



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

MONOGRAFIE I ROZPRAWY nr 1

Zofia Kubińska

Koordynator edukacji zdrowotnej w szkole
w opinii nauczycieli wychowania fizycznego

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

SERIA „MONOGRAFIE I ROZPRAWY”, NR 1

Zofia Kubińska

**Koordynator edukacji zdrowotnej w szkole
w opinii nauczycieli wychowania fizycznego**

Biała Podlaska, 2013

Wydawca

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

Recenzenci monografii

prof. zw. dr hab. Tadeusz Maszczak
prof. zw. dr hab. n. med. Marian Sygit

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

ISBN: 978-83-61044-98-7

Nakład: 200 egzemplarzy
Liczba arkuszy wydawniczych: 6,5 ark. wyd.



Wydawnictwo PSW JPII
ul. Sidorska 95/97, p. 231R
21-500 Biała Podlaska
www.pswbp.pl

Projekt okładki
Print-Art. Rafał Tymoszek

Skład i druk
Agencja Reklamowa TOP, ul. Toruńska 148, 87-800 Włocławek

Wnuczętom
z Miłością
która rodzi się w sercu,
przejawia się słowem,
a żyje czynem

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział I Od „obyczajów co do zdrowia” do edukacji zdrowotnej	9
1.1. Dzieje edukacji zdrowotnej w polskiej szkole	9
1.2. Wychowanie i edukacja zdrowotna w programach i podstawach programowych	12
1.3. Edukacja zdrowotna w innych krajach	17
Rozdział II Wokół celów wychowania fizycznego	21
2.1. Zdrowie celem wychowania fizycznego	21
2.2. Edukacja sportowa w wychowaniu fizycznym	31
2.3. Wychowanie fizyczne — wychowaniem zdrowotnym	33
Rozdział III Nauczyciel edukacji zdrowotnej	37
3.1. Promotor i edukator zdrowia	37
3.2. Kwalifikacje i kompetencje	39
3.3. Kompetencje w zakresie różnych wymiarów zdrowia	45
Rozdział IV Nauczyciel wychowania fizycznego koordynatorem edukacji zdrowotnej w szkole (badania własne)	51
4.1. Wprowadzenie	51
4.2. Cel badań	52
4.3. Materiał i metoda	53
4.4. Wyniki badań	55
4.5. Dyskusja	89
4.6. Wnioski	92
Rozdział V Kultura zdrowotna efektem edukacji zdrowotnej	95
5.1. Kultura i zdrowie	95
5.2. Kultura zdrowotna według wybranych autorów	96
5.3. Styl życia i postawy wobec zdrowia przejawem kultury zdrowotnej	98
Aneks	109
Ankieta	109
Streszczenie	115
Piśmiennictwo	117
Spis rycin	127
Spis tabel	129

Wstęp

W tekście książki najczęściej występującymi pojęciami są: zdrowie, edukacja zdrowotna, wychowanie fizyczne, koordynator i szkoła, które różnie odmieniane, służą do wykreowania osoby posiadającej pasję, wiedzę, umiejętności życiowe, kompetencje zdrowotne i autorytet lidera w swoim środowisku. Ten oczekiwany, prawidłowy wzorzec osobowy, godny naśladowania i pełnienia ważnej roli wychowawczej, polegającej na teoretycznym i praktycznym aktywizowaniu uczniów do dbałości o zdrowie własne i innych, to koordynator edukacji zdrowotnej w obecnej szkole.

Treści edukacji zdrowotnej, realizowane w szkole od dawna, miały i nadal mają charakter rozproszony, a nawet akcyjny czy epizodyczny. Nie były nigdy ujęte w ramy przedmiotu szkolnego, kształtującego postawy prozdrowotne uczniów. Dzieje się tak do dnia dzisiejszego, chociaż w międzyczasie przybyło zdecydowanych zwolenników szkolnej edukacji zdrowotnej i profesjonalnie wykształconych promotorów zdrowia.

Jednym z efektów ostatniej reformy oświaty jest uznanie nauczyciela wychowania fizycznego za koordynatora szkolnej edukacji zdrowotnej, co zobowiązuje go do zmiany wcześniej wytyczonych celów dydaktyczno-wychowawczych. Dotychczas miał on przekazywać uczniom wiedzę, wartości i zachowania dotyczące ciała, przygotować młode pokolenie do aktywnego uczestnictwa w kulturze fizycznej po zakończeniu edukacji. Realizował to, wspomagając przez ćwiczenia fizyczne rozwój fizyczno-motoryczny, co miało być przygotowaniem do podejmowania samodzielnej dbałości o ciało w dorosłości i starości. Działanie to miało intencjonalny charakter i życzeniowo skierowane było na to, co ma nastąpić w przyszłości. Okazało się, że ten cel nie został w pełni zrealizowany, gdyż wyniki badań potwierdzają, iż największym zagrożeniem zdrowotnym w życiu osób dorosłych, w ostatnich latach, jest brak ruchu, w codziennym życiu i czasie wolnym, będący wynikiem siedzącego trybu życia, a co za tym idzie-abnegacji ruchowej.

Na zdrowie ucznia w ujęciu wielowymiarowym, nie tylko somatycznym, ma wpływ szkolne wychowanie fizyczne, a także inne przedmioty. Dzieje się tak z potrzeby poszukiwania sposobów skutecznie służących poprawie zdrowia dzieci i młodzieży, będącego w przyszłości cennym zasobem społecznym. Ponadto obecna rzeczywistość, wynikająca z niewydolnego systemu ochrony zdrowia, każdemu z nas, nakazuje dbać o własne zdrowie jak najwcześniej i w jak największym zakresie. W tym celu, przynajmniej w pewnym zakresie potrzebna jest od najmłodszych lat dobra i skuteczna edukacja zdrowotna, dostarczająca informacji i kształtująca świadome, trwałe nawyki dbałości o zdrowie, ponieważ ono bezpośrednio warunkuje możliwość każdego innego rodzaju edukacji i aktywności.

Gruntownie ukształtowana świadomość prozdrowotna wsparta rozumieniem zagrożeń i umiejętnością rezygnowania z zachowań antyzdrowotnych to główny cel edukacji zdrowotnej. Przywołując słowa M. Demela, można wzmocnić ten kierunek myślenia i działania zdrowotnego. Napisał on, „wielkim zadaniem szkoły... jest uzbrojenie ucznia w krytycyzm, żeby potrafił oddzielić plewy od ziarna, żeby biernie nie uległ naporowi mody, bładze reklamy i podszeptom znachorstwa”.

Całość treści monografii ujęto w pięć powiązanych tematycznie rozdziałów. Pierwsze trzy mają charakter teoretyczny: opisują dzieje wychowania zdrowotnego i jego miejsce w programach szkoły polskiej, przybliżają sytuację edukacji zdrowotnej w innych krajach, charakteryzują warsztat zawodowy nauczyciela wychowania

fizycznego i ukazują kwalifikacje i kompetencje edukatora-promotora zdrowia. Rozdział czwarty – empiryczny, prezentuje wyniki badań ankietowych, które pozwoliły poznać i przedstawić opinię nauczycieli wychowania fizycznego ze szkół w Białej Podlaskiej i w powiecie na temat wybranych aspektów realizacji edukacji zdrowotnej w obecnej szkole. Mając na uwadze wiodącą rolę wychowania fizycznego i nauczyciela w jej realizacji, w rozdziale zaprezentowano nastawienia, przekonania i zachowania badanych z tym związane.

