



WPŁYW ŚRODOWISKA RODZINNEGO ORAZ NAUCZYCIELI NA KSZTAŁTOWANIE POSTAW PROZDROWOTNYCH DZIECI OBCOKRAJOWCÓW

Dr n. o zdr. Edyta Kierczuk
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
Dr n. med. Beata Kowalewska
Dr n. med. Anna Ślifirczyk



**WPLYW ŚRODOWISKA RODZINNEGO
ORAZ NAUCZYCIELI NA KSZTAŁTOWANIE
POSTAW PROZDROWOTNYCH DZIECI
OBCOKRAJOWCÓW**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**WPLYW ŚRODOWISKA RODZINNEGO
ORAZ NAUCZYCIELI NA KSZTAŁTOWANIE
POSTAW PROZDROWOTNYCH DZIECI
OBCOKRAJOWCÓW**

Dr n. o zdr. Edyta Kierczuk
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
Dr n. med. Beata Kowalewska
Dr n. med. Anna Ślifirczyk

Białystok 2020

Recenzenci monografii

Dr hab. n. o zdr. Elżbieta Grochans

Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. Jan Karczewski

Zakład Zdrowia Publicznego

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

ISBN – 978-83-958200-3-8

Wydanie I

Białystok 2020

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

Pozostała grafika ze strony FreePik

Monografia powstała na bazie wyników rozprawy doktorskiej dr n. o zdr. Edyty Kierczuk.

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:

"Duchno" Teresa Duchnowska, 15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307

*„(...)potrzebna jest gotowość przyjęcia ludzi uciekających od wojen i głodu.
Solidarność z osobami pozbawionymi swoich praw podstawowych,
w tym do swobodnego i bezpiecznego wyznawania swojej wiary.
(...) Chodzi zatem o uczynienie tego, co w naszej mocy,
aby ulżyć ich cierpieniom, nieustrudzenie, inteligentnie i stale
działać na rzecz sprawiedliwości i pokoju (...)”*

Papież Franciszek

WYKAZ AUTORÓW

Dr n. o zdr. Edyta Kierczuk

Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 3 w Białej Podlaskiej

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Beata Kowalewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. o med. Anna Ślifirczyk

Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Szkoła Wyższa im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów.....	Str. 10
Wprowadzenie	Str. 11
Cudzoziemcy w Polsce – liczba, charakterystyka, stan zdrowia.....	Str. 13
Barriere w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia i edukacji.....	Str. 33
Rola rodziny i szkoły w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych.....	Str. 44
Założenia i cel pracy.....	Str. 59
Material i metody.....	Str. 62
Charakterystyka grupy badanej.....	Str. 74
Zachowania prozdrowotne preferowane przez rodziców i nauczycieli.....	Str. 81
Codziennosc migrantów w Polsce i integracja ich dzieci w szkole.....	Str. 110
Satysfakcja z życia rodziców i nauczycieli oceniana skalą SWLS.....	Str. 125
Zachowania zdrowotne preferowane przez rodziców i nauczycieli oceniane skalą IZZ	Str. 131
Typy kontroli zdrowia u rodziców i nauczycieli.....	Str. 135
Dyskusja.....	Str. 140
Wnioski.....	Str. 160
Wykaz Tabel.....	Str. 162
Wykaz Rycin.....	Str. 165
Piśmiennictwo.....	Str. 169

WYKAZ SKRÓTÓW

BSL	<i>Biological Safety Level</i>
G6PD	Niedobór dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i> - ludzki wirus upośledzenia odporności
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
RP	Rzeczpospolita Polska
UdSC	Urząd do Spraw Cudzoziemców
UMHCR	<i>United Nations High Commissioner for Refugees</i>
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

WPROWADZENIE

Szanowni Państwo

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej spowodowało otwarcie granic i nasiliło migrację ludności z wielu krajów odmiennych kulturowo, a jednocześnie doprowadziło do wzrostu liczby pacjentów i uczniów – obcokrajowców.

Ponadto w ostatnim czasie na terenie Polski zwiększyła się także liczba uchodźców zmuszonych do ucieczki z kraju ojczystego ze względu na działania wojenne, konflikty wewnętrzne czy przemoc polityczną.

Raport Główny Urzędu Statystycznego, sporządzony na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego Ludności z 2011 roku [1], podaje że Polskę zamieszkują przedstawiciele dziewięciu mniejszości narodowych: Niemcy, Białorusini, Ukraińcy, Rosjanie, Żydzi, Litwini, Czesi, Słowacy i Ormianie oraz czterech mniejszości etnicznych: Tatarzy, Romowie, Łemkowie i Karaimi. Ponadto wielokulturowość Polski wiąże się także z różnorodnością religii chrześcijańskiej, Islamu, Judaizmu i Buddyzmu. Zatem Polacy żyją w społeczeństwie wielokulturowym i na co dzień spotykają przedstawicieli innych kultur zarówno w placówkach ochrony zdrowia, czy w szkołach.

Uchodźcy/migranci stanowią duże wyzwanie edukacyjne, w tym w zakresie prozdrowotnym, ponieważ duże różnice kulturowe i językowe sprawiają trudności w skutecznej edukacji w każdym zakresie.

Zachowania zdrowotne, za Okoń [2] kształtują się przede wszystkim w okresie wzrastania i rozwoju dziecka. Powyższe dokonuje się w procesie socjalizacji, rozumianej jako „*przekazywanie potomstwu wiedzy o otaczającym świecie, dziedzictwa kulturowego oraz przygotowanie do pełnienia dorosłych ról społecznych lub jako ogół działań ze strony społeczeństwa, zwłaszcza rodziny, szkoły i środowiska społecznego, zmierzający do uczynienia z jednostki istoty społecznej*” [2].

Ważnym środowiskiem promującym zachowania prozdrowotne, także w kontekście wielokulturowości, może być szkoła [3]. Uważa się, iż aktywne włączanie dzieci cudzoziemców w środowisko szkolne, osiąga się najlepiej poprzez odpowiednie, systemowe przygotowanie nauczycieli oraz ich wspieranie w tej działalności. Jedynie świadomi nauczyciele mogą wykształcić u uczniów oczekiwane umiejętności psychospołeczne, niezbędne w edukacji międzykulturowej, a także w przełamywaniu stereotypów/uprzedzeń, aby mogli żyć wspólnie, we wzajemnym szacunku, akceptacji, poszanowaniu innych kultur/religii i zdrowia [3].

W literaturze zaczęły się pojawiać publikacje przedstawiające stan badań dotyczący problematyki kompetencji kulturowych w pracy z uczniem i pacjentem obcokrajowcem. Autorzy badań poruszają zagadnienia związane z wrażliwością międzykulturową pracowników Służby Zdrowia i nauczycieli, wpływem poziomu empatii na postrzeganie relacji nauczyciel-dziecko- rodzic oraz lekarz- pacjent-rodzina z innego obszaru kulturowego, a także dotyczące stereotypów i uprzedzeń wobec osób odmiennych kulturowo [1].

Kompetencje międzykulturowe dotyczą wiedzy oraz umiejętności radzenia sobie w środowisku wielokulturowym i powinny być traktowane jako niezbędne narzędzie w naszym społeczeństwie, ponieważ ludzie w dużym stopniu są zaangażowani w wymianę kulturową poprzez swoje codzienne relacje. Osoby, które rozwijają swoją wrażliwość i świadomość kultur innych niż własne, nabywają pożądaną wiedzę, postawy oraz umiejętności do profesjonalnej komunikacji w różnych interakcjach. Dlatego wrażliwość międzykulturowa ma związek z większym potencjałem do sprawowania kompetencji międzykulturowych i oznacza to, że ludzie wrażliwi na kulturę mają zdolność rozpoznawania, uznawania i poszanowania różnic kulturowych [4].

Celem niniejszej monografii była próba oceny roli rodzin i nauczycieli w kształtowaniu postaw dzieci obcokrajowców wobec zdrowia i choroby.

W opinii autorów wyniki przeprowadzonych badań pozwolą ocenić wpływ rodziny i nauczycieli na kształtowanie postaw prozdrowotnych dzieci obcokrajowców oraz wytyczyć kierunki działań w powyższym zakresie.

Dr n. o zdr. Edyta Kierczuk
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak
Dr n. med. Beata Kowalewska
Dr n. o zdr. Anna Ślifirczyk

CUDZOZIEMCY W POLSCE – LICZBA, CHARAKTERYSTYKA, STAN ZDROWIA

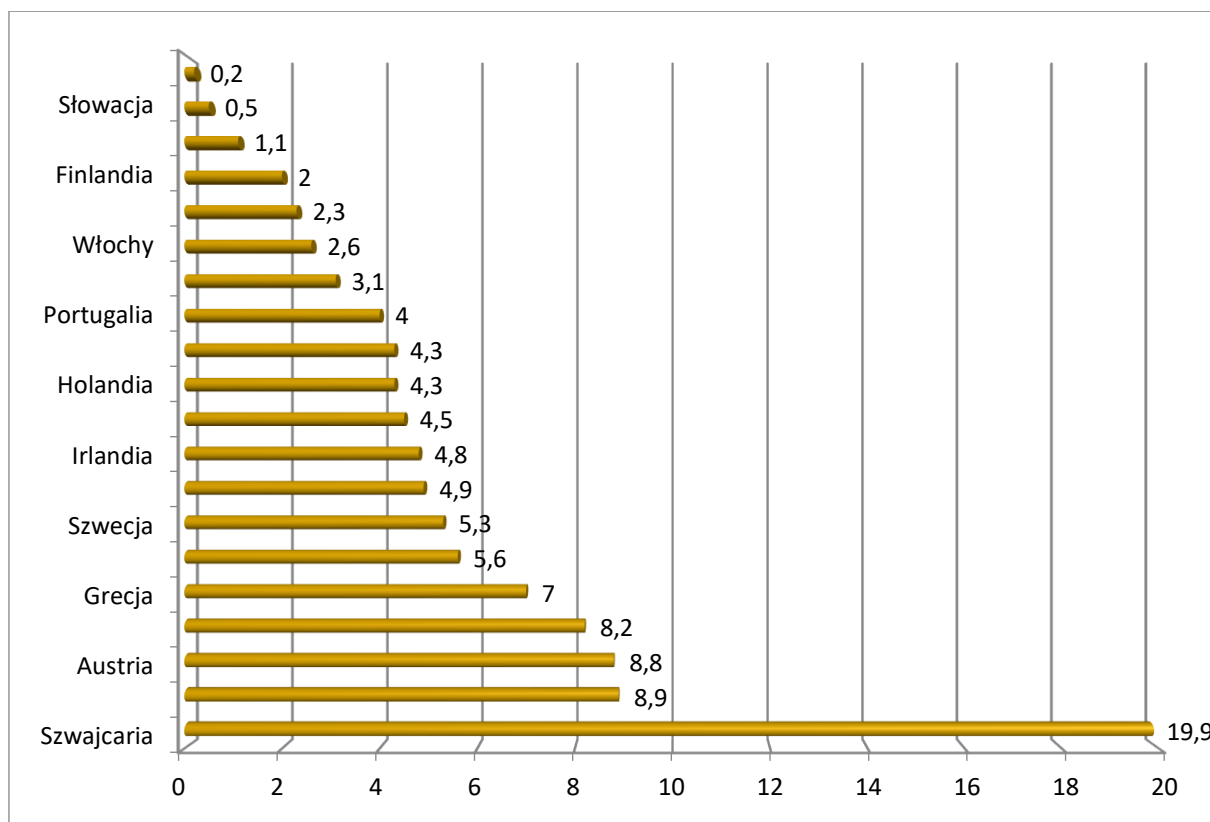
Cudzoziemcy w Polsce na przestrzeni ostatnich 50 lat

Liczba imigrantów przybywających do Polski zwiększa się z roku na rok. Jak podaje Główny Urząd Statystyczny (GUS) od roku 1966 do chwili obecnej władze Polski wydały pozwolenia na pobyt stały 319.425 obcokrajowcom [5]. Dane zgromadzone przez Urząd do Spraw Cudzoziemców (UdSC) wskazują, iż zgodnie ze stanem na dzień 1 stycznia 2019 roku, zezwolenia na pobyt na terytorium Polski posiadało ponad 372. tysiące cudzoziemców [6]. Z kolei dane ZUS (Zakład Ubezpieczeń Społecznych) wskazują, że z końcem września 2018 roku aż 569. tysięcy obcokrajowców podlegało ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym [7]. Portal migracje.gov.pl, na którym przedstawiane są dane statystyczne dotyczące obcokrajowców, wskazuje, że obecnie w Polsce przebywa 411.809 cudzoziemców posiadających dokumenty uprawniające do pobytu w Polsce [8].

Mimo, iż liczba cudzoziemców przebywających obecnie w Polsce wydaje się duża, to rozpatrując tę kwestię na tle sytuacji innych państw Europy okazuje się, że odsetek obcokrajowców w Polsce w stosunku do ogółu społeczeństwa jest niski. Dane z roku 2005 wskazują, że cudzoziemcy stanowili w Polsce w tym okresie jedynie 0,2% populacji - dla porównania w Belgii, Austrii i Niemczech wskaźnik ten oscylował około 8-9%, a w Szwajcarii wynosił niemal 20% (Rycina 1) [9].

W latach 1969-1979 liczba cudzoziemców przybywających do Polski na pobyt stały nie przekraczała 2. tys. osób rocznie. Najwyższy wskaźnik odnotowano w roku 1969 – 1948 osób, z kolei najniższy w roku 1974 – 1395 osób. Można stwierdzić, że liczba obcokrajowców przybywających na stałe do Polski była na stosunkowo stałym poziomie na przestrzeni omawianego okresu. Początek lat 80. tych ubiegłego wieku przyniósł znaczne zmniejszenie liczby imigrantów przybywających do Polski na pobyt stały. Od roku 1980 następował stały spadek cudzoziemców osiedlających się w naszym kraju, który osiągnął szczyt w roku 1983, kiedy odnotowano jedynie 540 takich osób. Miało to bezpośredni związek z wprowadzeniem w Polsce stanu wojennego w grudniu 1981 roku, co znacznie ograniczyło ruch graniczny [10]. Jednakże już w roku 1984 doszło do nagłego wzrostu liczby imigrantów przybywających na stałe do Polski, która plasowała się na poziomie sprzed ogłoszenia stanu wojennego. Od tej pory zauważyć można stałą tendencję wzrostową. W roku 1988 liczba cudzoziemców przekroczyła 2. tys.. W latach 90. tych XX wieku doszło do nagłego wzrostu liczby

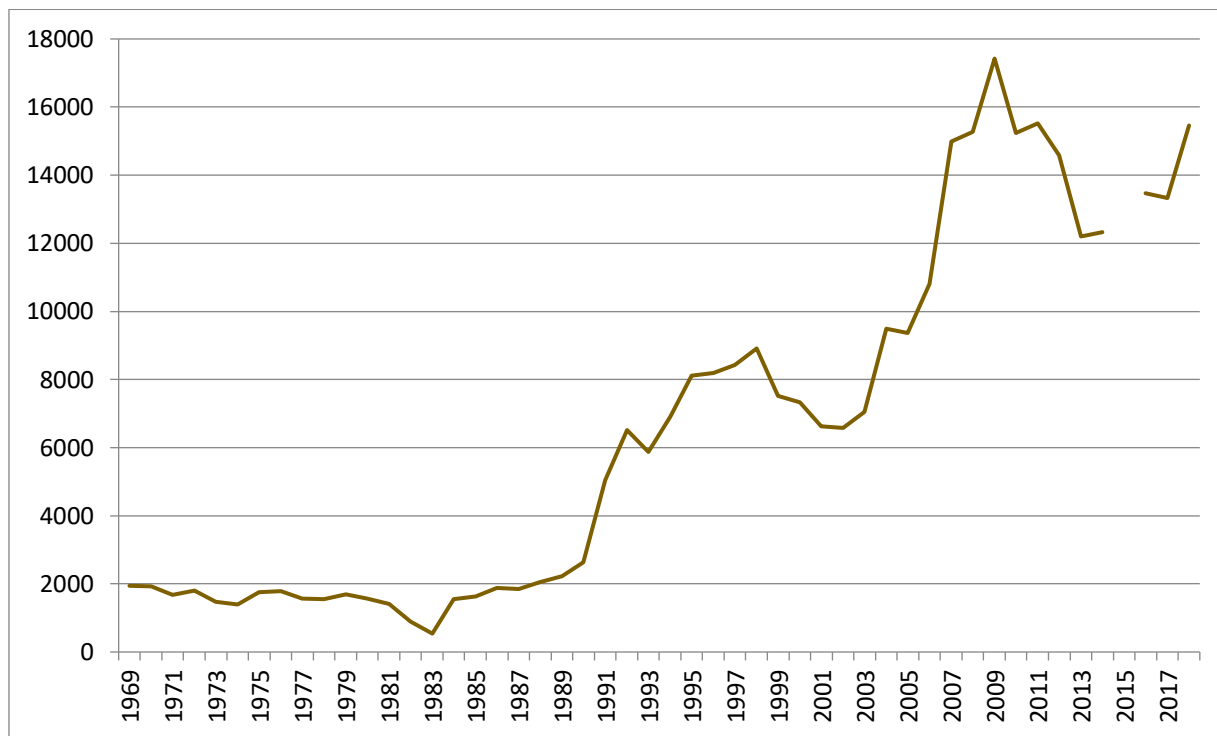
cudzoziemców w stosunku do poprzedniego dziesięciolecia. Jeszcze w roku 1990 odnotowano wskaźnik podobny do tego z końca lat 80. tych (2.626 osób) jednak już rok później wzrósł on niemal dwukrotnie (5.040 osób) i utrzymywał tendencję wzrostową. W tym okresie największą liczbę imigrantów przybywających do Polski na pobyt stały odnotowano w roku 1998 (8.916 osób) [5].



Rycina 1. Odsetek obcokrajowców w wybranych państwach europejskich - stan na rok 2002, na podstawie [9]

Nowe tysiąclecie charakteryzowało się początkowym spadkiem liczby cudzoziemców, jednak od 2004 roku doszło do utrzymania tendencji wzrostowej, tak by w roku 2006 przekroczyć 10. tysięcy imigrantów. Koniec ostatniego dziesięciolecia przyniósł rekord jeżeli chodzi o liczbę cudzoziemców przybywających do Polski na stałe – w roku 2009 do kraju przybyły 17.424 osoby. Aż do chwili obecnej nie osiągnięto tak wysokiego wskaźnika. Ostatnie dziesięciolecie charakteryzuje się utrzymaniem stosunkowo stałej liczby cudzoziemców przybywających do Polski na pobyt stały. Niewielki spadek odnotowano w latach 2013 – 2017, jednak już w roku 2018 doszło do wzrostu liczby imigrantów do poziomu z lat 2010 – 2011. Rok 2015 nie został ujęty w analizie z uwagi na brak danych z tego okresu.

Celem lepszego zobrazowania zmian zachodzących na przestrzeni ostatnich 50. lat powyższe dane przedstawiono na wykresie zbiorczym (Rycina 2) [5].



Rycina 2. Liczba cudzoziemców przybywających do Polski na pobyt stały w latach 1969 – 2018, na podstawie [5].

Jak podaje UdSC aktualnie (dane na rok 2019) ważne dokumenty uprawniające do pobytu stałego na terytorium Polski posiada 75 430 obcokrajowców. Zdecydowana większość z nich (35%) osiedliła się w województwie mazowieckim (Rycina 3) [8].

Większość imigrantów wybiera na miejsce swojego pobytu duże miasta, w których łatwiej o zatrudnienie [11].

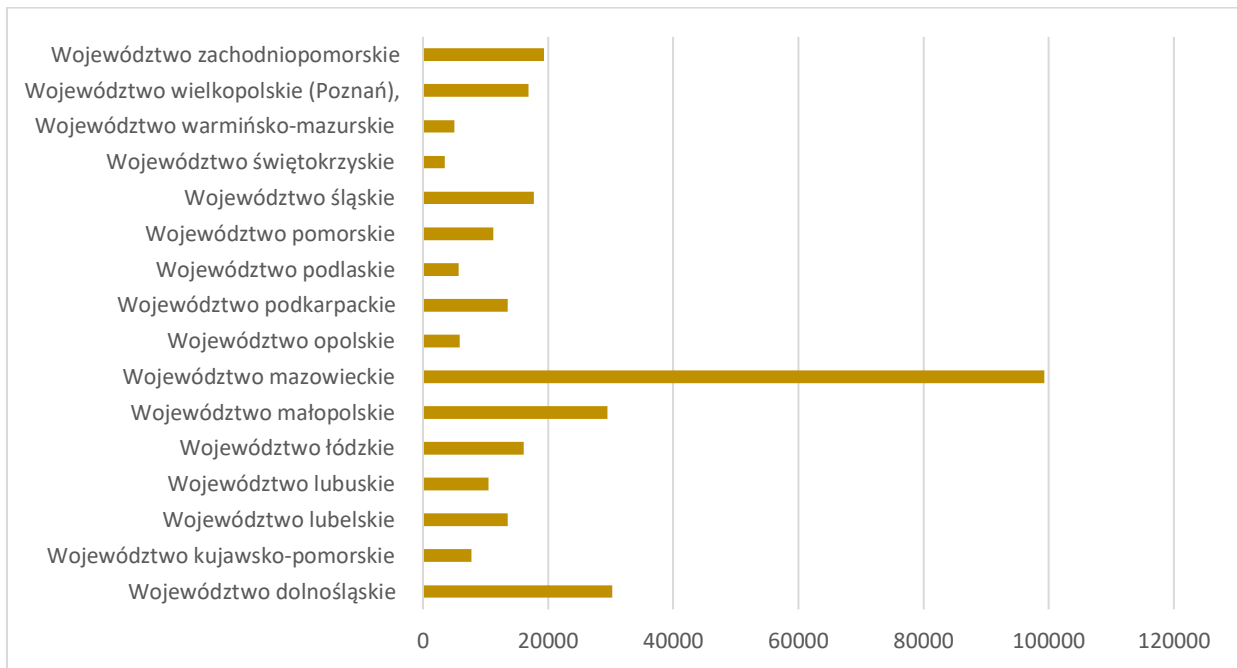
Biorąc pod uwagę ogół przybywających do Polski cudzoziemców, liczby te są o wiele większe, bowiem zdecydowana większość pozwoleń na pobyt dotyczy pobytu czasowego, a nie stałego.

Na przestrzeni ostatnich pięciu lat przyrost liczby wydawanych pozwoleń na pobyt w Polsce kształtuje się na poziomie 50. tysięcy rocznie (Rycina 4).

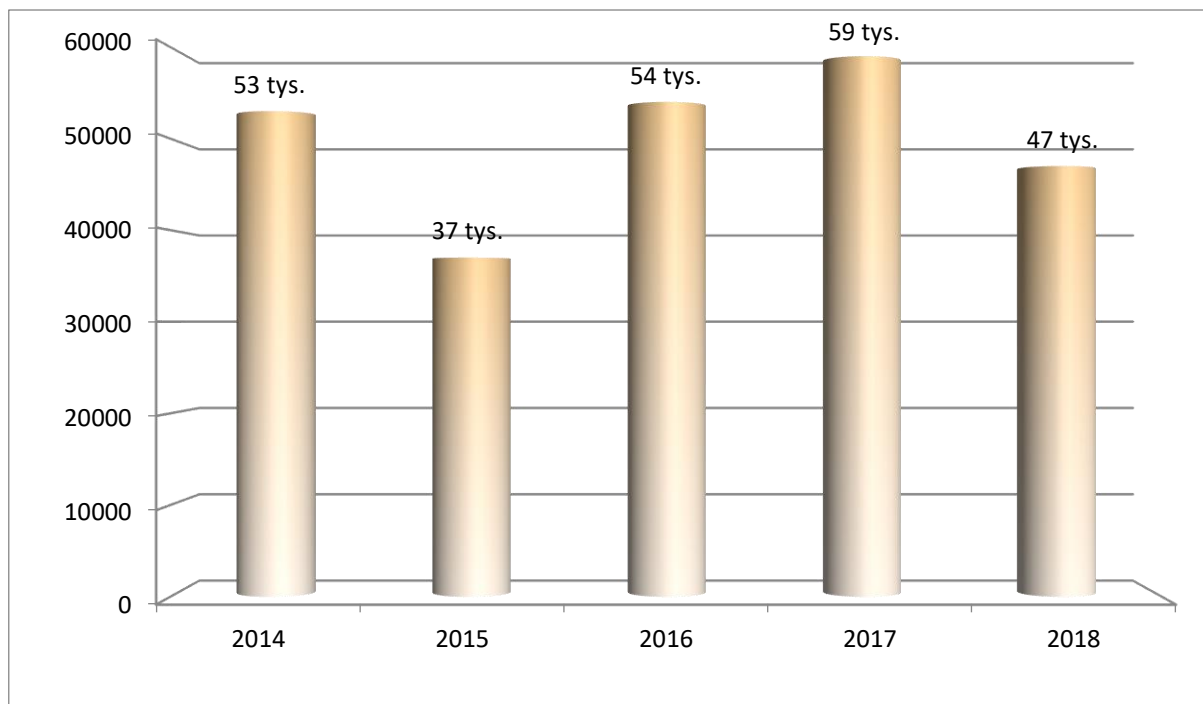
Do tej pory najwyższy wzrost odnotowano w 2017 roku, kiedy to wyniósł on 59. tysięcy, a najniższy - w roku 2015 – 37 tysięcy pozwoleń [6].

Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wskazują z kolei na jeszcze wyższą liczbę obcokrajowców w Polsce. Jeszcze w 2008 roku w ZUS ubezpieczonych było 65. tysięcy cudzoziemców [7]. W 2013 roku liczba ta przekroczyła już 100. tysięcy i od tej pory

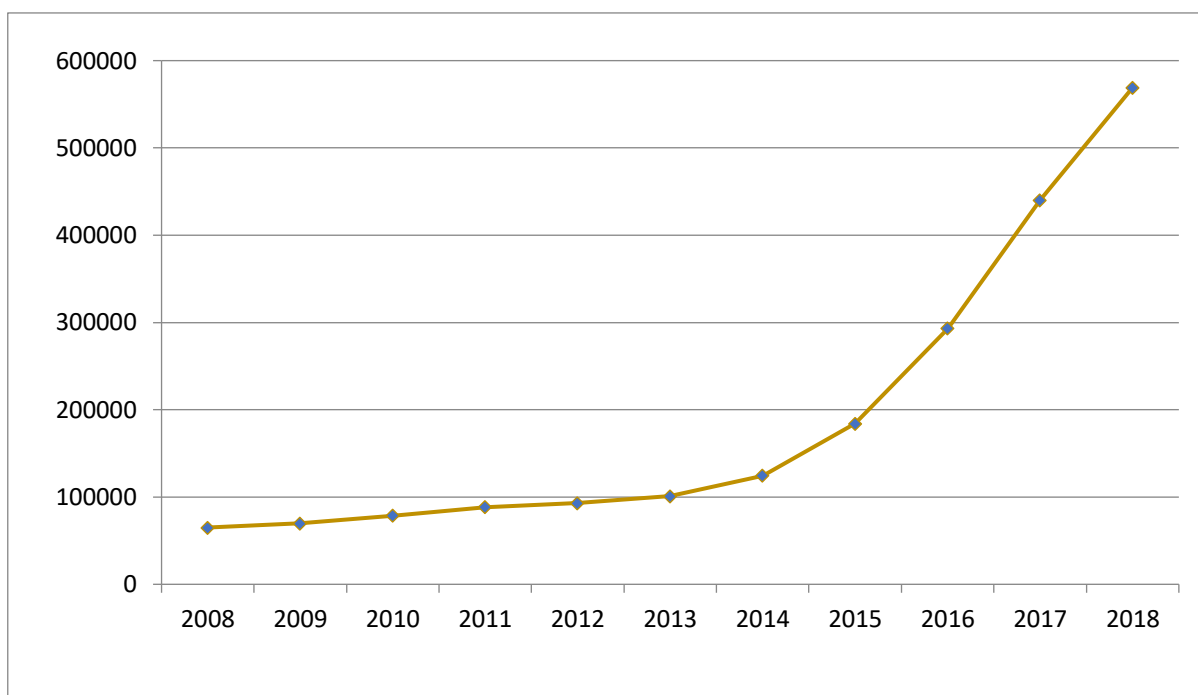
następował coraz większy jej wzrost. Obecnie (dane z 31 września 2018) wynosi ponad 569 tysięcy (Rycina 5) [7].



Rycina 3. Liczba obcokrajowców posiadająca ważne dokumenty uprawniające do pobytu na terytorium Polski z podziałem na województwa. Dane na rok 2019 [8]



Rycina 4. Przyrost liczby wydanych pozwoleń na pobyt w Polsce w latach 2014 –2018, na podstawie [6]



Rycina 5. Liczba obcokrajowców zgłoszonych do ubezpieczeń emerytalnych i rentowych w latach 2008 – 2018, na podstawie [7]

Biorąc pod uwagę najnowsze dane opublikowane przez UdSC można dokonać analizy ilości wniosków wpływających każdego miesiąca do wojewodów o zezwolenie na pobyt na terytorium RP. Zgodnie z najnowszymi dostępnymi danymi, w dniach 01 – 30 czerwca 2019 roku w całym kraju wpłynęło 16.700 wniosków, z czego 13.206 (79%) zostało rozpatrzonych pozytywnie [12].

W całym pierwszym półroczu 2019 roku takich wniosków było 11.2038, z czego rozpatrzonych pozytywnie 78.166 (69,77%). Zdecydowana większość z nich (91-92%) dotyczyła pozwoleń na pobyt czasowy [12].

Ważną grupą obcokrajowców przyjeżdżających do Polski są osoby ubiegające się o status uchodźcy. Zgodnie z definicją uchodźca to osoba, która opuszcza stałe miejsce zamieszkania ze względu na zagrażające jej prześladowania [13, 14]. Prześladowania te mogą dotyczyć różnych dziedzin życia takich jak wiara, poglądy polityczne, przynależność do grupy społecznej czy też kwestie rasowe [15]. Jednakże sama dyskryminacja nie jest wystarczająca do uznania danej osoby za uchodźcę. Celem uzyskania takiego statusu konieczne są przesłanki o faktycznym zagrożeniu bezpieczeństwa osoby, takie jak zagrożenie życia (w tym również w związku z działaniami zbrojnymi), stosowanie tortur, bądź długotrwałe aresztowania. Osoba opuszczająca kraj jedynie ze względów ekonomicznych nie może więc zostać uznana za uchodźcę [16, 17].

Zgodnie z danymi UdSC w chwili obecnej na terytorium RP przebywa 1.292 uchodźców [8].

Biorąc pod uwagę ostatnie 10 lat, każdego roku Szef UdSC wydaje średnio 155 decyzji o nadaniu statusu uchodźcy. W porównaniu do ogółu przebywających w Polsce obcokrajowców liczba ta jest bardzo niska. Także porównując ją do ilości wniosków składanych w tej sprawie można zaobserwować, że jedynie w 1,75% przypadków Szef UdSC wydaje decyzję pozytywną (Tabela I) [18].

Tabela I. Wnioski o udzielenie ochrony międzynarodowej w RP i liczba osób, które uzyskały status uchodźcy w latach 2009-2018, na podstawie [18]

Rok	Liczba wniosków	Liczba osób, które uzyskały status uchodźcy	%
2018*	694	24	3,45
2017	5078	150	2,95
2016	12322	108	0,87
2015	12325	348	2,82
2014	8195	262	3,19
2013	15253	208	1,36
2012	10753	87	0,8
2011	6887	153	2,22
2010	6534	82	1,25
2009	10587	129	1,21
Ogółem	88628	1551	1,75

*Stan na dzień 1 marca 2018

W latach 2004-2007 zatrzymania przy granicy zewnętrznej stanowiły jedynie 19-40% wszystkich zatrzymań [19].

Należy pamiętać, że przedstawione powyżej wartości odnoszą się jedynie do osób przebywających na terytorium Polski legalnie, stąd biorąc pod uwagę liczbę nielegalnych imigrantów, sumaryczna ilość przebywających w Polsce cudzoziemców jest wyższa niż wskazują powyższe dane. Od chwili przyłączenia się Polski do Unii Europejskiej (UE), granicę naszego kraju można podzielić na wewnętrzną i zewnętrzną. Granica wewnętrzna to granica pomiędzy Polską a innymi krajami członkowskimi, natomiast granica zewnętrzna to granica z państwami nie należącymi do UE – Federacją Rosyjską, Republiką Białorusi oraz Ukrainą. Granica zewnętrzna jest więc nie tylko granicą Polski, ale stanowi również wschodnią granicę Unii Europejskiej. Jak podaje Perkowska [19] w latach 2004-2014 za nielegalne przekroczenie granicy zewnętrznej Straż Graniczna zatrzymała 18.632 osób, natomiast przy granicy wewnętrznej zatrzymano 24.276 osób. W omawianym okresie zaobserwowano zmianę stosunku ilości zatrzymanych osób przy granicy zewnętrznej i wewnętrznej.

Po dołączeniu do strefy Schengen proporcje te wyrównały się, a ilość nielegalnych przekroczeń granicy zewnętrznej wynosiła 46-62% ogółu. Można więc stwierdzić, że przed dołączeniem do strefy Schengen, Polska spełniała charakter tranzytowy]. W latach 2004-2014 średnio dochodziło do 1.694 nielegalnych przekroczeń granicy zewnętrznej Polski, do największej ilości takich incydentów doszło w roku 2008 (3.452 zatrzymanych osób), a do najmniejszej w roku 2004 (1.085 zatrzymanych osób) [19].

Charakterystyka cudzoziemców przebywających w Polsce – struktura narodowościowa, płci i wieku

Z danych przedstawionych w poprzednim rozdziale wynika, że zdecydowana większość przebywających w Polsce cudzoziemców decyduje się na pobyt czasowy. Obecnie ponad 90% wniosków o zezwolenie na pobyt na terytorium RP dotyczy właśnie pobytu czasowego. Tego typu imigracja ma najczęściej podłoże ekonomiczne. Można więc wnioskować, że zdecydowana większość przebywających w Polsce obcokrajowców przyjechała tu do pracy. Jednakże chęć podjęcia zatrudnienia, choć jest najczęstszą przyczyną migracji, nie jest jedyną z nich. Jak podaje Deszczyński [20] przyczyny migracji można podzielić na ekonomiczne oraz pozaekonomiczne. W drugiej grupie wyróżnić można migracje z przyczyn rodzinnych, politycznych, czy też religijnych [20].

Migracje ekonomiczne są najczęstszymi i jednymi z najstarszych rodzajów migracji. Wynikają one z chęci uzyskania wyższych dochodów, a przez to podniesienia stopy życiowej imigranta i jego rodziny. Konieczność migracji w celu poprawy warunków ekonomicznych

wynika z różnic w poziomie rozwoju gospodarczego danych państw i ich regionów. Imigranci pragną więc osiedlić się w miejscu, w którym rozwój gospodarczy gwarantuje im odpowiednio wysokie zarobki. Dlatego też celem migracji ekonomicznych zazwyczaj są kraje UE (szczególnie zachodnie) oraz Stany Zjednoczone [20]. Okazuje się, że nawet w przypadku, gdy migracja pierwotnie nie była spowodowana przyczynami ekonomicznymi, ostatecznie przybiera ona właśnie charakter zarobkowy. Osoby opuszczające swój kraj z przyczyn takich jak działania zbrojne, czy kataklizmy, mają pierwotnie status uchodźców, jednakże pozostając i podejmując zatrudnienie w nowym kraju, migracja ta nabiera wymiaru ekonomicznego [21].

Jak podaje Marek [22] imigrantów ekonomicznych można podzielić na dwie grupy osób:

- imigrantów „za chlebem” – to osoby, które wybierają pracę za granicą, ponieważ nie są w stanie uzyskać w swoim kraju zarobków pozwalających na odpowiedni poziom życia, o niższym wykształceniu, posiadające niskie kwalifikacje zawodowe, a przez to mniejsze możliwości na rodzimym rynku pracy,
- imigrantów mobilnych – zazwyczaj dobrze wykwalifikowanych specjalistów wykonujących obowiązki zawodowe na terytorium innego kraju (np. pracownicy międzynarodowych korporacji, czy też przedsiębiorstw transportowych). Do imigrantów mobilnych zalicza się również pracowników naukowych, lekarzy oraz przedstawicieli wolnych zawodów, takich jak artyści, aktorzy czy muzycy. Dla tej grupy zawodów migracja jest nie tylko sposobem na uzyskanie wyższego wynagrodzenia, ale również na polepszenie warunków pracy.

Podobny podział zaproponował także Bauman [23], wyróżniając „turystów” (odpowiada imigrantom mobilnym Marka) oraz „włóczęgów” (odpowiada imigrantom za chlebem).

Migracje ekonomiczne często związane są z migracjami rodzinnymi, które mają na celu zakładanie, bądź łączenie rodzin poza granicami kraju pochodzenia. Ten rodzaj migracji występuje, gdy jeden z członków rodziny emigrował wcześniej, a następnie dołączyła do niego rodzina. Szczególną formą migracji rodzinnych jest migracja małżeńska, której celem jest zawarcie małżeństwa oraz wspólne zamieszkanie osób pochodzących z różnych krajów [24].

Specyficznym rodzajem migracji jest uchodźctwo i jak już wspomniano, uchodźca to osoba zmuszona do opuszczenia swojej ojczyzny z uwagi na poważne zagrożenie bezpieczeństwa w związku z prześladowaniami, najczęściej na tle politycznym lub religijnym [25].

Migracje polityczne zazwyczaj są spowodowane działaniami zbrojnymi, bądź rządziej walką obozów politycznych. Są one możliwe, gdy potencjalne państwo przyjmujące zgodzi się

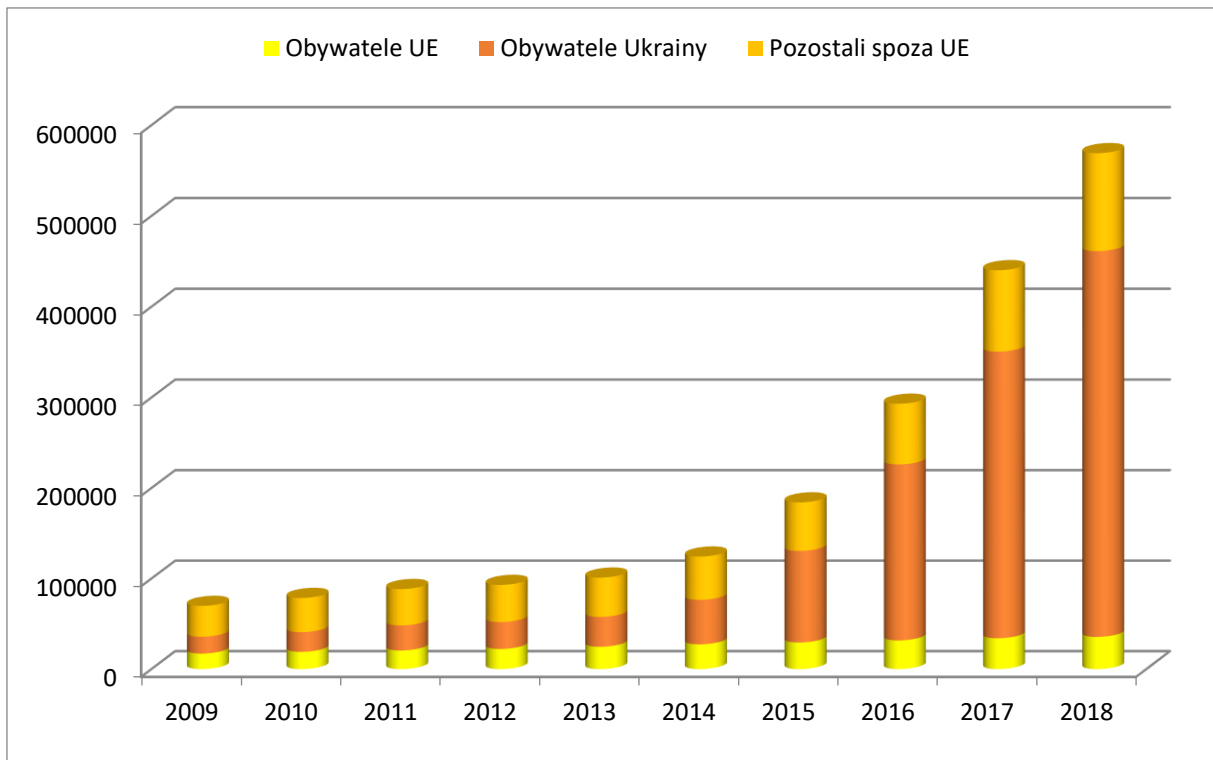
na przyjęcie ludności szukającej schronienia i pomocy. Tego rodzaju migracje na dużą skalę obserwowano w związku z II wojną światową i idącymi za nią zmianami granic państwowych. Przykładem mniej odległych w czasie migracji politycznych może być ucieczka plemienia Hutu z Rwandy po przegranej wojnie z plemieniem Tutsi, a także migracje wywołane wojną na terenie byłej Jugosławii [13]. Migracje polityczne bywają również spowodowane prześladowaniami sympatyków określonych poglądów politycznych podczas pokoju. Literatura przedmiotu niekiedy wyszczególnia ten typ migracji, jako migracje ideologiczne, które mają najczęściej charakter ucieczki [24].

Ostatnim przytoczonym rodzajem migracji są migracje o charakterze religijnym. W tym typie migracji można wyodrębnić dobrowolne lub przymusowe zmiany miejsca pobytu. Pierwsza forma migracji wynika z chęci przebywania wśród współwyznawców danej religii, bądź też osiedlenia się w miejscu mającym wyjątkowe znaczenie dla wyznawców. Migracje przymusowe są natomiast efektem prześladowań wyznawców danej religii lub zmuszania ich do przyjmowania danej wiary, która jest w kraju akceptowana. Przesiedlenia na tle religijnym mają zapewnić bezpieczeństwo wyznawania wiary oraz uprawiania praktyk religijnych [13].

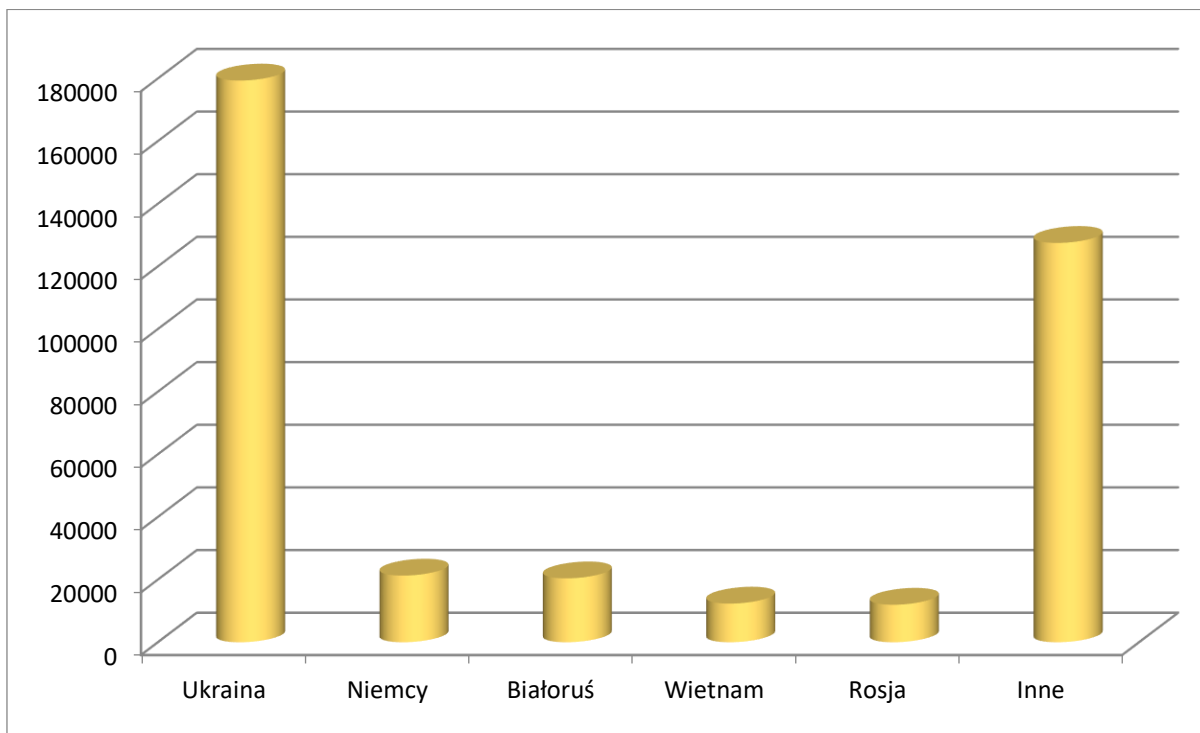
Wśród przybywających do Polski cudzoziemców dominują obywatele Ukrainy. Jak pokazują dane ZUS, stanowią oni około 75% wszystkich legalnie pracujących w Polsce imigrantów [7]. Poniższa Rycina 6 ukazuje także zmiany, jakie zachodziły na przestrzeni ostatnich 10. lat w strukturze narodowościowej pracujących w Polsce cudzoziemców. W latach 2009-2013 obywatele Ukrainy stanowili 26,6-32,6% zatrudnionych w Polsce obcokrajowców, natomiast od roku 2014 obserwuje się intensywny wzrost ich liczby na polskim rynku pracy. Z roku na rok wzrasta również liczba zatrudnionych obywateli innych państw nienależących do UE, choć wzrost ten jest zdecydowanie mniej intensywny. Przy tym liczba obywateli innych państw Unii pozostaje na stosunkowo stałym poziomie, co przekłada się na znaczne zmniejszenie ich procentowego udziału w polskim rynku pracy z 24,5% w roku 2009 do 6,3% w roku 2018. Dane z roku 2018 obejmują pierwsze trzy kwartały (rycina 6) [7].

Jak podaje UdSC w pierwszym półroczu 2019 roku grupą najbardziej zainteresowaną legalizacją pobytu w Polsce byli obywatele Ukrainy, którzy złożyli 68% wszystkich wniosków. W dalszej kolejności wnioski wpłynęły od obywateli Gruzji i Białorusi (po 5%), Indii (3%) oraz Rosji (2%) [12].

W roku 2018 obywatele Ukrainy złożyli 48,1% wszystkich wniosków o zezwolenie na pobyt. W dalszej kolejności byli Niemcy (5,71%), Białorusini (5,47%), Wietnamczycy (3,31%) i Rosjanie (3,21%) – Rycina 7 [6].



Rycina 6. Zmiany w liczbie zatrudnionych w Polsce obcokrajowców w latach 2009-2018, na podstawie [7]



Rycina 7. Zezwolenia na pobyt w 2018 według obywatelstwa, na podstawie [6]

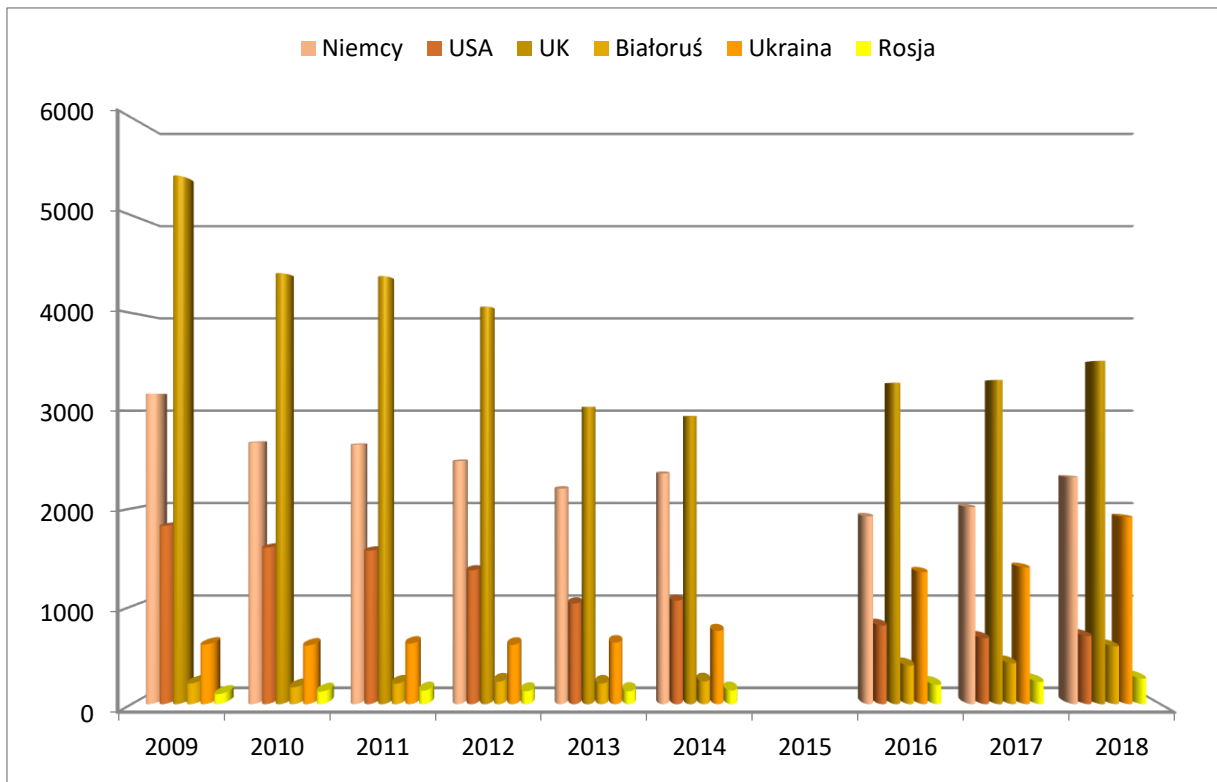
Jeżeli rozpatrywać przybywających do Polski cudzoziemców pod kątem pobytu stałego, okazuje się, że na przestrzeni ostatnich 10. lat największą ilość zezwoleń otrzymali obywatele Wielkiej Brytanii. Choć liczba tych zezwoleń od roku 2009 do 2014 wykazywała tendencję malejącą, to od roku 2016 można zauważyć stopniowy wzrost. W dalszej kolejności pozwolenia na pobyt stały otrzymywali obywatele Niemiec, a liczba tych zezwoleń, podobnie jak w poprzednim przypadku, wykazywała podobną tendencję. Jeżeli chodzi o obywateli Stanów Zjednoczonych, można zauważyć stały spadek liczby wydawanych im pozwoleń na pobyt stały. Z kolei obserwowalna jest tendencja wzrostowa jeśli chodzi o pozwolenia dla obywateli Ukrainy, Białorusi i Rosji, wśród których największa ilość dotyczy obywateli Ukrainy [5].

Rozproszenie cudzoziemców na terenie kraju jest nierównomierne i skupia się w województwach z dużymi ośrodkami miejskimi. W pierwszym półroczu 2019 roku, aż 64% wszystkich wniosków zostało przyjętych jedynie w pięciu województwach: mazowieckim (26%), dolnośląskim (11%), wielkopolskim (10%), oraz małopolskim i śląskim (po 9%). Najmniej wniosków wpłynęło w województwach warmińsko-mazurskim oraz świętokrzyskim (po 1%). W niemal wszystkich województwach obywatelstwem wiodącym jest Ukraina (od 52% do 87% ogółu wniosków złożonych do poszczególnych urzędów wojewódzkich). Wyjątkiem jest województwo podlaskie, w którym 50% wszystkich wniosków złożyli obywatele Białorusi, a dopiero 32% obywatele Ukrainy (Rycina 8) [12].

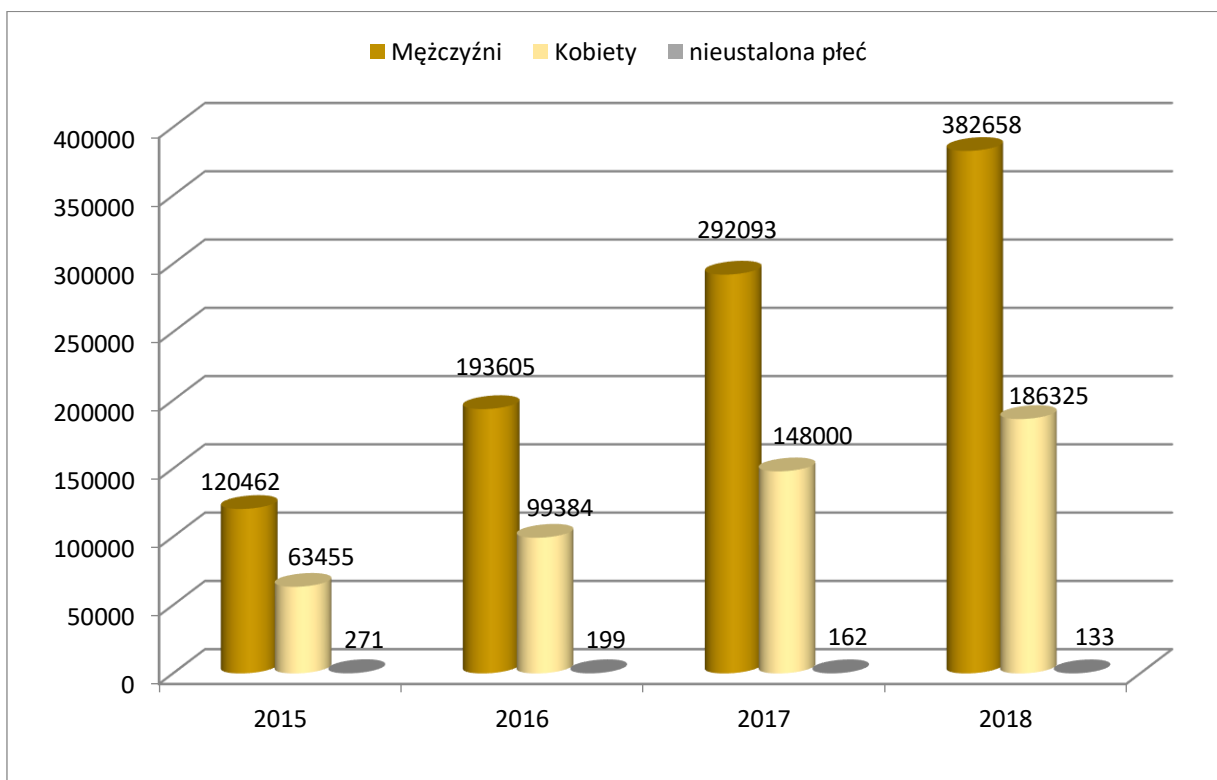
Jak wskazuje UdSC, 78% wniosków na pobyt czasowy w 2019 roku złożono w związku z planowanym podjęciem aktywności zawodowej, a 9% w związku z łączeniem rodzin [12]. Biorąc pod uwagę, że dane te dotyczą jedynie pierwszego półrocza można uznać, że zachowane zostają proporcje z roku poprzedniego, w którym najczęstszym celem pobytu była chęć podjęcia pracy (73%). 12% wniosków zostało złożonych w związku z łączeniem rodzin, a 10% w związku z podjęciem bądź kontynuacją studiów [6].

Dane ZUS wskazują, że w okresie od 2015 do 2018 roku, wśród obcokrajowców zgłoszonych do ubezpieczeń emerytalnych i rentowych zdecydowanie dominowali mężczyźni. Choć liczba zatrudnionych cudzoziemców rośnie z roku na rok, struktura płci nie zmienia się znacząco – odsetek mężczyzn w całym badanym okresie wzrósł z 65,5% do 67,3% (Rycina 9) [7].

Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia również statystyki dotyczące wieku obcokrajowców objętych ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym. Dane zawarte w tabeli II pokazują, że w latach 2015-2018 nie odnotowano znaczących zmian jeżeli chodzi o strukturę wiekową zatrudnionych w Polsce cudzoziemców. W omawianym okresie w populacji obcokrajowców dominowały osoby w wieku 25-34 lat [7].



Rycina 8. Cudzoziemcy przyjeżdżający do Polski na pobyt stały według obywatelstwa, na podstawie [5]



Rycina 9. Struktura płci obcokrajowców zatrudnionych w Polsce w latach 2015-2018. Dane z roku 2018 obejmują pierwsze 3 kwartały, na podstawie [7]

W latach 2015 – 2018 największy wzrost udziału procentowego odnotowano dla obcokrajowców w wieku 20-24 lata (wzrost o 2%), natomiast największy spadek zarejestrowano dla osób w wieku 50 i więcej lat (2,5%) [7].

Odrębną kwestią są statystyki dotyczące uchodźców. Liczba osób ze statusem uchodźcy jest nieporównywalnie niska w stosunku do ogółu przebywających w Polsce cudzoziemców, jednakże jest to bardzo istotna grupa obcokrajowców w naszym kraju.

Tabela II. Struktura wieku (w %) obcokrajowców zatrudnionych w Polsce w latach 2015-2018. Dane z roku 2018 obejmują pierwsze 3 kwartały, na podstawie [7]

	2015	2016	2017	2018
19 lat i poniżej	1,2	1,5	1,7	1,4
20 – 24 lat	10,4	12,2	13	12,5
25 – 29 lat	17,7	18	18	17,7
30 – 34 lat	16,7	16,9	16,9	16,8
35 – 39 lat	14,5	14,2	14,1	14,5
40 – 44 lat	13,5	13,2	13,1	13,1
45 – 49 lat	10,8	10,6	10,7	11
50 – 54 lat	7,5	7	6,7	7
55 – 59 lat	4,6	4	3,9	4
60 – 64 lat	2,1	1,6	1,4	1,4
65 lat i powyżej	1,2	0,8	0,7	0,6

Najnowsze dostępne statystyki pochodzą z pierwszego półrocza bieżącego (2019) roku. Liczba wniosków o udzielenie ochrony międzynarodowej jest stosunkowo niska. W okresie od 01 stycznia do 30 czerwca w Polsce złożono 917 wniosków o udzielenie ochrony międzynarodowej obejmujących 1845 osób. 75% wnioskodawców pochodziło z Rosji (63%, w tym głównie narodowość czeczeńska) oraz Ukrainy (12%). Pozostali cudzoziemcy, którzy w większej liczbie ubiegali się o przyznanie ochrony pochodzili z Tadżykistanu (3%),

Afganistanu (2%), Turcji (2%), Gruzji (2%), Iranu (2%) oraz Wietnamu, Armenii i Białorusi (po 1%). 64% stanowiły wnioski pierwsze, natomiast 36% to wznowienia postępowania. Ponad połowa wniosków została złożona na wschodniej granicy Polski, z czego najwięcej w placówce Straży Granicznej w Terespolu (36%). Dalsze 25% przyjęto w Warszawie, a kolejne 8% stanowiły wznowienia procedur przez Szefa Urzędu. 43% wnioskodawców stanowiły osoby niepełnoletnie (49% dziewczęta, 51% chłopcy), dalsze 57% - osoby pełnoletnie (40% kobiety, 60% mężczyźni). W podziale na płeć 43% wnioskodawców stanowiły kobiety, 57% mężczyźni. W dwóch głównych grupach wnioskodawców proporcje płci rozkładają się następująco: Rosja: 51% kobiet, 49% mężczyzn, Ukraina: 41% kobiet, 59% mężczyzn (Tabela III) [12].

Tabela III. Przyjęte wnioski o udzielenie ochrony międzynarodowej 01.01.2019-30.06.2019, na podstawie [12]

Obywatelstwo	Pierwsze		Kolejne		Wznowienia		SUMA	
	Wnioski	Osoby	Wnioski	Osoby	Wnioski	Osoby	Wnioski	Osoby
Rosja	239	725	114	298	41	143	394	1166
Ukraina	88	103	66	109	8	8	162	220
Tadżykistan	16	35	7	17	0	0	23	52
Afganistan	42	42	2	2	0	0	44	44
Turcja	22	40	1	1	0	0	23	41
Pozostałe	206	241	57	68	8	13	271	322
RAZEM	613	1186	247	495	57	164	917	1845

W pierwszym półroczu 2019 roku Szef Urzędu wydał 2027 decyzji w sprawach o udzielenie ochrony międzynarodowej, z czego 132 decyzje przyznawały jedną z form ochrony. Szef Urzędu nadał status uchodźcy 55 cudzoziemcom, udzielił ochrony 76 osobom, a 1 - udzielił zgody na pobyt tolerowany. Dalszych 936 wnioskodawców (w tym 534 obywateli Rosji) otrzymało decyzje negatywne, a postępowania 959 osób (w tym 727 obywateli Rosji) zostało umorzonych (Tabela IV) [12]

Rozstrzygnięcia przyznające którąś z form ochrony stanowiły jedynie 7% ogółu, decyzji negatywne - 46%, a umorzenia - 47%. Najwięcej decyzji o udzieleniu ochrony otrzymali wnioskodawcy z Rosji (35% ogółu, uznawalność 8%), Tadżykistanu (11% ogółu, uznawalność

28%), Turcji (8% ogółu, uznawalność 71%), Iraku (7% ogółu, uznawalność 75%), Ukrainy (7% ogółu, uznawalność 5%), Syrii (8% ogółu, uznawalność 100%) oraz Iranu (7% ogółu, uznawalność 56%) [12].

Tabela IV. Wydane decyzje w sprawie udzielenia ochrony międzynarodowej 01.01.2019-30.06.2019, na podstawie [12]

Obywatelstwo	Status uchodźcy	Ochrona uzupełniająca	Pobyt tolerowany	Negatywna	Umorzenie
Rosja	4	41	1	534	727
Ukraina	2	7	0	185	47
Tadżykistan	6	9	0	39	14
Armenia	0	0	0	25	12
Afganistan	1	2	0	0	30
Pozostałe	42	17	0	153	129
RAZEM	55	76	1	936	959

Tabela V. Cudzoziemcy, w sprawie których wszczęto postępowanie o udzielenie ochrony międzynarodowej i którym zapewniono zakwaterowanie, na podstawie [12]

Cudzoziemcy	27.05.2019 – 02.06.2019	03.06.2019 – 09.06.2019	10.06.2019 – 16.06.2019	17.06.2019 – 23.06.2019	24.06.2019 – 30.06.2019
Przebywający w ośrodku	1306	1299	1283	1283	1295
Świadczenia poza ośrodkiem	1663	1664	1661	1667	1666
Opuścili ośrodek	35	55	52	50	13
Nowoprzyjęci	68	47	33	51	32
Małoletni bez opieki	2	2	2	2	2
Łącznie pod opieką UdSC	2971	2965	2946	2952	2963

Jeżeli chodzi o liczbę aktualnie przebywających w Polsce uchodźców to zgodnie ze stanem na koniec czerwca 2019 roku, pod opieką UdSC znajdowało się 2.963 cudzoziemców, z czego 44% zamieszkiwało w ośrodkach dla cudzoziemców, a pozostałe 66% pobierało świadczenia pieniężne na samodzielne funkcjonowanie. 62% cudzoziemców uprawnionych do otrzymania pomocy socjalnej to obywatele Rosji, 18% - Ukrainy, a 5% - Tadżykistanu. Pobyt pod opieką UdSC miał charakter raczej długoterminowy, aż 60% cudzoziemców korzystało z pomocy socjalnej przez okres dłuższy niż 12 miesięcy (Tabela V) [12].

Charakterystyka szczegółowa wybranych narodowości

Największą grupę przebywających w Polsce uchodźców stanowią wyznające islam osoby narodowości czeczeńskiej [26, 27]. Czeczeni przyjeżdżają do Polski od chwili rozpoczęcia pierwszej wojny rosyjsko-czeczeńskiej w 1994 roku. Jednak początkowo było ich niewielu, dopiero nasilenie konfliktu zbrojnego (po rozpoczęciu drugiej wojny rosyjsko-czeczeńskiej) w roku 2.000 skłoniło wiele osób do ucieczki z zagrożonego terytorium [28]. W tym okresie o azyl ubiegało się nawet 30. osób każdego dnia. W tym miejscu należy zaznaczyć, że dla wielu uchodźców Polska nie była i nie jest krajem docelowym, a jedynie przystankiem w dalszej drodze. Głównym powodem takiego stanu rzeczy są niekorzystne dla Czeczenów warunki socjalno-prawne, bowiem status uchodźcy przyznawany jest niewielkiemu procentowi zgłaszających się osób [29].

Kultura czeczeńska pod wieloma względami różni się od polskiej, co stanowi wyzwanie dla obu stron. Samą kulturę rozpatrywać należy wielowymiarowo, jako kombinację pewnych cech. Jak podaje Hall [30] jednym z wymiarów kultury jest mono- lub polichroniczność. Czeczenia wpisuje się w charakter polichroniczny, co oznacza, że dla ludzi tej narodowości z reguły ważniejsi są ludzie i utrzymanie dobrych stosunków pomiędzy nimi niż cechy takie jak punktualność, przestrzeganie ustalonego wcześniej harmonogramu czy też precyzja [31]. Kultury polichroniczne są obecne w rejonach słabiej uprzemysłowionych i mniej zurbanizowanych, stąd w Europie zachodniej, czy Ameryce Północnej, przeważa kultura monochromiczna [32]. Polskę określić można, jako kulturę umiarkowanie monochroniczną, która na przestrzeni ostatnich lat staje się jednak coraz bardziej monochroniczna. Kolejny wymiar zaproponowany przez Hall'a to kultura niskiego lub wysokiego kontekstu. W tym wymiarze kultura czeczeńska plasuje się jako kultura wysokiego kontekstu, dla której charakterystyczne jest stosowanie aluzji i podtekstów, co ma na celu utrzymanie pozytywnych relacji z innymi członkami społeczności. Bezpośredniość i otwartość postrzegana jest jako naiwność i niedojrzałość, rzadko spotykane jest więc wyrażanie myśli w sposób dosłowny.

Specyficzną sytuacją jest odmowa pomocy, kiedy to zamiast powiedzieć „nie” praktykuje się odmowę zawołowaną w określenia takie jak „być może”, „zobaczę”, „przemyślę to”. W tym wymiarze Polskę uplasować można jako kulturę umiarkowanie kontekstową, przesuniętą w stronę niskiego kontekstu [31]. Inne wymiary kultury przedstawia Hofstede [33]. Jednym z nich jest mały bądź duży dystans władzy. Czeczenia klasyfikuje się jako narodowość o dużym dystansie władzy, Polska z kolei dystansie umiarkowanym. Społeczeństwa o dużym dystansie są bardziej zhierarchizowane, występuje w nich wyraźny podział na klasy społeczne. Status przypisywany jest członkom społeczności na podstawie pochodzenia, wieku i płci, umniejszane są z kolei umiejętności i osiągnięcia. W tym typie kultury chętnie podkreśla się różnice w statusie społecznym, co pomaga budować autorytet. Pracownicy a także uczniowie w szkołach z reguły nie wykazują inicjatywy a jedynie wypełniają instrukcje przełożonego bądź nauczyciela. Ostatnim przytoczonym podziałem jest wymiar męski i kobiecy kultury. W Czeczenii zdecydowanie dominuje typ męski, który charakteryzuje się jasnym podziałem ról społecznych ze względu na płeć. Od mężczyzn oczekuje się ambicji, zdecydowania i asertywności. Rolą mężczyzny w rodzinie jest przede wszystkim zapewnienie jej odpowiedniego poziomu życia. Kobiety z kolei odpowiedzialne są za sferę uczuciową, dbają o relacje w rodzinie, powinny być troskliwe i opiekuńcze. Istotną cechą kobiet w kulturze męskiej jest skromność. W Polsce dominuje kultura kobieca, w której role społeczne obu płci przenikają się i wzajemnie uzupełniają [31].

Jak widać różnice pomiędzy kulturą czeczeńską, a polską są znaczące. Bariery zarówno dla Polaków, jak i dla przyjeżdżających do Polski Czeczeńów jest nie tylko język, ale także religia i wiele kwestii kulturowych. Bez wątplenia kultura czeczeńska charakteryzuje się większą hierarchizacją ról społecznych i wyraźniejszym podziałem tychże ról w związku z płcią czy statusem.

