryb życia, sposób spędzania czasu wolnego i jedzenia. Posiłki są nieregularne, spożywane w pośpiechu, coraz więcej pokarmów ma wysoką zawartość tłuszczów i cukrów, co sprzyja gromadzeniu się tkanki tłuszczowej. W naszym kraju podejmowane są działania profilaktyczne w celu zmniejszenia liczby dzieci z nadwagą i dzieci otyłych. Zadania te, wyznaczane przez państwo, realizują samorządy i szkoły.

Według Światowej Organizacji Zdrowia otyłość to nieprawidłowe lub nadmierne gromadzenie tkanki tłuszczowej¹. Inni badacze twierdzą, że mamy do czynienia z otyłością, gdy tkanka tłuszczowa stanowi 25% u mężczyzn i 30% u kobiet ogólnej masy ciała². Określając tkankę tłuszczową u dzieci, bierze się pod uwagę

pleć, wiek, rozmieszczenie tkanki tłuszczowej, indywidualne różnice w budowie ciała. W ocenie nadwagi stosuje się wskaźniki wagowo-wzrostowe BMI. Standardy tego wskaźnika opracowywane są dla poszczególnych krajów³.

W krajach wysoko rozwiniętych zmieniają się zachowania zdrowotne dzieci, zmniejsza się ich aktywność fizyczna. Zwiększają się porcje posiłków oraz ich liczba, zjadana jest coraz większa ilość kalorii. Dodatkowe kalorie znajdują się w sokach czy napojach gazowanych. Ogranicza się spożycie warzyw i owoców, a przysmakami stają się fast-foody⁴.

Istnieje duże ryzyko wystąpienia otyłości u dzieci, których rodzice są otyli. Rodzice są wzorem dla dzieci, przekazują im nawyki żywieniowe, sposób spędzania czasu wolnego, aktywność fizyczną. W takich rodzinach jedzenie może zaspokajać potrzebę miłości i akceptacji⁵. Wiele osób nie wlicza przekąsek i napojów w posiłki, choć zawierają one do 25% ogółu spożywanych kalorii. Ograniczenie spożycia mleka na rzecz jogurtów skutkuje zmniejszeniem ilości dostarczanego do organizmu wapnia i fosforu. Poprzez ukazywanie odpowiednich wzorców kultury spożywania i przygotowania posiłków, dzieci uczone są dobrych nawyków żywieniowych⁶.

Dobre nawyki żywieniowe, czyli spożywanie śniadania, ograniczanie ilości spożywanych słodczy, jedzenie owoców i warzyw, regularne odstępy między posiłkami, picie mleka i wody, powinny być kształtowane jak najwcześniej. Najczęściej popełniane błędy to: nieregularność posiłków, zastępowanie drugiego śniadania przekąskami i słodyczami, spożywanie posiłków o małej

wartości odżywczej, picie napojów słodzonych i gazowanych, niejedzenie warzyw, owoców i mleka. Wiele dzieci wypija znaczną ilość napojów czy soków zawierających konserwanty. Nawadnianie organizmu zapewnia jego prawidłowe funkcjonowanie, dlatego należy zwrócić szczególną uwagę na rodzaj picia⁷.

Najwyższa Izba Kontroli (NIK) w latach 2009–2011 przeprowadziła kontrolę „Realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej”. Kontroli poddano: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie, 19 urzędów gmin, 52 szkoły publiczne, w tym 25 podstawowych⁸. W wyniku kontroli stwierdzono, że wielu szkołach i gminach problem nadwagi i otyłości jest pomijany. Działania zapobiegające owym zjawiskom są nieskuteczne, o czym świadczy rosnąca liczba otyłych dzieci. W dwóch skontrolowanych gminach rozpoznano potrzeby zdrowotne dzieci i młodzieży. Pięć gmin wspiera szkoły w popularyzowaniu zdrowego stylu życia i żywienia u uczniów. Wiele gmin w celu zapobiegania problemowi otyłości rozbudowało bazę sportowo-rekreacyjną, jednak gminom zarzuca się też brak realizacji uchwał wycofujących ze sklepików szkolnych produkty niezalecane w żywieniu dzieci⁹.

Programy wychowawcze w skontrolowanych szkołach uwzględniały działania prozdrowotne. Wszystkie szkoły przeprowadzały badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości. Sklepiki szkolne w dwunastu skontrolowanych szkołach podstawowych sprzedają produkty niezalecane w żywieniu dzieci. Żadna z kontrolowanych placówek nie uwzględniła w planach doskonalenia zawodowego nauczycieli problematyki nadwagi i otyłości¹⁰.

Badania ankietowe nauczycieli z kontrolowanych szkół na temat rozpoznawania problemów nadwagi i otyłości u uczniów wykazały, że połowa badanych





Fot. www.piaty.pl

i wprowadzając dodatkowe godziny wychowania fizycznego. MEN wspiera „Szkoły dla zdrowia Europy” (w Polsce należy tu ponad 2000 szkół¹³).

Na początku 2013 roku przebadano 84 dzieci z klasy II i III lubelskiej szkoły podstawowej, w tym 44 dziewcząt i 40 chłopców. Celem przeprowadzonych badań, było sprawdzenie preferencji żywieniowych dzieci, dotyczących drugiego śniadania spożywanego w szkole. Dzieciom zadano pytanie: „Co najchętniej zjadłbyś/abyś na drugie śniadanie w szkole, gdybyś mógł/mogła sam/a decydować?” Odpowiadający mogli wymienić tyle typów jedzenia, ile chcieli, dlatego ilość odpowiedzi jest niezgodna z ilością dzieci, są one przeliczane procentowo.

Uczniów z klas II biorących udział w badaniach było 40, w tym 25 dziewcząt i 15 chłopców. 32% dziewcząt na śniadanie najchętniej zjadłoby pizzę/zapiekanek, lody, przekąski słodkie, słodczyce. Następnie wymieniane były kanapki, nabiał, inne dania obiadowe (28%). Owoce zjadłoby 24% badanych, 20% dziewczyn wymieniło kanapki słodkie, słodczyce, 16% zestawy fast-food, 12% frytki, warzywa. Pozostałe typy jedzenia podawane były pojedynczo. Najchętniej wypijane byłyby shakery.

Chłopcy najczęściej wymieniali kanapki (66,6%) i pizzę/zapiekanek (59,94%) badanych. Nabiał i fast-food zjadłoby 46,62% chłopców. Kanapki słodkie chętnie zjadłoby 33,3% uczniów; 26,64% podało frytki; inne dania obiadowe, w tym większość chciałaby jeść naleśniki, około 20%. Trzykrotnie (19,98%) wybierano lody oraz słodczyce. Żaden z uczniów nie chciałby jeść mięsa, ryb, sałatek, słodczy, warzyw.

Opinia uczennic i uczniów na temat najchętniej zjadanych pokarmów potwierdziła stan rzeczywisty. Obserwacje prowadzone w szkolnej stołówce pokazały, że najczęściej zjadane są kanapki, drożdżówki, pizza lub cebularze, słodczyce, rzadziej owoce. Wielu uczniów przynosi własne soki lub słodkie napoje. W szkole obowiązuje zakaz spożywania napojów gazowanych i energetycznych.

Z klas III zbadano 44 uczniów, w tym 19 dziewcząt i 25 chłopców. Wszystkie badane dziewczęta najchętniej na drugie śniadanie jadłyby owoce (jabłko, mandarynkę, gruszkę). 63,12% ankietowanych wybrało słodczyce, a 47,34% frytki. 36,82% najczęściej wymieniali nabiał oraz kanapki. Jedzenie typu fast-food, słone przekąski i lody wybrałoby 31,56% badanych. Nieco mniej (26,3%) zjadłoby pizzę, zapiekanki czy dania obiadowe. 15,78% wybrało mięso, a warzywa 10,52% badanych. Ryby i sałatki nie zostały wymienione. Drugie śniadanie ankietowane dziewczęta popijałyby słodkimi napojami, coca-cola, shakerem (21,04%).

Wybory chłopców znacznie różnią się od dziewcząt. Wszyscy badani chłopcy na drugie śniadanie zjadłoby jedzenie typu fast-food. Następnie ankietowani wymieniali frytki, kanapki oraz słone przekąski (44%). 36% chłopców wybrałoby pizzę/zapiekanek czy słodczyce (cukierki, żelki) oraz dania obiadowe. 24% badanych zjadłoby ciasto lub batona, a 20% nabiał. Owoce wybrałoby 12% badanych. Natomiast nikt na drugie śniadanie nie chciałby jeść warzyw, ryb i mięsa. Do picia badani chłopcy wybieraliby coca-cola (52%) lub shakera (32%).

Na podstawie wyników badań możemy stwierdzić, że chłopcy z klas trzecich w stosunku do dziewcząt z tej samej klasy częściej wybierają jedzenie typu fast-food, słone przekąski czy napoje gazowane. Natomiast wśród dziewcząt panuje tendencja do wybierania słodczy. Zadowolające jest to, że wszystkie chętnie jadłyby owoce. Badania te mogą ukazywać pewną tendencję żywieniową występującą wśród chłopców i dziewcząt: chłopcy preferują jedzenie mięsne, a dziewczęta słodkie.

Porównanie wszystkich badanych dzieci pod względem picia może wyraźniej ukazać ową tendencję. Ogółem było 44 dziewcząt i 40 chłopców. 59% dziewcząt najchętniej zjadłoby na drugie śniadanie owoce, 45% uczennic zjadłoby słodczyce. Chłopcy wybrałoby kanapki z mięsem (52%) lub frytki (37%). Dziewczęta wolałyby cukierki, żelki (38%). Nieco mniej dziewcząt i chłopców (około 30%) zjadłoby nabiał, poza tym uczniowie wybrali również przekąski słone oraz dania obiadowe, a uczennice lody.

nie czuje się przygotowana do przekazywania rodzicom wiedzy na temat zagrożeń związanych z nadwagą i otyłością, a prawie połowa ankietowanych wyraziła chęć uczestniczenia w szkoleniach dotyczących metod przeciwdziałania nadwadze i otyłości. 81% badanych może liczyć na wsparcie pracownika służby zdrowia¹¹.

W 2007 roku Minister Zdrowia podjął realizację „Programu zapobiegania nadwadze i otyłości”. Powołano Radę do Spraw Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia, która miała działać na rzecz zapobiegania nadwadze i otyłości w Polsce. Program ten zakładał: opracowanie monografii; wdrożenie do szkół oraz domów dziecka programów promujących zdrowy styl życia; przeprowadzenie szkoleń dla kadry pedagogicznej na temat żywienia oraz aktywności fizycznej dzieci i młodzieży¹².

Działania Ministerstwa Edukacji Narodowej (MEN) polegały na stworzeniu warunków formalno-prawnych dla realizacji edukacji zdrowotnej w szkołach. W 2008 roku MEN wprowadziło zmiany w podstawie programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego, uwzględniając problematykę wychowania zdrowotnego



Niespełna 30% dziewcząt w szkole chętnie jadłoby pizzę, frytki oraz dania obiadowe. Chłopcy w dalszej kolejności wymieniali słodczyce. Warzyw nie wybrał żaden chłopiec. Najchętniej wypijanym napojem przez uczniów byłaby coca-cola (35%), uczennice wolałyby shakery (22%).

Niepokojące jest zjawisko preferowania napojów gazowanych i słodzonych niewskazanych dla dzieci, a nawet szkodliwych dla ich rozwoju.

W badanej szkole był prowadzony program „Mamo, tato, wolę wodę”, oceniony jako skuteczny, ale jego efekty utrzymywały się stosunkowo krótko. Obecnie szkoła ta bierze udział w programach „5 porcji warzyw, owoców lub soku” oraz „Mleko w szkole”. Szkoła nie jest w stanie zmienić nawyków żywieniowych wynoszonych z domu. Należałoby ściśle współpracować z rodzicami i prowadzić dla nich prelekcje na temat wpływu sposobu żywienia na rozwój i samopoczucie dzieci. Z jednej strony szkoła przekazuje informacje na temat zdrowej żywności, a z drugiej dom serwuje zupełnie inne posiłki. Dziecko ma dysonans poznawczy – nie wie, co jest dobre i jak powinno postępować.

Agnieszka Wilczewska

AGNIESZKA WILCZEWSKA – pedagog szkolny, terapeutka Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, doktorantka Wydziału Pedagogiki i Psychologii UMCS w Lublinie

PRZYPISY:

1. A. Mazur, *Dynamika i czynniki ryzyka występowania nadwagi i otyłości u dzieci w wieku szkolnym*, Rzeszów 2009, s. 12; WHO, *Obesity: preventing and managing the global epidemic*, Geneva 2000.
2. A. Mazur, op. cit., s. 13; M. Bronakowski i współprac., *Jestem aktywny, jem zdrowo i kolorowo*, Poznań 2011, s. 34.
3. A. Mazur, op. cit., s. 14-18; J. Radoszewska, *Ucielesnienie. Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci i osób w wieku dorastania*, Warszawa 2011, s. 27.
4. A. Mazur, op. cit., s. 34-35.
5. A. Mazur, op. cit., s. 36-38.
6. T.A. Nicklas, M. Morales, A. Linares, *Children's meal patterns have changed over 21-years period. The Bogalusa Heart Study*, „J. Am. Diet. Assoc.” 2004, s.753-761.
7. M. Bronakowski i współprac., *Jestem aktywny, jem zdrowo...*, s. 34; B. Wojnarowska, *Drugie śniadanie w szkole*, Warszawa, 2012, s. 6-11.
8. Najwyższa Izba Kontroli, Departament Nauki, Oświaty i Dziedzictwa Narodowego, *Realizacja zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej*, Warszawa 2011, s. 4.
9. Tamże, s. 18-23.
10. Tamże, s. 23-26.
11. Tamże, s. 27-28.
12. Tamże, s. 12-14.
13. Tamże, s. 5, 9-10, 14-17.

SIBLIOGRAFIA:

- Bronakowski M. i współprac., *Jestem aktywny, jem zdrowo i kolorowo. Poradnik dla rodziców i nauczycieli w dzieci w wieku wczesnoszkolnym*, Poznań 2011.
- Mazur A., *Dynamika i czynniki ryzyka występowania nadwagi i otyłości u dzieci w wieku szkolnym*, Rzeszów 2009.
- Najwyższa Izba Kontroli, Departament Nauki, Oświaty i Dziedzictwa Narodowego, *Realizacja zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej*, Warszawa 2011.
- Radoszewska J., *Ucielesnienie. Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci i osób w wieku dorastania*, Warszawa 2011.
- Wojnarowska B., *Drugie śniadanie w szkole*, Warszawa 2012.

Pomóżmy dzieciom!

Żyjemy w czasach, w których wielu dorosłych odnosi się do dzieci w sposób naiwny albo przewrotny. Z jednej strony, w wielu środowiskach panuje moda na mówienie o prawach dzieci, na tworzenie nowych fundacji oraz instytucji, które formalnie działają w obronie dzieci. Z drugiej, równie modne jest lansowanie ideologicznych mitów, które zakładają, że dzieci są z natury dobre, że ich rozwój jest spontaniczny, że mogą rozwijać się bez Boga, bez zasad moralnych, bez dyscypliny, bez pracy nad sobą.

W książce *Ziemia, planeta ludzi* Antoine de Saint-Exupéry wspomina spotkanie w pociągu z grupą polskich górników, którzy w 1937 roku wraz z rodzinami wracali z Francji do Polski. Byli smutni, spracowani, zmęczeni trudami życia w ubóstwie. Pisarz obserwował mężczyznę i kobietę, śpiących na podłodze wagonu trzeciej klasy. Przy nich spało dziecko. Exupéry zapisał z zachwytem: „Oóż to była za twarzyczka! Z tej pary narodził się ten jakby złocisty owoc. Z tych ciężkich lachmanów zrodziło się arcydzieło piękna i wdzięku. Pochyliłem się nad gładkim czołem, delikatnym zarysem ust i powiedziałem do siebie: oto muzyk, dziecięcy Mozart, piękna zapowiedź życia. [...] Ale mały Mozart trafi pod walce maszyny. Największe swoje wzruszenie będzie czerpał z banalnej muzyczki w ścisku tancbudy. [...] Tylko Duch, jeśli tchnie na gielinę, może stworzyć Człowieka”.

Jakże aktualna jest ta refleksja Exupéry'ego sprzed ponad siedemdziesięciu lat... Wielu dzieciom w naszej Ojczyźnie, z winy dorosłych, grozi nie tylko ubóstwo materialne, ale także ubóstwo duchowe. Wielu dzieciom grozi życie w iluzji łatwo osiągalnego szczęścia – bez Zbawiciela, bez zasad moralnych, bez wysiłku, bez miłości i odpowiedzialności. Pomóżmy dzieciom naszych czasów, przyprowadzając je do Chrystusa!