W ostatnim rozdziale monografii zawarto wiedzę na temat efektywności edukacji zdrowotnej przejawiającej się w określonym poziomie kultury zdrowotnej absolwentów szkoły. Konsekwencje procesu dydaktyczno-wychowawczego w tej dziedzinie ukazano pod postacią wykreowanych zachowań zdrowotnych jako składowych stylu życia i wybranych postaw wobec zdrowia w dorosłości. To w nich prezentowana jest na co dzień kultura zdrowotna człowieka i społeczeństwa.

Autorka pracy kieruje w tym miejscu serdeczne podziękowania do Osób, które w istotny i życzliwy sposób ułatwiły pokonanie barier organizacyjnych przy zbieraniu materiału źródłowego i badawczego oraz udzielały wsparcia motywacyjnego i merytorycznego podczas pisania monografii. Należą do Nich: J.M. Rektor PSW, prof. zw. dr hab. Mieczysław Adamowicz, prof. zw. dr hab. Józef Bergier, Dyrektorzy Szkół Podstawowych, Gimnazjów i Liceów w Białej Podlaskiej i w powiecie oraz Nauczyciele wychowania fizycznego biorący udział w dyskusjach z autorką i Ci, którzy uczestniczyli w badaniach ankietowych pilotażowych i podstawowych.

Szczególnie serdeczne podziękowania kieruję do Recenzentów monografii prof. zw. dr hab. Tadeusza Maszczaka i prof. zw. dr hab. n. med. Mariana Sygita, którzy pozytywnie ją ocenili ale jednocześnie przyczynili się do dokonania cennych uzupełnień teoretycznych i empirycznych w jej treściach.

Monografia została napisana przez nauczyciela wychowania fizycznego i edukatora zdrowia z myślą o tych nauczycielach wychowania fizycznego, którzy chcą skorzystać z zaistniałej szansy zawodowej, aby ich wesprzeć informacyjnie i motywacyjnie. Zachęcenie do przedsiębiorczości intelektualnej, przybliżenie warunków wymagających spełnienia to propozycje dla osób zabiegających z determinacją o własny rozwój. Zwiększony prestiż zawodowy przypisany roli edukatora zdrowotnego bezdyskusyjnie wymaga podjęcia trudu umożliwiającego poszerzenie wiedzy z edukacji i promocji zdrowia, zdrowia publicznego, metodyki edukacji zdrowotnej, kreowania programów zdrowotnych, umiejętności życiowych i współczesnych rodzajów kompetencji. Czytelnicy książki znajdą w niej odpowiedź na podstawowe pytanie co na ten temat mają do powiedzenia sami nauczyciele wychowania fizycznego pracujący w szkole?

OD „OBYCZAJÓW CO DO ZDROWIA” DO EDUKACJI ZDROWOTNEJ

1.1 Dzieje edukacji zdrowotnej w polskiej szkole

Przekonanie o tym, że szkolna edukacja zdrowotna jest ważną inwestycją w zdrowie społeczeństwa, ma coraz więcej zwolenników. Zdarza się jednak, że reprezentują oni podejście utożsamiające edukację zdrowotną z wiedzą o higienie i zdrowiu fizycznym. W nowoczesnym myśleniu, wykreowanym przez WHO i Międzynarodowe Konferencje Promocji Zdrowia, poczynawszy od „Karty Ottawskiej”, edukacja zdrowotna to główny instrument promocji zdrowia będącej podstawowym filarem zdrowia publicznego [Ottawa Charter for Health Promotion 1986, Tones, Green 2004]. Zdrowie publiczne jest to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowania zdrowia przez zorganizowane wysiłki społeczeństwa. Działania te należy realizować w takich obszarach, jak: prawo, finanse, edukacja i ochrona zdrowia.

Definicja zdrowia opublikowana w Ottawie w 1986 r. określa, że „zdrowie jest zasobem, potencjałem indywidualnym i społecznym, jednym z bogactw naturalnych kraju, determinujących rozwój społeczny, gospodarczy czy indywidualny. Sprzyjają lub szkodzą mu czynniki polityczne, ekonomiczne, społeczne, kulturowe, środowiskowe, biologiczne oraz sposób postępowania, wreszcie styl życia”.

Miejsce i rola edukacji zdrowotnej w polskiej szkole ma za sobą długą drogę pokonywania wielu oporów i barier, które utrudniały szkole krzewienie kultury zdrowotnej dzieci i młodzieży. Największym sprzymierzeńcem edukacji zdrowotnej w tym trudnym, ale i owocnym poszukiwaniu miejsca w procesie dydaktyczno-wychowawczym było i jest wychowanie fizyczne.

Sekretarz Komisji Edukacji Narodowej ks. Grzegorz Piramowicz w 1787 roku, w swoim najważniejszym dziele „Powinności nauczyciela” wyznaczył rodzicom i nauczycielom sposoby postępowania dotyczące wychowania co do ciała, to jest zdrowia i sił. Wskazał im, jak należy wzmacniać zdrowie dzieci przez: zdrowy i posilający pokarm, hartowanie ciała, higienę osobistą, higienę pracy i wypoczynku, przechadzki i ćwiczenia fizyczne, gry i zabawy. Już w pierwszym zdaniu XXV rozdziału Ustaw KEN, noszącym nazwę „edukacja fizyczna”, zawarł jej definicję, która określa ją jako „nieprzerwaną ośnowę starań około dziecięcia od pierwszych jego życia początków, około zdrowia, czerstwości i siły jego, starań stosowanych do pomnażającego się wieku, a zawsze za cel mających uczynić człowieka szczęśliwym i do wykonywania powinności zdolnym”. Potrzeba dbałości o zdrowie dzieci i młodzieży w ustawach KEN została podniesiona do rangi programowego i celowego oddziaływania przez szkołę i rodzinę. Jako podstawową formę aktywności zalecono

zabawę, dzięki której realizacja potrzeb biologicznych obejmowała również potrzeby społeczne i kulturowe [Wroczyński 1985, Mizia 1988, Demel 1965].

Dalszy rozwój idei KEN wstrzymali zaborcy, w związku z czym losy wychowania zdrowotnego toczyły się innymi drogami. Ideę powinności co do zdrowia kontynuował Jędrzej Śniadecki, prekursor szkolnego wychowania fizycznego, wydając między innymi, w 1805 roku dzieło „O fizycznym wychowaniu dzieci”, w którym napisał „a lubo w doświadczeniu wychowania fizycznego czyli cielesnego, od umysłowego albo moralnego oddzielać nie należy i nie można, wszelako w nauce i rozumowaniu można je uważać osobno” [Śniadecki 1990, s.16, Demel 1965, 2000].

Podejmowali ją przede wszystkim pionierzy ruchu higienicznego i sanitarnego oraz prekursorzy medycyny społecznej, higieny i oświaty zdrowotnej. Inspiracje tych ruchów datują się na początek XIX wieku. Pionierzy ruchu higienicznego w Polsce, to pasjonaci medycyny społecznej, działający na rzecz rozwoju zdrowia publicznego w takich szkołach, jak: wileńsko-krzemieniecka, poznańska, krakowska i warszawska. Szkoła wileńsko-krzemieniecka to posiew Komisji Edukacji Narodowej i dzieło Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego. Najwybitniejszym absolwentem szkoły i uczniem Śniadeckiego, był pierwszy polski lekarz szkolny, Karol Kaczkowski, pracujący na etacie nauczyciela wychowania fizycznego w Liceum Krzemienieckim. Później Kaczkowski był profesorem terapii Uniwersytetu Warszawskiego, specjalistą medycyny wojskowej w stopniu generała i współpracownikiem Karola Marcinkowskiego założyciela szkoły poznańskiej.

