

Ewa Syrek

Edukacja żywieniowa jako ważny komponent promocji zdrowia

Wprowadzenie

Helena Radlińska (1879–1954), prekursorka pedagogiki społecznej w Polsce, podkreślała, że pedagogika społeczna musi sięgać do nauk biologicznych i społecznych, ponieważ korzysta z „badań nad zachowaniami i skrzywieniami rozwoju indywidualnego, wprowadza dane o ich społecznych przyczynach o możliwościach i sposobach zapobiegania im i wyrównywania” (Radlińska 1961, s. 364). Radlińska prowadziła badania środowiskowe, które dotyczyły niepowodzeń szkolnych i uwzględniały także sprawy zdrowia, a jej doświadczenia lekarskie i pielęgniarskie znalazły wyraz w jej późniejszych pracach z zakresu pedagogiki empirycznej i teorii pracy socjalnej (Demel, Mazurkiewicz, Wentlandtowa 1976, s. 253–261). „Wychowanie dla spraw zdrowia” w klasycznej koncepcji pedagogiki społecznej H. Radlińskiej uwzględniało pomoc ludziom w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu, kształtowaniu umiejętności, nawyków i sprawności służących zdrowiu, jego utrwalaniu i doskonaleniu oraz pomoc w rozwijaniu pozytywnego zaangażowania zdrowiem, kształtowaniu odpowiednich postaw umożliwiających profilaktykę, rehabilitację, ratownictwo oraz stosowanie zasad higieny w życiu jednostek i zbiorowości (Mazurkiewicz 1983, s. 70; zob. także np. Syrek 2000, s. 31–34). Dokonania H. Radlińskiej, stanowiące klasyczną koncepcję pedagogiki społecznej, stały się najbardziej twórczą inspiracją dla rozwoju pedagogiki zdrowia, która znajduje w tej koncepcji oparcie w sensie poznawczo-teoretycznym oraz w sensie praktycznego działania edukacyjnego. W wielu swoich tekstach argumentowałam, że pedagogika społeczna spełnia rolę metateorii pedagogiki zdrowia, poszerzając swoje obszary zainteresowań poznawczo-badawczych o nowe konteksty/obszary problemów społeczno-środowiskowych. Koncepcja praktycznego działania pedagogiki zdrowia wyraża się m.in. w środowiskowej (instytucjonalnej i pozainstytucjonalnej) edukacji zdrowotnej, spełniając tym samym

funkcję prakseologiczną w środowisku życia człowieka. Pojęcie środowiska życia spotykamy w literaturze przedmiotu nie tylko z zakresu pedagogiki, zwracając uwagę na konfigurację jego elementów (Marynowicz-Hetka 2006, s. 54–65), lecz także w literaturze przedmiotu z zakresu promocji zdrowia w odniesieniu do społeczno-ekologicznego modelu zdrowia (zob. np. Woynarowska 2007, s. 28–29). Koncepcja środowiska w pedagogice społecznej oraz społeczno-ekologiczny model zdrowia stanowią współczesną podstawę teoretyczną pedagogiki zdrowia z respektowaniem głównych idei pedagogiki społecznej.

Klasyczna pedagogika społeczna, prezentowana przez H. Radlińską, R. Wroczyńskiego oraz A. Przeclawską, przyjmowała i respektowała główne idee. Były to: idea pomocniczości: twórcą świata społecznego, struktury dynamicznej i zmiennej są „siły ludzkie”, idea sprawiedliwości społecznej: wszyscy ludzie powinni mieć równy dostęp do warunków rozwoju; szansę tę daje ład społeczny oparty na demokracji, idea pomocniczości: społeczeństwo ma obowiązek niesienia pomocy w rozwoju wszystkim potrzebującym jednostkom, grupom, środowiskom społecznym, idea edukacji społecznej: wychowanie jest jednym z elementów życia społeczno-kulturowego (Marynowicz-Hetka 2006, s. 46).