Nie dopuścimy do tego, by dzieci w naszych rodzinach, parafiach czy szkołach rezygnowały z aspiracji do życia w miłości, świętości, wolności i radości, którą przynosi Chrystus. Jeśli na wzór Jezusa chcemy być prawdziwymi przyjacielami i mądrymi wychowawcami dzieci, to musimy nie tylko odnosić się do nich z miłością i troską, ale też widzieć ich wielkie możliwości rozwoju, a równocześnie słabości i ograniczenia, z którymi nie poradzą sobie bez naszej pomocy.

ks. Marek Dziewiecki

KS. DR MAREK DZIEWIECKI – adiunkt Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, psycholog i duszpasterz, autor publikacji z zakresu psychologii wychowania i pedagogiki

Niewolnicy pięknego ciała

Na dużym billboardzie w centrum miasta roześmiana para młodych ludzi reklamuje jogurt. Obydwoje są szczupli, wysportowani, o złocistym kolorzycie skóry. Ta pozornie niewinna reklama mlecznego przetworu może być przyczyną groźnych uzależnień.

Pod koniec XX wieku naukowcy zasygnalizowali istnienie kilku uzależnień związanych z fałszywym postrzeganiem własnego ciała w konfrontacji z ideałem kreowanym między innymi przez reklamy. Promowany w mediach wzorzec piękna to najczęściej nieosiągalny w rzeczywistości wytwór pracy grafików komputerowych. Powoduje on jednak, że coraz więcej osób, szczególnie młodych, ma problem z akceptacją swojego ciała. Nie przebierając w środkach, za wszelką cenę dążą do ideału. Obsesja na punkcie swojej urody może prowadzić do poważnych zaburzeń, które nieleczone zagrożają życiu.

Naukowcy podkreślają, że wśród osób mających fobie na punkcie swojego ciała największą część stanowi młodzież w wieku dorastania. Niedojrzałe emocjonalnie i osobowościowo nastolatki bezkrytycznie czerpią wzorce proponowane przez media. Atrakcyjny wygląd zewnętrzny uważają za wyznacznik sukcesu i nieodzowny element szczęścia. Tymczasem ciało nastolatka podlega gwałtownym zmianom, w związku z czym proporcje mogą być zaburzone. W okresie dojrzewania pojawiają się też problemy ze skórą lub włosami. To wszystko powoduje, że młody człowiek pod natłokiem kompleksów może wpaść w sidła dysmorfobii.

Nienawidzę swojego ciała

Omijam lustro, zbiera mi się na płacz, kiedy w nie spojrzę. Czasami chętnie chwyciłabym jakiś skalpel i zdarła sobie skórę. Nie rozumiem tego, co się ze mną dzieje. Jakikolwiek komplementy odbija-

*ją się ode mnie. Nawet, kiedy zorientuję się, że podobam się jakiemuś chłopakowi, nie dociera do mnie, że to możliwe. Zresztą, choć mój chłopak zapewnia mnie, że jestem piękna, wydaje mi się to chore. Bo przecież WIEM, że nie jestem. To wszystko sprawia, że czuję się paskudnie. Bywają dni, kiedy nie wychodzę z domu, bo czuję się, przepraszam za wyrażenie, jak g****. Dbam o siebie, staram się ubierać kobieco, niektórzy postrzegają mnie jako atrakcyjną. A ja z każdym dniem coraz bardziej nienawidzę swojego wyglądu i nie wiem już, co robić. Bardzo proszę o jakąkolwiek radę, bo ta sytuacja zaczyna mnie przerastać...* (fragment wypowiedzi młodej dziewczyny na jednym z forów internetowych).

Dysmorfobia to irracjonalny lęk przed brzydotą ciała związany z przekonaniem, zazwyczaj bezpodstawnym, o nieestetycznym wyglądzie lub budowie własnego ciała. Jest to zaburzenie, które często po raz pierwszy pojawia się właśnie w okresie dorastania. Trudno go wówczas wcześniej zdiagnozować, gdyż nastolatek spędzający godziny przed lustrem i dość często niezadowolony ze swojego wyglądu to powszechne zjawisko.

Można diagnozować dysmorfobię, gdy obserwujemy, że osoba przesadnie martwi się wyimaginowanym lub nieznanym defektem w wyglądzie. Początkowo stara się ukrywać niedoskonałości, następnie unika kontaktu z ludźmi, nie słucha też racjonalnych komentarzy osób bliskich.

Osoby cierpiące na to zaburzenie przejawiają często zachowania obsesyjno-kompulsywne. Może to być przymus oglądania swojego wyglądu we wszystkich



Fot. www.pixabay.com

napotkanych lustrach, szybach samochodów, oknach lub – odwrotnie – usuwanie wszelkich luster i powierzchni odbijających z otoczenia. Inny rodzaj to kompulsywne czesanie i poprawianie włosów lub golenie się. Często spotykane jest także obsesyjne dotykanie skóry, by móc kontrolować wielkość swojego defektu oraz to czy się nie zmienia w czasie. Niektórzy poddają się intensywnym dietom lub ćwiczeniom fizycznym, albo nawet zabiegom i operacjom plastycznym. Zdarzają się także samookaleczenia, wynikające np. z przymusu pozbycia się defektu lub jako efekt niskiej samooceny i rozwijającej się depresji, a nawet przypadki samobójstw.

Siłownia zamiast szkoły

Irracjonalny lęk przed brzydotą ciała spotykamy zarówno u kobiet, jak mężczyzn. Specyficzną odmianą tego zaburzenia, dotykającą głównie chłopców, jest bigoreksja, inaczej określana mianem dysmorfii mięśniowej. Charakteryzuje się ona obsesją na punkcie umięśnienia własnego ciała i stałym poczuciem niedostatecznego, zdaniem chorego, przyrostu masy mięśniowej.

Problem bigoreksji doskonale pokazują dwa filmy dokumentalne opowiadające o życiu młodych kulturystów: „Chłopaki na testosteronie” oraz „Koksiarze”. Bohaterami obu filmów są młodzi mężczyźni, których łączą marzenia o karierze kulturystów. Idealna muskulatura ciała staje się ich głównym życiowym celem. Wielogodzinny trening na siłowni podporządkowują pozostałe sfery życia, rezygnując między innymi z życia towarzyskiego i nauki. Stosują różnego rodzaju rygorystyczne diety, odżywki, w końcu sięgają po sterydy czyli tzw. „koks”.

Podstawowa przyczyna bigoreksji zdaniem lekarzy i psychologów tkwi w braku akceptacji własnego ciała oraz w problemie z funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej. Bigorektycy to najczęściej chłopcy o wątej budowie ciała, którzy konfrontując się z medialnym wzorcem męczyzny supermana swoje kompleksy próbują leczyć na siłowni.

Charakterystyczną cechą bigorektyka jest poczucie osamotnienia. Jest on skupiony przede wszystkim na sobie. Stroni od ludzi, ponieważ kontakty towarzyskie są dla niego niepotrzebną stratą czasu, który przede wszystkim poświęca na treningi. Taki styl życia często prowadzi do depresji. Na psychikę wpływa również przyjmowanie sterydów, powodujących napady agresji lub absolutnej apatii. Sterydy przyjmowane przez nastolatków hamują wzrost, przyczyniają się również do miażdżycy, zawału serca i udaru mózgu oraz chorób nowotworowych, uszkadzają wątrobę i nerki.

Blady znaczy gorszy

Kanon piękna XXI wieku zakłada, że o zewnętrznej atrakcyjności człowieka świadczy również złocisty kolor skóry, stanowiący oznakę zdrowego stylu życia. Pogoń za opalenizną może jednak doprowadzić do tanoreksji czyli uzależnienia od opalania. Tanorektycy żyją w ciągłym przeświadczeniu, że są bladzi, a przez to nieatrakcyjni, dlatego latem czują przymus stałego przebywania na słońcu, a gdy jest to niemożliwe, regularnie korzystają z solarium, systematycznie wydłużając czas opalania.

Nalóg opalania jest szczególnie niebezpieczny dla zdrowia – grozi uszkodze-

niem wzroku, poparzeniami, licznymi chorobami skóry, w tym nowotworem, oraz ogólnym wyniszczeniem organizmu. Jak każde uzależnienie, nie pozostaje obojętne dla ludzkiej psychiki. Tanorektykom trudno jest uświadomić, że mają problem, gdyż podobnie jak alkoholicy czy nałogowi palacze twierdzą, że robią tak, bo lubią i nie widzą w tym nic niepokojącego.

Wiem, co jem

Do najbardziej znanych zaburzeń związanych z odżywianiem należy charakteryzująca się napadami obżarstwa bulimia oraz polegająca na celowej utracie i utrzymywaniu wagi ciała poniżej normy anoreksja. Pod koniec XX wieku lekarze i dietetycy zasygnalizowali pojawienie się dwóch innych, równie niebezpiecznych uzależnień: ortoreksji i monofagii.

Ortoreksja to obsesja na punkcie zdrowego odżywiania się. Monofagia z kolei polega spożywaniu tylko jednego rodzaju artykułów spożywczych uznawanych za właściwe. Inne produkty przez osoby z tym zaburzeniem uważane są za niezdrowe, niesmaczne, czy wręcz obrzydliwe.

Zdaniem psychologów ortorektycy to często młodzi ludzie wychowywani w nadopiekuńczych rodzinach, psychicznie uzależnieni od swoich rodziców. Eksperymentując z własnym jadłospisem starają się w ten sposób podkreślić swoją odrębność. W okresie dojrzewania nastolatki z reguły mają dużą potrzebę budowania własnej tożsamości i indywidualności. Specjaliści podkreślają też, że ortoreksja dotyczy przede wszystkim zbytnio skoncentrowanych na sobie perfekcjonistów, którzy żyją w przekonaniu, że dzięki właściwemu odżywianiu będą mieli pełną kontrolę nad swoim zdrowiem i wyglądem.

Ortoreksja zaczyna się od przesadnego zainteresowania zdrowym odżywianiem i stopniowego rezygnowania z niektórych potraw i produktów żywnościowych. Po pewnym czasie przeradza się w monofagię i skutek zubożenia diety doprowadza do powolnego wyniszczenia organizmu.

Podobnie jak w przypadku innych uzależnień, pomoc ortorektykom jest bardzo trudna, ponieważ są oni przekonani

o całkowitej słuszności swoich decyzji. Uważają, że to inni źle się odżywiają i powinni ich naśladować.

Potrzebna pomoc

Każde uzależnienie wymaga interwencji specjalisty i powinno być w pierwszej kolejności skonsultowane z psychologiem lub lekarzem. Źródło wszystkich nałogów znajduje się w psychice człowieka a skutki uzależnienia mogą latami odbijać się na zdrowiu.

Istotną rolę w walce z nałogami odgrywają działania prewencyjne, dlatego profilaktyka zaburzeń związanych z fałszywym postrzeganiem własnego ciała, w tym zaburzeń dotyczących odżywiania, powinna być na stałe wpisana w program wychowawczy i profilaktyczny szkoły. Zażycia dla młodzieży na temat zdrowego stylu życia i odżywiania się według nowej podstawy programowej są zaplanowane w ramach tzw. edukacji zdrowotnej. W planie pracy wychowawczej nauczycieli, wychowawców i katechetów warto również poświęcić trochę miejsca na naukę krytycznego korzystania z mediów oraz ćwiczenia i zabawy pomagające wzmocnić poczucie własnej wartości i uczące akceptacji własnego ciała oraz dystansu do kanonów mody i urody współczesnej popkultury.

Aneta Golba

ANETA GOLBA – mgr teologii KUL, absolwentka Studium Życia Rodzinnego Archidiecezji Przemyskiej, nauczycielka religii w Regionalnym Centrum Edukacji Zawodowej w Biłgoraju

BIBLIOGRAFIA:

- Brytek-Matera A., *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*, Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2007.
- Cierpiałkowska L. (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań 2007.
- Kowalczyk M., *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej*, Impuls, Kraków 2008.
- Čabri M., L. Pokrywka, *Piękno ciała*, PWN, Warszawa 2010.
- Ogden J., *Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.

**Szanowna Pani
Ewa Kopacz
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej**

LIST OTWARTY

Mając na uwadze rozpatrywany obecnie przez Sejm RP **projekt ustawy o zmianie ustawy o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 1051, złożony przez Posłów Ruchu Palikota i SLD)**, pragniemy przedstawić swoje stanowisko w sprawie tego projektu.

Przedmiotowy projekt ustawy oceniamy negatywnie, ponieważ narusza on konstytucyjne zasady ochrony małżeństwa, rodziny i dobra dzieci. Należy podkreślić, że projekt nowelizacji nie ma żadnego uzasadnienia w dostosowywaniu polskiego prawa do regulacji unijnych.

Projekt ustawy jest, zarówno co jego celów jak i szczegółowych propozycji rozwiązań prawnych, istotnie sprzeczny z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej oraz utrwalonymi w społeczeństwie normami etycznymi i obyczajowymi. Uchwalenie tych regulacji byłoby podważeniem aksjologii i dobrych rozwiązań normatywnych polskiej Konstytucji, zakorzenionych w polskiej kulturze prawnej i tradycji narodu. W szczególności byłoby to pogwałceniem praw i wolności obywatelskich poprzez bezprecedensową ingerencję w sferę życia prywatnego i intymnego obywateli. Nie można zapominać, że polska Konstytucja jest stosowana bezpośrednio, czyli zawiera katalog norm prawnych, które nie wymagają wdrożenia poprzez ustawę (Art. 8 ust. 2 Konstytucji).

Przede wszystkim projekt narusza Art. 18 Konstytucji, który chroni małżeństwo jako związek kobiety i mężczyzny, rodzinę, macierzyństwo i rodzicielstwo. Z jednej strony próbuje on bowiem wprowadzić możliwość zakazu promowania (i to nawet w obszarach komercyjnych, np. związanych z reklamą towarów i usług) zachowań antropologicznie i społecznie prawidłowych – zmierzających do rozwijania postaw prorodzinnych, prokreacji i wychowania dzieci, wierności małżeńskiej itd., ze względu na subiektywne ich uznanie jako dyskryminujących wobec skłonności seksualnych niektórych środowisk. Z drugiej strony nakazuje on promowanie skłonności seksualnych tych środowisk, choćby przez nałożenie na organy administracji publicznej obowiązku współpracy z organizacjami statutowo zajmującymi się walką z dyskryminacją.

Projekt jest również sprzeczny z jedną z naczelných zasad polskiego porządku prawnego, potwierdzoną w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym oraz chronioną równolegle Konwencją o Ochronie Praw Dziecka, czyli zasadą ochrony dobra dziecka, jego moralności i życia rodzinnego. Umożliwia on bowiem szerokie rozpowszechnianie postaw i treści o charakterze demoralizującym i negatywnie wpływających na prawidłowy rozwój dzieci. Przykładem tego jest wprowadzane pojęcie „ekspresji płciowej” jako przedmiotu ochrony antydyskryminacyjnej.

Nadto projektowana nowelizacja jest istotnie sprzeczna z Art. 20 Konstytucji RP, który chroni wolność gospodarczą, swobodę kontraktowania i własność prywatną. Projektodawcy usiłują wkroczyć w tę sferę, wprowadzając tzw. normy antydyskryminacyjne zwłaszcza do dziedziny kontraktów umownych (handlowych i innych) pomiędzy równouprawnionymi podmiotami prawnymi. Jest to tym bardziej niewłaściwe, iż projekt próbuje regulować sferę intencji, a więc pobudek psychicznych, jakimi kieruje się człowiek odmawiając zawarcia umowy z inną osobą. Tego rodzaju regulacje bardziej pasują do autorytarnych ustrojów państwowych wkraczających w każdą dziedzinę życia człowieka, niż do demokratycznego państwa prawa, w którym obowiązuje zasada pomocniczości.

Niepokoją również przepisy ograniczające wolność mediów i swobodę wypowiedzi, istotnie naruszające Art. 14 Konstytucji. Proponowane regulacje mogą doprowadzić początkowo do miękkiej, wynikającej z konformizmu zarządców środków masowego przekazu, a potem twardej, zabezpieczonej przymusem państwowym – cenzury prewencyjnej.

Projektowana regulacja nie zmierza do równego traktowania, ale do istotnych zmian w obrębie porządku prawnego, które trudno pogodzić z Konstytucją. Stanowi ona eksperyment, który grozi poważnymi konsekwencjami społecznymi, w postaci przyczynienia się do rozpadu więzi społecznych, znacznego osłabienia instytucji rodziny, spadku przyrostu naturalnego, wzrostu poczucia alienacji i samotności wśród jednostek, w szczególności dzieci i młodzieży. To zaś może prowadzić do poważnego kryzysu państwa i społeczeństwa.

Z wyrazami szacunku
Antoni Szymański, Paweł Wośicki
Członkowie Zespołu ds. Rodziny Komisji Wspólnej Rządu i Episkopatu Polski

Rodzice ponumerowani

Podobno wśród podstawowych danych osobowych ucznia niedługo będą figurować określenia: „Rodzic 1” i „Rodzic 2” (a może z rzymskimi cyferkami?). Czy w takim razie będzie wiadomo „kto jest kto”? Czy w nowej wersji tradycyjna dla urzędowych formularzy kolejność będzie np. uzależniona od wieku, czy od poziomu wykształcenia, albo nawet od wysokości wynagrodzenia, rzutużącej na kwotę należnego podatku? Numer Pesel zawiera ukrytą podpowiedź dotyczącą płci, więc chyba odpada?