Do krakowskich budzicieli myśli społecznej w medycynie należeli Ludwik Bierkowski i Józef Dietl, a prawdziwym animatorem ruchu higienicznego był twórca krakowskich ogrodów Henryk Jordan (1888 r.), pionier nowoczesnej rekreacji ruchowej. Założył on w parku miejskim Krakowa publiczny ogród gier i zabaw dla młodzieży i dzieci szkolnych. Rolę „zaczynu” zdrowia publicznego w Warszawie odegrali, między innymi, Tytus Chałubiński (od 1873r. związany z Zakopanem), Wiktor Szokalski, Ludwik Natanson i Stanisław Markiewicz. Niezwykłą wysoką pozycję w międzynarodowym ruchu higienicznym posiadał Józef Polak założyciel miesięcznika „Zdrowie” (1885 r.), który pod carskim zaborem i nie tylko wielokrotnie organizował wystawy higieniczne. Największą postacią polskiej higieny szkolnej był Stanisław Kopczyński, który stworzył wzorcowy warsztat, na którym praktycznie rozwinęła się nowa koncepcja higieny szkolnej. Od 1902 roku zabiegał o powszechne wychowanie higieniczne społeczeństwa, wypracował formy opieki lekarsko-pedagogicznej w zakładach Macierzy Szkolnej, współpracowało z nim wielu lekarzy i nauczycieli. Jednym z nich był Tadeusz Jaroszyński, który do higieny szkolnej wprowadził problemy zdrowia psychicznego, zaczęto je traktować z równą powagą, jak tematykę zdrowia somatycznego. Kolejnym rzecznikiem higieny i zdrowia psychicznego był Kazimierz Dąbrowski, twórca teorii dezintegracji pozytywnej [Demel 1980, 2000, Dąbrowski 1989].

W czasie zaborów głównymi ośrodkami rozwoju wychowania fizycznego był Kraków i Lwów, gdzie w Towarzystwie Gimnastycznym „Sokół” działali Edward Madeyski, Wenanty Piasecki i inni. W Warszawie popularyzowano wychowanie fizyczne w ogrodach gier i zabaw ruchowych W. E. Raua, tereny na tę działalność zostały wydzielone z inicjatywy Wydziału Wychowania przy Warszawskim Towarzystwie Higienicznym, w latach 90-tych. Należy pamiętać, że po odzyskaniu niepodległości w 1919 roku w Uniwersytecie poznańskim powstała pierwsza Katedra Wychowania Fizycznego pod kierunkiem Eugeniusza Piaseckiego i Centralna Wojskowa

Szkoła Gimnastyki i Sportów kierowana przez Waleriana Sikorskiego. W 1929 roku szkołę przeniesiono do Warszawy i ostatecznie przekształcono w uczelnię akademicką zarządzaną przez Władysława Osmolskiego. Dwa lata wcześniej w Krakowie utworzono Studium Wychowania Fizycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego [Osiński, Wieczorek 1985].

Koniec XIX wieku i pierwsza połowa XX to czas wielu działań higienistów i promotorów oświaty zdrowotnej na rzecz rozwoju zdrowia publicznego, w tym higieny szkolnej. Szkolne wychowanie zdrowotne interesowało tylko nielicznych, nie szukano dla niego miejsca w treściach wychowawczych i edukacyjnych szkoły. W roku 1917 po raz pierwszy ukazało się pojęcie kultury zdrowotnej w publikacjach Kazimierza Sosnowskiego, który ukazywał w nich stan i wizję kultury zdrowotnej w szkole polskiej, w latach 1919-1939. Troskę o trudną sytuację lokalową szkół w latach 1925-1930, obok Stanisława Kopczyńskiego podzielał Karol Mitkiewicz, twierdząc, że trudna sytuacja lokalowa szkół to zadanie dla higieny szkolnej, ponieważ dopiero w szkole odpowiadającej podstawowym wymaganiom higieny może być mowa o skutecznym wychowaniu higienicznym. Z kolei Marcin Kacprzak postulował, aby od szkoły powszechnej zaczynać wszelką propagandę higieny, ponieważ tam uczęszczają dzieci warstw niezamożnych, nie mające wyrobienia higienicznego. Po II wojnie światowej był on współorganizatorem Światowej Organizacji Zdrowia i współtwórcą pierwszej definicji zdrowia, według której jest to „stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby lub niedomagania (preambuła WHO, 7 kwietnia 1948 r.). Słynne słowa M. Kacprzaka (idealisty) zna każdy metodyk wychowania fizycznego; „nie głowa dziecka chodzi do szkoły leczono całe”, „dziecko powinno wychodzić ze szkoły zdrowsze niż do niej przyszło”. Nowe ujęcie higieny szkolnej przedstawił Klemens Sokal, kierujący Centralną Poradnią Międzyszkolną w Warszawie (1958r.), którego następcą był Andrzej Jaczewski. W tym czasie ukazała się też książka M. Kacprzaka „Higiena szkolna dla lekarzy szkolnych”. Na początku 1920 roku zajęto się też problemem edukacji seksualnej. Prekursorami uświadamiania dzieci w sprawach seksualnych byli: Paweł Gnatkowski i Stefan Szuman [Jaworski 2009].

Istotną rolę w krzewieniu kultury zdrowotnej w polskim społeczeństwie spełniał ruch higieniczny w ramach działalności Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego aż do 1932 roku. Podobną misję w coraz szerszym zakresie pełniło w okresie międzywojennym i po II wojnie światowej Polskie Towarzystwo Higieniczne. Ruch higieniczny opierał się i przebiegał zgodnie z postępem nauk przyrodniczych. Helena Radlińska skodyfikowała go w kategoriach nauk społecznych, dzięki czemu uzyskał stan równowagi na dwóch koniecznych filarach: biomedycznym i humanistycznym. Na kartach historii Radlińska zapisała się jako prekursorka pedagogiki społecznej. Jej misję kontynuowała szkoła oświaty zdrowotnej Hanny Wentlandtowej, autorki pierwszego podręcznika z metodyki oświaty zdrowotnej z 1960 roku [Demel 2005, 2009].