Przyjmuję, że przedmiot poznania, analizowania badań naukowych i działań wskazywanych w pedagogice zdrowia wynika z podstaw teoretycznych pedagogiki społecznej oraz jej funkcji. Pedagogika społeczna „zajmuje się teorią środowiskowych uwarunkowań edukacji i rozwoju człowieka oraz teorią i praktyką kształtowania środowiska” (Przeclawska 1996, s. 9). Współczesna pedagogika zdrowia jest subdyscypliną pedagogiki, jej przedmiotem zainteresowań poznawczo-badawczych i analiz są społeczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia i choroby, wieloaspektowe i wielosektorowe działania środowiskowe (instytucjonalne i pozainstytucjonalne) na rzecz zdrowia różnych grup społecznych oraz badanie i ewaluacja procesów edukacji zdrowotnej (wychowania i kształcenia) ukierunkowanej na doskonalenie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, a także umiejętności życiowych sprzyjających zdrowemu stylowi życia i poprawie jakości życia w każdym okresie życia człowieka, celem projektowania pedagogicznych działań kompensacyjnych (w tym edukacyjnych) na rzecz jednostki i środowiska, wykorzystywanych także w pracy socjalnej (Syrek 2008, s. 21). Pedagogika zdrowia korzysta z metod badań nauk społecznych, a do podstawowych jej pojęć należą m.in.: zdrowie (w ujęciu holistycznym), choroba (w ujęciu socjologicznym), edukacja zdrowotna (kształcenie i wychowanie), środowisko, umiejętności życiowe, kompensacja, profilaktyka społeczna, promocja zdrowia. Edukacja zdrowotna jest jednym z podstawowych narzędzi promocji zdrowia, jest procesem całościowym, a jej celem jest podnoszenie świadomości i umiejętności zdrowotnych sprzyjających zachowaniom prozdrowotnym i zdrowemu stylowi życia. Należy zwrócić uwagę, iż edukacja zdrowotna powinna być dostosowana do wieku, konkretnego środowiska i potrzeb edukacyjnych danej zbiorowości (Woynarowska [red.] 2017,

s. 96–106). Celem opracowania jest zasygnalizowanie problemu zdrowia związanego ze społecznymi i środowiskowymi aspektami odżywiania młodego pokolenia oraz zagrożeń zdrowotnych wynikających z nadwagi i otyłości. Współcześnie problem ten nabiera szczególnego znaczenia w sensie jednostkowym, ale i społecznym i wiąże się z podnoszeniem świadomości społecznej w zakresie odżywiania poprzez edukację zdrowotną.

Zróżnicowane uwarunkowania odżywiania – konteksty edukacji zdrowotnej

Sposób odżywiania dzieci i młodzieży jest uwarunkowany i zróżnicowany wieloma czynnikami, takimi jak: preferowany styl życia oraz wartości w środowisku rodzinnym dzieci i młodzieży, wykształcenie i status rodziców/opiekunów i preferowane zasady odżywiania (produkty, czas i miejsce posiłków, rytuały spożywania codziennych posiłków), środowisko społeczno-kulturowe (m.in. warunki ekonomiczne, miejsce zamieszkania), środowisko fizyczne (miejsce sprzedaży żywności, infrastruktura w miejscu zamieszkania), dostępność żywności (np. w domu, w szkole), ceny żywności, środowisko informacyjne (np. mass media jako źródło informacji o żywności, żywieniu, reklamy) etc. (zob. np. *Bezpieczeństwo żywności...* 2014) oraz upodobania indywidualne (zob. np. Gottwald, Kolmer [oprac.] 2009). Sposób odżywiania to „dobór produktów spożywczych w codziennym żywieniu, ich przygotowanie i spożycie charakterystyczne dla danego regionu, kraju lub grupy ludności, uzależnione od czynników kulturowych, społecznych i ekonomicznych” (Woźnicka 2015, s. 123). Model bezpiecznego żywienia stanowi zestaw zaleceń żywieniowych, który opracowuje się na podstawie wyników zobiektywizowanych badań nauk medyczno-żywieniowych. Ważnymi czynnikami jest także organizacja posiłków, dobór produktów w codziennej diecie, zapotrzebowanie na składniki odżywcze oraz inne czynniki mające znaczenie w odżywianiu dzieci i młodzieży, do których, jak już wspomniałam, należą: wzory zachowań żywieniowych kształtowanych od dzieciństwa w środowisku kulturowym (rodzinnym, rówieśniczym); status społeczno-ekonomiczny rodziny; ceny produktów, reklamy, edukacja żywieniowa (Wojnarowska [red.] 2017, s. 360 i 364). Warto szczególnie podkreślić, iż odpowiednie odżywianie dzieci i młodzieży jest niezbędne dla prawidłowego rozwoju w sensie biologicznym i psychospołecznym. Zapobiega niedoborowi witamin, minerałów, zmniejsza ryzyko wielu chorób. Odżywianie w dzieciństwie i w okresie adolescencji ma znaczenie w preferencjach żywieniowych w dorosłym życiu. Należy zwrócić uwagę, że w roku 2016 nastąpiła modyfikacja Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej, gdzie zaleca się codzienną aktywność fizyczną, a kolejne piętra zawierają grupy