Z kolei słowo **RODZIC**, jako logicznie i grammatycznie przynależące do rodzaju męskiego, może spowodować konieczność użycia, zamiast historycznie utrwalonej formy zbiorowej „**obojcie rodzice**”, typowej liczby podwójnej „**obaj**”, „**dwaj**”.

Następna wątpliwość dotyczy zapisu w dokumentach imienia Rodzica 1 i Rodzica 2. Czy dla pełnego utajnienia tych dwóch rubryk nie byłoby celowe zrezygnowanie z pełnej formy imienia na rzecz samego inicjału? Albo opracowanie „spisu imion do użytku szkolnego” w wersji damsko-męskiej: „Adam/Adama”, „Annus/Anna”, „Beatus/Beata”, „Hubert/Huberta”, „Piotr/Piotryna” itd. Byłby niewątpliwie kłopot z takimi imionami, jak: Agnieszka, Lidia, Jacek, Jerzy (Jerza czy Jerzyna?) i z wieloma innymi.

W jaki sposób nauczyciel będzie wpisywał do dzienniczka „zaproszenie” do obowiązkowej wizyty osoby dorosłej w szkole? Czy będzie używał formy „Szanowny Rodzicu 1” lub „Szanowny Rodzicu 2”, a może „Szanowni Rodzice

1 i 2”? Czy uczeń będzie miał prawo usprawiedliwiać wzywanych w dotychczasowej formie: „Mama nie może przyjść, bo jest chora”, „Tata nie może, bo jest w delegacji”, czy też będzie zobowiązany używać kryptonimu: „mój

dla podkreślenia strefy bezpieczeństwa własnej rodziny?

Dlaczego w imię niezupełnie jasnych intencji dąży się do uprzedmiotowienia osób oraz sprowadzenia często złożonych więzi rodzinnych do schematu współlistnienia i współdziałania „podstawowej komórki społecznej”?



Rodzic 1 jest chory”, a „Rodzic 2 jest w delegacji”? Czy będzie miał odwagę zaproponować, by w zastępstwie mogła przyjść Babcia albo Dziadek, bo przecież w projekcie nie zostali odpowiednio zakodowani?

Co będzie wówczas, jeśli rozpadnie się rodzina i pojawi się w niej nowy partner (dla uproszczenia zakładam, że chodzi o „wujka”, który próbuje pełnić rolę taty)? Jaki nowy zapis będzie figurował w dokumentacji szkoły: „Rodzic 3” czy może „Rodzic 2”, a za jakiś czas może nawet „Rodzic 2”?

Czy uczniowie w rozmowach między sobą będą musieli wyzbyć się ciepłonoszalanckich, powszechnie przyjętych określeń: „moja staruszka” i „mój stary”

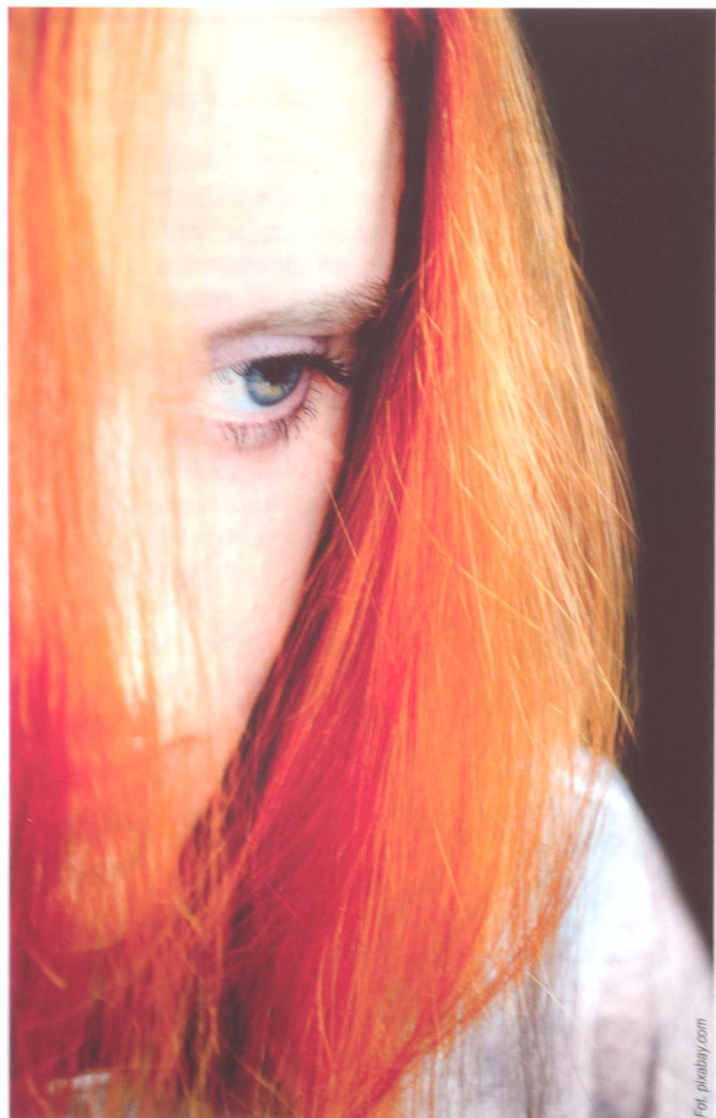
Niejeden raz w historii państw lub społeczności przeżywała ona taki czy inny kryzys, z każdego wychodząc nieco odmieniona, trochę dopasowana do nowych warunków i aktualnych zadań, ale nadal jako **rodzina!**

Dzisiaj każdy, kto może, realizuje marzenie o swoim drzewie genealogicznym, w konarach którego gnieździ się prestiż współczesnych elit. Co będzie z następnymi pokoleniami?

Maria Mojzesowicz

MARIA MOJZESOWICZ – emerytowana katechetka, Warszawa

Samookaleczenia



Fot. piababy.com

zbyt wolnym efektem odchudzenia, co jest postrzeganiem subiektywnym osób, obciążoną bulimią lub anoreksją¹.

Psychologia zwraca uwagę na jeden ważny aspekt omawianego zjawiska. Dana jednostka dopuszcza się samookaleczenia (np. by rozładować negatywne emocje), w związku z czym nie musi być dodatkowo obciążona innymi zaburzeniami. Należy również tę patologię oddzielić od podejmowanych zachowań suicydalnych, czyli prób samobójczych. W przypadku samobójstw celem nadrzędnym będzie chęć pozbawienia siebie życia i niemożność czucia czegokolwiek. Z kolei przy samouszkodzeniu chodzi głównie o ucieczkę przed tym, co nieprzyjemne, np.: choroba, zawód miłosny, konflikt z rodzicami, itp. Jak podaje literatura, niektórzy dokonują nacięć na ciele tylko po to, by móc poczuć cokolwiek

zaobserwować przerażenie oraz zniechęcenie, a nawet piętnowanie ze strony otoczenia. W wyniku tego osoba uzależniona od tej dewiacji pozostaje sama ze swoim problemem, gdyż wszystkie próby rozmowy o swoich doświadczeniach okazują się fiaskiem.

Szacunkowe badania podają, że 15–22 proc. osób w okresie dojrzewania myślało lub dokonało autoagresji. Jednak z roku na rok coraz więcej ludzi dopuszcza się takowych zachowań. O ile w okresie adolescencji samookaleczenia można wpisać w problemy charakterystyczne dla tego etapu życia, to inaczej ma się sprawa z osobami po okresie dojrzewania. Część empirii dowodzi, iż wspomniany problem dotyczy jednego procenta osób dorosłych. W związku z czym samouszkodzenia oraz związane z tym zranienie własnego ciała, zadawanie bólu nie jest przypisane jedynie konkretnym grupom wiekowym.

Formy samookaleczeń

Okaleczanie się przybiera różne formy. Najpopularniejszą jest nacinanie skóry, najczęściej w okolicy ramion, dłoni, nóg. Rzadziej kaleczy się twarz, klatkę piersiową oraz genitalia. Wśród innych przejawów samouszkodzeń wymienia się: przypalanie papierosem, poparzenia wodą, ewentualnie innymi substancjami, bicie siebie, drapanie, wbijanie sobie w ciało ostrych przedmiotów. W skrajnych przypadkach, chcąc poczuć ból, polyka się różne przedmioty. Co ciekawe, obgryzanie paznokci lub skórek również może być formą autoagresji, jednak są one tak popularne, że nie zwraca się na nie uwagi. Zachowania te służą odreagowaniu np. stresu, a więc noszą znamię samouszkodzenia, niemniej jednak nie są one tak drastyczne, jak w sytuacji osób dokonujących nacięć na skórze.

Do chwili obecnej nie ustalono, jaka jest skala zjawiska. Do głównych powodów zalicza się wstyd oraz brak chęci przed ujawnieniem swojej przypadłości.

Samouszkodzenia są dość powszechnym zjawiskiem społecznym. Wiele osób nie dostrzega lub nie chce dostrzegać tego problemu wśród najbliższych. Zjawisko to pojawia się najczęściej w okresie dojrzewania, ewentualnie we wczesnej dorosłości. Trwa przez kilkanaście lat, ale z wiekiem można przypuszczać, że powinno ono wygasnąć.

Samookaleczeń dopuszcza się wiele osób, jednak tego typu zachowania wciąż traktuje się nie jako oddzielne uzależnienie, a jako jeden z wielu objawów różnych patologii. Jest ono również przypisywane do zaburzeń odżywiania, gdyż w ten sposób rozładowuje się stres związany ze

(głównie osoby, które odczuwają tzw. emocjonalną pustkę). Sprawianie sobie bólu pozwala poczuć, iż życie nie jest całkowicie obce lub, w przypadku sadyków lub sadomasochistów, by zaspokoić swoje potrzeby seksualne. Jednak ci ostatni nie muszą czuć bezpośrednio bólu, wystarczy im świadomość, że podczas aktu cierpi ktoś inny.

Samookaleczenie nie ma jednak służyć bezpośredniemu zagrożeniu swojego życia, ale osoby dopuszczające się tego czynu częściej mają myśli samobójcze. Co więcej, w społeczeństwie zachowania tego typu traktowane są jako anormalne. Oznacza to, iż odbiega ono od normy moralnej, a na wzmiankę o nim można

ważny jest również lęk przed odrzuceniem ze strony najbliższych. Do tego dochodzi kwestia pojmowania autoagresji jako objaw współtowarzyszący innym patologiom, jak również zaburzeń osobowości, zwłaszcza typu borderline² oraz przy zachowaniach samobójczych. Dodatkową przeszkodą jest fakt, iż samookaleczenia trwają latami, a sposobów na ich ukrywanie można wymieniać wiele, w związku z czym nawet najbliżsi nie zdają sobie sprawy, że ich bliski się okalecza.

Funkcje samouszkodzeń

Istnieje wiele funkcji autoagresji. Nadrzędną jest możliwość rozładowania napięcia oraz zmniejszenie bólu psychicznego. Uszkodzenie własnego ciała poprawia samopoczucie, a to z kolei umożliwia pełny powrót do codziennych obowiązków, które mogą powodować stres. W momencie kumulacji skłania on do negatywnych działań.

Drugą funkcją to funkcja ochrona. Polega ona na przeobrażeniu bólu psychicznego w ból fizyczny, który łatwiej można poczuć, że wciąż się żyje. Ponadto ból psychiczny może trwać latami i być niezauważony przez nikogo, w związku z czym trudniej z nim walczyć. Natomiast w drugim rodzaju bólu istnieje realna szansa na walkę, np. za pomocą farmakoterapii.

Omawiane działanie może być również przejawem komunikatu alternatywnego. Osoby dopuszczające się autoagresji często tłumią złość, gniew, frustrację. Rodzi się w nich przekonanie o niemożności ujawnienia swoich odczuć, a z czasem dochodzi też do tłumienia pozostałych emocji. Okaleczanie staje się uewnętrznieniem „zakazanych” emocji, uśmierzeniem napięcia oraz dokonaniem ekspresji emocjonalnej. Ponadto wspomniany komunikat może odnosić się do próby zakomunikowania otoczeniu o swoim cierpieniu, a wszelkie formy autoagresji stanowią jedyny sposób wyrazu.

Inną zaletą samookaleczenia jest możliwość stworzenia porozumienia pomiędzy ja duchowym a ja cielesnym. Niemożność porozumienia się pomiędzy wspomnianymi elementami *physis* wynika z faktu, że osoby z takim uzależnieniem czują się martwe za życia. Odczuwanie bólu oraz widok krwi daje im poczucie, iż wciąż żyją.

Etapy samookaleczeń

Warto zauważyć, że po akcie okaleczenia następuje efekt pielęgnowania rany. Na tej podstawie można powiedzieć o osobie się okaleczającej, iż jest ona najpierw ofiarą, potem prześladowcą, a na końcu pocieszycielem. Taka kolejność wynika bezpośrednio z faktu, że do okaleczeń dochodzi w momencie pojawienia się bólu. Z tego powodu wzmagają się wewnętrzne napięcie. W tym czasie jednostka z ofiary staje się oprawcą. Natomiast strach przed wyjściem okaleczenia na jaw powoduje u osoby poczucie winy względem siebie i mobilizację, aby jak najszybciej pozbyć się ran. Pielęgnacja okaleczeń odbywa się również z powodu strachu przed zainfekowaniem organizmu przez np. drobnoustroje.

Terapia

Funkcji autoagresji jest wiele, nie można jednak wyrokować już na wstępie o tym, z jakich powodów dana jednostka się okalecza. Zapoznanie się z przyczynami dokonanych uszkodzeń ciała, znacznie ułatwia pracę psychoterapeuty. Dane działanie u każdej jednostki może świadczyć o innym problemie, z jakim się ona zmagają, a na znak protestu wyzwała w sobie ból.

Z problemem samouszkodzeń osoba styka się w sytuacji, gdy jednorazowe cięcie przechodzi w regułę. Możliwości leczenia nie ma wiele. Najczęściej jest to farmakoterapia oraz specjalne programy terapeutyczne.

W przypadku autoagresji wiele osób dopuszcza się jej z powodu chorób psychicznych. Jednak większość w taki sposób radzi sobie z sytuacją stresogenną. Wówczas lekarze specjaliści mają obowiązek nauczyć osobę chorą, jak ma sobie radzić w takich momentach. We wstępnej fazie leczenia w razie konieczności można wprowadzić wspomagającą farmakologię. W sytuacji, gdy okaleczenie przybiera formę próśby, by zwrócić na siebie uwagę innych, specjaliści tłumią wzrost liczby przypadków związanych z celowym zadawaniem sobie ran. Wykorzystują oni do tego teorię o podatności nastolatków na zaburzenia psychiczne. To prawda, że wspomniana grupa często

nie umie sobie radzić z presją czy problemami, ale nie można tu wykluczyć poważnych problemów emocjonalnych, rodzinnych itp. W Polsce lekarze dostrzegają wzrost liczby przypadków autoagresji. Nie zauważono jednak wzrostu liczby członków subkultury emo, u której np. cięcie się jest elementem ideologii.

Bez względu na powody, dla których dana osoba dopuszcza się autoagresji, w sytuacji kiedy okaleczenia stają się częstsze, powinna niezwłocznie udać się do specjalisty zajmującego się leczeniem tego typu uzależnień.

Podsumowanie

Niezależnie od przyczyny, autoagresja jest przejawem cierpienia. Pełni ona określone funkcje psychologiczne, mimo że społecznie wywołuje wstręt i unikanie. Odkrycie przyczyn tego cierpienia umożliwia osobie dopuszczającej się okaleczeń zrozumienie siebie i życia, które ją otacza. Często prowadzi to do zaprzestania okaleczeń. Przelamanie bariery milczenia, pomoc bliskich i specjalistów pomaga zrozumieć istotę uzależnienia. Uświadomienie sobie tej prawdy pozwala podjąć walkę ze wspomnianym działaniem.

Marcin Misztal

MARCIN MISZTAŁ – absolwent Wyższej Szkoły Lingwistycznej w Częstochowie

Przypisy:

1. Anoreksja i bulimia są najpopularniejszymi zaburzeniami odżywiania. Pierwsze polega na celowym, często całkowitym odmawianiu sobie jedzenia, drugie na wymuszaniu torsji w celu odchudzenia. Efektem tych zaburzeń jest bezpośrednio zagrożenie życia.
2. Borderline to nie zrównoważenie emocjonalne. Osoby cierpiące na to zaburzenie miewają częste zmiany nastroju, szybko się irytują i wpadają w lęk, mają nieadekwatne do sytuacji i niekontrolowane wybuchy gniewu.

Bibliografia:

- Babiker G., Arnold L., *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Kozak S., *Patologie wśród dzieci i młodzieży. Leczenie i profilaktyka*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2007.
- Suchańska A., Wycisk J. (red.), *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*. Wydawnictwo Bogucki, Poznań 2006.