Lata drugiej wojny światowej uniemożliwiały dbałość o higienę osobistą otoczenia i żywienia, sprzyjały natomiast nabywaniu przez młodzież niepożądanych cech psychospołecznych i zachowań antyzdrowotnych (uzależnień), takich jak alkoholizm i nikotynizm. Szkoły rozpoczynające naukę w 1945/1946 były w większości zniszczone i nie spełniały elementarnych wymogów higieny. Kultura zdrowotna społeczeństwa polskiego i środowiska szkoły była bardzo niska. W kolejnych latach sytuacja powoli ulegała poprawie, infrastrukturę szkolną poprawiono w pierw-

szej połowie lat 60 dzięki akcji „Tysiąc Szkół na Tysiąclecie”. M. Kacprzak w 1964 r. wystąpił z apelem do władz terenowych wskazując, „że jeszcze około 200 szkół w kraju nie ma własnych ustępów”. Ciągłe występowało zbyt duże zagęszczenie uczniów w oddziałach, co było niekorzystne z punktu widzenia higieny i efektywności nauczania. Krytyczne uwagi i postulaty krzewienia kultury zdrowotnej w polskiej szkole, publikowane przez różnych autorów sprawiły, że Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Oświaty i Wychowania 28 kwietnia 1973 roku obradowały na temat tej trudnej sytuacji zaniedbań higieniczno-zdrowotnych. Kolegia Ministerstw określiły zakres treści wychowania zdrowotnego, jakie powinny się znaleźć w programach edukacji szkolnej. Wzmagający się w latach 70-tych kryzys społeczno-ekonomiczny w kraju wyhamował jednak inicjatywy sprzyjające krzewieniu kultury zdrowotnej. Po raz kolejny okazało się, że kultura zdrowotna i oświata sanitarna są niemożliwe do zrealizowania bez dobrobytu materialnego [Jaworski 2010].

Druga połowa XX wieku to usilne starania współczesnych „Judymów” pokonujących opory i bariery na drodze krzewienia kultury zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży szkolnej, a pośrednio w całym społeczeństwie. Są nimi profesorowie: Maciej Demel i Zygmunt Jaworski. W latach 80-tych do grona znawców i kreatorów edukacji prozdrowotnej, a później zdrowotnej dołączyła Barbara Woynarowska, pierwszy krajowy koordynator sieci szkół promujących zdrowie, której bogaty dorobek naukowy od wielu lat wskazuje kierunek promocji zdrowia i ułatwia realizację szkolnej edukacji zdrowotnej przybliżając ją do standardów edukacji europejskiej [Jaworski 2005, 2009, Woynarowska 2007, 2011, Woynarowska, Sokołowska 2010]. „Przejdźmy do najnowszej historii lat 90, jak napisał prof. Z. Jaworski, oraz pierwszej dekady XXI wieku. Jest to okres przede wszystkim heroicznych zmagania B. Woynarowskiej i współdziałającej z nią M. Sokołowskiej o rozwój szkół promujących zdrowie oraz miejsce edukacji prozdrowotnej/zdrowotnej w kolejnych wersjach podstawy programowej kształcenia ogólnego. ...Rodziły się interesujące inicjatywy praktycznego wdrażania programów... cennych eksperymentów pedagogicznych i ich wyników zawartych w publikacjach M. Charzyńskiej-Guli i L. Kulmatyckiego” [Jaworski 2009, s.7-12, Charzyńska-Gula 1997, Kulmatycki 2003].

1.2 Edukacja zdrowotna w programach i podstawach programowych

Pierwszy program zawierający treści wychowania fizycznego i zdrowotnego (higienicznego) był dziełem Komisji Edukacji Narodowej, która wykazywała wielką troskę o zdrowie narodu. Ustawy KEN określały także formy, program i klimat wychowawczy zajęć z dziećmi i młodzieżą w zakresie wychowania fizycznego. Zapisano w nich między innym, że „podczas rekreacji i wakacji ćwiczenia sił, gry, rozrywki, cały czas zabierać powinny, miarkując wszystko roztropnością przez wzgląd na okoliczności wieku, równych i nierównych sił dzieci, zdrowia, przyszłego wychowania etc. (...) Takowe zaś ćwiczenia i gry do mocy, szybkości, zręczności i szybkości ciała, do męstwa i odwagi pomagające, najprzyzwoitsze zdają się te: gry w piłkę z ubieganiem się i żywym obracaniem, balon czyli gra w dużą piłkę, ciskanie zręczne kamieniami na wodę, gonitwy do pewnego kresu, wyprzedzanie się na wzgórki i przykre miejsca, potykanie się w palcaty, jeżdżenie konno” [Dudek 2005, s. 7-14, Zuchora 2009].

W czasach współczesnych, począwszy od 1963 roku, datuje się dynamiczny rozwój wychowania zdrowotnego będącego, zdaniem Demela, dzieckiem medycyny i pedagogiki. Wychowanie fizyczne było w tym czasie poddawane krytyce, co zaowocowało zmianą nazwy przedmiotu na kulturę fizyczną. Instytut Programów Szkolnych w programie kultury fizycznej powszechnej szkoły średniej zamieścił treści z wychowania zdrowotnego. Ważnym przyczynkiem do ukazania się następnego programu, będącego formalnym dokumentem Ministerstwa Oświaty i Wychowania, była opublikowana w 1973 roku Uchwała w sprawie stanu zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej, opieki higieniczno-lekarskiej i warunków zdrowotnych w placówkach oświatowo-wychowawczych oraz doskonalenia orzecznictwa dla potrzeb ucznia i szkoły. W uchwale znalazł się również zapis dotyczący powołania w szkołach stanowiska pedagoga-koordynatora spraw higieny szkolnej i wychowania zdrowotnego, jako rzecznika tych zagadnień zarówno wobec dyrekcji szkoły jak i służby zdrowia [Jaworski 2005].

Cezary Stypułkowski, który jako pierwszy w Polsce wprowadził wychowanie zdrowotne do programu szkoły wyższej (AWF Kraków), w 1978 roku, w referacie do Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia stwierdził „...Organizatorzy wychowania zdrowotnego i praktycy zajmujący się formowaniem kultury zdrowotnej w systemie szkolnym (o ile w ogóle tacy istnieją), zapominają o tym, że absolwent studiów lekarskich nie posiada kwalifikacji pedagogicznych. Nie ma bowiem znaku równości pomiędzy medycyną i higieną szkolną, a procesem wychowania zdrowotnego w szkole. Próby oddziaływania służby zdrowia na środowisko szkolne poprzez oświatę zdrowotną, która ma charakter masowy i nie opiera się na procesie pedagogicznym, zawsze są nieefektywne wychowawczo i z góry skazywane na niepowodzenie. Metody oświaty zdrowotnej w systemie szkolnym przypominają sianie ziarna z samolotu” [Demel 2000, s.75].

Dokument Ministerstwa Oświaty i Wychowania z 1982 roku określił zakres, strukturę i organizację wychowania zdrowotnego w polskiej szkole podstawowej i ponadpodstawowej. Wytyczne programowe zostały opracowane przy udziale wielu ekspertów, wydane w bardzo dużym nakładzie przez Ministerstwo Oświaty i Wychowania, miały jednak niską rangę prawną i nie wpłynęły w istotnym stopniu na skuteczną poprawę realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Ujęto je w trzy grupy: kształtowanie nawyków i przyzwyczajeń higieniczno-zdrowotnych, wdrażanie wychowanków do aktywnego działania na rzecz zdrowia własnego i publicznego oraz kształtowanie postaw [Jaworski 2005, Ministerstwo Oświaty i Wychowania 1985].

Polski Zespół ds. Projektu „Szkoła Promująca Zdrowie, pod kierunkiem Woynarowskiej, w 1993 roku opracował wstępną wersję pierwszego programu edukacji prozdrowotnej w szkole. Polska została przyjęta do Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie, pierwszym krajowym koordynatorem tych Szkół Zdrowia została prof. Barbara Woynarowska. Szkoła Promująca Zdrowie jest określoną ideą, której nie można do końca osiągnąć ani zrealizować. Można ją wcielać w życie, służyć jej, dążyć do niej przez rozwiązywanie problemów lokalnej społeczności. Takiej promocji zdrowia służy „siedliskowe” podejście od ludzi do problemów. Idea Szkoły Promującej Zdrowie nadal wzbudza zainteresowanie szkół i przedszkoli [Jaworski 2005, Woynarowska, Sokołowska 2006].

Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole autorstwa Charzyńskiej-Guli to druga, udoskonalona edycja programu, opracowana po kilkuletnich doświadczeniach w wybranych szkołach oraz po pomyślnej weryfikacji wersji wstępnej. Program był realizowany w ponad czterystu szkołach [Charzyńska-Gula 1997, Jaworski 2005].

W 1997 r. edukacja zdrowotna, po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce, została włączona do podstaw programowych kształcenia ogólnego wszystkich typów szkół. Określono jej treści dla poszczególnych-pięciu etapów nauczania, wyróżniono sześć grup tematycznych w ramach różnych przedmiotów w formie ścieżki edukacyjnej. Nie ustalono jednak jej miejsca w planie lekcji, co utrudniało jej praktyczną realizację. Dopiero reforma strukturalna i programowa kształcenia ogólnego, przeprowadzona w systemie oświaty w 1999 roku, wprowadziła ścieżki edukacyjne. Jedną z nich była „edukacja prozdrowotna”, która przyczyniła się do podjęcia przez resort edukacji wielu działań wspierających jej realizację [Ministerstwo Edukacji Narodowej Zarządzenie nr 8, 1997, Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej 1999].

Kolejna modyfikacja programu, dokonana w 2002 roku umocniła pozycję edukacji prozdrowotnej, ponieważ została ona włączona do podstawy programowej kształcenia ogólnego wszystkich typów szkół. Jednocześnie szkoły zostały zobowiązane do opracowania szkolnych programów profilaktyki zagrożeń zdrowia. Dla szkół była to następna szansa zintegrowania działań na rzecz ochrony i umacniania zdrowia uczniów. Decyzje te inspirowały wielu edukatorów i promotorów zdrowia do opracowania programów autorskich, organizowania konferencji i studiów podyplomowych, pokazów metodycznych. Należy przyznać, że pomysł okazał się dobry i rozwojowy [Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu 2002].

Następna ekipa, zarządzająca oświatą na najwyższym szczeblu, nie zaakceptowała tych rozwiązań, pomysł ścieżek edukacyjnych, w tym ścieżki prozdrowotnej, został zanegowany. Minister Edukacji Narodowej z grupą ekspertów w 2007 roku podjął prace nad nową reformą programową szkoły. Rozpoczęto je od zmiany podstawy programowej kształcenia ogólnego będącego głównym instrumentem regulującym zatwierdzane i realizowane w szkołach programy, zalecane podręczniki i obowiązujący system oceniania. Wszystkie istotne szczegóły zostały zapisane w formie Rozporządzenia podpisanego przez Ministra Edukacji Narodowej 23 grudnia 2008 roku. Nowa podstawa programowa została wdrożona w roku szkolnym 2009/2010 w pierwszych klasach szkół podstawowych i gimnazjów. Jednym z podstawowych założeń przeprowadzonej reformy była, jak już wspomniano, likwidacja wszystkich ścieżek edukacyjnych, w tym również „edukacji prozdrowotnej”. W obecnej podstawie programowej treści dotyczące dbałości o zdrowie zostały rozproszone i dopisane do wielu różnych przedmiotów. Na pierwszym etapie, czyli w szkole podstawowej, dołączono je do edukacji społecznej, przyrodniczej i wychowania fizycznego, na drugim etapie do przyrody i wychowania fizycznego, na trzecim i czwartym etapie do obcego języka nowożytnego, biologii, wychowania fizycznego, edukacji dla bezpieczeństwa i innych przedmiotów [Podstawa programowa wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół 2009, MEN, Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne... 2009].

Efekty edukacji zdrowotnej, zapisane w Podstawie Programowej na etapie kształcenia w gimnazjum i liceum stanowią nowe wyzwanie, wymagające od nauczycieli samodzielnego, właściwego reagowania na ewolucję ról i zadań stawianych przed nimi przez ustawodawcę. W celach i treściach programu wychowania fizycznego zapisano następujące wymagania (efekty) szczegółowe:

Na poziomie gimnazjum „Edukacja zdrowotna. Uczeń:

- 1) wyjaśnia, czym jest zdrowie; wymienia czynniki, które wpływają pozytywnie i negatywnie na zdrowie i samopoczucie, oraz wskazuje te, na które może mieć wpływ;

- 2) wymienia zachowania sprzyjające i zagrażające zdrowiu oraz wyjaśnia, na czym polega i od czego zależy dokonywanie wyborów korzystnych dla zdrowia;
- 3) identyfikuje swoje mocne strony, planuje sposoby ich rozwoju oraz ma świadomość słabych stron, nad którymi należy pracować;
- 4) omawia konstruktywne sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami;
- 5) omawia sposoby redukowania nadmiernego stresu i radzenia sobie z nim w sposób konstruktywny;
- 6) omawia znaczenie dla zdrowia dobrych relacji z innymi ludźmi, w tym z rodzicami oraz rówieśnikami tej samej i odmiennej płci;
- 7) wyjaśnia, w jaki sposób może dawać i otrzymywać różnego rodzaju wsparcie społeczne;
- 8) wyjaśnia, co oznacza zachowanie asertywne, i podaje jego przykłady;
- 9) omawia szkody zdrowotne i społeczne związane z paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych; wyjaśnia, dlaczego i w jaki sposób należy opierać się presji oraz namowom do używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych”[Podstawa programowa 2009, s. 275].

Na poziomie liceum „ Edukacja zdrowotna. Uczeń:

- 1) wyjaśnia, dlaczego zdrowie jest wartością dla człowieka i zasobem dla społeczeństwa oraz na czym polega dbałość o zdrowie w okresie młodości i wczesnej dorosłości;
- 2) wyjaśnia, co oznacza odpowiedzialność za zdrowie własne i innych ludzi;
- 3) omawia konstruktywne, optymistyczne sposoby wyjaśniania trudnych zdarzeń i przeformułowania myśli negatywnych na pozytywne;
- 4) wyjaśnia, na czym polega praca nad sobą dla zwiększenia wiary w siebie, poczucia własnej wartości i umiejętności podejmowania decyzji;
- 5) wyjaśnia, na czym polega konstruktywne przekazywanie i odbieranie pozytywnych i negatywnych informacji zwrotnych oraz radzenie sobie z krytyką;
- 6) omawia zasady racjonalnego gospodarowania czasem;
- 7) wyjaśnia, na czym polega samobadanie i samokontrola zdrowia oraz dlaczego należy poddawać się badaniom profilaktycznym w okresie całego życia;
- 8) wyjaśnia, co to znaczy być aktywnym pacjentem i jakie są podstawowe prawa pacjenta;
- 9) omawia przyczyny i skutki stereotypów i stygmatyzacji osób chorych psychicznie i dyskryminowanych (np. żyjących z HIV/AIDS);
- 10) planuje projekt dotyczący wybranych zagadnień zdrowia oraz wskazuje na sposoby pozyskania sojuszników i współuczestników projektu w szkole, domu lub w społeczności lokalnej;
- 11) omawia, na czym polega współuczestnictwo i współpraca ludzi, organizacji i instytucji w działaniach na rzecz zdrowia;
- 12) wyjaśnia, jaki jest związek między zdrowiem i środowiskiem oraz co sam może zrobić, aby tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu”[Podstawa programowa 2009, s.277].