produktów niezbędne dla prawidłowego żywienia (Dzielska, Kleszczewska 2018, s. 103). Sposób odżywiania jest elementem stylu życia, który w różnych grupach społecznych i środowiskach jest zróżnicowany, a według strategii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) styl życia oznacza sposób bycia oparty na wzajemnych relacjach między warunkami życia w szerokim rozumieniu a indywidualnymi wzorami zachowań, zdeterminowanymi cechami indywidualnymi i czynnikami społeczno-kulturowymi (zob. np. Domański i in. 2015; Juraś-Krawczyk, Woźnicka [red.] 2015). Zakres wzorów zachowań dostępnych jednostce może zostać ograniczony lub poszerzony pod wpływem czynników środowiskowych oraz stopnia indywidualnej samodzielności (Heszen, Sęk 2007, s. 104). Światowa Organizacja Zdrowia alarmuje, że wzrost nadwagi i otyłości na świecie przybiera aktualnie postać epidemii. Otyłość należy do zaburzeń odżywiania i jest uwarunkowana wieloma czynnikami: biologicznymi, psychologicznymi i społeczno-kulturowymi (zob. np. Jasiówka 2014; Leksy 2013; Domański i in. 2015). WHO akcentuje, że otyłość wiąże się z czynnikami ryzyka odpowiedzialnymi za liczbę zgonów na świecie. Dotyczy ona 400 mln, a nadwaga 1,6 mln ludzi na świecie. Liczba osób otyłych do 18. roku życia w ostatnich dekadach potroiła się. Prognozuje się tempo wzrostu otyłości do 2035 roku: około 12 mln osób będzie miało nietolerancję glukozy, 4 mln zachoruje na cukrzycę typu 2, 27 mln będzie miało nadciśnienie, a 38 mln stłuszczenie wątroby. WHO wskazuje na liczne uwarunkowania nadwagi i otyłości, m.in. picie słodkich napojów, spożywanie posiłków typu *fast food*, siedzący tryb życia, zbyt mała aktywność ruchowa, spożywanie nadmiaru kalorii w stosunku do potrzeb organizmu, niewłaściwe nawyki żywieniowe, czynniki psychospołeczne (np. kompulsywne objadanie się) (*Global Food...* 2018). Wskaźnik BMI (*body mass index*), czyli waga osoby w kilogramach podzielona przez wzrost podniesiony do kwadratu (w metrach), jest powszechnie stosowany do klasyfikacji nadwagi i otyłości wśród dzieci, młodzieży i dorosłych. Europejska Inicjatywa Nadzoru Nad Otyłością w Dzieciństwie WHO (COSI) została ustanowiona w 35 krajach Europejskiego Regionu WHO w celu mierzenia tendencji w zakresie nadwagi i otyłości uczniów szkół podstawowych w wieku 6–9 lat i uzyskiwania danych porównawczych oraz informowania o podjętych działaniach zmierzających do odwrócenia tego trendu (zob. np. *Better Food...* 2018). Warto w tym miejscu nawiązać także do międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (11–15 lat) na próbach reprezentatywnych HBSC (Health Behavior in School-aged Children), które są realizowane od 1982 roku co cztery lata. Obecnie członkami sieci badawczej jest 49 państw (Polska od 1989 roku). Ostatnie badania były przeprowadzone w roku szkolnym 2017/2018. Systematycznie (cykl czteroletni) badania charakteryzują się zintegrowanym i wielopłaszczyznowym modelem, który stwarza możliwości wielostronnego ich wykorzystania, tj. dla opisu zachowań zdrowotnych i samooceny