KRZYK rozpaczy



Fot. pixabay.com

Najpowszechniejsza śmierć, jaka dotyka młodych ludzi, to śmierć samobójcza. Samobójstwo to ostateczne rozwiązanie kłopotów psychicznych, do jakiego można się posunąć. Nie przynosi ono jednak ukojenia. Jest to ucieczka w ciemny zaułek, który prowadzi donikąd, ale również nie ma z niego wyjścia. Jedyнным sposobem, by zmniejszyć liczbę młodych ludzi, którzy do tego zaułka wchodzą, jest mądra profilaktyka.

Poprzeczne blizny na przedramieniu wychowanka nie zawsze świadczą o tym, że podejmował on próby samobójcze. Możliwe, że nasz podopieczny ma za sobą inne doświadczenia autodestrukcyjne, czyli samookaleczanie się. To

zachowanie polega na okaleczaniu swojego ciała, jednak nie ma ono na celu odebrania sobie życia.

Zachowania samobójcze można powiązać z następującymi zjawiskami: alkoholizm, depresja, zaburzenia osobowości. Osoby, które posiadają ugruntowane poczucie przynależności do grupy religijnej, rzadziej popełniają samobójstwa. Nie mówimy tu o przypadkach skrajnych, gdzie rzekomo w imię religii (różnego rodzaju sekty) popełnia ten czyn nawet kilka osób w ramach jednego aktu religijnego.

Jak rozpoznać osobę mającą skłonności samobójcze? Zwykle świadczą o tym takie cechy, jak: poczucie beznadziejności, frustracje, uciążliwy ból psychiczny. Osoba o skłonnościach samobójczych często ocenia siebie bardzo surowo. Dotyczy to również przyszłości i związanego z nią otoczenia. Wykonując jakieś czynności, osoby te mają tendencje do perfekcjonizmu. Człowieka zagrożonego samobójstwem niezwykle trudno jest rozpoznać. Tym samym zapobieganie samobójstwu jest trudne, zwłaszcza że samobójstwo (jeśli jest starannie przygotowane) zwykle się udaje. Jedyнным „oreżem” wychowawcy w walce z tym zagrożeniem jest wiedza, zmysł obserwacji oraz intuicja pedagogiczna. Jednocześnie osoba używająca tych narzędzi musi być obdarzona wielkim taktem i delikatnością, aby nie ingerować zbyt agresywnie w emocje i przeżycia wychowanków. Nie można sobie pozwolić na lekceważenie nawet najmniejszego sygnału. Jednym z mitów dotyczących samobójców jest niezwykle mylne przeświadczenie, że ten który zapowiada, że się zabije, nie popełni tego czynu.

Profilaktyka przeciwko samobójstwom wśród młodzieży musi być prowadzona na dwóch płaszczyznach. Powinna być zaadresowana nie tylko do całego społeczeństwa, ale i poszczególnych jednostek. Liczbę samobójstw może zredukować ograniczenie dostępności środków, którymi posługują się samobójcy. Poprzez kampanie społeczne i media powinno zmienić się postrzeganie osób chorych psychicznie i korzystających z pomocy psychologicznej. Spojrzenie na osoby korzystające z pomocy profesjonalistów w kwestiach swojej psychiki jest bardzo surowe. Skutkuje to tym, że ludzie boją się przyznać lub nawet iść do psychologa, co potęguje ich frustrację. Tylko dostrzeżenie powagi problemu i odpowiednie działania mogą sprawić, że zmniejszy się liczba prób samobójczych, które są najpoważniejszą konsekwencją kłopotów młodzieży z psychiką.

Lukasz Chrzanowski

LUKASZ CHRZANOWSKI – pedagog szkolny, absolwent Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Gdy życie traci sens

Akt odebrania sobie życia nierozdzielnie łączy się z zaburzeniami natury psychicznej, a konkretnie stanem depresji. Myśli o samobójstwie pojawiają się już w depresji o średnim poziomie, nie oznacza to jednak, iż człowiek, który ma takie myśli, rzeczywiście planuje samobójstwo. Zjawisko to dotyczy również osoby w stanie głębokiej depresji, gdy poczucie bezradności osiąga szczyt, a myśl o ucieczce, przerwaniu cierpienia i pragnieniu śmierci pojawia się niemal w każdej minucie życia.

Okolo 10% pacjentów, którzy byli leżeni w szpitalach psychiatrycznych z powodu ostrej depresji, zabija się. Zawsze istnieje więc ryzyko rzeczywistego targnięcia się na swoje życie. Nawet w najbardziej ponurym stanie osoba cierpiąca może mieć wystarczająco dużo energii, aby się zdobyć na samobójstwo. Cechą wspólną prawie wszystkich czynów samobójczych jest występowanie tzw. syndromu presuicydalnego, na który składają się: zawężenia, agresja hamowana oraz fantazje samobójcze.

Zawężenia

Zawężenie sytuacyjne to utrata równowagi między warunkami życia a poczuciem własnych możliwości. Człowiek czuje się wówczas bezsilny, zdany na łaskę losu, ponieważ sam nie jest w stanie nic zmienić. Jakże bliska wydaje się nam wówczas sytuacja człowieka zagrożonego samobójstwem, gdy odkrywamy, że łączą nas z nim, ludzi bez takich skłonności, podobnie spiętrzone przeszkody, podobnie sparaliżowana możliwość działania i niemoc?

Należy podkreślić, że samo zagrożenie z zewnątrz (ciosy zadawane przez

los) nie może doprowadzić do samobójstwa, zależy ono bowiem od samej jednostki i jest odpowiedzią na zaburzenia. Podobnie rzecz się ma z myślami o samobójstwie; samo ich wystąpienie nie sprawi, iż ktoś targnie się na swoje życie. Akt samobójczy wymaga ogromnej dynamiki, która kształtuje się w wyniku pesymistycznego patrzenia na świat. Śmierć samobójcza następuje w momencie, gdy załamuje się charakter i osobowość jednostki. Nie dostrzegając w swoim życiu niczego pozytywnego, jednostka pada ofiarą swego zniekształconego obrazu potwierdzającego jej pesymizm. Rozwój osobowości jednostki staje się wówczas jednokierunkowy, a presja emocji powoduje, iż sprawy wyglądają tak, jak się je chce, a raczej musi widzieć. Wtedy to człowiek na własne życzenie izoluje się od świata. Ten smutny fakt szczególnie często obserwujemy u ludzi starych, samotnych, których dzieci usamodzielnili się i zapomnieli o opiece nad rodzicami.

Jednostka zawęża wówczas pole swoich kontaktów do jednego kolegi lub koleżanki, których obarcza swoimi problemami i od których staje się zależna. Takie nadmierne przywiązanie jest dość uciążliwe dla bliskiej osoby, bowiem przyszły samobójca oczekuje od niej ustawicznej pomocy psychicznej. Egoizm ogranicza jego pole dostrzegania problemów innych ludzi. Taka postawa może rodzić negatywne odczucia w zdrowej jednostce.

Zawężenie świata wartości to najbardziej dotkliwy i istotny element syndromu presuicydalnego. Głównym problemem jest tu zmniejszenie poczucia własnej wartości, wiążące się z niewiarą we własne siły, a w sytuacjach krytycznych w sens istnienia. Ból kompromitacji hamuje odwagę i chęć walki o swoje, a pesymizm

utwierdza w przekonaniu, że jest się nikim. Z reguły fakt niedowartościowania swojej osoby łączy się z zaburzonymi stosunkami rodzic – dziecko, kiedy to ani ojciec ani matka nie kochają go, wciąż o coś obwiniając i oskarżając. W późniejszym życiu na zaniżone mniemanie o sobie mają wpływ różne sytuacje, w których jednostka wbrew oczekiwaniom innych osób nie sprawdza się, np. nie potrafi ugotować obiadu, napisać ładnego wypracowania, zdać prostego egzaminu, podczas gdy wszystkim wokół przychodzi to z łatwością.

Brak stosunku do wartości

Skupiając się na jednym rodzaju działań, człowiek nie inwestuje sił w nowe zamierzenia, tym samym nie jest w stanie podnieść swojego zaniżonego ja. Początkowo schodzenie trudnościami z drogi przynosi potencjalnemu samobójcy ulgę. Z czasem zaczyna odczuwać brak dawnych obszarów aktywności, ale wtedy jest już za późno, gdyż poczucie marnej własnej wartości góruje nad chęcią powrotu do obszarów działań, z których zrezygnował. Zawężenie świata wartości może wynikać także z zaspokojenia wszystkich potrzeb i marzeń jednostki, a więc po prostu z nudy. Pojawiają się wtedy pytania: Czy warto żyć, skoro świat pełen nietrwałych wartości materialnych nie jest w stanie zaoferować człowiekowi nic cenniejszego niż to, co może mieć fizycznie? Czy samobójstwo nie byłoby dobrym sposobem wyrwania się z szarej, nudnej rzeczywistości w nową sferę napięcia czy przygody?

Uważam, że nawet w sytuacji, gdy jednostka pozwoli sobie na obrazę powszechnie szanowanych wartości, i tak wpędzi się w mechanizm kierujący ją ku samobójstwu. Owszem, przerwie monotonię życia, ale przez swoje nietypowe zachowanie zostanie wyrzucona poza nawias społeczny, czego konsekwencją będzie izolacja, poczucie beznadziejności i ostateczna chęć samozagłady.

Agresja hamowana i autoagresja

Przyczyny tego zjawiska trafnie ujmują słowa, że nie odbiera sobie życia nikt,

kto przedtem nie chciał zabić lub nie pragnął, by umarł ktoś inny. Z powyższego wynika, iż w gruncie rzeczy celem zachowań agresywnych są inni ludzie, którzy na skutek introjeksji znajdują się w osobie samobójcy. Mimo wielkich chęci wyrządzenia krzywdy drugiej osobie, hamuje ona jednak agresję w stosunku do niej i realizuje samozagładę.

Zemsta samobójcy. Ilustracją tego zjawiska może być przypadek dziewczynki, która na polecenie rodziców miała zastrzelić swojego kochanego psa, a w rzeczywistości zabiła samą siebie. Zemsta samobójcy polega w moim odczuciu na zwróceniu uwagi osób na swoje zachowanie, na analizie działań, a także na wzbudzeniu w nich poczucia winy i żalu za to, że ktoś odebrał sobie życie. Bywa jednak, iż zemsta samobójcy ma charakter rzeczywisty, a jej celem jest zadanie cierpienia fizycznego lub psychicznego osobom, które się zna i nie lubi, lub osobom całkiem przypadkowym. Przykładem tego zjawiska może być człowiek, który strzela do ludzi, a potem sam się zabija.

Psychikę osoby zagrożonej samobójstwem można obrazowo porównać do przelewającego się zbiornika. Pierwszy powód owego przelania to nadmierny dopływ agresji, drugi natomiast to jej utrudniony odpływ. Brak swobodnego ujścia agresji powoduje jej nadmierną kumulację, co rodzi bezsilną wściekłość i pęd ku samobójstwu. Analizując postawy ludzkie zauważamy, iż istnieją takie sytuacje, w których agresja może być bezkarnie wyladowana. Jest to np. okres wojny, kiedy obserwuje się malejącą liczbę samobójstw młodych mężczyzn. Niezbyt szokującym wydaje się wobec tego spadek liczby samobójstw w związkach małżeńskich, co tłumaczy się możliwością wzajemnego wyladowania agresji przez oboje partnerów.

Jakich ludzi dotyka samobójstwo?

Liczba aktów samobójczych wzrasta wśród osób samotnych, rozwiedzionych, owdowiałych. Grupę podwyższonego ryzyka stanowią też ludzie starzy, cierpiący na nieuleczalne choroby, alkoholicy, narkomani, uchodźcy, kryminaliści, ludzie prześladowani z powodów rasowych, religijnych, politycznych, mieszkańcy wsi przenoszący się do miasta, ludzie żyjący w trudnych warunkach socjalnych, osoby po wypadkach samochodowych, osoby po próbach zamachu samobójczego.

Większość samobójstw jest poprzedzona dłuższym lub krótszym okresem wyczekiwania. Nie bez znaczenia jest tu ogromny wpływ religii na psychikę człowieka. Świat, którego doświadczyliśmy przed narodzinami, jest w odczuciu



przyszłego samobójcy bezgranicznie dobry, pełen miłości, spokoju i szczęśliwości, dlatego po obciążeniach, np. z wczesnego dzieciństwa, wcześniejszych urazach dąży on do powrotu do tej krainy dobroci. Podobnie przeżycie śmierci klinicznej może prowadzić do rozluźnienia więzi ze światem i osłabienia zaangażowania w ziemskie sprawy. Osoba zagrożona samobójstwem nie wierzy, że życie może przynieść spełnienie jej pragnień i tęskni do spokoju, który ma nadejść wraz ze śmiercią. Zauważmy, że przyszły samobójca to osoba o słabej psychice, tzn. podatna na manipulację. Przypadki wykorzystania takich ludzi obserwujemy m.in. w sektach, gdzie w imię idei dochodzi do zbiorowej samozagłady. Również wiara w reinkarnację, myśl, że obecna egzystencja to tylko jedno z wcieleń, obniża wartość życia i pobudza chęci samobójcze. Niebezpieczeństwem jest zatem zbyt wielki kontrast obu światów: wyobrazonego i realnego, a także wyzwolenie wewnętrznej dynamiki wzmacniającej dodatkowo tendencje samobójcze. Z czasem bowiem człowiek pada ofiarą własnych myśli, a wyobrażenie o skończeniu ze sobą zaczyna go prześladować. Osoba zagrożona samobójstwem

rozpatruje więc setki możliwości zadania sobie śmierci. Niepokojący jest stan, gdy po okresie wyobrażeń jednostka skrytykuje już wizję jednego rodzaju samobójstwa. Wtedy pojawia się presja emocji i przymusu działania skierowana na określoną metodę samozagłady.

Z reguły ten, kogo męczą myśli o samobójstwie, odczuwa potrzebę zasygnalizowania swoich zamiarów. Zdradza się w sposób werbalny, po prostu mówiąc o nich, lub w czynach, np. przez gromadzenie środków służących samobójstwu (leki, alkohol), dokładne porządkowanie swoich rzeczy, pisanie listów... Ma się wrażenie, iż ludzie ci chcą odejść z tego świata w czystości. Wyczuwalna jest również ich wewnętrzna walka między wolą życia a śmierci. Droga do samobójstwa jest więc długa za sprawą owego pojedynku; samouniżenie i pragnienia pozostania przy życiu. Osoba ze skłonnościami samobójczymi przez cały ten czas dojrzewa do samobójstwa. Przechodzi etapy od fantazjowania na temat bycia martwym przez wyobrażenie sobie aktu samobójczego aż do myśli o jednym jego sposobie, opracowanym z detalami.

Często opowiadanie innym o skłonnościach samobójczych ma na celu tylko zwrócenie uwagi otoczenia na fakt, że potrzebuje się pomocy, chęć zyskania zainteresowania lub odwet przez zranienie kogoś, kto wyrządził krzywdę osobie zagrożonej. Dane wskazują, że 85% wszystkich samobójców mówiło już wcześniej o swoich zamiarach, a 60% przyznało, że miało zamiar się zabić. Nie ulega wątpliwości, że samobójstwo jest bardziej prawdopodobne wśród tych, którzy już kiedyś próbowali je popełnić. Osoby takie powinny być otoczone stałą opieką ludzi, aby mogły zapomnieć o przeżytych koszmarze. Bywa jednak, że

uciążliwi sąsiedzi przyczyniają się do ponownej próby samobójczej. Środowisko lokalne może mieć zgubny wpływ na jednostkę, rodzić problemy egzystencjalne, których rozwiązanie tkwi tylko w akcie samozagłady.

Każdy zdrowy człowiek w sytuacjach trudnych, przy dużym nasileniu problemów, pragnąc uciec od nich, snuje myśli o samobójstwie. Depresja może sprawić, że człowiekowi ucieka grunt spod nóg, nie widzi już swojej przyszłości i pragnie śmierci. Brak realizmu w postrzeganiu rzeczywistości jest główną przyczyną izolacji i chęci samobójczych. Każdego roku ludzie umyślnie pozbawiają się życia na skutek nieradzenia sobie z zastaną sytuacją. Powolna aklimatyzacja, jak w przypadku młodych mężczyzn idących do wojska (zjawisko fali, dostęp do broni), podatność na wpływy (sekty), duża nerwowość lub szok będący wynikiem tragicznego zdarzenia popychają ludzi w ręce śmierci. Generalnie człowiek nie umie sam sobie pomóc, wpada w wir nerwicy depresyjnej i ginie. Sam akt istnienia łączy się z wieloma problemami, trzeba mieć silną psychikę, aby nie popaść w ruinę egzystencjalną.

Głównym motorem utrzymania egzystencji jest umiejętność kochania siebie, akceptacja swojej osoby taką, jaką jest. To także umiejętność przyjmowania i od-

wzajemniania uczuć i starań innych osób. Jeśli jest się obojętnym wobec siebie i otoczenia, życie nie może być radosne i szczęśliwe. Czy takie właśnie życie bez chęci do życia ma sens? Osobiście skłaniam się ku pozytywnej odpowiedzi na to pytanie, ponieważ decydując się na śmierć, zamykamy sobie potencjalne możliwości wyjścia z depresji. Zdarzają się bowiem sytuacje, które mogą diametralnie nas odmienić, a wtedy kto da nam jeszcze jedną szansę życia, z którego zrezygnowaliśmy?