Uchodźcy to szczególna grupa imigrantów. Bardzo często mają oni traumatyczne doświadczenia, zarówno z kraju pochodzenia, jak i niebezpiecznej ucieczki. Dodatkowy stres związany jest także z poszukiwaniem schronienia oraz opieki prawnej i medycznej. Często pociąga to za sobą przymus przyjęcia nowego sposobu na życie. Wszystkie te przeżycia, jak również długotrwały pobyt w ośrodku dla cudzoziemców, odciskają swoje piętno na psychice uchodźców. Zmiany te są trudne zwłaszcza dla mężczyzn z kultur patriarcalnych, w tym z Czeczenii, którzy w swojej ojczyźnie mieli pracę i byli zdolni zapewnić rodzinie byt, a co za tym idzie mieli jej szacunek. W nowym kraju, jako uchodźcy bardzo często nie mają nic, tracą decyzyjność i władzę, a przez to potęguje się w nich obawa o utratę szacunku najbliższych [34, 35, 36]

Biorąc pod uwagę ogół przebywających w Polsce cudzoziemców zdecydowaną przewagę mają obywatele Ukrainy. Kultura ukraińska nie różni się znacząco od polskiej [37]. W kontekście omawianych powyżej wymiarów kultury, według Hall'a oraz Hofstede, Polska i Ukraina zaliczane są do tych samych grup, z wyjątkiem klasyfikacji na kulturę o małym i dużym dystansie władzy, gdzie Ukraina cechuje się większym dystansem władzy. Stąd też Ukraińcy integrują się dużo łatwiej, niż opisywani powyżej Czeczeni, nie mają bowiem na drodze tak wielu barier. Największym problemem dla przyjeżdżających do Polski przybyszy z Ukrainy jest bariera językowa, która tak naprawdę, przy odpowiednim zaangażowaniu, nie stanowi problemu na dłuższą metę. Jak pokazują statystyki zdecydowana większość Ukraińców przyjeżdżających do Polski to imigranci ekonomiczni, bądź studenci. Jak wskazuje Gierko[38] można już mówić o zjawisku nazywanym ukrainizacją polskich uczelni. Jedyne niewielki odsetek osób tej narodowości stara się uzyskać status uchodźców. Obywatele Ukrainy pod względem ilości składanych wniosków o nadanie statusu uchodźcy ustępują jedynie Czeczenom. Jak wskazują dane UdSC, w pierwszym półroczu 2019 roku, aż 220 Ukraińców złożyło takie wnioski (w tym samym okresie wnioski złożyło 1.166 obywateli Czeczenii) [12].

Stan zdrowia cudzoziemców w Polsce

Cudzoziemcy, którzy złożyli wniosek o udzielenie ochrony międzynarodowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami mają zapewniony bezpłatny dostęp do opieki zdrowotnej bez konieczności posiadania ubezpieczenia zdrowotnego [39]. Takim imigrantom przysługują świadczenia w obrębie:

- podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
- medycyny ratunkowej (w zakresie Państwowego Ratownictwa Medycznego),
- specjalistycznej opieki zdrowotnej,
- leczenia szpitalnego,
- opieki okołoporodowej,
- leków,
- badań w kierunku wirusa HIV,
- leczenia antyretrowirusowego,
- leczenia chorób zakaźnych objętych obowiązkiem leczenia (np. gruźlica, polio, błonica);

Dorośli o uregulowanym statusie pobytu mają więc prawo korzystać z opieki medycznej na zasadach podobnych do obywateli Polski [39]. Z kolei osoby o statusie nieuregulowanym

mają bezpłatny dostęp jedynie do świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej, diagnostyki w kierunku HIV i leczenia antyretrowirusowego oraz do leczenia chorób zakaźnych objętych takim obowiązkiem. Pozostałe świadczenia opieki zdrowotnej są w pełni odpłatne. Odrębne zasady dotyczą małoletnich, jednakże dzieci nieudokumentowanych cudzoziemców mają nieco ograniczony dostęp do bezpłatnych świadczeń. Warunkiem wstępnym do uzyskania prawa do bezpłatnej opieki zdrowotnej przez dziecko jest pobieranie nauki w szkole publicznej, a dostęp ten dotyczy jedynie świadczeń profilaktycznych udzielanych w tejże szkole (np. szczepień ochronnych) [39]. Niezależnie od miejsca zamieszkania wszyscy cudzoziemcy ubiegający się o status uchodźcy korzystają z opieki podstawowej w ambulatoriach w swoich ośrodkach. Opieka tanie obejmuje swoim zakresem świadczeń stomatologicznych i rehabilitacyjnych, a także procedur wysokospecjalistycznych finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Ambulatoria posiadają własne magazyny apteczne, z których wydawane są niezbędne środki lecznicze. Diagnostyka oraz konsultacje specjalistyczne, a także leczenie szpitalne odbywają się w zależności od potrzeb na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza pracującego w ośrodku [40]. Sytuacja zdrowotna zarówno ogółu cudzoziemców, jaki poszczególnych narodów jest wystarczająco dobrze znana. Badania przyczyn hospitalizacji obcokrajowców wskazują, że w porównaniu do obywateli Polski, cudzoziemcy byli częściej hospitalizowani z powodu urazów i zatruc, częściej także trafiali do szpitala bez skierowania. Natomiast jeżeli chodzi o czas hospitalizacji to statystycznie imigranci w porównaniu do Polaków krócej przebywali w szpitalu. Zarejestrowano również znaczną liczbę porodów wśród imigrantek i duży udział procentowy schorzeń kardiologicznych w strukturze hospitalizacji imigrantów. Jeszcze 10 lat temu zdecydowana większość pobytów w szpitalu dotyczyła osób o nieustalonym obywatelstwie [41].

Odwołując się do dostępnych informacji na temat sytuacji zdrowotnej obywateli Ukrainy [42] i stylu życia studentów w Grodnie (Białoruś) [43], można stwierdzić, że obywatele obu tych krajów są narażeni na choroby cywilizacyjne.

Spośród wszystkich przebywających w Polsce obcokrajowców najlepiej znana jest sytuacja zdrowotna uchodźców. Przed restrukturyzacją opieki zdrowotnej nad osobami przebywającymi w ośrodkach dla cudzoziemców, wśród uchodźców przeprowadzono badania, w których udział wzięło 375 dorosłych i 274 dzieci. W sumie zostało postawionych 631 diagnoz. Największa część z nich dotyczyła u dorosłych - rozpoznań gastroenterologicznych (18,2%), psychiatrycznych/neurologicznych (18,2%) i ortopedycznych (13,9%) oraz u dzieci - rozpoznań ortopedycznych (30%), infekcyjnych (18%) i stomatologicznych (11%) [44]. Badania stanu zdrowia uchodźców przeprowadziła także Kłorek [45]. Diagnostyce poddała

109 osób, wśród których znalazło się 58 osób oczekujących na nadanie statusu uchodźcy oraz 51 cudzoziemców nieudokumentowanych. Wśród badanych ubiegających się udzielenie ochrony międzynarodowej zaobserwowano między innymi niską samoocenę stanu zdrowia (zarówno fizycznego i psychicznego) i brak wsparcia emocjonalnego. Imigranci wskazywali także na złe warunki zakwaterowania w ośrodkach dla cudzoziemców. Jako wady respondenci wymieniali przede wszystkim przebudowanie i związany z tym brak prywatności, brak bieżącej wody i centralnego ogrzewania, wilgoć i zagrzybienie, niesprawne toalety i łazienki, czy też niebezpieczne instalacje elektryczne. Z badania wynika, iż imigranci pozytywnie oceniają dostęp do opieki zdrowotnej w Polsce. W przypadku ostatniego problemu zdrowotnego ponad 80% z nich skorzystało ze świadczeń medycznych. Porównując imigrantów udokumentowanych i nieudokumentowanych wykazano, iż cudzoziemcy nieudokumentowani lepiej oceniają swój stan zdrowia fizycznego, natomiast gorzej zdrowie psychiczne. Imigranci nieudokumentowani mają natomiast problem z brakiem wsparcia w dostępie do opieki zdrowotnej, przez co w przypadku ostatniego problemu zdrowotnego jedynie około połowa z nich skorzystała z opieki medycznej. Badanie przeprowadzone przez Kłorek [45] pokazuje, że dla uchodźców największy problem w dostępnej dla nich opiece zdrowotnej stanowią:

- skromne wyposażenie ambulatoriów w ośrodkach
- znaczna odległość od placówek świadczących opiekę specjalistyczną
- niedostateczna opieka w zakresie pediatrii, psychologii
- niedostępność świadczeń stomatologicznych i rehabilitacyjnych.

Dodatkowymi problemami są [45]:

- brak znajomości obowiązujących przepisów
- brak informacji o zasadach dostępu do opieki zdrowotnej
- bariery językowe i kulturowe, takie jak brak tłumaczy oraz kobiet-lekarek.

Imigranci, w porównaniu z Polakami, wskazują także na towarzyszące im odczucie bycia traktowanymi gorzej [45].

BARIERY W DOSTĘPIE IMIGRANTÓW DO OCHRONY ZDROWIA I EDUKACJI

Bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia

Prawo do zdrowia i dostępu do opieki medycznej stanowi jeden z podstawowych elementów bezpieczeństwa socjalnego ludzi i przysługuje każdej jednostce społecznej bez względu na jej status społeczny i materialny [46].

W opinii Chrzanowskiej i Klauza [47], zadaniem państwa jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych wszystkim osobom zamieszkującym terytorium naszego kraju, bez względu na to, czy dane jednostki są obywatelami polskimi, czy nie, bowiem brak dostępu do profilaktyki i świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej zwiększa nierzadko częstość korzystania z procedur specjalistycznych, w większym stopniu obciążającym budżet państwa.

Personel medyczny w Polsce coraz częściej ma kontakt z pacjentami innych narodowości. Oznacza to, że osoby, które pracowały dotychczas w monokulturowym środowisku, muszą odnaleźć się w nowych warunkach, czyli w pracy ze zróżnicowanymi pod względem kulturowym pacjentami [48].

Świadczenie wysokiej jakości usług medycznych imigrantom możliwe jest wówczas, gdy członkowie zespołu terapeutycznego posiadają podstawowe kompetencje międzykulturowe. Nieznajomość różnic kulturowych może przyczyniać się bowiem do popełniania błędów w postępowaniu leczniczym i pielęgnacyjnym, do wielu nieporozumień oraz braku satysfakcji odbiorcy z kontaktu z pracownikami Ochrony Zdrowia [4].

Problemy i wyzwania wynikające z nieczytelnych kodów kulturowych, pojawiające się podczas komunikacji werbalnej oraz niewerbalnej w procesie leczenia i pielęgnowania są bardzo różne. Najczęściej bariery wynikają z [1, 48]:

- relacji opartych na stereotypach i uprzedzeniach,
- braku wiedzy na temat różnic kulturowych,
- niedostatecznej znajomości języka,
- zaburzonej komunikacji werbalnej,
- zaburzonej komunikacji niewerbalnej,
- podejrzliwości,
- braku zaufania,
- różnych oczekiwań imigrantów wobec leczenia i opieki pielęgnarskiej,

- braku standardów związanych z praktykowaniem rytuałów i obrzędów
- religijnych w placówkach Ochrony Zdrowia podczas hospitalizacji pacjentów,
- braku uregulowań prawnych w zakresie umieszczania w dokumentacji chorego informacji o religii, rasie, pochodzeniu etnicznym oraz językach, którymi pacjent się posługuje,
- brak współpracy placówek Ochrony Zdrowia z grupami kulturowymi zamieszkałymi na terenie, na którym świadczone są usługi i opieka medyczna.

W kwestii zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej istnieje wiele barier, na które natrafiają imigranci. Do głównych wyzwań należą[48]:

- niezrozumienie działania systemu Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ),
- tłumaczenie dokumentacji medycznej oraz bariera językowa w komunikacji –zarówno po stronie pacjenta, jak lekarza,
- brak powszechnego dostępu do ubezpieczeń zdrowotnych.

Przykładem włączenia aspektu kulturowego do udzielania pomocy medycznej są standardy, które w tym zakresie wprowadzono w Stanach Zjednoczonych w roku 2001 (Tabela VI) [48].

Przyczyną barier w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia jest nie tylko brak standardów w zakresie udzielania świadczeń medycznych właściwych pod względem językowym i kulturowym, ale także niezwykle istotną kwestią jest brak znajomości chorób, które mogą występować u osób innych narodowości lub ras i w Polsce są dotychczas nieznane. Przykładem mogą być choroby zakaźne bądź pasożytnicze, takie jak żółta febra, malaria, japońskie zapalenie mózgu. Inny przykład to choroby krwi, które ze znacznie większą częstotliwością występują u rasy azjatyckiej bądź afrykańskiej- niedobór dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej (G6PD), talasemia, czy anemia sierpowata [48].

Jak wynika z raportu prezentującego wyniki badań nad stanem zdrowia imigrantów [49], osoby dorosłe mogą cierpieć na mało znane choroby somatyczne spowodowane użyciem broni chemicznej i biologicznej.

Według Jabłockiej [50] przyjmuje się podział barier i przeszkód w dostępie imigrantów do świadczeń opieki zdrowotnej na:

- bariery strukturalne,
- bariery kulturowe,
- zjawisko dyskryminacji.

Tabela VI. Standardy w zakresie udzielania świadczeń medycznych właściwych pod względem językowym i kulturowym (CLAS), opublikowane przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych oraz Urząd ds. Zdrowia Mniejszości Narodowych w 2001 roku [48]

Zadbać o to, aby pacjenci uzyskali kulturowo wrażliwą i kompetentną opiekę, opierającą się na zrozumieniu i szacunku. Opieka winna być świadczona zgodnie z przekonaniami i praktykami dotyczącymi zdrowia, właściwymi dla kultury pacjenta oraz w preferowanym przez niego języku,
Wdrażać strategię ukierunkowaną na zatrudnianie oraz zapewnienie awansu zróżnicowanemu personelowi i kadrze kierowniczej szanującej demograficzną odrębność obszaru, na którym świadczona jest opieka zdrowotna
Zadbać o to, by personel na każdym poziomie oraz z każdej dziedziny na bieżąco kształcił się i szkolił w zakresie udzielania świadczeń właściwych pod względem kulturowym i językowym
Być zobowiązane do oferowania i zapewnienia pacjentom niewładającym dostatecznie językiem angielskim pomocy językowej, w tym personel dwujęzyczny oraz tłumaczy, we wszystkich miejscach kontaktu, przez cały czas udzielania świadczeń
Być zobowiązane do zapewnienia pacjentom dostępu do informacji w formie ustnej oraz pisemnej, instruując ich o przysługującym im prawie do adekwatnej pomocy językowej
Zadbać o odpowiedni poziom pomocy językowej udzielanej pacjentom niewładającym dostatecznie językiem angielskim ze strony tłumaczy oraz personelu dwujęzycznego. Nie należy wykorzystywać przyjaciół ani członków rodziny do świadczenia usług tłumaczeniowych, chyba że poprosi o to sam pacjent
Udostępniać łatwe do zrozumienia materiały dla pacjentów oraz oznakowania w językach, którymi posługują się grupy osób często występujące lub reprezentowane w obszarze, gdzie udzielane są świadczenia
Przygotować, wdrożyć oraz rozpowszechnić sporządzony na piśmie plan strategiczny przedstawiający jasno określone cele, zasady oraz plany działania, a także mechanizmy dotyczące odpowiedzialności kadry kierowniczej w zakresie udzielania świadczeń medycznych właściwych pod względem kulturowym i językowym.
Przeprowadzać wstępną oraz bieżącą ocenę wdrażania standardów. Konieczne są zarówno kontrole zewnętrzne, jak i wewnętrzne celem poprawy wyników, satysfakcji pacjentów, w której powinny być elementy kompetencji kulturowych i językowych
Dbać, aby dane dotyczące rasy, pochodzenia etnicznego oraz języków, którymi pacjent się posługuje w mowie i piśmie, były umieszczane w dokumentacji o jego stanie zdrowia, zintegrowanej z systemem zarządzania informacjami funkcjonującym w organizacji, oraz by podlegały one okresowym aktualizacjom
Zadbać o utrzymanie obecnego demograficznego, kulturowego oraz epidemiologicznego profilu danej wspólnoty ludzkiej oraz przeprowadzać analizę potrzeb danej grupy, aby dokładnie planować oraz realizować świadczenia medyczne, wychodzące naprzeciw kulturowym i językowym uwarunkowaniom danego obszaru
Rozwijać programy partnerskie z innymi wspólnotami ludzkimi, które są otwarte dla wszystkich oraz oparte na współpracy, a także wykorzystywać różne mechanizmy o charakterze formalnym i nieformalnym mające na celu ułatwienie udziału a także wykorzystywać różne mechanizmy o charakterze formalnym i nieformalnym mające na celu ułatwienie udziału wspólnot ludzkich oraz pacjentów w planowaniu oraz realizowaniu działań dotyczących CLAS
Zapewnić procedury rozwiązywania konfliktów z uwzględnieniem czynników kulturowych, tak by dzięki tym procedurom, można było identyfikować konflikty, zapobiegać im oraz skutecznie je rozwiązywać, a także aby efektywnie odpowiadać na zażalenia ze strony pacjentów z różnych grup etnicznych i kulturowych.
Regularnie udostępniać opinii publicznej informacje na temat osiągniętych postępów oraz sukcesów we wdrażaniu standardów CLAS oraz powiadamiać wspólnoty, w których funkcjonują, o dostępności tych informacji

Biorąc pod uwagę kryterium strukturalne, w dostępie obcokrajowców do świadczeń zdrowotnych, istotnym czynnikiem jest model systemu zdrowotnego, który obowiązuje w danym kraju, polityki migracyjnej państwa oraz środków finansowych, którymi państwo dysponuje [51].

Pod względem prawnym imigrantów dzieli się na [50]:

- nieudokumentowanych (ubiegających się o nadanie jednej z form ochrony międzynarodowej)
- uregulowanym statusie w kraju pochodzenia.

Poddając analizie systemy opieki zdrowotnej funkcjonujące w krajach europejskich, obcokrajowcy z prawem pobytu, mają w zdecydowanej większości, takie same prawa jak obywatele danego kraju. Cudzoziemcy, którzy ubiegają się o nadanie statusu uchodźcy, najczęściej mają ograniczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Ta grupa obcokrajowców może bezpłatnie korzystać z procedur medycznych tylko i wyłącznie w nagłych sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia [51].

W największym stopniu dyskryminowaną grupę stanowią imigranci nieudokumentowani. W wielu krajach europejskich są oni całkowicie pozbawieni prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, także prawa do bezpłatnych procedur medycznych ratujących zdrowie i życie- przykładem jest Irlandia, Finlandia czy Szwecja [52].

Grupą ze specjalnymi przywilejami są kobiety ciężarne i dzieci [50]. W większości państw, dzieci pozostające bez opieki, a starające się o status uchodźcy, mają taki sam dostęp do opieki zdrowotnej, jak i dzieci będące obywatelami danego kraju. Natomiast w przypadku dzieci rodziców starających się o nadanie statusu uchodźcy przysługują im mniejsze uprawnienia, niż dzieciom, które są obywatelami danego kraju [50]. Kobiety w ciąży przebywające na terytorium danego państwa nielegalnie z reguły mogą korzystać z procedur medycznych, ale odpłatnie (m.in. W Polsce).

W Polsce, dla imigrantów o uregulowanym statusie pobytu w kraju, prawodawstwo określa takie same warunki dostępu do opieki zdrowotnej, jak w przypadku osób urodzonych na terenie kraju. Z kolei system opieki zdrowotnej bazuje na modelu ubezpieczeniowym, w związku z czym, imigranci o uregulowanym statusie mają prawo do takich samych świadczeń, jak obywatele polscy [39, 40, 41].

Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową mają zapewniony bezpłatny dostęp do POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej) oraz bezpłatnej opieki ambulatoryjnej, ale tylko w placówkach, które mają podpisaną umowę z Centralnym Szpitalem Klinicznym

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i na podstawie odpowiedniego skierowania, wystawionego przez lekarza, będącego pracownikiem ośrodka dla uchodźców [39, 40, 41].

Poważnym problemem, który decyduje o korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej jest również ubóstwo imigrantów [50].

W państwach Unii Europejskiej cudzoziemcy mają możliwość wykupienia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego- najczęściej nie są w stanie tego zrobić z powodu ubóstwa. Podobnie jest w przypadku regulowania opłat za świadczone usługi. W takich sytuacjach problem wizyty u lekarza specjalisty, czy hospitalizacji jest odwlekany do momentu, kiedy dany problem zdrowotny zaczyna zagrażać zdrowiu lub życiu i generuje wyższe koszty dla budżetu państwa [51].

Równie istotnym problemem jest dostęp do leków, który dla wielu imigrantów stanowi barierę w procesie diagnostyczno-terapeutycznym [50]. W Polsce bezpłatne leki oferowane są jedynie osobom ubiegającym się o ochronę międzynarodową.

Barierą nierzadko jest także dojazd do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych – imigrant zmuszony jest do ponoszenia kolejnych kosztów [39].

Kolejną trudnością w przypadku obcokrajowców jest wiedza personelu medycznego w zakresie warunków bytowo-socjalnych migrantów. Zdrowie migrantów zależy od warunków, w jakich mieszkają, niedożywienia, czy środowiska pracy [50].

Jeden z częstszych problemów zgłaszanych przez lekarzy stanowią nieporozumienia związane z wizytami kontrolnymi. Zdecydowana większość cudzoziemców nie stawia się na nie z przyczyn finansowych bądź prawnych, a wielu uważa się za wyleczonych i twierdzą, że nie potrzebują kolejnej wizyty [51].

Utrudnieniem jest również obowiązek wcześniejszej rejestracji do danego specjalisty, co dla osoby, która nie zna zasad funkcjonowania obowiązującego systemu, stanowi czynnik znacząco utrudniający korzystanie z świadczeń zdrowotnych, a dla osób niekomunikujących się w języku kraju, dodatkowo czynnik odstrasżający [50].

Uważa się, [48] że niewystarczająca wiedza lekarzy na temat warunków i potencjalnych schorzeń psychicznych często stanowi przeszkodę w udzielaniu odpowiedniej pomocy. Z uwagi na przeżycia związane z opuszczeniem ojczyzny, rozwijający się syndrom stresu pourazowego, imigranci stanowią grupę, która szczególnie potrzebuje usług świadczonych przez psychologa [48].

Przeszkody kulturowe w dostępie obcokrajowców do świadczeń opieki zdrowotnej są niezwykle trudne do rozwiązania i zależą w głównej mierze od współpracy na linii imigrant-personel medyczny i wzajemnej empatii.

Różnice kulturowe mają niestety duże znaczenie w diagnostyce (bariera komunikacyjna, brak wiedzy na temat obcej kultury i chorób specyficznych dla danej kultury, niezrozumienie choroby ze względu na zjawisko patoplastyczności). O ile odmienne pochodzenie lekarza i pacjenta, np. w przypadku chorób somatycznych, może mieć niewielkie znaczenie w procesie diagnozowania, to już brak wiedzy na temat uwarunkowań kulturowych może stanowić poważne utrudnienie w postawieniu poprawnej diagnozy u pacjenta z problemami natury psychicznej [53].

Różnicę kulturową utrudniającą dostęp do opieki medycznej w kontekście jakości usług stanowi liczba szczegółów i zawartych informacji w przekazie. Przy zderzeniu kultur okazuje się nierzadko, że to co jednym wydaje się oczywiste, wcale nie jest takie dla drugich [50].

W stawianiu diagnozy nie można pominąć tzw. etnohistorii (znajomości tła historycznego danej kultury). Płaszewska-Żywko [54] podaje przykład żydówki, która reagowała strachem na widok łaźienki i personel medyczny podejrzewał u niej klaustrofobię lub niechęć do mycia, a w rzeczywistości jej stany lękowe były związane z przebywaniem w obozie koncentracyjnym i negatywnymi wspomnieniami.

Z uwagi na różną dostępność do usług medycznych w kraju pochodzenia pacjenta odmiennego kulturowo, może on być zwyczajnie nieprzyzwyczajony do kontaktowania się z lekarzem w przypadku niektórych chorób lub zgłasza się do niego wówczas, gdy choroba jest już zaawansowana. Bardzo istotna jest także kwestia profilaktyki chorób, ponieważ niewiedza w tym zakresie może przyczyniać się choćby do niechęci poddawania się szczepieniom [50].

Powyższe problemy mają związek z rozumieniem przez poszczególne osoby definicji zdrowia. Medycyna zachodnia w przeciwieństwie do ludowych wierzeń na temat zdrowia bądź tradycyjnych systemów opieki zdrowotnej, upatruje źródła choroby tylko i wyłącznie w organizmie człowieka. Natomiast pozostałe systemy postrzegają zdrowie, jako zjawisko nieco bardziej złożone i etiologię chorób tłumaczą np. zjawiskami nadprzyrodzonymi [51].

Okazywanie zrozumienia dla obyczajów panujących w innej kulturze jest procesem ułatwiającym terapię, a przykładem może być wiedza w zakresie unikania karmienia pacjentów lewą ręką przez personel leworęczny, zasada starszeństwa i płci przy umawianiu wizyt, unikanie kontaktu wzrokowego w relacjach lekarz- pacjent innej płci, czy uściśnięcie dłoni pacjentki przez lekarza płci męskiej. Przestrzeganie restrykcyjnych zasad żywieniowych w stosunku do pacjentów wyznających Islam (niespożywanie wieprzowiny, mięsa niezabitego w sposób rytualny oraz alkoholu).

Wstyd, obawa oraz strach, jako bariery kulturowe, mają ogromne znaczenie w odniesieniu do zaburzeń psychicznych [53]. W przypadku chorób psychicznych podjęcie

leczenia psychiatrycznego wynika z lęku przed stygmatyzacją, lęku przed tzw. utratą twarzy (kraje azjatyckie), czy też wstydu (kraje Ameryki Południowej) [51].

Problemy o charakterze kulturowym wymagają nakładu pracy od wszystkich osób biorących udział w procesie diagnostyczno- terapeutycznym [53].

W dostępie imigrantów do świadczeń zdrowotnych mają oni do czynienia ze zjawiskiem dyskryminacji na dwóch poziomach [51]:

- instytucjonalnym (brak lub niejasność legislacyjnych rozwiązań odnoszących się do zasad korzystania obcokrajowców z procedur i usług medycznych),
- indywidualnym (poważne utrudnienie w dostępie imigrantów do świadczeń zdrowotnych pod względem obniżenia jakości wykonywanych świadczeń, kształtowaniu się oporu wobec procesu leczenia, a w konsekwencji do niechęci do kontaktów z lekarzem).

Obcokrajowcy jako mniejszość narodowa mogą czuć się dyskryminowani z powodu jednego lub kilku czynników pochodzenia strukturalnego, kulturowego, językowego, czy religijnego [53].

Bariery w dostępie imigrantów do edukacji

Wśród grup zawodowych zajmujących się tematem polityk publicznych, tematyka polityki edukacyjnej znajduje szczególne miejsce. Edukacja ma do odegrania kluczową rolę nie tylko w zapewnieniu dzieciom ze środowisk migracyjnych możliwości, dzięki którym mogłyby w pełni wykorzystać swój potencjał, ale i w tworzeniu społeczeństwa sprawiedliwego, sprzyjającego integracji i szanującego różnorodność. Jednak wiele takich dzieci nadal osiąga gorsze wyniki w nauce, a problemy związane z dyskryminacją rasową i etniczną oraz z wykluczeniem społecznym występują nie tylko w Europie. Obecność dużej liczby dzieci imigrantów w wielu państwach stanowi zatem wyzwanie – a zarazem cenną szansę – dla ich systemów edukacyjnych [55].

Problem edukacji należy rozpatrywać pod kątem różnic etnicznych i kulturowych, przy czym pochodzenie imigrantów może w znaczący sposób wpłynąć na stopień integracji. Istotne jest zatem dostrzeżenie problemu różnorodności kultur i tradycji szkolnictwa na różnych poziomach [56]. Zagadnienie wielokulturowości w obszarze edukacji może być rozpatrywane jako problem oraz jako wyzwanie i szansa na rozwój. Wielokulturowość w szkole, to najprościej mówiąc wielość kultur, z których wywodzą się uczniowie. Wielokulturowość implikuje uznanie równości uczniów odmiennych kulturowo niezależnie od

ich geograficznego, rasowego, czy religijnego pochodzenia. Dzieci wielojęzyczne i wielokulturowe, to dzieci [57]:

- osób należących do mniejszości narodowych lub etnicznych na stałe mieszkających w Polsce,
- imigrantów, których kultura pochodzenia jest inna niż polska,
- reemigrantów, narodowości polskiej, które wróciły do Polski po pewnym czasie spędzonym za granicą,
- z rodzin mieszanych, wielokulturowych, które mieszkając nawet cały czas w Polsce, od urodzenia przyswajają co najmniej dwa języki.

Biorąc pod uwagę obecne procesy globalizacji oraz powszechność migracji można wnioskować, że przyszłe pokolenia będą społeczeństwami wielokulturowymi i wielojęzycznymi [58].

Edukacja międzykulturowa postrzegana jest jako pomoc w przygotowaniu obcokrajowców do funkcjonowania i współdziałania w społeczeństwie wielokulturowym. Jak podaje Nikitorowicz [59], edukacja wielokulturowa swoim działaniem obejmuje zarówno autochtonów, grupy większościowe, uchodźców, jak i grupy mniejszościowe. System edukacji odgrywa istotną rolę nie tylko w zdobywaniu wiedzy, ale jest to także miejsce zdobywania formalnych i nieformalnych informacji o normach i wartościach społeczeństwa, a także pomost międzykulturowy. System edukacji jest bardzo ważnym narzędziem zachęcania do pluralizmu i różnorodności, zarówno w stosunku do populacji imigrantów, jak i społeczeństwa kraju goszczącego, sprzyjając przez to zwalczaniu dyskryminacji [56].

Istotność polityki edukacyjnej dla kwestii integracji imigrantów wynika z podstawowego założenia wielu narodowych systemów edukacji, a mianowicie: stwarzania równych szans rozwoju indywidualnego, zdobywania podstawowych umiejętności i wiedzy oraz kwalifikacji zawodowych. Podstawowymi aktami prawnymi gwarantującymi wszystkim dzieciom w Polsce bezpłatny dostęp do edukacji jest Konstytucja RP z 1997r. oraz oenietowska Konwencja o Prawach Dziecka z 1989r. Te dwa dokumenty, o zasięgu krajowym i międzynarodowym, zapewniają dostęp do publicznego szkolnictwa w Polsce oraz prawo do nauki, wiedzy i edukacji, które stanowi fundament praw człowieka [60].

Analizy problemów dzieci imigrantów w polskich szkołach są niewystarczające. Jak podaje piśmiennictwo, polskie szkoły nie są przygotowane na przyjęcie uczniów z innych krajów. Głównie chodzi o problemy z zakwalifikowaniem obcokrajowców do odpowiedniego etapu nauczania –zasady przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego są niejasne i

nieraz zdarza się, że dzieci imigrantów trafiają do młodszych (niż wskazywałby na to ich wiek) grup wiekowych i klas [56].

Ponadto brak jest odpowiednich kursów przygotowawczych bądź zajęć wyrównawczych, które pozwalałyby niwelować początkowe różnice i pomagałyby dzieciom obcokrajowców kontynuować naukę z ich rówieśnikami.

Brakuje również systematycznego monitorowania dzieci w wieku szkolnym, łącznie z dziećmi uchodźców, co w efekcie może prowadzić do braku prawdziwej kontroli nad wykonywaniem obowiązku szkolnego.

Kolejnym poważnym problemem jest brak odpowiedniej kadry nauczycielskiej, niskie zainteresowanie tą grupą dzieci ze strony pedagogów szkolnych i brak wsparcia, w tym również finansowego.

Raporty międzynarodowe pokazują, że podstawowa trudność dla dzieci uchodźców lub starających się o status uchodźcy polega na odległym położeniu ośrodków dla uchodźców od budynków szkolnych. Zaś z drugiej strony cudzoziemcy przybywający do Polski nie traktują jej często jako kraju docelowego, co sprawia, że nie chcą inwestować w edukację dzieci [56]. Jeszcze innym problemem jest brak odpowiedniego zapewnienia możliwości nauki języka polskiego, co stanowi jedną z najważniejszych barier w integracji cudzoziemców.

W poniższej tabeli (Tabela VII) zaprezentowano najczęstsze bariery w dostępie do edukacji dzieci wielokulturowych oraz wskazano na ich możliwe przyczyny.

Dzieci wielokulturowe i wielojęzyczne stanowią grupę, która wymaga szczególnego zainteresowania i wsparcia, co głównie wiąże się z potrzebą włączenia ich do życia społecznego oraz stworzenia im warunków do prawidłowego rozwoju fizycznego i intelektualnego w atmosferze poczucia bezpieczeństwa i stabilności. Dla systemu szkoły przyjęcie/nauka uczniów wielokulturowych jest bez wątpienia wyzwaniem, bowiem należy pokonać wiele barier, jest jednak także szansa rozwoju dla szkoły, nauczycieli i uczniów [58]. Bardzo ważny jest rozwój kompetencji nauczycieli w następujących obszarach [61]:

- metodyka pracy z dzieckiem z doświadczeniem migracyjnym,
- podstawowa wiedza dotycząca psychologicznej sytuacji dziecka migrującego i jego rodziny, w tym konsekwencji uchodźstwa i migracji,
- prawne aspekty edukacji dziecka cudzoziemskiego,
- kompetencje międzykulturowe,
- integracja dziecka w klasie i szkole,

- adekwatne kulturowo narzędzia wsparcia i motywowania uczniów z doświadczeniem migracyjnym.

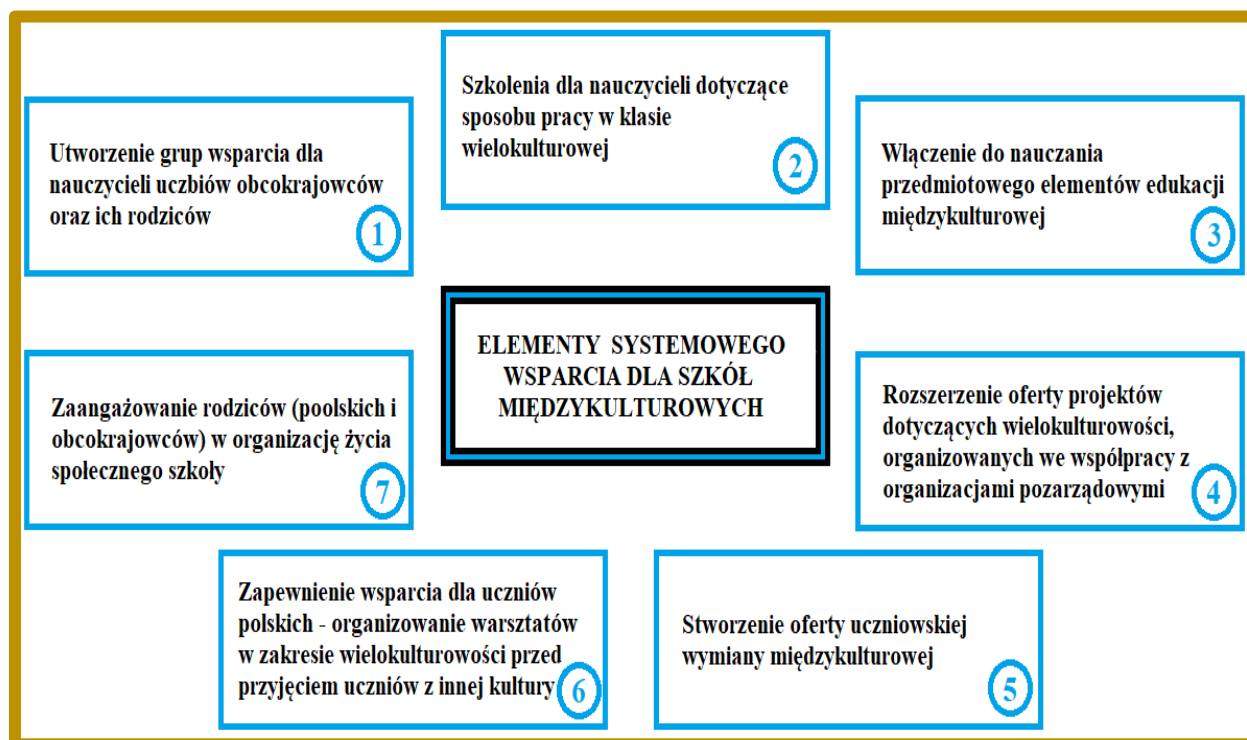
Tabela VII. Najczęstsze bariery w szkole dzieci wielokulturowych i ich możliwe przyczyny, na podstawie [57].

Bariery	Możliwe przyczyny
słaba znajomość języka polskiego	niska znajomość języka polskiego
słabe wyposażenie w podręczniki szkolne i zeszyty	różnice między systemem edukacji
problemy materialne	status prawny rodzica dziecka
zaniedbanie emocjonalne	uwarunkowania psychologiczne i rozwojowe
słaba współpraca szkoły z rodzicami	różnice kulturowe
brak nawyku uczenia się i systematycznego przygotowywania do zajęć	proces adaptacji kulturowej
niska frekwencja na zajęciach, przerywanie nauki przez uczniów	kompetencje nauczycieli oraz ich umiejętności w zakresie pracy z dziećmi/klasą wielokulturową
nieuczestniczenie dzieci w zajęciach pozalekcyjnych	kompetencje społeczne i kulturowe rówieśników
izolowanie się od grup rówieśniczych	
odmienności kulturowe	
trudność z zaliczaniem przedmiotu	
trudności z dostosowaniem się do zasad panujących w szkole	

Kluczem pozytywnego rozwiązania trudności wydaje się podejście systemowego wsparcia (Rycina 10).

Podsumowując, za konieczne uznaje się wspieranie polityk integracyjnych poprzez dalszy rozwój struktur i narzędzi służących wymianie wiedzy oraz koordynacji poszczególnych działań w zakresie edukacji. Procesy migracyjne cały czas się nasilają, Organizacja Narodów Zjednoczonych odnotowuje stały wzrost liczby migrantów transnarodowych w świecie, chociaż kontynent europejski jest nadal najbardziej atrakcyjnym kierunkiem migracji [62]. Nie

wolno zapominać, że edukacja odgrywa ważną rolę w procesie humanizacji polityki imigracyjnej i azylowej Unii Europejskiej [63].



Rycina 10. System wsparcia w szkole międzykulturowej [57].

ROLA RODZINY I SZKOŁY W KSZTAŁTOWANIU ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH

Rola rodziny w kształtowaniu stylu życia

Rodzina jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na kształtowanie stylu życia jego członków. Ważnym elementem jest fakt, iż kształtowanie stylu życia w dużej mierze zależy od rodziców i członków rodziny po to, aby móc chronić i zaspokajać ich potrzeby. Rodzice i rodzina tworzą pierwsze relacje z dzieckiem. Są pierwszymi nauczycielami dziecka i działają jako wzór do naśladowania w sposobie działania oraz doświadczania otaczającego je świata. Wychowując i ucząc dzieci w ich wczesnych latach, rodziny odgrywają ważną rolę w zapewnieniu gotowości dzieci do nauki, kiedy ją rozpoczną. Każdy rodzic wie, że czasami trudno jest wykonać tę ważną pracę bez pomocy, wsparcia i dodatkowych zasobów [64].

Życie bardzo się zmieniło dla większości społeczeństwa. Wraz z postępem technologii, zmieniającymi się normami kulturowymi, nowymi priorytetami i nowymi formami komunikacji, napędzanymi przez Internet, naturalne jest zastanawianie się, jakie znaczenie ma wobec tego rodzina [65, 66].

Ponieważ współczesne życie wywiera presję na nas wszystkich, korzyści płynące z życia w rodzinie są ważniejsze, niż kiedykolwiek. Wyzwania, przed którymi stoimy obecnie stają się łatwiejsze do rozwiązania, gdy nie musimy stawić im czoła w pojedynkę. Korzyści z życia w zdrowej rodzinie są zbyt liczne, jednak istotnym jest, aby przedstawić kilka z nich [67-70].

Podstawowa jednostka społeczna zwana rodziną ma za zadanie zaspokajać podstawowe potrzeby członków tej rodziny, w szczególności tych którzy są nieletni, starsi lub niepełnosprawni.

W tym miejscu należy przytoczyć diagram stworzony przez Abrahama Masłowa, nazywanym „Hierarchią potrzeb”, który pokazał potrzeby najbardziej istotne dla ludzi. Szeroka podstawa piramidy Masłowa reprezentuje podstawowe potrzeby takie jak np. jedzenie, które należy najpierw spełnić. Na wyższym poziomie są potrzeby bezpieczeństwa, a następnie potrzeby miłości i przynależności. Potrzeby te są prawie tak samo niezbędne, jak potrzeby podstawowe [65, 71].

Dobrze funkcjonująca rodzina zapewnia bezpieczeństwo finansowe wszystkim mieszkającym w gospodarstwie domowym [67,72]. Po pierwsze, członkowie rodziny, którzy mogą pracować, wnoszą przynajmniej część swoich zarobków, aby pomóc rodzinie zaspokoić

potrzeby wszystkich i zapewnić dobrobyt. Po drugie, rodzina łączy zasoby, aby płacić rachunki i zarządzać swoimi pieniędzmi, aby móc zapewnić zaspokojenie potrzeb finansowych. Wreszcie, rodzice uczą dzieci, jak zarządzać pieniędzmi i zasobami, aby mogły dalej prosperować [67, 72].

Ważnym odnotowania jest fakt, iż rodzice bardziej zachęcają do zdrowego stylu życia. Ludzie, którzy mają dzieci, żyją zwykle zdrowiej. Jedzą zdrowsze jedzenie, rzucają palenie, ograniczają picie alkoholu, rzucają narkotyki, a nawet mogą być bardziej aktywni. W tym miejscu należy zadać sobie pytanie: dlaczego? Ponieważ rodzice chcą być lepszym wzorem do naśladowania, ale także dlatego, że chcą żyć dłużej, aby zobaczyć, jak dorastają ich dzieci i wnuki [73, 74, 75].

Prawidłowo funkcjonujące rodziny oferują prawie każdy rodzaj wsparcia dla każdego jego członka - finansowy, społeczny oraz emocjonalny. Nie można, dzięki ciągłemu wspieraniu, przecenić znaczenia rodziny, jako podstawy stabilności i postępu [68, 76]. Kiedy członkowie rodziny mają problem, ktoś z ich bliskich najprawdopodobniej to dostrzeże. Można ukrywać swoje problemy przed innymi, ale rodzina zwykle wie wszystko. Czasami dana osoba może chcieć zachować dla siebie pewne aspekty swojego życia, na przykład w niewłaściwy sposób reagując na swoje problemy. Jednakże przyjmując pomoc i wsparcie rodziny, łatwiej może sobie z nimi poradzić, przez co żyć lepiej i bardziej komfortowo [77].

Problemy emocjonalne, związane np. z utratą pracy, przyjaciół oraz choroby psychiczne, mogą być druzgocące dla każdego. Bycie częścią rodziny oznacza, że nie tylko otrzyma się wsparcie, ale także powstały problem może zostać wcześniej wykryty [78].

Rodziny poświęcają dużo czasu, wspierając się nawzajem w trudnych chwilach dzięki więziom, które stworzyły i pielęgnowały od czasu, gdy każda z nich stała się częścią rodziny. Nawet nowonarodzone dziecko, które ma problemy zdrowotne w chwili urodzenia, jest wspierane przez kochającą rodzinę, ponieważ już zaakceptowało je jako własne [79].

Rodzice częściej, niż osoby żyjące samotnie, angażują się w swoją społeczność. Co więcej, uczą swoje dzieci, że jedynym sposobem, w jaki mogą kontrolować, jaką mają społeczność, jest przynależność do niego [66, 68].

Kiedy rodzice wspierają swoją społeczność - kształtują postawę opiekuńczą. Pokazują swoim dzieciom, że zapewnianie np.: pieniędzy, żywności lub materiałów pomocnych, pomaga ją wspierać, aby mogła lepiej służyć wszystkim [78, 79].

Dzieci cieszą się zdrowym stylem życia, gdy żyją w zdrowej rodzinie, spożywają zdrowe posiłki, zachęca się je do wysiłku fizycznego, spędzania czasu na świeżym powietrzu. W związku z tym, jednym z najważniejszych sposobów, w jaki rodzice wnoszą wkład w

społeczeństwo, jest edukacja ich dzieci. Nauka nie jest jednak jednotorowa. Rodzeństwo może pomagać sobie w odrabianiu lekcji. Dzieci mogą uczyć rodziców najnowszych technologii, nauczyć swoich rodziców obcego języka i pomóc im w przyswojeniu odmiennej kultury. W zdrowej rodzinie nauka posiada wysoki priorytet, tuż po zaspokojeniu podstawowych potrzeb [73, 74].

Rodzice zaczynają uczyć swoje dzieci, gdy tylko się urodzą. Po pierwsze - uczą ich, że są kochane i że ich potrzeby zostaną zaspokojone. Mogą pomóc im nauczyć się chodzić i nauczyć ich nowych słów w trakcie rozwijania słownictwa. Wykorzystują możliwości uczenia się w życiu codziennym. Co najważniejsze, przekazują miłość do nauki, która będzie dobrze służyć dziecku przez całe życie [67].

Wszyscy rodzice mogą pomóc swoim dzieciom poradzić sobie z wyzwaniami społecznymi związanymi z byciem w szkole. Mogą również zachęcać do stypendiów i etycznych zachowań. Rodzice przyczyniają się także do rozwoju społeczeństwa, poprzez pracę nad tym, aby ich rodzina miała jak najlepsze możliwości związane z edukacją. Ci, którzy nie mogą sobie pozwolić na wysłanie dziecka na studia, mogą im pomóc, zachęcając do składania wniosków o stypendium i pomagając im. Ich emocjonalna i praktyczna pomoc może być nawet ważniejsza niż wsparcie finansowe [80].

Uczenie się wartości było tradycyjną funkcją rodziny. Rodziny przedstawiają swoje dzieci duchowym poglądom. Uczą je odróżniać dobro od zła i zachęcają je do przestrzegania prawa kraju, chyba że nieprzestrzeganie prawa przyniesie korzyści społeczeństwu. Uczą, że każde działanie ma naturalne konsekwencje i że każda osoba ma swobodę dokonywania właściwego (lub złego) wyboru. Uczą ich wartości miłości, szacunku, przyjaźni, uczciwości, życzliwości, odwagi, równości, uczciwości i odpowiedzialności [66, 68, 81].

Rodziny często współpracują ze sobą, aby wykonywać prace domowe. Mogą połączyć siły, aby zaplanować jakieś przedsięwzięcie. Każde wspólne zadanie uczy ich więcej o tym, jak pracować zespołowo, aby osiągnąć cele grupy [82].

Rodzice nie zawsze uważają, że należy przestrzegać każdej zasady. Jednak większość z nich uczy swoje dzieci, że ich przestrzeganie jest zwykle najlepszym i najkorzystniejszym wyborem, jaki mogą dokonać. Nie tylko uczula ich, jak ważne jest przestrzeganie zasad, ale także uczy, jakie są reguły i prawa [73].

Oczywiście nie wszystkie rodziny w równym stopniu przyczyniają się do rozwoju społeczeństw. Niektóre z nich są nieco dysfunkcyjne, a inne tak bardzo szkodzą członkom rodziny, że społeczeństwo musi wkroczyć i wziąć na siebie odpowiedzialność [78].

Rodzina i szkoła jako źródła informacji zdrowotnej

Dzieci i młodzież ustalają wzorce zachowania wpływające zarówno na ich obecne, jak i przyszłe zdrowie. Młodzi ludzie są narażeni na ryzyko palenia tytoniu, picia alkoholu, zażywania narkotyków. Ostatnie badania naukowe pokazują, że czynniki ochronne w życiu dzieci i młodzieży, mogą pomóc im uniknąć zachowań, które narażają ich na ryzyko utraty zdrowia [65, 66]

Czynniki ochronne obejmują takie aspekty jak:

- edukacja [67],
- warunki życia (częsta obecność rodziców w domu w kluczowych momentach życia członków rodziny) [66]
- takie zachowania, jak zaangażowanie w działania prospołeczne [68].

Angażowanie się rodziców w życie szkolne nastolatków stanowi obiecujący środek ochronny. Badania pokazują, że mato ścisły związek z:

- lepszym zachowaniem uczniów [69, 70, 71, 76],
- osiągnięciami akademickimi [72, 73, 74]
- rozwojem umiejętności społecznych [65, 76]
- zwiększeniem prawdopodobieństwa, iż dzieci i młodzież unikną niezdrowych zachowań, takich jak palenie tytoniu, picie alkoholu i zażywanie środków odurzających [75, 77, 78].

Jak wynika ze spostrzeżeń Perry [75], Storr [77], czy Guilamo-Ramos [78], rodzice odgrywają znaczącą rolę we wspieraniu swoich dzieci w promowaniu zachowań prozdrowotnych. Współpraca rodziców ze szkołą ma na celu nie tylko wspieranie/doskonalenie nauki i rozwoju, ale także wspieranie zdrowia dzieci oraz młodzieży [80, 85]. Wykazano, że zaangażowanie rodziców w szkołach może być ewidentnie powiązane z promowaniem pozytywnych zachowań zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży, ponieważ:

- uczniowie, którzy czują się wspierani przez rodziców rzadziej doświadczają stresu emocjonalnego [66, 83],
- gdy rodzice współpracują ze szkołą swoich dzieci prawdopodobieństwo, że zainicjują one szkodliwe dla zdrowia zachowania znacząco się zmniejsza, a rodzice mogą wówczas przekazywać im jasne, spójne wiadomości, zachęcając je do rozwoju pozytywnych zachowań zdrowotnych i akademickich [77].

Szkolne wysiłki na rzecz promowania zaangażowania rodziców mogą być częścią skoordynowanych działań w zakresie zdrowia. Pracownicy szkoły powinni pokazać rodzicom, jak można dbać o zdrowie i edukację prozdrowotną ich dzieci [79, 85]. Ponadto w ramach prowadzonych w tej kwestii działań można wykorzystać kompleksowe podejście do zdrowia w szkole, poprzez uznanie znaczenia modelowania zdrowych zachowań, promocję zdrowia personelu i rozważanie zaangażowanie rodziców [77, 84]. Poszczególne szkoły powinny określić, jakie działania są najbardziej możliwe i odpowiednie do wykonania, ale także oparte na potrzebach szkoły i rodziców. Powinny także ocenić swoje wysiłki na rzecz zwiększenia zaangażowania rodzica w zdrowie w szkole [85, 86]. Można to osiągnąć poprzez posiadanie wspólnej szkolnej wizji angażowania rodziców w edukację swoich dzieci i przekazywanie jej społeczności szkolnej. Wizja szkoły, odnośnie zaangażowania rodzica, może wywrzeć pozytywny wpływ na rodziców i ich oczekiwaniach z zaangażowaniem w promowanie zdrowia w szkole.

W tym miejscu należy zaznaczyć, iż personel szkolny powinien być przygotowany do pracy z rodzicami w różnych aspektach [87]. Na przykład nauczyciele mogą nauczyć się, jak angażować rodziców w pracę domową w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów lub jak dotrzeć do niezaangażowanych rodziców [88, 89].

Poza nawiązywaniem relacji z rodzicami, szkoły powinny oferować różnorodne możliwości angażowania rodziców w działania zdrowotne. Badania pokazują, iż istnieje sześć rodzajów zaangażowania, z którego szkoły mogą skorzystać, aby zaangażować rodziców [85]:

1. zapewnienie wsparcia rodzicom,
2. komunikacja z rodzicami,
3. zapewnienie różnorodnych możliwości dla wolontariuszy,
4. wspieranie nauki w domu,
5. zachęcanie rodziców do brania udziału w podejmowaniu decyzji,
6. współpraca ze społecznością.

Działania wdrożeniowe w odniesieniu do wszystkich sześciu typów zwiększą prawdopodobieństwo angażowania większej liczby rodziców w opiekę zdrowotną i edukację ich dzieci [79, 90].

Za przykłady sposobów, jak pracownicy szkoły mogą zachęcać do zdrowego trybu życia mogą służyć: [79, 86, 91-95]:

- współpraca z organizacjami społecznymi, aby zapewnić rodzicom zajęcia edukacyjne,
- zapewnienie rodzicom udziału w warsztatach na temat zdrowia,

- organizacja sponsorowanych przez szkołę działań związanych ze zdrowiem w pobliskich instytucjach, organizacjach, placówkach,
- stosowanie nowoczesnych technik rozwoju, nauczania itp.
- reklamowanie zdrowego trybu życia,
- używanie różnych metod komunikacji,
- regularne spotkania z rodzicami w celu omówienia problemów zdrowotnych w szkole i zachowań swoich dzieci.

Szkoły mogą również angażować rodziców i uczniów w opiekę zdrowotną dzieci w ich domu [79, 91]. Zaangażowanie rodziców w zadania domowe lub inne działania zdrowotne w domu, może zwiększyć prawdopodobieństwo otrzymania przez studentów spójnych wiadomości w domu i w szkole, a im wcześniej są angażowani, tym bardziej skłonni do pozostania zaangażowanymi [96, 97].

Edukacja zdrowotna i szkolny program profilaktyki

Wprowadzenie do programu szkolnego nowych, obowiązkowych zadań nie można uznać za gwarancję wykonania ich w sposób, który zapewni osiągnięcie najlepszych i wyczekiwanych efektów. Należy mieć na uwadze, iż w odniesieniu do przedmiotów szkolnych ograniczamy się do rozwijania wiedzy i umiejętności uczniów. Z kolei w odniesieniu do edukacji zdrowotnej i profilaktyki mamy do czynienia z kształtowaniem postaw i zachowań. Nie jest wystarczające, aby problematyka ta była obowiązkowa. Ważnym jest, aby była uznana za ważną i potrzebną przez każdą ze stron, do których jest skierowana [98].

Niemniej jednak należy zauważyć, iż istnieje ścisły związek między uczeniem się, a zdrowiem dzieci. Podobnie, poziom wykształcenia jednostki wpływa na jej zdrowie przez całe życie [99].

Szkoła promująca zdrowie to taka, która stale wzmacnia swoją zdolność do funkcjonowania jednostek w sferze nauki, życia i pracy. Pozwala wszystkim członkom społeczności szkolnej współpracować w taki sposób, aby zapewnić uczniom i pracownikom doświadczenia oraz struktury promujące i chroniące ich zdrowie [99].

Chociaż koncepcja budowania szkół promujących zdrowie zyskuje popularność na arenie międzynarodowej, to jednak szkoły znajdują się na różnych etapach wdrażania tej koncepcji oraz stoją przed różnymi wyzwaniami (np. niektórzy pracownicy służby zdrowia i nauczyciele walczą z podstawowymi potrzebami w szkołach, podczas gdy inni promują zdrowy styl życia) [91].

Światowa Organizacja Zdrowia opracowała ramy działania, które oferują szkołom, rodzicom, nauczycielom, społecznościom i innym zainteresowanym stronom podstawowe zasady i proste narzędzia, które pomogą im stworzyć zdrowsze środowisko. Ostatecznie przewiduje się, że te zasady usprawnią bieżące prace w sektorach zdrowia i edukacji oraz przyczynią się do realizacji innych globalnych zobowiązań w zakresie zdrowia dzieci. Celem ich jest zbudowanie globalnych standardów dla szkół, które promują zdrowie [99].

Poziom oraz jakość realizacji edukacji zdrowotnej w szkołach jest uzależniona od sytuacji, w której dyrektor placówki uzna tę problematykę za ważną i godną poświęcenia jej czasu i uwagi. Problem powstaje jedynie wówczas, kiedy dyrektorzy dają przyzwolenie na to, aby zamiast rzeczywistej realizacji ścieżki prozdrowotnej ograniczać się do formalnego odnotowywania w dzienniku zagadnień z tego obszaru, które w przypadkowy sposób łączą się z treścią lekcji przedmiotowych [98].

Niestety polityka edukacyjna nie tylko Polski, ale także innych państw zachęca szkoły, aby największy nacisk kłaść na osiągnięcia uczniów, kosztem ich samopoczucia, rozwoju osobistego, czy zdrowia. W szkołach nadal największy nacisk kładzie się na przedmioty obowiązkowe, a edukacja społeczna, czy zdrowotna, pozostaje przedmiotem nieobowiązkowym, bądź wyklucza je się całkowicie z programu [100].

Kolejny aspekt uwidacznia się pośród metod, czy technik aktywizujących. Należy zaznaczyć, iż aby odpowiednio spełniły swoją rolę, powinny stanowić część cyklu uczenia się przez doświadczanie, który obejmuje cztery elementy, tj. [98, 99]:

- doświadczenie (ćwiczenie),
- refleksja uczestników,
- uporządkowanie, uzupełnienie lub skorygowanie wiedzy przez nauczyciela
- zaplanowanie z uczniami sposobów na sprawdzenie przyswojonych informacji w praktyce.

Potrzeba uzupełnienia wiedzy przez nauczyciela zależna jest od wniosków, jakie przedstawią w dyskusji sami uczniowie. Natomiast planując z uczniami możliwości stosowania w praktyce zdobytego doświadczenia, trzeba wziąć pod uwagę, w jakim stopniu i w jaki sposób można włączyć w ten proces rodziców. *„Jeśli przyjmiemy, że refleksja i szczere podzielenie się nią z rówieśnikami jest kluczowym elementem uczenia się przez doświadczanie oraz warunkiem wprowadzania zmian w zakresie postaw i zachowań, to niezbędne jest zadbanie o to, aby przebiegała ona w możliwie najbezpieczniejszej sytuacji społecznej. Opracowanie reguł, które będą obowiązywały na takich zajęciach jest jednym z podstawowych wymogów w tym zakresie.*

W pierwszym rzędzie chodzi tu o reguły, które zabezpieczałyby wypowiadające się osoby przed kpinami kolegów, uczyły poszanowania dla odmiennego zdania, motywowały do zachowywania tajemnicy w sprawach omawianych na zajęciach itp.” [98].

W tym miejscu należy jednak zaznaczyć, iż badania sugerują, że edukacja i zdrowie tworzą synergę. Osoby, które są dobrze wykształcone, są zdrowsze i posiadają lepsze samopoczucie [100, 101]. Również studenci, którzy są zdrowsi osiągają lepsze wyniki w nauce [102].

Podsumowując warto podkreślić, że przeprowadzone badania w przedmiotowym zakresie, mierzące osiągnięcia szkolne uczniów dotyczące podstawowych umiejętności, jak np. umiejętność czytania, wykazały, że poziom tych umiejętności zależy nie tylko od edukacji jaką otrzymują w szkole. Poziom ten zależy także od postaw, zachowań i motywacji, w tym m.in. od doceniania ważności umiejętności czytania, itp. W związku z tym stosowanie w praktyce szkolnej zasad w odniesieniu do edukacji zdrowotnej i profilaktyki może usprawnić cały proces edukacyjny.

Rola rodziny w kształtowaniu stylu życia

Rodzina jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na kształtowanie stylu życia jego członków. Ważnym elementem jest fakt, iż kształtowanie stylu życia w dużej mierze zależy od rodziców i członków rodziny po to, aby móc chronić i zaspokajać ich potrzeby. Rodzice i rodzina tworzą pierwsze relacje z dzieckiem. Są pierwszymi nauczycielami dziecka i działają jako wzór do naśladowania w sposobie działania oraz doświadczania otaczającego je świata. Wychowując i ucząc dzieci w ich wczesnych latach, rodziny odgrywają ważną rolę w zapewnieniu gotowości dzieci do nauki, kiedy ją rozpoczną. Każdy rodzic wie, że czasami trudno jest wykonać tę ważną pracę bez pomocy, wsparcia i dodatkowych zasobów [64].

Życie bardzo się zmieniło dla większości społeczeństwa. Wraz z postępem technologii, zmieniającymi się normami kulturowymi, nowymi priorytetami i nowymi formami komunikacji, napędzanymi przez Internet, naturalne jest zastanawianie się, jakie znaczenie ma wobec tego rodzina [65, 66].

Ponieważ współczesne życie wywiera presję na nas wszystkich, korzyści płynące z życia w rodzinie są ważniejsze, niż kiedykolwiek. Wyzwania, przed którymi stoimy obecnie stają się łatwiejsze do rozwiązania, gdy nie musimy stawić im czoła w pojedynkę. Korzyści z życia w zdrowej rodzinie są zbyt liczne, jednak istotnym jest, aby przedstawić kilka z nich [67-70].

Podstawowa jednostka społeczna zwana rodziną ma za zadanie zaspokajać podstawowe potrzeby członków tej rodziny, w szczególności tych którzy są nieletni, starsi lub niepełnosprawni.

W tym miejscu należy przytoczyć diagram stworzony przez Abrama Masłowa, nazywanym „Hierarchią potrzeb”, który pokazał potrzeby najbardziej istotne dla ludzi. Szeroka podstawa piramidy Masłowa reprezentuje podstawowe potrzeby takie jak np. jedzenie, które należy najpierw spełnić. Na wyższym poziomie są potrzeby bezpieczeństwa, a następnie potrzeby miłości i przynależności. Potrzeby te są prawie tak samo niezbędne, jak potrzeby podstawowe [65, 71].

Dobrze funkcjonująca rodzina zapewnia bezpieczeństwo finansowe wszystkim mieszkającym w gospodarstwie domowym [67,72]. Po pierwsze, członkowie rodziny, którzy mogą pracować, wnoszą przynajmniej część swoich zarobków, aby pomóc rodzinie zaspokoić potrzeby wszystkich i zapewnić dobrobyt. Po drugie, rodzina łączy zasoby, aby płacić rachunki i zarządzać swoimi pieniędzmi, aby móc zapewnić zaspokojenie potrzeb finansowych. Wreszcie, rodzice uczą dzieci, jak zarządzać pieniędzmi i zasobami, aby mogły dalej prosperować [67, 72].

Ważnym odnotowania jest fakt, iż rodzice bardziej zachęcają do zdrowego stylu życia. Ludzie, którzy mają dzieci, żyją zwykle zdrowiej. Jedzą zdrowsze jedzenie, rzucają palenie, ograniczają picie alkoholu, rzucają narkotyki, a nawet mogą być bardziej aktywni. W tym miejscu należy zadać sobie pytanie: dlaczego? Ponieważ rodzice chcą być lepszym wzorem do naśladowania, ale także dlatego, że chcą żyć dłużej, aby zobaczyć, jak dorastają ich dzieci i wnuki [73, 74, 75].

Prawidłowo funkcjonujące rodziny oferują prawie każdy rodzaj wsparcia dla każdego jego członka - finansowy, społeczny oraz emocjonalny. Nie można, dzięki ciągłemu wspieraniu, przecenić znaczenia rodziny, jako podstawy stabilności i postępu [68, 76]. Kiedy członkowie rodziny mają problem, ktoś z ich bliskich najprawdopodobniej to dostrzeże. Można ukrywać swoje problemy przed innymi, ale rodzina zwykle wie wszystko. Czasami dana osoba może chcieć zachować dla siebie pewne aspekty swojego życia, na przykład w niewłaściwy sposób reagując na swoje problemy. Jednakże przyjmując pomoc i wsparcie rodziny, łatwiej może sobie z nimi poradzić, przez co żyć lepiej i bardziej komfortowo [77].

Problemy emocjonalne, związane np. z utratą pracy, przyjaciół oraz choroby psychiczne, mogą być druzgocące dla każdego. Bycie częścią rodziny oznacza, że nie tylko otrzyma się wsparcie, ale także powstały problem może zostać wcześniej wykryty [78].

Rodziny poświęcają dużo czasu, wspierając się nawzajem w trudnych chwilach dzięki więziom, które stworzyły i pielęgnowały od czasu, gdy każda z nich stała się częścią rodziny. Nawet nowonarodzone dziecko, które ma problemy zdrowotne w chwili urodzenia, jest wspierane przez kochającą rodzinę, ponieważ już zaakceptowało je jako własne [79].

Rodzice częściej, niż osoby żyjące samotnie, angażują się w swoją społeczność. Co więcej, uczą swoje dzieci, że jedynym sposobem, w jaki mogą kontrolować, jaką mają społeczność, jest przynależność do niego [66, 68].

Kiedy rodzice wspierają swoją społeczność - kształtują postawę opiekuńczą. Pokazują swoim dzieciom, że zapewnianie np.: pieniędzy, żywności lub materiałów pomocnych, pomaga ją wspierać, aby mogła lepiej służyć wszystkim [78, 79].

Dzieci cieszą się zdrowym stylem życia, gdy żyją w zdrowej rodzinie, spożywają zdrowe posiłki, zachęca się je do wysiłku fizycznego, spędzania czasu na świeżym powietrzu. W związku z tym, jednym z najważniejszych sposobów, w jaki rodzice wnoszą wkład w społeczeństwo, jest edukacja ich dzieci. Nauka nie jest jednak jednotorowa. Rodzeństwo może pomagać sobie w odrabianiu lekcji. Dzieci mogą uczyć rodziców najnowszych technologii, nauczyć swoich rodziców obcego języka i pomóc im w przyswojeniu odmiennej kultury. W zdrowej rodzinie nauka posiada wysoki priorytet, tuż po zaspokojeniu podstawowych potrzeb [73, 74].

Rodzice zaczynają uczyć swoje dzieci, gdy tylko się urodzą. Po pierwsze - uczą ich, że są kochane i że ich potrzeby zostaną zaspokojone. Mogą pomóc im nauczyć się chodzić i nauczyć ich nowych słów w trakcie rozwijania słownictwa. Wykorzystują możliwości uczenia się w życiu codziennym. Co najważniejsze, przekazują miłość do nauki, która będzie dobrze służyć dziecku przez całe życie [67].

Wszyscy rodzice mogą pomóc swoim dzieciom poradzić sobie z wyzwaniami społecznymi związanymi z byciem w szkole. Mogą również zachęcać do stypendiów i etycznych zachowań. Rodzice przyczyniają się także do rozwoju społeczeństwa, poprzez pracę nad tym, aby ich rodzina miała jak najlepsze możliwości związane z edukacją. Ci, którzy nie mogą sobie pozwolić na wysłanie dziecka na studia, mogą im pomóc, zachęcając do składania wniosków o stypendium i pomagając im. Ich emocjonalna i praktyczna pomoc może być nawet ważniejsza niż wsparcie finansowe [80].

Uczenie się wartości było tradycyjną funkcją rodziny. Rodziny przedstawiają swoje dzieci duchowym poglądom. Uczą je odróżniać dobro od zła i zachęcają je do przestrzegania prawa kraju, chyba że nieprzestrzeganie prawa przyniesie korzyści społeczeństwu. Uczą, że każde działanie ma naturalne konsekwencje i że każda osoba ma swobodę dokonywania

właściwego (lub złego) wyboru. Uczą ich wartości miłości, szacunku, przyjaźni, uczciwości, życzliwości, odwagi, równości, uczciwości i odpowiedzialności [66, 68, 81].

Rodziny często współpracują ze sobą, aby wykonywać prace domowe. Mogą połączyć siły, aby zaplanować jakieś przedsięwzięcie. Każde wspólne zadanie uczy ich więcej o tym, jak pracować zespołowo, aby osiągnąć cele grupy [82].

Rodzice nie zawsze uważają, że należy przestrzegać każdej zasady. Jednak większość z nich uczy swoje dzieci, że ich przestrzeganie jest zwykle najlepszym i najkorzystniejszym wyborem, jaki mogą dokonać. Nie tylko uczula ich, jak ważne jest przestrzeganie zasad, ale także uczy, jakie są reguły i prawa [73].

Oczywiście nie wszystkie rodziny w równym stopniu przyczyniają się do rozwoju społeczeństw. Niektóre z nich są nieco dysfunkcyjne, a inne tak bardzo szkodzą członkom rodziny, że społeczeństwo musi wkroczyć i wziąć na siebie odpowiedzialność [78].

Rodzina i szkoła jako źródła informacji zdrowotnej

Dzieci i młodzież ustalają wzorce zachowania wpływające zarówno na ich obecne, jak i przyszłe zdrowie. Młodzi ludzie są narażeni na ryzyko palenia tytoniu, picia alkoholu, zażywania narkotyków. Ostatnie badania naukowe pokazują, że czynniki ochronne w życiu dzieci i młodzieży, mogą pomóc im uniknąć zachowań, które narażają ich na ryzyko utraty zdrowia [65, 66]

Czynniki ochronne obejmują takie aspekty jak:

- edukacja [67],
- warunki życia (częsta obecność rodziców w domu w kluczowych momentach życia członków rodziny) [66]
- takie zachowania, jak zaangażowanie w działania prospołeczne [68].

Angażowanie się rodziców w życie szkolne nastolatków stanowi obiecujący środek ochronny. Badania pokazują, że ma to ścisły związek z:

- lepszym zachowaniem uczniów [69, 70, 71, 76],
- osiągnięciami akademickimi [72, 73, 74]
- rozwojem umiejętności społecznych [65, 76]
- zwiększeniem prawdopodobieństwa, iż dzieci i młodzież unikną niezdrowych zachowań, takich jak palenie tytoniu, picie alkoholu i zażywanie środków odurzających [75, 77, 78].