zdrowia w kontekście społecznym umożliwia poszukiwanie czynników ryzyka oraz czynników chroniących względem zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży, opis i analizę wielu obszarów funkcjonowania młodzieży, dokonywanie analiz wielopoziomowych (indywidualnego, klasy szkolnej czy kraju), trendów zmian poszczególnych obszarach zdrowia, dokonywanie porównań międzynarodowych, uczestnictwo w ewaluacji programów profilaktycznych na poziomie krajowym (Mazur, Małkowska-Szkućnik 2018, s. 9). Z ostatnich badań HBSC prowadzonych zgodnie z kategoriami BMI (*cut off points*) (według WHO, 2007) otyłość i nadwaga wystąpiły u 21,3%, w tym otyłość u 4,7% ankietowanych nastolatków (istotnie częściej u chłopców). Natomiast według międzynarodowych standardów/kryteriów IOTE (International Obesity Task Force) nadwaga i otyłość wystąpiła u 16,5%. Odsetek uczniów 11-, 13- i 15-letnich z nadwagą i otyłością wzrósł od 2014 roku o prawie 2 punkty procentowe (Oblacińska 2018, s. 72 i 75–76). Jeśli chodzi o spożywanie produktów korzystnych dla zdrowia, to z badań tych wynika, że jedna trzecia nastolatków spożywa owoce (32,8%) i warzywa (34,2%) na zalecanym poziomie. W porównaniu z rokiem 2014 obserwuje się wzrost odsetka codziennego spożywania warzyw o 4,9% i owoców 4,4% (w grupie nastolatków 11–15 lat). Produkty niekorzystne dla zdrowia to głównie cukier, który badani nastolatki spożywają częściej niż jeden raz w tygodniu (69,9%). Dziewczęta częściej niż chłopcy spożywały słodkie w nadmiernych ilościach (72,6% i 66,9%). W porównaniu z rokiem 2014 zaobserwowano spadek odsetka jedzenia słodkiego raz w tygodniu o 2,6% i picia słodkich napojów o 11,9% wśród badanych nastolatków (Dzielska, Kleszczewska 2018, s. 109; zob. także Matyja 2014). Współcześnie preferowane są, głównie w mass mediach, młodość, sprawność i idealna sylwetka ciała, co powoduje, że młodzież, a także młodzi dorośli podejmują działania związane z obniżeniem masy ciała za pomocą specjalnych diet, aktywności fizycznej i suplementów diety (np. przyspieszających spalanie tkanki tłuszczowej), często z powodu niewłaściwej oceny masy swojego ciała i wyglądu. Z badań HBSC wynika, iż co piąty badany nastolatek (11–15 lat) podejmował zachowania zmierzające do redukcji masy ciała – 25,4% dziewcząt i 16,2% chłopców. Redukowanie masy ciała jest uzasadnione, gdy dotyczy nastolatków z nadwagą lub otyłością i powinno być prowadzone pod kontrolą lekarza. Odpowiednio wczesne zapobieganie oraz leczenie otyłości zmniejsza ryzyko cukrzycy, chorób metabolicznych, chorób układu krążenia i układu ruchu, co jest ważne także ze względu na dobrostan psychiczny i zapobiega odrzuceniu społecznemu młodych ludzi (Wojnarowska 2018, s. 120–121). W obliczu danych statystycznych i prognoz na najbliższe lata dotyczących nadwagi i otyłości oraz jej zdrowotnych skutków u dzieci, młodzieży i dorosłych, konieczne staje się włączenie na różnych poziomach organizacji systemu szkolnictwa edukacji żywieniowej, jak również niezbędna staje się edukacja żywieniowa przeznaczona dla różnych grup