Maria Dubiel

MARIA DUBIEL – magister psychologii, lekarz medycyny

Bibliografia

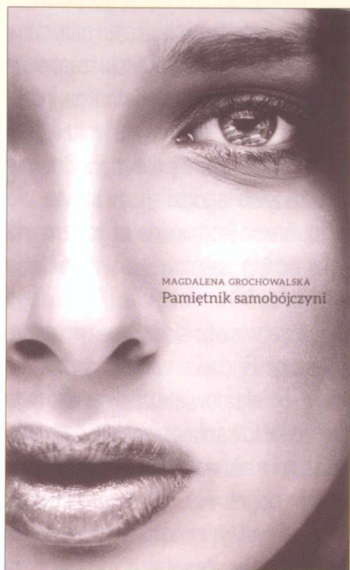
- Mitchel Anthony T., *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*, „Vocatio”, Warszawa 1994.
 Cekiera Cz., *Etiologia i motywacja usiłowanych samobójstw*. Studium Psychologiczne, Warszawa 1975.
 Chabanis Ch., *Śmierć, kres czy początek?*, PAX, Warszawa 1987.
 Cygielska K., *Samobójstwo* [w:] A. Podgórecki, *Zagadnienia patologii społecznej*, PWN, Warszawa 1976.
 Holyst B., *Samobójstwo-przypadek czy konieczność?*, PWN, Warszawa 1983.
 Jarosz M., *Dezorganizacja w rodzinie i w społeczeństwie*, PWN, Warszawa 1987.
 Ringel E., *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, GLOB, Szczecin 1987.
 Ringel E., *Nerwica a samozniszczenie*, PWN, Warszawa 1992.

Zmiana jest możliwa

Książka ukazuje świat widziany oczami osoby chorującej na depresję. Nieudana próba odebrania sobie życia przez główną bohaterkę staje się początkiem trudnej walki z chorobą. Autorka ukazuje zmagania Magdy, pokonującej krok po kroku własną niechęć, obawy, wracającej do ulubionych zajęć i odzyskującej chęć do życia.

Czytelnik znajdzie tu informacje dotyczące różnych form terapii, etapów choroby i zdrowienia. Książka może także stanowić źródło wsparcia dla osób dotkniętych depresją i ich najbliższych, którym często trudno jest zrozumieć, czym jest ta choroba.

Magdalena Grochowalska, *Pamiętnik samobójczyni*, Maternus Media, Tychy 2013



Samobójstwa dzieci i młodzieży (bibliografia)

1. Depresja i próby samobójcze wśród młodzieży : sposoby przeciwdziałania i reagowania / Allan Carr ; tł. Jarosław Rybski. – Gdańsk : Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2008. – 79, [1] s. : 21 cm (Biblioteka Wychowawcy)
2. Diagnoza ryzyka samobójstwa / Jarosław Stukan. – Opole : Prometeusz, 2008. – 385 s. ; 23 cm
3. Dynamika, uwarunkowania, profilaktyka samobójstw w ostatnim ćwierćwieczu XX wieku w Polsce / Roman Bielicki. – Łysomice : Dom Wydawniczy Duet ; Bydgoszcz : Wydaw. Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej, 2005. – 62 s.
4. Etyczny problem samobójstwa / Tadeusz Ślipko. – Kraków : Wydawnictwo Petrus, 2008. – 207, [4] s. ; 20 cm
5. Osobowościowe korelaty prób samobójczych u młodzieży / Barbara Pilecka. – Wyd. 2 rozsz. – Kraków : Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2005. – 280 s. ; 23 cm
6. Patologie wśród dzieci i młodzieży : leczenie i profilaktyka / Stanisław Kozak. – Warszawa : „Difin”, 2007. – 264 s. ; 23 cm
7. Profilaktyka postsuicydalna dla młodzieży i jej rodzin / Adam Czabański. – Poznań : Wydawnictwo Rys, 2009. – 136 s. ; 21 cm
8. Profilaktyka postsuicydalna : poradnik / Adam Czabański. – Poznań : „Pomost”, 2002. – 72 s. ; 24 cm
9. Próby samobójcze jako problem społeczno-duszpasterski / Daniel Knapieński. – Toruń : Zakład Usług Poligraficznych Druk-Tor, [2009]. – 150, [3] s. ; 24 cm
10. Psychopatologia okresu dorastania : wybrane zagadnienia / red. nauk. Wioletta Radziwiłowicz, Anita Sumika. – Kraków : „Impuls”, 2006. – 265 s. ; 25 cm
11. Środowisko, młodzież, zdrowie : pedagogiczne i psychologiczne wymiary zagrożeń życia i rozwoju młodzieży / red. nauk. Jan A. Malinowski, Aleksander Mandecki. – Toruń : „Akapit”, 2007. – 255 s. : il. ; 24 cm
12. Wokół śmierci i umierania / red. nauk. Włodzimierz Galewicz. – Kraków : „Universitas”, 2009. – 457, [2] s. ; 25 cm
13. Zapobieganie samobójstwom : poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły / [tł. z ang. Barbara Mroziak]. – Warszawa : „Fraszka Edukacyjna” : MEN, 2007. – 80 s. ; 21 cm

Elżbieta Trojan

ELŻBIETA TROJAN – Pedagogiczna Biblioteka Wojewódzka w Opolu

Astma – nazwa choroby wywodzi się od greckiego słowa *asthma* oznaczającego duszność, chwytnie z trudem powietrza. Choroba ta jest stanem zapalnym, w którym wskutek nadreaktywności oskrzeli, zwężenia ich światła, obrzęku śluzówki, produkcji wydzieliny oskrzelowej o charakterze zapalnym oraz przerostu mięśniówki gładkiej oskrzeli dochodzi do pojawienia się duszności, świszczącego oddechu, kaszlu, trudności w oddychaniu. Występuje nadwrażliwość błony śluzowej wyściełającej oskrzela, która obkurcza się przy nawet niewielkim podrażnieniu. Astma bywa często dzielona na atopową, w której czynniki alergiczne mają udowodnione znaczenie przyczynowe, i nieatopową, w której nie dowiedziono genezy astmy jako reakcji na czynniki uczulające układ immunologiczny. W wywoływaniu astmy nieatopowej dużą rolę odgrywają takie czynniki, jak wysiłek czy infekcje układu oddechowego (Fronczak 2006: 64-65).

Wśród czynników odpowiedzialnych za wzrost występowania tej choroby najczęściej wymienia się zmiany w środowisku naturalnym, które zaszły w wyniku szybkiej urbanizacji i industrializacji, emisji zanieczyszczeń powietrza, zmiany warunków i stylu życia oraz nadmiernej higieny (Asher et al. 2006: 733-743). Z przeprowadzonych ogólnopolskich badań epidemiologicznych wynika, że blisko 40% Polaków ma stwierdzone objawy chorób alergicznych, a ponad 10% miało astmę oskrzelową. Oznacza to, że w każdej klasie około 30% uczniów ma różnie nasilone choroby alergiczne, a dwoje/troje dzieci choruje na astmę (Kulus 2009). Nieco częściej chorują dzieci mieszkające w mieście niż na wsi.

Astma jest zaliczana do chorób o tle psychosomatycznym. Na jej przebieg i jej powstawanie w znacznym stopniu mają wpływ czynniki psychologiczne i społeczne (Chida et al. 2008: 102-116). W latach trzydziestych XX wieku lekarz Franz Alexander stwierdził, że podłożem astmy są wewnętrzne konflikty emocjonalne. Uważał, że konflikt psychologiczny między

dzieckiem a matką może uruchomić mechanizmy patofizjologiczne chorób alergicznych, jeśli taka predyspozycja u dziecka istnieje. Czynniki powodującymi astmę mogą być: lęk separacyjny, przeżywanie miłości matki jako niejednoznacznej, lęk przed ekspresją niechcianych agresywnych uczuć w stosunku do ukochanej osoby i zależność. Objawy duszności symbolizują według tych koncepcji płacz i wołanie o opiekę (Alexander 1950).

W latach siedemdziesiątych XX wieku terapeuta dziecięcy Salvador Minuchin stworzył termin „rodzina psychosomatyczna”, opisując zespół uwarunkowań rodzinnych, których skutkiem było powstawanie u dzieci chorób na tle psychologicznym (Minuchin 1974). Jego teorie rozwija psycholog Beatrice Wood, która twierdzi, że przebieg astmy wiąże się nie tylko z osobowością chorego, ale także ze sposobem funkcjonowania jego rodziny. Na poziomie psychologicznym model ten uwzględnia „reaktywność biobehawioralną” czyli intensywność, z jaką członek rodziny reaguje zmianami na poziomie ciała, emocji i zachowania na bodźce ze środowiska. Wpływające na zaostrzenie przebiegu choroby u dziecka czynniki najczęściej wiążą się z konfliktami między rodzicami i stresem, jakiego z ich powodu dziecko doznaje. W rodzinach dzieci chorujących na astmę często dochodzi też do tzw. triangulacji – rodzice włączają dziecko w swoje napięte relacje, czasami jeden z rodziców wiąże się z dzieckiem „przeciwno” drugiemu rodzicowi. Im bliższe związki w rodzinie, tym bardziej stres i negatywne emocje wpływają na samopoczucie dziecka i pogarszają jego stan (Wood et al. 2007). Skutkiem tej choroby może być m.in. wytworzenie zbyt silnych więzów rodzinnych, pewnej nadmiernej bliskości między chorym dzieckiem a rodzicami. Dzięki astmie chory zyskuje troskę i uwagę taką, jakiej nigdy nie doznawał. Troska bliskich, niedoświadczona wcześniej na taką skalę, wzmacnia objawy choroby.



Najsilniej dowiedziony naukowo jest związek astmy ze stresem. Negatywne emocje powodują zmiany w gospodarce hormonalnej, a także obniżają naturalną odporność organizmu. W efekcie zestresowana osoba jest bardziej podatna na infekcje – co może być przyczyną rozwoju astmy atopowej (spowodowanej alergią). Oparcie w bliskich nie tylko łagodzi skutki stresu, ale wpływa też bezpośrednio na organizm, na jego system odpornościowy, a w rezultacie – na podatność na infekcje. Brak tego wsparcia może wiązać się z gorszym przebiegiem astmy. Badania wskazują, że jeśli rodzice lub opiekunowie dziecka chorego na astmę są izolowani społecznie, to dzieci mają częstsze ataki astmy, częściej wzywa się do nich pogotowie, a pacjenci mniej efektywnie korzystają z możliwości leczenia.

Innym ważnym zasobem pomocnym w zwalczaniu stresu jest poczucie wpływu i kontroli w sytuacji trudnej. Astmę

astmę



Fot. pixabay.com

trudniej leczyć u pacjentów, u których występuje wyuczona bezradność, poczucie zewnętrznej kontroli i przekonanie, że od nich nic nie zależy. Osoby chorujące na astmę oskrzelową mają dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia zaburzeń emocjonalnych (Kuehn 2008: 158-160).

Zdarza się, że rodzice nie informują nauczycieli o chorobie dziecka. Jeśli nauczyciel nie wie, że dziecko jest przewlekłe chore, nie zdaje sobie sprawy, że w pewnych okresach roku czy na pewnych etapach leczenia może ono mieć obniżoną wydolność fizyczną i intelektualną, a w momencie zaostrzenia objawów powinno zażyć leki, które nosi ze sobą do szkoły. W przypadku wystąpienia ataku duszności może wymagać wezwania pomocy medycznej. Uczeń przyjmujący leki antyhistaminowe może mieć większe trudności z koncentracją uwagi, odczuwać senność czy rozdrażnienie. Wyciek z nosa, objawy

łzawienia oczu oraz działanie leków mogą w okresie pylenia wpływać na wyniki dziecka w nauce. Dziecko chore powinno ćwiczyć na lekcjach wychowania fizycznego, ale należy przestrzegać zaleceń związanych z przebiegiem i leczeniem choroby – o tym powinien wiedzieć nauczyciel przedmiotu i wychowawca ucznia.

Jak każda choroba przewlekła, astma może mieć wpływ na sferę emocjonalną ucznia, który odczuwa wynikający z choroby lęk, poczucie odrzucenia, odizolowania od rówieśników, może mieć również niską samoocenę. Częstymi objawami u astmatyków są rozdrażnienie, zaburzenia zachowania i postawy agresywne. Silne emocje (śmiesz, strach przed sprawdzianem, nieporozumienia pomiędzy rówieśnikami oraz pomiędzy uczniem a nauczycielem) mogą wyzwać napady astmy oskrzelowej. Występowanie licznych problemów behawioralnych, jak postawa lękowa, wycofanie, agresja, może wynikać z samej choroby, np. deficytu snu w nocy spowodowanego napadami duszności, czy napadów kaszlu wzmocnionych postawą lękową.

Choroba uniemożliwia też często dziecku normalne działanie, np. pełne uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego czy innych aktywnościach, w których uczestniczą zdrowi rówieśnicy. Rodzice przejawiają często postawy nadopiekuńczości i nadmiernego skupienia na chorym dziecku, które ma problemy w komunikacji ze zdrowym rodzeństwem. Dzieci z astmą rzadziej mają grono kolegów i przyjaciół do wspólnej zabawy. Częste absencje powodują narastanie problemów szkolnych wynikających z trudności w nadrobieniu obowiązującego materiału.

W typowym przebiegu astmy oskrzelowej wyróżnia się okresy remisji i zaostrzeń choroby. Zaostrzenie astmy wiąże się z koniecznością zwiększenia dawek leków, nierzadko pozostania w domu, a czasem nawet z hospitalizacją. W czasie zaostrzenia dochodzi do skurczu oskrzeli, nadprodukcji wydzieliny w drogach oddechowych, co skutkuje nasilonym kaszlem oraz uczuciem różnego stopnia duszności.

Duszność wiąże się z uczuciem lęku, poczuciem zagrożenia życia. Nasilony kaszel zaburza zwykle, codzienne funkcjonowanie, a także jest przyczyną częstych nocnych wybudzeń. Zaburzenia snu mogą powodować senność w trakcie zajęć w szkole, trudności w koncentracji uwagi oraz częstą absencją szkolną. Dziecko osiąga wtedy gorsze wyniki w nauce, co budzi w nim poczucie niesprawiedliwości, rozczarowania, często doprowadzając do spadku motywacji do nauki.

Wychowawca ucznia z rozpoznaną astmą powinien oczekiwać od rodziców pacjenta pisemnej informacji o stanie choroby, aktualnym leczeniu oraz postępowaniu w przypadku nagłego zaostrzenia. Warto z rodzicami takich uczniów szczegółowo omówić plan wycieczki, zimowiska czy zielonej szkoły pod kątem ewentualnych zagrożeń dla dzieci z astmą oskrzelową.

Dziecko chore na astmę potrzebuje opieki medycznej i psychologicznej. Konieczna jest stała współpraca pomiędzy lekarzem opanowującym objawy somatyczne, psychologiem łagodzącym skutki przewlekłej choroby dla życia dziecka a jego rodziną. Na terenie szkoły z powodu swojego stanu zdrowia dziecko powinno być traktowane jako uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i objęte pomocą psychologiczno-pedagogiczną obejmującą dostosowanie form i metod pracy oraz wymagań edukacyjnych do potrzeb, możliwości oraz aktualnego stanu psychofizycznego ucznia. Pomoc taka może być uruchomiona na wniosek rodzica, pedagoga lub wychowawcy znającego problemy dziecka.

Niezwykle ważne jest zapewnienie dziecku z astmą oskrzelową przyjaznego środowiska i przyjaznej atmosfery w szkole. Dobry kontakt szkoły z rodzicami zapewni dziecku bezpieczne warunki nauki i pobytu w szkole. Pozwoli to na zmniejszenie stresu u rodziców i wspieranie dziecka w rozwijaniu samodzielności i zaufania do własnych możliwości i umiejętności.

Patrycja Kozera-Mikuła

PATRYCJA KOZERA-MIKUŁA – doktorantka Akademii Ignatianum w Krakowie, psycholog w Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Powiatu Krakowskiego i Gimnazjum nr 1 w Skawinie

Literatura:

- Alexander F., *Psychosomatic medicine*, Norton, New York 1950.
- Asher M., S. Montefort, B. Bjorksten i wsp., *ISAAC Phase Three Study Group. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases one and three repeat multicountry cross-sectional surveys*, „Lancet” 2006, 368, s. 733-743.
- Bielous-Wilk A., W. Balińska-Miśkiewicz, B. Panaszek, *Psychosomatyka w alergologii – astma oskrzelowa*, *Alergologia Info*, 2010, V, 1, s. 20-29.
- Froneczak J., *Domowa encyklopedia zdrowia*, Reader's Digest, Warszawa, 2006, s. 64-65.
- Kuehn B., *Asthma linked to psychiatric disorders*, „Journal of American Medicine Association” 2008, 299, s. 158-160.
- Kulus M. (red.), *Dziecko z astmą w szkole i przedszkole*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2009.
- Wood B.L. et al., *Family emotional climate, depression, emotional triggering of asthma, and disease severity in pediatric asthma: examination of pathways of effect*, „Journal of Pediatric Psychology” 2007, 32(5).
- <http://astma.mp.pl/wszystkooastmie/astmaudzieci/show.html?id=52333>
- <http://www.forumpediatryczne.pl/txt/a.12245.1>, dziecko z alergią i astmą może mieć trudniej w szkole - box-art.