Wydaje się, że wymienione tu wymagania dotyczące wiedzy i umiejętności, należy wcześniej postawić przed samymi nauczycielami w ramach doskonalenia zawodowego wyprzedzającego reformę i jej zmiany, aby rola koordynatora nie była barierą i fikcją.

Trzeba przyznać, że sytuacja nauczyciela wychowania fizycznego jest trudna. Musi on nauczyć się teoretycznego i praktycznego wymiaru co najmniej trzech grup zagadnień: (i) wielowymiarowego charakteru zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego, duchowego, seksualnego, prokreacyjnego, prenatalnego itd, w ujęciu historycznym i współczesnym, jego paradygmatów i uwarunkowań (czynników ryzyka i czynników chroniących, stylu życia, postaw wobec zdrowia i ich zmian; (ii) poznać metody i techniki, aktywizujące oraz umiejętności sprawnego i celowego posługiwania się nimi; (iii) uczestniczenia w programach profilaktycznych, edukacyjnych, promocyjnych i medycznych w celu poznania ich specyfiki, struktury, zasad konstrukcji, realizacji i ewaluacji. Nie mówiąc już o konieczności spotkania z wieloma mistrzami promocji zdrowia, którzy swój zawód, traktują jako życiową pasję, a w odniesieniu do innych jako misję społeczną.

Współczesne, funkcjonalno-holistyczne spojrzenie na zdrowie, ukazujące jego wielowymiarowy charakter, różnicowane dodatkowo okresem rozwoju, płcią, miejscem zamieszkania, kryzysami rozwojowymi, społecznymi i wieloma innymi czynnikami indywidualnymi i środowiskowymi, wymaga kwalifikacji, jak również wszechstronnych kompetencji teoretycznych i praktycznych promotora zdrowia, których nauczyciele wychowania fizycznego nie posiadają. Ważne jest również potwierdzanie nauczanych treści, umiejętności i zachowań osobistą, wiarygodną, autentyczną i odpowiedzialną postawą prozdrowotną.

Podsumowując należy stwierdzić, że dynamiczny rozwój zdrowia publicznego jako nauki wskazuje na rosnącą na całym świecie potrzebę aktualizacji i racjonalizacji działań w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Wzrastające oczekiwania społeczne co do profesjonalizmu w zdrowiu publicznym uzasadniają potrzebę zdobywania przez każdego obywatela wiedzy i umiejętności dbania o zdrowie własne i innych w ujęciu wielowymiarowym. Wpisanie edukacji zdrowotnej w obowiązkowe zadania szkoły można uznać za sukces, jednak jego wdrażanie (5-6-letnia strategia) i realizacja są bardzo trudne. Nauczyciel wychowania fizycznego jako koordynator szkolnej edukacji zdrowotnej, integralnie związanej z wychowaniem fizycznym, zajęciami komputerowymi, technicznymi, etyką, językiem obcym nowożytnym, wychowaniem do życia w rodzinie, przyrodą, biologią i innymi, ma szansę doświadczyć satysfakcji z pracy w szkole. Przyjęte w nowej podstawie programowej rozwiązania są zdaniem G. Skirmuntt korzystniejsze od poprzednich, ponieważ ich realizacja odbywa się w godzinach przedmiotów, są za nią odpowiedzialne konkretne osoby, treści zdrowotne będą reprezentowane na egzaminach zewnętrznych i dokładnie wiadomo, jakimi wiadomościami i umiejętnościami powinien wykazać się uczeń [Skirmuntt 2009].

W ocenie B. Woynarowskiej wprowadzenie obowiązkowego modułu „edukacja zdrowotna” oraz włączenie wielu wymagań z tego zakresu do podstawy programowej wychowania fizycznego we wszystkich etapach edukacji jest niewątpliwie sukcesem i ma znaczenie historyczne. Stwarza nową szansę dla nauczycieli wychowania fizycznego, których rola, pozycja (prestż) w szkole może korzystnie się zmienić [Woynarowska 2012]. Na dalsze oceny obecnych rozwiązań programowych, oparte o weryfikację empiryczną, trzeba jeszcze poczekać.

1.3. Edukacja zdrowotna w innych krajach

Początki współczesnej edukacji zdrowotnej w krajach europejskich i na świecie, tak jak w Polsce, związane są przede wszystkim z kilkoma wydarzeniami, o zasięgu światowym. Pierwszym z nich jest Światowe Zgromadzenie Zdrowia WHO w Ałma-Acie, które odbyło się we wrześniu 1978 roku. Podejmowane tam sprawy polityki zdrowotnej ukierunkowanej na aktywizację profilaktyki i promocji zdrowia wyrażono w dokumencie „Zdrowie dla wszystkich w 2000 r.”. Dokument został opublikowany przez Biuro WHO Regionu Europejskiego „38 Zadań wspierających strategię Zdrowia dla Wszystkich w 2000 roku dla Krajów Członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego na temat promocji zdrowia”. Dla wielu krajów ta inicjatywa stała się istotnym impulsem do zmian we własnej polityce zdrowotnej i promocji zdrowia. Rządy wielu państw zostały zachęcane do przygotowania raportów, planów i narodowych programów zdrowia [World Health Organization 1978, 1981].

Drugie, ważne wydarzenie to I Międzynarodowa Konferencja na temat promocji zdrowia w Kanadzie, która odbyła się w listopadzie 1986 roku, gdzie minister zdrowia Kanady Marc Lalonde zaprezentował model promocji zdrowia (poła zdrowia) realizowany wśród Kanadyjczyków i poparty wynikami badań naukowych. Najważniejszym efektem Konferencji było uchwalenie Karty Ottawskiej [Lalonde 1974, Ottawa Charter for Health Promotion 1987].

Kolejne ważne kongresy wytyczające priorytety zdrowotne w światowej i narodowej strategii zdrowia odbyły się w 1988 r. w Adelajdzie gdzie wynikiem obrad były „Rekomendacje z Adelajdy”; w 1991 r. w Sundsvall, tematem wiodącym było stanowisko w sprawie tworzenia środowisk wspierających zdrowie; w 1997 r. w Dżakarcie, gdzie wiodący temat to wprowadzenie promocji zdrowia w XXI wiek; w 2000 r. w Meksyku promocja zdrowia jako priorytet; w 2005 r. w Bankoku, wiodący temat to „Polityka i partnerstwo w działaniu w odniesieniu do uwarunkowań zdrowia”.

Wiele dokumentów opracowanych i opublikowanych przez WHO zawiera przekonujące argumenty, które pomagają rozumieć i rozwiązywać problemy związane z realizacją edukacji zdrowotnej w szkole zgodnie z wytycznymi skierowanymi do krajów europejskich i innych.

Przykładem tego jest nowe podejście do edukacji zdrowotnej proponowane przez WHO i UNICEF polegające na uwzględnianiu w niej (teoretycznie i praktycznie) umiejętności dotyczących zdrowia psychospołecznego czyli umiejętności życiowych. Wiąże się z tym pojęcie „alfabetyzacja zdrowotna” rozumiana jako „kompetencje zdrowotne” będące umiejętnościami poznawczymi i społecznymi, determinującymi motywację i zdolności człowieka do pozyskiwania wiadomości o zdrowiu, rozumienia ich i wykorzystywania w sposób, który sprzyja doskonaleniu i utrzymaniu dobrego zdrowia [Kickbusch, Nutbeam 1998, Kickbusch, Maag 2008, s.204-211].