społecznych celem poszerzania wiedzy i umiejętności sprzyjających dobremu, wartościowemu, jeśli chodzi o potrzeby organizmu w danej fazie/cyklu życia, odżywianiu siebie i członków rodziny, wybieraniu właściwych produktów (np. czytanie etykiet na produktach, odrzucanie produktów niezdrowych, niekorzystnych dla zdrowia), posiadaniu umiejętności przygotowywania zdrowych posiłków, uczeniu dzieci i najbliższych zasad zdrowego żywienia. Jak podkreślają znawcy przedmiotu, na wybory żywieniowe mają wpływ takie czynniki, jak: ekspozycja na nowe potrawy – polega ona na wielokrotnie powtarzanym proponowaniu dzieciom nowych potraw; dodawanie do potraw coraz to nowych produktów, tak aby dziecko nie reagowało niechęcią i strachem; uczenie się społeczne poprzez obserwacje sytuacji społecznych, naśladowanie osób znaczących w bezpośrednim otoczeniu dziecka (np. rodzice, dziadkowie, rodzeństwo, grupa rówieśnicza) oraz w środkach masowego przekazu; uczenie się asocjacyjne – nagradzanie dziecka za dobre wybory żywieniowe. W literaturze przedmiotu wyróżnia się trzy fazy edukacji żywieniowej: pierwsza wiąże się z motywacją i zwiększeniem świadomości poprzez wskazywanie korzyści płynących ze zmiany sposobu żywienia, druga dotyczy umożliwienia podjęcia zmiany w sposobie odżywiania z uwzględnieniem celu, jakiemu ma służyć, a trzecia – faza środowiskowa – dotyczy pracy z decydentami, którzy wspierają wysiłki ludzi do zmiany zachowań żywieniowych (Woynarowska [red.] 2017, s. 268–269). Rodzice jako pierwsi wprowadzają dzieci w świat jedzenia i odżywiania.

Żywność jest okazją do wprowadzania dziecka w świat oczekiwań wynikających z konieczności nabywania kultury społeczeństwa, do którego człowiek przynależy. W przeważającej większości sposoby żywienia stanowią na tym etapie kształtowania kultury nieświadomy społecznie system kształtowania zachowań (Matyja 2013, s. 101).

W nawiązaniu do koncepcji antropologicznej Margaret Mead należy podkreślić, że sposoby odżywiania preferowane przez rodziców mogą ulegać modyfikacji poprzez wprowadzanie elementów innych kuchni (np. azjatyckich). Natomiast radykalne zmiany sposobu odżywiania następują wówczas, gdy rozwój nauki i technologii powoduje szybkie przetwarzanie produktów, co wpływa na pozbawienie produktu swoich naturalnych walorów (Matyja 2013, s. 102). Edukacja żywieniowa w rodzinie odbywa się poprzez wiele różnych czynności, np. włączenie dzieci do robienia zakupów wspólnie z rodzicami (uczenie czytania etykiet, uzasadnianie wyboru lub odrzucenia określonych produktów spożywczych), samodzielne, stosownie do wieku, dokonywanie zakupów przez dzieci, uczenie dziecka krytycznego podejścia do reklam produktów żywnościowych, wspólne z dziećmi przygotowywanie posiłków, wspólne spożywanie posiłków (przynajmniej jednego w ciągu dnia), uczenie kultury jedzenia, tworzenie emocjonalnej atmosfery bliskości i bezpieczeństwa (Woynarowska [red.] 2017, s. 376–377).

Mając na uwadze konteksty społeczne związane z żywieniem, nie sposób pominąć znaczenia religii w doborze produktów (odrzućanie pewnych produktów) i sposobie przygotowania potraw oraz rytuałach związanych z ich spożywaniem, kultywowanych w rodzinach wyznających daną religię (np. kuchnia żydowska, hinduska, arabska):

posiłek staje się faktem socjologicznym, podlegającym regułom o charakterze estetycznym, stylistycznym, ponadindywidualnym, regulującym nie tylko rodzaj, ale i formę spożywania potraw. Samo jedzenie oraz czynność spożywania go stają się więc nośnikami znaczeń kulturowych oraz obrastają w rytuały, w związku z czym kuchnia jest istotnym elementem tożsamości grupowej, w tym religijnej (Woźniak 2013, s. 133).