Jak wynika ze spostrzeżeń Perry [75], Storr [77], czy Guilamo-Ramos [78], rodzice odgrywają znaczącą rolę we wspieraniu swoich dzieci w promowaniu zachowań prozdrowotnych. Współpraca rodziców ze szkołą ma na celu nie tylko wspieranie/doskonalenie nauki i rozwoju, ale także wspieranie zdrowia dzieci oraz młodzieży [80, 85]. Wykazano, że zaangażowanie rodziców w szkołach może być ewidentnie powiązane z promowaniem pozytywnych zachowań zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży, ponieważ:

- uczniowie, którzy czują się wspierani przez rodziców rzadziej doświadczają stresu emocjonalnego [66, 83],
- gdy rodzice współpracują ze szkołą swoich dzieci prawdopodobieństwo, że zainicjują one szkodliwe dla zdrowia zachowania znacząco się zmniejsza, a rodzice mogą wówczas przekazywać im jasne, spójne wiadomości, zachęcając je do rozwoju pozytywnych zachowań zdrowotnych i akademickich [77].

Szkolne wysiłki na rzecz promowania zaangażowania rodziców mogą być częścią skoordynowanych działań w zakresie zdrowia. Pracownicy szkoły powinni pokazać rodzicom, jak można dbać o zdrowie i edukację prozdrowotną ich dzieci [79, 85]. Ponadto w ramach prowadzonych w tej kwestii działań można wykorzystać kompleksowe podejście do zdrowia w szkole, poprzez uznanie znaczenia modelowania zdrowych zachowań, promocję zdrowia personelu i rozważanie zaangażowanie rodziców [77, 84]. Poszczególne szkoły powinny określić, jakie działania są najbardziej możliwe i odpowiednie do wykonania, ale także oparte na potrzebach szkoły i rodziców. Powinny także ocenić swoje wysiłki na rzecz zwiększenia zaangażowania rodzica w zdrowie w szkole [85, 86]. Można to osiągnąć poprzez posiadanie wspólnej szkolnej wizji angażowania rodziców w edukację swoich dzieci i przekazywanie jej społeczności szkolnej. Wizja szkoły, odnośnie zaangażowania rodzica, może wywrzeć pozytywny wpływ na rodziców i ich oczekiwania z zaangażowaniem w promowanie zdrowia w szkolne.

W tym miejscu należy zaznaczyć, iż personel szkolny powinien być przygotowany do pracy z rodzicami w różnych aspektach [87]. Na przykład nauczyciele mogą nauczyć się, jak angażować rodziców w pracę domową w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów lub jak dotrzeć do niezaangażowanych rodziców [88, 89].

Poza nawiązywaniem relacji z rodzicami, szkoły powinny oferować różnorodne możliwości angażowania rodziców w działania zdrowotne. Badania pokazują, iż istnieje sześć rodzajów zaangażowania, z którego szkoły mogą skorzystać, aby zaangażować rodziców [85]:

- zapewnienie wsparcia rodzicom,

- komunikacja z rodzicami,
- zapewnienie różnorodnych możliwości dla wolontariuszy,
- wspieranie nauki w domu,
- zachęcanie rodziców do brania udziału w podejmowaniu decyzji,
- współpraca ze społecznością.

Działania wdrożeniowe w odniesieniu do wszystkich sześciu typów zwiększą prawdopodobieństwo angażowania większej liczby rodziców w opiekę zdrowotną i edukację ich dzieci [79, 90].

Za przykłady sposobów, jak pracownicy szkoły mogą zachęcać do zdrowego trybu życia mogą służyć: [79, 86, 91-95]:

- współpraca z organizacjami społecznymi, aby zapewnić rodzicom zajęcia edukacyjne,
- zapewnienie rodzicom udziału w warsztatach na temat zdrowia,
- organizacja sponsorowanych przez szkołę działań związanych ze zdrowiem w pobliskich instytucjach, organizacjach, placówkach,
- stosowanie nowoczesnych technik rozwoju, nauczania itp.
- reklamowanie zdrowego trybu życia,
- używanie różnych metod komunikacji,
- regularne spotkania z rodzicami w celu omówienia problemów zdrowotnych w szkole i zachowań swoich dzieci.

Szkoły mogą również angażować rodziców i uczniów w opiekę zdrowotną dzieci w ich domu [79, 91]. Zaangażowanie rodziców w zadania domowe lub inne działania zdrowotne w domu, może zwiększyć prawdopodobieństwo otrzymania przez studentów spójnych wiadomości w domu i w szkole, a im wcześniej są angażowani, tym bardziej skłonni do pozostania zaangażowanymi [96, 97].

Edukacja zdrowotna i szkolny program profilaktyki

Wprowadzenie do programu szkolnego nowych, obowiązkowych zadań nie można uznać za gwarancję wykonania ich w sposób, który zapewni osiągnięcie najlepszych i wyczekiwanych efektów. Należy mieć na uwadze, iż w odniesieniu do przedmiotów szkolnych ograniczamy się do rozwijania wiedzy i umiejętności uczniów. Z kolei w odniesieniu do edukacji zdrowotnej i profilaktyki mamy do czynienia z kształtowaniem postaw i zachowań. Nie jest wystarczające, aby problematyka ta była obowiązkowa. Ważnym jest, aby była uznana za ważną i potrzebną przez każdą ze stron, do których jest skierowana [98].

Niemniej jednak należy zauważyć, iż istnieje ścisły związek między uczeniem się, a zdrowiem dzieci. Podobnie, poziom wykształcenia jednostki wpływa na jej zdrowie przez całe życie [99].

Szkoła promująca zdrowie to taka, która stale wzmacnia swoją zdolność do funkcjonowania jednostek w sferze nauki, życia i pracy. Pozwala wszystkim członkom społeczności szkolnej współpracować w taki sposób, aby zapewnić uczniom i pracownikom doświadczenia oraz struktury promujące i chroniące ich zdrowie [99].

Chociaż koncepcja budowania szkół promujących zdrowie zyskuje popularność na arenie międzynarodowej, to jednak szkoły znajdują się na różnych etapach wdrażania tej koncepcji oraz stoją przed różnymi wyzwaniami (np. niektórzy pracownicy służby zdrowia i nauczyciele walczą z podstawowymi potrzebami w szkołach, podczas gdy inni promują zdrowy styl życia) [91].

Światowa Organizacja Zdrowia opracowała ramy działania, które oferują szkołom, rodzicom, nauczycielom, społecznościom i innym zainteresowanym stronom podstawowe zasady i proste narzędzia, które pomogą im stworzyć zdrowsze środowisko. Ostatecznie przewiduje się, że te zasady usprawnią bieżące prace w sektorach zdrowia i edukacji oraz przyczynią się do realizacji innych globalnych zobowiązań w zakresie zdrowia dzieci. Celem ich jest zbudowanie globalnych standardów dla szkół, które promują zdrowie [99].

Poziom oraz jakość realizacji edukacji zdrowotnej w szkołach jest uzależniona od sytuacji, w której dyrektor placówki uzna tę problematykę za ważną i godną poświęcenia jej czasu i uwagi. Problem powstaje jedynie wówczas, kiedy dyrektorzy dają przyzwolenie na to, aby zamiast rzeczywistej realizacji ścieżki prozdrowotnej ograniczać się do formalnego odnotowywania w dzienniku zagadnień z tego obszaru, które w przypadkowy sposób łączą się z treścią lekcji przedmiotowych [98].

Niestety polityka edukacyjna nie tylko Polski, ale także innych państw zachęca szkoły, aby największy nacisk kłaść na osiągnięcia uczniów, kosztem ich samopoczucia, rozwoju osobistego, czy zdrowia. W szkołach nadal największy nacisk kładzie się na przedmioty obowiązkowe, a edukacja społeczna, czy zdrowotna, pozostaje przedmiotem nieobowiązkowym, bądź wyklucza je się całkowicie z programu [100].

Kolejny aspekt uwidacznia się pośród metod, czy technik aktywizujących. Należy zaznaczyć, iż aby odpowiednio spełniły swoją rolę, powinny stanowić część cyklu uczenia się przez doświadczenie, który obejmuje cztery elementy, tj. [98, 99]:

- doświadczenie (ćwiczenie),
- refleksja uczestników,

- uporządkowanie, uzupełnienie lub skorygowanie wiedzy przez nauczyciela
- zaplanowanie z uczniami sposobów na sprawdzenie przyswojonych informacji w praktyce.

Potrzeba uzupełnienia wiedzy przez nauczyciela zależna jest od wniosków, jakie przedstawią w dyskusji sami uczniowie. Natomiast planując z uczniami możliwości stosowania w praktyce zdobytego doświadczenia, trzeba wziąć pod uwagę, w jakim stopniu i w jaki sposób można włączyć w ten proces rodziców. *„Jeśli przyjmiemy, że refleksja i szczere podzielenie się nią z rówieśnikami jest kluczowym elementem uczenia się przez doświadczanie oraz warunkiem wprowadzania zmian w zakresie postaw i zachowań, to niezbędne jest zadbanie o to, aby przebiegała ona w możliwie najbezpieczniejszej sytuacji społecznej. Opracowanie reguł, które będą obowiązywały na takich zajęciach jest jednym z podstawowych wymogów w tym zakresie. W pierwszym rzędzie chodzi tu o reguły, które zabezpieczałyby wypowiadające się osoby przed kpinami kolegów, uczyły poszanowania dla odmiennego zdania, motywowały do zachowywania tajemnicy w sprawach omawianych na zajęciach itp.”* [98].

W tym miejscu należy jednak zaznaczyć, iż badania sugerują, że edukacja i zdrowie tworzą synergę. Osoby, które są dobrze wykształcone, są zdrowsze i posiadają lepsze samopoczucie [100, 101]. Również studenci, którzy są zdrowsi osiągają lepsze wyniki w nauce [102].

Podsumowując warto podkreślić, że przeprowadzone badania w przedmiotowym zakresie, mierzące osiągnięcia szkolne uczniów dotyczące podstawowych umiejętności, jak np. umiejętność czytania, wykazały, że poziom tych umiejętności zależy nie tylko od edukacji jaką otrzymują w szkole. Poziom ten zależy także od postaw, zachowań i motywacji, w tym m.in. od doceniania ważności umiejętności czytania, itp. W związku z tym stosowanie w praktyce szkolnej zasad w odniesieniu do edukacji zdrowotnej i profilaktyki może usprawnić cały proces edukacyjny.

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Uchodźcy/migranci stanowią duże wyzwanie edukacyjne, także w zakresie prozdrowotnym, ponieważ duże różnice kulturowe i językowe sprawiają trudności w skutecznej edukacji prozdrowotnej.

Współcześnie, za Chądzyńska i Dryll [103] traktuje się rodzinę całościowo, czyli jako specyficzny układ społeczny. Rodzina bowiem, w toku codziennych interakcji, wytwarza swoisty zasób wiedzy, wspólny i podzielany przez wszystkich jej członków. Jest to system informacji nie tylko o każdym członku rodziny, ale także o wszystkich jej członkach, o otaczającym ją świecie oraz systemie reguł, które pozwalają interpretować aktualne wydarzenia i tworzyć wiedzę wpływającą na funkcjonowanie członków rodziny i ich sposób życia [103].

Zachowania zdrowotne, za Okoń [2] kształtują się przede wszystkim w okresie wzrastania i rozwoju dziecka. Powyższe dokonuje się w procesie socjalizacji, rozumianej jako *„przekazywanie potomstwu wiedzy o otaczającym świecie, dziedzictwa kulturowego oraz przygotowanie do pełnienia dorosłych ról społecznych lub jako ogół działań ze strony społeczeństwa, zwłaszcza rodziny, szkoły i środowiska społecznego, zmierzający do uczynienia z jednostki istoty społecznej”* [2].

Szkoła może być ważnym środowiskiem promującym zachowania prozdrowotne, także w kontekście wielokulturowości [3].

Uważa się, iż aktywne włączanie dzieci cudzoziemców w działania środowiska szkolnego osiąga się najlepiej poprzez odpowiednie, systemowe przygotowanie nauczycieli oraz ich wspieranie w tej działalności. Jedynie świadomi nauczyciele mogą wykształcić u uczniów oczekiwane umiejętności psychospołeczne, niezbędne w edukacji międzykulturowej, aby mogli żyć wspólnie, we wzajemnym szacunku, akceptacji, poszanowaniu innych kultur/religii i zdrowia, a także w przełamywaniu stereotypów/uprzedzeń [3].

Niestety dane na temat liczby, charakterystyki, stanu zdrowia i preferencji prozdrowotnych imigrantów w Polsce są niepełne i często sprzeczne. Jeszcze bardziej skąpe są informacje na temat problemów zdrowotnych migrantów/uchodźców, co stanowi istotną przeszkodę w zarządzaniu wielokulturowością w systemie zdrowotnym.

W związku z powyższym, do lepszego rozpoznania problemów imigrantów i zrozumienia ich sytuacji w Polsce, niezbędne jest prowadzenie pogłębionych badań ilościowych i jakościowych, a problematyka ich zdrowia powinna zostać włączona na stałe do obszaru badań i działań praktycznych zdrowia publicznego w Polsce.

Celem głównym badań była próba oceny wpływu rodzin i nauczycieli w kształtowaniu postaw dzieci obcokrajowców wobec zdrowia i choroby.

Cele szczegółowe obejmowały:

- poznanie wpływu środowiska rodzinnego dzieci obcokrajowców na kształtowanie u nich postaw prozdrowotnych
- uzyskanie informacji, czy w opinii badanych polskie pielęgniarki i lekarze są dostatecznie przygotowani do opieki nad dziećmi w Ośrodku dla Cudzoziemców
- poznanie wpływu nauczycieli na kształtowanie postaw prozdrowotnych u dzieci obcokrajowców
- uzyskanie informacji na temat współpracy dzieci i ich rodziców z nauczycielami
- uzyskanie informacji na temat problemów zdrowotnych dzieci z Ośrodka dla Cudzoziemców
- sprawdzenie, czy na powyższe ma wpływ satysfakcja z życia, preferowane zachowania prozdrowotne i wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia.

W odpowiedzi na wyznaczone cele sformułowano następujące problemy badawcze:

- Problem 1. Jakie są zachowania prozdrowotne badanych rodziców?
- Problem 2. Czy polski personel medyczny jest odpowiednio przygotowany do opieki nad dziećmi cudzoziemców?
- Problem 3. Jakie są zachowania prozdrowotne badanych nauczycieli? Czy wpływają one pozytywnie na kształtowanie zachowań zdrowotnych dzieci cudzoziemców?
- Problem 4. Czy przygotowanie polskich nauczycieli do pracy z dziećmi obcokrajowców jest wystarczające?
- Problem 5. Jakie problemy zdrowotne mają dzieci cudzoziemców? Czy nauczyciele posiadają wiedzę na ten temat?
- Problem 6. Czy satysfakcja z życia, preferowane zachowania prozdrowotne i wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia mają wpływ na relacje badanych rodziców z nauczycielami?

W odpowiedzi na wyznaczone cele sformułowano także następujące **hipotezy badawcze**:

- Hipoteza 1. Rodzice w większości wykazują pozytywne zachowania prozdrowotne, które jednak w pewnych aspektach różnią się od zachowań zdrowotnych Polaków.

- Hipoteza 2. Polski personel medyczny jest odpowiednio przygotowany do opieki nad dziećmi cudzoziemców.
- Hipoteza 3. Nauczyciele pracujący z dziećmi cudzoziemców prezentują pozytywne zachowania prozdrowotne, co wpływa na kształtowanie zachowań prozdrowotnych u tych dzieci.
- Hipoteza 4. Przygotowanie polskich nauczycieli do pracy z dziećmi obcokrajowców jest niewystarczające a najczęstsze problemy to bariera językowa i kulturowa.
- Hipoteza 5. Nauczyciele w większości znają problemy zdrowotne dzieci.
- Hipoteza 6. Satysfakcja z życia, preferowane zachowania prozdrowotne i wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia mają wpływ na relacje badanych rodziców z nauczycielami.

Aspekt praktyczny

Wyniki przeprowadzonych badań pozwolą ocenić wpływ rodziny i nauczycieli na kształtowanie postaw prozdrowotnych dzieci obcokrajowców oraz wytyczyć kierunki działań w powyższym zakresie.

MATERIAŁ I METODY

Dane ogólne

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody:

- Komisji Bioetycznej R-I-002/23/2019 Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
- Dyrektora Ośrodka dla Cudzoziemców w Białej Podlaskiej
- Dyrekcji Szkoły Podstawowej nr 3 w Białej Podlaskiej
- Dyrekcji Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 3 w Białej Podlaskiej.

Badanie przeprowadzono w grupie 200 osób, w tym 100 rodziców dzieci obcokrajowców oraz 100 nauczycieli pracujących z dziećmi w Ośrodku dla Cudzoziemców w Białej Podlaskiej i w Szkole Podstawowej nr 3 w Białej Podlaskiej, Zespół Ogólnokształcących nr 3 w Białej Podlaskiej. Dobór grupy badanej był celowy. Z placówkami tymi autorzy współpracują od kilku lat i mieli możliwości bezproblemowego, osobistego przeprowadzania badań

Dobór grupy badanej był celowy i kierowałam się tu przede wszystkim tym, iż z powyższymi placówkami współpracuję od kilku lat i stąd miałam możliwości bezproblemowego oraz osobistego przeprowadzania badań.

Rozdano 200 ankiet i zwrótnie uzyskano 200 ankiet.

Charakterystyka Ośrodka dla Cudzoziemców w Białej Podlaskiej

W Polsce funkcjonuje obecnie jedenaście ośrodków dla uchodźców, z czego sześć to ośrodki strzeżone, potocznie nazywane zamkniętymi. Trafiają do nich osoby, które przekroczyły granicę Polski nielegalnie [104]. Ośrodki strzeżone stanowią jednostki organizacyjne Straży Granicznej [105].

Ośrodek dla cudzoziemców w Białej Podlaskiej jest jednym z tych właśnie sześciu ośrodków i jako jeden z dwóch (obok ośrodka w Podkowie Leśnej) posiada status ośrodka recepcyjnego (Rycina 11 i 12) [106].

Ośrodki recepcyjne stanowią tak zwany filtr epidemiologiczny, przez który przechodzą wszyscy cudzoziemcy starający się pierwszy raz o udzielenie ochrony międzynarodowej. Postępowanie obejmuje przede wszystkim diagnostykę w kierunku chorób zakaźnych, wenerycznych oraz pasożytniczych, a także kierowanie na leczenie tychże schorzeń. Szczególny nacisk kładzie się na choroby takie jak gruźlica, WZW (Wirusowe Zapalenie Wątroby) typu B i C, kiła, a także AIDS i nosicielstwo wirusa HIV.



Rycina 11. Ośrodek dla cudzoziemców w Białej Podlaskiej, zdjęcie opublikowane za zgodą Dyrektora Ośrodka



Rycina 12. Ośrodek dla cudzoziemców w Białej Podlaskiej, zdjęcie opublikowane za zgodą Dyrektora Ośrodka

W ośrodku wykonywana jest wstępna diagnostyka, a postawione rozpoznania poddawane są weryfikacji poprzez diagnostykę szpitalną [107].

Jako ośrodek zamknięty, placówka w Białej Podlaskiej jest miejscem dobrze strzeżonym, wyposażonym w monitoring oraz kraty w oknach. Rafalik [108] wskazuje, że ośrodek dla cudzoziemców w Białej Podlaskiej dysponuje 176 miejscami, jednakże Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z 2019 roku podaje, że w ośrodku przebywać może maksymalnie 130 osób [109]. W raporcie tym szczegółowo opisano warunki panujące w ośrodku, zarówno pod względem infrastruktury, jak i dostępności różnego rodzaju świadczeń. Ogólne warunki bytowe zostały uznane za dobre. Szczególnie pozytywnie oceniono pomieszczenia, w których prowadzone są zajęcia dla dzieci. Zgodnie z raportem zostały one dostosowane do potrzeb i zainteresowań dzieci, co w oczywisty sposób przekłada się na ich samopoczucie. Dostosowane do potrzeb najmłodszych sale kolidują jednak z obecnymi w oknach metalowymi kratami.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca usunięcie wszelkich analogii do ośrodków penitencjarnych, szczególnie w placówkach, w których przebywają dzieci. Jeżeli chodzi o dostęp imigrantów przebywających w placówce do środków komunikacji nie stwierdzono naruszeń.

Cudzoziemcy mają zapewniony dostęp do Internetu oraz telefonu. Zgodnie z obowiązującymi przepisami nie mogą jednak posiadać telefonów z funkcją nagrywania obrazu, toteż są zobligowani do zdeponowania tego typu urządzeń, a w zamian otrzymują telefon zastępczy (bez funkcji nagrywania obrazu). Imigranci nieposiadający własnego telefonu komórkowego mają możliwość korzystania z telefonu służbowego, który dostępny jest u kierownika zmiany. Raport zawiera także informacje na temat zaplecza kulturalno-oświatowego jednostki.

Ośrodek posiada specjalny Zespół Edukacyjno-Wychowawczy, którego zadaniem jest organizacja zajęć kulturalnych i edukacyjnych. Przyjmują one formę zajęć językowych, plastycznych, edukacyjnych i sportowych. Zajęcia językowe odbywają się każdego dnia i tak jak wszystkie aktywności nie są obowiązkowe, udział w nich biorą jedynie osoby chętne. Obejmują one naukę polskiego alfabetu oraz sformułowań niezbędnych w życiu codziennym. Zajęcia edukacyjne dla dzieci obejmują przede wszystkim rozwój manualny i umiejętności logicznego myślenia. Zajęcia sportowe oraz fitness prowadzone są zarówno na placu spacerowym jak i wewnątrz placówki. Wszystkie zajęcia realizowane w ośrodku uwzględniają wiek oraz poziom zaawansowania uczestników.

Ośrodek posiada także własną bibliotekę, z której można korzystać od poniedziałku do soboty, pomiędzy godziną 9:00 a 21:00. Publikacje dostępne są w dziewięciu językach i obejmują swoim zakresem różnorodną tematykę. Od 2010 roku dzieci objęte obowiązkiem szkolnym są pod opieką nauczycieli ze Szkoły Podstawowej nr 3 im. Marii Konopnickiej w Białej Podlaskiej, Publicznego Gimnazjum nr 3 im. Emilii Plater w Białej Podlaskiej oraz II Liceum Ogólnokształcącego im. Emilii Plater w Białej Podlaskiej. Prowadzone zajęcia są zgodne z podstawą programową Ministerstwa Edukacji Narodowej i przyjmują formę indywidualnego toku nauczania.

Opieka psychologiczna zapewniona w ośrodku sprawowana jest przez trzy osoby, przez co imigranci przebywający w nim mają możliwość wyboru osoby, z którą chcą współpracować. Raport zwraca także na fakt zatrudnienia dwóch kobiet i jednego mężczyzny, co ze względu na różnice kulturowe stanowi doskonale rozwiązanie. Ośrodek w Białej Podlaskiej współpracuje także z psychologiem oraz psychiatrą dziecięcym. Opieka medyczna w ośrodku sprawowana jest przez całą dobę i obejmuje zarówno opiekę lekarską jak i pielęgniarską. W związku z obecnością dzieci, ośrodek współpracuje także z lekarzem pediatrą.

Opis narzędzi badawczych

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem:

- autorskiego kwestionariusza ankietowego dla nauczyciela
- autorskiego kwestionariusza ankietowego dla rodziców
- standaryzowanej Skali Oceny Stopnia Satysfakcji z Życia (SWLS)
- standaryzowanego Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ)
- standaryzowanej Wielowymiarowej Skali Umiejszczenia Kontroli Zdrowia (MHLC - B)

Autorski kwestionariusz dla nauczycieli

Pierwsza część kwestionariusza składała się z 21 pytań, a druga z 24 pytań. Na początku każdej ankiety zamieszczona była informacja o tym, iż:

- ma ona charakter anonimowy
- wszystkie uzyskane w trakcie badania dane zostaną uogólnione i wykorzystane w opracowaniu do napisania rozprawy doktorskiej
- opinie badanych są bardzo cenne i pozwolą na przybliżenie sytuacji takich rodzin dla większej grupy osób

- udział w badaniu jest dobrowolny
- przystąpienie do badania ankietowego jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na wypełnienie ankiety
- w każdej chwili, bez względu na etap badania, badany ma prawo rezygnacji z niego

Autorski kwestionariusz dla rodziców

Pierwsza część kwestionariusza składała się z 29 pytań, a druga z 20 pytań. Na początku każdej ankiety zamieszczona była informacja o tym, iż:

- ma ona charakter anonimowy
- wszystkie uzyskane w trakcie badania dane zostaną uogólnione i wykorzystane w opracowaniu do napisania rozprawy doktorskiej
- opinie badanych są bardzo cenne i pozwolą na przybliżenie sytuacji takich rodzin dla większej grupy osób
- udział w badaniu jest dobrowolny
- przystąpienie do badania ankietowego jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na wypełnienie ankiety
- w każdej chwili, bez względu na etap badania, badany ma prawo rezygnacji z niego

Skala Satysfakcji z Życia - SWLS - The Satisfaction With Life Scale, Dienera, Emmons, Larsena, Griffina, w polskiej Juczyńskiego, wersja dla innych profesjonalistów, nie będących psychologami

Skala zawiera pięć stwierdzeń:

1. Pod bardzo wieloma względami moje życie jest bliskie ideału
2. Mam doskonałe warunki życia
3. Jestem zadowolony/-a ze swojego życia
4. Jak na razie, zrealizowałem/-am ważne rzeczy, które chciałem/-am wykonać w trakcie mojego życia
5. Jeśli miałbym/miałabym przeżyć życie jeszcze raz, nie zmieniłbym/zmieniłabym prawie niczego

Badany oceniał, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia, gdzie [110]:

- 1 - oznaczało - zupełnie nie zgadzam się,

- 2 - nie zgadzam się,
- 3 - raczej nie zgadzam się,
- 4 - ani się zgadzam, ani nie zgadzam,
- 5 - raczej zgadzam się,
- 6 - zgadzam się
- 7 - całkowicie zgadzam się.

Oceny, jakie uzyskał respondent podlegały sumowaniu, a ogólny wynik (w granicach od 5 do 35 punktów) oznaczał stopień satysfakcji z własnego życia, przy czym im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia [110]:

- 5 – 9 pkt. – osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia,
- 10 – 14 pkt. – osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia,
- 15 – 19 pkt. – osoba raczej niezadowolona ze swojego życia,
- 20 pkt. – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego życia,
- 21 – 25 pkt. – osoba raczej zadowolona ze swojego życia,
- 26 – 30 pkt. – osoba bardzo zadowolona ze swojego życia,
- 31 – 35 pkt. – osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia.

W interpretacji wyniku zastosowano także skalę stenową:

- 1 sten – 5-9 pkt.
- 2 steny – 10-11 pkt.
- 3 steny – 12-14 pkt.
- 4 steny – 15-17 pkt.
- 5 stenów – 18-20 pkt.
- 6 stenów – 21-23 pkt.
- 7 stenów – 24-26 pkt.
- 8 stenów - 27-28 pkt.
- 9 stenów – 29-30 pkt.
- 10 stenów – 31-35 pkt.

Wyniki w granicach:

- 1 - 4 stena - traktowane są jako wyniki niskie
- 7-10 stena - jako wysokie
- 5 i 6 stena - jako przeciętne.

Wskaźnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) *SWLS*, ustalony w badaniu 371 osób dorosłych wynosi 0,81.

Wskaźnik stałości skali, ustalony w dwukrotnym badaniu grupy 30 osób w odstępie sześciu tygodni, wyniósł 0,86 [110].

Standaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)

wg Juczyńskiego

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zawiera 24 stwierdzenia:

1. Jem dużo warzyw i owoców
2. Unikam przeziębień
3. Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem
4. Wystarczająco dużo odpoczywam
5. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce i cukier
6. Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia
7. Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco
8. Unikam przepracowania
9. Dbam o prawidłowe odżywianie
10. Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań
11. Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć
12. Kontroluję swoją wagę
13. Unikam spożywania żywności z konserwantami
14. Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie
15. Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne
16. Wystarczająco dużo śpię
17. Unikam soli i silnie solonej żywności
18. Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób
19. Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja
20. Ograniczam palenie tytoniu
21. Jem pieczywo pełnoziarniste
22. Staram się uzyskać informacje medyczne oraz zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby
23. Myślę pozytywnie
24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego

Opisują one różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem i pozwala ustalić ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia czterech kategorii tych zachowań [110]:

- prawidłowe żywienie (uwzględnia głównie rodzaj spożywanej żywności - np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce)
- zachowania profilaktyczne (dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych oraz uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby)
- praktyki zdrowotne (codzienne nawyki dotyczące snu i wypoczynku oraz aktywności fizycznej)
- pozytywne nastawienie psychiczne -włączają w zakres zachowań zdrowotnych takie czynniki psychologiczne, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, czy sytuacji wpływających przygnębiająco.

W ocenie zgodnie z zaleceniami brano pod uwagę ostatni rok.

Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań, ustalano ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych.

Badany zaznaczał, jak często wykonywał podane czynności związane ze zdrowiem, oceniając każde z wymienionych w inwentarzu zachowań na skali pięciostopniowej:

- prawie nigdy
- rzadko
- od czasu do czasu
- często
- prawie zawsze.

Ze względu na możliwość okresowego preferowania pewnych rodzajów zachowań zdrowotnych przyjęto, że w ocenie należy brać pod uwagę ostatni rok.

Zaznaczone przez badanego wartości liczbowe zliczano celem uzyskania w granicach od 24 do 120 punktów.

Im wyższy wynik uzyskiwał badany, tym większe było nasilenie deklarowanych przez niego zachowań zdrowotnych.

Ogólny wskaźnik, po przekształceniu na jednostki standaryzowane w oparciu o poniższą tabelę podlegał interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach:

- 1 - 4 stena przyjęto traktować, jako wyniki niskie
- 7 - 10 stena – jako wysokie,
- 5 i 6 stena – jako przeciętne.

Ponadto oddzielnie obliczono nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych - wskaźnikiem była średnia liczba punktów w każdej kategorii, tzn. suma punktów podzielona przez 6. Klucz diagnostyczny do oceny poszczególnych kategorii zachowań to:

- Prawidłowe nawyki żywieniowe - pytania - 1,5, 9, 13, 17, 21
- Zachowania profilaktyczne – pytania - 2, 6, 10, 14, 18, 22
- Pozytywne nastawienia psychiczne – pytania - 3, 7, 11, 15, 19, 23
- Praktyki zdrowotne- pytania - 4, 8, 12, 16, 20, 24

Zgodność wewnętrzną IZZ, ustalona na podstawie *alfa* Cronbacha, wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, zaś dla jego czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65. W badaniu test-retest, przeprowadzonym na 30 osobach w odstępie sześciu tygodni, uzyskano wskaźnik korelacji 0,88 [110].

Standaryzowana Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC)

Autorzy: Kenneth A. Wallston, Barbara S. Wallston, Robert DeVellis;

Adaptacja: Zygfryd Juczyński

Skala MHLC jest narzędziem samoopisu, który zawiera 18 stwierdzeń:

1. Jeżeli zachoruję, to do zdrowia powracam o własnych siłach
2. Często czuję, że jeżeli mam zachorować, to zachoruję niezależnie od tego co zrobię
3. Jeżeli regularnie będę się konsultować z dobrym lekarzem, to zmniejszę prawdopodobieństwo zachorowania
4. Wydaje mi się, że na mój stan zdrowia duży wpływ mają przypadkowe zdarzenia
5. Swoje zdrowie mogę zachować jedynie konsultując się z lekarzem
6. Ponoszę pełną odpowiedzialność za swoje zdrowie
7. To czy pozostanę zdrowy/-a czy też zachoruję, zależy w dużej mierze od innych ludzi (np. lekarzy, pielęgniarek, rodziny, przyjaciół)
8. Cokolwiek złego dzieje się z moim zdrowiem to jest moja wina
9. Kiedy zachoruję muszę po prostu poczekać aż mi przejdzie
10. Lekarze utrzymują mnie w dobrym zdrowiu
11. Kiedy jestem zdrowy/-a czuję się szczęśliwy/-a
12. Moje samopoczucie fizyczne zależy od tego, jak dobrze dbam o siebie
13. Kiedy choruję, to wiem, że to dlatego, iż o siebie nie zadbałem/-am

14. Opieka, którą otrzymuję od innych osób decyduje o tym jak szybko powracam do zdrowia
15. Nawet jeśli dbam o siebie łatwo mogę zachorować
16. Kiedy choruję, jest to sprawa losu
17. Pozostanę raczej zdrowy/-a, jeżeli dobrze o siebie zadbam
18. Dokładne wypełnianie poleceń lekarza jest najlepszym sposobem zachowania dobrego zdrowia

Dotyczyły one zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia [110]:

- *wewnętrznej (W)* -przekonanie, że kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie samego
- *wpływu innych (I)* -przekonanie, że stan własnego zdrowia jest skutkiem oddziaływania innych, głównie personelu medycznego
- *przypadku (P)* -stan zdrowia uzależniony jest od przypadku lub innych czynników zewnętrznych)

U podstaw skali leży założenie, że *wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia* sprzyja zachowaniom prozdrowotnym, a więc podejmowaniu aktywności fizycznej, ograniczaniu palenia tytoniu i picia alkoholu, kontrolowaniu wagi, zapobieganiu zakażeniu HIV, itp..

Badany musi odpowiadać zgodnie z własnymi przekonaniami i wyrazić swój stosunek do przedstawionych stwierdzeń na sześciostopniowej skali: od *zdecydowanie nie zgadzam się* (1 punkt) do *zdecydowanie zgadzam się* (6 punktów) [110].

Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej z trzech skal sumując punkty. Klucz do oceny stanowi kwalifikacja pytań [110]:

- wymiar/kontrola wewnętrzna (W) – pytania 1,6,8,12,13,17
- wymiar/kontrola wpływ innych (I) – pytania 3,5,7,10,14,18
- wymiar/kontrola przypadek (P) – pytania 2,4,9,11,15,16

Wyników skali nie można przedstawiać w postaci pojedynczego wskaźnika. Zakres wyników dla każdej ze skal obejmuje przedział od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia [110].

W badaniach grupowych autorzy proponują dokonanie klasyfikacji wyników, przyjmując medianę za granicę podziału wyników na wysokie i niskie w każdym z trzech wymiarów. Otrzymuje się wtedy kombinację 8 typów możliwych powiązań [110]:

- typ silny wewnętrzny
wysokie W, niskie I i niskie P
- typ silny zewnętrzny
niskie W, wysokie I i wysokie P
- typ pomniejszający wpływ innych
wysokie W, niskie I i wysokie P
- typ powiększający wpływ innych
niskie W, wysokie I i niskie P
- typ pomniejszający wpływ przypadku
wysokie W, wysokie I i niskie P
- typ powiększający wpływ przypadku
wysokie W, wysokie I i niskie P
- typ nieodróżnicowany silny
wysokie W, wysokie I i wysokie P
- typ nieodróżnicowany słaby
niskie W, niskie I i niskie P.

Wskaźniki rzetelności wersji polskich są zbliżone do wyników amerykańskich, dla których współczynniki zgodności wewnętrznej dla wersji A wynosiły: 0,77 dla skali *wewnętrznego umiejscowienia kontroli*, 0,67 - dla *wpływu innych* oraz 0,75 - dla *wpływu przypadku*. Wyniki skali *wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia* i *wpływu innych* nie korelowały ze sobą, natomiast *wewnętrzne umiejscowienie* korelowało negatywnie z *przypadkiem*, to z kolei pozytywnie z *wpływem innych*[110].

Analiza statystyczna

Do analizy statystycznej użyto wybranych statystyk opisowych oraz testów w programie IBM SPSS Statistics w wersji 23.

Wynik testów statystycznych to istotność statystyczna, oznacza jako "p". Im mniejsza jest wartość "p" z tym większą pewnością można powiedzieć, że wynik nie jest kwestią przypadku. Przyjmowany próg istotności zazwyczaj wynosi 0,05. W takim przypadku za istotne uznaje się wyniki, które są dziełem przypadku na maksymalnie 5%. W skrócie jeśli $p < 0,05$ to wynik testu uznaje się za istotny. Przykładowo gdy $p = 0,025$ w przypadku korelacji dwóch zmiennych to można mówić, że między nimi istnieje związek. W przypadku gdy $p =$

0,061 nie można już mówić o istnieniu związku, można jednak mówić o występowaniu tendencji, która mogłaby ujawnić taki związek w większej grupie, zatem:

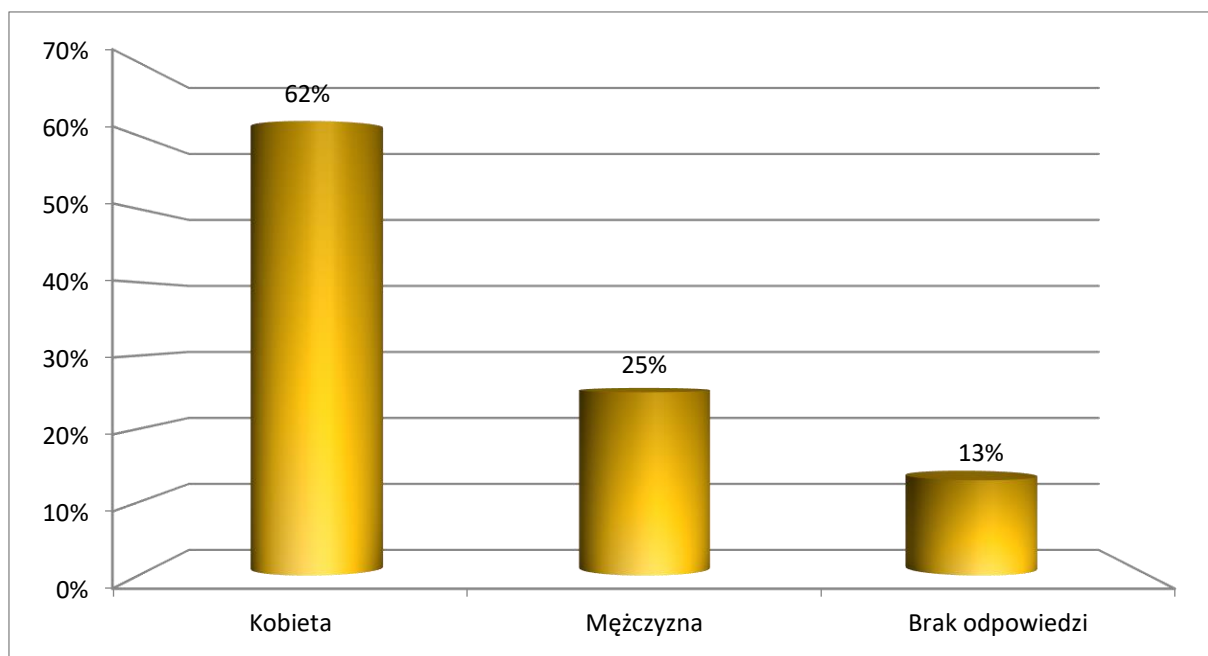
- $p < 0,05$ - wynik jednoznacznie istotny statystycznie,
- $0,05 < p < 0,1$ - tendencja

Konkretne statystyki opisowe oraz testy użyte w pracy:

- średnia arytmetyczna,
- mediana,
- minimum i maksimum,
- centyl 25. i 75. - liczby określające poziom, poniżej (powyżej) którego znajduje się co czwarty (25%) najniższych (najwyższych) pomiarów,
- Test χ^2 - Jedna z najczęściej stosowanych statystyk, która używana jest do badania zależności między zmiennymi zmierzonymi na skali nominalnej. Testem badana jest hipoteza zerowa, która zakłada, że nie ma związku między zmiennymi. Wynik "p" testu χ^2 poniżej przyjętego progu istotności pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej i przyjęcie hipotezy alternatywnej, która zakłada istnienie związku między testowanymi zmiennymi.
- V Cramera - Współczynnik V Cramera służy do pomiaru siły zależności występującej między dwiema zmiennymi mierzonymi na skali nominalnej. Współczynnik ten przyjmuje wartości od 0 do 1, gdzie:
 - $< 0,3$ - związek słaby,
 - $0,3 - 0,5$ - związek umiarkowany,
 - $> 0,5$ - związek silny.
- Test U Manna-Whitney'a - Jest on nieparametrycznym odpowiednikiem testu t studenta dla prób niezależnych. Służy on do badania różnic średnich wyników między dwoma grupami. W przeciwieństwie do testu t nie wymaga on spełnienia założeń o normalności rozkładu i jednorodności wariancji.

CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADANEJ

Większość badanych rodziców stanowiły kobiety (62% - 62 osób). Mężczyzn było ponad dwa razy mniej (25% - 25 osób), a 13% badanych rodziców nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie i nie zadeklarowało swojej płci. Wyniki obrazuje Rycina 13.



Rycina 13. Płeć badanych rodziców

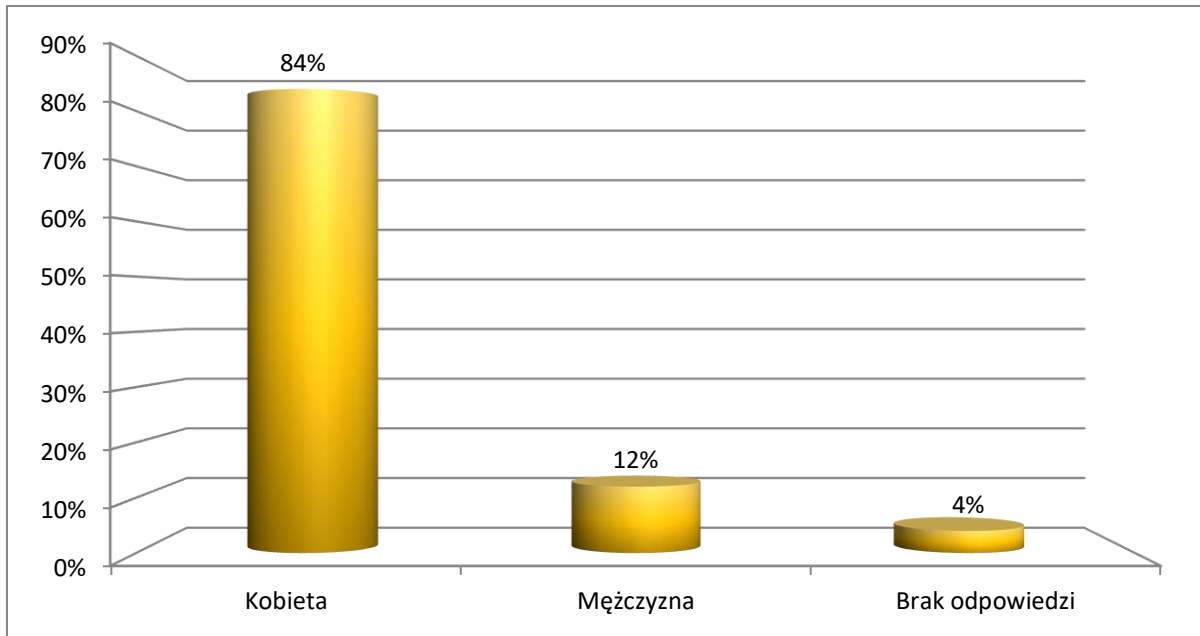
Wśród badanych nauczycieli kobiety również stanowiły większość grupy, jednak tu różnica była zdecydowanie większa (84% - 84 osoby).

Zaledwie 12% nauczycieli było mężczyznami (12 osób), a pozostali badani, którzy stanowili 4% badanych nauczycieli nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Wyniki obrazuje Rycina 14.

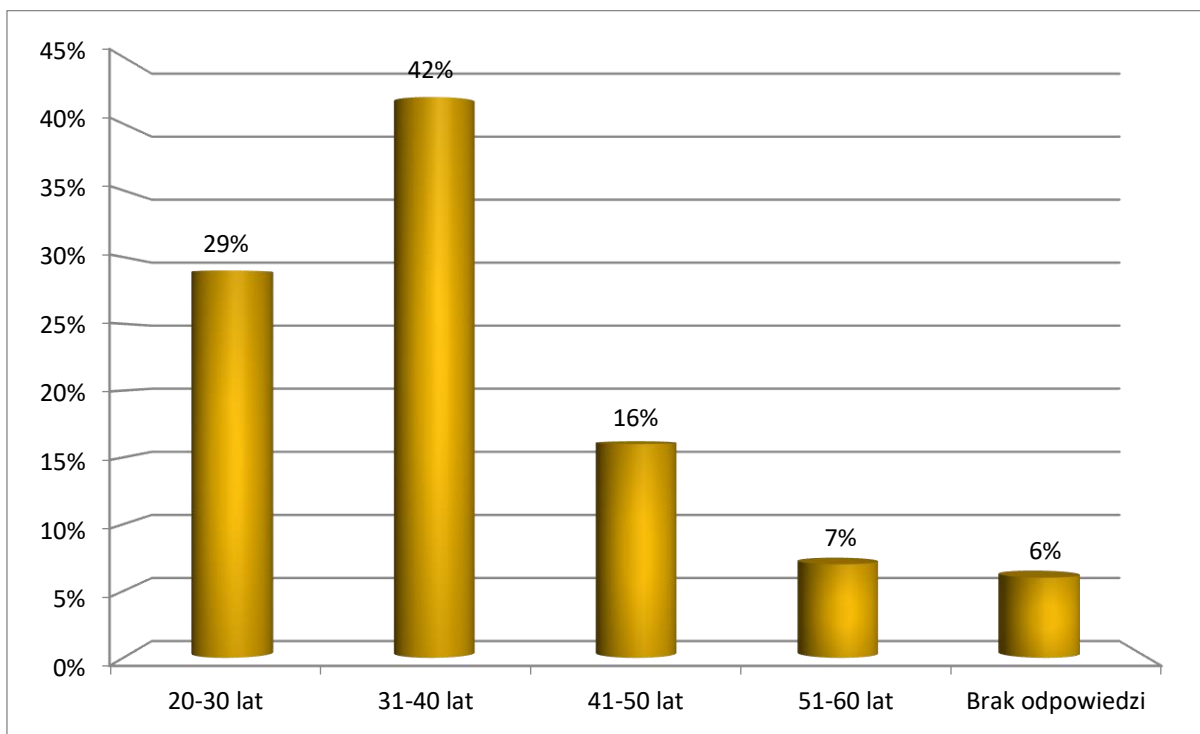
Zarówno badani rodzice, jak i nauczyciele byli w wieku od 20 do 60 lat. Jednak procentowy rozkład w tych grupach różnił się.

Wśród rodziców najliczniejszą grupą były osoby w wieku od 31 do 40 lat (42% - 42 osoby), a drugą co do liczebności - osoby w wieku 20-30 lat, które stanowiły 29% badanych rodziców. 16% badanych rodziców było w wieku od 41 do 50 lat, a najmniejszą grupę stanowiącą 7% rodziców, którzy wzięli udział w badaniu stanowiły osoby w wieku 51-60 lat.

Nie wszyscy badani rodzice odpowiedzieli na pytanie dotyczące ich wieku (nie zrobiło tego 6% rodziców). Wyniki obrazuje Rycina 15.

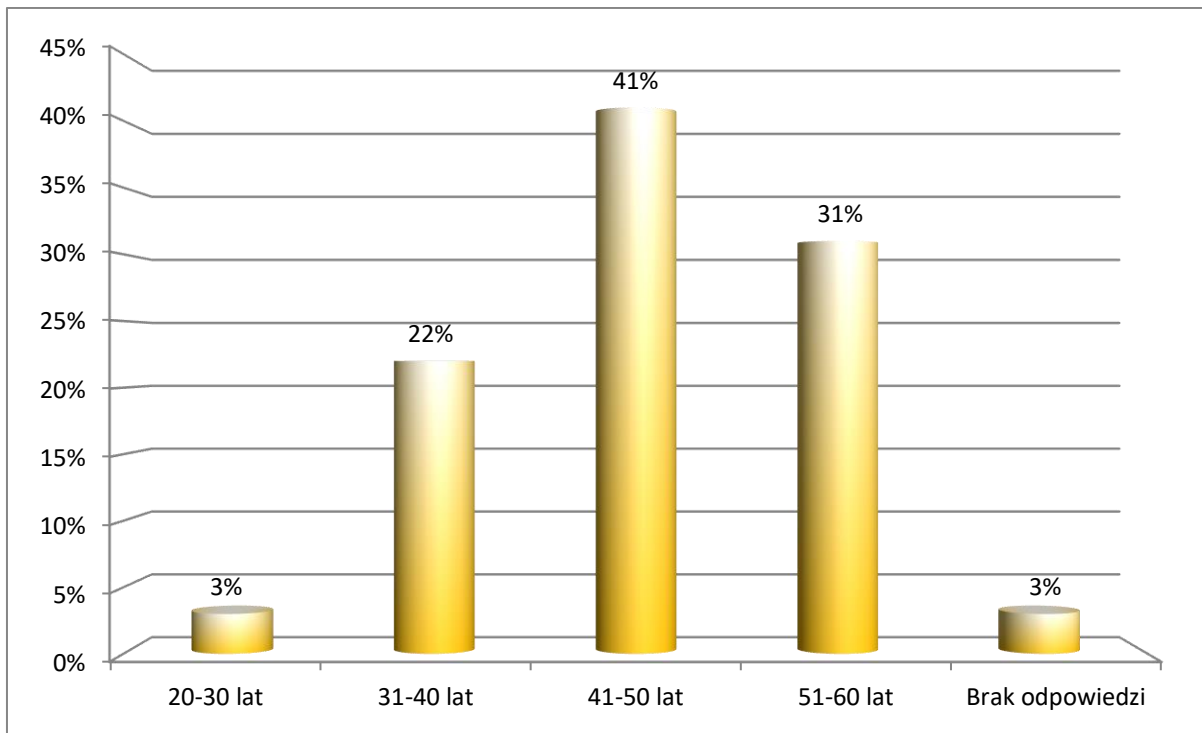


Rycina 14. Płeć badanych nauczycieli



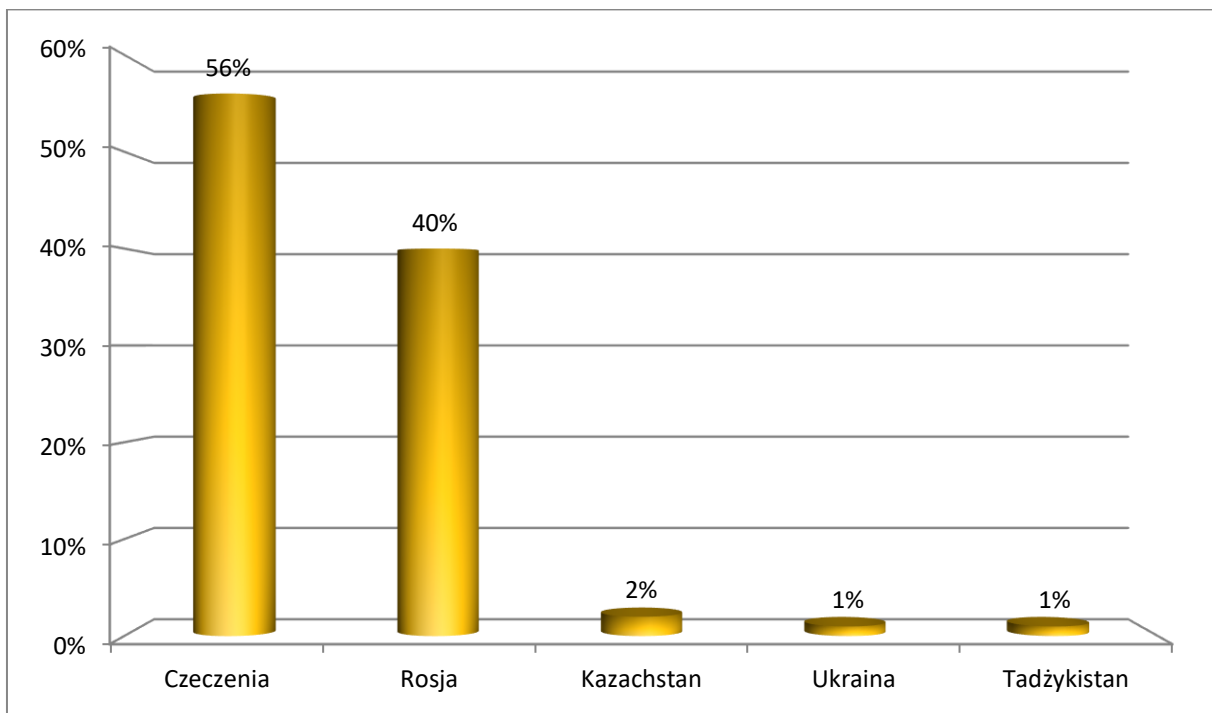
Rycina 15. Wiek badanych rodziców

Wśród badanych nauczycieli najliczniejszą grupą były osoby w wieku 41-50 lat (41% - 41 osób). Drugą, pod względem liczebności, była grupa nauczycieli w wieku od 51 do 60 lat (31% - 31 osób). Osoby w wieku od 31 do 40 lat stanowiły 22% ankietowanych nauczycieli. Najmłodszy badani nauczyciele w wieku od 20 do 30 lat stanowili zaledwie 3% grupy, tyle samo nauczycieli (3% - 3 osoby) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Wyniki obrazuje Rycina 16.



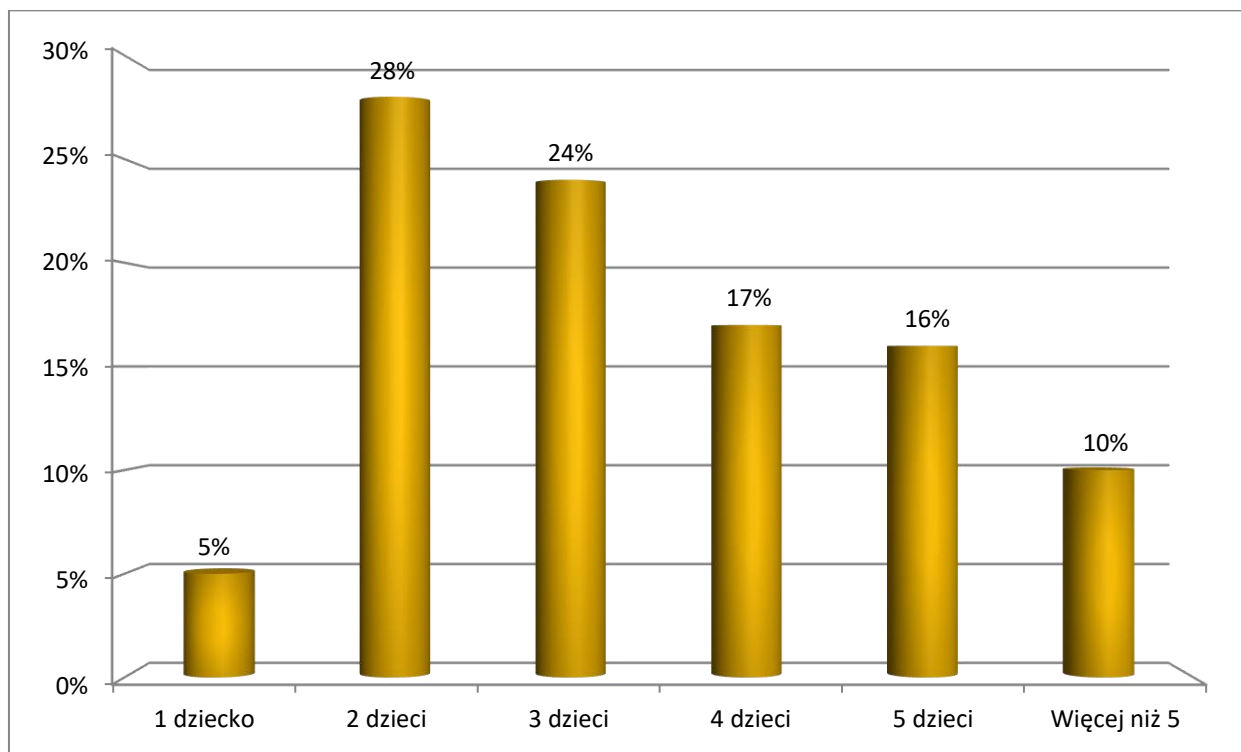
Rycina 16. Wiek badanych nauczycieli

Największa część badanych rodziców (56%) zadeklarowała, że pochodzi z Czeczenii. 40% badanych, jako kraj pochodzenia podało Rosję, a osoby pochodzące z Kazachstanu, Ukrainy i Tadżykistanu łącznie stanowiły 4% grupy. Wyniki obrazuje Rycina 17.



Rycina 17. Kraj pochodzenia badanych rodziców

Rodziców, którzy wzięli udział w badaniu zapytano także o to, ile dzieci posiadają. Zaledwie 5% miało jedno dziecko, największa grupa rodziców miała dwoje dzieci (28%), a 24% badanych - posiadało troje dzieci. Wraz ze wzrostem liczby posiadanego potomstwa można zauważyć spadek udziału procentowego takich rodzin w badanej grupie. Jednakże można stwierdzić, że odsetek rodzin wielodzietnych posiadających pięcioro lub więcej dzieci jest bardzo wysoki. Dokładny rozkład procentowy został przedstawiony na Rycinie 18.

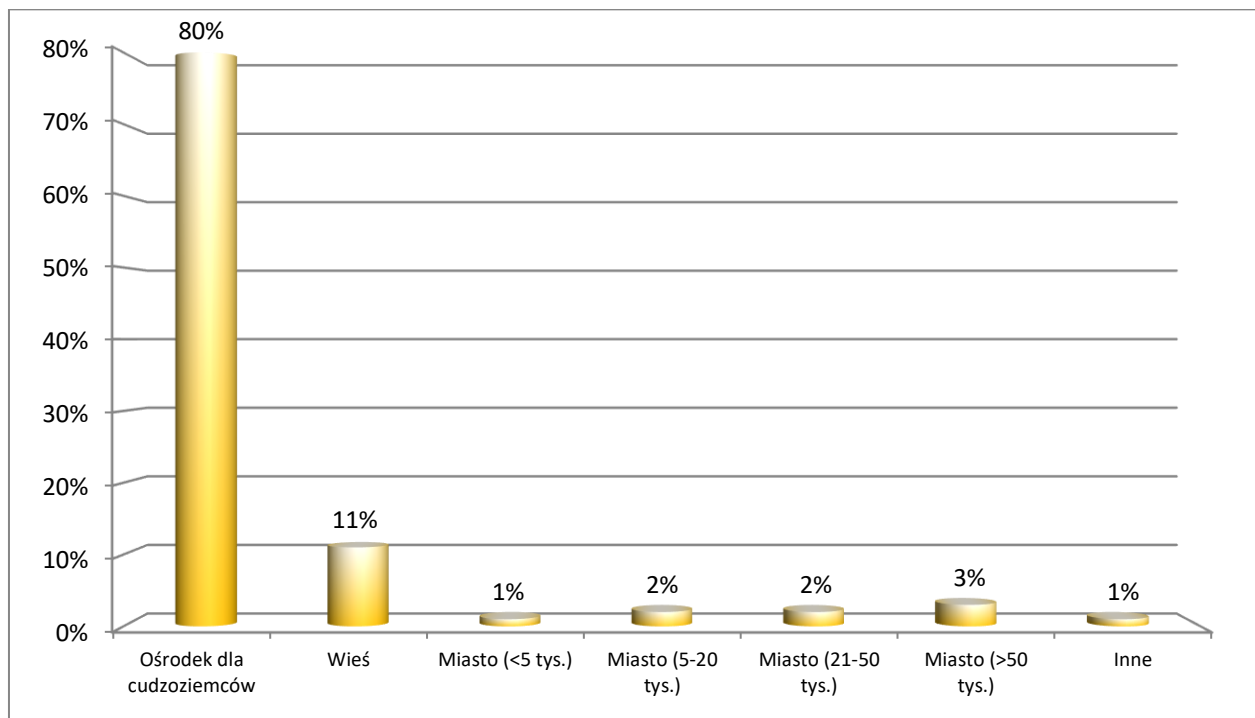


Rycina 18. Liczba dzieci badanych imigrantów

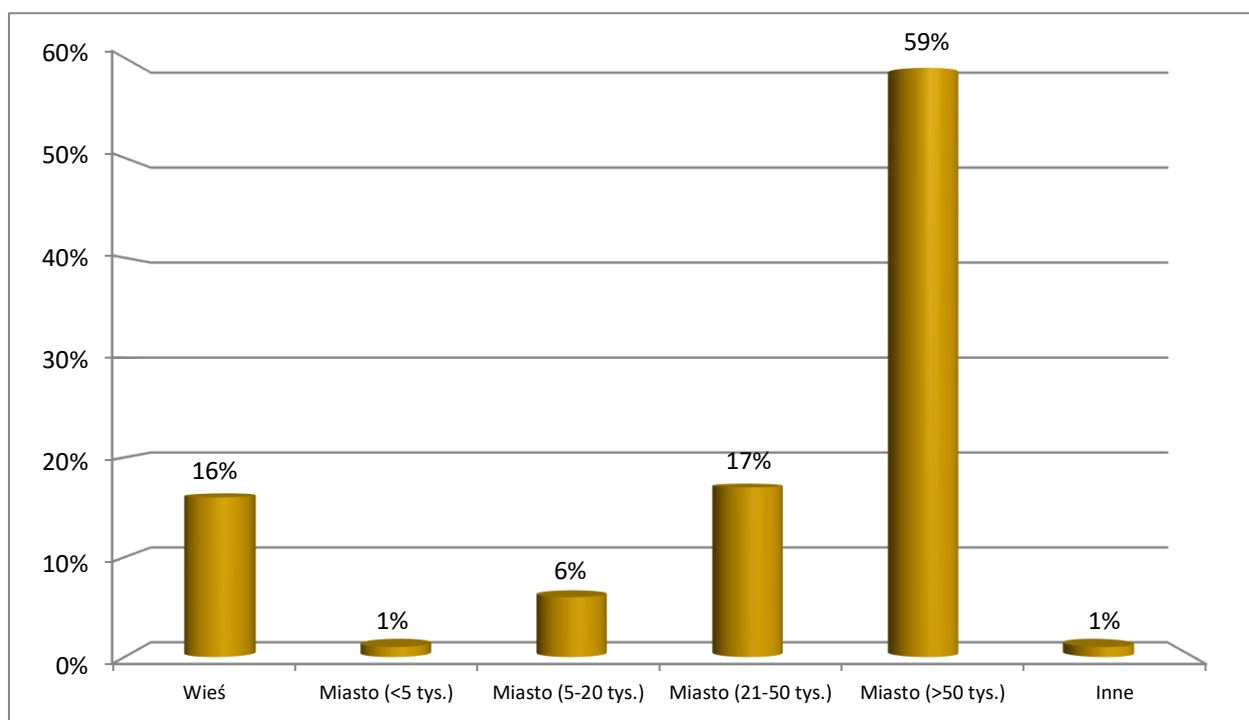
Zdecydowana większość badanych rodziców, jako miejsce zamieszkania podała ośrodek dla cudzoziemców (80% - 80 osób). Pozostałe 20% wskazało jako miejsce zamieszkania kraj swojego pochodzenia. Kolejna, pod względem liczebności, grupa to badani mieszkający na wsi (11% - 11 osób). Osoby mieszkające w miastach, poza ośrodkami dla uchodźców łącznie stanowili zaledwie 8% badanych rodziców. Jedna osoba zaznaczyła w ankiecie inne miejsce zamieszkania, jednak nie zostało to sprecyzowane (Rycina 19).

Większość nauczycieli, którzy wzięli udział w badaniu zamieszkiwała miasta z liczbą mieszkańców przekraczającą 50 tysięcy (59% - 59 osób). Osoby mieszkające w miastach od 21 do 50 tysięcy mieszkańców stanowiły 17% badanych nauczycieli. Osób mieszkających na wsi było mniej o zaledwie jeden punkt procentowy (16% - 16 osób). 6% nauczycieli mieszkało w miastach od 5 do 20 tysięcy mieszkańców. Po 1% badanych nauczycieli stanowiły osoby

zamieszkujące małe miasta do 5 tysięcy mieszkańców oraz inne miejsce jednak nie zostało ono sprecyzowane (Rycina 20).

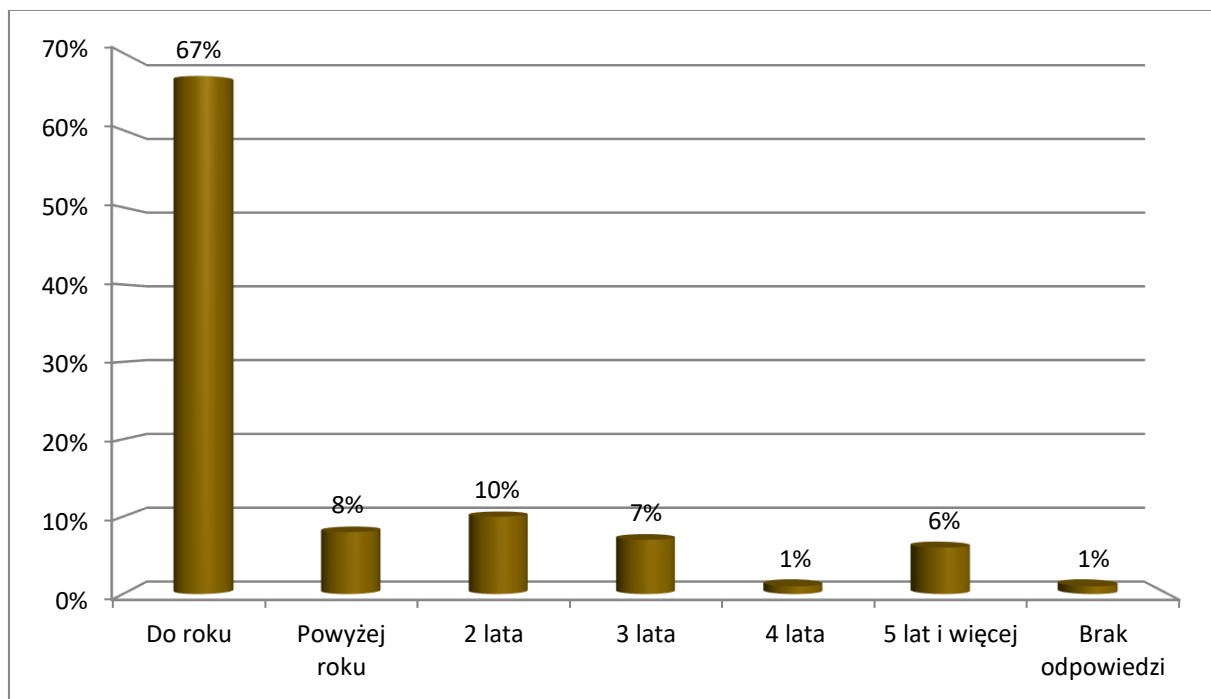


Rycina 19. Miejsce zamieszkania badanych imigrantów

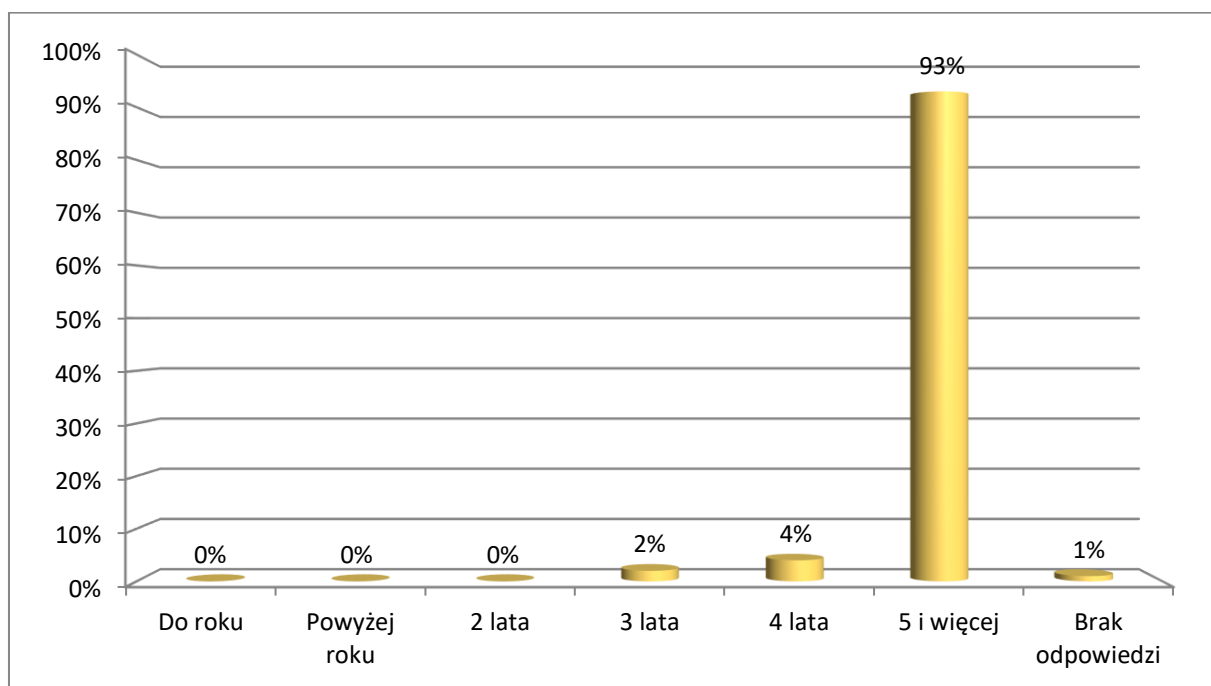


Rycina 20. Miejsce zamieszkania badanych nauczycieli

Zdecydowana większość badanych rodziców mieszkała w Polsce krócej niż rok (67% - 67 osób). Liczba osób mieszkających w Polsce powyżej roku, 2 lata, 3 lata, 4 lata lub 5 lat i więcej nie przekraczała 10% wszystkich odpowiedzi. Szczegółowy rozkład procentowy przedstawia Rycina 21.