X Narodowy Dzień Życia

K O N K U R S Y

■ literacki:

list do nienarodzonego dziecka
esej „Ojciec święty Jan Paweł II w obronie życia i godności człowieka”

■ plastyczny:

komiks „W obronie rodziny”
plakat „Rodzina – wartość niedoceniana”
tradycyjna ozdoba wielkanocna

Organizator: Duszpasterstwo Rodzin Diecezji Włocławskiej

Zgłoszenia: do 10 marca 2014 r.

Informacje:

www.duszpasterstwo.wloclawek.pl



Mój Krzyś

Krzyś ma 13 lat i jest chory. Na pierwszy rzut oka tego nie widać, bo nie ma kataru, podwyższonej temperatury, nie ma garbu, zeza, uciętej nogi... Ma chorą głowę i tylko Pan Bóg jeden wie, co w tej głowie się kryje. Idziemy ulicą, Krzyś zbiera niedopałki papierosów.

– Nie rób tego – proszę chłopca.

– Muszę, proszę Pani!

Jadę z Krzysiem pociągami, bo trzeba odwiedzić lekarza specjalistę w innym mieście.

– A lubi Pan swoją pracę? – pyta chłopiec konduktora. Ten spogląda na nas ze zdziwieniem.

Już na miejscu, w przychodni, Krzysiek kręci się, wcale nie chce wejść do gabinetu.

– Z Panią to ja nie będę rozmawiał, bo... ma Pani niewyjściową twarz.

Nie poczuwam się do tego, by za niego przeproszać. W końcu jesteśmy w gabinecie u psychiatry.

U fryzjera jest ciekawie. Pełno luster, zapachy nie do ogarnięcia. Krzyś

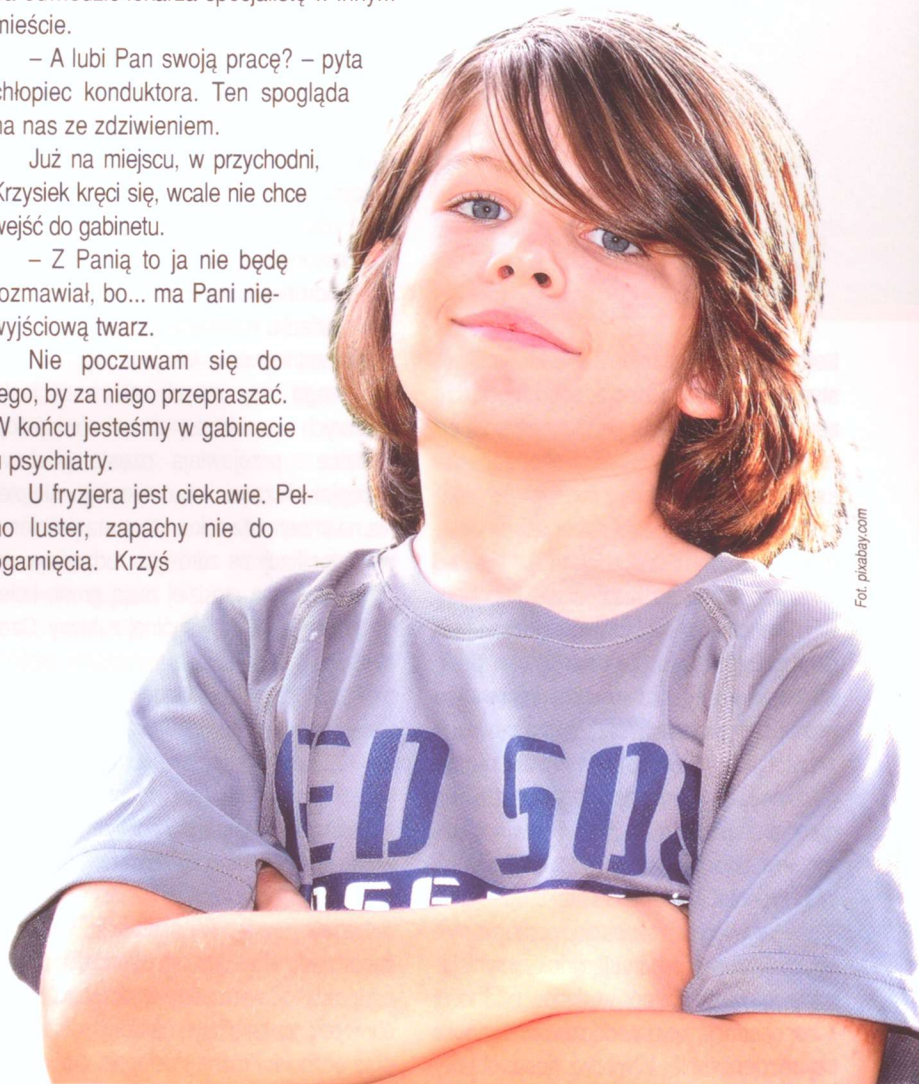
siedzi grzecznie na fotelu i pyta fryzjerkę:

– A Pani to ile na miesiąc wyciągnie?

– To zależy – odpowiada młoda dziewczyna. – Tak zasadniczej to mam trochę ponad tysiąc złotych, ale nieraz drugie tyle dostanę.

– Od kogo? – Krzyś wszystko chce wiedzieć

– No z napiwków do fartucha, a jak jest duży obrót, to od szefowej.



No to sobie Krzys choć raz z obcym mógł porozmawiać, bo zazwyczaj nikt nie odpowiada na jego pytania.

Przychodzę po chłopca do szkoły.

– Krzysiek był dziś niemożliwy, kłął niemiłosiernie, w ogóle nie chciał iść na lekcję – skarży nauczycielka. – A w ogóle to zasnął pod ławką.

– Ma widocznie zły dzień, zresztą na taką ilość leków, które zażywa, to chyba nie jest dziwna reakcja... – Tylko tyle potrafię wydusić z siebie.

Bo Krzysia przed wszystkimi trzeba usprawiedliwiać i za wszystko co zrobił – przepraszać. Że pluje, pociąga nosem, kładzie się na ławce, wyrzuca z siebie potok wulgaryzmów, pyta o to, o co według konwenansów trzynastoletni chłopiec nie powinien pytać. Tylko że mało kto to rozumie i tak sobie czasem myślę, czy warto za każdym razem przepraszać? Kto mądry, powinien widzieć, że Krzys jest chory, a kto nie, to pewnie żadne tłumaczenie mu nie pomoże. A Krzys żyje w swoim świecie, choć twardo stoi nogami na ziemi. Wie to, co wiedzieć chce, ale jest tego sporo: jakie są stolice (nawet afrykańskich) krajów, kto jest naszym prezydentem, ile dni mieści się w 27 latach. Wie też, kto to jest Bóg, ale jest na Niego zły, bo zabrał mu Matkę, potem Ojca.

Będąc na cmentarzu w rodzinnym mieście Krzysia, gdzie spoczywają jego Rodzice, przeżyłam okropne chwile. „Mój Krzys”, którego chyba Kocham takim dziwnym rodzajem miłości połączonym na pewno z litością, przeobraził się w kogoś dotąd mi nieznanego. Zaczął skakać po grobie Ojca, kopać lampki poustawiane na mogiłach, kłąć, wrzeszczeć...

– Będę tak robił, bo ON mi to zrobił!

Trudno chyba Krzysowi tłumaczyć, jak bardzo miłosierny jest Bóg. Bo chłopiec i tak swoje wie. I choć często ludziom wydaje się, że to co zrobił, powiedział, czy wręcz wykrzyczał, jest co najmniej niegrzeczne, to ja wiem, że Krzys może sobie na to pozwolić. Rozumiem jego chorobę. Szkoda tylko, że niewielu ludzi ją rozumie i traktuje chłopca na równi z innymi.

Takich „Krzysiów” na świecie jest niemało.

Agnieszka Wołodko

AGNIESZKA WOŁODKO – pedagog,
Krzeszowice

Program wychowawczo–profilaktyczny dla uczniów klas I–VI szkoły podstawowej

Program **A B C**

1. Idee i cele programu

Litery symbolizują trzy główne przesłania programu:

A – uczeń aktywny

- uczestniczy w zajęciach terapeutycznych, kulturalnych i sportowych;
- jest współorganizatorem tych zajęć;
- rozmawia o problemach, które go nurtują;
- współtworzy klimat działania;
- zawiązuje przyjaźnie.

B – uczeń bezpieczny

- jest podmiotem działań wychowawczych i profilaktycznych;
- czuje się dobrze w grupie rówieśniczej;
- odmawia przyjmowania nieznanego środka (leków, alkoholu, narkotyków, papierosów);
- prawidłowo rozpoznaje zagrożenia dnia codziennego i wie, gdzie szukać pomocy.

C – uczeń ciekawy

- interesuje się własnym zdrowiem i dba o nie;
- poszukuje odpowiedzi na dręczące go pytania;
- interesuje się problemami innych.

Cele programu:

- kształtowanie nowego sposobu myślenia o zdrowiu, rozumianego jako stan dobrego samopoczucia nie tylko fizycznego, ale także psychicznego i społecznego;
- przekazywanie wiedzy na temat zdrowego stylu życia i uświadamianie odpowiedzialności za własne zdrowie;
- rozwijanie pozytywnych więzi z rówieśnikami, rodzicami i wychowawcami;
- kształtowanie właściwej postawy wobec własnego zdrowia jako wartości nadrzędnej.

2. Proponowana tematyka zajęć z uczniami

I. WYRAŻAMY SWOJE UCZUCIA I RADZIMY SOBIE Z EMOCJAMI

- Jak rozpoznajemy i wyrażamy uczucia?
- Gdy mamy kłopoty...
- Czasem jesteśmy ważni.
- Jak wyrażamy emocje?

II. JA I MOJA RODZINA

- Przedstawiam moją rodzinę.
- W rodzinie wzajemnie sobie pomagamy.
- Jak spędzamy czas wolny?

III. W GRONIE PRZYJACIÓŁ

- Nasza „rodzina klasowa”
- Poznajemy normy i zasady.
- Mamy kolegów i przyjaciół.
- Uczymy się rozwiązywać problemy (konflikty).
- Umiemy współdziałać w zespole.

IV. UNIKAMY ZAGROŻEŃ DNIA CODZIENNEGO

- Jak radzić sobie w sytuacjach trudnych?
- Rozpoznajemy niebezpieczeństwa.
- Uczymy się odmawiać.
- Jak wpływają na nas reklamy telewizyjne?
- Co wiemy o alkoholu?
- Czy picie alkoholu może być chorobą całej rodziny?
- Dlaczego nie należy palić tytoniu?
- Co wiemy o narkotykach?
- Czym są uzależnienia i dlaczego trudno się od nich uwolnić?

V. DBAMY O WŁASNE ZDROWIE

- Jak być zdrowym?
- Jak się odżywiamy?
- Jak przyjmujemy lekarstwa?
- Rozpoznajemy substancje trujące.
- Uprawiamy dyscypliny sportowe.
- Uczestniczymy w wyprawach turystycznych.

3. Przewidywane efekty

UCZEŃ:

- rozpoznaje i nazywa uczucia,
- zwraca uwagę, jak zachowują się ludzie przeżywający uczucia; akceptuje uczucia przeżywane przez innych,
- rozumie przeżycia rówieśników w sytuacjach trudnych (konfliktowych),
- dostrzega własne wartości i odrębność (indywidualność),
- zna swoje mocne strony i mówi o nich,
- dostrzega, jakie sytuacje sprawiają mu radość, a jakie smutek,

- uświadamia sobie, że jest częścią klasy i potrafi współdziałać,
- rozpoznaje substancje trujące i wie, jak z nimi postępować,
- wie, jak dbać o zdrowie,
- dostrzega różnice między dobrym a złym samopoczuciem,
- zna zasady obchodzenia się z lekami,
- ocenia sytuacje problemowe i stara się je rozwiązywać,
- dostrzega wartość sportu i turystyki jako zdrowego stylu życia,
- zauważa szkodliwy wpływ reklam telewizyjnych, ogranicza ich oglądalność,
- zna i stosuje zasady „zdrowej rywalizacji” – fair play.

NAUCZYCIELE:

- lepiej komunikują się w klasie,
- dostrzegają wartości dziecka, jego odrębność,
- konstruktywnie rozwiązują konflikty i kryzysy w klasie,
- proponują alternatywne formy spędzania wolnego czasu; doceniają wartości sportu,
- rozumieją uczucia innych,
- stwarzają atmosferę życzliwości, akceptacji, bezpieczeństwa i współpracy w zespole klasowym,
- znają sytuację rodzinną uczniów,
- pomagają w rozwiązywaniu problemów dziecka i rodziny,
- wspierają ucznia i jego rodzinę w sytuacji trudnej (picie alkoholu, palenie tytoniu, zażywanie narkotyków, zachowania agresywne),
- dostrzegają zagrożenia i stosują działania profilaktyczne.

RODZICE:

- lepiej rozumieją swoje dziecko,
- dostrzegają problemy dziecka i udzielają mu wsparcia,
- współdziałają ze szkołą,
- wiedzą, gdzie szukać pomocy,
- dostrzegają wartości i potrzeby swojego dziecka,
- podejmują odpowiedzialne decyzje,
- właściwie reagują w sytuacji zagrożenia.

4. Drogi osiągnięcia założonych celów

METODY I FORMY PRACY: drama, praca plastyczna, zabawy integracyjne, runda wypowiedzi, burza mózgów, praca

w grupie, śniegowa kula, gry ruchowe, gry tematyczne, zabawy relaksacyjne, projektowanie, taniec, symulacja, uzupełnianie zdań niedokończonych, zajęcia rekreacyjno-sportowe, debata, dyskusja

REALIZACJA PROGRAMU:

Dla uczniów – cykl zajęć

W poszczególnych klasach nauczyciele przeznaczają na realizację programu 10 godzin zajęć, wybierając po 2 zagadnienia z każdego działu. Dobierając tematy kierujemy się zainteresowaniami, umiejętnościami i poziomem wiedzy uczniów oraz potrzebami wynikającymi z diagnozy sytuacji wychowawczej w klasie. Stwarzamy możliwości prezentacji działań twórczych dzieci. Ponadto każdy zespół klasowy kl. I-III ogląda co najmniej raz w roku sztukę teatralną, a następnie dokonuje oceny postępowania bohaterów. Natomiast zespoły klasowe kl. IV-VI uczestniczą w debatach:

- Moja postawa wobec zagrożeń dnia codziennego
- Jak radzić sobie z agresją?
- Moje życie bez uzależnień

Podsumowaniem działań profilaktycznych jest konkurs plastyczno-literacki „Świat moich marzeń” zakończony wystawą prac i wernisażem z udziałem rodziców, przegląd teatrzyków klasowych „Szkolne spotkania z teatrem”, Szkolny Turniej Sportowy dla klas IV-VI oraz Turniej interdyscyplinarny dla klas I-III „Gramy o zdrowie”.

Dla nauczycieli – formy doskonalenia:

- Agresja w szkole – warsztaty
- Problemy okresu dorastania – jak wspierać rozwój ucznia? – szkolenie

Dla rodziców – prelekcje na temat:

- Problemy okresu dorastania – jak wspierać dziecko w ich rozwiązywaniu?
- Jak wygrać z agresją?
- Czy znam swoje dziecko?

Realizację programu należy rozpocząć w klasie I, a zakończyć w klasie VI. Proponowane konkursy można powtarzać w poszczególnych latach lub wybiórczo, dostosowując zadania lub ich tematykę do aktualnych potrzeb szkoły.

5. Propozycje zadań konkursowych

Konkurs literacko-plastyczny „Świat moich marzeń”

1. W konkursie biorą udział dzieci, które uczestniczyły w cyklu zajęć terapeutycznych.

2. Tematyka prac może dotyczyć sytuacji domowej ucznia, relacji z rówieśnikami, planów na przyszłość...

3. Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest wykonanie pracy w jednej z dwóch kategorii:

– plastycznej, w różnorodnych technikach i rozmiarach,

– pisemnej, w formie swobodnego tekstu (listu, życzeń, wiersza).

4. Prace konkursowe należy wykonać na zajęciach.

5. Nagrody: prace zostaną ocenione z zachowaniem podziału na dziedziny przez komisję konkursową; organizatorzy przewidują dla autorów wyróżnionych prac nagrody.