WHO ujęło umiejętności życiowe w trzy grupy: umiejętności interpersonalne, umiejętności podejmowania decyzji i krytycznego myślenia, umiejętności kierowania sobą [WHO 1993].

Wspólną cechą edukacji zdrowotnej we wszystkich krajach jest podstawowe przekonanie i założenie, że zdrowie i edukacja są wzajemnie ze sobą powiązane. Nie jest to zjawisko do końca poznane, jest jednak wiele dowodów na to, że edukacja to kapitał dla zdrowia, ponieważ umożliwia ludziom uzyskać wiedzę i umiejętności służące do dbałości o zdrowie i jego doskonalenia. Natomiast zdrowie jest zasobem dla edukacji ponieważ warunkuje systematyczne uczęszczanie do szkoły i podejmowanie nowych, rozwojowych wyzwań. Przebywanie w szkole umożliwia kształtowanie i modelowanie postaw i zachowań zdrowotnych, co jest zgodne z teorią społecznego uczenia się A. Bandury. Uczniowie uczą się także przez obserwację zachowań innych ludzi, zwłaszcza tych, którzy im imponują i stanowią wzorzec osobowy. Trzecią cechą zdrowia i edukacji są podobne warunkujące je czynniki, występujące w różnych krajach. Na podstawie analizy wyników dziesięcioletnich badań prowadzonych w USA i w Europie opracowano model edukacji zdrowotnej, w którym za wskaźniki zdrowia uznano przede wszystkim zachowania zdrowotne [Bandura 1977, Shurke 2011].

Globalna Strategia WHO dotycząca żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia przyjęta na 57 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia (22. 05. 2004) wezwała kraje członkowskie do rozwinięcia, wdrożenia i ewaluacji działań na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństw poprzez zdrowe żywienie, żywność bezpieczną dla zdrowia i wzrost aktywności fizycznej. Wskazała też na konieczność wypracowania w każdym kraju konsekwentnej, prozdrowotnej polityki żywieniowej, korzystnej dla poprawy zdrowia całego społeczeństwa. Opracowano: Europejską Kartę Walki z Otyłością (2006), Białą Księgę – Europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością (2007), II Europejski Plan Działania dotyczący polityki w zakresie żywności i żywienia na lata 2007-2012. Do ogólnopolskich strategii należą: Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej (POL-HEALTH) opracowany we współpracy z WHO i Komisją Europejską, I etap: 2007-2011, Karta Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole (2007), „Moje boisko-Orlik 2012” [Jarosz 2009].

W latach 2009-2011, w ramach sieci „Szkoły dla Zdrowia w Europie” w wielu krajach świata i Europy (Walia, Holandia, Belgia, Szkocja i Polska), od 2011 roku realizowany był program HEPS – „Zdrowe Żywienie i aktywność fizyczna w szkołach”. Sieć ta jest kontynuacją Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie od 1992 roku. Program był finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Zdrowia Publicznego. Podstawową przesłanką do podjęcia realizacji tego programu była zwiększająca się gwałtownie częstość występowania nadwagi i otyłości dzieci, młodzieży i dorosłych w USA, Europie i w Polsce [Babińska, Bandosz, Wyrzykowski, 2004, Jarosz 2009].

Celem programu jest promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach Europy w sposób pozytywny i trwały. W ocenie jakości programu uwzględniono uzyskane wyniki i różne wymiary jakości: jakość koncepcji, jakość struktury, jakość procesu, jakość efektów, wśród których jest pakiet szkolny [Ośrodek Rozwoju Edukacji, Boonen, Vries, Ruiter i in. 2010, Dadaczyński, Paulus, Vries 2010]. Sieć Szkół Promujących Zdrowie nie zajmuje się w szczególności promowaniem aktywności fizycznej, dlatego włączenie jej do tego programu jako ważnego uwarunkowania zdrowotnego zasługuje na uwagę.

W krajach europejskich nie ma jednego modelu szkół promujących zdrowie czy realizujących edukację zdrowotną [Jensen, Simovska 2002]. Zgodnie z wytycznymi WHO, treści i wymagania z zakresu edukacji zdrowotnej w szkołach europejskich są rozproszone, a rolę wiodącą w jego realizacji pełni wychowanie fizyczne [WHO 2003]. Początki, intensywność rozwoju, specyfika programów i formy realizacji edukacji zdrowotnej w krajach Europy i świata są zróżnicowane. Szkoły realizują edukację w zakresie jednego lub dwóch zagadnień zdrowotnych, najczęściej jest to aktywność fizyczna i zachowania żywieniowe. W Wielkiej Brytanii jej początki sięgają czasów powołania Centralnej Rady ds. Edukacji Zdrowotnej. Obecnie, zgodnie z zaleceniami Narodowego Programu Zdrowe Szkoły, w Wielkiej Brytanii w szkołach wprowadzono systematyczne spożywanie owoców i warzyw [Keyte, Harris, Margetts i in. 2012].

Nowe perspektywy działań prozdrowotnych Kanadyjczyków poznaliśmy w 1974 r. wynika z nich, że styl życia w największym stopniu warunkuje zdrowie. Aktualnie, w edukacji zdrowotnej kładą tam szczególny nacisk na wiedzę o żywieniu i nawyk spożywania pięciu posiłków z naciskiem na owoce i warzywa. W szkołach Finlandii realizowany jest natomiast samodzielny przedmiot „zdrowie”. Czas pełnego wdrożenia programu tego przedmiotu rozłożono na siedem lat, jego autorem jest L. Kannas, Profesor Uniwersytetu w Jyväskylä, na Wydziale Nauk o Sporcie i Zdrowiu, który koordynuje jego wdrażanie [Kannas 2005]. Należy również wspomnieć, że w fińskich szkołach już od lat 70-tych realizowano edukację seksualną. Odrębny przedmiot o nazwie „zdrowie” wprowadzony został również, między innymi, w szkołach Wielkiej Brytanii i Irlandii. W Irlandii przyjęto model programu zdrowotnego uwzględniający edukację osobistą i społeczną, jego wdrażanie prowadziły instytucje centralne i potrwa to cztery lata [Socialpersonal&healtheducation 2001].

W szkołach Stanów Zjednoczonych wielokrotnie podejmowano różne inicjatywy w zakresie dbałości o zdrowie dzieci i młodzieży. W latach 80-tych powrócono do działań chroniących zdrowie uczniów. O charakterze współczesnej edukacji zdrowotnej amerykańskich dzieci zadecydowały wyniki raportu o stanie zdrowia społeczeństwa, które ukazały, że w czasie ostatnich trzech lat częstość występowania otyłości u dzieci i młodzieży w wieku 6- 19 lat potroiła się. W związku z tą sytuacją do szkół wprowadzono dwuczynnikowy program zdrowia rekomendujący propagowanie zdrowego żywienia i zwiększony wymiar wychowania fizycznego. Szczegółowe rekomendacje ujęto w dziewięć grup wytycznych, za realizację których jest odpowiedzialna Rada Zdrowej Szkoły i koordynator zdrowia [Centers for Disease Control and Prevention 2011].

Oryginalna forma edukacji zachowań żywieniowych jest realizowana w szkołach Australii, w których założono ogrody owocowe i warzywne. Koordynatorzy prowadzą 12 miesięczny program dostarczający wiedzy o pochodzeniu owoców i warzyw oraz umiejętności określania ich wartości odżywczej [Somerset, Markwell 2009].