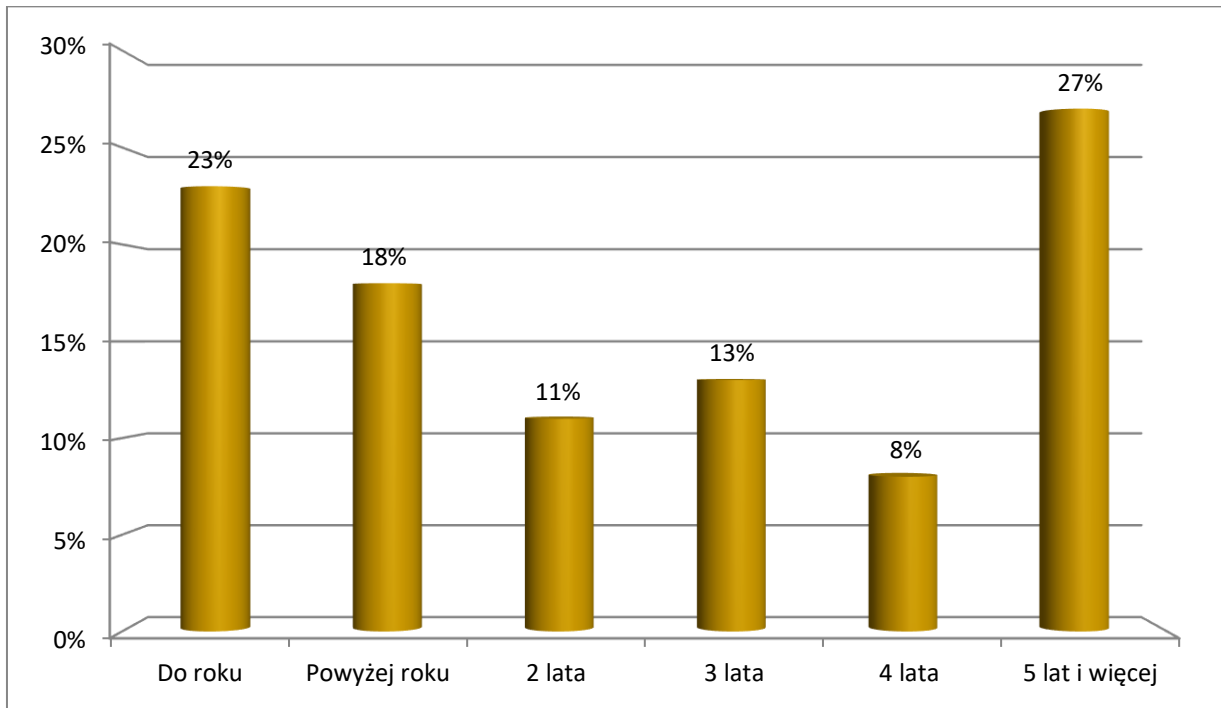


Rycina 21. Okres pobytu badanych imigrantów w Polsce

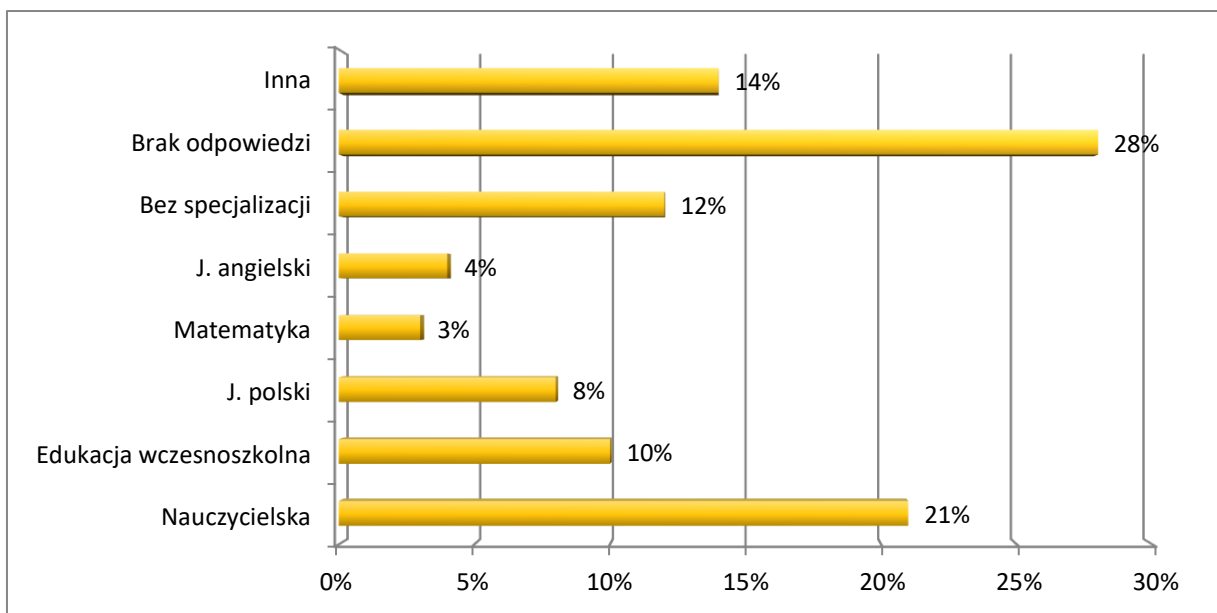


Rycina 22. Czas prac zawodowej jako nauczyciel

W pytaniu dotyczącym stażu pracy w ośrodku dla uchodźców największą grupą były osoby ze stażem pracy wynoszącym 5 lat lub więcej (27% - 27 osób). Drugą najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze stażem pracy w ośrodku nie przekraczającym 1 roku (23%). Osoby pracujące tam powyżej roku stanowiły 18% badanych nauczycieli, osoby pracujące od 2 lat - 11%, od 3 lat - 13%, a najmniejszy odsetek stanowiły osoby ze stażem pracy w ośrodkach wynoszącym 4 lata (8% - 8 osób). Wyniki obrazuje Rycina 23.



Rycina 23. Czas pracy badanych nauczycieli w ośrodku dla cudzoziemców



Rycina 24. Specjalizacja badanych nauczycieli

Jak pokazują dane obrazowane przez Rycinę 24 największą grupę nauczycieli (28%) tworzyły osoby, które nie odpowiedziały na pytanie o posiadaną specjalizację. Wśród nauczycieli, którzy odpowiedzieli na to pytanie, najwięcej było osób ze specjalizacją nauczycielską (21%), a 12% badanych nie miało specjalizacji. Specjalizacją 10% badanych nauczycieli była edukacja wczesnoszkolna, 8% - język polski, 4% - język angielski, a 3% - matematyka. 14% badanych podało inne specjalizacje takie jak geografia, muzyka, informatyka, pedagogika, czy też język niemiecki jednak były to pojedyncze osoby.

ZACHOWANIA PROZDROWOTNE PREFEROWANE PRZEZ RODZICÓW I NAUCZYCIELI

Największa część badanych rodziców oceniła swój stan zdrowia jako dobry (45% - 45 osób). 29% respondentów stwierdziło, że ich stan zdrowia jest słaby, a 9% - że wręcz zły.

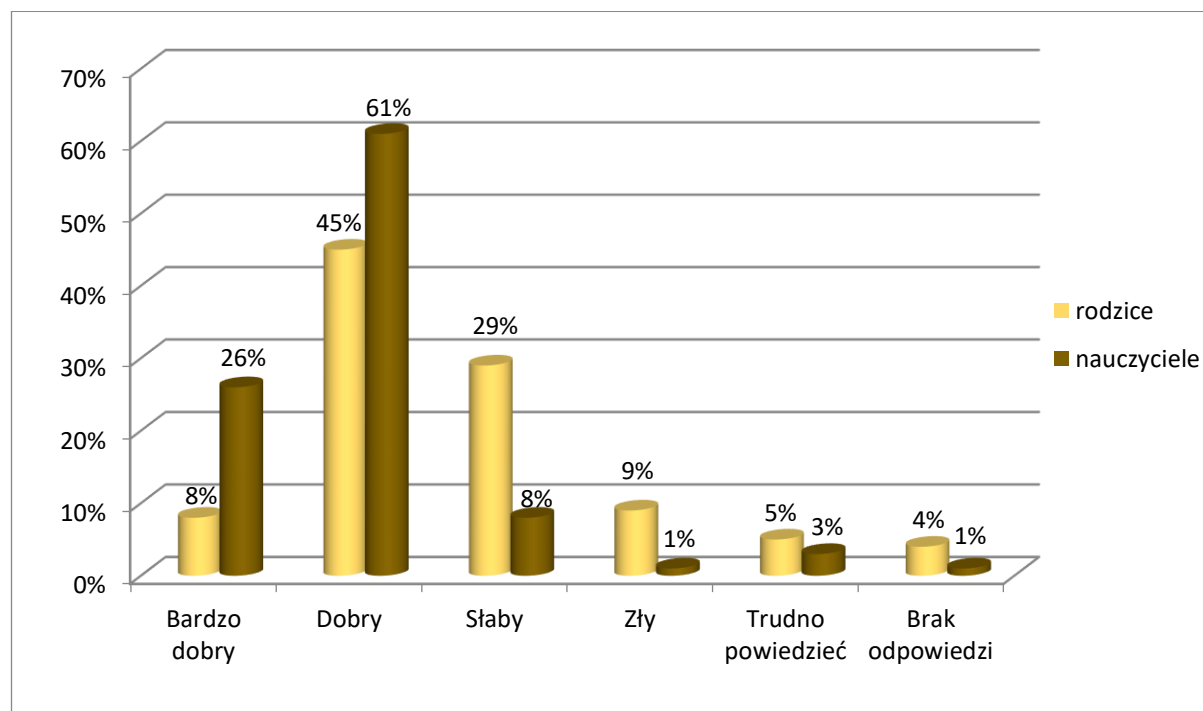
Niewiele mniej, ponieważ 8% oceniło swój stan zdrowia jako bardzo dobry, 5% badanych rodziców nie potrafiło tego określić, a 4% nie udzieliło odpowiedzi.

Wśród nauczycieli, którzy brali udział w badaniu, podobnie jak w przypadku rodziców, największa część z nich oceniła swój stan zdrowia jako dobry (61% - 61 osób). Blisko 1/3 nauczycieli (26% - 26 osób) oceniła swój stan zdrowia jako bardzo dobry.

Słabym stanem zdrowia charakteryzowało się w samoocenie 8% ankietowanych nauczycieli, a złym zaledwie 1%. Osoby, które nie potrafiły tego określić stanowiły 3% badanych, a osoby, które w ogóle nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie 1% (Rycina 25).

Jak pokazuje Tabela VIII wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.

Wartości procentowe w Tabeli VIII różnią się od odpowiadających im wartości ukazanych na rycinie 25, co wynika z wykluczenia z analizy statystycznej grupy osób, które nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

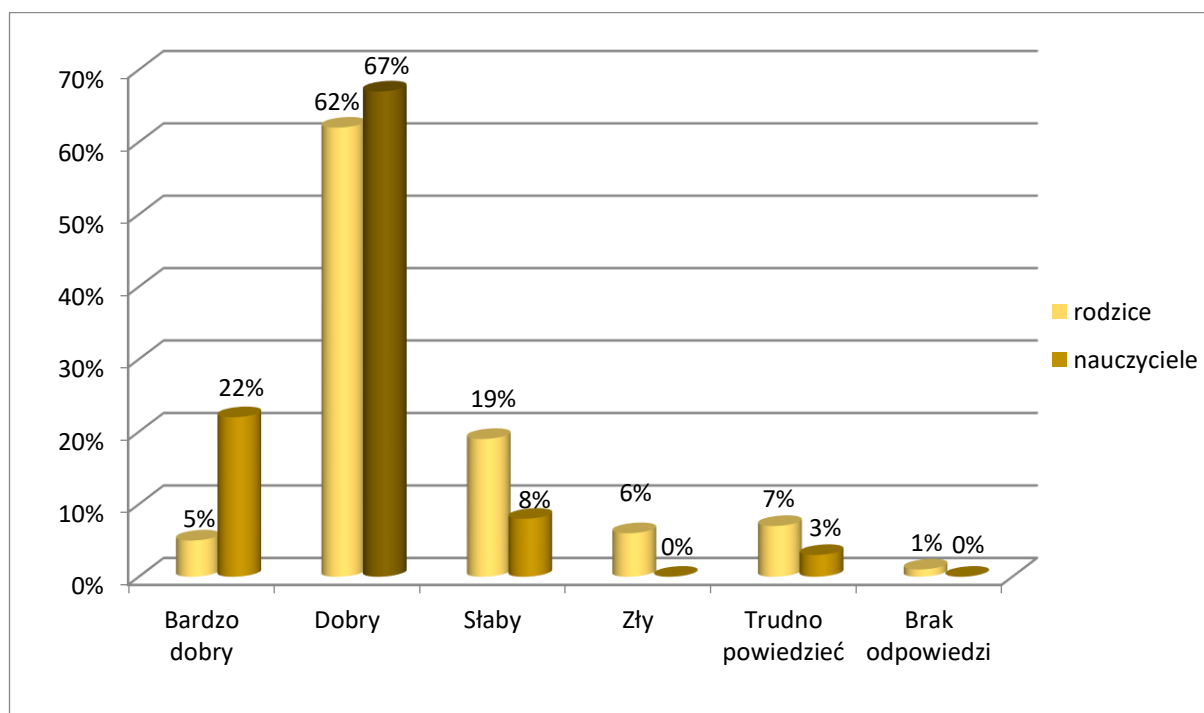


Rycina 25. Samoocena stanu zdrowia badanych

Tabela VIII. Różnice w samoocenie stanu zdrowia pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Samoocena stanu zdrowia	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Bardzo dobry	8 (8%)	26 (26%)	0,000
Dobry	45 (45%)	61 (61%)	
Słaby	29 (29%)	8 (8%)	
Zły	9 (9%)	1 (1%)	
Trudno powiedzieć	5 (5%)	3 (3%)	

Ponad połowa badanych rodziców (62% - 62 osoby) oceniła stan zdrowia swojej rodziny jako dobry, blisko 1/5 badanych (19% - 19 osób) - że był słaby, 6% - że był zły, a 5% - że był bardzo dobry. 7% osób nie potrafiło określić stanu zdrowia ich rodzin, a 1 osoba (1% badanych) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Wśród nauczycieli, podobnie jak w przypadku rodziców, ponad połowa (67% - 67 osób) stwierdziła, że stan zdrowia ich rodziny był dobry. 22% badanych nauczycieli oceniło stan zdrowia swojej rodziny jako bardzo dobry, 8% - jako słaby, a 3% nauczycieli nie potrafiło tego określić. Żaden z badanych nauczycieli nie ocenił stanu zdrowia swojej rodziny jako zły (Rycina 26).



Rycina 26. Samoocena stanu zdrowia rodziny badanych

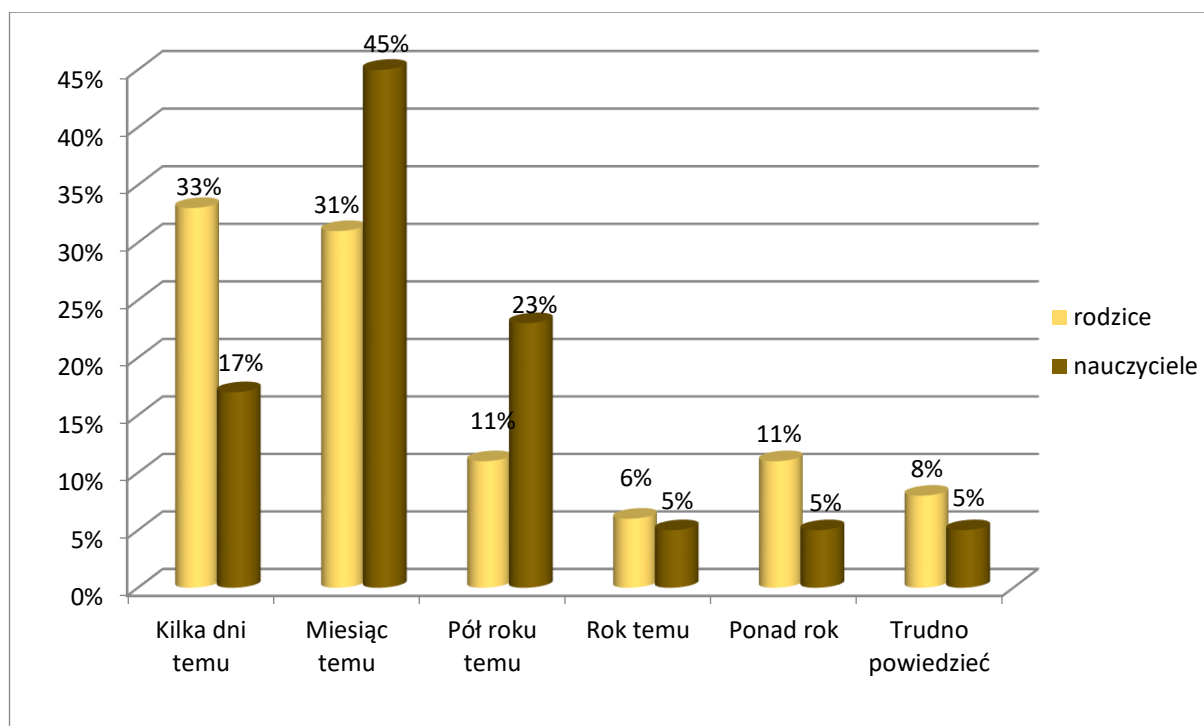
Jak pokazuje Tabela IX wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami. Wartości procentowe w tabeli różnią się od odpowiadających im wartości ukazanych

na Rycinie 26 co wynika z wykluczenia z analizy statystycznej grupy osób, które nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

Tabela IX. Różnice w samoocenie stanu zdrowia rodziny pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Samoocena stanu zdrowia rodziny	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Bardzo dobry	5 (5%)	22 (22%)	0,000
Dobry	62 (62%)	67 (67%)	
Słaby	19 (19%)	8 (8%)	
Zły	6 (6%)	0 (0%)	
Trudno powiedzieć	7 (7%)	3 (3%)	

Rycina 27 przedstawia odpowiedzi badanych rodziców na pytanie "Kiedy ostatni raz był/była Pan/Pani u lekarza?". 1/3 respondentów (33% - 33 osoby) zadeklarowała wizytę u lekarza kilka dni przed badaniem ankietowym.



Rycina 27. Termin ostatniej wizyty badanych u lekarza

Podobny odsetek respondentów (31% - 31 osób) zadeklarował ostatnią wizytę u lekarza miesiąc przed badaniem. Pół roku przed badaniem u lekarza było 11% badanych, rok przed badaniem 6%, a więcej niż rok przed wzięciem udziału w badaniu 11%. Były też osoby, które nie potrafiły określić, kiedy ostatnio były u lekarza, a stanowiły one 8% badanych rodziców.

Pytanie o czas ostatniej wizyty u lekarza zadano też nauczycielom biorącym udział w badaniu. Prawie połowa z nich (45% - 45 osób) u lekarza była miesiąc przed badaniem. Blisko co czwarty respondent z grupy nauczycieli (23% - 23 osoby) był u lekarza pół roku przed badaniem. 17% nauczycieli było u lekarza w przeciągu kilku dni przed uzupełnieniem ankiety. Ostatnią wizytę u lekarza rok lub więcej niż rok przed badaniem zadeklarowało po 5% nauczycieli. W tej grupie też były osoby, które nie potrafiły określić kiedy ostatnio odwiedzili lekarza, a stanowiły one 5% wszystkich badanych nauczycieli (Rycina 27).

Jak pokazuje tabela X wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.

Tabela X. Różnice w terminie ostatniej wizyty u lekarza pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Ostatnia wizyta u lekarza	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Kilka dni temu	33 (33%)	17 (17%)	0,011
Miesiąc temu	31 (31%)	45 (45%)	
Pół roku temu	11 (11%)	23 (23%)	
Rok temu	6 (6%)	5 (5%)	
Ponad rok temu	11 (11%)	5 (5%)	
Trudno powiedzieć	8 (8%)	5 (5%)	

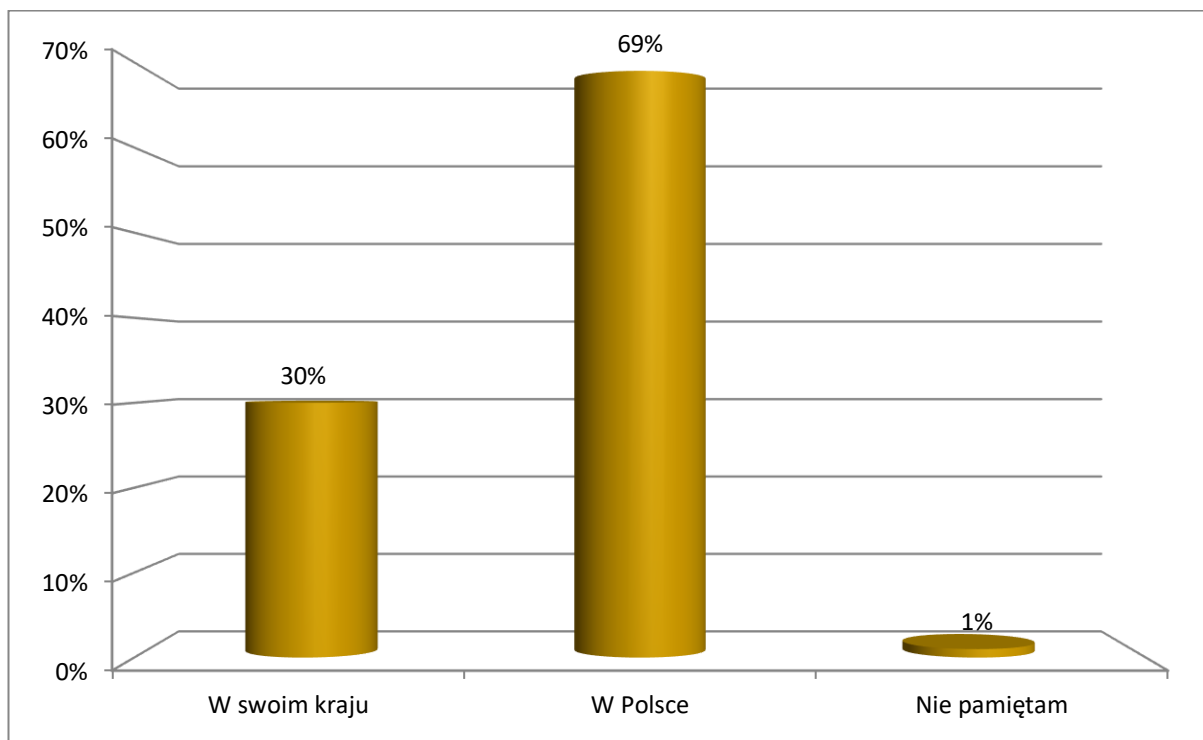
Grupę rodziców zapytano też "Gdzie ostatni raz był/była Pan/Pani u lekarza?". Rozkład odpowiedzi na to pytanie obrazuje rycina 28. Największa część badanych (69% - 69 osób) była ostatnio u lekarza już w Polsce. Ponad połowa mniej osób (30% - 30 osób) u lekarza była jeszcze w swoim ojczystym kraju, a jedna osoba (1% badanych) nie pamiętała gdzie miała miejsce jej ostatnia wizyta u lekarza.

Jak wynika z deklaracji rodziców, aż 88% dzieci nie było szczepionych. 12% dzieci przeszło szczepienia przeciwko WZW B, gruźlicy i DTP. Kolejne 10% przeszło szczepienia przeciwko odrze, śwince i różyczce, a 8% przeciwko polio. Jedynie 4% dzieci zostało zaszczepionych przeciwko *Haemophilus influenzae* typu b (Hib).

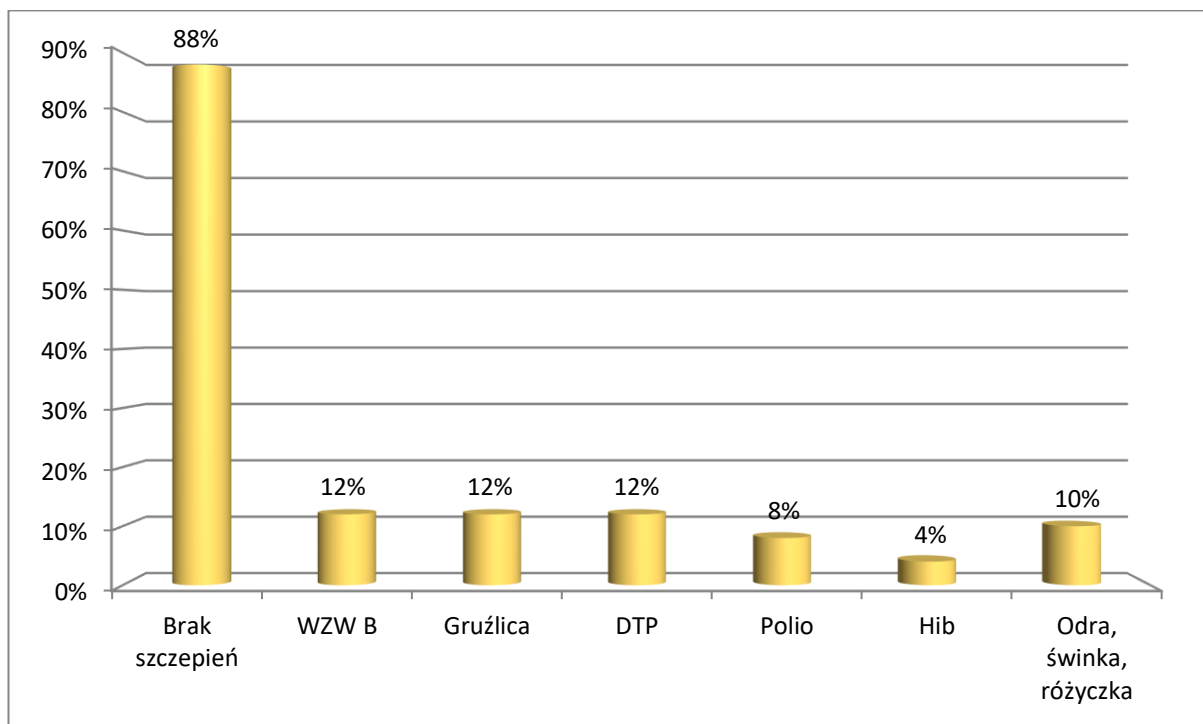
Co do okresu szczepienia dziecka większość z rodziców zadeklarowała, że nie pamiętało kiedy ich dzieci były szczepione, pozostali badani podają pierwsze miesiące życia dziecka (Rycina 29).

W nawiązaniu do szczepień ochronnych rodziców zapytano również o choroby przebyte przez ich dzieci. Jak widać na rycinie 30 zdecydowanie najczęściej podawano grypę i ospę

wietrzną – odpowiednio 85 i 70%. Odrę przechorowało 10% dzieci, po 2% świnkę i płonicę, a 1% różyczkę.

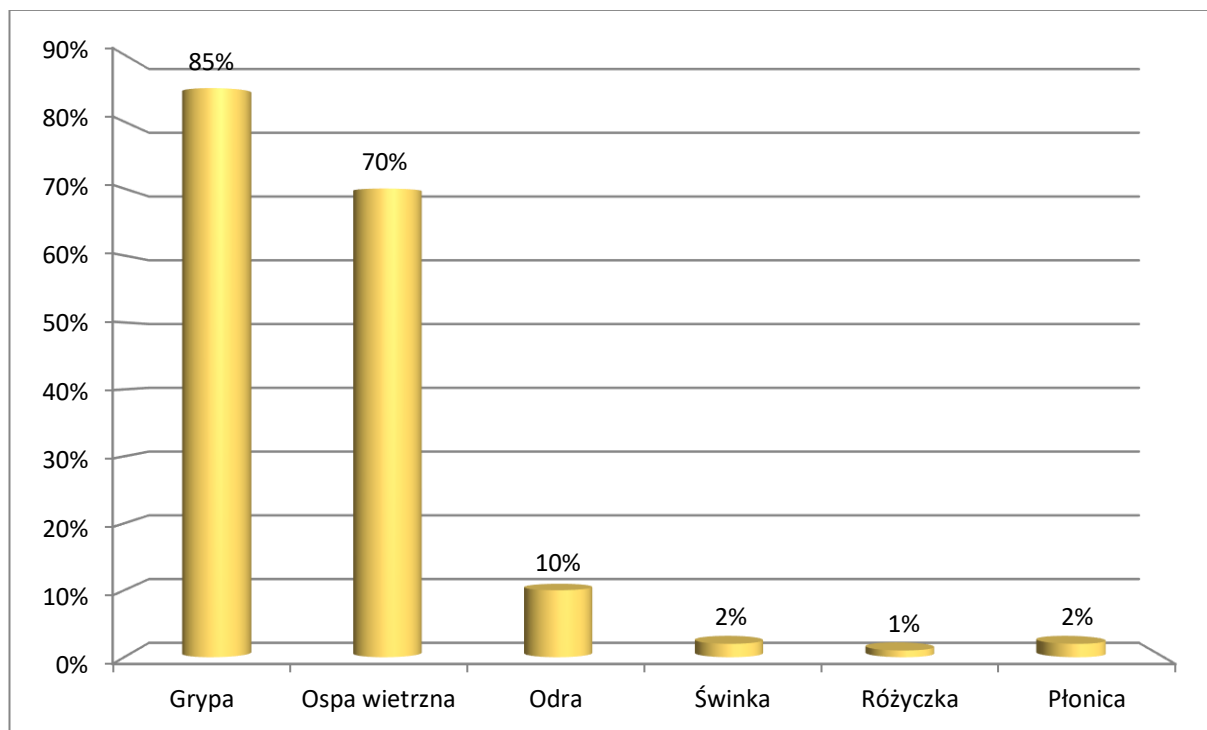


Rycina 28. Miejsce ostatniej wizyty badanych rodziców u lekarza



Rycina 29. Szczepienia dzieci cudzoziemców

Jeżeli chodzi o wiek dziecka podczas choroby, również w tym przypadku większość rodziców nie pamięta dokładnie tego okresu, przyznają oni jednak, że grypa dosięga ich dzieci niemal co roku. Odpowiedzi dotyczące pozostałych chorób wskazują na wiek dzieci od 2 do 5 lat w momencie przechodzenia choroby (Rycina 30).



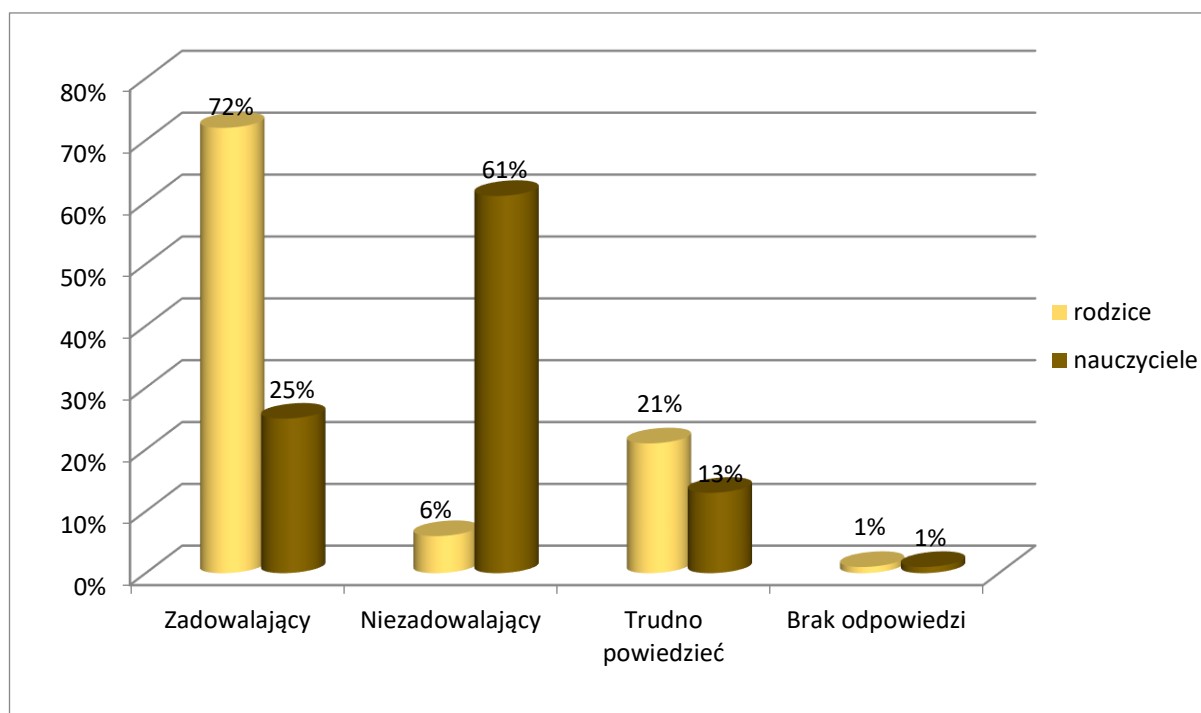
Rycina 30. Choroby przebyte przez dzieci cudzoziemców

Rycina 31 pokazuje, jak badani rodzice ocenili dostęp do opieki medycznej w Polsce. Prawie 3/4 badanych (72% - 72 osoby) stwierdziło, że dostęp do takiej opieki w Polsce jest zadowalający. Zdaniem tylko 6% respondentów z grupy rodziców jest on niezadowalający. 21% rodziców nie potrafiło tego ocenić, a 1 osoba (1%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

O ocenę dostępności opieki medycznej w Polsce poproszono też respondentów z grupy nauczycieli. Odpowiedzi uzyskane od nich są odmienne do odpowiedzi grupy rodziców.

Ponad połowa nauczycieli (61% - 61 osób) oceniła dostępność opieki medycznej w Polsce jako nie zadowalającą. Jako zadowalającą oceniło ją 25% badanych, 13% nauczycieli nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi, a 1 osoba w ogóle nie udzieliła odpowiedzi (Rycina 31).

Jak pokazuje Tabela XI wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.



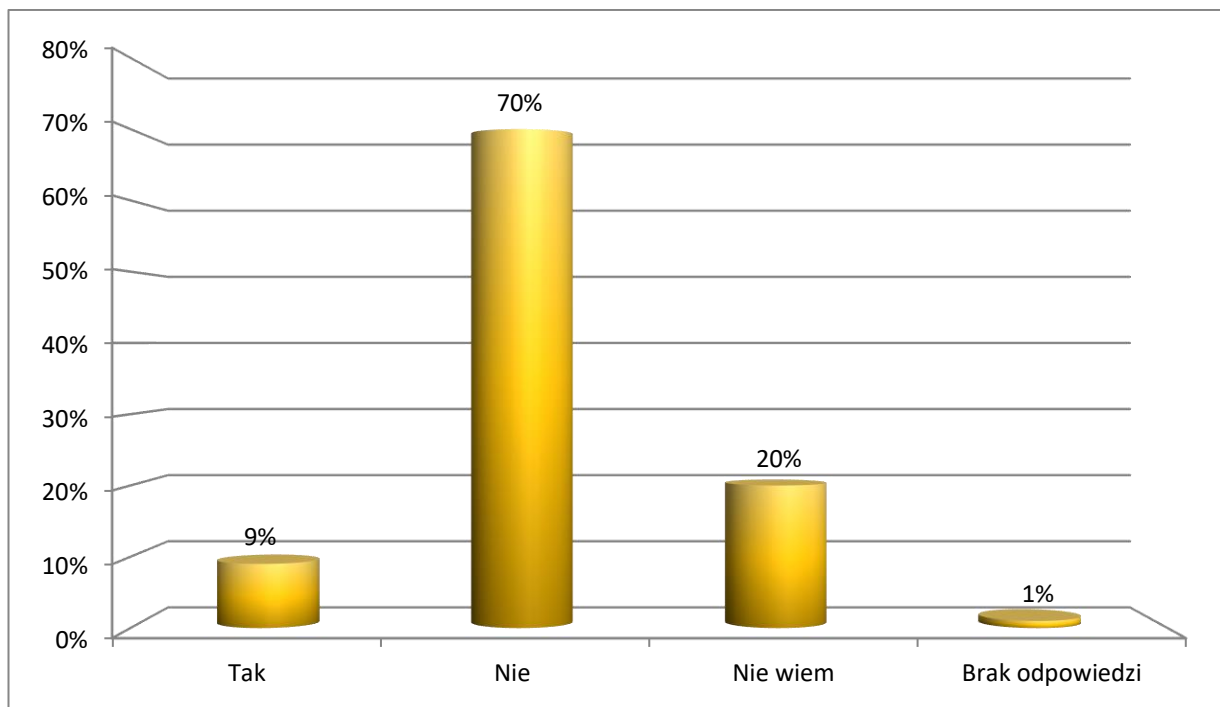
Rycina 31. Ocena dostępu do opieki medycznej w Polsce przez badanych

Tabela XI. Różnice w ocenie dostępności do opieki medycznej w Polsce pomiędzy rodzicami a nauczycielami

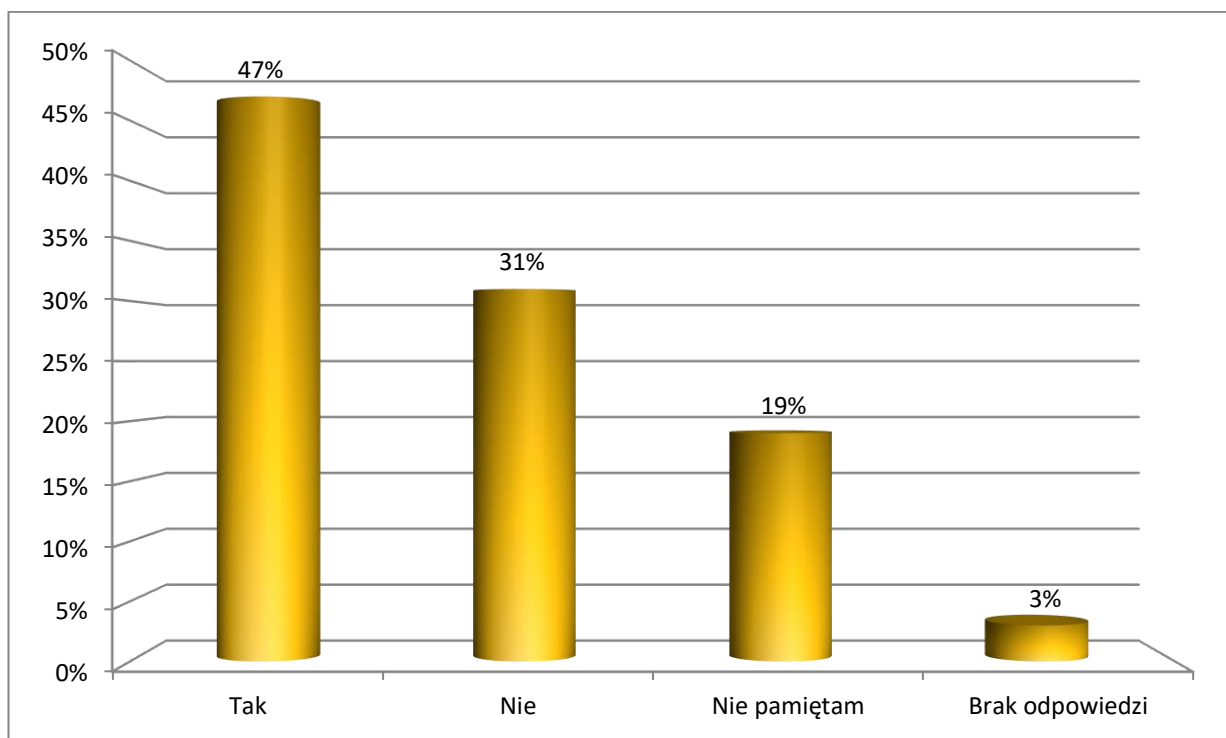
Ocena dostępu do opieki medycznej w Polsce	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Zadowolający	72 (72,7%)	25 (25,3%)	0,000
Niezadowolający	6 (6,1%)	61 (61,6%)	
Trudno powiedzieć	21 (21,2%)	13 (13,1%)	

Jak pokazują dane z ryciny 32, dzieci większości badanych rodziców (70% - 70 osób) nie były diagnozowane przez psychologa w kontekście wielokulturowości i wielojęzyczności. Diagnozę taką przeszły dzieci zaledwie 9% respondentów. 20% badanych rodziców nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie, a 1 osoba (1% badanych) w ogóle nie udzieliła odpowiedzi (Rycina 32).

W nawiązaniu do pytania o diagnostykę w kontekście wielokulturowości badani zostali też zapytani o to, czy zostali poinformowani na temat sposobu i wyników badania ich dzieci w sposób jasny i dla nich zrozumiały. Blisko połowa respondentów (47% - 47 osoby) twierdziła, że została o tym poinformowana w jasny i zrozumiały sposób. 31% badanych takich informacji nie otrzymało, 19% rodziców nie było w stanie podać jednoznacznej odpowiedzi, a 3% (3 osoby) w ogóle nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie (Rycina 33).



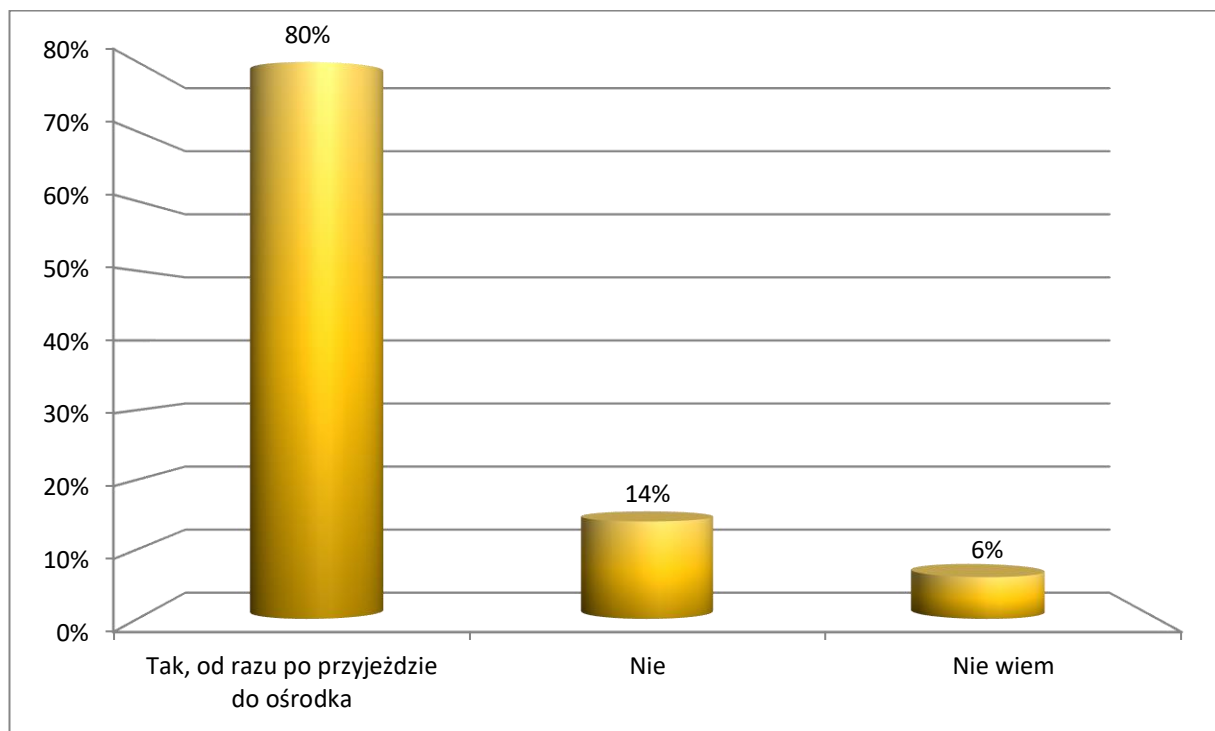
Rycina 32. Diagnoza dzieci imigrantów w kontekście wielokulturowości i wielojęzykowości



Rycina 33. Informacja dla rodziców na temat badania dziecka

Odpowiedzi na pytanie, którego rozkład odpowiedzi został przedstawiony na Rycinie 34 pokazuje, że dzieci 80% respondentów były diagnozowane przez lekarza od razu po

przyjeździe do ośrodka. Diagnozy takiej nie przeszło 14% dzieci badanych, a 6% rodziców nie było w stanie podać odpowiedzi (Rycina 34).



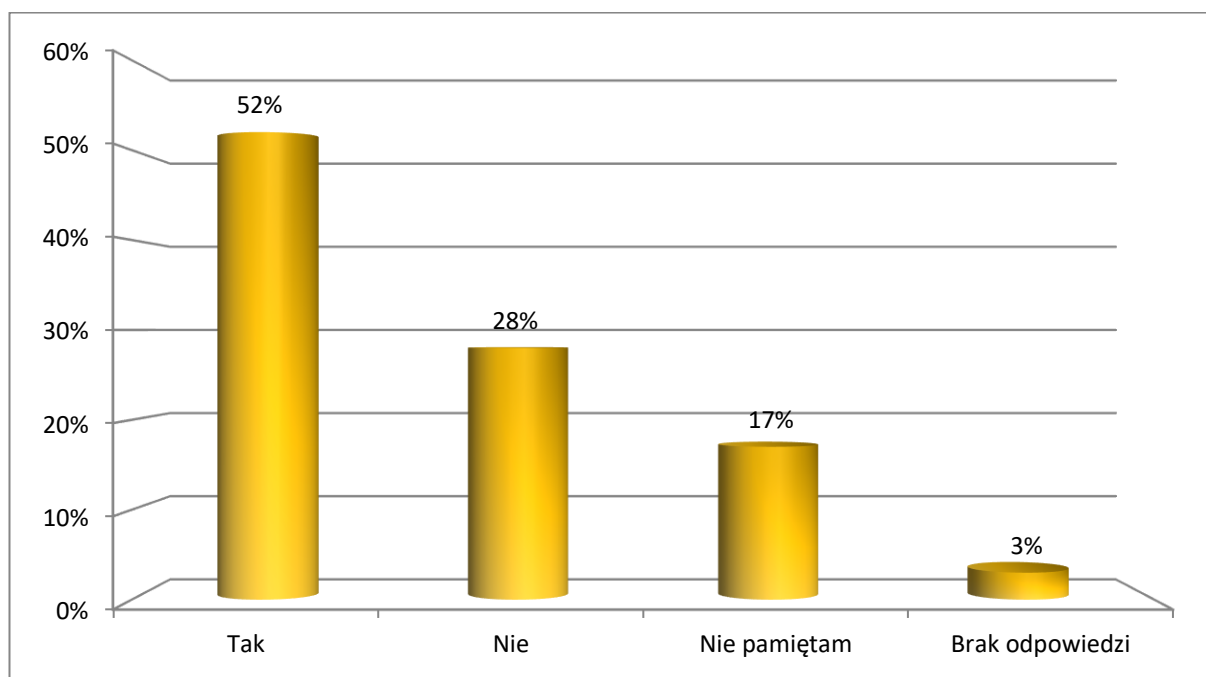
Rycina 34. Diagnoza lekarska dzieci imigrantów

W nawiązaniu do pytania o diagnozę lekarską badani zostali też zapytani, czy zostali poinformowani na temat sposobu i wyników badania ich dzieci w sposób jasny i dla nich zrozumiały. Ponad połowa respondentów (52% - 52 osoby) została o tym poinformowana w jasny i zrozumiały sposób. 28% badanych takich informacji nie otrzymało, 17% rodziców nie było w stanie podać jednoznacznej odpowiedzi, a 3% (3 osoby) w ogóle nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie (Rycina 35).

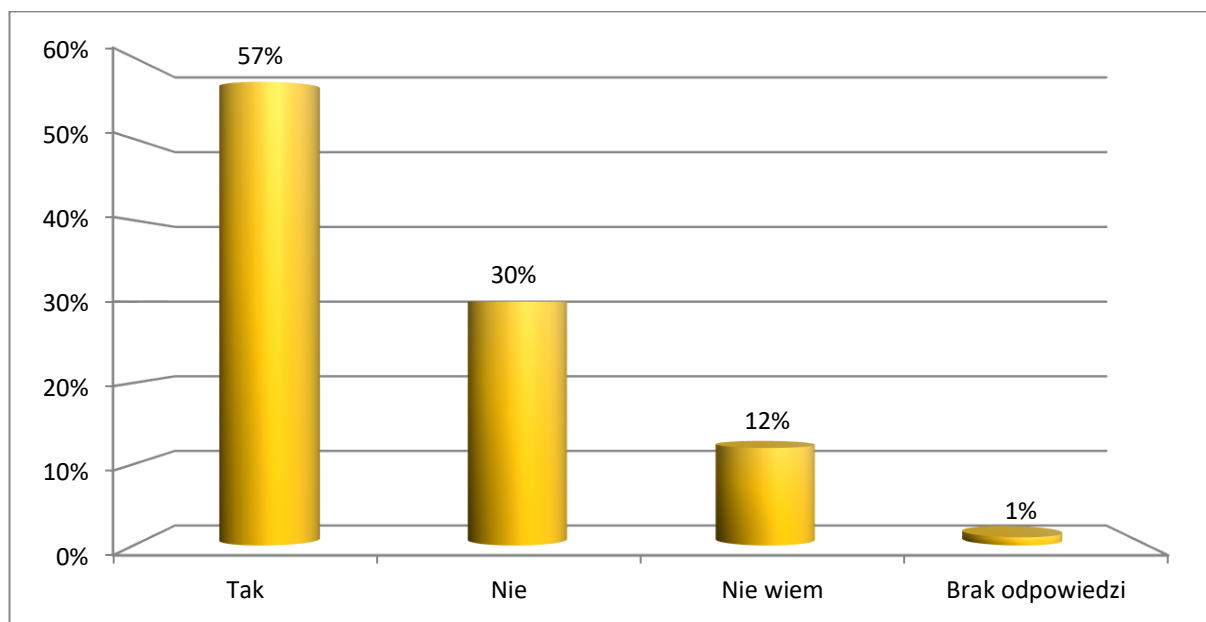
Badanym rodzicom zadano pytanie o wcześniejszy kontakt ich dzieci z pielęgniarką. 57% respondentów odpowiedziało, że ich dzieci miały już wcześniej kontakt z pielęgniarką. Dzieci 30% badanych takiego kontaktu wcześniej nie miały, 12% rodziców nie wiedziało, czy ich dzieci miały już wcześniej kontakt z pielęgniarką, a 1% (1 osoba) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie (Rycina 36).

W odpowiedzi na pytanie dotyczące typowego działania w przypadku wystąpienia jakichś dolegliwości większość respondentów z grupy rodziców (62% - 62 osoby) odpowiedziała, że od razu idzie do lekarza i stosuje przepisane leki. Znacznie mniej badanych (21% - 21 osób) w takich przypadkach ograniczało się do wypróbowanych domowych

sposobów, 7% stosowało środki farmaceutyczne dostępne bez recepty nie idąc wcześniej do lekarza, a po 5% - medycynę niekonwencjonalną lub przeczekało objawy (Rycina 37).



Rycina 35. Informacja dla rodziców o wynikach badania lekarskiego

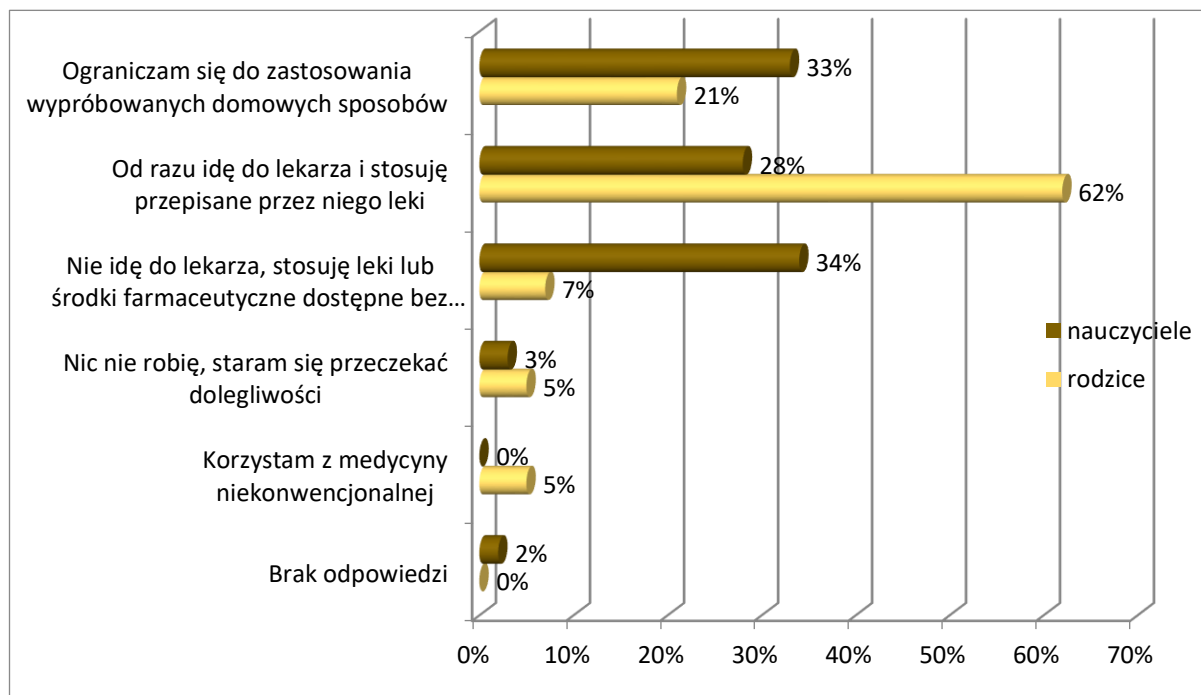


Rycina 36. Kontakt dzieci imigrantów z pielęgniarką

Pytanie o typowe działanie w przypadku poczucia choroby, bólu lub wystąpienia jakichś dolegliwości zadano też nauczycielom. 34% ankietowanych odpowiedziało, że w takich

sytuacjach nie idzie do lekarza i stosuje środki dostępne bez recepty. 33% badanych nauczycieli ograniczało się do zastosowania wypróbowanych domowych sposobów.

W przypadku wystąpienia jakichś dolegliwości, bólu lub poczucia choroby do lekarza szło 28% badanych nauczycieli, a 3% próbowało przeczekać objawy. Żaden z badanych nauczycieli nie korzystał w takich sytuacjach z usług medycyny niekonwencjonalnej, a 2 osoby (2% ankietowanych) nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie (Rycina 37).



Rycina 37. Rutynowe działanie badanych w przypadku wystąpienia choroby

Jak pokazuje Tabela XII wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.

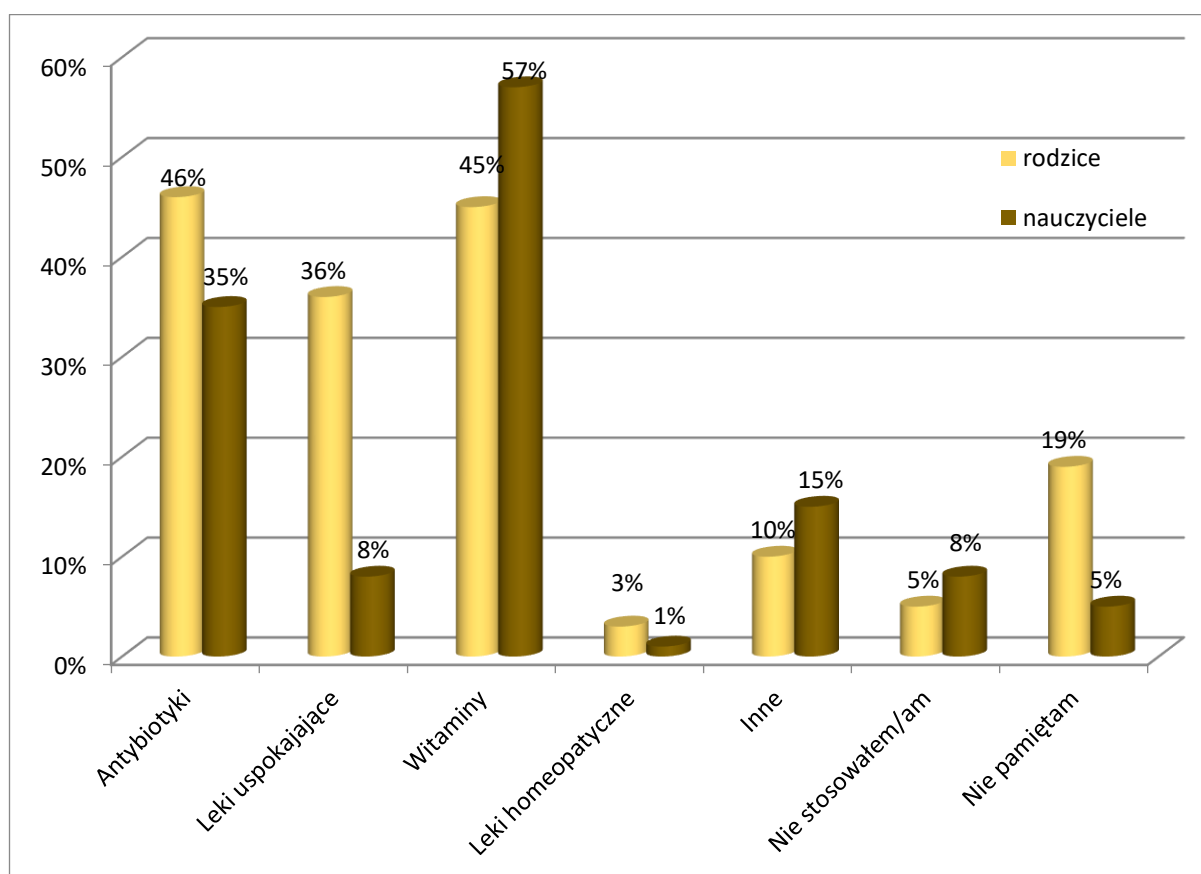
Tabela XII. Różnice w typowym działaniu w sytuacji pojawienia się objawów choroby pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Typowe działania w sytuacji pojawienia się objawów choroby	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Domowe sposoby	21 (21%)	33 (33,7%)	0,000
Wizyta u lekarza	62 (62%)	28 (28,6%)	
Leki bez recepty	7 (7%)	34 (34,7%)	
Brak działań	5 (5%)	3 (3,1%)	
Medycyna niekonwencjonalna	5 (5%)	0 (0%)	

Dane zawarte na Rycinie 38 pokazują jakie leki, w ciągu minionego roku, zażywali badani rodzice. Najczęściej były to antybiotyki (46%), witaminy - 45% badanych, leki uspokajające - 36%, inne leki, bez sprecyzowania jakie -10%, a leki homeopatyczne przez 3% rodziców. 19% badanych rodziców nie pamiętała jakie leki zażywała w ciągu minionego roku, a 5% nie stosowało żadnych.

Pytanie dotyczące leków zażywanych w minionym roku zadano też grupie nauczycieli. Najwięcej, ponieważ 57% badanych w minionym roku zażywało witaminy. Antybiotyki były drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią.

W minionym roku zażywało je 35% badanych nauczycieli. 15% respondentów z grupy nauczycieli zażywało inne środki, 8% - leki uspokajające, a 1% - leki homeopatyczne, 8% badanych- nie stosowało żadnych leków, a 5% nie pamiętało, czy i jakie leki zażywało (Rycina 38).



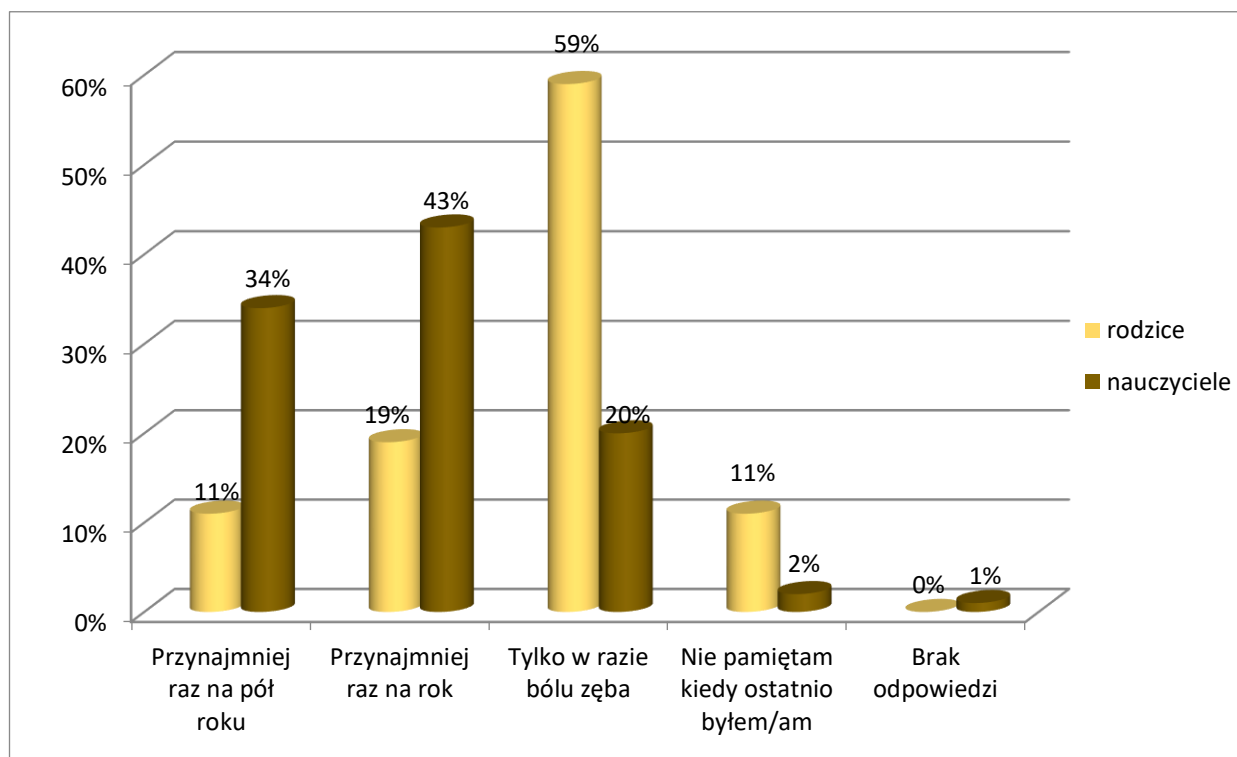
Rycina 38. Leki zażywane w ostatnim roku przez badanych

Jak pokazuje Tabela XIII wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami, które dotyczyły stosowania leków uspokajających oraz odpowiedzi „nie pamiętam”.

Tabela XIII. Różnice w stosowanych w ostatnim roku lekach pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Rodzaje leków	Różnice między rodzicami a nauczycielami				
	Grupa				P
	Rodzice		Nauczyciele		
	Tak	Nie	Tak	Nie	
Antybiotyki	46 (46%)	54 (54%)	35 (35%)	65 (65%)	0,150
Leki uspokajające	36 (36%)	64 (64%)	8 (8%)	92 (92%)	0,000
Witaminy	45 (45%)	55 (55%)	57 (57%)	43 (43%)	0,120
Leki homeopatyczne	3 (3%)	97 (97%)	1 (1%)	99 (99%)	0,614
Inne	10 (10%)	90 (90%)	15 (15%)	85 (85%)	0,392
Nie stosowałem/am	5 (5%)	95 (95%)	8 (8%)	92 (92%)	0,566
Nie pamiętam	19 (19%)	81 (81%)	5 (5%)	95 (95%)	0,005

Dane zawarte na Rycinie 39 pokazują, jak często badani rodzice chodzą do stomatologa. Największa część z nich (59% - 59 osób) odwiedza dentystę tylko wtedy, gdy bolał ich ząb. Przynajmniej raz na rok do stomatologa chodziło 19% respondentów, 11% badanych uczęszcza przynajmniej raz na pół roku i tyle samo (11%) badanych nie pamiętało kiedy ostatnio miało wizytę u stomatologa.



Rycina 39. Częstotliwość wizyt badanych u stomatologa

Pytanie o częstotliwość wizyt u stomatologa zadano też nauczycielom. Procentowy rozkład odpowiedzi obrazuje Rycina 39. Największa część nauczycieli objętych badaniem (43% - 43 osoby) odwiedzała stomatologa przynajmniej raz na rok.

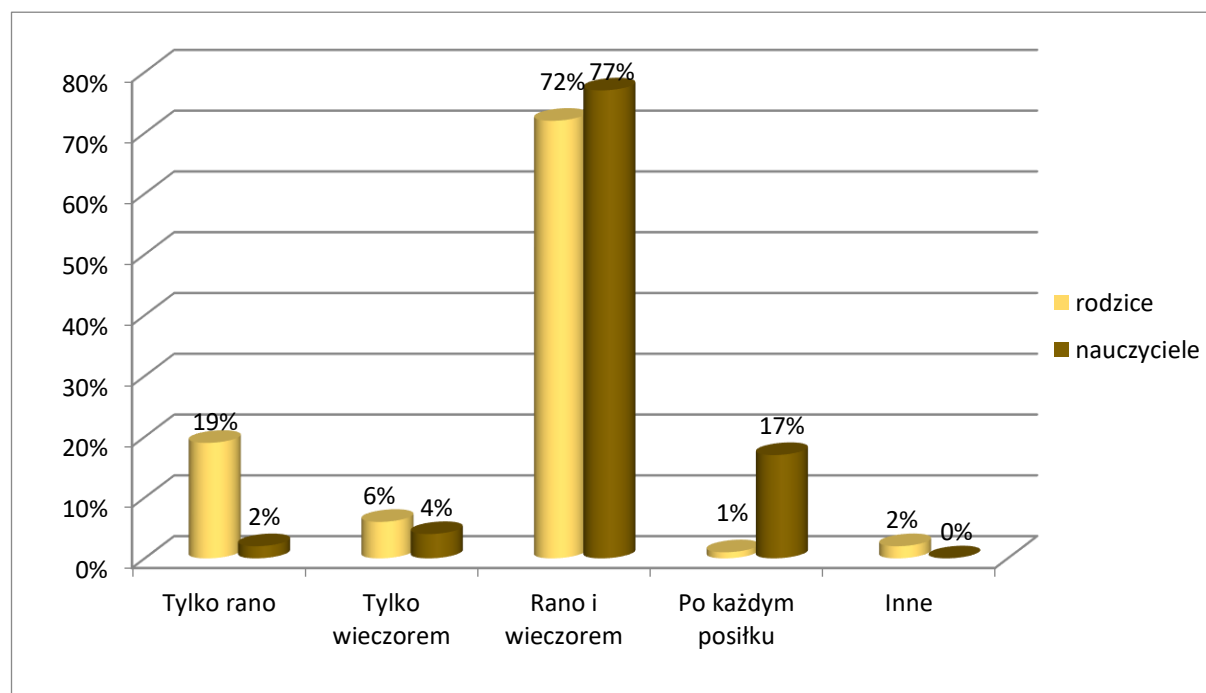
Niewiele mniej, ponieważ 34% badanych, do dentysty chodziło raz na pół roku. Co piąty respondent (20%) - tylko w przypadku pojawiania się bólu zęba. 2% badanych nie pamiętało ostatniej wizyty, a 1 osoba (1%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie (Rycina 39).