Szkolny Turniej Sportowy

1. W zawodach biorą udział uczniowie kl. IV-VI, którzy uczestniczyli w zajęciach.

2. Zawody zostaną przeprowadzone w poziomach klasowych, zgodnie z harmonogramem:

- kl. IV – rozgrywki w „dwa ognie”; minizawody LA (biegi – sztafety klasowe, rzut do celu)
- kl. V (chłopcy) – turniej w „minipiłkę nożną”; zawody LA (biegi – 100m, sztafety 4 x100m, skok w dal, rzut piłeczką palantową)
- kl. VI – mecz w piłkę siatkową lub koszykową; zawody LA (biegi – 100m, sztafety 4x 100m, skok w dal, rzut piłką lekarską, klasowe przeciąganie liny)

3. Skład drużyny do gier zespołowych ustalają zespoły klasowe z wychowawcą.

4. Każdy zawodnik może uczestniczyć w dwóch konkurencjach lekkoatletycznych; zapisy przyjmują nauczyciele wychowania fizycznego.

5. Organizatorzy przewidują konkurencję-niespodziankę dla wychowawców klas.

6. Zwycięzcy zostaną nagrodzeni dyplomami i upominkami.

7. Sędziowie – nauczyciele wychowania fizycznego.

Przeegląd teatrzyków klasowych:

1. W prezentacjach mogą wziąć udział teatry zgłoszone przez wychowawcę klasy.

2. Zespoły teatralne zaprezentują przedstawienie o tematyce bliskiej dziecku.

3. Czas przedstawienia około 20 minut.

4. Oceny prezentacji dokona publiczność poprzez głosowanie oraz komisja konkursowa: dyrektor szkoły, nauczyciel języka polskiego, pedagog, bibliotekarz, przedstawiciel Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

5. Nagrody: wyróżnienia (dyplomy, upominki lub bilety do teatru) dla zespołów teatralnych, nagroda publiczności (słodczyce), nagroda dla najlepszego aktora z poszczególnych zespołów. Najlepszy zespół zaprezentuje przedstawienie dla przedszkolaków z okazji Dnia Dziecka.

Turniej interdyscyplinarny dla klas I–III „Gramy o zdrowie”

1. Turniej jest propozycją zabawy i wspólnej rywalizacji.

2. Zadania przewidziane dla uczestników mają charakter interdyscyplinarny. Łączą wiedzę z zakresu: edukacji zdrowotnej, profilaktyki uzależnień, bezpieczeństwa z praktycznymi umiejętnościami (plastycznymi, językowymi, kulinarnymi) oraz sprawnością fizyczną.

3. W konkurencjach uczestniczyć mogą drużyny klasowe, na poziomach poszczególnych zespołów (klasy I, II, III).

4. Proponowane zadania:

- Sposoby dbania o zdrowie.
- Uczniowie otrzymują cztery opowiadania, odnoszące się do zachowań związanych ze zdrowiem. Czytają opowia-

danie, omawiają w zespole i przypinają do opowiadania kartkę: TAK lub NIE. Uzasadniają swój wybór.

• Sprawnościowy tor przeszkód.

• Drużyny klasowe startują w konkurencjach sportowych, obejmujących gry i zabawy ruchowe (bieżne, z przyborem, skoczne...).

• Wiem, że zdrowo jem – przygotowanie kanapek lub sałatki wiosennej.

• Dzieci pracują w grupie. Przygotowują kanapki lub sałatkę, dobierając do niej produkty, sprzyjające zdrowiu. Ważne jest również estetyczne podanie posiłku i zachowanie higieny podczas pracy.

• Czy umiem odmawiać? – odgrywanie scenek.

Drużyna losuje kartkę, na której opisane są sytuacje, w których ktoś namawiał ich do zrobienia czegoś złego. Zadaniem zespołu jest ustalenie sposobu odmawiania i przedstawienie scenki.

• Nasza recepta na zdrowie.

Zadaniem zespołu jest ustalenie zasad postępowania i odżywiania, by w przyszłości cieszyć się dobrym zdrowiem.

• Jestem ekspertem zdrowia – rozpoznaję substancje szkodliwe.

W domu znajdują się różne substancje trujące. Zadaniem zespołu jest rozpoznanie ich wśród innych produktów i skreślenie ich z listy.

• Bezpiecznie spędzam wakacje – praca plastyczna

Zadaniem grupy jest przygotowanie pracy plastycznej – plakatu, w którym znajdzie się ostrzeżenie przed groźnymi niebezpieczeństwami i rada wakacyjna.

• Nasi doradcy w sprawie zdrowia w domu i w szkole.

Zespół sporządza listę osób, które mogą udzielać rad w sprawie zdrowia.

5. Zespoły klasowe otrzymają za udział w turnieju nagrody rzeczowe – apteczki do klas oraz dyplomy za zdobyte miejsce.

Literatura

Bąk J., Wiewiórka– Pyka E., *Bajkowe spotkania*, Kraków 2003.

Browne K., Herbert M., *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, Warszawa 1999.

Bożek Ł., *Agresja – aspekty psychologiczne*, „Wychowawca” nr 3, Kraków 2003.

Braun–Galkowska M., *Dzieci – odbiorcy reklam*, „Wychowawca” nr 7–8, Kraków 2002.

Dziewiecki M., *Uzależnienie – współczesne niewolnictwo*, „Wychowawca” nr 7–8, Kraków 2002.

Gordon T., *Wychowanie bez porażek*, Warszawa 1994.

Grochulska J., *Agresja u dzieci*, Warszawa 1993.

Kapica G., Kapica M., *Treści i formy profilaktyki alkoholowej w szkole podstawowej*, Opole 1990.

Kołodziejczyk A., Czerniewska E., Kołodziejczyk T., *Spójrz inaczej*, Skarżysko–Kamienna 1999.

Knez R., Slonina W., *Saper czyli jak rozmawiać o agresji*, Kraków 2003.

Koźmiński G. (red.), *Współpraca z rodzicami*, Złotów 2001.

Mellibruda J., *Tajemnice ETOH*, Warszawa 1997.

Pacewicz A., *Jak pomóc dziecku nie pić*, Warszawa 1994.

Portmann R., *Gry i zabawy kształtujące pewność siebie*, Kielce 2001.

Szostak S., Tabaka A., *Porozmawiajmy o agresji*, Kraków 2004.

Wiśniewska A. H., *Jak ustrzec dzieci przed niebezpieczeństwami ze strony dorosłych*, „Wychowawca” nr 11, Kraków 2004.

Woronowicz B., *Alkoholizm jako choroba*, Warszawa 1994.

Maria Strońska

MARIA STROŃSKA – dyrektor Gminnego Zarządu Oświaty i Wychowania w Prudniku

Bezpieczeństwo uczniów w szkole

Bibliografia w wyborze

1. Bezpieczeństwo dzieci: scenariusze zajęć dla rodziców i nauczycieli / D. Klus-Stańska, M. Nowicka. – Kraków : Oficyna Wydawnicza Impuls, 1999

2. Bezpieczeństwo młodzieży: poradnik prawny / A. M. Wesolowska. – Warszawa: Poltext, 2008

3. Edukacja wobec zagrożeń rozwoju i bezpieczeństwa dzieci / pod red. S. Guz, J. Andrzejewskiej. – Lublin : Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2008

4. Jak uchronić dziecko przed przemocą : poradnik dla rodziców / G. Ketterman. – Kraków : Wydawnictwo WAM, 2004. – s. 107-124: Czy twoje dziecko jest bezpieczne w szkole?

5. Pedagogiczne aspekty bezpieczeństwa dzieci w wieku wczesnoszkolnym / K. Kruszko. – Lublin :Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2010

6. Sytuacje kryzysowe w szkole / pod red. K. Koszewskiej i M. Taraszkiewicz. – Warszawa : Centralny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, 2007

7. Żyj bezpiecznie i zdrowo - program profilaktyczno-wychowawczy edukacji zdrowotnej / M. Kwiatkowska-Łozińska. – Kraków : Oficyna Wydawnicza Impuls, 2007

Agnieszka Graczyk

AGNIESZKA GRACZYK – nauczyciel bibliotekarz, Centrum Doskonalenia Nauczycieli, Publiczna Biblioteka Pedagogiczna w Koninie Filia w Turku

Jak radzić sobie ze stresem?

Cele:

- poznanie czynników stresogennych,
- uświadomienie uczniom, że każdy ma własną odporność na stres,
- poznanie ćwiczeń relaksacyjnych,
- nauka odprężania i koncentracji.

Metody i formy:

poradka, mapa skojarzeń, ćwiczenia relaksacyjne, praca zespołowa, praca w grupach.

Czas:

45 minut.

Przebieg zajęć:

1. Wprowadzenie: (5 minut)

W celu stworzenia miłej atmosfery włączamy muzykę relaksacyjną i proponujemy uczniom chwilę relaksu, czyli rozluźnienie poszczególnych mięśni ciała, począwszy od głowy, kończąc na stopach.

2. Siadamy na podłodze tworząc krąg. (10 minut)

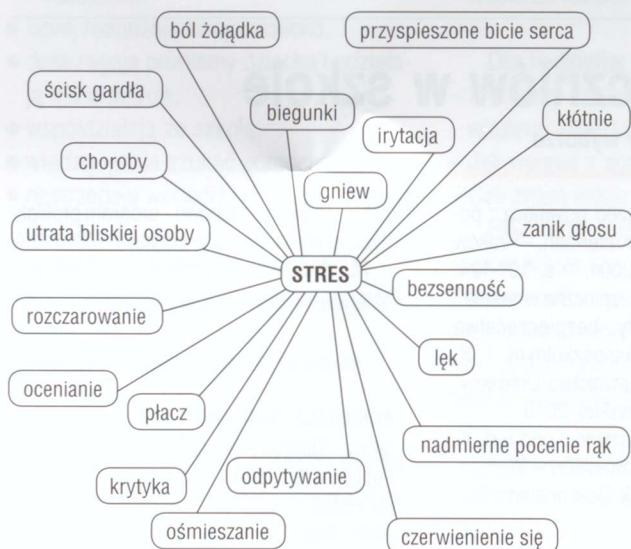
Każdy uczeń wypowiada się na temat swoich doświadczeń i uczuć związanych ze stresem:

- jakie zna przyczyny stresu,
- jakie uczucia kojarzą się ze stresem,
- jak zachowuje się w stresie.

3. „Burza mózgów” – Co to jest stres?

Stres – nieprzyjemny stan emocjonalny związany z przykrymi przeżyciami i trudnościami życia codziennego.

4. Tworzymy mapę skojarzeń.



5. Na podstawie głównej mapy skojarzeń prowadzący dzieli klasę na trzy grupy, które tworzą tematyczne mapy skojarzeń.

Grupa I – Przyczyny stresu

Grupa II – Objawy przeżywania stresu

Grupa III – Skutki stresu

Reprezentanci grup przedstawiają mapy i omawiają.

6. „Burza mózgów”

Próby radzenia sobie ze stresem (15 minut).

Uczniowie przedstawiają pomysły, jak sobie radzić ze stresem.

7. Ćwiczenia relaksacyjne, które mogą zmniejszyć stres. (Uwaga: klasa powinna być wywietrzona).

Wydychanie stresu

Uczniowie udają, że zrywają jabłka. Podczas wspinania się po jabłko z wyciągniętymi rękoma robią wdech przez nos. Kładą jabłko do skrzynki, czyli pochylają się nisko i wydychają powietrze ustami. Oddychanie głębokie i spokojne pozwala na wyciszenie i uspokojenie psychiki.

Odprężające chodzenie

Siadamy w kręgu i prowadzący udziela instrukcji:

Ćwiczenie to uczy, jak należy chodzić, aby uzyskać stan odprężenia i wewnętrznego spokoju. Będziecie mogli wykorzystać ten sposób na co dzień. A teraz uważnie posłuchajcie i zapamiętajcie, jak należy iść.

Idź wyprostowany z głową lekko uniesioną do góry. Ogarniaj spojrzeniem widok, który masz przed sobą, tak jakbyś ogarniał spojrzeniem cały świat. Stawiaj drobne kroki. Idź powoli. Nie myśl, że musisz gdzieś iść. Uśmiechaj się. Ciesz się po prostu z tego, że idziesz, że masz sprawne nogi. Staraj się stąpać lekko – wyobraź sobie, że z każdego twojego kroku wyrasta kwiat. Idąc myśl o tym, że widok, który oglądasz, jest piękny. Myśl o tym, że dobrze się czujesz, że jesteś piękny, młody, zdrowy, spokojny i radosny. Uśmiechaj się do swoich myśli.

Uczniowie rozchodzą się i maszerują przez kilka minut, zgodnie z podaną instrukcją. Po spacerze siadają i dzielą się swoimi wrażeniami.

8. Ewaluacja zajęć. Metoda SMILY (5 minut)

Nauczyciel zawiesza schemat służący do oceny zajęć.

Uczniowie zaznaczają mazakiem w wybranym przez siebie miejscu kropkę (każdy uczeń ma do dyspozycji 3 kropki), która ma być odpowiedzią na zadane przez nauczyciela pytania:

- Czy podobały ci się dzisiejsze zajęcia?
- Czy dobrze się na nich czułeś?
- Czy nauczyłeś się dzisiaj czegoś nowego?

Wyniki mogą skomentować wybrani uczniowie.

Małgorzata Kupijaj

Gdybym mogła cofnąć czas...

(Opracowanie na podstawie *Pamiętnika narkomanki*. Wykorzystano piosenkę zespołu *Ich Troje*)

Scenografia zbudowana jest z kilku scen: 1 – dom rodzinny, 2 – przystanek autobusowy, 3 – sala w Monarze. Piosenkę „Koks” śpiewają wszyscy członkowie zespołu.

„Koks”

Usiąść i siedzieć

O wszystkim chcieć wiedzieć

I nie chcieć już nigdy brać

Patrzeć wesoło

Nie kręcić się wkoło

I nie chcieć już nigdy ćpać

Wiedzieć dlaczego

Nie kocham już tego

I nie chcieć już nigdy brać

Pytać natrętnie, uśmiechać się wstręt
nie

I nie chcieć już nigdy się bać

Czemu mama pozwoliła?

Czemu mama ich wpuściła?

Czemu tata nie powiedział

I wciąż w swym fotelu
siedział?

Czemu mama nie krzyczała?

Czemu mama forszę dała?

Czemu tata nie chciał wiedzieć?

Tylko nam pozwolił...

Nie wiesz nic – nie chcesz wiedzieć
już nic

Nie wiesz nic – to nie musi tak być

Jakiś ból – jakiś żal

Jakiś blask – i słońca blask

Jakiś dzień – i jakaś noc

To dragów moc!

Potęga i siła

Z nas wszystko wypila

Zaschnięci i spuchnięci

Leżymy jak wzdęci

Nie wiesz nic – nie chcesz wiedzieć
już nic

Nie wiesz nic – to nie musi tak być

Nie wiesz nic – nie chcesz wiedzieć
już nic

Nie wiesz nic – to nie musi tak być.
(Przystanek autobusowy, przy którym
stoi grupka osób. Podchodzi do nich Nar-
komanka)

Osoba I: Kim jesteś?

Osoba II: Ile masz lat?

Osoba III: Do której chodzisz szkoły?

Osoba IV: Gdzie mieszkasz?

Osoba V: Odpowiedz...

Osoba VI: Odpowiedz...

Wszyscy: Odpowiedz, odpowiedz,
odpowiedz...

(Narkomanka zakrywa twarz)

Narkomanka: Dość! Wystarczy!

Osoba V: Odwrócili się od ciebie.

Osoba VI: Nic ich nie obchodzisz.

Osoba II: Siedzą w swoich przytulnych
mieszkankach. Oglądają telewizję, słucha-
ją muzyki, bawią dzieci, kochają się...

Osoba III: Wymieniają uwagi.

Osoba I: Śmieją się.

Osoba IV: Słyszysz?

Osoba I: Nic ich nie obchodzisz.

(wszyscy powtarzają poniższe zda-
nia różną intonacją i natężeniem)

Wszyscy: Gdzie mieszkasz? Kim je-
steś? Ile masz lat?...

(raptem wszyscy urywają)

Narkomanka (podnosi powoli głowę): Jestem narkomanką.

(wszyscy odsuwają się od niej)

Narkomanka: Mam 18 lat.

(wszyscy zajmują się swoimi sprawa-
mi, ignorują ją)

Narkomanka: Opowiem wam o so-
bie...Chodziłam grzecznie do szkoły i na-
wet nie zbierałam jedynek...

(Wszyscy odchodzą. Wchodzi Paweł)

Paweł: Zawsze chciałeś być wolnym
człowiekiem...

Narkomanka: Stałam się niewolni-
kiem pełnej strzykawki.

Paweł: Osiągnęłaś swoje złudne za-
dowolenie...

Narkomanka: I to jest wszystko, co
mam.

Paweł: A gdzie twoja wola...

(wchodzi Piotr)

Piotr: Baśka! Ratuj się! Jeszcze mo-
żesz, rzuć!

Narkomanka: Patrzyłam na niego
niewidzącymi oczyma i miałam ochotę
powiedzieć mu to samo...

(Piotr podaje jej strzykawkę i odcho-
dzi)

Narkomanka: Dopiero, gdy robiłam
sobie zastrzyk, dotarły do mojej świadom-
ości jego słowa. Ma rację, jeszcze
mogę, tylko czy warto wracać na tą drugą
stronę? No bo po co tam iść? By ratować
siebie? Może nawet i dlatego warto? Tyl-
ko trzeba jeszcze w to uwierzyć.