Każdemu z aspektów związanych z żywieniem i sposobami odżywiania można by poświęcić oddzielne opracowanie, ponieważ są one złożone, ponadto można je analizować z różnych perspektyw: medycznej, psychologicznej, społecznej/socjologicznej i pedagogicznej w zależności od tego, którą perspektywę zagadnienia chcemy szczególnie zaakcentować. W tekście zasygnalizowałam jedynie zagadnienie, które powinno być podejmowane badawczo i edukacyjnie, ponieważ celem edukacji żywieniowej jest podnoszenie poziomu świadomości dotyczącej sposobu odżywiania (wraz z jego komponentami) oraz promowanie zdrowego stylu życia ukierunkowanego na podnoszenie jakości życia codziennego. Edukacja żywieniowa jest ważnym obszarem promocji zdrowia.

Na przestrzeni ostatnich dekad pojęcie promocji zdrowia ulegało rozwojowi. I tak np. promocję zdrowia określa się jako proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem lub proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad czynnikami determinującymi zdrowie i w ten sposób jego poprawę. W najnowszych definicjach promocji zdrowia zwraca się uwagę na konieczność rozwijania, w sposób zrównoważony, zdrowia pozytywnego oraz profilaktyki chorób poprzez działania polityki społecznej, a także poprzez strategię i działania obejmujące liczne obszary, np. społeczne, ekonomiczne, kulturowe, edukacyjne oraz działania zainicjowane przez społeczności. Ponadto w promocji zdrowia przewiduje się działania zaplanowane, które tworzą warunki życia sprzyjające zdrowiu poprzez połączenie mechanizmów edukacyjnych, organizacyjnych, prawnych, politycznych. Warto jednak zaznaczyć, że współcześnie akcentuje się, iż promocja zdrowia odnosi się do systemów społecznych, natomiast edukacja zdrowotna, będąca jednym z narzędzi promocji zdrowia, jest ukierunkowana na jednostki i grupy. Istotę rozwoju działań związanych z promocją zdrowia stanowi rozwój badań naukowych o charakterze interdyscyplinarnym oraz podejmowanie działań wielosektorowych (Wojnarowska [red.] 2017, s. 121–122). Nawiązując do konieczności współpracy międzysektorowej w celu osiągnięcia zamierzonych celów dotyczących zdrowia, należy podkreślić, że

w ustawie o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r., poz. 1916) pierwszy cel operacyjny dotyczy sposobu żywienia i stanu odżywiania oraz aktywności fizycznej społeczeństwa, dla realizacji którego należy podjąć szereg działań wielosektorowych. Do najważniejszych z nich należą: zwiększenie dostępności produktów spożywczych zalecanych do spożycia i zmniejszenie dostępności produktów niezalecanych do spożycia, ograniczenie presji marketingowej produktów niezdrowych do spożycia, kierowanej zwłaszcza do dzieci i młodzieży, upowszechnienie w placówkach systemu edukacji wiedzy dotyczącej zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, kształtowanie i umożliwienie prawidłowych wyborów żywieniowych oraz aktywności fizycznej w środowiskach nauki, pracy i rekreacji, działania edukacyjne podejmowane w mass mediach upowszechniające prawidłowe żywienie i promowanie kultury fizycznej, rozwój kompetencji osób (nauczycieli, edukatorów zdrowia, pracowników administracji instytucjonalnej) na rzecz ograniczania nadwagi i otyłości, dostępność porad dietetycznych i związanych z aktywnością fizyczną, dostępność opieki zdrowotnej oraz wykrywania chorób będących konsekwencją nadwagi i otyłości, prowadzenie badań naukowych nad sposobami i stanem odżywiania społeczeństwa polskiego oraz aktywności fizycznej, profilaktyka nadwagi i otyłości. Natomiast głównym celem WHO/Europe jest monitorowanie przyczyn chorób, którym można zapobiegać, a także ich determinantów prowadzących do otyłości. W obszarze aktywności fizycznej i diety Biuro Regionalne WHO wspiera poszczególne kraje na podstawie zaleceń *Globalnego raportu na temat chorób niezakaźnych* (2014) oraz *Europejskiego Planu Działania w dziedzinie Żywności i Żywienia 2015–2020* (2014). Celem strategicznym tego ostatniego jest przeciwdziałanie przedwczesnym zgonom i zmniejszenie obciążenia chorobami niezakaźnymi związanymi ze sposobem odżywiania, którym można zapobiegać, otyłością oraz innymi postaciami nieprawidłowego stanu odżywiania, nadal powszechnie występującymi w Regionie Europejskim WHO, na które silnie oddziałują czynniki warunkujące zdrowie i które w znaczący sposób negatywnie wpływają na dobrostan i jakość zdrowia (tamże, s. 8).