Jak pokazuje tabela XIV wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.

Tabela XIV. Różnice w częstotliwości wizyt u stomatologa pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Wizyty u stomatologa	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Raz na pół roku	11 (11%)	34 (34,3%)	0,000
Raz na rok	19 (19%)	43 (43,4%)	
Gdy pojawia się ból	59 (59%)	20 (20,2%)	
Nie pamiętam	11 (11%)	2 (2%)	

Jak pokazują dane z Ryciny 40 większość badanych rodziców (72% - 72 osoby) twierdziło, że myje zęby dwa razy dziennie, zarówno rano jak i wieczorem.



Rycina 40. Częstotliwość mycia zębów wśród badanych

Blisko co piąty badany (19%) tę czynność wykonywał tylko rano, a 6% tylko wieczorem. Zaledwie jedna osoba badana wśród rodziców (1%) deklarowała, że myje zęby po każdym posiłku. 2 osoby zaznaczyły odpowiedź "inne". Pytanie o częstotliwość mycia zębów zadano również nauczycielom. Podobnie jak w przypadku grupy rodziców, największą część nauczycieli (77% - 77 osoby) myła zęby rano oraz wieczorem. Jednak na tym podobieństwa odpowiedzi rodziców i nauczycieli się kończyły (Rycina 40).

Drugą najczęściej wybieraną opcją przez nauczycieli było mycie zębów po każdym posiłku. Taką częstotliwość deklarowało 17% respondentów. Tylko wieczorem zęby myło 4% nauczycieli, a tylko rano 2%. Żaden z badanych nauczycieli nie wybrał odpowiedzi "inne" (Rycina 40).

Jak pokazuje tabela XV wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.

Tabela XV. Różnice w częstotliwości mycia zębów pomiędzy rodzicami a nauczycielami

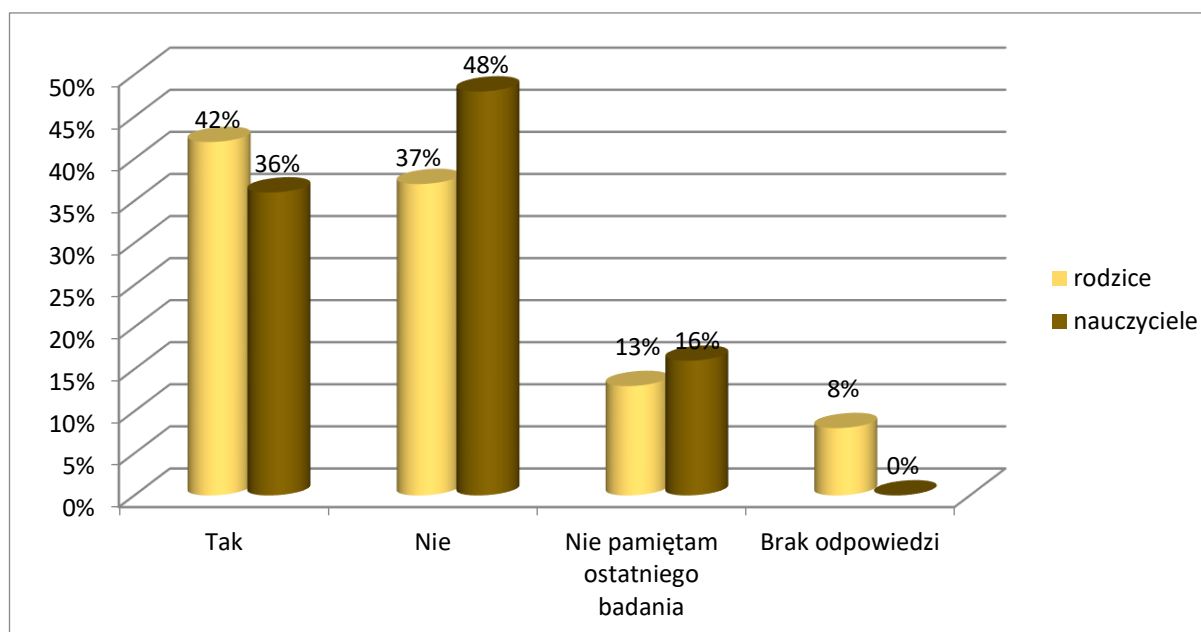
Częstotliwość mycia zębów	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Tylko rano	19 (19%)	2 (2%)	0,000
Tylko wieczorem	6 (6%)	4 (4%)	
Rano i wieczorem	72 (72%)	77 (77%)	
Po każdym posiłku	1 (1%)	17 (17%)	
Inne	2 (2%)	0 (0%)	

Dane z Ryciny 41 obrazują procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o regularne badania RTG klatki piersiowej. 42% rodziców zadeklarowało, że regularnie poddaje się takim badaniom. Przeciwnie odpowiedziało 37% ankietowanych. 13% rodziców nie pamiętało ostatniego takiego badania, a 8% nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Rycina 41 zawiera także dane dotyczące procentowego rozkładu odpowiedzi na pytanie o regularne badania RTG klatki piersiowej u nauczycieli. Blisko połowa z nich (48% - 48 osób) zadeklarowała, że nie poddają się regularnie badaniom RTG klatki piersiowej, 36% - że poddają się takim badaniom regularnie, a 16% nie pamiętało ostatniego swojego badania RTG.

Jak pokazuje tabela XVI wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.

Badanych rodziców poproszono o samoocenę swojego stanu odżywienia dając im do wyboru odpowiedzi: "bardzo dobry", "dobry", "zły", "bardzo zły" i "trudno powiedzieć" (Rycina 42).



Rycina 41. Regularność RTG klatki piersiowej wśród badanych

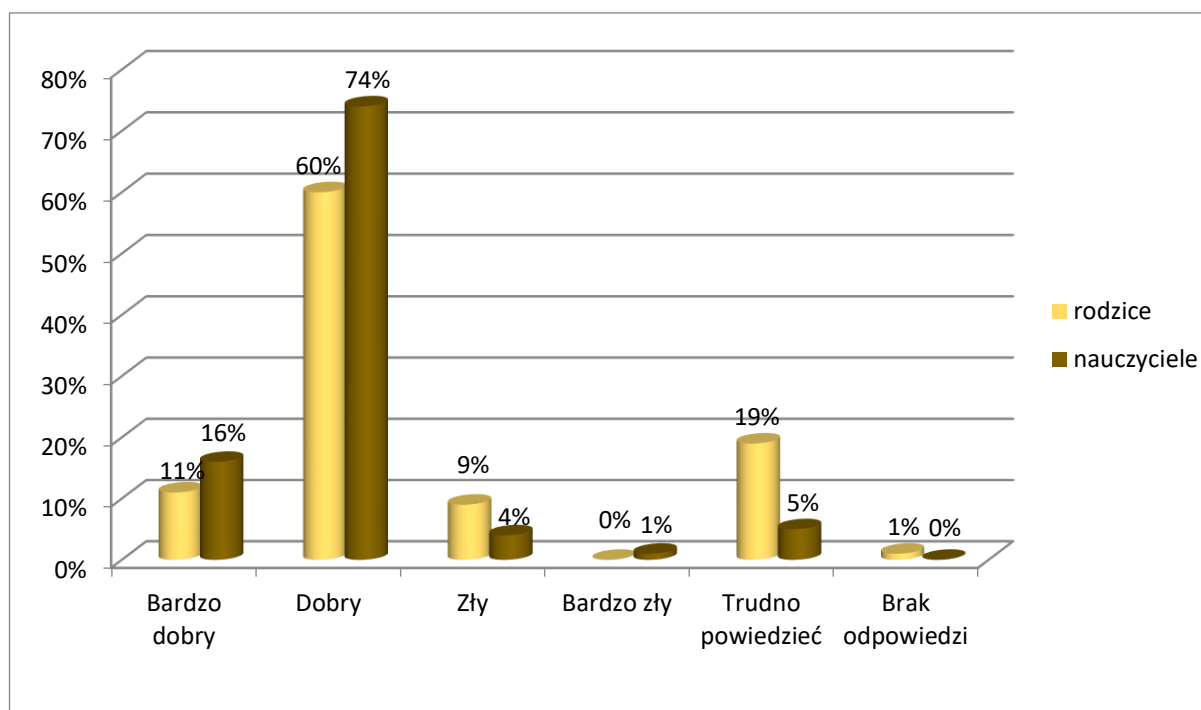
Tabela XVI. Różnice w wykonywaniu badań RTG pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Regularność badań RTG	Różnice między rodzicami a nauczycielami		
	Grupa		P
	Rodzice	Nauczyciele	
Tak	42 (45,7%)	36 (36%)	0,394
Nie	37 (40,2%)	48 (48%)	
Nie pamiętam	13 (14,1%)	16 (16%)	

Największą grupę wśród rodziców stanowiły osoby, które oceniły swój stan odżywienia jako dobry (60%). Blisko 1/5 rodziców (19% - 19 osób) nie potrafiła ocenić w tej skali swojego stanu odżywienia. Jako bardzo dobry oceniło go 11% respondentów, a jako zły 9%. Żaden z badanych nie uznał, że jego stan odżywienia można określić jako bardzo zły. Jedna osoba (1%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

O samoocenę swojego stanu odżywienia poproszono również nauczycieli. Podobnie jak u badanych rodziców, większość z nich oceniła swój stan odżywienia jako dobry (74% - 74 osoby). Jako bardzo dobry swój stan odżywienia oceniło 16% respondentów z grupy nauczycieli, jako zły - 4%, 1 badany (1%) uznał, że jego stan odżywienia można określić jako bardzo zły. Pięciu badanych nie potrafiło podać konkretnej odpowiedzi na to pytanie (5%), a jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi (Rycina 42).

Jak pokazuje Tabela XVII wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.



Rycina 42. Samoocena stanu odżywienia badanych

Tabela XVII. Różnice w samoocenie stanu odżywienia pomiędzy rodzicami a nauczycielami

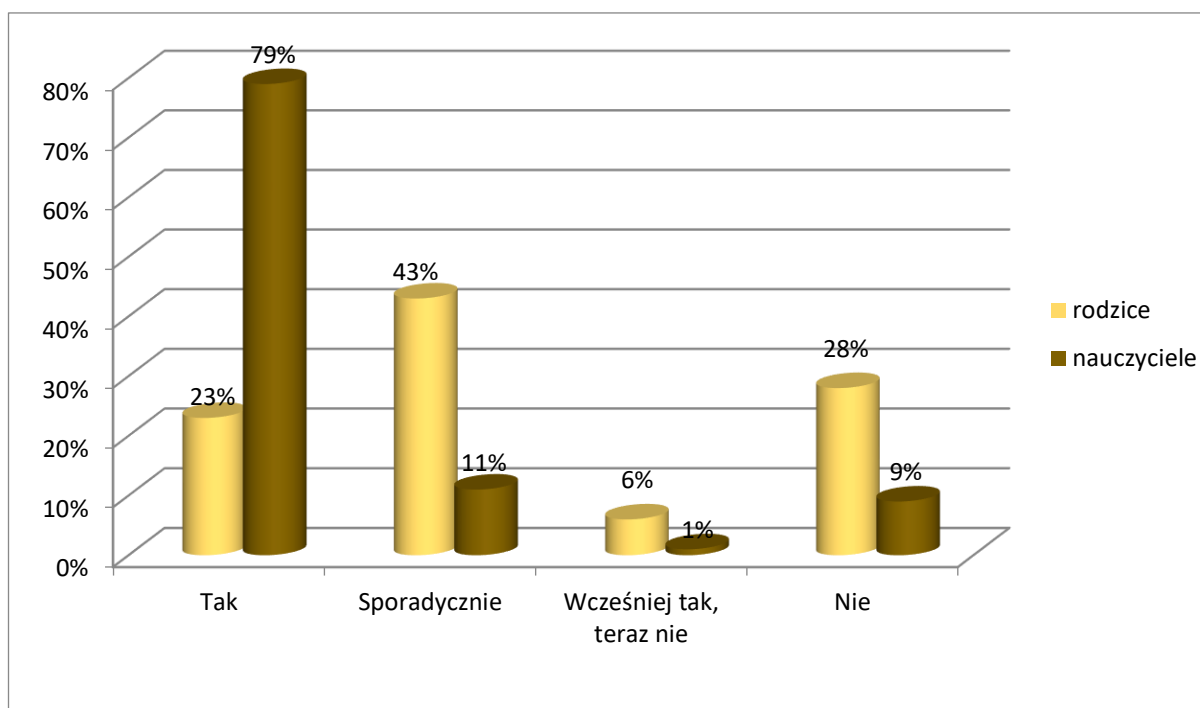
Samoocena stanu odżywiania	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Bardzo dobry	11 (11%)	16 (16%)	0,006
Dobry	60 (60%)	74 (74%)	
Zły	9 (9%)	4 (4%)	
Bardzo zły	0 (0%)	1 (1%)	
Trudno powiedzieć	20 (20%)	5 (5%)	

Respondentów zapytano, czy piją kawę. Wśród rodziców największą grupę (43% - 43 osoby) stanowiły osoby, które zadeklarowały, że kawę piją sporadycznie.

Drugą najliczniejszą grupę wśród badanych rodziców (28%) stanowiły osoby, które nie piją kawy, poza tym 23% rodziców przyznało, że piją kawę regularnie, a 6% w piło kawę w przeszłości, ale aktualnie już tego robi.

Pytanie o spożywanie kawy zadano też nauczycielom. Zdecydowana większość (79%) przyznała, że ją pije. 11% badanych nauczycieli zadeklarowało sporadyczne picie kawy, 9% odpowiedziało, że nie pije kawy, a 1 osoba stwierdziła, że piła ją w przeszłości (Rycina 43).

Jak pokazuje Tabela XVIII wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.



Rycina 43. Picie kawy wśród badanych

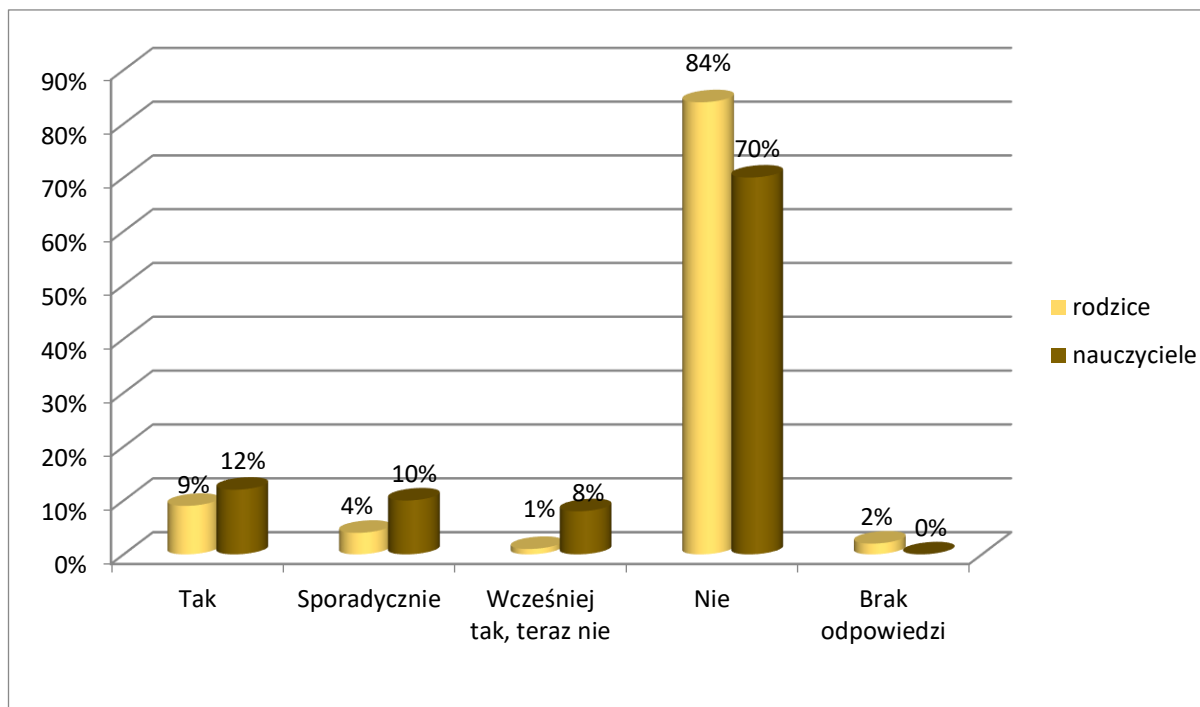
Tabela XVIII. Różnice w spożyciu kawy pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Picie kawy	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Nie	28 (28%)	9 (9%)	0,000
Już nie	6 (6%)	1 (1%)	
Sporadycznie	43 (43%)	11 (11%)	
Tak	23 (23%)	79 (79%)	

Rycina 44 przedstawia dane obrazujące procentowy rozkład odpowiedzi rodziców na pytanie "Czy pali Pan/Pani papierosy?". Zdecydowana większość (84% - 84 osoby) rodziców zadeklarowała, że nie pali. 9% przyznało, że pali tytoń. 4% badanych rodziców odpowiedziało, że pali sporadycznie, a 1 osoba paliła w przeszłości. Dwie osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

Pytanie o palenie papierosów zadano także nauczycielom. Podobnie jak w grupie rodziców, zdecydowana większość nauczycieli (70% - 70 osób) nie paliła tytoniu. Do palenia przyznało się 12% badanych nauczycieli, do palenia sporadycznego - co dziesiąty nauczyciel (10%), a 8% zadeklarowało, że paliło w przeszłości.

Jak pokazuje Tabela XIX wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.



Rycina 44. Palenie tytoniu wśród badanych

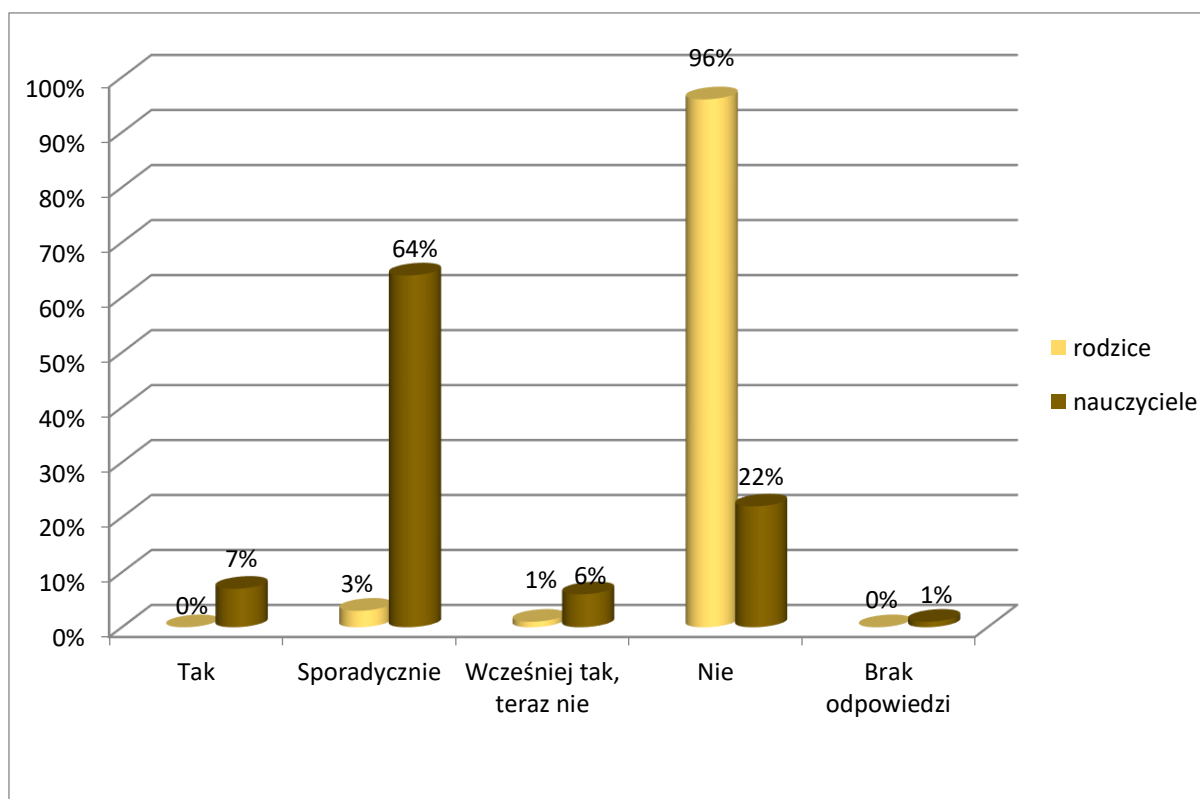
Tabela XIX. Różnice w paleniu tytoniu pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Palenie papierosów	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Nie	84 (85,7%)	70 (70%)	0,021
Już nie	1 (1%)	8 (8%)	
Sporadycznie	4 (4,1%)	10 (10%)	
Tak	9 (9,2%)	12 (12%)	

Respondentów zapytano o spożywanie alkoholu. Okazało się, że prawie wszyscy badani rodzice (96% - 96 osób) zadeklarowali, że nie spożywają alkoholu. 3% sporadycznie go spożywało, a jedna osoba (1%) odpowiedziała, że spożywała alkohol w przeszłości. Żaden z badanych rodziców nie udzielił odpowiedzi twierdzącej.

Wśród badanych nauczycieli największą grupę stanowiły osoby, które piły alkohol sporadycznie (64% - 64 osoby). Blisko co piąty respondent z grupy nauczycieli deklarował, że nie spożywa alkoholu (22%). 7% nauczycieli na pytanie "Czy pije Pan/Pani alkohol?" odpowiedziało twierdząco, a 6% twierdziło, że w przeszłości pili alkohol, ale teraz tego nie robią. Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie (Rycina 45).

Jak pokazuje tabela XX wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.



Rycina 45. Spożywanie alkoholu wśród badanych

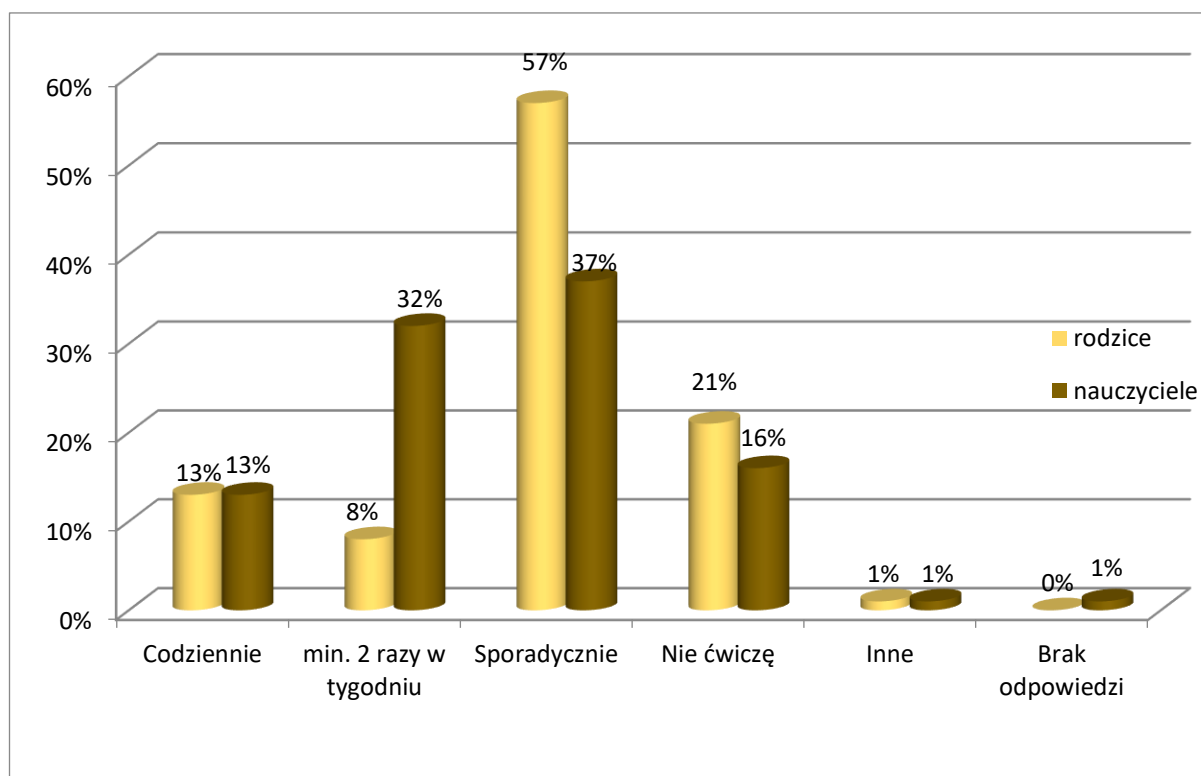
Tabela XX. Różnice w spożywaniu alkoholu pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Picie alkoholu	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Nie	96 (96%)	22 (22,2%)	0,000
Już nie	1 (1%)	6 (6,1%)	
Sporadycznie	3 (3%)	64 (64,6%)	
Tak	0 (0%)	7 (7,1%)	

Rycina 46 obrazuje dane pokazujące częstotliwość ćwiczeń badanych rodziców. Ponad połowa (57%) ćwiczyła sporadycznie. Blisko 1/5 badanych (2%) nie ćwiczyło wcale, 13% ćwiczyło codziennie, a 8% dwa razy w tygodniu lub częściej. Jedna osoba zaznaczyła inną odpowiedź.

W grupie nauczycieli 37% z nich deklarowało, że ćwiczy sporadycznie. 32% mówiło o ćwiczeniach 2 razy w tygodniu lub częściej. 16% nauczycieli przyznało, że w ogóle nie ćwiczy, a 14% deklarowało codzienne ćwiczenia. 1% nauczycieli podał inną odpowiedź. Taki sam odsetek badanych nie udzielił odpowiedzi na to pytanie (Rycina 46).

Jak pokazuje tabela XXI wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.



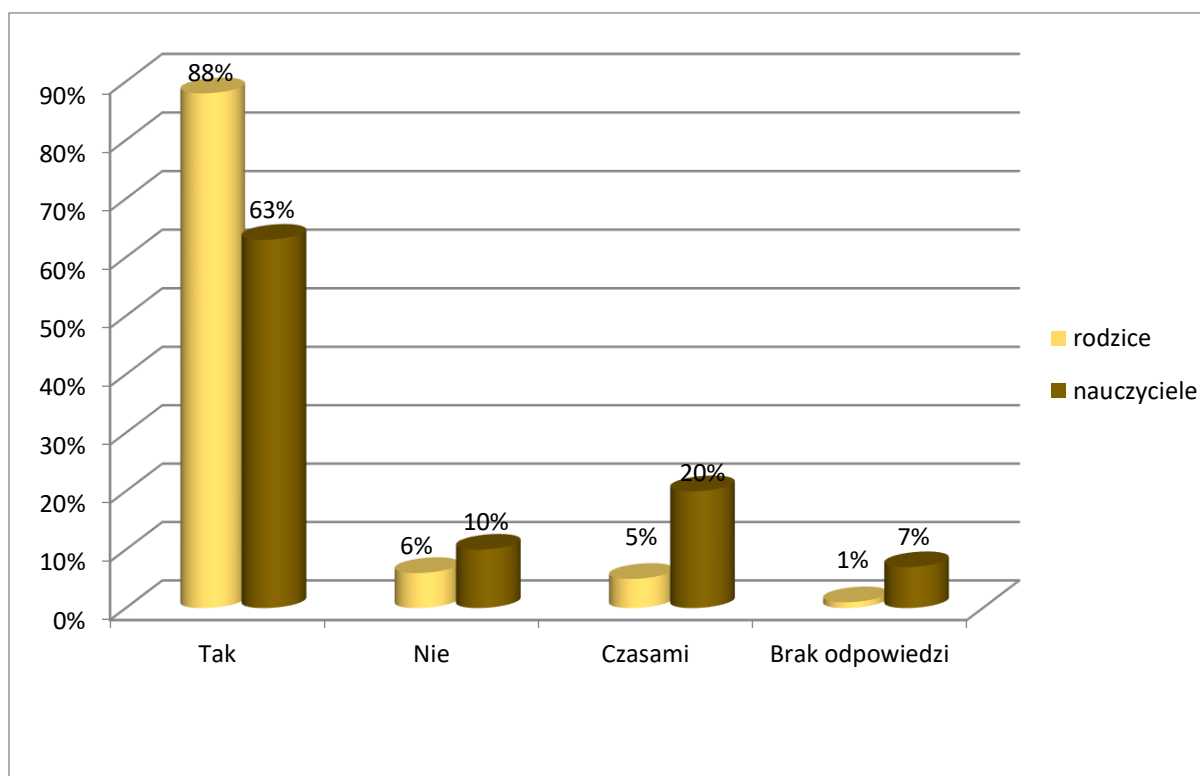
Rycina 46. Częstotliwość ćwiczeń wśród badanych

Tabela XXI. Różnice w częstotliwości ćwiczeń fizycznych pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Częstotliwość ćwiczeń	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Codziennie	13 (13%)	13 (13,1%)	0,001
2 lub więcej razy w tygodniu	8 (8%)	32 (32,3%)	
Sporadycznie	57 (57%)	37 (37,4%)	
Brak ćwiczeń	21 (21%)	16 (16,2%)	
Inne	1 (1%)	1 (1%)	

Jak pokazują dane z ryciny 47 większość rodziców (88% - 88 osób) przekazało swoim dzieciom wiedzę na temat zachowań zdrowotnych. Zaledwie 6% badanych tego nie robiło, a 5% tylko czasami taką wiedzę przekazywało swoim dzieciom. Jedna osoba (1%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

Rycina 47 pokazuje także dane sugerujące, że większość (63%) badanych nauczycieli przekazywała dzieciom wiedzę na temat zachowań zdrowotnych. Nie robił tego co dziesiąty (10%) badany nauczyciel, a tylko czasami - 1/5 nauczycieli (20%). Siedem osób (7%) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.



Rycina 47. Przekazywanie wiedzy o zachowaniach prozdrowotnych przez nauczycieli

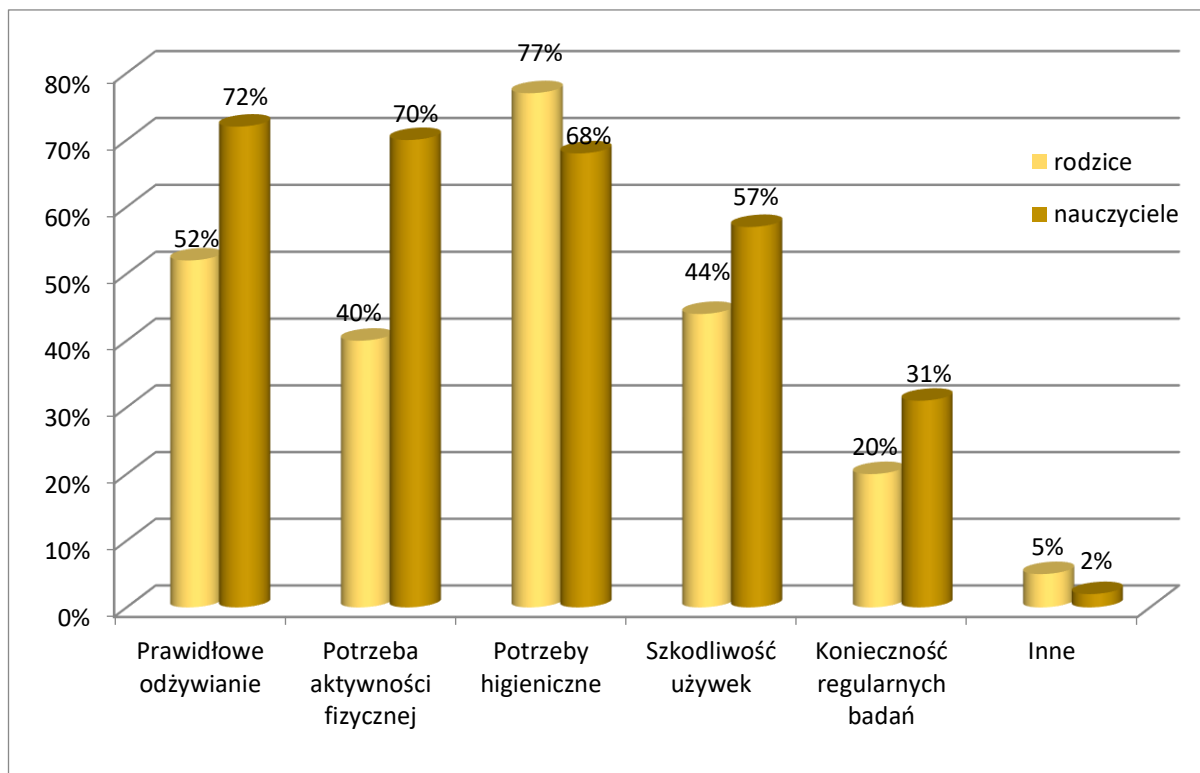
W nawiązaniu do pytania o przekazywanie dzieciom wiedzy na temat zachowań zdrowotnych zapytano badanych rodziców też o zakres tej wiedzy. Wyniki obrazuje rycina 48. Zdecydowana większość rodziców zadeklarowała przekazywanie dzieciom wiedzy na temat potrzeb higienicznych (77%).

Drugim najczęściej omawianym z dziećmi tematem było prawidłowe odżywianie (52%).

O szkodliwości używek rozmawiało z dziećmi 44% badanych rodziców, o potrzebie aktywności fizycznej - 40%, o konieczności regularnych badań co piąty rodzic (20%), a o innych rzeczach związanych z zachowaniami prozdrowotnymi 5% rodziców.

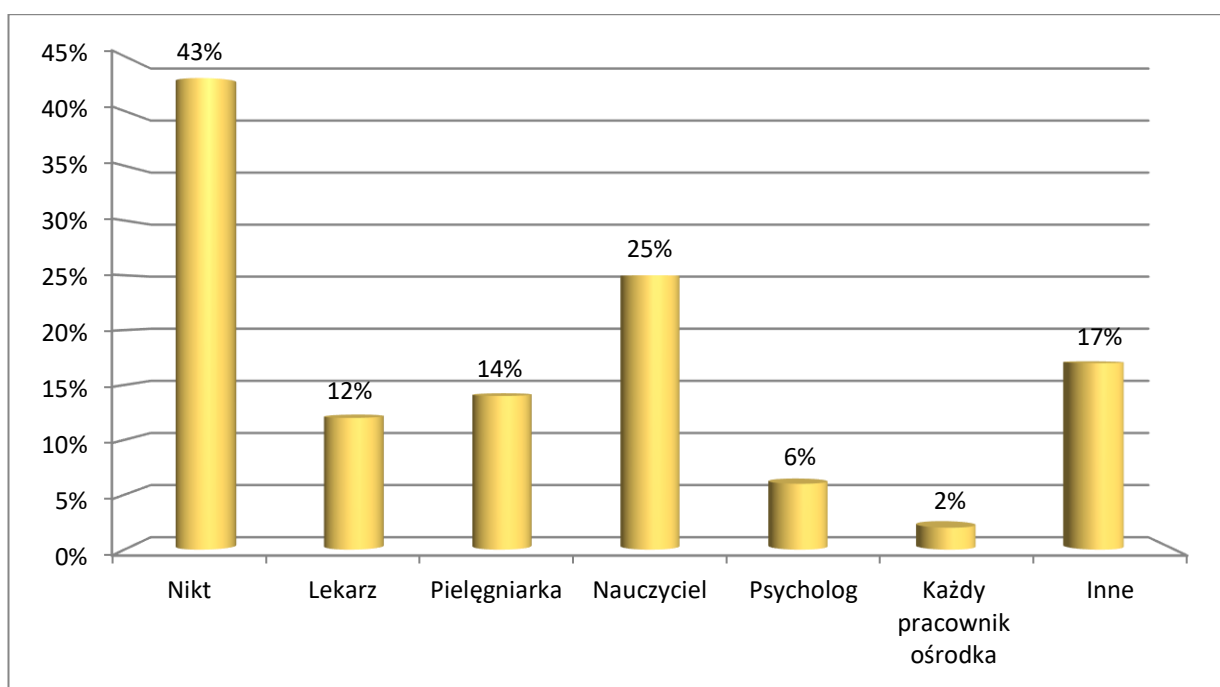
Procent odpowiedzi w tym pytaniu nie równa się 100, ponieważ badani rodzice mieli możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi.

Rycina 48 przedstawia także zakres w jakim nauczyciele przekazywali wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych. Widać na niej, że najwięcej nauczycieli (72%) mówiło dzieciom o prawidłowym odżywianiu, 70% - o potrzebach higienicznych, 68% - o potrzebie aktywności fizycznej, 57% - o szkodliwości używek, 31% o konieczności regularnych badań, a 2% o innych rzeczach związanych z zachowaniami prozdrowotnymi.



Rycina 48. Zakres wiedzy przekazywanej dzieciom przez rodziców i nauczycieli

Rycina 49 zawiera dane ukazujące, że do tej pory dzieciom prawie połowy (43%) badanych rodziców, poza nimi, nikt z wymienionych w ankiecie osób nie przekazywał wiedzy o zachowaniach prozdrowotnych.



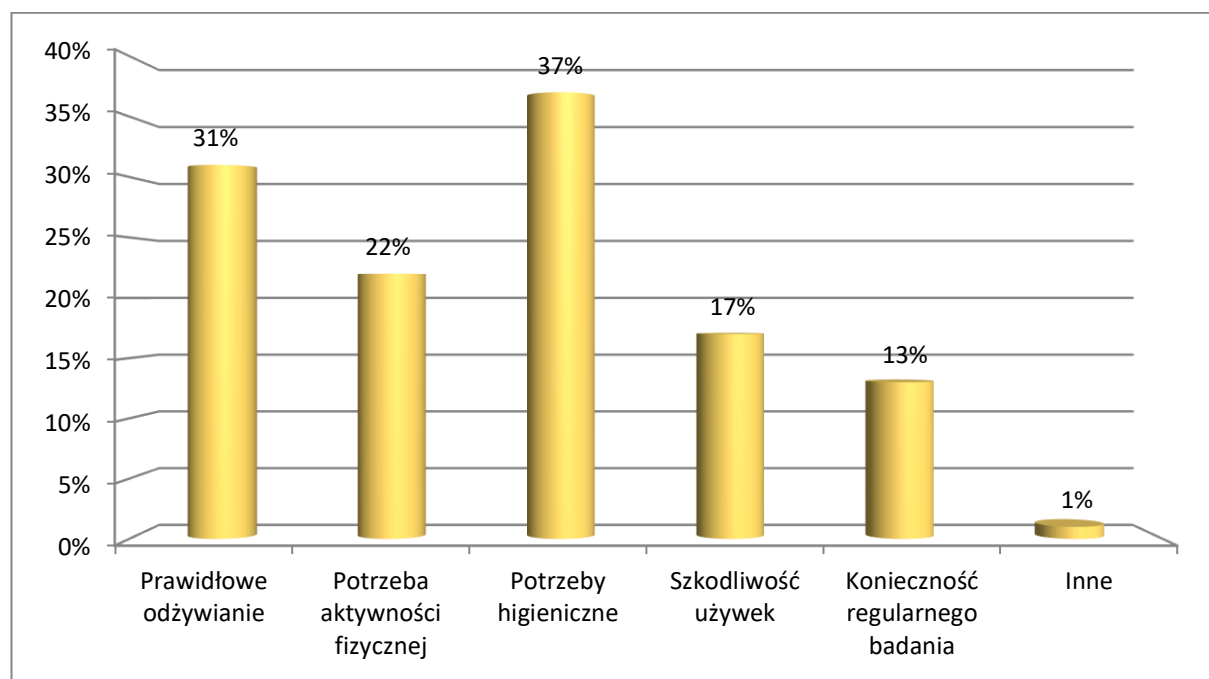
Rycina 49. Osoby, które do tej pory przekazywały tę wiedzę

Co czwarty rodzic (25%) wskazał, że był to nauczyciel, 17% zaznaczyło odpowiedź "inne", 14% wskazywało na pielęgniarkę, 12% na lekarza, 6% na psychologa, a 2% na każdego pracownika ośrodka.

Procent odpowiedzi w tym pytaniu nie równa się 100 ponieważ badani rodzice zaznaczali kilka odpowiedzi.

Badanych rodziców zapytano, w jakim zakresie wymienione osoby przekazywały ich dzieciom wiedzę na temat zachowań zdrowotnych. 37% rodziców odpowiedziało, że osoby te rozmawiały z ich dziećmi o potrzebach higienicznych, 31% badanych – że na temat prawidłowego odżywiania, 22% - że o potrzebie aktywności fizycznej, 17% - że o szkodliwości używek, 13% - o konieczności regularnych badań, a w 1% przypadków o innych zagadnieniach związanych z zachowaniami prozdrowotnymi.

Procent odpowiedzi w tym pytaniu nie równa się 100, ponieważ badani zaznaczali kilka odpowiedzi (Rycina 50).



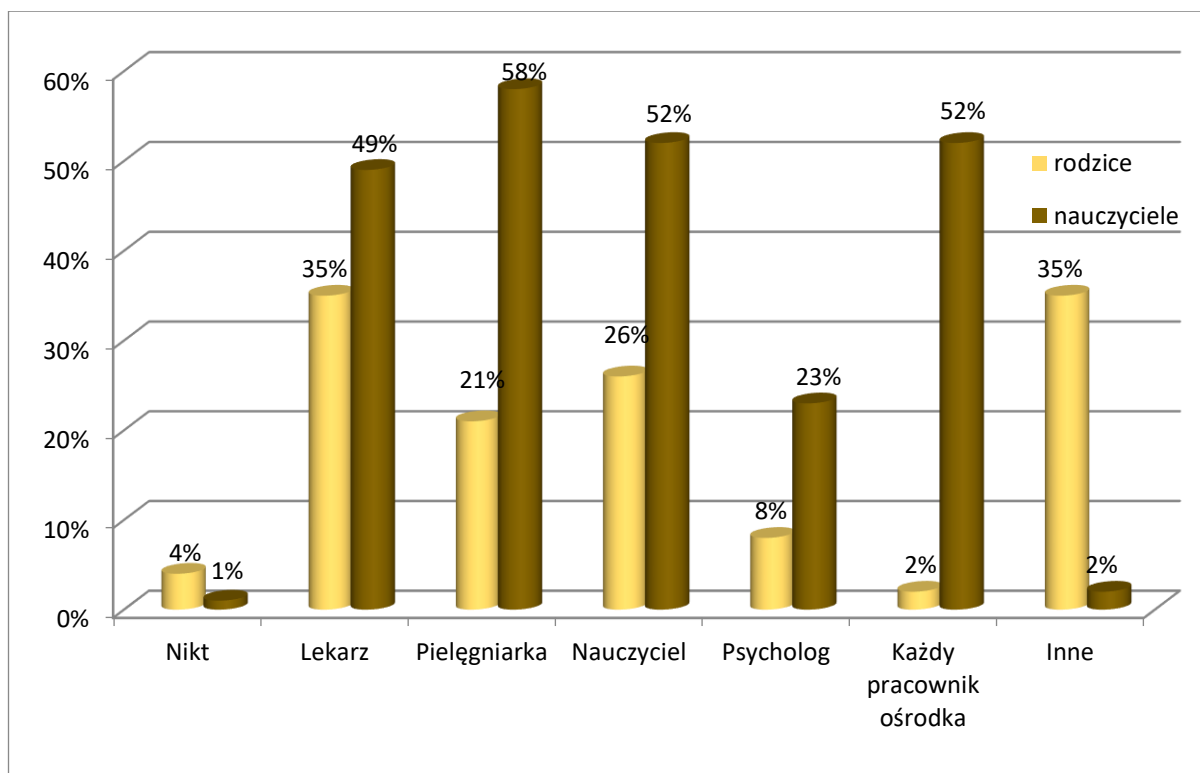
Rycina 50. Zakres przekazywanej wiedzy przez badanych

Z danych z ryciny 51 widać, że najczęściej (po 35%) rodziców uważało, że lekarz lub inne osoby powinny przekazywać dzieciom wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych. Jako inne osoby najczęściej byli wskazywani właśnie rodzice. Z kolei 26% rodziców jako osobę, która powinna przekazywać dzieciom taką wiedzę wskazywało nauczycieli, 21% respondentów z grupy rodziców uważało, że to pielęgniarka powinna przekazywać dzieciom

taką wiedzę, 8% - wskazywało psychologów, 2% - każdego pracownika ośrodka, a 4% stwierdziło, że nikt nie powinien przekazywać dzieciom wiedzy o zachowaniach prozdrowotnych.

Z danych z Ryciny 51 wynika, że najczęściej (58%) nauczycieli uważało, że pielęgniarka powinna przekazywać dzieciom wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych. 52% nauczycieli za taką osobę wskazała właśnie siebie samych. Taki sam odsetek respondentów z grupy nauczycieli (52%) twierdził, że każdy pracownik ośrodka powinien przekazywać dzieciom taką wiedzę, 49% - wskazało lekarzy, 23% - psychologów, 2% - inne osoby, a jedna osoba (1%) - że nikt nie powinien przekazywać dzieciom wiedzy o zachowaniach prozdrowotnych.

Procent odpowiedzi nie równa się 100, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru.



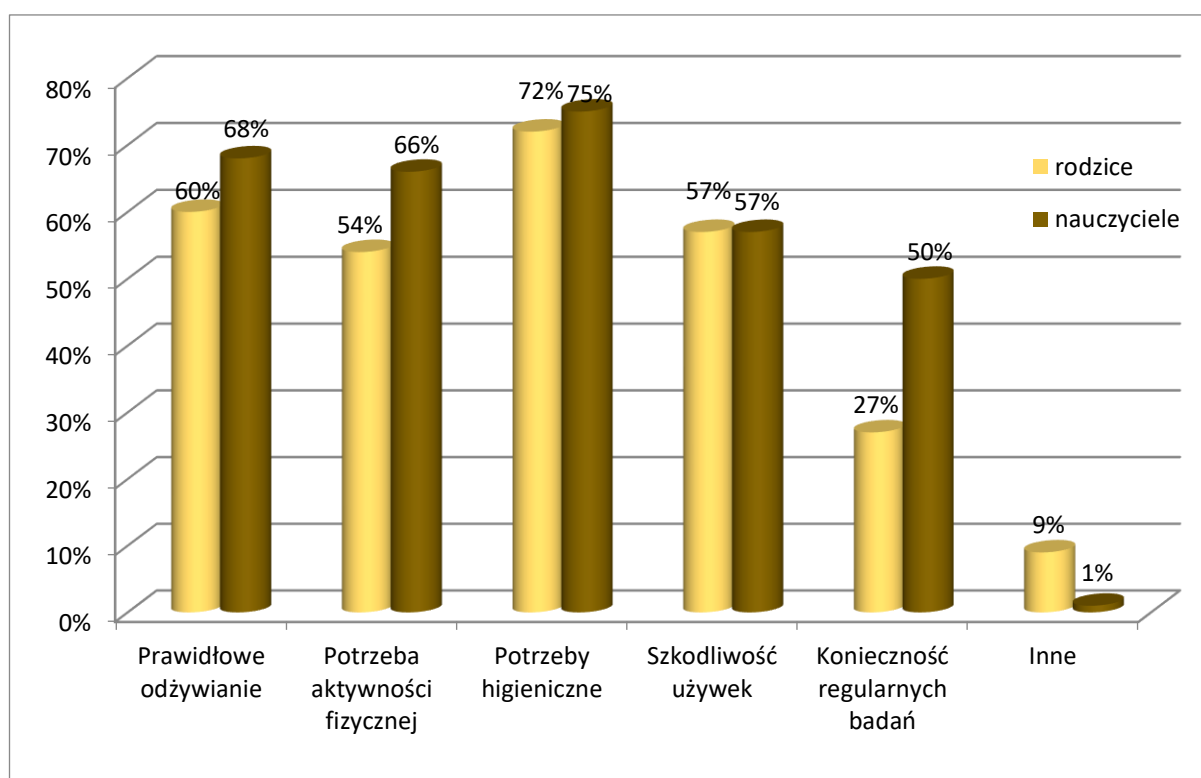
Rycina 51. Osoby, które zdaniem badanych powinny przekazywać ich dzieciom wiedzę na temat zachowań zdrowotnych

Rycina 52 obrazuje dane odzwierciedlające odpowiedzi rodziców na pytanie dotyczące zakresu w jakim powinna być przekazywana ich dzieciom wiedza na temat zachowań zdrowotnych przez wskazane w poprzednim pytaniu osoby.

Największa część badanych (72%) wskazała na potrzeby higieniczne. 60% rodziców odpowiedziało, że ich dzieciom powinna być przekazywana wiedza o prawidłowym odżywianiu, 57% - że o szkodliwości używek, 54% - że o potrzebie aktywności fizycznej, 27%

- o konieczności regularnych badań, a 9% wskazało inne zagadnienia związane z zachowaniami prozdrowotnymi, nie precyzując jakie.

Najwięcej badanych nauczycieli (75%) twierdziło, że osoby wskazane w poprzednim pytaniu powinny przekazywać dzieciom wiedzę o potrzebach higienicznych. Drugim najczęściej wskazywanym zagadnieniem było prawidłowe odżywianie (68%). 66% nauczycieli preferowało potrzebę przekazywania informacji o aktywności fizycznej, 57% - o szkodliwości używek, 50% - o konieczności regularnych badań, a 1% wskazał inne zagadnienia. Procent odpowiedzi w tym pytaniu nie równa się 100, ponieważ badani nauczyciele mieli możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi (Rycina 52).



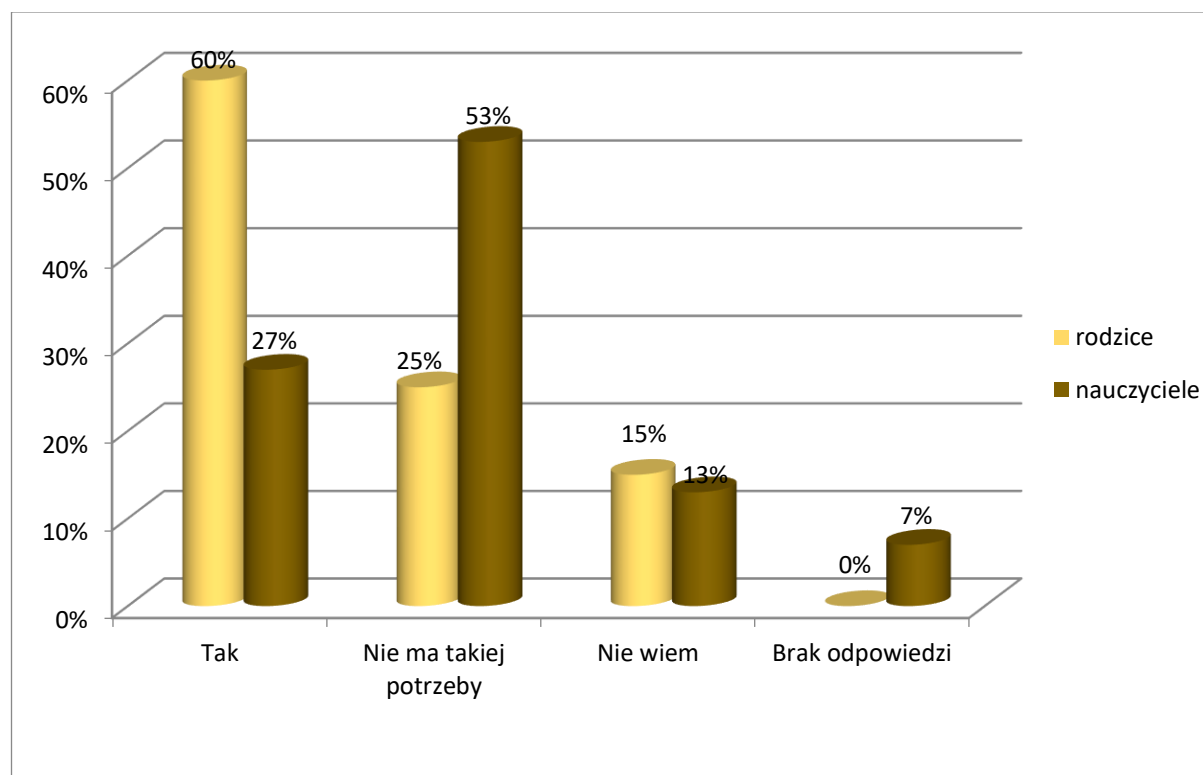
Rycina 52. Zakres w jakim powinna być przekazywana wiedza o zachowaniach prozdrowotnych

Dane zawarte na Rycinie 53 pokazują jaki odsetek badanych rodziców chciałby pogłębić własną wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych. Taką potrzebę wyraziło 60% rodziców, 25% badanych nie widziało takiej potrzeby, a 15% nie było w stanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Rycina 53 obrazuje również wyniki odsetka badanych nauczycieli chciałby pogłębić własną wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych. 27% nauczycieli wyraziło taką chęć. Z

kolei aż 53% badanych nie widziało takiej potrzeby, a 13% nie było pewnych. 7 osób (7%) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Jak pokazuje Tabela XXII istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.



Rycina 53. Chęć badanych do pogłębienia własnej wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych

Tabela XXII. Różnice w chęci do pogłębienia wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Chęć pogłębienia wiedzy o zachowaniach prozdrowotnych	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Tak	60 (60%)	27 (29%)	0,000
Nie	25 (25%)	53 (57%)	
Nie wiem	15 (15%)	13 (14%)	

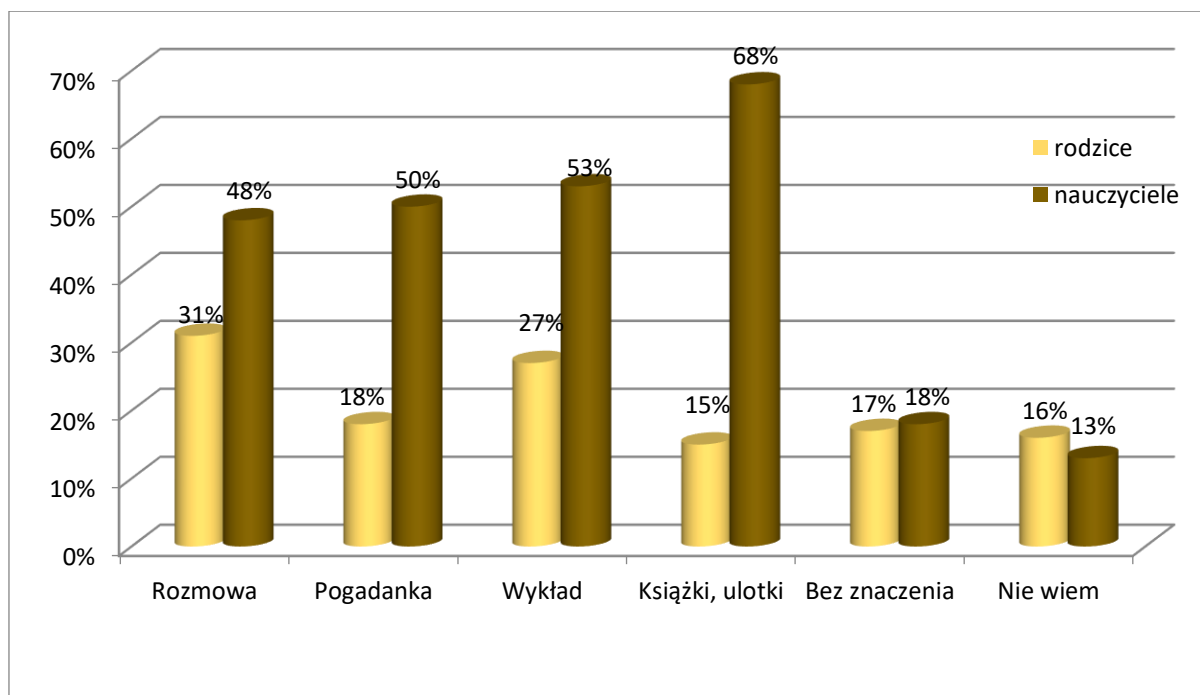
Pytanie, którego odpowiedzi pokazuje Rycina 54, dotyczyło formy pogłębienia wiedzy o zachowaniach prozdrowotnych w grupie rodziców.

Blisko 1/3 badanych rodziców (31%) wyraziła taką chęć, w tym 27% ankietowanych wskazało wykłady, 18% - pogadanki, 15% - książki i ulotki. 17% respondentów z grupy

rodziców uznało, że forma nie ma znaczenia, a 16% nie było w stanie wskazać konkretnej formy w jakiej chcieliby pogłębić swoją wiedzę.

W grupie nauczycieli odpowiedzi na to pytanie kształtowały się następująco: blisko 2/3 badanych nauczycieli (68%) wyraziło chęć pogłębienia swojej wiedzy przez książki i ulotki, w tym 53% wskazało na wykłady. 50% badanych chciałoby pogłębić swoją wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych przez pogadanki, a 48% - poprzez rozmowę, 18% uznało, że forma nie ma znaczenia, a 13% nie było w stanie wskazać konkretnej formy w jakiej chcieliby pogłębić swoją wiedzę.

Procent odpowiedzi w tym pytaniu nie równa się 100, ponieważ badani nauczyciele mieli możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi.

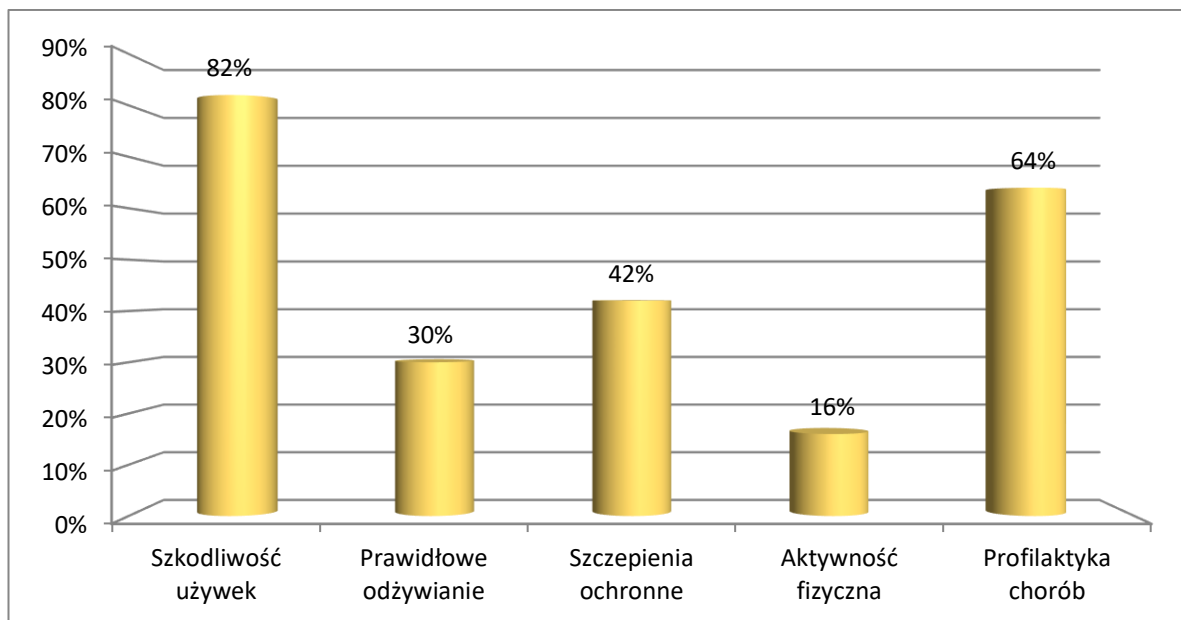


Rycina 54. Forma w jakiej badani chcieliby pogłębiać wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych

Z danych z Ryciny 55 wynika, że najwięcej (82%) rodziców chciałoby poszerzyć swoją wiedzę na temat szkodliwości używek. 64% badanych wskazało na profilaktykę chorób, 42% na szczepienia ochronne, a 30% na prawidłowe odżywianie.

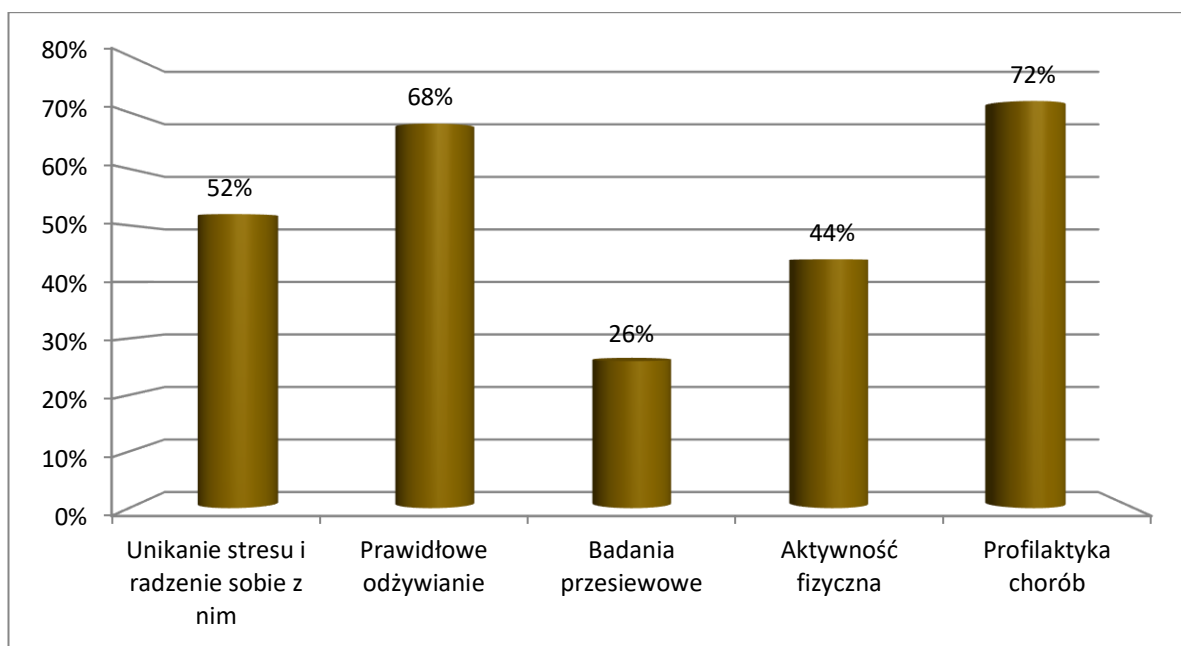
Najrzadziej pojawiającą się propozycją była aktywność fizyczna, na którą wskazało 16% rodziców.

Procent odpowiedzi nie równa się 100, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru.



Rycina 55. Tematy, na które badani rodzice chcieliby poszerzyć swoją wiedzę

Również nauczycielom zadano pytanie o zachowania zdrowotne, których tematykę chcieliby bliżej poznać. Najczęściej powtarzaną odpowiedzią (72%) była profilaktyka chorób. W dalszej kolejności pojawiały się odpowiedzi prawidłowe odżywianie – 68%, unikanie stresu i radzenie sobie z nim – 52% oraz aktywność fizyczna – 44%. Najrzadziej (26% odpowiedzi) nauczyciele wymieniali badania przesiewowe. Procent odpowiedzi nie równa się 100, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru (Rycina 56).

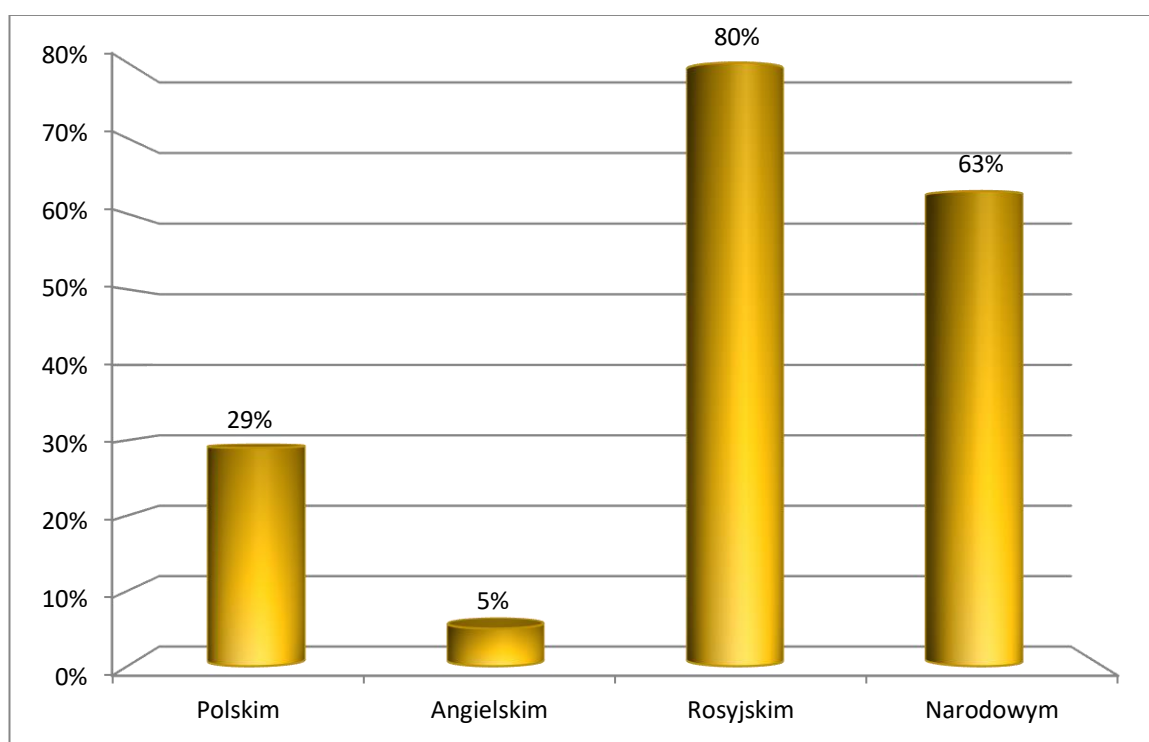


Rycina 56. Tematy, na które badani nauczyciele chcieliby poszerzyć swoją wiedzę

CODZIENNOŚĆ MIGRANTÓW W POLSCE I INTEGRACJA ICH DZIECI W SZKOLE

Jak pokazują dane z ryciny 57 największa część dzieci badanych (80%) posługiwała się językiem rosyjskim. 63% dzieci ankietowanych - językiem narodowym, polskim - 29%, a angielskim - 5%.

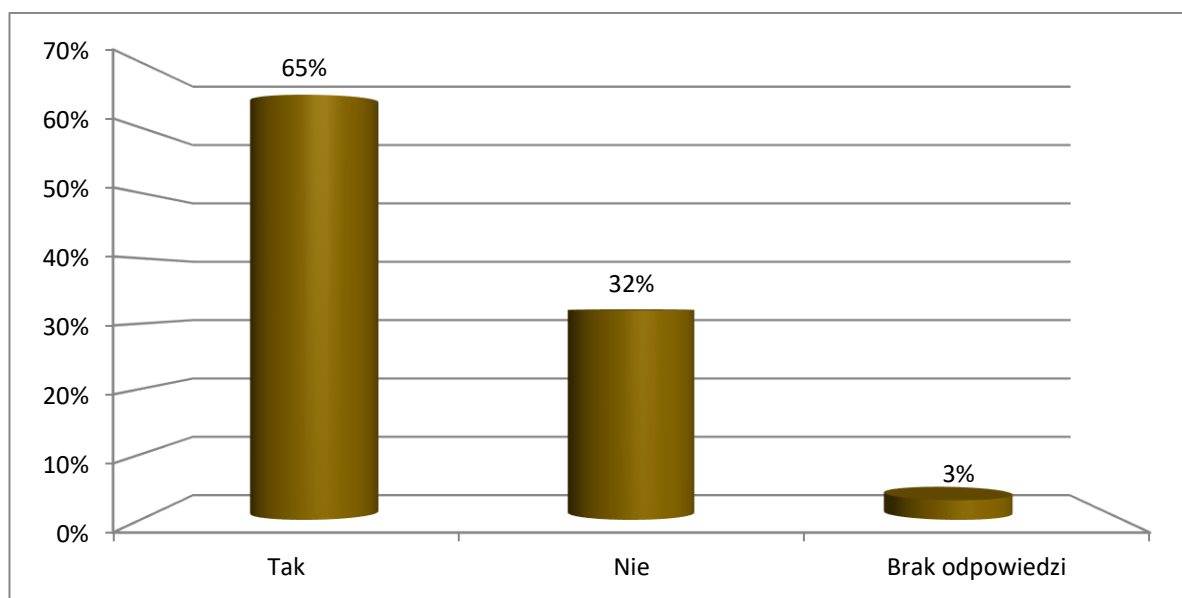
Procent odpowiedzi nie równa się 100, ponieważ w tym pytaniu badani zaznaczali kilka odpowiedzi.