Paweł: A w co się wierzy po 3 latach
ćpania?

Narkomanka: Kocha się pełną strzy-
kawkę i nienawidzi siebie...A przede
wszystkim nienawidzi się reszty świata...

(Narkomanka przechodzi na scenę
imitującą dom rodzinny. Paweł odsuwa
się na bok i przypatruje się. Wchodzi
Rodzice, całują Narkomankę w czoło,
nakrywają do stołu)

Matka: Co w szkole?

Ojciec: Byłaś dzisiaj pytana?

Matka: Pamiętaj, że już niedługo eg-
zaminy na studia...

Ojciec: Z maturą nie będzie chyba
kłopotów?

(Narkomanka wstaje i zmierza ku wy-
ściu)

Mama: Wychodzisz?

Ojciec: O której będziesz w domu?

(Rodzice chwilę przypatrują się jej
i wychodzą)

Narkomanka: Jak łatwo ich oszukać.
Chyba niczego nie domyślają się. Rozma-
wiają ze mną, snują plany na przyszłość.

Chce mi się płakać, krzyczeć, nie wiem co jeszcze, ale wierzę w nich, wierzę, że mnie nie opuszczą, bo wtedy dopiero byłby koniec ze mną. To, że teraz muszę ich oszukiwać, najbardziej boli...Mama chyba coś przeczuwa. Wie, że coś się stanie, że kiedy wychodzę, to mogę nie wrócić. Pojadę tam i wyjdę z ćpania...Nie mogę wszystkiego zniszczyć.

Paweł: Myślisz, że to takie proste? Będziesz miała na to siły?

(Narkomanka wchodzi na scenę imitującą salę Monaru. Wchodzą Osoby i siadają w kręgu na krzesłach)

Osoba I: Jesteś na odwyku.

Osoba II: Szybko zostałaś przyjęta.

Osoba III: Pierwszy etap odtrucia minął.

Narkomanka: Już po wszystkim, po najgorszych chwilach na głodzie fizycznym. Bardzo źle to znosiłam. Koszmarne bóle mięśni i stawów, krwotoki z nosa, drżenie ciała, ciągle pocenie się, bezsenność. Rozdrażnienie i wielka chęć ucieczki. Jedno marzenie, żeby załadować sobie w kanał chociaż małą działkę, żeby to wszystko przeszło chociaż na kilka godzin. I w końcu organizm uspokoił się. Jestem wyczerpana, ale już nic nie czuję

(Podchodzi Paweł i podaje Narkomance list)

Paweł: Rodzice już wiedzą o wszystkim.

Narkomanka (czytając list): Wybaczą mi i wierzą, że wszystko zmieni się.

Paweł: Ty płaczesz?

Narkomanka: Tak, ja, Baśka, płaczę. Płaczę nad tym listem...Dziwne. A może nie jest ze mną jeszcze tak źle?

Osoba IV: Jak długo ćpasz? Lubisz to? Kto cię namówił?

Narkomanka: Powinam znosić to już spokojnie. Ale nie, zawsze mnie to denerwuje, gdy tak wszystko chcą o mnie wiedzieć.

Osoba V: Czy rodzice cię kochają? Masz przyjaciółkę? A chłopaka? Co czujesz, kiedy ćpasz? Chcesz przestać?

(Narkomanka odwraca się)

Narkomanka: Nie powiedziałam jej wszystkiego, ale opowiadałam, bo co miałam robić? Chcę tu zostać i zrobić coś ze sobą.

Osoba VI: Zaczęłam ćpać 5 lat temu.

Osoba I: Byłam ciekawa.

Osoba II: Rodzice wyrzucili mnie z domu.

Osoba III: Zaczęłam od kompotu.

Narkomanka: Dużo tu nas, jeszcze myślą mi się imiona. Ludzie jak ludzie, trochę hipów, ale większość to narkomani z przekonania. Bez życia, zmarnowań, smutni. Rozmowy tylko o ćpaniu, wspomnienia...

Paweł: Rozmawiacie o przyszłości?

Narkomanka: Tutaj nie ma przyszłości. Trzeba przetrwać teraźniejszość na odwyku, by później znowu iść w Polskę i zatracić się w ćpaniu, w narkotycznym śnie.

(Narkomanka przechodzi na scenę imitującą przystanek autobusowy. Znajdują się tam także grające Osoby)

Osoba I: Nareszcie jesteś!

Osoba III: Brakowało nam ciebie.

Osoba V: Gdzie byłaś tak długo?

(Narkomanka chwilę na nich patrzy i przechodzi na scenę – dom rodzinny.)

Narkomanka: Nic nie jest w stanie zagłuszyć mojego niepokoju. Co mnie tak przeraża? Prześladowają mnie myśli samobójcze.

(Wchodzą Rodzice)

Ojciec: Wyjdiesz z tego.

Mama: Wszystko będzie dobrze, zobaczysz. Znowu będziemy normalną rodziną.

(Rodzice wychodzą)

Narkomanka: Właściwie trochę się nudzę. Dużo czytam...I coś mnie gna... Mam tyle wolności, że nie potrafię sobie z nią poradzić...Dostałam kokę...Wzięłam...W moim mieście zorganizować ćpanie to żaden problem. Zwłaszcza dla mnie.

Paweł: Jesteś po prostu narkomanką i już nią zostaniesz.

Narkomanka: Tak bardzo pragnęłam tej wolności, a teraz nie potrafię się nią cieszyć. Boję się, że stanie się coś złego. Był moment, że chciałam wrócić do ośrodka, ale chcę spróbować, czy dam radę żyć w tej ludzkiej normalności.

Osoba IV: Gdybyś mogła cofnąć czas... *(to zdanie powtarzają inne Osoby, tzw. pogłos)*

Narkomanka: Trudno mi się teraz dostosować do zwykłych rygorów szkolnych. Ciągle coś mnie niepokoi. Gdy patrzę na moje koleżanki i myślę, że one sobie tak normalnie żyją na co dzień, to

mam ochotę krzyczeć. Jak można tak żyć zwykłymi sprawami? Takie życie jest dopiero bez sensu. I to ma być moja wyśniona, wymarzona wolność? Dalej jestem tylko ślepcem zupełnie nie przygotowanym do życia...

Paweł: Nie wytrzymałaś, poszłaś do dostawcy i kupiłaś.

Narkomanka: Teraz jestem przygaszona i spokojna. Troski odeszły, nie mam problemów.

Paweł: Czyli tamto wraca? Po ćpaniu wszystko z człowieka wychodzi, cała ędza.

Narkomanka: Po szkole wracam błyskawicznie do domu, żeby zdążyć przed przyjściem rodziców z pracy. Nastawiam kompot i drzę, żeby nie wrócili wcześniej. Kładę sobie towar za łóżkiem, myję garnek, wietrzę mieszkanie z tego smrodu, otwieram zeszyty, książki i czekam. Gdy wracają, robię się taka malutka, taka pluskwa i mam ochotę schować się, ale wiem, że rano zużyję ten słoik kompotu i pójdę do szkoły jak grzeczna córka.

Osoba I: Kim byłaś wcześniej?

Narkomanka: Byłam normalną dziewczyną.

Osoba II: Co lubiłaś robić?

Narkomanka: Lubiałam rozmawiać z rodzicami.

Osoba III: Kiedy to się rozleciało?

Osoba IV: Gdy zacząłaś pierwszy raz?

Narkomanka: Nie, to już był skutek pewnych doświadczeń. W domu zaczęło się psuć. Było to nieuchwytnie, a jednak?..

Paweł: Rzadko wracasz do rzeczywistości. Stworzyłaś sobie swój własny świat, w którym żyjesz. Otoczyłaś się murem.

Narkomanka: Czasami trzeba wrócić i to jest przerażające. Niekiedy bywa to nie do zniesienia, dlatego ćпам, żeby to wszystko oddalić.

Paweł: Kiedy przychodzi powolne, narkomańskie umieranie?

Narkomanka: Ręce mi się trzęsą, wyglądam upiornie, twarz – maska. Zaczynam trochę chudnąć. Mam odruch wymiotny na widok jedzenia i siebie w lustrze. Jest mi coraz trudniej kryć się z tym wszystkim.

Osoba VI: Oj, Baśka, marnie żyjesz i marnie skończysz.

Osoba V: Już tylko gadasz ze sobą, nie chcesz widzieć ludzi i świat też cię nie chce, takiej, jaką jesteś teraz...

Osoba I: Jak długo jeszcze można oszukiwać rodziców?

Osoba II: Czy masz prawo odbierać im nadzieję?

Narkomanka: Zaczyna się zabawa. Już się pocę, są pierwsze bóle mięśni. Niedługo zacznę chodzić po ścianach. Łzawię, kicham, pełna galareta. Nie potrafię utrzymać kubka.

Paweł: Nie masz już siły, skręcasz się z bólu, gryziesz dłonie. Nie wiesz, co można zrobić ze sobą w takiej chwili.

Narkomanka: Plakałam, chyba nad sobą. Ogarnął mnie smutek, wielki smutek, po czymś utraconym. Zniszczyłam samą siebie. Byłam dla siebie okrutna i bezwzględna. Nigdy nie dawałam sobie żadnej szansy.

Osoba III: Dlaczego tak się stało?

Osoba IV: Czy jeszcze potrafisz coś dla siebie zrobić?

Narkomanka: Narkotyki nie sprawiają mi już żadnej przyjemno-

ści, tylko powodują, że nie jest mi aż tak źle. To tak, jak bym była, a teraz mnie nie ma. Jest jeszcze coś biologicznego, co trzeba przerwać, bo nie ma prawa do egzystencji. Ugrzęzłam na samym dnie. Widać w lustrze jeszcze tylko oczy, które patrzą na cały mój upadek. Moje oczy, które tak kiedyś chciały poznawać świat. Przystają się bać, bo chyba wiem, co mam teraz zrobić. Wiem to już od dawna. Kiedyś utraciłam radość życia, teraz należy doprowadzić rzecz do końca.

(Narkomanka przechodzi na scenę – przystanek autobusowy)

Osoba I: Skończyłaś 21 lat.

Osoba II: Zawsze myślałaś, że gdy trzeba będzie odejść, to będziesz się tego bardzo bała.

Osoba III: Przecież, mimo wszystko, nikt nie chce odchodzić, gdy się jest tak młodym.

Osoba IV: Wtedy tak bardzo chce się żyć.

Osoba V: Z tym wszystkim, co się kocha, z człowiekiem, którego się kocha.

Osoba VI: W życiu potrzebna jest miłość.

Osoba IV: Bez niej jest wieczna pustka, która zabija, dusi, męczy.

Osoba III: Jest się dla siebie zupełnie obcym. Tak zupełnie i bez reszty obcym dla samego siebie.

Narkomanka: Nie kochałam, nie było kiedy, ale i nie będzie już kiedy. Muszę odejść, tak nie można żyć, bez nadziei, bez sensu. Zniszczyłam samą siebie.

Tego chciałam?.. Nie wiem... Umrę na tym przystanku, w obcym mieście, w samotności, narkomańską śmiercią, bezsensowną śmiercią...Gdybym mogła cofnąć czas!

Paweł: Gdybyś mogła cofnąć czas....

(To zdanie powtarzają coraz ciszej wszystkie Osoby. Raptem urywają. Gaśnie światło.)

Iwona Bernatowicz

IWONA BERNATOWICZ – nauczycielka języka polskiego w Zespole Szkół Zawodowych w Katowicach

ZGŁOŚ DZIECKO DO PROGRAMU „NAKARM GŁODNEGO”

Jesteś rodzicem i nie stać cię na samodzielne opłacenie obiadu w szkole lub jako nauczyciel chcesz, by twój podopieczny otrzymał dodatkowy ciepły posiłek? Zgłoś dziecko do programu „Nakarm Głodnego. Szczęśliwe dziecko z pełnym brzuszkiem”! Wejdź na stronę www.nakarmglodnego.pl, pobierz z zakładki „SOS Obiadowe” odpowiedni formularz, odeślij go wraz z załącznikami na adres Fundacji „Być Bardziej” i aplikuj o stypendium obiadowe.

Możesz także wspomóc program, biorąc udział w akcji „Grosz do Grosza” – zbiórce monet, za które wykupione zostaną kolejne obiady. Nauczyciel i szkoła, w której zebrano najwięcej środków, otrzymają nagrodę. Szczegóły na stronie www.nakarmglodnego.pl/grosz-do-grosza Na zgłoszenia czekamy do 20 lutego.

Fundacja „Być Bardziej”, ul. Nowogrodzka 31, 00-511 Warszawa www.nakarmglodnego.pl

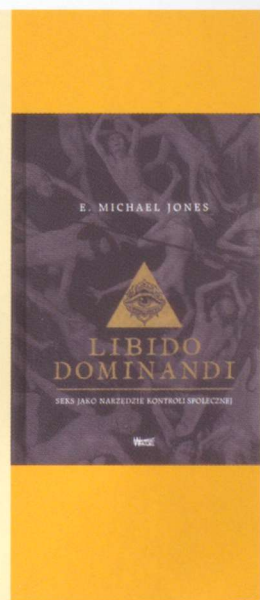
Przewrót obyczajowy

W ostatnim czasie głośno zrobiło się o ideologii gender, według której płeć biologiczna nie ma znaczenia, a liczy się tylko płeć kulturowa. WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) chce promować masturbację już u czteroletnich dzieci, a dziesięcioletki powinny znać i stosować środki antykoncepcyjne. Jak to się stało, że rewolucja seksualna osiągnęła aż takie rozmiary? Kto czerpie z niej korzyści? E. Michael Jones w książce *Libido dominandi. Seks jako narzędzie kontroli społecznej* ukazuje korzenie rewolucji seksualnej i udowadnia, że to politykom najbardziej zależy na tym, aby trwała moda na wyzwolenie seksualne.

W czasach oświecenia zakwestionowano średniowieczny teocentryzm, zastępując go antropocentryzmem. Człowiek odrzucił Boga i Jego przykazania, ponieważ ograniczały ludzką wolność. Doprowadziło to w konsekwencji do postępującego społecznego chaosu. Co to ma wspólnego z wyzwoleniem seksualnym? Jones pisze we Wstępie, że człowiek: *broni swojej „wolności”, którą zazwyczaj pojmuje jako nieograniczoną możliwość zaspokajania własnych pragnień, nie rozumiejąc najczęściej, że niezwykle łatwo jest manipulować nimi z zewnątrz. (...) Spośród wszystkich ludzkich namiętności właśnie te związane z seksualnością są najskuteczniejsze, gdy idzie o władzę nad człowiekiem.*

W USA i we Francji do władzy doszli politycy, którzy popierają wszelkie zmiany obyczajowe. Wprowadzają „małżeństwa homoseksualne”, a nawet adopcje dzieci przez takie „małżeństwa”, promują antykoncepcję, aborcję i edukację seksualną. Podobnie jest w Wielkiej Brytanii czy Szwecji. Ale to, co jest promowane jako przejaw wolności, czyli rozwiązłość seksualna, w rzeczywistości jest przejawem zniewolenia człowieka. Ci, którzy nachalnie promują edukację seksualną, nie mają na względzie niczyjego dobra, lecz własne korzyści polityczne i finansowe.

E. Michael Jones, *Libido dominandi. Seks jako narzędzie kontroli społecznej*, Wyd. Wektory, Wrocław 2013.





- > interesujące działy i rubryki wiadomości, wywiady, reportaże, gorące tematy, dodatki
- > 19 edycji diecezjalnych wydarzenia lokalne
- > niedziela młodych
- > program tv z omówieniami

„Niedziela” jest także wydawcą książek i zeszytów tematycznych
BEZPŁATNA INFOLINIA BIBLIOTEKI „NIEDZIELI” 800-200-506

niedziela.pl

LIST DO PANI

MIESIĘCZNIK INNY NIŻ WSZYSTKIE

„List do Pani” adresowany jest do kobiet, które pragną ogarnąć refleksją swoje życie i zadania wynikające z kobiecego powołania. Fundamentem pisma jest Ewangelia i nauka społeczna Kościoła. Wiele uwagi poświęca się w „Liście do Pani” sprawom wiary, polskim dziejom, tradycjom: religijnym, kulturowym i patriotycznym. Obok tekstów poświęconych pielęgnowaniu więzi rodzinnych, wychowaniu dzieci, ekologii, zdrowiu, cennym inicjatywom społecznym i sylwetkom niezłomnych kobiet – znajdą też czytelnicy porady praktyczne dotyczące dobrej, zdrowej kuchni, prowadzenia domu, a także powieść w odcinkach i wiele pięknych strof poetyckich.

Prenumerata „Listu do Pani”: kwartalna – 18 zł, półroczna – 36 zł, roczna – 72 zł

Zamówienia należy kierować na adres:

Polski Związek Kobiet Katolickich, ul. Łazienkowska 14, 00-449 Warszawa
 97 1240 6218 1111 0000 4610 4728

listdopani@poczta.opoka.pl
www.listdopani.pl