Podsumowanie

Jednym z najważniejszych posunięć ukierunkowanych na poprawę zdrowia i jakości życia społeczeństwa jest podjęcie systemowych działań wielosektorowych oraz działań edukacyjnych w celu podnoszenia świadomości zdrowotnej społeczeństwa w zakresie uwarunkowań zdrowia i zagrożeń zdrowia. Niezbędne jest wskazywanie, jak wiele dla zdrowia znaczą indywidualne wybory zachowań prozdrowotnych.

Bibliografia

- Bezpieczeństwo żywności. Zrozumieć politykę Unii Europejskiej*, „Od pola do stołu” – bezpieczna i zdrowa żywność dla każdego (2014), Komisja Europejska, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Bruksela–Belgia–Luksemburg.
- Better Food and Nutrition in Europe: A Progress Report Monitoring Policy Implementation in the WHO European Region* (2018), World Health Organization, Copenhagen.
- Demel M., Mazurkiewicz E.A., Wentlandtowa H. (1976), *Pedagogika zdrowia. (Oświata zdrowotna)*, [w:] W. Okoń (red.), *Stan i perspektywy rozwoju nauk pedagogicznych*, PWN, Warszawa, s. 253–261.
- Domański H., Karpiński Z., Przybysz D., Straczuk J. (2015), *Wzory jedzenia a struktura społeczna*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Dzielska A., Kleszczewska D. (2018), *Spożywanie wybranych produktów przez młodzież*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 103–110.
- Europejski Plan Działania w dziedzinie Żywności i Żywnienia 2015–2020* (2014), Europejski Komitet Regionalny Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), 15–18 września, Kopenhaga.
- Gottwald F.T., Kolmer L. (oprac.) (2009), *Jedzenie. Rytuały i magia*, tłum. E. Ptaczyńska-Sadowska, Wydawnictwo Muza, Warszawa.
- Global Food Security Index 2018. Building Resilience in the Face of Rising Food-Security Risks*, A report from the Economist Intelligence Unit, London.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Jasiówka A. (2014), *Zaburzenia odżywiania występujące u dzieci i młodzieży*, [w:] B. Adamczyk (red.), *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 195–204.
- Juraś-Krawczyk B., Woźnicka E. (red.) (2015), *Jedzenie jako sytuacja edukacyjna i społeczna*, Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź.
- Leksy K. (2013), *Nadmierna masa ciała – konteksty psychospołeczne i pedagogiczno-edukacyjne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Matyja A. (2013), *Socjalizacja a żywienie – analiza socjologiczna*, [w:] B. Adamczyk (red.), *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 97–118.
- Matyja A. (2014), *Schematy żywieniowe dzieci i młodzieży – analiza czynnikowa*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 95 (2), s. 481–487.
- Marynowicz-Hetka E. (2006), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. (2018), *Wprowadzenie. Metodologia badań HBSC 2018*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 7–22.
- Mazurkiewicz E.A. (1983), *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław–Łódź.
- Przeclawska A. (1996), *Pedagogika społeczna – kręgi poszukiwań*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Radlińska H. (1961), *Pedagogika społeczna*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław–Łódź.
- Oblacińska A. (2018), *Rozwój fizyczny, samoocena masy ciała*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 70–81.
- Syrek E. (2000), *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

- Syrek E. (2008), *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym, Dz.U. z 2015 r., poz. 1916.
- Woźnicka E. (2015), *Barier w zdrowym odżywianiu w opinii dorosłych*, [w:] B. Juraś-Krawczyk, E. Woźnicka (red.), *Jedzenie jako sytuacja edukacyjna i społeczna*, Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź.
- Woźniak B. (2013), *Regulacyjna funkcja religii a sposób odżywiania się i zdrowie osób zaangażowanych religijnie*, [w:] B. Adamczyk (red.), *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 129–146.
- Woynarowska B. (2007), *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Woynarowska B. (2018), *Zachowania ukierunkowane na zmniejszenie masy ciała*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 120–124.
- Woynarowska B. (red.) (2017), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.