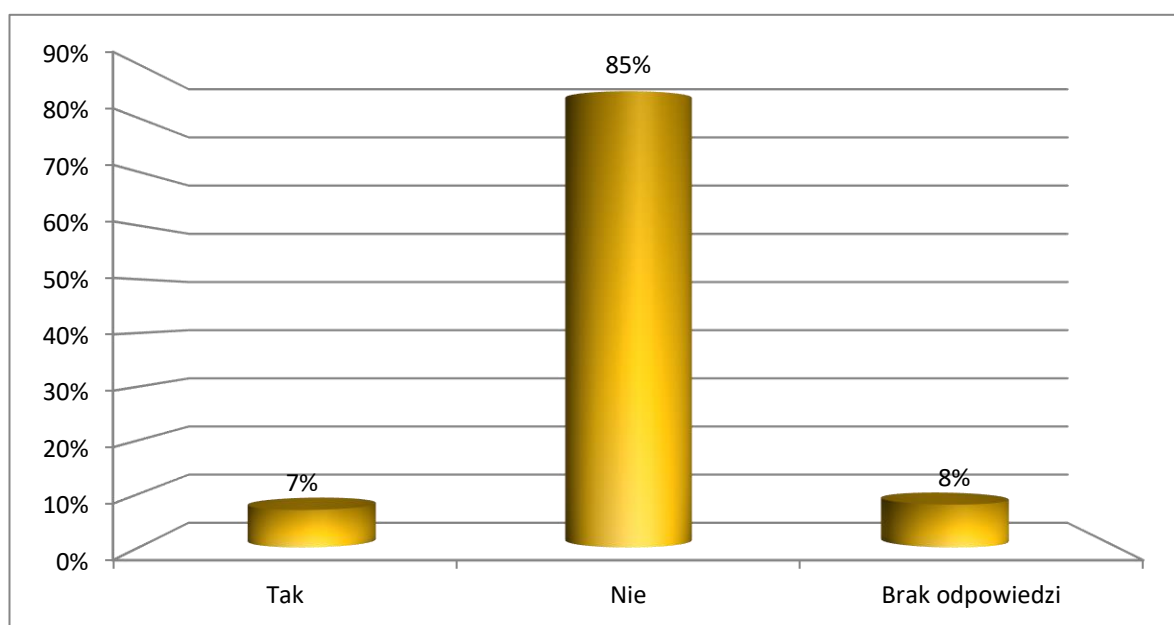
Rycina 57. Języki znane przez dzieci imigrantów

Według danych z Ryciny 58 większość badanych rodziców (65%) zostało zapoznanych z podstawą prawną organizacji nauki ich dzieci w Polsce. Informacje takie nie zostały przedstawione w grupie 32% badanych, a 3 osoby (3% badanych) nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

Zdecydowana większość rodziców (85%) nie miała problemów prawnych lub organizacyjnych z podjęciem lub kontynuacją nauki ich dzieci w Polsce. Problemy takie wystąpiły w przypadkach 7% respondentów, a 8% badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie (Rycina 59).

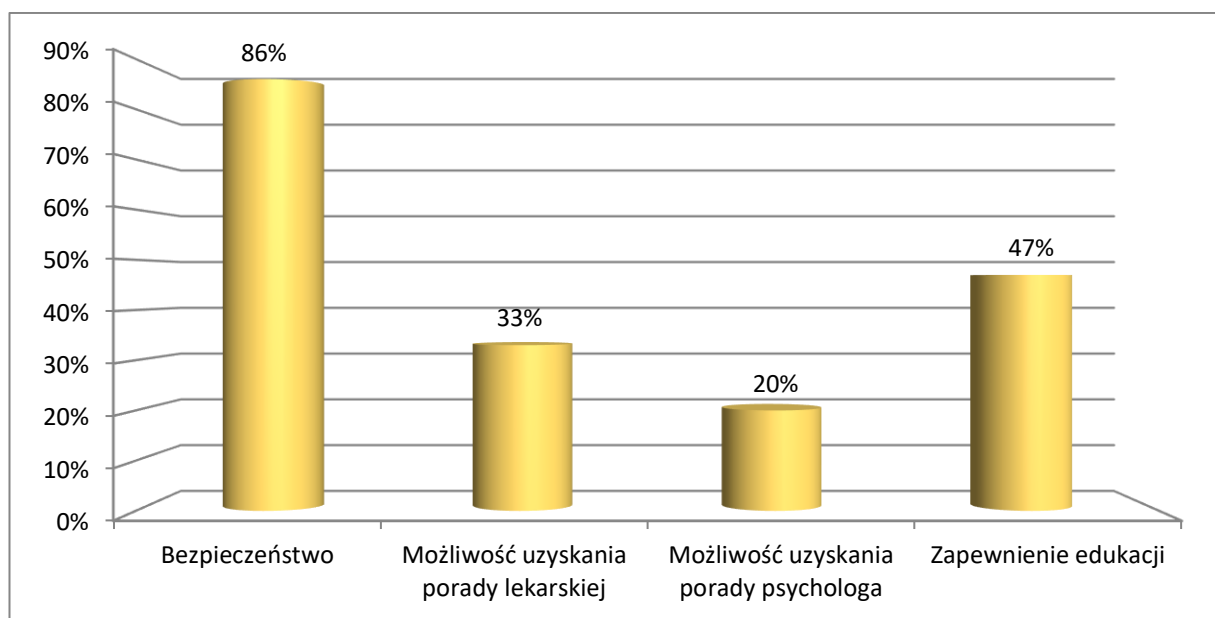


Rycina 58. Informacje o organizacji nauki dzieci imigrantów



Rycina 59. Problemy prawne i organizacyjne z podjęciem lub kontynuacją kształcenia dzieci imigrantów w Polsce

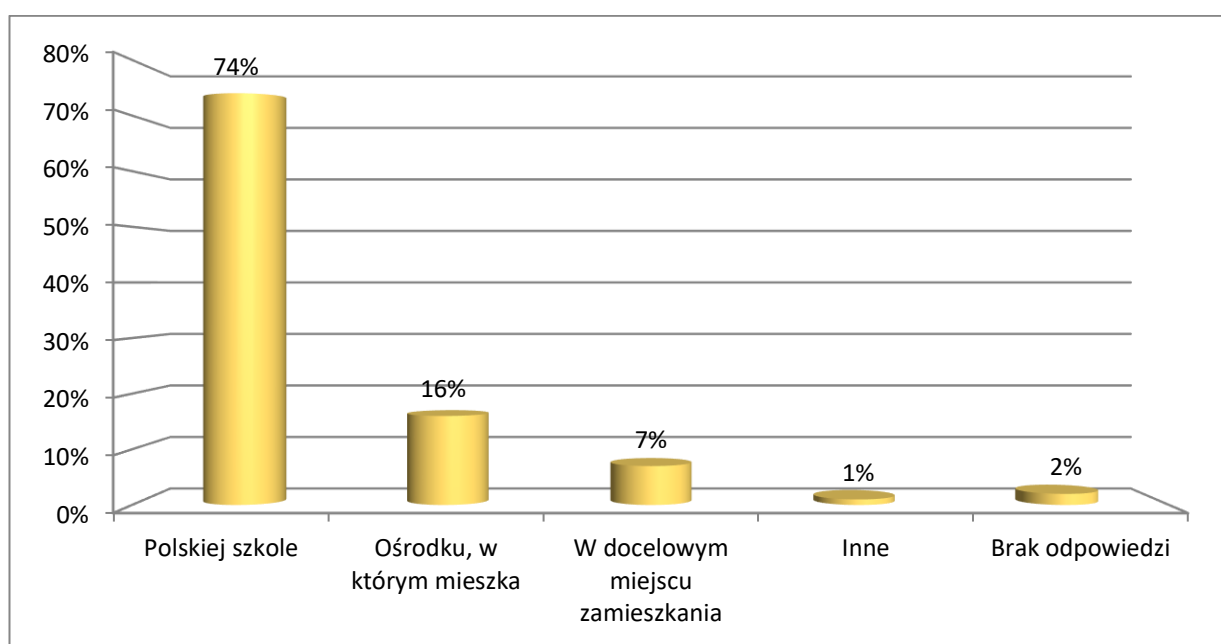
Na podstawie analizy danych z Ryciny 60 można stwierdzić, że badani rodzice za najważniejsze dla ich dzieci podczas pobytu w ośrodku dla uchodźców uważali bezpieczeństwo (86%), a na drugim miejscu - zapewnienie edukacji (47%). Następną ważną rzeczą dla dzieci badanych uznano możliwość uzyskania porady lekarskiej (33%). Co piąty rodzic (20%) za ważne dla jego dzieci uważał możliwość uzyskania porady psychologa.



Rycina 60. Ważne dla dzieci imigrantów czynniki podczas pobytu w ośrodku

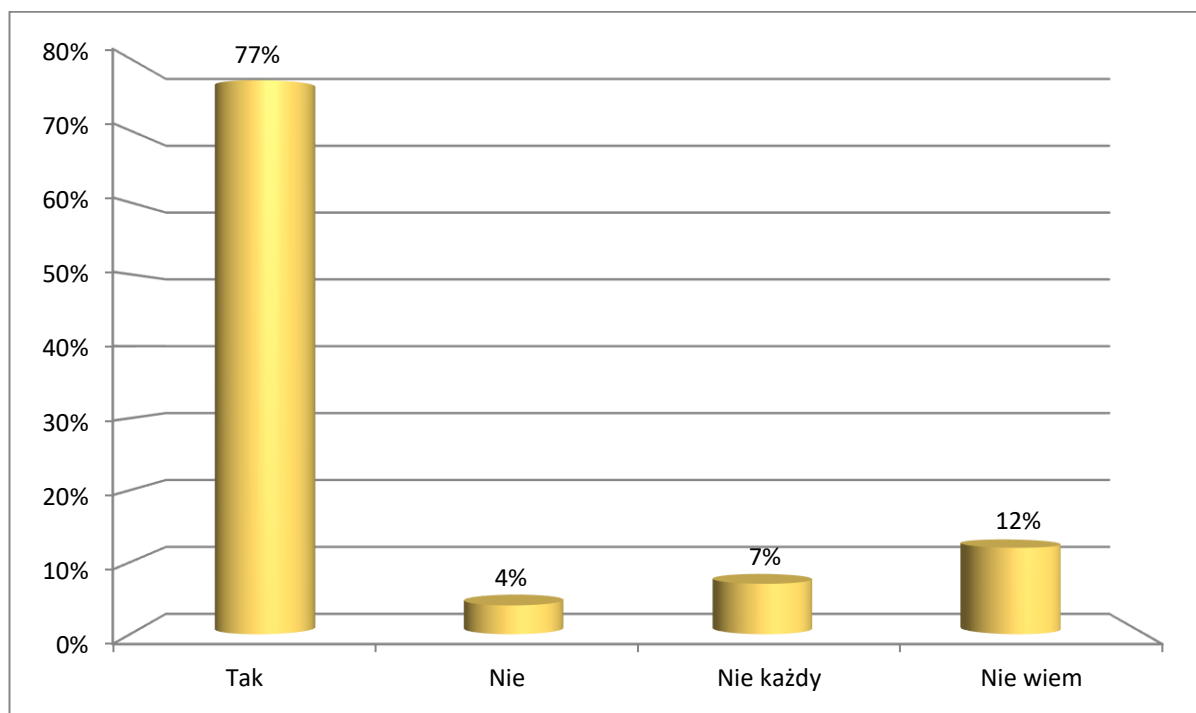
Jak pokazują dane z Ryciny 61 najczęściej badanych rodziców uważało, że ich dzieci powinny uczyć się w Polskiej szkole (74%).

Za odpowiednie miejsce do nauki ich dzieci, 16% badanych wskazywało ośrodek, w którym mieszkają, docelowe miejsce zamieszkania - 7% badanych, a inne miejsce- 1%. 2 osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.



Rycina 61. Miejsce gdzie, według imigrantów, powinny uczyć się ich dzieci

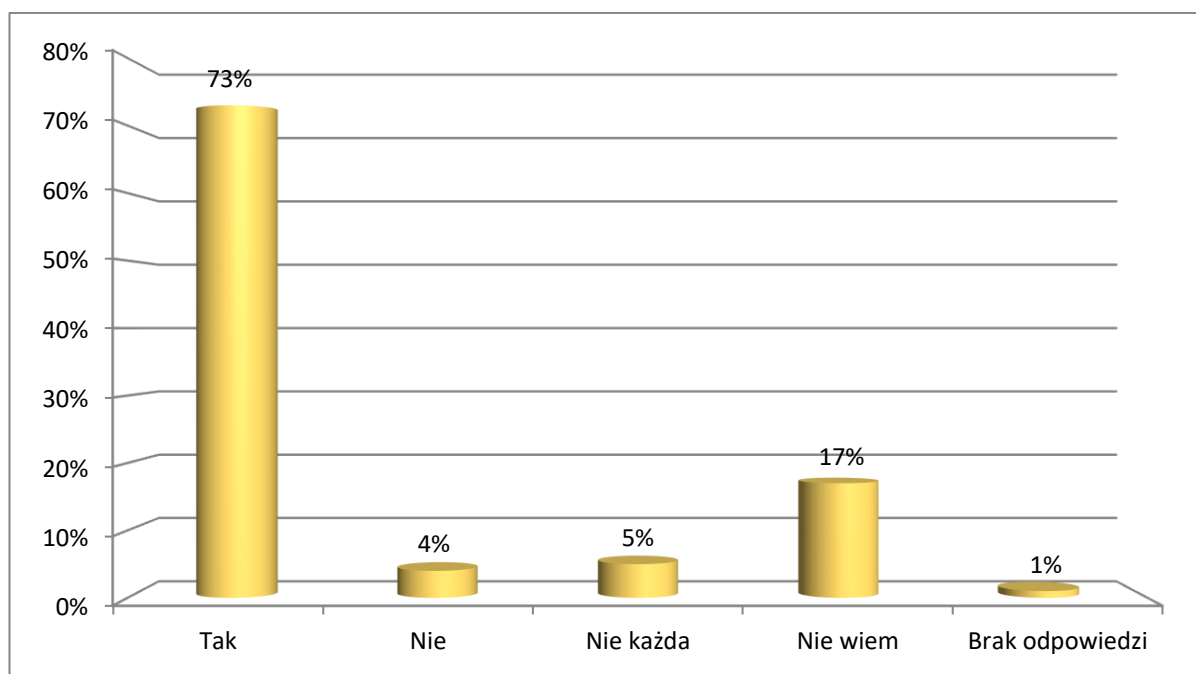
Według większości badanych rodziców (77% - 77 osoby) polscy lekarze są dostatecznie przygotowani do opieki nad ich dziećmi. Przeciwnie uważało zaledwie 4% rodziców. 7% respondentów było zdania, że nie każdy polski lekarz jest dostatecznie przygotowany do opieki nad ich dziećmi, a 12% nie potrafiło wskazać odpowiedzi (Rycina 62).



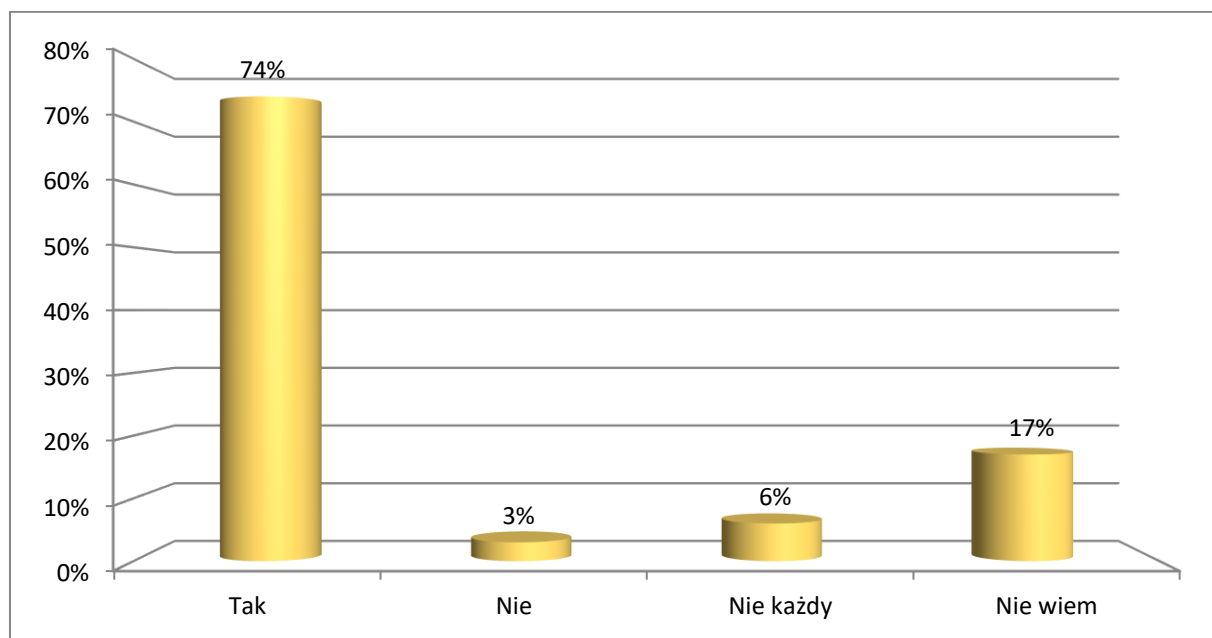
Rycina 62. Ocena rodziców na temat kompetencji polskich lekarzy

Respondentom zadano też pytanie, czy polskie pielęgniarki są dostatecznie przygotowane do opieki nad ich dziećmi. Podobnie jak w pytaniu o przygotowanie lekarzy, większość badanych (73% - 73 osoby) stwierdziła, że polskie pielęgniarki są wystarczająco przygotowane, aby opiekować się ich dziećmi. Przeciwnego zdania było 4% badanych. Zdaniem 5% respondentów nie każda polska pielęgniarka, jest do tego dostatecznie przygotowana, a 17% odpowiedziało "nie wiem". 1 osoba nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie (Rycina 63).

Podobne wyniki uzyskano w pytaniu o przygotowanie polskich nauczycieli do nauczania dzieci badanych. Większość (74%) odpowiedziała, że polscy nauczyciele są wystarczająco przygotowani aby uczyć ich dzieci, a przeciwnego zdania było 3% badanych rodziców. Zdaniem 6% badanych nie każdy polski nauczyciel jest dostatecznie przygotowany do tego aby nauczać ich dzieci. 17% rodziców nie potrafiło wskazać odpowiedzi i odpowiedziało, że nie wie (Rycina 64).



Rycina 63. Ocena rodziców na temat kompetencji polskich pielęgniarek

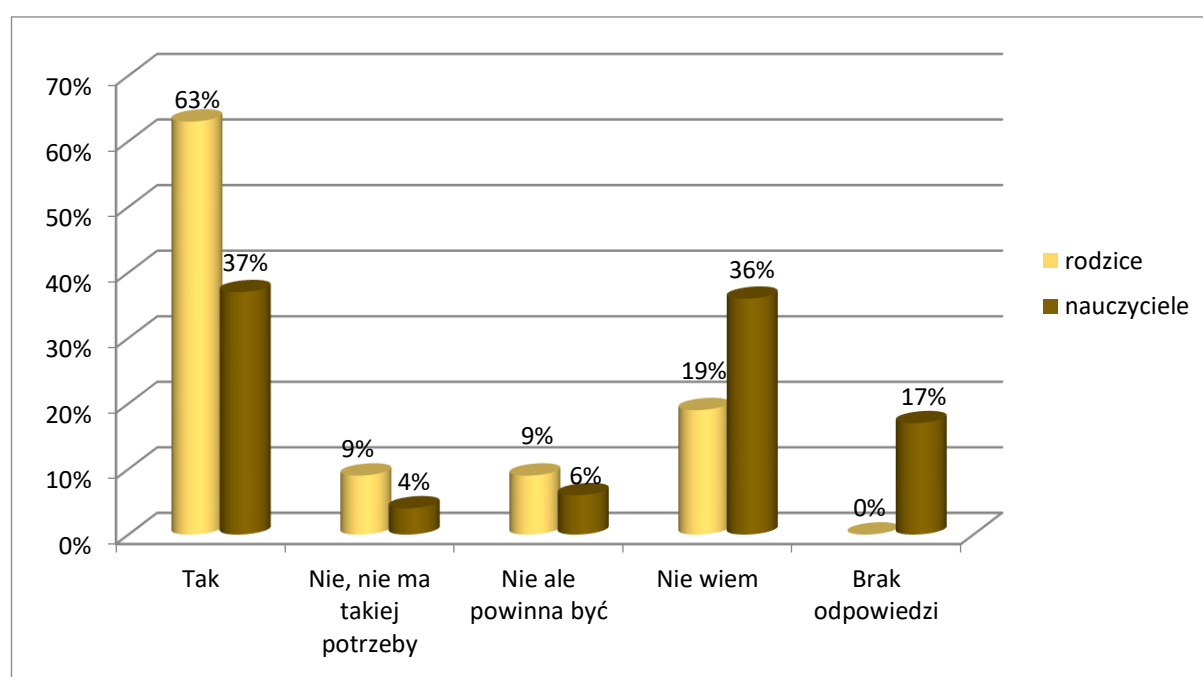


Rycina 64. Ocena rodziców na temat kompetencji polskich nauczycieli

Jak pokazują dane z Ryciny 65 ponad połowa rodziców (63%) potwierdziła, że w ośrodku, w którym mieszkają istnieje natychmiastowa możliwość uzyskania porady lekarskiej. Łącznie 18% badanych rodziców stwierdziło, że w ośrodku nie ma takiej możliwości, z czego 9% uważało, że generalnie nie ma takiej potrzeby, a drugie 9% - że możliwość uzyskania takiej porady powinna być dostępna. 19% rodziców nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie.

Wszyscy badani rodzice przebywają w ośrodku dla cudzoziemców w Białej Podlaskiej, w którym jest możliwość kontaktu z lekarzem w każdej chwili.

Rycina 65 obrazuje także odpowiedzi nauczycieli na powyższe pytanie. Według 37% badanych nauczycieli istnieje taka możliwość. 10% nauczycieli uważało, że nie ma takiej możliwości, z czego 6% wszystkich ankietowanych - że powinna być taka możliwość, a 4% że nie ma takiej potrzeby. Duża część nauczycieli (36%) przyznała, że nie wie czy w ich ośrodkach jest możliwość uzyskania porady lekarskiej w każdej chwili, a 17% nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Jak pokazują dane zobrazowane w Tabeli XXIII istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.



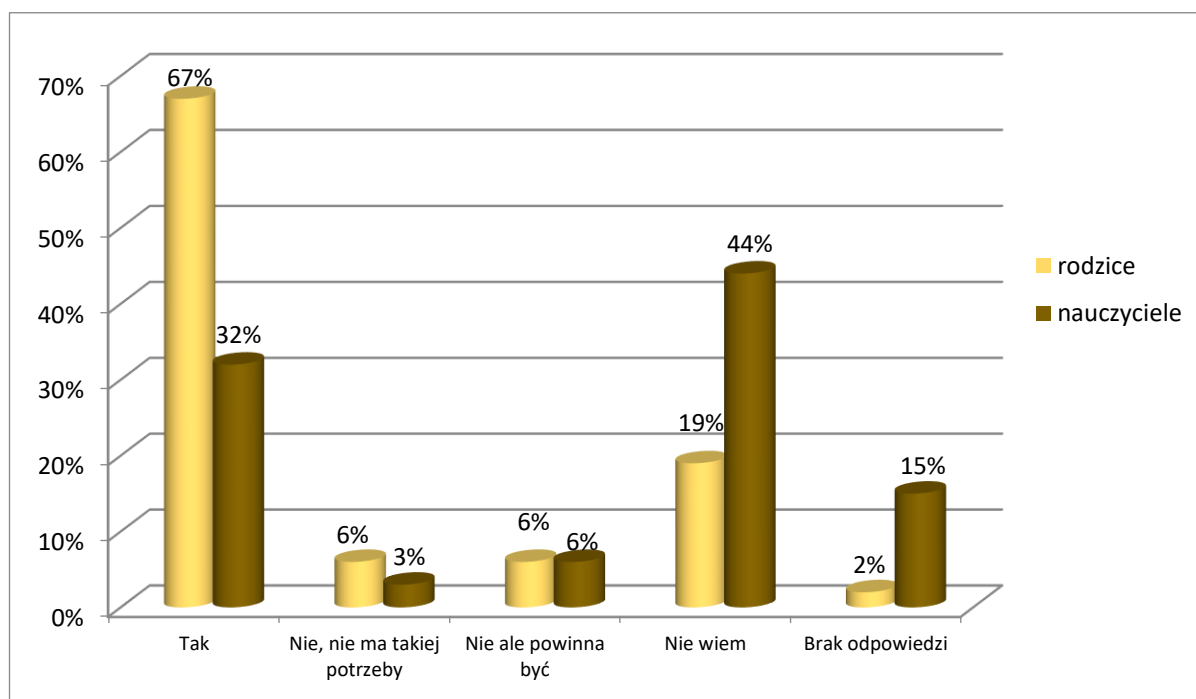
Rycina 65. Możliwość uzyskania natychmiastowej porady lekarskiej w ośrodku według badanych

Tabela XXIII. Różnice w wiedzy na temat możliwości uzyskania natychmiastowej porady lekarskiej w ośrodku pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Możliwość porady lekarskiej w ośrodku	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Jest	63 (63%)	37 (44,6%)	0,004
Nie ma takiej potrzeby	9 (9%)	4 (4,8%)	
Nie ma, ale powinna być	9 (9%)	6 (7,2%)	
Nie wiem	19 (19%)	36 (43,4%)	

Respondentom zadano podobne pytanie - "Czy w ośrodku jest możliwość w każdej chwili kontaktu z pielęgniarką?". Rozkład procentowy odpowiedzi pokazuje rycina 66. Podobnie jak w pytaniu o porady lekarskie większość rodziców (67%) potwierdziła, że w ośrodku, w którym mieszkają istnieje możliwość kontaktu z pielęgniarką w każdej chwili. Brak takiej możliwości deklarowało łącznie 12% badanych rodziców, z czego 6% uważało, że nie ma takiej potrzeby, a drugie 6% - że możliwość kontaktu z pielęgniarką w każdej chwili powinna być dostępna. 19% badanych nie potrafiło powiedzieć, czy w ich ośrodku jest taka możliwość, a 2% nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Wszyscy badani rodzice przebywają w ośrodku dla cudzoziemców w Białej Podlaskiej, w którym jest możliwość kontaktu z pielęgniarką w każdej chwili.

Rycina 66 pokazuje odpowiedzi na to pytanie w grupie nauczycieli. Największa grupa nauczycieli (44%) stwierdziła, że nie wie czy w ośrodku, w którym pracują istnieje możliwość kontaktu z pielęgniarką w każdej chwili. 32% ankietowanych nauczycieli potwierdziło, że taka możliwość istnieje. Łącznie 9% badanych nauczycieli uważało, że takiej możliwości nie ma, z czego 3% - że nie ma takiej potrzeby, a 6% - że możliwość kontaktu z pielęgniarką w każdej chwili powinna być dostępna. 15% badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Wszyscy badani nauczyciele pracują w ośrodku dla cudzoziemców w Białej Podlaskiej, w którym jest możliwość kontaktu z pielęgniarką w każdej chwili.



Rycina 66. Możliwość natychmiastowego kontaktu z pielęgniarką w ośrodku według badanych

Jak pokazuje Tabela XXIV istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.

Tabela XXIV. Różnice w wiedzy na temat możliwości uzyskania natychmiastowej porady lekarskiej w ośrodku pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Możliwość kontaktu z pielęgniarką w ośrodku	Różnice między rodzicami a nauczycielami		P
	Grupa		
	Rodzice	Nauczyciele	
Jest	67 (68,4%)	32 (37,6%)	0,000
Nie ma takiej potrzeby	6 (6,1%)	3 (3,5%)	
Nie ma, ale powinna być	6 (6,1%)	6 (7,1%)	
Nie wiem	19 (19,4%)	44 (51,8%)	

Zapytano rodziców jak ich dzieci spędzają czas wolny w ośrodku. Odpowiedzi na to pytanie pokazuje Rycina 67.

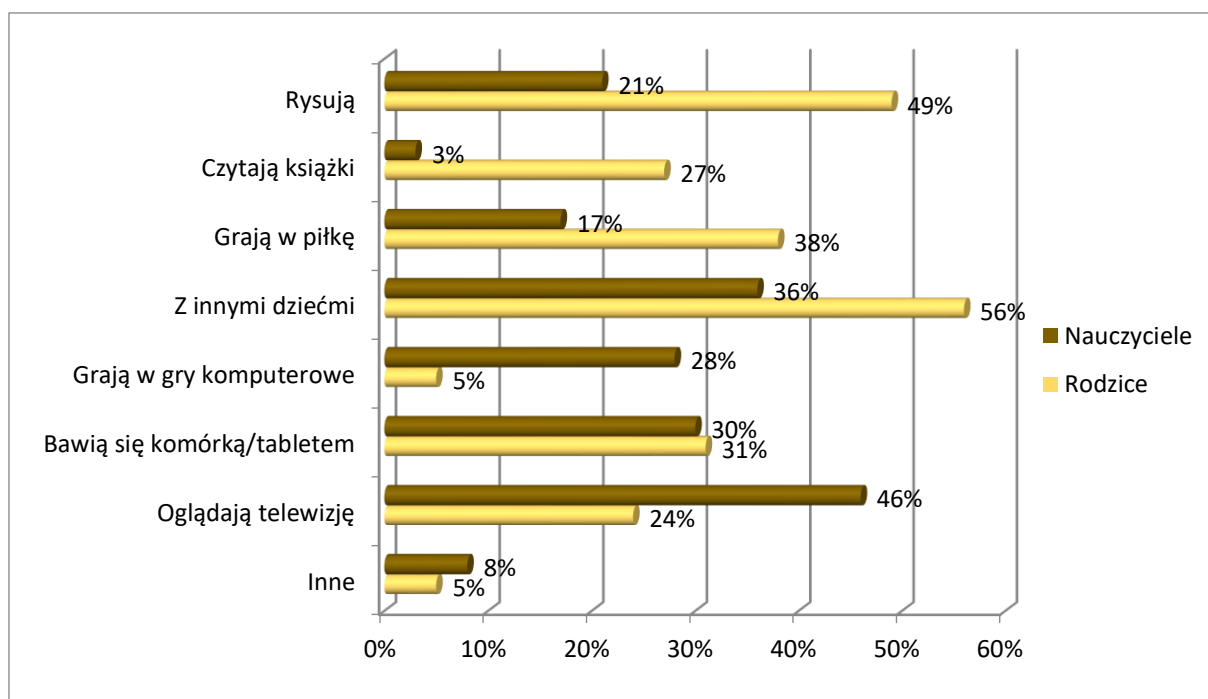
Ponad połowa ankietowanych wskazała spędzanie czasu z innymi dziećmi (56%). Drugim najczęściej sposobem spędzania wolnego czasu było rysowanie/kolorowanie (49%), a następnie - gra w piłkę (38%), zabawa telefonem komórkowym lub tabletem (31%), czytanie książek (29%), oglądanie telewizji (24%), a po 5% badanych wskazało gry komputerowe i inne.

Dane z Ryciny 67 pokazują również jak według nauczycieli dzieci z ośrodka spędzają wolny czas.

Najczęściej podawanym przez badanych nauczycieli sposobem spędzania czasu było oglądanie telewizji (46%). Na drugim miejscu nauczyciele wskazywali spędzanie czasu z innymi dziećmi (36%). 30% badanych uważało, że dzieci z ośrodka zazwyczaj bawią się telefonami komórkowymi lub tabletami. 28% ankietowanych wskazało na gry komputerowe, 21% - rysowanie/kolorowanie, 17% - grę w piłkę, tylko 3% nauczycieli - czytanie książek, a 8% - inne sposoby spędzania czasu. Procent odpowiedzi w tym pytanie nie równa się 100 ponieważ badani zaznaczali od 1 do kilku odpowiedzi.

Jak pokazuje Tabela XXV stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.

Różnic nie stwierdzono jedynie w przypadku odpowiedzi „bawią się telefonem/tabletem” oraz „inne”.



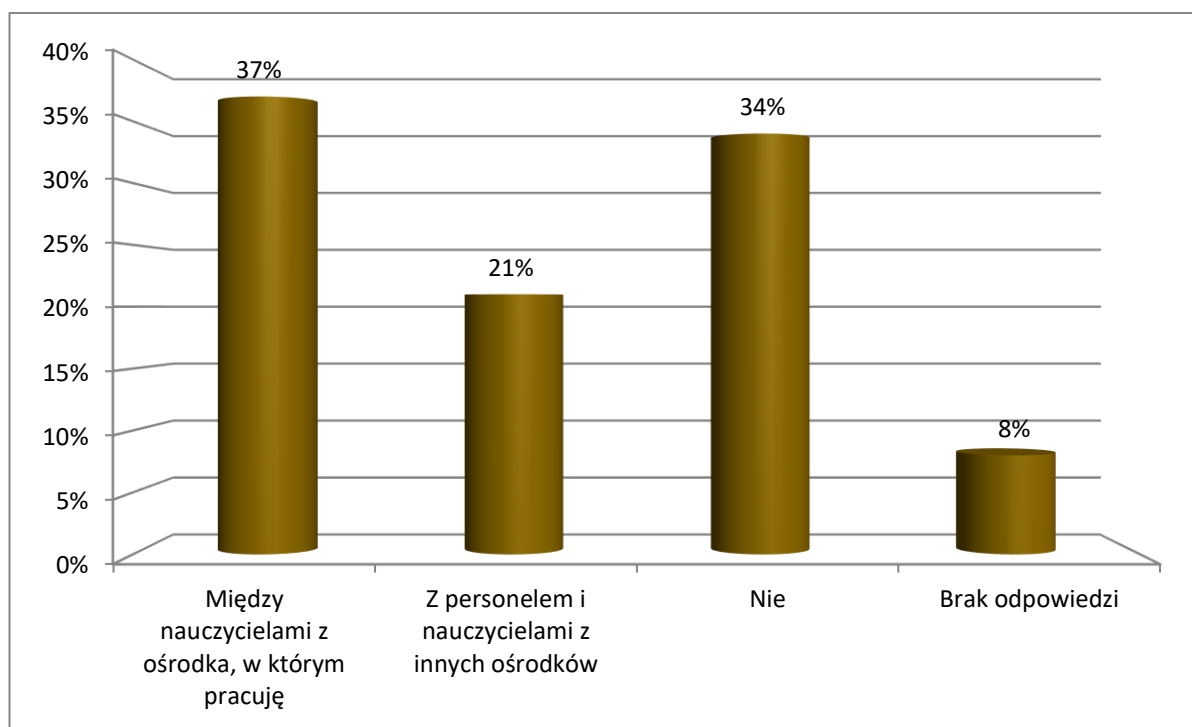
Rycina 67. Spósz spędzania wolnego czasu przez dzieci imigrantów

Tabela XXV. Róznice w wiedzy o spędzaniu przez dzieci czasu wolnego pomiędzy rodzicami a nauczycielami

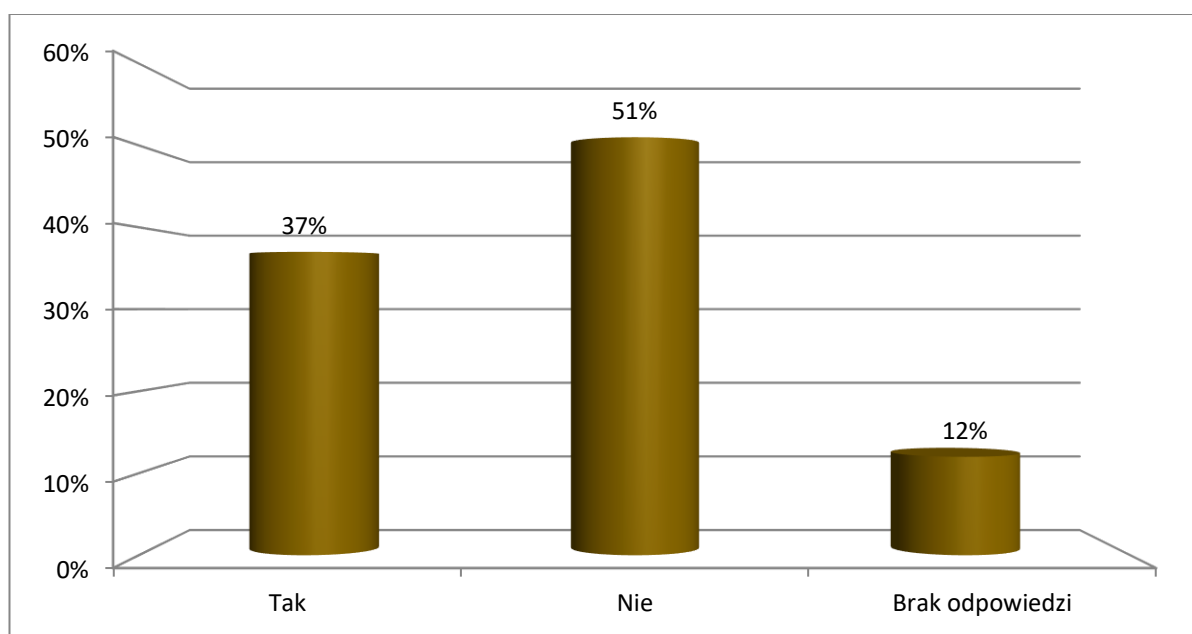
Sposoby spędzania czasu dzieci	Róznice między rodzicami a nauczycielami				
	Grupa				P
	Rodzice		Nauczyciele		
	Tak	Nie	Tak	Nie	
Telewizja	24 (24%)	76 (76%)	46 (46%)	54 (54%)	0,002
Telefon/tablet	31 (31%)	69 (69%)	30 (30%)	70 (70%)	1,000
Gry komputerowe	5 (5%)	95 (95%)	28 (28%)	72 (72%)	0,000
Z innymi dzie	56 (56%)	44 (44%)	36 (36%)	64 (64%)	0,007
Gra w pi	38 (38%)	62 (62%)	17 (17%)	83 (83%)	0,002
Książki	27 (27%)	73 (73%)	3 (3%)	97 (97%)	0,000
Rysowanie	49 (49%)	51 (51%)	21 (21%)	79 (79%)	0,000
Inne	5 (5%)	95 (95%)	8 (8%)	92 (92%)	0,566

Również nauczyciele odpowiedzieli na pytania dotyczące wielokulturowości i pracy z dzieckiem odmiennym językowo i kulturowo.

Grupę nauczycieli zapytano, czy prowadzą wymianę doświadczeń z zakresu edukacji wobec wyzwań migracyjnych. 37% badanych prowadziło taką wymianę doświadczeń, ale tylko w obrębie ośrodka, w którym pracują. 21% badanych nauczycieli wymieniało się doświadczeniami z nauczycielami oraz pracownikami innych ośrodków dla cudzoziemców, a 34% badanych w ogóle nie prowadziło wymiany doświadczeń. 8% respondentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie (Rycina 68).



Rycina 68. Wymiana doświadczeń z zakresu edukacji wobec wyzwań migracyjnych badanych nauczycieli

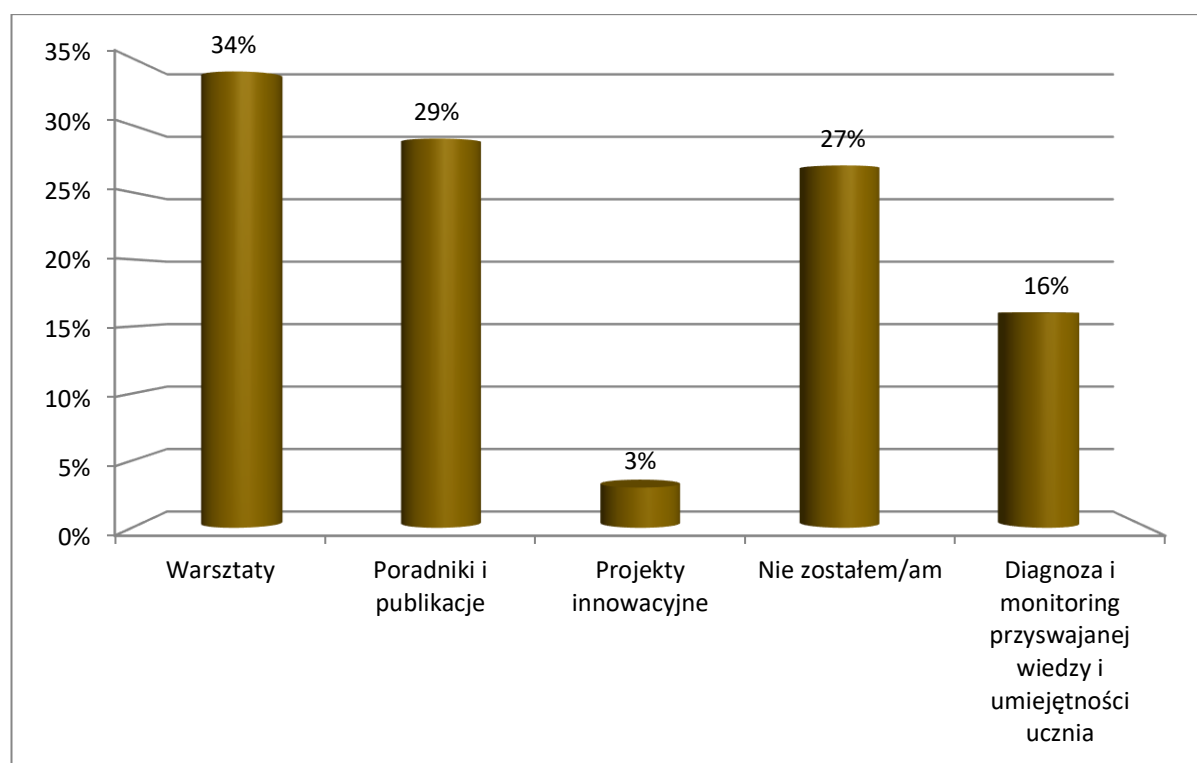


Rycina 69. Informacja dla nauczycieli co było przedmiotem rozmowy z dzieckiem przed przyjęciem go w przypadku braku dokumentacji

Jak pokazują dane zgromadzone na Rycinie 69, blisko połowa nauczycieli, którzy wzięli udział w badaniu (51%), w sytuacji braku dokumentacji nie została poinformowana o

przedmiocie rozmowy z dzieckiem przed przyjeciem go na okreslony etap ksztalcenia. Informacje takie otrzymało 37% badanych. 12% ankietowanych nauczycieli nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Wyniki obrazuje (Rycina 69).

Rycina 70 zawiera dane pokazujace w jaki sposob nauczyciele zostali przygotowani do wspolpracy z uczniem w kontekście wielokulturowosci i wielojezycznosci. Blisko 1/3 badanych (34%) brała udział w warsztatach. 29% badanych zapoznawalo się z publikacjami i poradnikami na ten temat. 27% nauczycieli nie zostalo przygotowanych do wspolpracy z uczniem w kontekście wielokulturowosci i wielojezycznosci. 16% badanych zostalo przygotowanych do diagnozy i monitorowania wiedzy oraz umiejtnosci przyswajanych przez ucznia, a 3% badanych brało udział w projektach innowacyjnych.

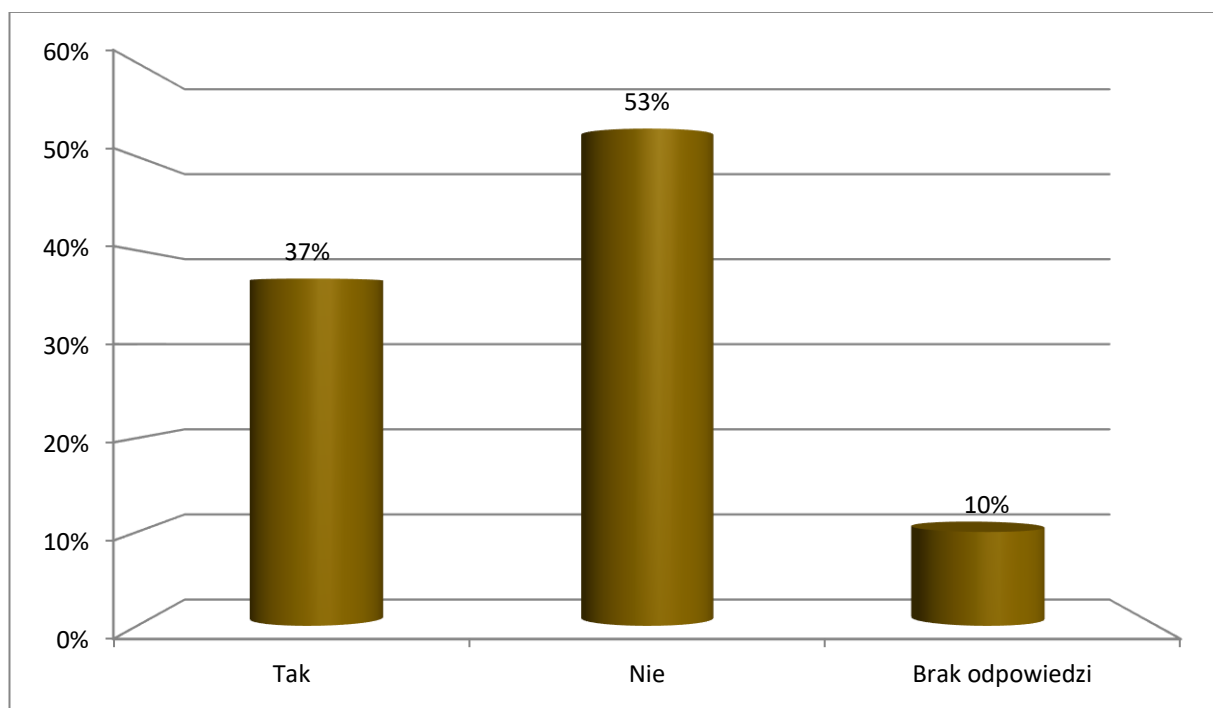


Rycina 70. Sposób przygotowania nauczycieli do pracy z uczniami imigrantów

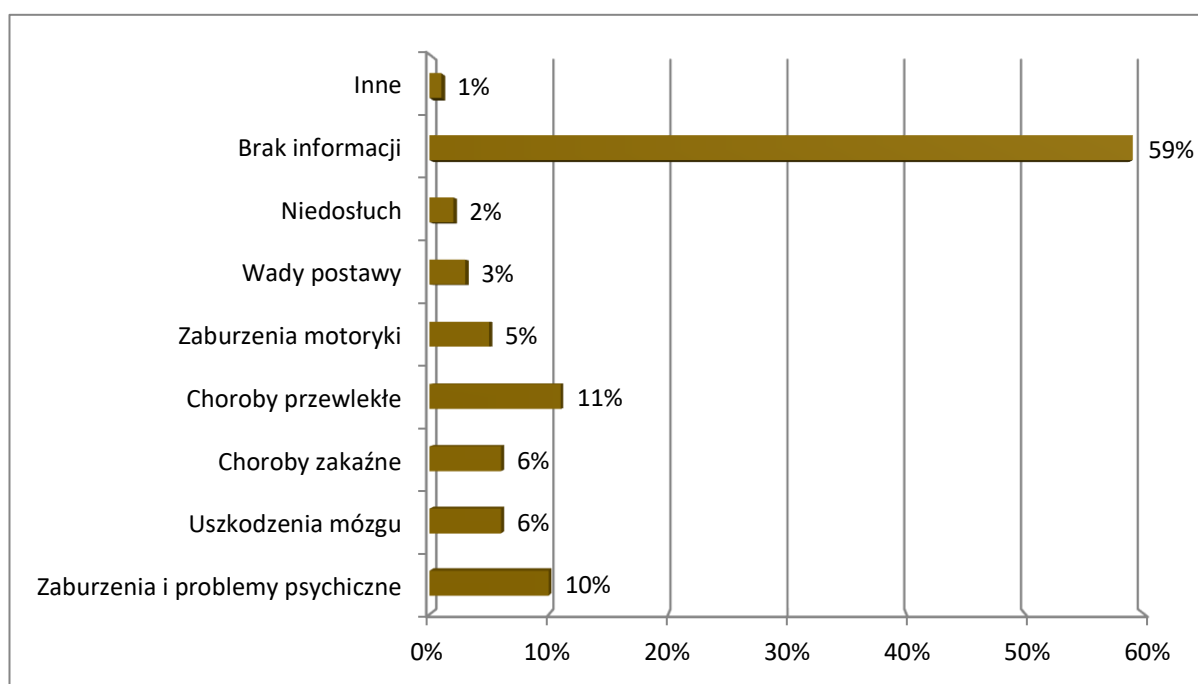
Stwierdzono, że ponad połowa nauczycieli (53%) nie znała powodu umieszczenia rodziny w ośrodku. Informacje takie posiadało 37% ankietowanych. Co dziesiąty nauczyciel (10%) nie odpowiedział na to pytanie (Rycina 71).

Ponad połowa badanych (59%) w ogóle nie została poinformowana o stanie zdrowia dzieci z ośrodka. 11% nauczycieli - tylko o chorobach przewlekłych dzieci, co dziesiąty nauczyciel (10%) - o zaburzeniach i problemach psychicznych dzieci, po 6% nauczycieli -

o uszkodzeniach mózgu oraz chorobach zakaźnych, 5% -na temat zaburzeń motoryki małej i dużej u dzieci z ośrodka, 3% -o wadach postawy, 2% -o niedosłuchu, a 1% - o innych problemach zdrowotnych. Procent odpowiedzi w tym pytaniu nie równa się 100, ponieważ badani nauczyciele mieli możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi (Rycina 72).



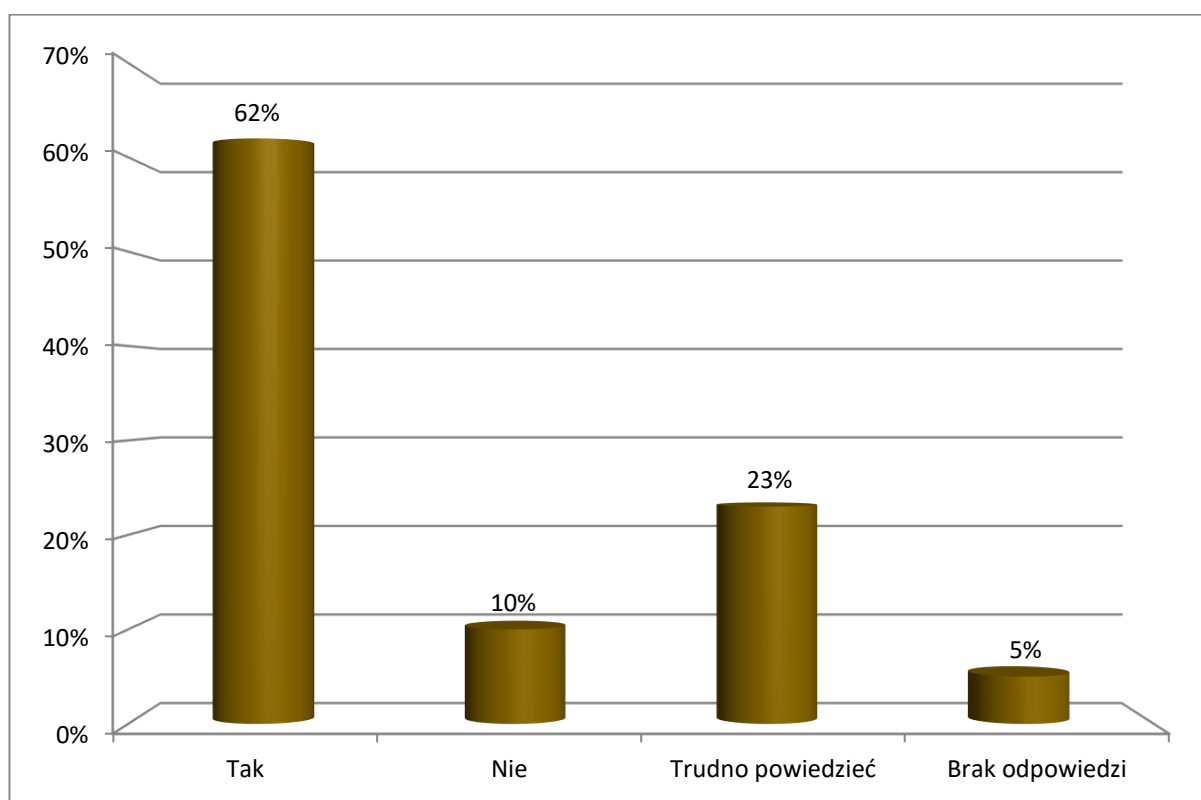
Rycina 71. Wiedza nauczycieli na temat powodów umieszczenia rodziny w ośrodku



Rycina 72. Informacja dla nauczycieli o stanie zdrowia dziecka

Grupę nauczycieli zapytano, czy mają świadomość problemów edukacyjnych i wychowawczych, które nie są związane z barierą językową. Odpowiedzi na to pytanie pokazuje Rycina 73.

Ponad połowa badanych nauczycieli (62%) była świadoma takich problemów. 10% respondentów nie miało takiej świadomości problemów edukacyjnych i wychowawczych nie związanych z barierą językową, a prawie 1/4 badanych nauczycieli (23%) nie jest w stanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi, a 5 osób (5%) wcale jej nie udzieliło (Rycina 73).

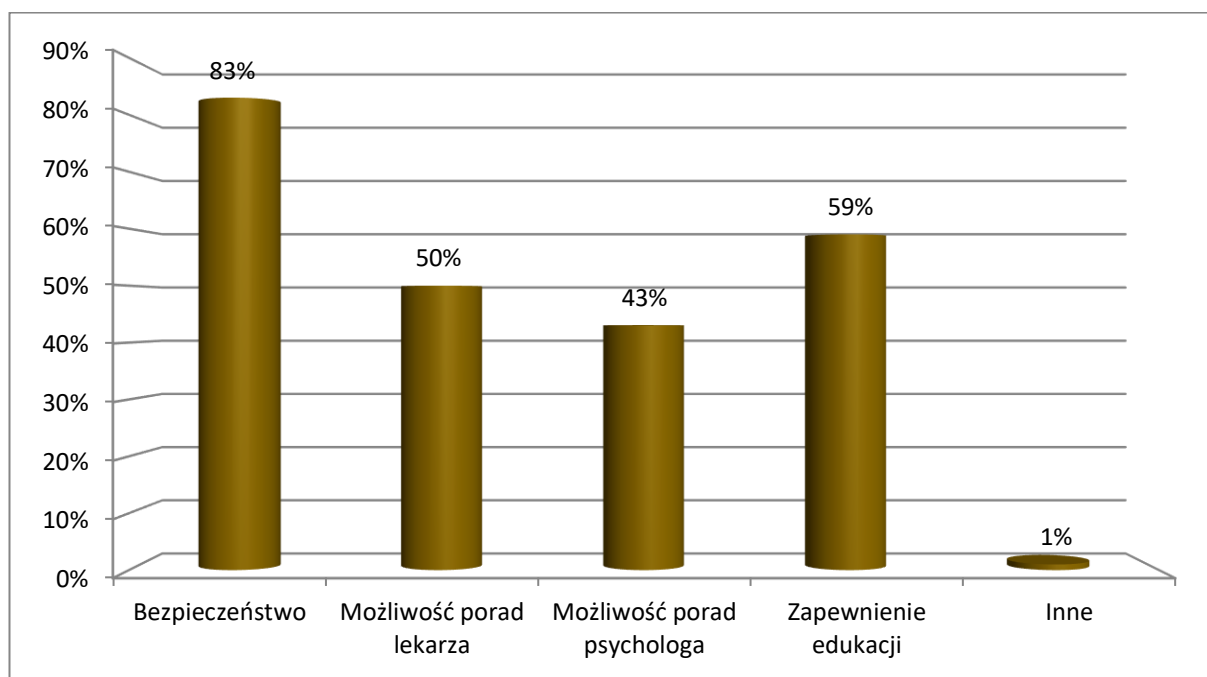


Rycina 73. Świadomość problemów edukacyjnych i wychowawczych nie powiązanych z barierą językową wśród nauczycieli

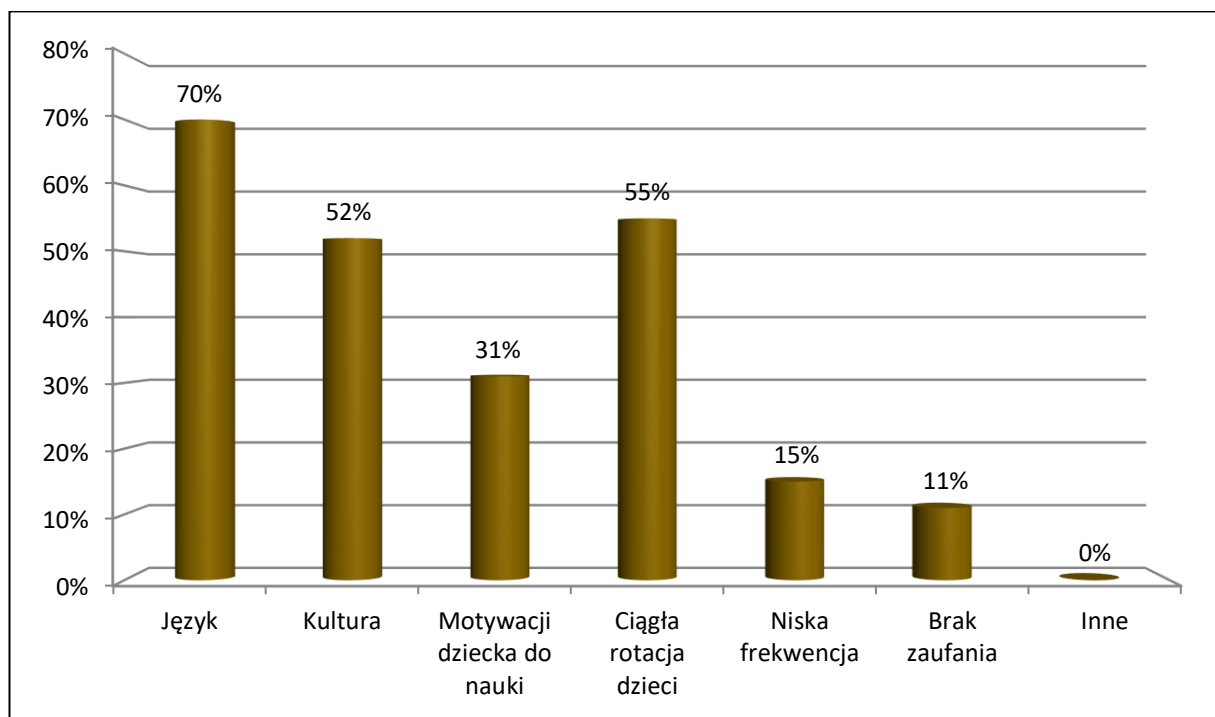
Rycina 74 zawiera opinie nauczycieli w kwestii, co uważają za ważne dla dzieci w czasie przybywania w ośrodku. Rozkład odpowiedzi nauczycieli jest podobny do rozkładu odpowiedzi rodziców, różnią je jedynie dokładne wartości procentowe.

Według nauczycieli najważniejsze dla dzieci w czasie pobytu w ośrodku jest bezpieczeństwo (83%). Na drugim miejscu uplasowali zapewnienie edukacji (59%), następnie - możliwość uzyskania porad od lekarza (50%). 43% za ważne dla dzieci uważało możliwość uzyskania porad od psychologa. 1 osoba (1%) za ważne uważała coś innego, jednak nie zostało to sprecyzowane.

Procent odpowiedzi w tym pytaniu nie równa się 100, ponieważ badani nauczyciele mieli możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi.



Rycina 74. Czynniki ważne dla dziecka w czasie pobytu w ośrodku w ocenie nauczycieli



Rycina 75. Największe bariery w komunikacji i przekazywaniu wiedzy dzieciom z ośrodka według nauczycieli

Według badanych nauczycieli największą barierą w komunikacji z dziećmi z ośrodka jest język, który został wskazany przez 70% grupy (Rycina 75). Jako drugą największą barierę nauczyciele podali ciągłą rotację dzieci (55%). Kolejna wskazywana bariera to inna kultura (52%). Blisko co trzeci nauczyciel (31%) jako barierę w komunikacji w przekazywaniu jakiegokolwiek wiedzy i umiejętności wskazał motywację dzieci do nauki, 15% - niską frekwencję, a 11% nauczycieli na brak zaufania.

Procent odpowiedzi nie równa się 100 ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru (Rycina 75).

SATYSFAKCJA Z ŻYCIA RODZICÓW I NAUCZYCIELI OCENIANA SKALĄ SWLS

Do pomiaru zadowolenia z życia posłużyła skala SWLS. W skali tej można zdobyć od 5 do 35 punktów. Im wyższy wynik tym większe zadowolenie z życia. Wyniki surowe można przekształcić na wyniki standaryzowane, wyrażone w stenach oraz na 7 stopniową skalę przymiotnikową.

Jak wynika z danych z tabeli XXVI średni wynik surowy w grupie rodziców wynosi 19,07 pkt. Zmieniając ten wynik na steny wynosi on 5 stenów, co można zinterpretować jako wynik przeciętny. Na skali przymiotnikowej za to wynik 19,07 pkt. świadczy o tym, że osoba jest raczej niezadowolona ze swojego życia.

Po przekształceniu pojedynczych wyników na skalę przymiotnikową (Tabela XXVII) można zauważyć, że 51% badanych rodziców było w różnym stopniu niezadowolonych ze swojego życia, zaś 48% w różnym stopniu zadowolonych z życia.

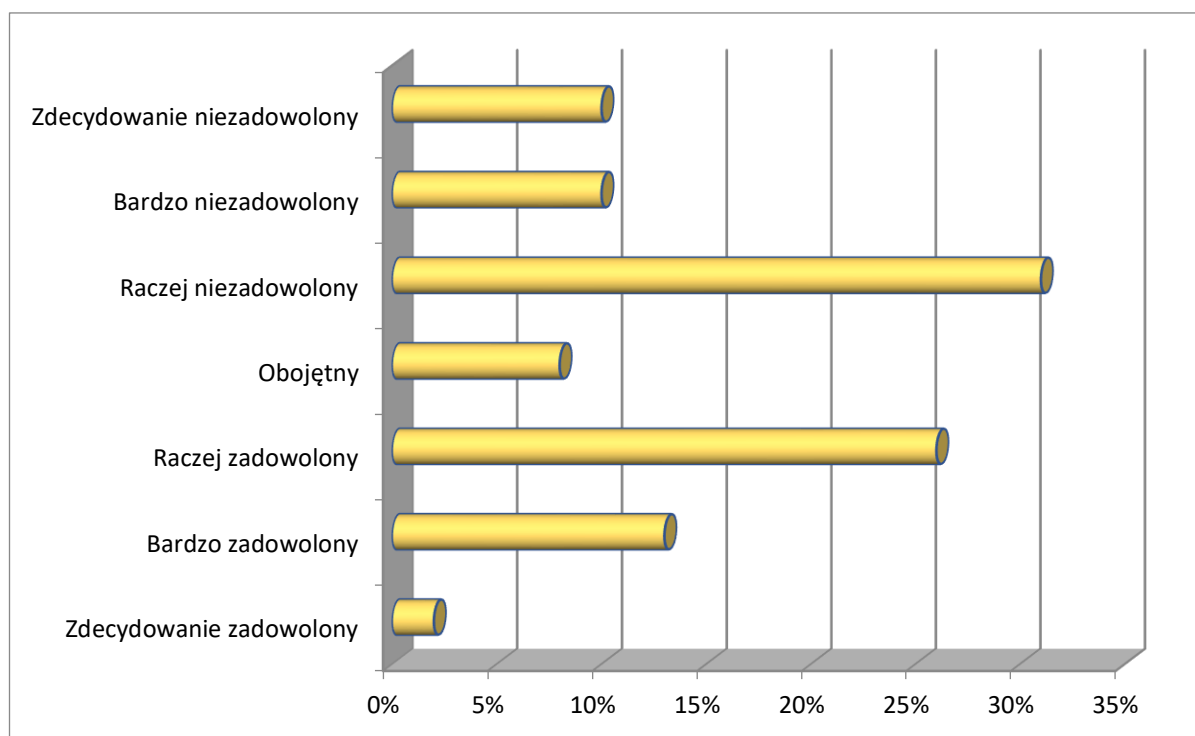
Wyniki obrazuje także Rycina 76.

Tabela XXVI. Ocena zadowolenia z życia w grupie rodziców

	Wyniki SWLS					
	Średnia	Mediana	C ₂₅	C ₇₅	Min	Max
Wyniki surowe	19,07	19	16	19	5	32
Steny	5,03	5	4	7	1	10

Tabela XXVII. Wyniki SWLS rodziców zamienione na skalę przymiotnikową

Przymiotnikowa miara zadowolenia z życia (SWLS)		
	Liczebność	%
Osoba zdecydowanie niezadowolona	10	10
Osoba bardzo niezadowolona	10	10
Osoba raczej niezadowolona	31	31
Osoba obojętna	8	8
Osoba raczej zadowolona	26	26
Osoba bardzo zadowolona	13	13
Osoba zdecydowanie zadowolona	2	2



Rycina 76. Wyniki SWLS rodziców zamienione na skalę przymiotnikową

Tabele XXVIII i XXIX przedstawiają takie same informacje, jak tabele XXVI i XXVII, ale w odniesieniu do ankietowanych nauczycieli.

Średni wynik na skali SWLS w grupie nauczycieli wynosi 23,97 co (w zaokrągleniu do 24) daje 7 stenów.

Interpretując ten wynik na skali przymiotnikowej można by powiedzieć, że osoba, która taki wynik uzyskała jest raczej zadowolona z życia.

Po przekształceniu na wyników na skalę przymiotnikową można zauważyć, że większość nauczycieli (74%) była zadowolona z życia w różnym stopniu. Niezadowolonych było 19% nauczycieli.

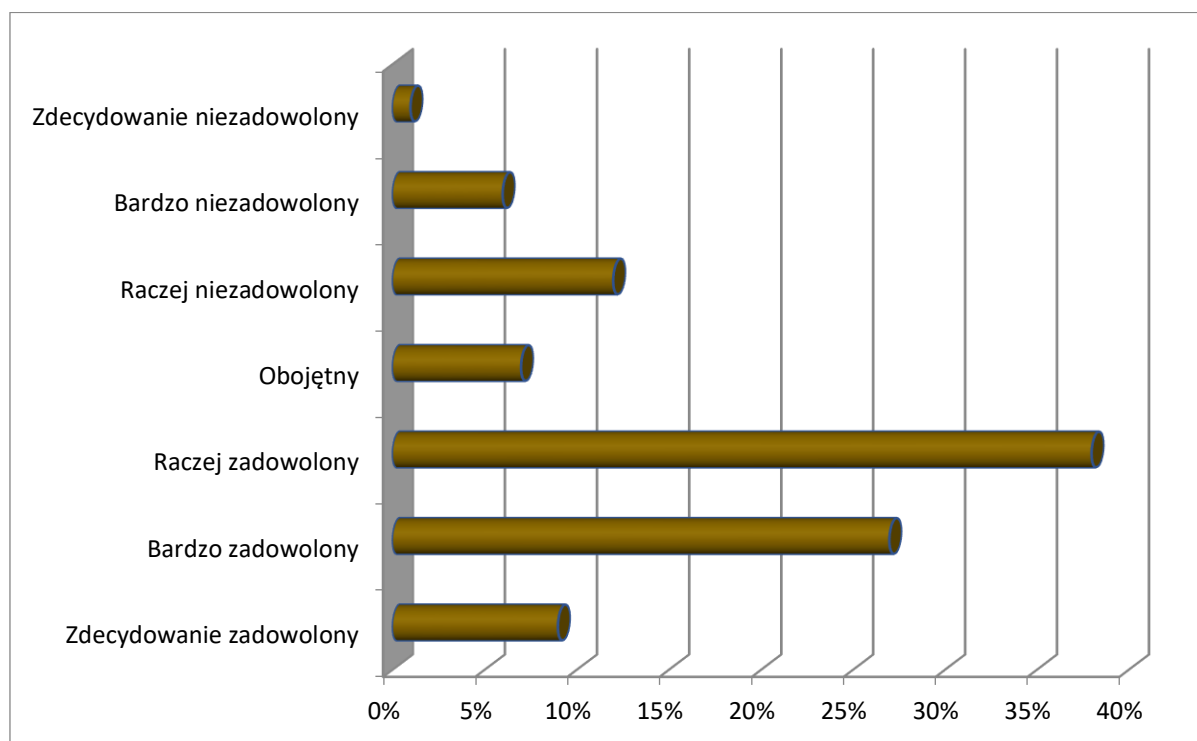
Wyniki obrazuje także Rycina 77.

Tabela XXVIII. Ocena zadowolenia z życia w grupie nauczycieli

	Wyniki SWLS					
	Średnia	Mediana	C ₂₅	C ₇₅	Min	Max
Wyniki surowe	23,97	24	20	29	10	35
Steny	6,70	7	5	9	1	10

Tabela XXIX. Wyniki SWLS nauczycieli zamienione na skalę przymiotnikową

Przymiotnikowa miara zadowolenia z życia (SWLS)		
	Liczebność	%
Osoba zdecydowanie niezadowolona	1	1
Osoba bardzo niezadowolona	6	6
Osoba raczej niezadowolona	12	12
Osoba obojętna	7	7
Osoba raczej zadowolona	38	38
Osoba bardzo zadowolona	27	27
Osoba zdecydowanie zadowolona	9	9



Rycina 77. Wyniki SWLS nauczycieli zamienione na skalę przymiotnikową

Tabele XXX, XXXI i XXXII przedstawiają związek wyników SWLS rodziców na skali stenowej pogrupowanych według podręcznika z ich odpowiedziami dotyczącymi nauczycieli. Do sprawdzenia tych związków posłużyły testy: χ^2 (do określenia czy taki związek istnieje) oraz V Cramera (do sprawdzenia siły tego związku).

Tabela XXX dotyczy związku pomiędzy wynikami SWLS rodziców i ich opinią na temat tego, czy nauczyciele powinni przekazywać ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych.

Test V Cramera wskazał słaby związek, jednak istotność statystyczna wynosi 0,535 co sugeruje, że związek między tymi zmiennymi nie jest istotny statystycznie. Oznacza to, że nie można mówić o związku między zadowoleniem z życia rodziców, a ich opinią na temat tego, czy nauczyciele powinni przekazywać ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych.

Tabela XXX. Związek wyników rodziców w skali SWLS z ich odpowiedzią na pytanie czy nauczyciel powinien przekazywać ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych

Wyniki stenowe SWLS	Czy nauczyciel powinien przekazywać dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych?		Ogółem	Wyniki testu Chi ² i V Cramera
	Tak	Nie		
Niskie	12	26	38	Chi ² = 1,253 V _c = 0,112 P = 0,535
Przeciętne	9	27	36	
Wysokie	5	21	26	

Tabela XXXI dotyczy związku wyników SWLS rodziców i ich opiniami na temat przygotowania polskich nauczycieli do opieki nad ich dziećmi. Wynik testu V Cramera wykazał słaby związek między tymi zmiennymi, a istotność statystyczna wynosząca 0,042 sugeruje, że związek między tymi zmiennymi jest statystycznie istotny. Oznacza to, że można mówić o związku między stopniem z zadowolenia z życia rodziców oraz ich opiniami na temat przygotowania polskich nauczycieli do opieki nad ich dziećmi.

Tabela XXXI. Związek wyników rodziców w skali SWLS z ich odpowiedzią na pytanie czy polscy nauczyciele są odpowiednio przygotowani do opieki nad ich dziećmi

Wyniki stenowe SWLS	Czy polscy nauczyciele są odpowiednio przygotowani do opieki nad dziećmi uchodźców?				Ogółem	Wyniki testu Chi ² i V Cramera
	Tak	Nie	Nie każdy	Nie wiem		
Niskie	27	0	4	7	38	Chi ² =13,082 V _c =0,256 P=0,042
Przeciętne	29	0	0	7	36	
Wysokie	18	3	2	3	26	

Tabela XXXII dotyczy związku wyników SWLS rodziców i ich odpowiedziami na pytanie dotyczące tego, czy do tej pory nauczyciele przekazywali ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych.

Wynik V Cramera wskazuje na słaby związek, ale istotność statystyczna wynosi 0,157 co sugeruje, że związek między tymi zmiennymi nie jest statystycznie istotny. Oznacza to, że nie można mówić o związku między zadowoleniem z życia rodziców a ich opinią na temat tego, czy nauczyciele do tej pory przekazywali ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych.

Tabela XXXII. Związek wyników rodziców w skali SWLS z ich odpowiedzią na pytanie czy do tej pory nauczyciel przekazywał ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych

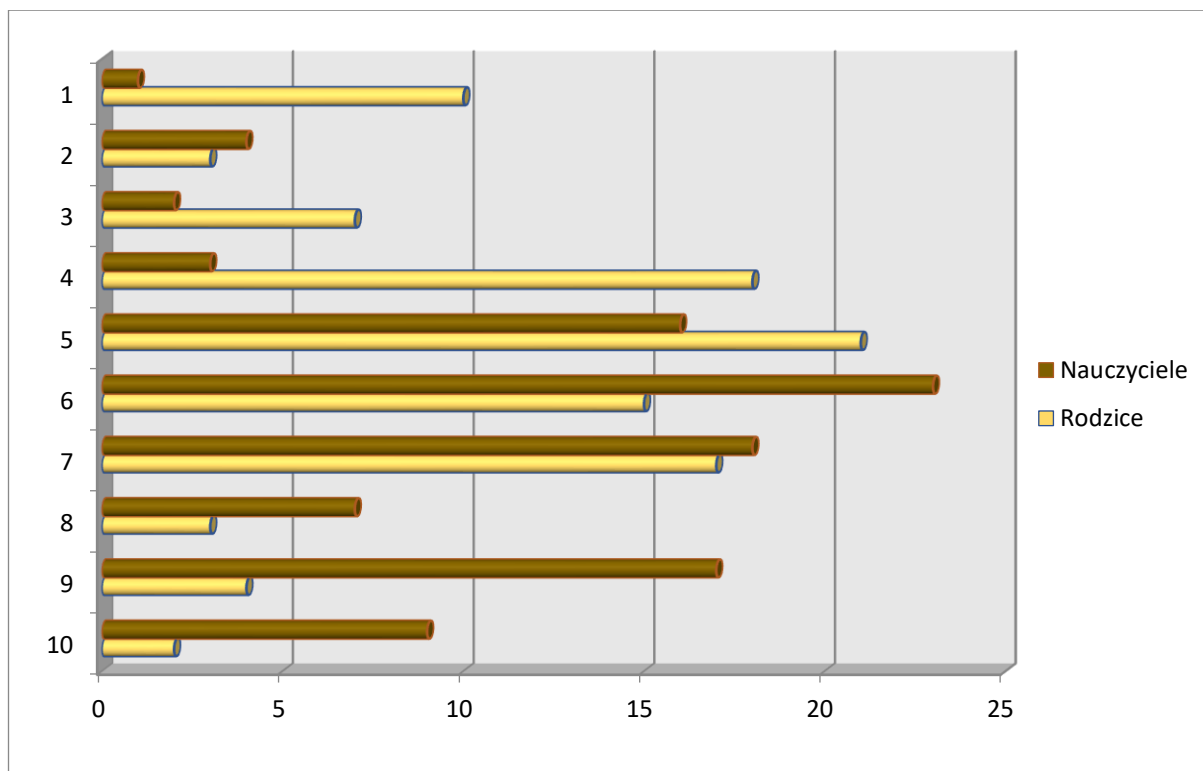
Wyniki stenowe SWLS	Czy do tej pory nauczyciel przekazywał dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych?		Ogółem	Wyniki testu Chi ² i V Cramera
	Tak	Nie		
Niskie	7	31	38	Chi ² = 3,709 V _c = 0,193 P = 0,157
Przeciętne	13	23	36	
Wysokie	5	21	26	

Tabela XXXIII. Różnice w poczuciu satysfakcji z życia (skala SWLS) między rodzicami a nauczycielami

Wynik stenowy SWLS	Rodzice	Nauczyciele	Istotność testu U Manna-Whitney'a P = 0,000
1	10	1	
2	3	4	
3	7	2	
4	18	3	
5	21	16	
6	15	23	
7	17	18	
8	3	7	
9	4	17	
10	2	9	

Tabela XXXIII i Rycina 78 przedstawiają różnice między badanymi rodzicami, a nauczycielami w poczuciu satysfakcji z życia ocenianej za pomocą skali SWLS.

Można zauważyć, że nauczyciele prezentowali wyższy poziom satysfakcji z życia. Użyty test U Manna-Whitney'a, którego $p = 0,000$ ujawnił istotność statystycznych tych różnic.



Rycina 78. Różnice w poczuciu satysfakcji z życia (skala SWLS) między rodzicami a nauczycielami

ZACHOWANIA ZDROWOTNE RODZICÓW I NAUCZYCIELI OCENIANE SKALĄ IZZ

Tabela XXXIV obrazuje zachowania prozdrowotne grupy rodziców oceniane za pomocą skali IZZ. Maksymalny możliwy wynik ogólny w tej skali wynosi 120 punktów, a minimalny to 24 punkty. Im wyższy wynik tym większe nasilenie zachowań prozdrowotnych. W podskalach "prawidłowe nawyki żywieniowe", "Zachowania profilaktyczne", "Pozytywne nastawienie psychiczne" oraz "Praktyki zdrowotne" najwyższym wynikiem jaki można uzyskać to 6 punktów. Najniższy możliwy wynik wynosi 1. Im bliżej najwyższego wyniku tym większe nasilenie zachowań z danej kategorii.

Średni wynik ogólny badanych rodziców w skali IZZ wynosił 69,72 - co w przeliczeniu na steny dało 3 steny dla kobiet i 4 steny dla mężczyzn i w obu przypadkach można to interpretować jako wyniki niskie. W czterech wymienionych wyżej skalach średnie wyniki oscylowały pomiędzy 2,858 a 2,977 pkt, co można interpretować jako średnie nasilenie tych zachowań zdrowotnych w badanej grupie rodziców (Tabela XXXIV).

Tabela XXXIV. Wyniki IZZ rodziców

	Wyniki IZZ rodzice					
	Średnia	Mediana	C ₂₅	C ₇₅	Min	Max
Wynik ogólny	69,72	70,5	60,25	81	29	103
Prawidłowe nawyki żywieniowe	2,893	2,917	2,167	3,5	1	4,7
Zachowania profilaktyczne	2,977	3	2,5	3,625	1	4,7
Pozytywne nastawienie psychiczne	2,897	3	2,333	3,625	1	4,7
Praktyki zdrowotne	2,858	2,917	2,375	3,333	1	4,8

Grupa nauczycieli uzyskała średni wynik ogólny na poziomie 84,18 pkt. W skali stenowej jest to 6 stenów dla mężczyzn oraz 5 stenów dla kobiet. Wyniki w skali stenowej można zinterpretować jako wyniki przeciętne. W skalach "Prawidłowe nawyki żywieniowe", "Zachowania profilaktyczne", "Pozytywne nastawienie psychiczne" i "Praktyki zdrowotne" wyniki nauczycieli oscylowały między 3,235 w skali praktyk zdrowotnych, a 3,658 w skali pozytywnego nastawienia psychicznego.

Wyniki te były zauważalnie wyższe od tych uzyskanych przez grupę rodziców, jednak nadal można je zinterpretować jako średnie (Tabela XXXV).

Tabela XXXV. Wyniki IZZ nauczycieli

	Wyniki IZZ nauczyciele					
	Średnia	Mediana	C ₂₅	C ₇₅	Min	Max
Wynik ogólny	84,18	84,5	78	92,5	46	116
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,625	3,667	3,042	4,167	2	5
Zachowania profilaktyczne	3,512	3,5	3	4	1,7	5
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,658	3,667	3,333	4	2	5
Praktyki zdrowotne	3,235	3,333	2,875	3,667	1,7	4,7

Tabele XXXVI, XXXVII i XXXVIII przedstawiają związek wyników rodziców na skali stenowej uzyskanych za pomocą kwestionariusza IZZ z ich odpowiedziami dotyczącymi nauczycieli. Do sprawdzenia tych związków posłużyły testy: Chi² do określenia czy taki związek istnieje oraz V Cramera do sprawdzenia siły tego związku.

Tabela XXXVI dotyczy związku wyników skali IZZ i odpowiedzi rodziców na temat tego, czy do nauczyciele powinni przekazywać ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych. Mimo iż wynik testu V Cramera wskazuje na słaby związek, to istotność statystyczna wynosi 0,065 - co sugeruje, że związek między tymi zmiennymi nie jest statystycznie istotny. Oznacza to, że nie można mówić o związku między wynikami IZZ, a opinią rodziców na temat tego, czy nauczyciele powinni przekazywać ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych. Jednak istotność statystyczną na tym poziomie można zinterpretować jako tendencję, która mogłaby ujawnić taki związek w większej grupie.

Tabela XXXVII dotyczy związku wynikami z kwestionariusza IZZ i opinią rodziców na temat tego, czy polscy nauczyciele są odpowiednio przygotowani do opieki nad ich dziećmi. Mimo iż wynik testu V Cramera wskazuje na słaby związek to istotność statystyczna wynosi 0,283 - co pozwala na stwierdzenie, że związek między tymi zmiennymi nie jest istotny statystycznie. Oznacza to, że nie można mówić o związku między typem wynikami z kwestionariusza IZZ, a opinią rodziców na temat tego, czy polscy nauczyciele są odpowiednio przygotowani do opieki nad ich dziećmi.

Tabela XXXVIII dotyczy związku wyników IZZ rodziców i ich odpowiedziami na pytanie dotyczące tego, czy do tej pory nauczyciele przekazywali ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych. Mimo iż wynik testu V Cramera wskazuje na słaby związek to istotność statystyczna wynosi 0,148 – co sugeruje, że związek między tymi zmiennymi nie jest istotny statystycznie. Oznacza to, że nie można mówić o związku między wynikami IZZ rodziców, a ich odpowiedziami na pytanie dotyczące tego czy nauczyciele do tej pory przekazywali ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych.

Tabela XXXVI. Związek wyników rodziców w skali IZZ z ich odpowiedzią na pytanie czy nauczyciel powinien przekazywać ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych

Wyniki stenowe IZZ	Czy nauczyciel powinien przekazywać dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych?		Ogółem	Wyniki testu Chi ² i V Cramera
	Tak	Nie		
Niskie	13	49	62	Chi ² = 5,475 V _c = 0,234 P = 0,065
Przeciętne	7	20	27	
Wysokie	6	5	11	

Tabela XXXVII. Związek wyników rodziców w skali IZZ z ich odpowiedzią na pytanie czy polscy nauczyciele są odpowiednio przygotowani do opieki nad ich dziećmi

Wyniki stenowe IZZ	Czy polscy nauczyciele są odpowiednio przygotowani do opieki nad dziećmi uchodźców?				Ogółem	Wyniki testu Chi ² i V Cramera
	Tak	Nie	Nie każdy	Nie wiem		
Niskie	41	3	5	13	62	Chi ² = 7,425 V _c = 0,193 P = 0,283
Przeciętne	22	0	1	4	27	
Wysokie	11	0	0	0	11	

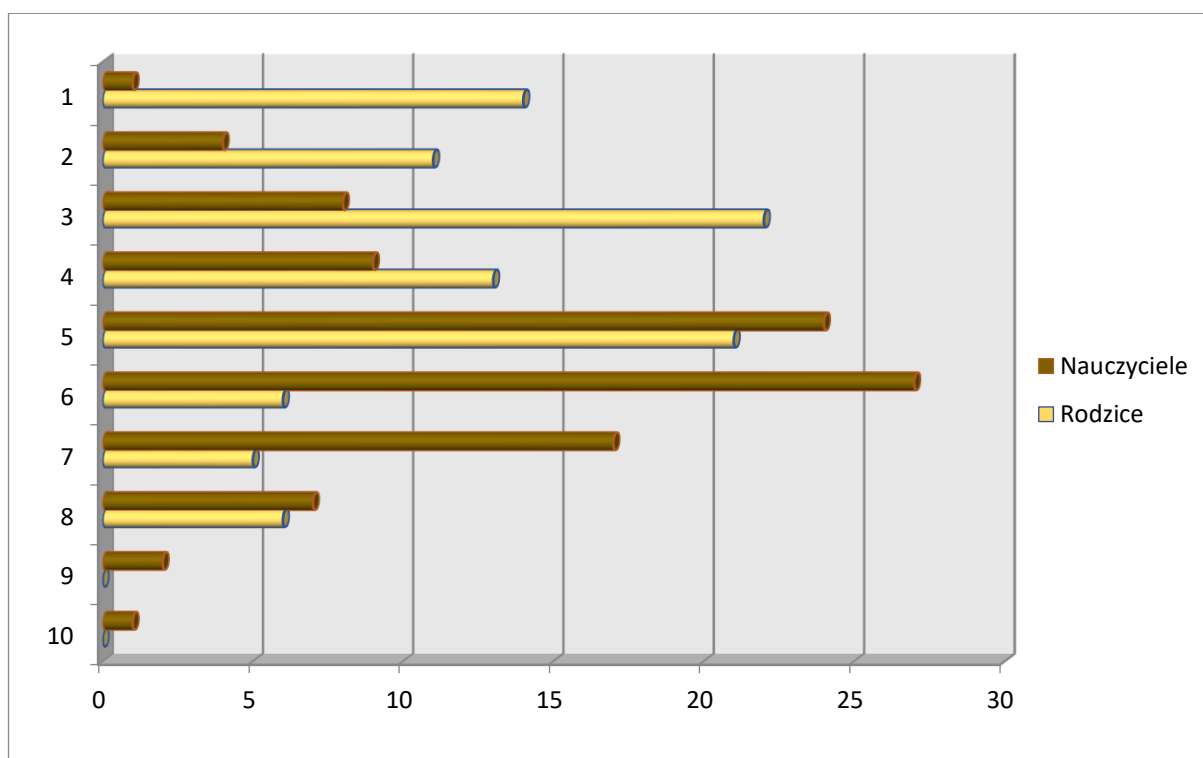
Tabela XXXVIII. Związek wyników rodziców w skali IZZ z ich odpowiedzią na pytanie czy do tej pory nauczyciel przekazywał ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych

Wyniki stenowe IZZ	Czy do tej pory nauczyciel przekazywał dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych?		Ogółem	Wyniki testu Chi ² i V Cramera
	Tak	Nie		
Niskie	12	50	62	Chi ² = 3,817 V _c = 0,195 P = 0,148
Przeciętne	8	19	27	
Wysokie	5	6	11	

Tabela XXXIX pokazuje wyniki testu U Manna-Whitney'a w odniesieniu do wyników skali IZZ. Można zauważyć, że nauczyciele częściej osiągnęli wysokie wyniki w tej skali i jednocześnie mieli mało wyników niskich (Rycina 79). Jednakże, aby stwierdzić czy różnice między tymi grupami są istotne statystycznie przeprowadzono test U Manna-Whitney'a, który swoim wynikiem $p = 0,000$ potwierdził statystyczną istotność różnic w wynikach IZZ między grupami rodziców i nauczycieli.

Tabela XXXIX. Różnice wyników skali IZZ między rodzicami a nauczycielami

Wynik stenowy IZZ	Rodzice	Nauczyciele	Istotność testu U Manna-Whitney'a
1	14	1	P = 0,000
2	11	4	
3	22	8	
4	13	9	
5	21	24	
6	6	27	
7	5	17	
8	6	7	
9	0	2	
10	0	1	



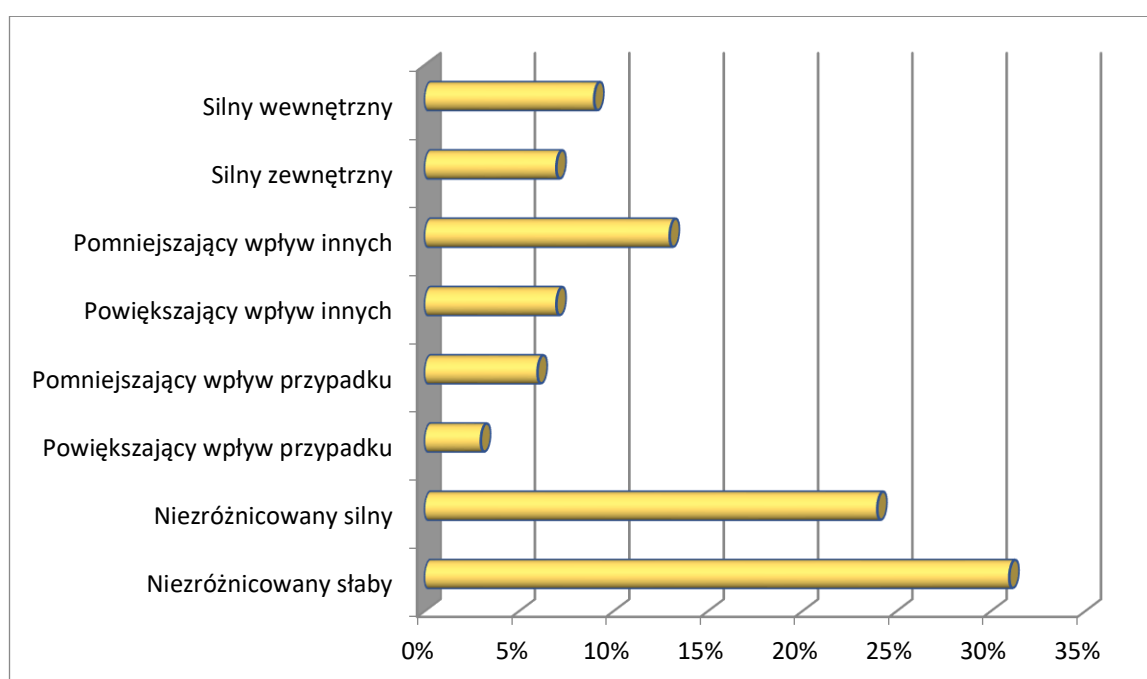
Rycina 79. Różnice wyników skali IZZ między rodzicami a nauczycielami

TYPY KONTROLI ZDROWIA U RODZICÓW I NAUCZYCIELI

Na Tabeli XL i na Rycinie 80 przedstawiono typy kontroli zdrowia badanych rodziców, wyróżnione na podstawie wyników skali MHLC-B. Na podstawie danych zawartych w tabeli można zauważyć, że grupie rodziców przeważały typy nieodróżnicowane. Największa część rodziców cechowała się nieodróżnicowanym słabym typem kontroli zdrowia (31%). Typ nieodróżnicowany silny dotyczył 24% badanych rodziców. Najmniej badanych rodziców miało typ powiększający wpływ przypadku (3%).

Tabela XL. Wyniki rodziców w skali MHLC

Typy umiejscowienia kontroli zdrowia (MHLC-B) rodzice		
	Liczebność	%
silny wewnętrzny	9	9
silny zewnętrzny	7	7
pomniejszający wpływ innych	13	13
powiększający wpływ innych	7	7
pomniejszający wpływ przypadku	6	6
powiększający wpływ przypadku	3	3
nieodróżnicowany silny	24	24
nieodróżnicowany słaby	31	31

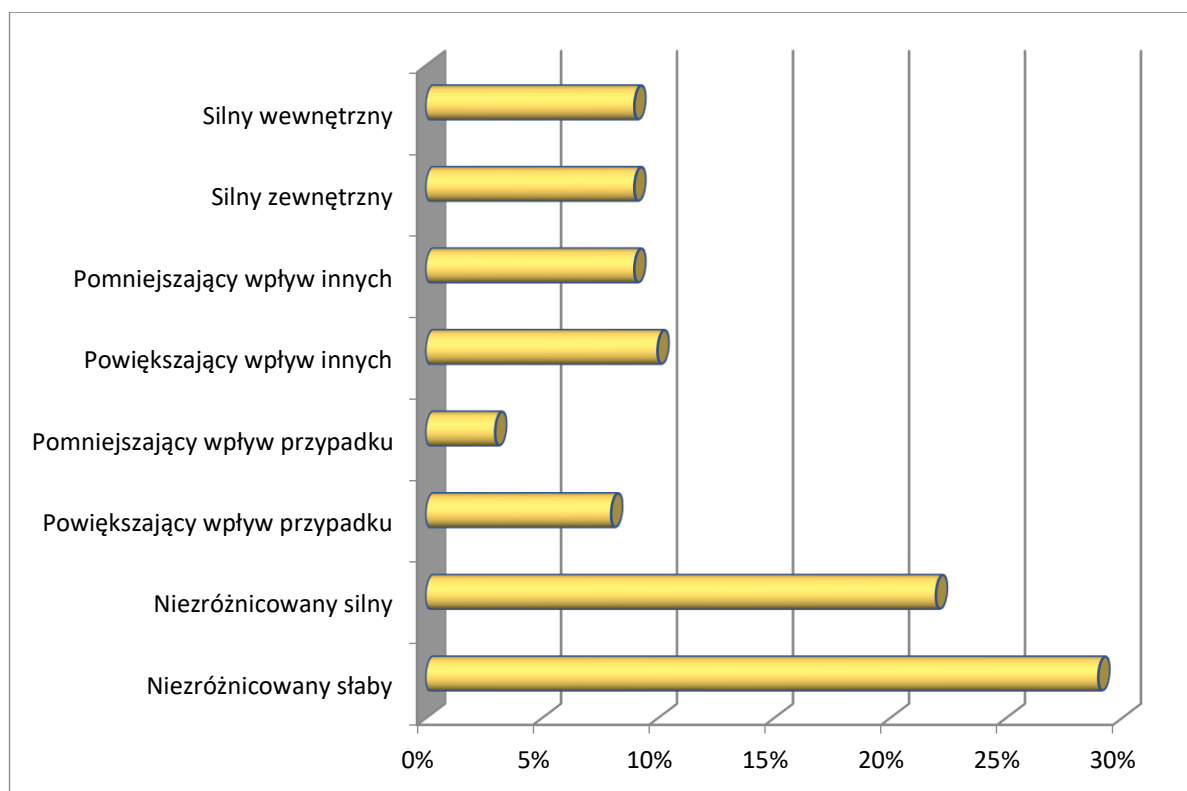


Rycina 80. Wyniki rodziców w skali MHLC-B

Podobna sytuacja, jak wśród rodziców, miała miejsce w grupie nauczycieli. W tej grupie również dominowały typy niezmieszane. Typ niezmieszany słaby dotyczył 29% badanych nauczycieli, a typ niezmieszany silny - 22%. Podobnie jak u rodziców, najmniej liczny był typ kontroli zdrowia dotyczący wpływu przypadku, jednak u nauczycieli jest to typ zmniejszający wpływ przypadku, którym cechuje się 3% badanych. Dokładny rozkład przedstawia Tabela XLI i Rycina 81.

Tabela XLI. Wyniki nauczycieli w skali MHLC-B

Typy umiejscowienia kontroli zdrowia (MHLC-B) nauczyciele		
	Liczba	%
silny wewnętrzny	9	9
silny zewnętrzny	9	9
zmniejszający wpływ innych	9	9
zwiększający wpływ innych	10	10
zmniejszający wpływ przypadku	3	3
zwiększający wpływ przypadku	8	8
niezmieszany silny	22	22
niezmieszany słaby	29	29
Braki danych	1	1



Rycina 81. Wyniki nauczycieli w skali MHLC-B

Tabele XLII, XLIII i XLIV przedstawiają związek typów umiejscowienia kontroli zdrowia rodziców z ich opiniami dotyczącymi nauczycieli.

Do sprawdzenia tych związków posłużyły testy: χ^2 do określenia czy taki związek istnieje oraz V Cramera do sprawdzenia siły tego związku.

Tabela XLII dotyczyła związku typów umiejscowienia kontroli zdrowia i opinii rodziców na temat tego, czy nauczyciele powinni przekazywać ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych. Mimo iż wynik V Cramera wskazuje na umiarkowany związek, to istotność statystyczna wynosi 0,204 - co sugeruje, że związek między tymi zmiennymi nie był istotny statystycznie. Oznacza to, że nie można mówić o związku między typem umiejscowienia kontroli zdrowia, a opinią rodziców na temat tego, czy nauczyciele powinni przekazywać ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych.

Tabela XLII. Związek typów umiejscowienia kontroli zdrowia rodziców z odpowiedzią na pytanie czy nauczyciel powinien przekazywać dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych

Typy umiejscowienia kontroli	Czy nauczyciel powinien przekazywać dzieciom wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych?		Ogółem	Wyniki testu χ^2 i V Cramera
	Tak	Nie		
silny wewnętrzny	0	9	9	$\chi^2 = 9,730$
silny zewnętrzny	2	5	7	
pomniejszający wpływ innych	5	8	13	$V_c = 0,312$
powiększający wpływ innych	1	6	7	
pomniejszający wpływ przypadku	2	4	6	$P = 0,204$
powiększający wpływ przypadku	0	3	3	
niezróżnicowany silny	10	14	24	
niezróżnicowany słaby	6	25	31	

Tabela XLIII dotyczy związku typów umiejscowienia kontroli zdrowia i opinii rodziców na temat przygotowania polskich nauczycieli do opieki nad ich dziećmi. Wynik testu V Cramera wskazuje na umiarkowany związek między tymi zmiennymi, a istotność statystyczna wynosząca 0,000 sugeruje, że związek między tymi zmiennymi jest statystycznie istotny. Oznacza to, że można mówić o związku między typem umiejscowienia kontroli

zdrowia rodziców oraz ich opinią na temat przygotowania polskich nauczycieli do opieki nad ich dziećmi.

Tabela XLIII. Związek typów umiejscowienia kontroli zdrowia rodziców z odpowiedzią na pytanie czy nauczyciele są odpowiednio przygotowani do opieki nad ich dziećmi

Typy umiejscowienia kontroli	Czy polscy nauczyciele są odpowiednio przygotowani do opieki nad dziećmi uchoźców?				Ogółem	Wyniki testu Chi ² i V Cramera
	Tak	Nie	Nie każdy	Nie wiem		
silny wewnętrzny	7	0	1	1	9	Chi ² =49,968 V _c =0,408 P=0,000
silny zewnętrzny	4	0	0	3	7	
pomniejszający wpływ innych	6	3	4	0	13	
powiększający wpływ innych	6	0	0	1	7	
pomniejszający wpływ przypadku	6	0	0	0	6	
powiększający wpływ przypadku	3	0	0	0	3	
niezróżnicowany silny	21	0	0	3	24	
niezróżnicowany słaby	21	0	1	9	31	

Tabela XLIV. Związek typów umiejscowienia kontroli zdrowia rodziców z odpowiedzią na pytanie czy do tej pory nauczyciel przekazywał ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych

Typy umiejscowienia kontroli	Czy do tej pory nauczyciel przekazywał dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych?		Ogółem	Wyniki testu Chi ² i V Cramera
	Tak	Nie		
silny wewnętrzny	0	9	9	Chi ² = 12,452 V _c = 0,353 P = 0,087
silny zewnętrzny	0	7	7	
pomniejszający wpływ innych	3	10	13	
powiększający wpływ innych	0	7	7	
pomniejszający wpływ przypadku	1	5	6	
powiększający wpływ przypadku	1	2	3	
niezróżnicowany silny	10	14	24	
niezróżnicowany słaby	10	21	31	

Tabela XLIV dotyczy związku typów umiejscowienia kontroli zdrowia i odpowiedzi rodziców na temat tego, czy do tej pory nauczyciele przekazywali ich dzieciom wiedzę o zachowaniach zdrowotnych. Mimo iż wynik V Cramera wskazuje na umiarkowany związek, to istotność statystyczna wynosi 0,087 - co sugeruje, że związek między tymi zmiennymi nie jest istotny statystycznie. Oznacza to, że nie można mówić o związku między typem umiejscowienia kontroli zdrowia, a odpowiedziami rodziców na temat tego, czy do tej pory nauczyciele przekazywali ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych. Jednak istotność statystyczną na tym poziomie można zinterpretować, jako tendencję, która mogłaby ujawnić taki związek w większej grupie.

DYSKUSJA

Polska jest państwem homogenicznym kulturowo i etnicznie. Skala imigracji w Polsce od kilku lat nieznacznie wzrasta, choć nadal jest marginalna w porównaniu z innymi państwami Europy. Mamy w niej do czynienia bardzo często z imigracją osób aktywnych zawodowo (głównie mężczyzn), a nie całych rodzin. Ten stan przekłada się na liczebność uczniów imigrantów w polskich szkołach [111]. Na podstawie oficjalnych danych można wnioskować, że w ostatnich latach najliczniejszą grupę imigrantów osiedlających się na stałe w Polsce stanowiły osoby przybywające z Białorusi, Ukrainy oraz z Federacji Rosyjskiej (w zdecydowanej większości są to Czeczeni i Gruzini oraz przedstawiciele innych narodów Kaukazu), Wietnamu, niektórych państw afrykańskich (m.in. Ugandy i Somalii). Odnośnie imigrantów tak zwanych nielegalnych, szacuje się, że najliczniejsze grupy reprezentują przybysze z Pakistanu, Chin, Wietnamu [112].

W obecnym badaniu 56% badanych rodziców zadeklarowało się jako Czeczeni. Jako kraj pochodzenia 40% badanych podało Rosję, a osoby pochodzące z Kazachstanu, Ukrainy i Tadżykistanu łącznie stanowiły 4% grupy. Jeszcze w 2004 roku, za Cianciara [40], najliczniejszą zbiorowością imigrancką byli Ukraińcy. W grupie tej obserwowano niski stopień maskulinizacji (trzy czwarte stanowiły kobiety) oraz duży udział osób dorosłych, ze znikomym odsetkiem dzieci i młodzieży [40]. Z kolei w roku 2018 liczba cudzoziemców posiadających ważne zezwolenia na pobyt w Polsce zwiększyła się o 47 tys. osób, przy czym najliczniej (o prawie 34 tys. osób) powiększyła się grupa obywateli Ukrainy. Zdecydowana większość obcokrajowców posiada zezwolenia na pobyt czasowy związany z pracą [6].

Większość cudzoziemców, za Gracz [113], wcześniej czy później trafia do ośrodków dla uchodźców, w których spędzają czas oczekiwania na decyzję w sprawie swojego statusu. Najczęściej ich pierwsze wrażenie na temat tego miejsca jest stosunkowo pozytywne, ponieważ *„po raz pierwszy od dłuższego czasu mają bowiem możliwość odpocząć po trudach podróży, odetchnąć od tego wszystkiego, przed czym musieli uciekać”*. Zdaniem autorki najbardziej zadowoleni z pierwszego okresu pobytu w ośrodku są cudzoziemcy deportowani z innych krajów europejskich. Wynika to z faktu, iż deportacje odbywają się w bardzo niekorzystnych warunkach. W Belgii np. uchodźcom często, bez ich zgody, podaje się środki uspokajające i nasenne, na czas podróży zakłada się wszystkim kajdanki, łącznie z kobietami i dziećmi. W aresztach deportacyjnych są straszeni i obrażani. Jest to bardzo ważne, ponieważ uchodźcy spędzają w ośrodku co najmniej kilka pierwszych miesięcy swego pobytu w Polsce,

ale czasem i kilka lat, ze względu na przedłużaną wielokrotnie procedurę o nadanie statusu uchodźcy [113]. W obecnych badaniach zdecydowana większość rodziców mieszkała w ośrodkach dla uchodźców (80%). Kolejna, pod względem liczebności, grupa to badani mieszkający na wsi (11%). Osoby mieszkające w miastach, poza ośrodkami dla uchodźców łącznie stanowili zaledwie 8% badanych rodziców.

Uchodźcy często przyjeżdżają całymi rodzinami, „klanami”, wioskami, nierzadko z małymi dziećmi i funkcjonują według tych samych zasad, według których żyli w swoim kraju [113]. W niniejszych badaniach podjęto kwestię wpływu środowiska rodzinnego oraz nauczycieli na postawy dzieci obcokrajowców wobec zdrowia i choroby.

Środowisko (naturalne, kulturalne i społeczne) to system zależności zachodzących między jednostką, a otaczającą ją rzeczywistością, „*to przestrzeń życiowa człowieka obejmująca całokształt warunków biologicznych, społecznych i materialnych określających jego byt i działalność*”, w skład której wchodzi ludzie, zdarzenia, rzeczy i zjawiska [114].

Rodzina od zawsze była grupą społeczną o bardzo poważnych zadaniach wobec członków rodziny i całego społeczeństwa. Stanowi ona pierwsze środowisko rozwojowe i wychowawcze dziecka, jednocześnie istotnie kształtując jego prawidłowy rozwój bio- psycho- społeczny i osobowość [115].

Kształtowanie predyspozycji niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania powinno przebiegać już w początkowych etapach rozwoju dziecka. Są to okresy najbardziej sprzyjające nauce nowych czynności i zachowań prozdrowotnych oraz kształtowaniu hierarchii wartości i wyborowi zdrowego stylu życia, co w późniejszym wieku warunkuje dobrą sprawność i pozwala cieszyć się zdrowiem [116].

Celem badań była próba oceny roli rodziny i nauczycieli w kształtowaniu postaw dzieci obcokrajowców wobec zdrowia i choroby. Aby możliwa była jego realizacja konieczne było sformułowanie problemów badawczych, na podstawie których postawiono sześć odpowiadających im hipotez.

Pierwsza postawiona hipoteza odnosiła się do wpływu środowiska rodzinnego na kształtowanie zachowań zdrowotnych dzieci i brzmiała „*rodzice w większości wykazują pozytywne zachowania zdrowotne, które jednak w pewnych aspektach różnią się od zachowań zdrowotnych Polaków*”. W celu zweryfikowania jej prawidłowości przeanalizowano odpowiedzi badanych rodziców na pytania dotyczące zarówno subiektywnej oceny stanu zdrowia, jak i ich zachowań zdrowotnych.

Chądzyńska i Dryll [103] twierdzą, że rodzina to z jednej strony system informacji o każdym z członków rodziny, o rodzinie jako całości oraz otaczającym świecie, a z drugiej

system swoistych reguł, które pozwalają interpretować aktualne wydarzenia i tworzyć nową wiedzę. Ta wiedza wpływa z kolei na sposób życia i funkcjonowanie członków rodziny [103]. Rodzina, to potencjalnie najważniejszy sojusznik młodego człowieka w kreowaniu właściwych/pozytywnych zachowań. Uważa się [117], że zachowania zdrowotne kształtują się w procesie socjalizacji (przekazywanie potomstwu wiedzy o otaczającym świecie, dziedzictwa kulturowego oraz przygotowanie do pełnienia dorosłych ról społecznych przede wszystkim w okresie wzrastania oraz rozwoju dziecka. Mogą także, za Okoń [2] rozwijać się jako ogół działań ze strony rodziny, szkoły i środowiska społecznego, zmierzających do uczynienia z jednostki istoty społecznej. Niestety błędne zachowania ukształtowane w dzieciństwie i młodości są bardzo trudne do zmiany w wieku dorosłym. Rodzina odgrywa więc niezaprzeczalnie podstawową rolę w promocji i umacnianiu zdrowia [118]. Rodzice, za Gawęł [119] przekazują dziecku pierwszy, a w początkowym okresie jego rozwoju, wręcz jedyny model zachowań zdrowotnych i to co uzyska od nich dziecko w dużej mierze, za Kuras [120], zależy od zachowań samych rodziców. Warto jednak podkreślić w tym miejscu za Żukowska [121], że w procesie kształtowania zachowań prozdrowotnych oraz przeciwdziałaniu zachowaniom ryzykownym, główną rolę odgrywa edukacja zdrowotna. Jak podkreśla Woynarowska [122], to właśnie szkoła, obok rodziny, odgrywa największą odpowiedzialność za realizację, więc i za efekty edukacji zdrowotnej. Do podstawowych zadań nauczyciela należy bowiem wyposażenie ucznia w wiedzę o zdrowiu, wykształcenie postawy prozdrowotnej, wyrobienie odpowiednich nawyków, umiejętności oraz sprawności służących zdrowiu [123]. Powyższe działania powinny przygotować uczniów do podejmowania decyzji dotyczących zdrowego stylu życia oraz doskonalenia zdrowia nie tylko własnego, ale i innych ludzi [124].

Efektywność nauczycieli w zakresie edukacji prozdrowotnej zależy jednak od tego, czy będzie on odpowiednim kreatorem zdrowego stylu życia, czy jego osobisty przykład, może stanowić wzorzec osobowy. Nauczyciel powinien bowiem prezentować taką postawę prozdrowotną, aby każdy uczeń mógł i chciał go naśladować, uważając go za animatora zdrowego stylu życia [121, 125, 126].

W związku z tym kolejna hipoteza dotyczyła zachowań zdrowotnych nauczycieli i brzmiała *„nauczyciele pracujący z dziećmi cudzoziemców prezentują pozytywne zachowania zdrowotne, co wpływa na kształtowanie zachowań prozdrowotnych u tych dzieci”*. Aby zweryfikować prawidłowość tej hipotezy także konieczna była analiza odpowiedzi badanych nauczycieli na pytania dotyczące subiektywnej oceny stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych.

Gruszczyńska i wsp. [127] przytacza dane z Raportu [128] opinie dotyczące skutecznych sposobów zaangażowania w działania na rzecz prozdrowotnego stylu życia, w zależności od oceny własnego zdrowia przez respondentów. Osoby oceniające stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry są zdania, że w największym stopniu do jego poprawy przyczyniają się odpowiednie odżywianie (53% wskazań) oraz regularne uprawianie sportu (31%). Wizyty u lekarza znalazły się dopiero na trzeciej pozycji (28%). Ci natomiast, którzy nie byli zadowoleni ze swojego zdrowia, wśród aktywności prozdrowotnych wymieniają przede wszystkim regularne kontrole medyczne (47%), a dopiero później zdrowe odżywianie się (43%). W tej grupie respondentów aktywność fizyczna schodzi na zdecydowanie dalszy plan [127].

Uzyskane obecnie wyniki wykazały, iż ponad połowa badanych rodziców (53%) subiektywnie oceniła swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, natomiast w ocenie 38% respondentów ich stan zdrowia był słaby, bądź wręcz zły. Zdecydowanie lepiej badani ocenili ogólny stan zdrowia całej swojej rodziny. 67% określiło go bowiem jako dobry, bądź bardzo dobry, a jedynie 25% - jako słaby lub zły. Sytuacja zdrowotna ogółu migrantów i poszczególnych grup narodowościowych nie jest dostatecznie rozpoznana. Z badania przyczyn hospitalizacji wszystkich obcokrajowców wynika, że w odróżnieniu od Polaków, migranci byli częściej leczeni z powodu urazów i zatruc, krócej przebywali w szpitalu i częściej trafiali tam bez skierowania. Ponadto zaobserwowano znaczną liczbę porodów wśród cudzoziemek i znaczący udział chorób serca i naczyń w strukturze hospitalizacji mężczyzn. Cianciara [40] podaje, że w latach 2008-2009 większość obcokrajowców (81%) skorzystała z pomocy profesjonalisty, najczęściej w ambulatorium ośrodka lub placówce publicznej. Rzadko korzystano z SOR – szpitalnego oddziału ratunkowego (11%) i opieki prywatnej (9%) [40].

Podobnie jak w przypadku rodziców, większość nauczycieli oceniła swój stan zdrowia jako dobry (61% osób) lub bardzo dobry (26%). Podobnie w badaniu Woynarowskiej-Soldan i wsp. [129], którym objęto 567 nauczycieli szkół w Polsce (Warszawa, Gdańsk, Białystok, Wrocław, Opole, Łódź, Dębica), większość (76,8%) badanych swój stan zdrowia oceniła jako dobry lub bardzo dobry. Co piąta osoba uznała, że nie jest on ani dobry, ani zły, a pojedyncze osoby oceniły swój stan- jako zły. Wyniki otrzymane przez Prażmowską i wsp. [130] wskazują, że styl życia badanych nauczycieli odbiega od modelu prozdrowotnego stylu życia. Zarówno mężczyźni (75,6%), jak i kobiety (78,7%), oceniali swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry (19,3%) [130].

Z kolei inne badania nad prozdrowotnym stylem życia kandydatów na nauczycieli wykazały, że kobiety częściej niż mężczyźni przejawiały skłonności do prozdrowotnego stylu

życia oraz do zachowań o charakterze profilaktycznym [131]. Jednakże we wspomnianych powyżej badaniach Prażmowskiej i wsp. [130], wśród nauczycieli pracujących zawodowo, nie wykazano związków między płcią i skłonnością do przejawiania zachowań prozdrowotnych, a potwierdzono jedynie częstsze przejawianie zachowań profilaktycznych przez nauczycielki. Natomiast badania Dudy-Zalewskiej [132], wykazały, że istnieje korelacja między płcią, wiekiem i stażem pracy, a zachowaniami prozdrowotnymi nauczycieli. Okazało się, że nauczyciele z większym stażem pracy częściej deklarowali palenie papierosów, przejawianie gorszych nawyków żywieniowych, jednak także częściej poddawali się badaniom profilaktycznym, w tym: badaniom cytologicznym, pomiarom ciśnienia krwi oraz samobadaniu piersi [132]. Znalazło to także potwierdzenie w badaniach Kirenko [133], którymi objął 208 nauczycieli ze szkół mieszczących się na terenie województw lubelskiego, mazowieckiego i świętokrzyskiego. Pozwoliło mu to na stwierdzenie, że nauczyciele wykazują się wyższą niż nauczycielki sprawnością fizyczną oraz niższym poziomem stresu i niepokoju wewnętrznego, przy nieco większym nasileniu problemów w sferze ciśnienia krwi i spożywania alkoholu. Badani nauczyciele ze stażem pracy do pięciu lat ujawniali najwyższe spośród porównywanych grup wiekowych parametry funkcjonowania zdrowotnego w sferach: prawidłowej wagi ciała, ciśnienia krwi oraz stresu i niepokoju wewnętrznego, przy jednocześnie niskiej sprawności fizycznej [133].

W badaniach własnych, na pytanie *"Kiedy ostatni raz był/była Pan/Pani u lekarza?"* Większość respondentów (64%) zadeklarowała, że wizyta ta miała miejsce maksymalnie miesiąc przed badaniem ankietowym. Termin wynoszący rok lub więcej wskazało jedynie 17% rodziców. W nawiązaniu do terminu ostatniej wizyty lekarskiej zapytano również o jej miejsce. Niemal 70% badanych odbyło ostatnią wizytę już w Polsce. 1/3 respondentów (33% - 33 osoby) zadeklarowała wizytę u lekarza kilka dni przed badaniem ankietowym. Podobny odsetek respondentów (31% - 31 osób) zadeklarował ostatnią wizytę u lekarza miesiąc przed badaniem. Pół roku przed badaniem u lekarza było 11% badanych, rok przed badaniem 6%, a więcej niż rok przed wzięciem udziału w badaniu 11%. Były też osoby, które nie potrafiły określić kiedy ostatnio były u lekarza, a stanowiły one 8% badanych rodziców. Największa część badanych (69%) była ostatnio u lekarza już w Polsce. Ponad połowa mniej osób (30%) u lekarza była jeszcze w swoim ojczystym kraju, a jedna osoba (1% badanych) nie pamiętała gdzie miała miejsce jej ostatnia wizyta u lekarza. Ponad połowa rodziców (63%) potwierdziła, że w ośrodku, w którym mieszkają istnieje natychmiastowa możliwość uzyskania porady lekarskiej. Łącznie 18% badanych rodziców uważało, że w ośrodku nie ma takiej możliwości, z czego 9% uważało, że nie ma takiej potrzeby, a drugie 9% - że możliwość uzyskania takiej porady

powinna być dostępna. Nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie 19% rodziców. Natomiast na pytanie dotyczące typowego działania w przypadku wystąpienia jakichś dolegliwości większość respondentów z grupy rodziców (62%) odpowiedziała, że od razu idzie do lekarza i stosuje przepisane leki. Znacznie mniej badanych (21%) w takich przypadkach ograniczało się do wypróbowanych domowych sposobów. 7% rodziców stosowało środki farmaceutyczne dostępne bez recepty nie idąc wcześniej do lekarza, a po 5% stosuje medycynę niekonwencjonalną lub przeczekuje objawy. Mucha [134] podkreśla, że Romowie korzystają ze szpitali tylko w przypadku porodu, choroby, ponieważ uważają je za miejsca „nieczyste”. Opierają się na długotrwałej hospitalizacji, a zabiegi operacyjne postrzegają jako bardzo groźne dla integralności ciała z duchem. W przypadku niegroźnych dolegliwości proszą o radę starszych. Mężczyzna nie odwiedza także chorej żony w szpitalu [134]. Prawie połowa z nauczycieli (45%) u lekarza była miesiąc przed badaniem, 23% - pół roku przed badaniem, 17% nauczycieli było u lekarza w przeciągu kilku dni przed uzupełnieniem ankiety. Ostatnią wizytę u lekarza rok lub więcej niż rok przed badaniem zadeklarowało po 5% nauczycieli. W badaniach Kasperek [124] wykazano, że większość ankietowanych nauczycieli nie przechodziła kontrolnych badań lekarskich, a wizyty w celach leczniczych także podejmowała niechętnie. Z kolei w badaniach Prażmowskiej i wsp. [130] kontrolne badania lekarskie raz w roku wykonywało 54,5% respondentów, częściej kobiety.

Respondentów zapytano między innymi o przyjmowane leki, nawyki higieniczne, aktywność fizyczną oraz używki. Wykazano, iż w przypadku wystąpienia jakiegokolwiek dolegliwości większość rodziców (62%) decydowało się na wizytę u specjalisty i stosuje się do jego zaleceń, natomiast niemal 30% badanych zazwyczaj sięga po leki dostępne bez recepty, bądź domowe sposoby leczenia. W ciągu minionego roku jedynie 5% badanych nie przyjmowało żadnych środków farmaceutycznych, a w grupie rodziców, która przyjmowała jakiegokolwiek leki, były to w większości antybiotyki, preparaty witaminowe oraz leki o działaniu uspokajającym. Zanotowano widoczne różnice w postępowaniu nauczycieli w przypadku wystąpienia jakiegokolwiek dolegliwości w porównaniu do postępowania rodziców. Rozkład procentowy trzech najczęściej udzielanych odpowiedzi był stosunkowo równy. 34% nauczycieli stosowało preparaty dostępne bez recepty, 33% - domowe sposoby leczenia, a jedynie 28% zasięgało porady lekarskiej i stosowało się do zaleceń. Jeżeli chodzi o stosowanie leków to jedynie 8% badanych deklarowało, że w ciągu minionego roku nie stosowało żadnych preparatów leczniczych. Wśród nauczycieli, którzy zażywali jakiegokolwiek środki, najczęściej były to preparaty witaminowe i antybiotyki. W badaniu Woynarowskiej-Soldan i wsp. [129],

przestrzeganie zaleceń lekarskich w przypadku zachorowania oraz wizyty u lekarza zadeklarowało 60,6% nauczycieli.

Kolejne pytania dotyczyły higieny jamy ustnej oraz wizyt u stomatologa. Większość badanych rodziców myła zęby dwa razy dziennie i decydowała się na wizytę u lekarza dentystry jedynie w przypadku bólu zęba. Aż ¼ badanych myło zęby tylko raz dziennie, a tylko jeden rodzic zadeklarował, że myje zęby po każdym posiłku. Znaczące różnice w pomiędzy nauczycielami a rodzicami były widoczne w odniesieniu do higieny stomatologicznej. Jedynie 6% nauczycieli przyznało, że myje zęby tylko raz dziennie. Zdecydowana większość robiła to zarówno rano, jak i wieczorem, a 17% deklarowało, że myje zęby po każdym posiłku. Nauczyciele częściej korzystali także z profilaktycznych przeglądów dentystycznych. Jedynie 20% badanych przyznało, że udaje się do stomatologa tylko w przypadku bólu zęba. W literaturze podaje się, że jedynie 27% Polaków nie korzysta z wizyt kontrolnych u stomatologa [127, 128]. W badaniach Prażmowskiej i wsp. [130] stwierdzono, że 66% nauczycieli sprawdzało stan swojego uzębienia raz w roku i co 6 miesięcy, w tym 53,2% respondentek poddawało się badaniom stomatologicznym raz w roku i 20% co 6 miesięcy, a wśród mężczyzn badania stomatologiczne raz w roku wykonywało 48,8% respondentów, a co 6 miesięcy - 10%. Podobne obserwacje poczyniła Makowska [125], stwierdzając takie postępowanie u 63,3% badanych nauczycieli, w tym 69,6% nauczycielek systematycznie kontrolowało swoje uzębienie, natomiast tylko co drugi nauczyciel odbywał regularnie badania stomatologiczne (55,1%), a pozostali zgłaszali się do specjalisty dopiero wtedy, gdy bolał ich ząb.

Badanych rodziców poproszono o samoocenę swojego stanu żywienia dając im do wyboru odpowiedzi: "bardzo dobry", "dobry", "zły", "bardzo zły" i "trudno powiedzieć". Największą grupę wśród rodziców stanowiły osoby, które oceniły swój stan żywienia jako dobry (60%). Blisko 1/5 rodziców (19% - 19 osób) nie potrafiła ocenić w tej skali swojego stanu żywienia. Jako bardzo dobry swój stan żywienia oceniło 11% respondentów, a jako zły 9%. Żaden z badanych nie uznał, że jego stan żywienia można określić jako bardzo zły. Jedna osoba (1%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Bardzo pozytywnie wypadła w grupie nauczycieli również subiektywna ocena stanu odżywienia – ponad 70% określiło go jako dobry lub bardzo dobry, a jedynie 9% jako zły. W badaniu Woynarowskiej-Soldan i wsp. [129], jedynie zjadanie śniadań w domu, codziennie rano, podejmowane było zawsze/prawie zawsze przez 57% badanych nauczycieli. Do zachowań podejmowanych przez najmniejsze grupy badanych zawsze/prawie zawsze należały: picie codziennie co najmniej dwóch szklanek mleka, kefiru, jogurtu, unikanie pojadania między posiłkami oraz ograniczanie jedzenia słodczy [129]. Pierwsze śniadanie zawsze spożywało 76,6% kobiet i 58,5% mężczyzn

badanych przez Prażmowską i wsp. [130]. Ankietowani średnio jedli cztery posiłki dziennie (w zakresie 2–6), z tym że połowa spożywała 4–5 posiłków. Codziennie owoce w swojej diecie miało 55% wszystkich badanych, warzywa - 43,2%, a ciemne pieczywo - 31,8%. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między płcią badanych, a spożywaniem przez nich owoców, warzyw i ciemnego pieczywa [130]. W badaniach przeprowadzonych przez Makowską [125], zdrowo odżywiało się tylko 51,1% nauczycieli, ograniczając spożycie tłuszczów zwierzęcych, słodczy, soli, przy dużym udziale jarzyn i owoców.

Nawiązując do aktywności fizycznej jedynie blisko 20% rodziców ćwiczyło minimum dwa razy w tygodniu. Zdecydowana większość badanych zażywała aktywności fizycznej sporadycznie, a 20% nie ćwiczyła w ogóle. Również aktywność fizyczna była wyższa w przypadku grupy nauczycieli. 46% z nich deklarowało, że ćwiczy minimum dwa razy w tygodniu. Aktywność fizyczna obu narodowości była na takim samym, bądź bardzo zbliżonym poziomie. Kaleta i wsp. [135] wykazali, że zadowalający poziom aktywności prezentuje około 35% Polaków, natomiast badanie GUS z 2013 wskazuje na 20% [136]. Badania wskazują na dodatnią korelację między umiarkowaną aktywnością fizyczną a pozytywnymi nawykami zdrowotnymi. Osoby uprawiające sport częściej zwracają uwagę na prawidłowe odżywianie, unikanie używek, regularny odpoczynek i aktywne formy spędzania wolnego czasu [137, 138]. W badaniu Woynarowskiej-Soldan i wsp. [129], stwierdzono, że na codzienne, co najmniej 30 minut na zajęcia związane z umiarkowanym lub dużym wysiłkiem fizycznym (np. jogging, szybki marsz, uprawianie sportu, praca w ogrodzie lub gospodarstwie), przeznaczają zawsze/prawie zawsze 194,% badanych. Na zorganizowane zajęcia ruchowe lub treningi, co najmniej jeden raz w tygodniu, uczęszczało zawsze/prawie zawsze 13,3% nauczycieli, a zwiększało ilość ruchu i wysiłków fizycznych w codziennym życiu (np. gdy jest to możliwe, chodzili pieszo, zamiast jeździć samochodem, autobusem czy tramwajem; chodzili po schodach, zamiast jeździć windą) zawsze/prawie zawsze 29,8% badanych [129]. Aktywność fizyczną podejmowało codziennie więcej mężczyzn (36,6%), niż kobiet (14,9%) z badania Prażmowskiej i wsp. [130]. Z kolei więcej kobiet (53,2%), niż mężczyzn (29,3%) aktywnie spędzało czas kilka razy w tygodniu. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między częstością podejmowanej aktywności fizycznej, a płcią badanych. Najczęstszą formą aktywności fizycznej wśród mężczyzn (80,5%) i kobiet (59,6%) była jazda na rowerze, następnie turystyka (51,2% mężczyzn i 36,2% kobiet). W tym aspekcie także nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między formą aktywności fizycznej a płcią badanych [130]. Makowska [125] wykazała, że ćwiczenia ruchowe uprawiało systematycznie, co najmniej 2 razy w tygodniu, 54,4% badanych przez nią respondentów.

Bardzo pozytywnie kształtują się zachowania zdrowotne badanych rodziców w kontekście różnego rodzaju używek. 97% badanych nie spożywało alkoholu, 85% nie używało wyrobów tytoniowych, a kawę regularnie piło jedynie 23%. Dużo gorzej z kolei kształtowało się korzystanie z używek w grupie nauczycieli. Aż 71% badanych przyznało, że spożywa napoje alkoholowe, jednak 64% deklarowało, że robiło to jedynie sporadycznie. 22% podało, że pali papierosy, a 90%, że spożywało kawę. Badanie opublikowane w 2009 roku przez Kaletę i wsp. [135] wskazuje, że niemal 34% Polaków biorących udział w badaniu paliło papierosy. Do spożywania alkoholu minimum raz w tygodniu w 2012 przyznało się 30% Polaków. Obywatele Polski częściej piją także kawę. Ponad 60% sięga po ten napój raz dziennie, a 15% kilka razy w ciągu dnia [136]. Z badania Woynarowskiej-Soldan i wsp. [129] wynika, że zdecydowana większość badanych nie podejmowała zachowań ryzykownych dla zdrowia, deklarując, że alkohol spożywają sporadycznie (89,9%), ograniczają spożywanie dużej ilości alkoholu (80,6%), unikają przebywania wśród osób palących papierosy (78,3%), nie palą papierosów (83,9%) i nie nadużywają leków bez zaleceń lekarza (92,2%). Z badania Prażmowskiej i wsp. [130] wynika, że badani nauczyciele pili alkohol kilka razy w miesiącu (53,7% mężczyzn i 48,9% kobiet). Najwięcej badanych piło 1–2 filiżanki kawy dziennie (53,2% kobiet, 51,2% mężczyzn). Papierosy paliło 25,5% kobiet i 56,1% mężczyzn, przeciętnie 1–20 papierosów dziennie. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między płcią badanych a częstością spożywania napojów alkoholowych, liczbą filiżanek kawy wypijanych dziennie oraz paleniem tytoniu [130]. Według badań przeprowadzonych przez Żarowskiego [139], nauczyciele średnio wypalali 4–20 papierosów dziennie, a tygodniowo — średnio 4,65 paczki. Z kolei Florek i wsp. [140] wykazali, że 2/3 ankietowanych wypalało 6–20 papierosów dziennie. Makowska [125], stwierdziła, iż 36% badanych to osoby palące, Mojsa i wsp. [141] – że paliło 20,2% nauczycieli [3, 15], a Kasperek [124] – paliło z kolei 36,0% nauczycieli.

Ostatnim zagadnieniem związanym z pierwszą postawioną hipotezą jest przekazywanie posiadanej przez rodziców wiedzy na temat zachowań zdrowotnych dzieciom. Ponad 90% badanych deklarowało, że przekazuje swoim dzieciom wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych. Zazwyczaj zakres tej wiedzy obejmował zagadnienia związane z higieną, prawidłowymi nawykami żywieniowymi, szkodliwością używek oraz korzyściami płynącymi z aktywności fizycznej. Nauczycieli zapytano również o przekazywanie dzieciom wiedzy na temat zachowań zdrowotnych. W badanej grupie 63% osób deklarowało, że przekazuje dzieciom taką wiedzę. Zazwyczaj obejmuje ona swoim zakresem prawidłowe nawyki żywieniowe, higienę, korzyści wynikające z aktywności fizycznej oraz szkodliwość używek.

Kolejnym pozytywnym przejawem świadomości zdrowotnej jest fakt, iż 60% badanych rodziców chciałoby poszerzyć swoją wiedzę na temat prawidłowych zachowań zdrowotnych.

W badaniu ankietowym rodzice wskazali także, kto ich zdaniem, poza nimi samymi, powinien przekazywać dzieciom wiedzę o zachowaniach zdrowotnych. Najczęściej wybieranymi odpowiedziami były: lekarz, nauczyciel i pielęgniarka. Pytanie to pokazuje, że badani rodzice zdają sobie sprawę z tego, jak ogromny jest wpływ, jaki nauczyciele mają na ich dzieci. W opinii nauczycieli wiedza o zachowaniach zdrowotnych powinna być przekazywana dzieciom głównie przez pielęgniarki, lekarzy i nauczycieli.

Większość z badanych rodziców prezentowała pozytywne zachowania zdrowotne w kontekście używek, żywienia i przekazywania dzieciom wiedzy na temat zdrowia, jednakże aktywność fizyczna, niektóre zachowania higieniczne i profilaktyczne u części rodziców wymagają poprawy. Istotny jest fakt, iż ponad połowa badanych deklarowała chęć poszerzenia swojej wiedzy. Uogólniając można stwierdzić, że badani rodzice wykazywali pozytywne zachowania zdrowotne i przekazywali dzieciom prawidłowy wzorzec zachowań. Wykazano także różnice w zachowaniu cudzoziemców i obywateli Polski pod względem niektórych zachowań zdrowotnych. W świetle powyższych wyników można uznać, że hipoteza druga także została potwierdzona. Mimo, iż nauczyciele w porównaniu z rodzicami zdecydowanie częściej korzystali z używek, dzieci z reguły mieli kontakt z nimi jedynie podczas zajęć dydaktycznych, w związku z czym także rzadziej możliwość zaobserwowania negatywnych zachowań zdrowotnych swoich pedagogów.

Kolejna postawiona hipoteza traktowała o przygotowaniu polskich lekarzy i pielęgniarek do opieki nad dziećmi odmiennymi kulturowo i brzmiała „*polski personel medyczny jest odpowiednio przygotowany do opieki nad dziećmi cudzoziemców*”. Aby zweryfikować prawidłowość tej hipotezy przeanalizowano odpowiedzi badanych rodziców na pytania dotyczące opinii na temat przygotowania lekarzy i pielęgniarek do opieki nad ich dziećmi oraz dostępu do opieki zdrowotnej w Polsce.

Uzyskane wyniki pokazały, że przebywający w ośrodku w Białej Podlaskiej cudzoziemcy (72%) uważali dostęp do opieki zdrowotnej w Polsce za zadowalający. Co ciekawe takiej samej odpowiedzi udzieliło jedynie 25% badanych nauczycieli. Tak duża różnica opinii dała pogląd na sytuację zdrowotną w miejscu pochodzenia badanych migrantów. Ponieważ dzieci cudzoziemców w większości były poddawane badaniu lekarskiemu w Polsce, rodziców zapytano, czy zostali oni poinformowani o wyniku tego badania w sposób jasny i dla nich zrozumiały. Jak wynika z uzyskanych wyników jedynie 52% rodziców otrzymało zrozumiałą informację na temat wyniku badania ich dziecka.

Następna hipoteza dotyczyła przygotowania polskich nauczycieli do pracy z dziećmi cudzoziemców i brzmiała „*przygotowanie polskich nauczycieli do pracy z dziećmi obcokrajowców jest niewystarczające a najczęstsze problemy to bariera językowa i kulturowa*”. Aby zweryfikować prawidłowość tej hipotezy konieczna była analiza odpowiedzi badanych nauczycieli i rodziców na pytania dotyczące subiektywnej oceny przygotowania nauczycieli do pracy z grupą wielokulturową.

Raporty przygotowane na zlecenie organizacji międzynarodowych m.in. UMHCR (*United Nations High Commissioner for Refugees*) i stowarzyszeń, które zajmują się diagnozą potrzeb i wsparciem uchodźców oraz migrantów, dotyczą przede wszystkim dzieci uchodźczych i koncentrują się na opisie ich sytuacji [142]. Niestety rzadko uwzględniają pogłębioną diagnozę specyfiki środowiska szkoły oraz przygotowania nauczycieli do pracy w zróżnicowanej kulturowo i narodowościowo klasie szkolnej. Badania zrealizowane w zespole badawczym Dąbrowa, Łagocka, Markowska-Manista w ramach grantu Akademii Pedagogiki Specjalnej nr 6/ II/2007, cyt. za Dąbrowa i Markowska-Manista [143], wykazały raczej średni (47%) oraz niski (26%) poziom przygotowania nauczycieli do pracy w szkole w zakresie edukacji wielo- i międzykulturowej. Ponad 68% nauczycieli uważało, że potrzebuje dodatkowego przygotowania, 74,6% deklaruowało zainteresowanie poszerzaniem wiedzy oraz zdobywaniem wiedzy i umiejętności przygotowujących do pracy w środowisku wielokulturowym. Nauczyciele byli zainteresowani szkoleniami (43,5%), warsztatami (52,9%), konferencjami (30,6%) oraz lekcjami otwartymi (24,1%). Wykazywali także chęć uczestnictwa w wizytach studyjnych i spotkaniach z reprezentantami grup mniejszościowych. Z kolei w niewielkim stopniu nauczyciele przejawiali zainteresowanie poznawaniem doświadczeń innych krajów w zakresie wielokulturowości [143]. Poziom przygotowania nauczycieli w powyższej kwestii korelował z etapem nauczania i typem szkoły. Stwierdzono, że najlepiej przygotowani są nauczyciele szkół gimnazjalnych i liceów ogólnokształcących, a także zatrudnieni w Warszawie, niż pracujący w szkołach usytuowanych poza Warszawą. Niestety w Polsce kształcenie nauczycieli w zakresie przygotowania do realizacji edukacji międzykulturowej nie jest sformalizowane, chociaż wymiar międzykulturowy jest zawarty w treściach zgodnych z reformą systemu edukacji oraz najnowszymi zarządzeniami resortu. Dokonuje się więc najczęściej za pomocą treści realizowanych w programie studiów pedagogicznych oraz w ramach szkoleń, kursów i treningów organizacji pozarządowych, centrów doskonalenia nauczycieli oraz innych podmiotów [143].

Uzyskane obecnie wyniki pokazały, że aż 74% rodziców uważało, iż polscy nauczyciele są wystarczająco przygotowani do pracy z ich dziećmi. Taki sam odsetek sądził, że ich dzieci

powinny uczyć się w polskiej szkole. Sami nauczyciele deklarowali, że aż 27% z nich nie zostało przygotowanych do pracy z dzieckiem odmiennym kulturowo. Przygotowanie pozostałych nauczycieli miało formę warsztatów oraz zapoznania się z literaturą traktującą o tym problemie. Większość nauczycieli (58%) prowadziło także wymianę doświadczeń z zakresu edukacji wobec wyzwań migracyjnych. Część nauczycieli nie posiadała wystarczających informacji na temat dzieci, z którymi pracują. Ponad połowa nauczycieli nie znała powodu umieszczenia rodziny w ośrodku i nie została również poinformowana o przedmiocie rozmowy z dzieckiem przed przyjęciem go na określony etap kształcenia w sytuacji braku dokumentacji. Nauczycieli zapytano o bariery w pracy z dziećmi cudzoziemców. Najczęściej wskazywaną odpowiedzią była bariera językowa (językiem polskim posługuje się jedynie 29% dzieci, a językiem angielskim 5%). W dalszej kolejności nauczyciele wymieniali dużą rotację dzieci w ich grupie i różnice kulturowe. Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż 70% rodziców podało, że ich dzieci nie były diagnozowane przez psychologa w kierunku wielokulturowości i wielojęzyczności. Hipotezę można więc uznać za częściowo potwierdzoną. Duża część nauczycieli posiadała przygotowanie do pracy z dziećmi odmiennymi kulturowo, jednakże istnieje pomiędzy nimi bariera językowa i kulturowa.

Piąta hipoteza postawiona przez autora brzmiała „*nauczyciele w większości znają problemy zdrowotne dzieci*”.

Gaweł [144] podkreśla, że w rolę zawodową każdego nauczyciela jest wkalkulowany udział w procesie promowania zdrowia somatycznego i psychospołecznego uczniów. Wyznacznikiem powyższego jest posiadanie określonych kompetencji przez nauczyciela. Niestety analizując programy studiów/sylabusów obowiązujących na wszystkich działających w Polsce publicznych uczelniach wychowania fizycznego pozwala na stwierdzenie, że potrzeba wyposażenia przyszłych nauczycieli w wiedzę i umiejętności w zakresie promocji zdrowia w szkole jest zaspokajana w bardzo niewielkim stopniu (przedmiot edukacja zdrowotna jest realizowany w wymiarze ok.30 godzin na studiach I lub II stopnia). Niestety za warunki efektywnej szkolnej promocji zdrowia należy uznać odpowiednio uformowaną świadomość zdrowotną nauczycieli, posiadanie przez nich kompetencji w zakresie odczytywania potrzeb oraz problemów zdrowotnych uczniów, właściwe rozpoznawanie popularnych trendów w postrzeganiu ciała oraz organizowanie/realizowanie procesu edukacji zdrowotnej jako niezbędnego elementu działań sprzyjających wzmacnianiu potencjału zdrowia młodych ludzi [144].

W świetle uzyskanych wyników własnych można stwierdzić, że niemal 60% nauczycieli nie posiadało informacji o stanie zdrowia dzieci, z którymi pracują w ośrodku. Na tej podstawie można stwierdzić, że hipoteza ta nie została potwierdzona.

Ostatnia hipoteza traktowała o zależności pomiędzy wynikami testów psychometrycznych, a relacjami z nauczycielami. Wykazano, że istnieje związek istotny statystycznie pomiędzy wynikami testów SWLS i MHLC, a przekonaniem o przygotowaniu polskich nauczycieli do pracy z dziećmi obcokrajowców. Stwierdzono także, że rodzice charakteryzujący się silnym zewnętrznym oraz niezróżnicowanym słabym typem umiejscowienia kontroli zdrowia mieli najwięcej wątpliwości co do przygotowania polskich nauczycieli do pracy z ich dziećmi. Podobną zależność zaobserwowano u rodziców z niskim wynikiem stenowym kwestionariusza SWLS. Najbardziej krytycznie do przygotowania polskich nauczycieli do pracy z dziećmi odmiennymi kulturowo podchodzili rodzice, charakteryzujący się typem umiejscowienia kontroli zdrowia pomniejszającym wpływ innych oraz rodzice z wysokim wynikiem stenowym w skali SWLS.

W badaniach w nawiązaniu do pytania o przekazywanie dzieciom wiedzy na temat zachowań zdrowotnych zapytano badanych rodziców o zakres tej wiedzy. Zdecydowana większość rodziców przekazywała dzieciom wiedzę na temat potrzeb higienicznych (77%). Drugim najczęściej omawianym z dziećmi tematem było prawidłowe odżywianie (52%). O szkodliwości używek rozmawia z dziećmi 44% badanych rodziców. O potrzebie aktywności fizycznej 40%, o konieczności regularnych badań co piąty rodzic (20%), a o innych rzeczach związanych z zachowaniami zdrowotnymi 5% rodziców.

Według Gruszczyńskiej [127] w celu modyfikowania zachowań związanych ze zdrowiem konieczne jest pogłębienie wiedzy na temat mechanizmów odpowiedzialnych za zmianę zachowań tak, aby stanowiły normalny, codzienny element aktywności życiowej człowieka.

W badaniach własnych rodzice deklarowali chęć pogłębienia wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych, aż 60% rodziców wyraziło taką chęć.

Jak już wcześniej wspomniano niemniejszą rolę socjalizacyjną odgrywa w życiu dziecka szkoła. Wielość i różnorodność kontaktów stanowią płaszczyznę do rozwoju i kreowania, zarówno osobowości dziecka, jak i jego wewnętrznych emocji. Edukacja wielokulturowa i międzykulturowa powinna być priorytetem krajów Unii Europejskiej, a to wymaga kompleksowych rozwiązań i wspierania takiego systemu kształcenia. Istotnym elementem tworzenia systemu powinno być w szkołach zaplecze merytoryczne, organizacyjne i metodyczne, którego działanie polegałoby też na wykorzystaniu potencjału nauczycieli z innych krajów – ważnego w nauczaniu i wspieraniu uczniów cudzoziemskich, istotnego w budowaniu dialogu międzykulturowego. Klimat szkoły w istotny sposób rzutuje na

przyjmowanie przez młodego człowieka wszystkich kolejnych zmian, również w zakresie zdrowia i choroby oraz jego późniejsze funkcjonowanie prozdrowotne[145] .

Według Nowomińskiej[1] brak znajomości języka stwarza wiele barier w komunikacji, co może prowadzić do nieporozumień, błędnego odbierania informacji na temat samopoczucia chorego, objawów chorobowych, zaspokajania jego potrzeb bio- psycho- społecznych, a w konsekwencji do błędnie postawionej diagnozy [1]. Proces diagnostyczny musi uwzględniać dokładne zebranie wywiadu. W tym miejscu pojawić się mogą pierwsze problemy wynikające z bariery językowej oraz odmienności kulturowej pacjenta [146]. Naturalna empatia, która ułatwia proces poznania pacjenta, w takiej relacji okaże się mniejsza, ponieważ każdy bardziej może współodczuwać czy rozumieć człowieka podobnego do siebie. W przypadku pacjenta odmiennego kulturowo trzeba zadać sobie więcej trudu. Pacjent, który wymaga szczególnej empatii poznawczej i emocjonalnej, jest dziecko [147]. Wywiad zorientowany na inną kulturę jest rozmową prowadzoną z osobą należącą do innej, niż diagnosta, grupy kulturowej (religijnej, etnicznej. czy narodowościowej). Istotnym elementem jest kultura i jej wpływ na postrzeganie zdrowia i choroby oraz zachowań prozdrowotnych [148]. Grzymała-Moszczyńska [48] prowadziła badania lekarzy pracujących z cudzoziemcami, które wykazały, że byli oni zdania, iż do kontaktu z pacjentami oraz postawienia diagnozy nie jest im potrzebna znajomość języka cudzoziemców oraz ich kultury. Tego samego zdania byli pediatrzy badający małe dzieci [48]. Klaus [149] jednak podkreśla, że takie zjawiska świadczą o małej empatii pracowników ochrony zdrowia i ich lekceważącym stosunku do przedstawicieli innych narodowości. W kwestionariuszu wykorzystanym w badaniach własnym zostało zawartych kilka pytań, które miały na celu poznanie stosunku respondentów do korzystania przez uchodźców z opieki medycznej [149].

W Polsce istnieje dwanaście ośrodków dla uchodźców, w których zapewniona jest całościowa opieka zdrowotna dla każdego cudzoziemca [107]. W ośrodkach są oni poddawani badaniom przede wszystkim pod kątem chorób zakaźnych (m.in. w kierunku nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia typu B i C oraz pozytywnych odczynów kiłowych VDRL). Ponadto w wyznaczonych szpitalach są wykonywane badania radiologiczne klatki piersiowej [150]. Pion Epidemiologii i Mikrobiologii wraz z laboratorium BSL 3 (*biologicalsafetylevel*) Państwowego Zakładu Higieny jest przygotowany do podjęcia w zakresie diagnostyki i prewencji chorób zakaźnych, niezbędnych działań, o ile taka potrzeba zostanie określona przez Ministerstwo Zdrowia i Główny Inspektorat Sanitarny. Resort zdrowia opracował także specjalną listę chorób, których rozpoznanie lub podejrzenie wystąpienia może stanowić podstawę odmowy wjazdu cudzoziemca na terytorium Polski. Na liście tej umieszczono takie jednostki

jak: błonica, cholera, polio, gruźlica płuc w okresie prątkowania, dur brzuszny i dury rzekome (A, B i C), dur wysypkowy, dżuma, ospa prawdziwa i lekooporna gruźlica pozapłucna, gorączki krwotoczne oraz grypa wywołana nowym szczepem wirusa (szczepem pandemicznym lub wysoce zjadliwymi szczepami odzwierzęcymi), a także zakażenia wirusami powodującymi zespół ostrej niewydolności oddechowej [107]. Każdy cudzoziemiec przebywający w Polsce legalnie i zadeklarowany do lekarza POZ, bez względu na tytuł ubezpieczenia zdrowotnego, otrzymuje bezpłatnie szczepienia ochronne do 19. roku życia. Możliwe jest także w stosunku do niego egzekwowanie realizacji szczepień. Powyższe postępowanie znajduje pełne uzasadnienie, jedynie po dokonaniu szerokiego spektrum badań mikrobiologicznych i parazytologicznych. W związku z tym wymaga przygotowania merytorycznego zespołów oceniających stan uchodźców oraz możliwości wykonania badań specjalistycznych. To z kolei wiąże się z konkretnymi nakładami finansowymi, na zapewnienie „*szczelności systemu uchroniła polskich obywateli od nieoczekiwanych zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego*” [107]. Z kolei cudzoziemcom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego udzielane są bezpłatnie świadczenia opieki zdrowotnej w postaci medycznych czynności ratunkowych [151].

W badaniach własnych respondentom zadano pytanie, czy polscy lekarze i pielęgniarki są dostatecznie przygotowani do opieki nad ich dziećmi. Zdecydowana większość badanych (77% w przypadku lekarzy i 73% w przypadku pielęgniarek) potwierdziła, że polski personel medyczny posiada odpowiednie przygotowanie do opieki nad ich dziećmi. W związku z powyższym można stwierdzić, iż hipoteza została potwierdzona.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) donosi w raporcie, że imigranci nie przenoszą żadnych egzotycznych chorób, w tym tych zakaźnych [cyt. z 152]. Choroby, które mogą mieć, są doskonale znane w Europie i wiadomo, jak im przeciwdziałać. Według danych z raportu imigranci rzadziej chorują na nowotwory (z wyjątkiem raka szyjki macicy), za to częściej zapadają na cukrzycę. Największymi problemami są dla nich zespoły stresu pourazowego, depresja i dostęp do opieki zdrowotnej [152].

Ponownie, za Poczarską–Dec [116], wymaga więc podkreślenia waga edukacji zdrowotnej w rozwijaniu i kształtowaniu postaw prozdrowotnych, zarówno w aspekcie profilaktyki (zapobieganie chorobom), jak i promocji zdrowia, która poprzez afirmację zdrowego stylu życia powinna doprowadzić do zmiany panującego w społeczeństwie przekonania, że za zdrowie odpowiada wyłącznie personel medyczny. W edukację i promocję zdrowia powinni być zaangażowani nie tylko lekarze, ale także przedstawiciele wszystkich innych dziedzin życia, a w szczególności rodzice i nauczyciele [116].

W Polsce prawo do bezpłatnej nauki ma każde dziecko, które przebywa na terytorium kraju, aż do ukończenia 18. roku życia. Uprawnienie to przysługuje zatem także dzieciom cudzoziemców. Zarówno tym, którzy otrzymali status uchodźcy, zgodę na pobyt tolerowany, jak i tym, którzy dopiero oczekują na decyzję UdSC (Urząd do Spraw Cudzoziemców), a nawet przebywają w Polsce nielegalnie. Prawo do edukacji przysługuje cudzoziemcom na takich samych zasadach jak obywatelom polskim [153].

W badaniach własnych w pytaniu dotyczącym stażu pracy w ośrodku dla uchodźców największą grupą były osoby ze stażem pracy w ośrodku wynoszącym 5 lat lub więcej (27% - 27 osób). Drugą najliczniejszą grupę wśród osób stanowiły osoby ze stażem pracy w ośrodku nie przekraczającym 1 roku (23%). Osoby pracujące tam powyżej roku stanowiły 18% badanych nauczycieli, osoby pracujące od 2 lat 11%, od 3 lat 13%, a najmniejszy odsetek stanowiły osoby ze stażem pracy w ośrodkach wynoszącym 4 lata (8% - 8 osób).

Efektywna edukacja dzieci cudzoziemców w polskiej szkole, bez znajomości języka na dłuższą metę byłaby nierealna. Na szczęście dzieciaki błyskawicznie uczą się języków obcych. Mali cudzoziemcy, podlegający obowiązkowi szkolnemu, mają prawo do udziału w bezpłatnym kursie języka polskiego. Są to zajęcia dodatkowe, czyli odbywają się obok zwykłych lekcji. Nie zwalniają zatem dziecka z chodzenia do szkoły na zwykłych zasadach [153].

Największa część dzieci badanych (80%) posługiwała się językiem rosyjskim, 63% dzieci ankietowanych - językiem narodowym, 29% - polskim 29%, 5% - angielskim. Dzieci większości badanych rodziców (70%) nie były diagnozowane przez psychologa w kontekście wielokulturowości i wielojęzyczności. Diagnozę taką przeszły dzieci zaledwie 9% respondentów. Natomiast 20% badanych rodziców nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie, a 1 osoba (1% badanych) w ogóle nie udzieliła odpowiedzi. Blisko połowa respondentów (47%) została o tym poinformowana w jasny i zrozumiały sposób. 31% badanych takich informacji nie otrzymało, 19% rodziców nie było w stanie podać jednoznacznej odpowiedzi, a 3% w ogóle nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Według nauczycieli, dzieci z ośrodka spędzają wolny czas. Najczęściej podawanym przez badanych nauczycieli sposobem spędzania czasu jest oglądanie telewizji (46%). Na drugim miejscu nauczyciele wskazali na spędzanie czasu z innymi dziećmi (36%). 30% badanych uważało, że dzieci z ośrodka zazwyczaj bawią się telefonami komórkowymi lub tabletami. 28% ankietowanych wskazuje na gry komputerowe, 21% - na rysowanie/kolorowanie, 17% na grę w piłkę, tylko 3% nauczycieli na czytanie książek, a 8% - na inne sposoby spędzania czasu.

Brak jasno sformułowanej polityki imigracyjnej i integracyjnej, którą można by zinterpretować jako tendencję do nieułatwiania imigracji do Polski, ma także wpływ na decyzje władz oświatowych w tym względzie [154]. Władze oświatowe dopiero niedawno, wraz z wprowadzeniem edukacji uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych (od 2011 r.), wśród kategorii uczniów z niepełnosprawnościami, uczniów uzdolnionych oraz uczniów „niedostosowanych społecznie”, uwzględniły także kategorię uczniów, których specjalne potrzeby wynikają „z trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą” [155].

Interesujące jest badanie przeprowadzone na zlecenie Ośrodka Rozwoju Edukacji przez Błęszyńską [156]. W 2010 roku autorka przebadła 134 nauczycieli, 194 dyrektorów szkół i 47 pedagogów szkolnych w celu poznania ich postaw wobec uczniów cudzoziemskich, a także oceny stopnia ich przygotowania do pracy z dziećmi z doświadczeniem migracji. Wśród nauczycieli niepokoił fakt, że aż 40% nie uświadamiała sobie specyfiki pracy z tą grupą uczniów, ani nie widziała ich specjalnych potrzeb edukacyjnych. Większość ankietowanych nauczycieli wyraziła przekonanie o braku potrzeby dokonywania adaptacji sposobu ewaluacji ucznia do jego specyfiki kulturowej i językowej. Można powiedzieć, że obecność dzieci cudzoziemców w prowadzonej klasie wzbudzała ambiwalentne uczucia i niejednoznaczne postawy. Badaczka zauważyła, że praca z dziećmi cudzoziemskimi wywołuje u nauczycieli stres i poczucie przeciążenia. Zaskakujące w badaniu było, że około 90% nauczycieli odczuwało, że są nieprzygotowani lub niewystarczająco przygotowani do pracy z uczniami obcokrajowcami [156]. Badanie pilotażowe przeprowadzone przez Januszewską w grupie studentów II roku studiów niestacjonarnych I stopnia Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie, w tym trzech grup specjalnościowych: specjalność: pedagogika opiekuńczo-wychowawcza; kierunek pedagogika – profil praktyczny, specjalność: edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna; kierunek: pedagogika, specjalność: wychowanie przedszkolne z edukacją wczesnoszkolną, wykazały, że większość studentów nie znała definicji uchodźcy [157]. Wiedza ich była stereotypowa, zaczerpnięta przede wszystkim z mass mediów, a nie z materiałów naukowych. Studenci podawali nieprawdziwe dane dotyczące sytuacji prawnej i materialnej uchodźców w Polsce. W ich wypowiedziach dominował lęk przed obcością, innością i przed terroryzmem. Takie wyniki budzą wątpliwości, czy student pedagogiki, który w przyszłości będzie pracował z dziećmi i młodzieżą, jest przygotowany na spotkanie „z innością kulturową”, na dialog, otwartość oraz tolerancję wobec migrantów? [157].

Badania Januszewskiej i wsp. [157] pozwoliły także na stwierdzenie, że nie wszyscy pracownicy szkoły (nauczyciele, pedagodzy, psychologzy szkolni), mający bezpośredni kontakt z uczniami cudzoziemskimi, byli zainteresowani ich sytuacją socjalną, ekonomiczną, psychospołeczną oraz udzieleniem uczniom cudzoziemskim wsparcia. Nie wszyscy wiedzieli także, z jakich krajów pochodzą uczniowie cudzoziemscy przebywający w szkole, ilu jest zapisanych do placówki, czy uczęszcza na lekcje. Nie znali ich imion oraz nie mieli wiedzy o specyfice kultury ich kraju pochodzenia i nie znali specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów cudzoziemskich. Niektórzy nauczyciele byli zmęczeni oraz zniechęceni pracą z dziećmi cudzoziemskimi, twierdząc że jest to praca trudna i nie przynosząca żadnych efektów. Przyczyną powyższego była najczęściej rotacja uczniów oraz brak ich motywacji do nauki związanej z niewiązaniem swojej przyszłości z Polską. Nauczyciele nie mieli często specjalistycznej wiedzy, jak prowadzić lekcje, czego wymagać od uczniów cudzoziemskich, jak sprawdzać ich wiadomości, jak kontrolować przyswajanie wiedzy, jak wspierać dziecko nieznające języka polskiego, zwłaszcza w trzydziestoosobowej klasie szkolnej [157].

W badaniach własnych grupę nauczycieli zapytano, czy mają świadomość problemów edukacyjnych i wychowawczych, które nie są związane z barierą językową. Ponad połowa badanych nauczycieli (62%) była świadoma takich problemów. 10% respondentów nie miało świadomości problemów edukacyjnych i wychowawczych, które nie są związane z barierą językową, a prawie 1/4 badanych nauczycieli (23%) nie było w stanie się określić. 5 osób (5%) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Badania Sprung [158] przeprowadzone w społeczeństwie austriackim, wykazujące przyczyny rzadkiego korzystania z usług publicznych przez imigrantów, ukazują jednocześnie bariery, które uniemożliwiają ich „*partycypację w praktykach międzykulturowego otwarcia*”, w tym barierę językową, kulturową, brak zaufania do instytucji publicznych, brak wiedzy na temat struktur i usług oferowanych migrantom przez administrację publiczną, negatywne doświadczenia migrantów, odmienne koncepcje doradztwa i wsparcia klasy średniej (np. niebezpośredni sposób wyrażania, komunikowania się) oraz obawy przed konsekwencjami związanymi z uzyskaniem (bądź nie) pozwolenia na pobyt [158].

Międzykulturowość odbywa się na wielu płaszczyznach. To proces obejmujący nie tylko nauczycieli, uczniów, rodziców, władze oświatowe, środowisko lokalne, ale także placówki i personel ochrony zdrowia [157]. W powyższym kontekście takie problemy dotyczą także programów prozdrowotnych. Zdaniem Majdy [159] stosowanie dobrych programów prozdrowotnych w procesie kształcenia dzieci imigrantów staje się wyzwaniem dla szkół i nauczycieli.

Osoby odpowiedzialne za edukację, w tym edukację prozdrowotną powinny posiadać [159]:

- wiedzę merytoryczną z zakresu kultury i religii,
- znajomość zasad treningu umiejętności,
- umiejętność stosowania interaktywnych metod nauczania opartych na własnym doświadczeniu, przeżywaniu, poznawaniu, odkrywaniu, zaangażowaniu oraz rozwiązywaniu problemów: symulacje(gry dydaktyczne), metody przypadków, inscenizacje (odgrywanie, wcielanie się w role), dyskusje (burza pomysłów), wizualizacje (np. film), przeplatane 10–20-minutowymi prezentacjami (mini-wykłady),
- wiedzę na temat zasad konstruowania programu szkoleniowego,
- umiejętność zdiagnozowania potrzeb szkoleniowych uczestników.

Nikitorowicz [160] twierdzi, że *„Niezbędne jest oparcie szkoły o model komunikacji międzykulturowej, kształtowanie umiejętności negocjacyjnych i dialogowych z innymi, zorientowanie komunikacji na uznanie, dowartościowanie, podtrzymanie różnicy z jednoczesną rezygnacją z okopywania się, separacji i izolacji, kreowanie dialogu jako szansy rozwoju, wsparcia w rozwoju własnym i grupy (...)”*.

Nauczyciel powinien być także liderem w promowaniu zdrowego stylu życia, nie tylko w środowisku szkolnym, ale także poza nim. Poprzez swoją postawę, sposób zachowania i postępowania, a także osobowość, powinien stanowić wzór do naśladowania nie tylko dla uczniów, ale także ich rodziców. Istotne w powyższym wydaje się więc poznanie zachowań zdrowotnych nauczycieli i zweryfikowanie tych niekorzystnych.

Ograniczenia obecnych badań, a zwłaszcza w przeprowadzeniu dyskusji, związane były przede wszystkim z faktem, iż do chwili obecnej przeprowadzono niewiele badań nad zachowaniami zdrowotnymi i stylami życia nauczycieli, jeszcze mniej dotyczących tej kwestii w grupie uchodźców, a prawie w ogóle w kontekście roli nauczycieli w wychowaniu prozdrowotnym dzieci uchodźców.

Szkoła na całym świecie jest uznawana za środowisko edukacyjne, w którym rozwija się, utrwała i promuje kulturowe oraz zdrowotne wzorce zachowań młodego pokolenia. W związku z tym nauczyciele powinni rozwijać swoje kompetencje prakseologiczne, związane z diagnozowaniem potrzeb i możliwości uczniów w zakresie edukacji zdrowotnej i na tej podstawie skutecznie programować, planować oraz organizować działania pedagogiczne.

Nauczyciel, jako przewodnik po edukacji zdrowotnej powinien mieć szeroką wiedzę o zdrowiu i czynnikach je warunkujących, znać i potrafić zdiagnozować najczęstsze problemy zdrowotne i społeczne dzieci oraz podejmować działania profilaktyczne. Oprócz wiedzy związanej bezpośrednio z procesem edukacji zdrowotnej w szkole, powinien znać idee promocji zdrowia, w tym szkoły promującej zdrowie. Swoją postawą powinien zaś prezentować przekonanie, że zdrowie jest najwyższą wartością dla człowieka oraz najcenniejszym zasobem dla społeczeństwa.

Powyższe wymusza prowadzenie systematycznych badań nauczycieli nad preferowanymi przez nich zachowaniami prozdrowotnymi oraz szkoleń ich umiejętności w zakresie szeroko rozumianego propagowania takich zachowań wśród młodzieży i ich rodziców, w tym w nowych kręgach uczniów i ich rodzin, jakimi są uchodźcy.

WNIOSKI

1. Badani rodzice za najważniejsze dla ich dzieci podczas pobytu w ośrodku dla uchodźców uważali zapewnienie im bezpieczeństwa, możliwości edukacji i uzyskania porady lekarskiej oraz twierdzili, że polscy lekarze i pielęgniarki są dostatecznie przygotowani do opieki nad ich dziećmi, a nauczyciele do ich nauki.
2. Dzieci większości badanych rodziców były diagnozowane przez lekarza i miały kontakt z pielęgniarką, ale nie były diagnozowane przez psychologa w kontekście wielokulturowości i wielojęzyczności.
3. Większość nauczycieli nie została poinformowana o przedmiocie rozmowy z dzieckiem przed przyjęciem go na określony etap kształcenia, nie znała powodu umieszczenia rodziny w ośrodku i nie została poinformowana o stanie zdrowia dzieci z ośrodka.
4. Największą część rodziców i nauczycieli cechował niezróżnicowany słaby typ kontroli zdrowia i średnie nasilenie zachowań zdrowotnych we wszystkich podskalach kwestionariusza IZZ.
5. Nauczyciele, w samoocenie, w porównaniu z badanymi rodzicami, istotnie statycznie wyżej oceniali stan zdrowia swojej rodziny, swój stan odżywiania, częściej uczęszczali do lekarza i lekarza dentystry, myli zęby, spożywali kawę, palili papierosy, częściej ćwiczyli oraz prezentowali wyższy poziom satysfakcji z życia i częściej osiąkali wysokie wyniki w skali IZZ.
6. Większość rodziców i nauczycieli deklarowała, że przekazała swoim dzieciom/uczniom wiedzę na temat zachowań zdrowotnych, przede wszystkim na temat potrzeb higienicznych, prawidłowego odżywiania, szkodliwości używek i potrzebie aktywności fizycznej
7. W opinii rodziców osobą najlepiej przygotowaną do przekazywania dzieciom wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych jest lekarz, nauczyciel i pielęgniarka, a w opinii nauczycieli – pielęgniarka, nauczyciel i lekarz.
8. Wykazano związek pomiędzy stopniem zadowolenia z życia rodziców oraz ich opiniami na temat przygotowania polskich nauczycieli do opieki nad ich dziećmi.
9. Nie wykazano istotnie statystycznego związku pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi, zadowoleniem z życia rodziców oraz typem umiejscowienia kontroli zdrowia, a ich opinią na temat tego, czy nauczyciele powinni przekazywać oraz czy do tej pory przekazywali ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych.

10. Zdecydowanie więcej rodziców, niż nauczycieli chciało pogłębić swoją wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych, głównie w formie wykładów i pogadań (rodzice) lub książek/ulotek (nauczyciele).

WYKAZ TABEL

Tabela I. Wnioski o udzielenie ochrony międzynarodowej w RP i liczba osób, które uzyskały status uchodźcy w latach 2009-2018

Tabela II. Struktura wieku (w %) obcokrajowców zatrudnionych w polsce w latach 2015-2018. Dane z roku 2018 obejmują pierwsze 3 kwartały

Tabela III. Przyjęte wnioski o udzielenie ochrony międzynarodowej 01.01.2019-30.06.2019

Tabela IV. Wydane decyzje w sprawie udzielenia ochrony międzynarodowej 01.01.2019-30.06.2019

Tabela VI. Standardy w zakresie udzielania świadczeń medycznych właściwych pod względem językowym i kulturowym (clas)

Tabela VII. Najczęstsze bariery w szkole dzieci wielokulturowych i ich możliwe przyczyny

Tabela VIII. Różnice w samoocenie stanu zdrowia pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela IX. Różnice w samoocenie stanu zdrowia rodziny pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela X. Różnice w terminie ostatniej wizyty u lekarza pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XI. Różnice w ocenie dostępności do opieki medycznej w polsce pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XII. Różnice w typowym działaniu w sytuacji pojawienia się objawów choroby pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XIII. Różnice w stosowanych w ostatnim roku lekach pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XIV. Różnice w częstotliwości wizyt u stomatologa pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XV. Różnice w częstotliwości mycia zębów pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XVI. Różnice w wykonywaniu badań rtg pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XVII. Różnice w samoocenie stanu odżywienia pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XVIII. Różnice w spożyciu kawy pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XIX. Różnice w paleniu tytoniu pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XX. Różnice w spożywaniu alkoholu pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XXI. Różnice w częstotliwości ćwiczeń fizycznych pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XXII. Różnice w chęci do pogłębienia wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XXIII. Różnice w wiedzy na temat możliwości uzyskania natychmiastowej porady lekarskiej w ośrodku pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XXIV. Różnice w wiedzy na temat możliwości uzyskania natychmiastowej porady lekarskiej w ośrodku pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XXV. Różnice w wiedzy o spędzaniu przez dzieci czasu wolnego pomiędzy rodzicami a nauczycielami

Tabela XXVI. Ocena zadowolenia z życia w grupie rodziców

Tabela XXVII. Wyniki swls rodziców zamienione na skalę przymiotnikową

Tabela XXVIII. Ocena zadowolenia z życia w grupie nauczycieli

Tabela XXIX. Wyniki swls nauczycieli zamienione na skalę przymiotnikową

Tabela XXX. Związek wyników rodziców w skali swls z ich odpowiedzią na pytanie, czy nauczyciel powinien przekazywać ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych

Tabela XXXI. Związek wyników rodziców w skali swls z ich odpowiedzią na pytanie, czy polscy nauczyciele są odpowiednio przygotowani do opieki nad ich dziećmi

Tabela XXXII. Związek wyników rodziców w skali swls z ich odpowiedzią na pytanie, czy do tej pory nauczyciel przekazywał ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych

Tabela XXXIII. Różnice w poczuciu satysfakcji z życia (skala SWLS) między rodzicami a nauczycielami

Tabela XXXIV. Wyniki IZZ rodziców

Tabela XXXV. Wyniki IZZ nauczycieli

Tabela XXXVI. Związek wyników rodziców w skali IZZ z ich odpowiedzią na pytanie, czy nauczyciel powinien przekazywać ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych

Tabela XXXVII. Związek wyników rodziców w skali IZZ z ich odpowiedzią na pytanie, czy polscy nauczyciele są odpowiednio przygotowani do opieki nad ich dziećmi

Tabela XXXVIII. Związek wyników rodziców w skali IZZ z ich odpowiedzią na pytanie, czy do tej pory nauczyciel przekazywał ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych

Tabela XXXIX. Różnice wyników skali IZZ między rodzicami a nauczycielami

Tabela XL. Wyniki rodziców w skali MHLC

Tabela XLI. Wyniki nauczycieli w skali MHLC

Tabela XLII. Związek typów umiejscowienia kontroli zdrowia rodziców z odpowiedzią na pytanie czy nauczyciel powinien przekazywać dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych

Tabela XLIII. Związek typów umiejscowienia kontroli zdrowia rodziców z odpowiedzią na pytanie czy nauczyciele są odpowiednio przygotowani do opieki nad ich dziećmi

Tabela XLIV. Związek typów umiejscowienia kontroli zdrowia rodziców z odpowiedzią na pytanie czy do tej pory nauczyciel przekazywał ich dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych

WYKAZ RYCIN

Rycina 1. Liczba obcokrajowców posiadająca ważne dokumenty uprawniające do pobytu na terytorium polski z podziałem na województwa. Dane na rok 2019

Rycina 2. Odsetek obcokrajowców w wybranych państwach europejskich - stan na rok 2002

Rycina 3. Liczba cudzoziemców przybywających do polski na pobyt stały w latach 1969 – 2018

Rycina 4. Liczba obcokrajowców posiadająca ważne dokumenty uprawniające do pobytu stałego na terytorium polski z podziałem na województwa. Dane na rok 2019

Rycina 5. Przyrost liczby wydanych pozwoleń na pobyt w polsce w latach 2014 - 2018

Rycina 6. Liczba obcokrajowców zgłoszonych do ubezpieczeń emerytalnych i rentowych w latach 2008 – 2018

Rycina 7. Wnioski o zezwolenie na pobyt w polsce, które wpłynęły do wojewodów w czerwcu 2019 roku oraz w całym pierwszym półroczu 2019

Rycina 8. Zmiany w liczbie zatrudnionych w polsce obcokrajowców w latach 2009-2018

Rycina 9. Zezwolenia na pobyt w 2018 według obywatelstwa

Rycina 10. Cudzoziemcy przyjeżdżający do polski na pobyt stały według obywatelstwa

Rycina 11. Ośrodek dla Cudzoziemców W Białej Podlaskiej

Rycina 12. Ośrodek dla Cudzoziemców w Białej Podlaskiej

Rycina 13. Płeć badanych rodziców

Rycina 14. Płeć badanych nauczycieli

Rycina 15. Wiek badanych rodziców

Rycina 16. Wiek badanych nauczycieli

Rycina 17. Kraj pochodzenia badanych rodziców

Rycina 18. Liczba dzieci badanych imigrantów

Rycina 19. Miejsce zamieszkania badanych imigrantów

Rycina 20. Miejsce zamieszkania badanych nauczycieli

Rycina 21. Okres pobytu badanych imigrantów w Polsce

Rycina 22. Czas prac zawodowej jako nauczyciel

- Rycina 23. Czas pracy badanych nauczycieli w ośrodku dla cudzoziemców
- Rycina 24. Specjalizacja badanych nauczycieli
- Rycina 25. Samoocena stanu zdrowia badanych
- Rycina 26. Samoocena stanu zdrowia rodziny badanych
- Rycina 27. Termin ostatniej wizyty badanych u lekarza
- Rycina 28. Miejsce ostatniej wizyty badanych rodziców u lekarza
- Rycina 29. Szczepienia dzieci cudzoziemców
- Rycina 30. Choroby przebyte przez dzieci cudzoziemców
- Rycina 31. Ocena dostępu do opieki medycznej w polsce przez badanych
- Rycina 32. Diagnoza dzieci imigrantów w kontekście wielokulturowości i wielojęzykowości
- Rycina 33. Informacja dla rodziców na temat badania dziecka
- Rycina 34. Diagnoza lekarska dzieci imigrantów
- Rycina 35. Informacja dla rodziców o wynikach badania lekarskiego
- Rycina 36. Kontakt dzieci imigrantów z pielęgniarką
- Rycina 37. Rutynowe działanie badanych w przypadku wystąpienia choroby
- Rycina 38. Leki zażywane w ostatnim roku przez badanych
- Rycina 39. Częstotliwość wizyt badanych u stomatologa
- Rycina 40. Częstotliwość mycia zębów wśród badanych
- Rycina 41. Regularność rtg klatki piersiowej wśród badanych
- Rycina 42. Samoocena stanu odżywienia badanych
- Rycina 43. Picie kawy wśród badanych
- Rycina 44. Palenie tytoniu wśród badanych
- Rycina 45. Spożywanie alkoholu wśród badanych
- Rycina 46. Częstotliwość ćwiczeń wśród badanych
- Rycina 48. Zakres wiedzy przekazywanej dzieciom przez rodziców i nauczycieli

Rycina 50. Zakres przekazywanej przez nie wiedzy

Rycina 51. Osoby, które zdaniem badanych powinny przekazywać ich dzieciom wiedzę na temat zachowań zdrowotnych

Rycina 52. Zakres w jakim powinna być przekazywana wiedza o zachowaniach prozdrowotnych

Rycina 53. Chęć badanych do pogłębienia własnej wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych

Rycina 54. Forma w jakiej badani chcieliby pogłębiać wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych

Rycina 55. Tematy, na które badani rodzice chcieliby poszerzyć swoją wiedzę

Rycina 56. Tematy, na które badani nauczyciele chcieliby poszerzyć swoją wiedzę

Rycina 57. Języki znane przez dzieci imigrantów

Rycina 58. Informacje o organizacji nauki dzieci imigrantów

Rycina 59. Problemy prawne i organizacyjne z podjęciem lub kontynuacją kształcenia dzieci imigrantów w polsce

Rycina 60. Ważne dla dzieci imigrantów czynniki podczas pobytu w ośrodku

Rycina 61. Miejsce gdzie, według imigrantów, powinny uczyć się ich dzieci

Rycina 62. Ocena rodziców na temat kompetencji polskich lekarzy

Rycina 63. Ocena rodziców na temat kompetencji polskich pielęgniarek

Rycina 64. Ocena rodziców na temat kompetencji polskich nauczycieli

Rycina 65. Możliwość uzyskania natychmiastowej porady lekarskiej w ośrodku według badanych

Rycina 66. Możliwość natychmiastowego kontaktu z pielęgniarką w ośrodku według nauczycieli

Rycina 67. Sposób spędzania wolnego czasu przez dzieci imigrantów

Rycina 68. Wymiana doświadczeń z zakresu edukacji wobec wyzwań migracyjnych badanych nauczycieli

Rycina 69. Informacja dla nauczycieli co było przedmiotem rozmowy z dzieckiem przed przyjęciem go w przypadku braku dokumentacji

Rycina 70. Sposób przygotowania nauczycieli do pracy z uczniami imigrantów

Rycina 71. Wiedza nauczycieli na temat powodów umieszczenia rodziny w ośrodku

Rycina 72. Informacja dla nauczycieli o stanie zdrowia dziecka

Rycina 73. Świadomość problemów edukacyjnych i wychowawczych nie powiązanych z barierą językową wśród nauczycieli

Rycina 74. Czynniki ważne dla dziecka w czasie pobytu w ośrodku w ocenie nauczycieli

Rycina 75. Największe bariery w komunikacji i przekazywaniu wiedzy dzieciom z ośrodka według nauczycieli

Rycina 76. Wyniki SWLS rodziców zamienione na skalę przymiotnikową

Rycina 77. Wyniki SWLS nauczycieli zamienione na skalę przymiotnikową

Rycina 78. Różnice w poczuciu satysfakcji z życia (skala SWLS) między rodzicami a nauczycielami

Rycina 79. Różnice wyników skali IZZ między rodzicami a nauczycielami

Rycina 80. Wyniki rodziców w skali MHLC

Rycina 81. Wyniki nauczycieli w skali MHLC

PIŚMIENICTWO

1. Nowomińska M.: Opieka nad pacjentem odmiennym kulturowo. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2016, 07-08, 7-9.
2. Okoń W.: *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa, Wyd. PWN, 2004.
3. Todorovska-Sokolovska V.: *Integracja i edukacja dzieci imigrantów w krajach Unii Europejskiej – wnioski dla Polski*, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych, 2010.
4. Evereth Publishing. *Multicultural Care in European Intensive Care Units (MICE- ICU)- Przegląd literatury dotyczący kompetencji kulturowych pielęgniarek OIT. Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece*, 2017, 3(2), 67-68.
5. GUS: *Główne kierunki emigracji i imigracji na pobyt stały w latach 1966-2018*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosc/glowne-kierunki-emigracji-i-imigracji-na-pobyt-staly-w-latach-1966-2018,4,2.html>, pobrano 14.06.2020
6. UdSC: *Raport roczny – legalizacja pobytu*. 2018, <https://udsc.gov.pl/statystyki/raporty-okresowe/raport-roczny-legalizacja-pobytu/2018-2/>, pobrano 14.06.2020.
7. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych ZUS: *Cudzoziemcy w polskim systemie ubezpieczeń społecznych*. ZUS, Warszawa, 2019.
8. <https://migracje.gov.pl/statystyki/zakres/polska/typ/dokumenty/widok/mapa/rok/2019/?x=0.3301&y=1.0061&level=1>, pobrano 14.06.2020.
9. OECD: *Trends in international migration, annual report, 2004 edition*. <http://www.oecd.org/els/mig/trendsininternationalmigration2004.htm>, pobrano 14.06.2020.
10. Dudek A.: *Stan wojenny w Polsce 1981-1983*. Warszawa, Instytut Pamięci Narodowej, 2003.
11. Kaczmarczyk P. Stefańska R. Tyrowicz J.: *Cudzoziemcy w Polsce*. Warszawa, Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych, 2008.
12. UdSC: *Meldunek miesięczny z działalności Urzędu*. Czerwiec 2019, <https://udsc.gov.pl/statystyki/raporty-okresowe/meldunek-miesieczny/2015-2/2019-2/> pobrano 03.07.2020.
13. Małachowski W.: *Migracje we współczesnym świecie. Implikacje dla Polski*. Warszawa, Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie, 2010.
14. Runge A. Runge J.: *Słownik pojęć z geografii społeczno-ekonomicznej*. Chorzów, Videograf Edukacja, 2008.

15. Ślęzak J.: Status uchodźcy, azylanta a obowiązki państwa przyjmującego [w:] Ochrona praw człowieka w polityce migracyjnej Polski i Unii Europejskiej. Pływaczewski W., Ilnicki M. (red.), Olsztyn, Katedra Kryminologii i Polityki Kryminalnej Wydział Prawa i Administracji Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie & Fundacja Forum Dialogu Publicznego, 2016, 113-125.
16. Wierzbicki B.: Sytuacja prawna uchodźcy w systemie międzynarodowej ochrony praw człowieka, Białystok, Reklamowo-wydawnicza Agencja Dziennikarzy AG-RED, 1993.
17. Krzyżak L.: Uregulowania statusu uchodźcy w konwencjach międzynarodowych [w:] Ochrona praw człowieka w polityce migracyjnej Polski i Unii Europejskiej. Pływaczewski W. Ilnicki M. (red.), Olsztyn, Katedra Kryminologii i Polityki Kryminalnej Wydział Prawa i Administracji Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie & Fundacja Forum Dialogu Publicznego, 2016, 92-100.
18. UdSC: Raport Specjalny TOP 5 – legalizacja pobytu 2007-2018. <https://udsc.gov.pl/statystyki/raporty-specjalne/top-5-legalizacja-pobytu/>, pobrano 15.06.2020.
19. Perkowska M.: Przekroczenie granicy państwa wbrew przepisom jako forma nielegalnej migracji [w:] Ochrona praw człowieka w polityce migracyjnej Polski i Unii Europejskiej. Pływaczewski W. Ilnicki M. (red.), Olsztyn, Katedra Kryminologii i Polityki Kryminalnej Wydział Prawa i Administracji Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie & Fundacja Forum Dialogu Publicznego, 2016, 190-206.
20. Deszczyński P.: Migracje zewnętrzne a bezpieczeństwo gospodarcze państw [w:] Bezpieczeństwo państw a procesy migracyjne. Kacprzak L. Knopek J. (red.), Piła, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Pile, 2008, 93-108.
21. Zientara P.: Międzynarodowe migracje o charakterze ekonomicznym: przyczyny, mechanizmy, konsekwencje. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 2012.
22. Marek E.: Emigracja zarobkowa Polaków po akcesji do Unii Europejskiej. Polityka Społeczna, 2008, 11-12, 23-27.
23. Bauman Z.: Globalizacja: I co z tego dla ludzi wynika. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy, 2000.
24. Orłowska R.: Uwarunkowania i skutki rozwoju migracji ekonomicznych w Unii Europejskiej w świetle wybranych teorii migracji międzynarodowych. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 2013.
25. Konwencja dotycząca statusu uchodźców z dnia 28 lipca 1951 roku. Dz.U. 1991 nr 119 poz. 515.

26. Kolankiewicz-Lundberg M.: Uchodźcy bliżej nas [w:] Uchodźcy: teoria i praktyka. Czerniejewska I. Main I. (red.), Poznań, Stowarzyszenie Jeden Świat, 2008, 16-18.
27. Jaroszevska E.: Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem [w:] Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej, Krajewska-Kułał E. Guzowski A. Bejda G. Lankau A. (red.). Poznań, Wyd. Silva Rerum, 2016, 353-370.
28. Michalak R.: Tożsamość religijna jako wyznacznik konfrontacji rosyjskich środowisk narodowo-radykalnych z islamem. Przegląd Narodowościowy. Tożsamość narodowa 2013, 2, 57-67.
29. Klepacka M.: Rodzina a tożsamość kulturowa uchodźców czeczeńskich w Polsce. Dialog Międzykulturowy, 2011, 1, 24-28.
30. Hall E.T.: Poza kulturą. Warszawa, Wyd. PWN, 2001.
31. Rejmer-Ronowicz Z.: Najważniejsze różnice międzykulturowe [w:] Podejście wielokulturowe w doradztwie zawodowym. Kownacka E. Piegat-Kaczmarczyk M. Rejmer-Ronowicz Z. Smoter B. (red.), Warszawa, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, 2007, 11-17.
32. Grzymała-Moszczyńska H.: Uchodźcy. Podręcznik dla osób pracujących z uchodźcami. Kraków, Wyd. Nomos, 2000.
33. Hofstede G.: Kultura i organizacje. Zaprogramowanie umysłu. Warszawa, Polskie Wyd. Ekonomiczne, 2000.
34. Procházková P.: Ani życie, ani wojna: Czeczenia oczami kobiet. Warszawa, Wyd. Bertelsmann Media, 2005.
35. Piegat-Kaczmarczyk M.: Specyfika pracy z grupą międzykulturową [w:] Podejście wielokulturowe w doradztwie zawodowym, Kownacka E. Piegat-Kaczmarczyk M. Rejmer-Ronowicz Z. Smoter B. (red.), Warszawa, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, 2007, 83-91.
36. Szczepanikova A.: Chechen refugees in Europe, How three generations of women settle in exile [w:] Chechnya at war and beyond, Le Huerou A. Merlin A. Regamey A. Sieca-Kozłowski E. (ed.), London, Routledge, 2014.
37. Szymanderski J.: Stan faktyczny i kierunki rozwoju integracji cudzoziemców w Polsce. Warszawa, Stowarzyszenie Wolnego Słowa, 2010.
38. Gierko V.: Ukrainizacja polskich uczelni na tle umiędzynarodowienia kształcenia na poziomie wyższym w Polsce. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia, 2015, 40(2), 103-119.

39. Maśliński K.: Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce [w:] Poza systemem – dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce, Chrzanowska A. Klaus W. (red.), Warszawa, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, 2011, 23-44.
40. Cianciara D. Dudzik K. Lewczuk A. Pinkas J.: Liczba, charakterystyka i zdrowie imigrantów w Polsce. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93(1), 143-150.
41. Cianciara D. Goryński P. Seroka W.: Hospitalizacja migrantów w Polsce. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 92(3), 497-503.
42. Churpiy K. Churpiy I.: Medical and social aspects of a health life style in Ukraine. *Hygeia Public Health*, 2011, 46(1), 102-103.
43. Surmach M. Tishchenko E. Surmach A.: Way of life and health of Grodno University students. *Hygeia Public Health*, 2010, 45(1), 56-61.
44. Brudkiewicz P.: Raport oceniający stan zdrowia obcokrajowców przebywających w ośrodkach pobytowych Urzędu ds. Repatriacji i Cudzoziemców oraz ich dostęp do diagnostyki i leczenia. Propozycje zmian organizacji opieki zdrowotnej nad obcokrajowcami w ośrodkach. http://mighealth.net/pl/images/8/8f/Uchodzcy_raport.pdf, pobrano 30.06.2020.
45. Kłorek N.: Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców [w:] Poza systemem – dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce, Chrzanowska A. Klaus W. (red.), Warszawa, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, 2011, 45-112.
46. Cylkowska-Nowak M.: Edukacja zdrowotna. Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, 2008, 126-127.
47. Chrzanowska A., Klaus W.: Poprawa dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań [w:] Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce, Chrzanowska A., Klaus W. (red.), Warszawa, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, 2011, 9-12.
48. Grzymała-Moszczyńska H., Pawlus M., Hartman P., Jackowska T.: Kulturowo wrażliwa opieka medyczna. *Pediatrics Polska*, 2012, 87(3), 286- 287.

49. Potkańska D.: Uchodźcy z Czeczenii w Polsce. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2017, 3, 14-17.
50. Jabłecka B.: *Strukturalne i kulturowe bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia*. Warszawa, Instytut Spraw Publicznych, 2012.
51. Cybulski M. Bariery w dostępie imigrantów do Ochrony Zdrowia [w:] *Pacjent odmienny kulturowo*, Krajewska-Kułak E., Guzowski A., Bejda G. (red.), Poznań, Wyd. Silva Rerum, 2015, 126-136.
52. Cuadra C. B., Cattacin S.: *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in the EU 27 and Switzerland: Towards a Comparative Framework*, *HealthCare in Nowhereland*, 2011.
53. Jaroszewska E.: Kultura, jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, 2013, 21, 72-84.
54. Płaszewska-Żywko J.: Model Joyce Newman Giger i Ruth Elanie Davidhizare. [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), Warszawa, Wyd. PZWL, 2010, 206-213.
55. Rabczuk W.: Czynniki niesprzyjające i chroniące w przebiegu kariery szkolnej uczniów imigrantów. *Edukacja Międzykulturowa*, 2013, 2, 39.
56. Szelewa D.: *Integracja a polityka edukacyjna*, Warszawa, CSM, 2010.
57. Białek K.: *Międzykulturowość w szkole. Poradnik dla nauczycieli i specjalistów*. Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2015.
58. Perz W., Ławecka M., Szymańska-Wiśniewska M.: *Wielokulturowość w szkole*. *Remedium*, 2016, 7/8, 57-59.
59. Nikitorowicz J.: Model kształtowania się tożsamości kulturowej w warunkach wielokulturowości. *Psychologia wychowawcza*, 2015, 7, 125-137.
60. Boski P.: *Kulturowe ramy zachowań społecznych. Podręcznik psychologii międzykulturowej*. Warszawa, Wyd. Naukowe PWN, 2010.
61. <https://www.gdansk.pl/download/2017-01/83702.pdf>, pobrano 02.07 2020.
62. Rabczuk W.: Migracje transnarodowe a łączenie rodzin imigrantów [w:] *Szkoła i rodzina w środowisku lokalnym – teoria i praktyk*, Szczurek-Boruta A., Chojnacka-Synaszko B., Gancarz A. (red.), Toruń, Wyd. Adam Marszałek, 2016, 219.
63. Balicki J.: *Imigranci i uchodźcy w Unii Europejskiej: humanizacja polityki imigracyjnej i azyłowej*, Warszawa, Wyd. Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego, 2012, 45-49.
64. Eaton D.K., Kann L., Kinchen S., Shanklin S., Ross J., Hawkins J., Harris W.A., Lowry R., McManus T., Chyen D., Lim C., Whittle L., Brener N.D., Wechsler H.: *CDC. Youth*

- risk behaviors surveillance—United States, 2009. *Surveillance Summaries*, 2010, 4, 59(SS05), 1-142.
65. Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153, 226–234.
 66. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278(10), 823–832.
 67. Rosenbaum E, Kandel DB.: Early onset of adolescent sexual behavior and drug involvement. *Journal of Marriage & the Family*, 1990, 52, 783–798.
 68. Blum RW, McNeely C, Rinehart PM. *Improving the Odds: The Untapped Power of Schools To Improve the Health of Teens*. Minneapolis, MN: Center for Adolescent Health and Development, Robert Wood Johnson Foundation, 2002.
 69. Epstein J, Sheldon S.: Present and accounted for: improving student attendance through family and community involvement. *The Journal of Educational Research*, 2002, 95(5), 308–318.
 70. Sheldon SB.: Parents' social networks and beliefs as predictors of parent involvement. *Elementary School Journal*, 2002, 102(4), 301–316.
 71. Flay BR, Allred CG.: Long-term effects of the Positive Action Program. *American Journal of Health Behavior*, 2003, 27(1), S6–S21.
 72. Fan X, Chen M.: Parental involvement and students' academic achievement: a meta-analysis. *Educational Psychology Review*, 2001, 13(1), 1–22.
 73. Jeynes WH.: A meta-analysis: the effects on parental involvement on minority children's academic achievement. *Education and Urban Society*, 2003, 35, 202–218.
 74. Jeynes WH.: The relationship between parent involvement and urban secondary school student academic achievement: a meta-analysis. *Urban Education*, 2007, 42, 82–110.
 75. Perry CL, Williams CL, Veblen-Mortenson S, Toomey TL, Komro K, Anstine PS, McGovern PG, Finnegan JR, Forster JL, Wagenaar AC, Wolfson M.: Project Northland: outcomes of a community wide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health*, 1996, 86(7), 956–965.
 76. El Nokali NE, Bachman HJ, Votruba-Drzal E. Parent involvement and children's academic and social development in elementary school. *Child Development*, 2010, 81(3), 988–1005.

77. Storr CL, Ialongo NS, Kellam SG, Anthony JC.: A randomized controlled trial of two primary school intervention strategies to prevent early onset tobacco smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 2002, 66, 51–60.
78. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Dittus P, Gonzalez B, Bouris A, Banspach S. The Linking Lives health education program: a randomized clinical trial of a parent-based tobacco use prevention program for African American and Latino Youths. *American Journal of Public Health*, 2010,100(9), 1641–1647.
79. Epstein JL. *School, Family, and Community Partnerships: Preparing Educators and Improving Schools Second Edition*. Boulder, CO: Westview Press, 2011.
80. National Family, School, and Community Engagement Working Group: *Recommendations for Federal Policy*. Cambridge, MA: Harvard Family Research Project; 2009. Available at www.ncpie.org/docs/FSCEWkgGroupPolicyRecs.pdf, pobrano 17.07.2020.
81. Ornelas IJ, Perreira KM, Ayala GX. Parental influences on adolescent physical activity: a long it udinal study. *International Journal of BehavioralNutrition and Physical Activity*, 2007, 4(3), 1–10.
82. Haerens L, De Bourdeaudhuij I, Maes L. School-based randomized controlled trial of a physical activity intervention among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2007, 40(3), 258–265.
83. Resnick MD, Harris LJ, Blum RW.: The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being. *Journal of Paediatrics& Child Health*, 1993, 29(Suppl 1), S3–9.
84. Carlyon P, Carlyon W, McCarthy AR.: Family and community involvement in school health. In: Marx E, Wooley SF, Northrop D, editors. *Healthis Academic: A Guide to Coordinated School Health Programs*. New York, NY: Teachers College Press; 1998.
85. Epstein JL: *School, Family, and Community Partnerships: Your Handbook for Action*. 3rd edition. Thousand Oaks, CA: Corwin Press, 2009.
86. Henderson AL, Mapp KT: *A New Wave of Evidence: The Impact of School, Family, and Community Connections on Student Achievement*. Austin, TX: Southwest Educational Development Laboratory, 2002.
87. Weiss HB, Kreider H, Lopez ME, Chatman CM: *Preparing Educators to Involve Families*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 2005.
88. Gonzalez-DeHass AR, Willems PP.: Examining the underutilization of paren tinvovement in the schools. *School Community Journal*, 2003, 13(1), 85–99.

89. Winnail SD, Geiger BF, Nagy S.: Why don't parents participate in school health education? *American Journal of Health Education*, 2002, 33(1), 10–14.
90. Simon BS.: Family involvement in high school: predictors and effects. *NASSP Bulletin*, 2001, 85(627), 8–19.
91. Michael S, Dittus P, Epstein J.: Family and community involvement in schools: results from the School Health Policies and Programs Study 2006. *Journal of School Health*, 2007, 77, 567–579.
92. CDC. School Health Index: A Self-Assessment and Planning Guide, Elementary School Version. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, 2005.
93. CDC. School Health Index: A Self-Assessment and Planning Guide, Middle/high School Version. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2005.
94. Chen H-m, Yu C, Chang C-s.: E-Homebook System: A Web Based Interactive Education Interface. *Computers&Education*, 2005, 49(2), 160–175.
95. Hahn EJ, Simpson MR, Kidd P. Cues to parent involvement in drug prevention and school activities. *Journal of School Health*, 1996, 66(5), 165–170.
96. Hoover-Dempsey KV, Battiato AC, Walker JMT, Reed RP, DeJong JM, Jones KP.: Parental involvement in homework. *Educational Psychologist*, 2001, 36(3), 195–209.
97. Van Voorhis FL.: Interactive homework in middle school: effects on family involvement and students' science achievement. *Journal of Educational Research*, 2003, 96(9), 323–339.
98. Sokołowska M.: Edukacja zdrowotna i szkolny program profilaktyki - szanse i ograniczenia, *Remedium*, 2004, 4, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/61-remedium/950-edukacja-zdrowotna-i-szkolny-program-profilaktyki-szans-i-ograniczenia.html>, pobrano 17.07. 2020.
99. Blumer H.: Society as symbolic interaction, in *Human Behavior and Social Processes*, ed Rose A. M., editor. (Boston, MA: HoughtonMifflin), 1962, 179–192.
100. Masten AS, Cicchetti A.: Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 2010, 22, 491-495.
101. Bradley BJ, Greene AC.: Do health and education agencies in the United States share responsibility for academic achievement and health? A review of 25 years of evidence about the relationship of adolescents' academic achievement and health behaviors. *Journal of Adolescent HealthCare*, 2013, 52, 523-532.
102. Suhrcke M, de Paz Nieves C.: The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high income countries: a review of the evidence. WHO, 2011. www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/chronic-respiratory-diseases/publications/

- 2011/impact-of-health-and-health-behaviours-on-educational-outcomes-in-high-income-countries-the-a-review-of-the-evidence, pobrano 17.07. 2020.
103. Chądzyńska M. Dryll E.: Etos rodzinny – wspólnota znaczeń wyrażająca się w strukturze auto-narracji ojców, matek i ich dzieci. *Studia Psychologiczne*, 2004, 42(2), 17-26.
 104. Janiszewska J.: Uchodźcy w Polsce. Problemy metodologiczne i etyczne w ujęciu zjawiska. [w:] *Wojna/pokój. Humanistyka wobec wyzwań współczesności*. Sapeńko R. Pochyły P. (red.), Zielona Góra, Uniwersytet Zielonogórski, 2017, 254-271.
 105. Wiśniewska K.: Straż Graniczna – organizacja i charakterystyka funkcjonowania na przykładzie Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej. *Zeszyty Naukowe WSEI. Administracja*. 2015, 5(1), 189-198.
 106. Zalewska J.: Status uchodźców w świetle prawa polskiego i międzynarodowego [w:] *Zeszyty Naukowe WSP 3/2018. Współczesne aspekty relacji i komunikacji*. Grzegorzczuk A. (red.), Warszawa, Wyższa Szkoła Promocji, Mediów i Show Businessu, 2019, 45-56.
 107. Płusa T.: Zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego a problem uchodźców, *Mysł Ekonomiczna i polityczna*, 2018, 4(63), 235-253.
 108. Rafalik N.: Cudzoziemcy ubiegający się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce – teoria a rzeczywistość (praktyka), (stan prawny na dzień 31 grudnia 2011r.). *CMR Working Papers*, 2012, 55/113, 1-74.
 109. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Strzeżonego Ośrodka dla Cudzoziemców w Białej Podlaskiej. Warszawa, 2019. <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyci%C4%85g%20-%20SOC%20Bia%C5%82a%20Podlaska%20202018.pdf>, pobrano 16.08.2019.
 110. Juczyński Z.: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa, Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych, 2012.
 111. <https://apcz.umk.pl/czasopisma/index.php/PBE/article/view/PBE.2014.016/4889>, pobrano 04. 08 2019.
 112. <http://natemat.pl/15747,w-polsce-zyje-milion-nielegalnych-emigrantow-a-kolejni-przyjezdza-by-legalizowac-tu-pobyt>, pobrano 17.10.2019.
 113. Gracz K.: Uchodźcy o sobie. Indywidualne doświadczenia cudzoziemców ubiegających się o ochronę w Polsce [w:] *Uchodźcy w Polsce. Kulturowo-prawne bariery w procesie adaptacji*, Chrzanowska A., Gracz K. (red.), Gutkowska A. (red. nauk.), Warszawa, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, 2007, 64-140.

114. Kupisiewicz Cz., Kupisiewicz M.: Słownik pedagogiczny, Warszawa, Wyd. PWN, 2009.
115. Pielka H.: Wypełnianie funkcji socjalizacyjno – wychowawczej przez rodzinę dziecka przedszkolnego [w:] Procesy socjalizacji i wychowania w rodzinie, Pielka H. (red.), Koszalin, CPBP, 1990, 29.
116. Pocztarska–Dec A.: Rola rodziców i nauczycieli wychowania fizycznego w kształtowaniu postaw prozdrowotnych. Rozprawy Społeczne, 2011, 1, 101-106.
117. Kawula S., Brągiel J., Janke A.: Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki, Toruń, Wyd. Adam Marszałek, 1998.
118. Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Kraków, Wyd. uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000.
119. Gawęł A.: Edukacja prozdrowotna i możliwości jej optymalizacji w rodzinie i szkole [w:] Kształtowanie postaw czynnych i więzi środowiskowych. Gawlina, Kraków, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2001, 113-134.
120. Kuras B.: Zachowania zdrowotne rodziców. Edukacja i Dialog, 2003, 4, 310-314.
121. Żukowska Z.: Wychowanie prozdrowotne młodzieży udaną inwestycją w zdrowe społeczeństwo. Medycyna Sportowa, 2000, 108 (7), 10–13.
122. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna, Warszawa, Wyd. Naukowe PWN, 2008, 227–239.
123. Srokosz W., Kępińska B.: Twoje zdrowie w Twoich rękach - ideą przewodnią w pracy nauczyciela wf polskiej szkoły XXI wieku [w:] Nauczyciel w edukacji zdrowotnej. Wrona-Wolny W., Makowska B., Jawień B. (red.), Zeszyty Naukowe T. 2. Kraków, Wyd. AWF, 2002, 86, 95–99.
124. Kasperek E.: Promocja zdrowia i człowiek współczesny: nadzieje, problemy, kontrowersje [w:] Promocja zdrowia — konteksty społeczno-kulturowe. Głowacka D.M. (red.), Poznań, Wyd. Wolumin, 2000, 201–225.
125. Makowska B.: Zachowania zdrowotne nauczycieli i ich stosunek do promowania zdrowia w szkole [w:] Nauczyciel w edukacji zdrowotnej. Wrona-Wolny W., Makowska B., Jawień B. (red.), Zeszyty Naukowe T. 1. Kraków, Wyd. AWF, 2002, 86, 119–122.
126. Dzieża J.: Funkcje nauczyciela pełnione i postulowane w szkole promującej zdrowie. Zdrowie Publiczne, 1997, 107(5/6), 109–111.
127. Gruszczyńska M. Bąk-Sosnowska M. Plinta R.: Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. Hygeia Public Health, 2015, 50(4), 558-565.

128. CBOS.: Raport z badań. Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. CBOS, Warszawa, 2012.
129. Woynarowska-Sołdan M., Węziak-Białowolska D.: Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie u nauczycieli, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93(4), 739-745.
130. Prażmowska B., Dziubak M., Morawska S., Stach J.: Wybrane zachowania zdrowotne nauczycieli szkół średnich. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19(2), 210–218.
131. Kowalski M., Kowalski P., 2002, Styl życia a zachowania prozdrowotne studentów kierunków nauczycielskich Uniwersytetu Zielonogórskiego [w:] Edukacja zdrowotna — alkohol — sport. Wrona-Wolny W., Wdowik M., Markowska B., Jawień B. (red.), Kraków, Wydawnictwo AWF, 2002, 153–159.
132. Duda-Zalewska A.: Zachowania zdrowotne nauczycieli a staż pracy w zawodzie. *Hygeia Public Health*, 2012, 47(2), 183–187.
133. Kirenko J.: Styl życia nauczycieli i jego socjodemograficzne uwarunkowania, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 2016, 35(3), 121-136.
134. Mucha K.: Wielokulturowość romska w pielęgniarstwie. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2016, 9, 39-40.
135. Kaleta D., Makowiec-Dąbrowska T., Polańska K., Dzikowska-Zaborczyk E., Drygas W.: Palenie tytoniu i inne negatywne zachowania zdrowotne wśród osób czynnych zawodowo. *Medycyna Pracy*, 2009, 60(1), 7-14.
136. GUS.: Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r. GUS, Warszawa, 2013.
137. Delisle T, Werch C, Wong A, et al.: Relationship Between Frequency and Intensity of Physical Activity and Health Behaviours of Adolescents. *Journal of School Health*, 2010, 80(3), 134-140.
138. Lipowski M. Level of optimism and health behavior in athletes. *Medical Sciences Monitor*, 2012, 18(1), 39-43.
139. Żarowski M., Mojs E., Kleka P., Steinborn B.: Ocena wpływu palenia tytoniu na występowanie bezsenności i nadmiernej senności w ciągu dnia w grupie zawodowej nauczycieli. *Przegląd Lekarski*, 2007, 64(10), 645–648.
140. Florek E., Marszałek A., Pieszkowski W.: Czy nauczyciele palący tytoń są świadomi swojego nałogu? *Przegląd Lekarski*, 2005, 62(10), 1092–1094.
141. Mojs E., Kleka P., Głowacka M.D., Żarowski M., Gajewska E.: Kompetencje życiowe a palenie tytoniu u nauczycieli. *Przegląd Lekarski*, 2007, 64 (10), 845–847.

142. Jasiakiewicz A., Klaus W.: Raport z monitoringu realizacji obowiązku szkolnego przez małoletnich cudzoziemców, przebywających w ośrodkach dla uchodźców. Warszawa, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, 2006.
143. Dąbrowa E., Markowska-Manista U.: Przygotowanie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji międzykulturowej – prezentacja projektu badawczego, *Edukacja Międzykulturowa*, 2018, 1(8), 169-184.
144. Gawęł A.: Szkoła i nauczyciel wobec współczesnych wyzwań promocji zdrowia dzieci i młodzieży, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 2016, 35(3), 137-152.
145. https://www.ore.edu.pl/wpcontent/uploads/2018/02/dziecko_z_rodziny_migracyjnej_w_systemie_oswiaty_b-skalbania.pdf, pobrano 04.07. 2020.
146. Grzymała-Moszczyńska H., Nowicka E.: Goście i gospodarze, problem adaptacji kulturowej w obozach dla uchodźców oraz otaczających je społecznościach lokalnych. Kraków, Wyd. Nomos, 1998.
147. Kuć D.: Empatia jako forma komunikacji w codziennej praktyce pracownika ochrony zdrowia [w:] Pacjent odmienny kulturowo, Krajewska- Kułak E., Guzowski A, Bejda G, Lankau A. (red.), Poznań, Wyd. Naukowe Silva Rerum, 2015, 220-221.
148. Ślifirczyk A.: Komunikacja międzykulturowa w ochronie zdrowia [w:] Pacjent „Inny” wyzwaniem opieki medycznej. Krajewska- Kułak E., Guzowski A, Bejda G, Lankau A. (red.), Poznań, Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum, 2016,345.
149. Klaus W.: Sąsiedzi czy intruzi? O dyskryminacji cudzoziemców w Polsce. Warszawa, Instytut Spraw Publicznych, 2010, 41-44.
150. Ustawa z dnia 10 września 2015 r. o zmianie ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
151. <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechne-ubezpieczenie-zdrowotne/finansowanie-leczenia-cudzoziemcow-w-polsce>, pobrano 17.07.2020.
152. <https://www.tvn24.pl/wiadomosci-ze-swiata,2/who-publickuje-raport-o-stanie-zdrowia-imigrantow,902655.html>, pobrano 04.07.2020.
153. http://refugee.pl/wp-content/uploads/2015/09/10_gazeta-pol.pdf, pobrano 04. 08 2019.
154. Zamojska E.: Inny jako obcy. Imigranci w polskim dyskursie publicznym i edukacyjnym. *Studia Edukacyjne*, 2013, 28, 191-207.
155. Rozporządzenie MEN z 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach – §2 (cyt. za: Specjalne potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży. Prawne ABC

- dyrektora przedszkola, szkoły, placówki, Warszawa 2010; http://static.scholaris.pl/main-file/102/539/specjalne_potrzeby_educacyjne_66014.pdf, pobrano 04.07.2020).
156. Błeszyńska K.M.: Edukacja wobec wyzwań migracyjnych. ORE, Warszawa 2015. <https://www.ore.edu.pl/2015/09/cudzoziemcy-w-polskiej-szkole/>, pobrano 04.07.2020.
157. Januszewska E., Markowska-Manita U.: Dziecko „inne” kulturowo w Polsce. Z badań nad edukacją szkolną, Warszawa, Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej, 2017.
158. http://www.inst.at/trans/15Nr/08_1/sprung15.htm, pobrano 04.07.2020.
159. Majda A. Zalewska-Puchała J.: Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarstwie. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19(2), 257.
160. Nikitorowicz J.: Edukacja międzykulturowa wobec dylematów kształtowania tożsamości w społeczeństwach wielokulturowych [w:] *Pedagogika i edukacja wobec nowych wspólnot i różnic w jednoczącej się Europie. Materiały z IV Ogólnopolskiego Zjazdu Pedagogicznego w Olsztynie*, Malewska E., Śliwerski B. (red.), Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls, 2002, 279.