Zarówno w Europie (Wielka Brytania, Hiszpania), jak i w Stanach Zjednoczonych systematycznie (co 6 lat) badane są efekty szkolnej edukacji zdrowotnej ze względu na potrzebę poznania ich skuteczności i opłacalności. Wyniki badań europejskich wykazały zarówno korzyści finansowe płynące z programów, jak i zdrowotne, które ujawniają się dopiero w szóstej lub siódmej dekadzie życia człowieka. Amerykanie na podstawie wyników kontroli stwierdzili, że szkolna edukacja przyczynia się do zmniejszenia częstotliwości występowania u dzieci czynników ryzyka zdrowia oraz powoduje poprawę i utrzymanie ich stanu zdrowia. W związku z tym będą po-

magać nauczycielom zdrowia w ich rozwoju zawodowym [Hollingworth, Hawkins, Lawlor i in. 2012, Moya Martinez, Sanchez Lopez, Lopez Bastiola i in. 2011, Kann, Telljohann, Wooley 2007].

Rozwój idei szkolnej edukacji zdrowotnej, a co za tym idzie-promocji zdrowia wpisany jest w Narodowe Programy Zdrowia Publicznego. Wybór modelu zdrowotnego kształcenia jest warunkowany środowiskowo i dostosowywany do lokalnych potrzeb zdrowotnych.

WOKÓŁ CELÓW WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

2.1. Zdrowie celem wychowania fizycznego

Zasługą Komisji Edukacji Narodowej i jej sekretarza Grzegorza Piramowicza było wprowadzenie do liceum krzemienieckiego lekcji higieny, zalecanej rekreacji i obowiązkowego wychowania fizycznego (fechtunek, hippika, taniec, pływanie z ratownictwem). W dziele „Powinności nauczyciela” następująco określił jego obowiązki „nauczyciel, którego opatrność dała dzieciom ludu za ojca i opiekuna, ma poczytywać, jako się wyżej w jego obowiązkach rzekło i uznawać za istotną urzędu swego powinność staranie około wzmocnienia zdrowia i sił powierzonej sobie młodzi. Około zachowania ich, ratowania w przypadku choroby i niemocy. Człowiek mający rozum dobry, oświecony, a serce pełne miłości bliźniego, kiedy się podjął w nauczycielstwie opieki dzieci, kiedy więcej niż własni ich rodzice znać się na świecie i umieć powinien, łatwo osądzi, jak ważny jest jego obowiązek starać się, aby młodzi zawczasu sił nabierali, one hartowali, umieli się chronić przyczyn osłabiających zdrowie i przygotowujących choroby. Bo tego im potrzeba do powinności ich stanu, do prawdziwej szczęśliwości, do utrzymania w dalszym życiu siebie, żon i dzieci” [Demel 1965, s. 211].

Dwa dziesięciolecia funkcjonowania Komisji przyczyniły się do wychowania wielkiej liczby nowocześnie, jak na owe czasy, wykształconych Polaków. Z dziedzictwa Komisji czerpano w miarę możliwości w czasach zaborów i nawiązywano do niego po odzyskaniu niepodległości. Pierwszym nauczycielem zdrowia był lekarz szkolny, Karol Kaczkowski, uczeń Jędrzeja Śniadeckiego, jak już wspomniano w pierwszym rozdziale, autora dzieła „O fizycznym wychowaniu dzieci”, uznawanego za prekursora wychowania fizycznego i zdrowotnego, który w swoim dziele napisał: „a lubo w doświadczeniu wychowania fizycznego czyli cielesnego, od umysłowego albo moralnego oddzielać nie należy i nie można, wszelako w nauce i rozumowaniu można je uważać osobno”. Słowa Śniadeckiego, w komentarzu Demela, są proklamacją teorii wychowania fizycznego. A ponieważ zdrowie, wśród innych składników wychowania jest elementarnym warunkiem rozwoju, wychowanie fizyczne tworzy fundament całego procesu wychowawczego. Proces wychowania, pojmował Śniadecki jako łańcuch działań, złożony z określonych ogniw. Natomiast nauczyciel to „...Mistrz który ma się zająć wychowaniem (...) powinien naprzód poznać ten surowy materiał, tę pierwszą ośnowę człowieka, z której ma powstać dzieło jego sztuki, tak jak rolnik powinien znać ziemię, którą ma uprawiać..., ...dobre wychowanie fizyczne zależy na tym, aby nie psuć natury ... Lecz w upośledzonych od przyrodzenia trzeba to dzieło, jeśli można, naprawić, a jeżeli nie można, dalszemu złemu tamę położyć... Wszakże i kaleki i niedołęgi mają swoje zdrowie, mają swoje szczęście” [Śniadecki 1990, s.16-22].

Zdrowie to nie dar z niebios dany raz na zawsze. Nad zdrowiem trzeba pracować i praca ta ma charakter pedagogiczny, świadomie ukierunkowany na efekty zdrowotne. Chodzi bowiem o wykształcenie trwałych nawyków higieniczno – kulturowych, odpowiednich postaw wobec kwestii zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego

i duchowego, wreszcie o odpowiedni zasób wiedzy i umiejętności pedagogicznych. Stąd wyjątkowa i niezastąpiona rola nauczyciela, uzbrojonego nie tylko w wiedzę biomedyczną, ale też w znajomość psychologii oraz metod pedagogiczno – dydaktycznych, które decydują o realizacji i efektach wychowania zdrowotnego. Słowa te napisał M. Demel w 1968 roku, ale są one aktualne również dzisiaj, kiedy to edukacja zdrowotna, po raz kolejny, próbuje zająć lepszą pozycję w szkole [Demel 1968].

Celem edukacji zdrowotnej w szkole jest pomoc uczniom w:

- poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu własnych problemów zdrowotnych (uczenie się o sobie);
- zrozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać;
- rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi
- wzmacnianiu poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości;
- rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych, sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia;
- przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej [Wojnarowska 2011, s. 49].

Dobrze by było, gdyby istotą i efektem dyskusji autorytetów naukowych i politycznych na temat szkolnego wychowania fizycznego i zdrowotnego było dalsze dowartościowywanie przedmiotu i zawodu nauczyciela. Obecnie trud fizycznej edukacji często przegrywa rywalizację z innymi bodźcami rozwojowymi, wybieranymi przez uczniów, (również antyzdrowotnymi). Nauczyciel wychowania fizycznego, obok dokształcenia w zakresie promocji zdrowia także psychospołecznego, potrzebuje autentycznego wsparcia rodziców, dyrektorów, innych nauczycieli i przedstawicieli ochrony zdrowia, by móc prozdrowotnie wspomagać rozwój wychowanków. Minione niepowodzenia szkolnej edukacji zdrowotnej, zaplanowanej i realizowanej w postaci ścieżki edukacyjnej, której treści były rozproszone wśród wielu przedmiotów, wymagają lepszych, skuteczniejszych rozwiązań. Czy nauczyciel wychowania fizycznego sprosta nowym wyzwaniom? Czy rezygnacja ze ścieżki prozdrowotnej na korzyść rozłożenia treści zdrowotnych w obrębie wielu różnych przedmiotów, ułatwi ich realizację? Nie jestem o tym do końca przekonana. Przecież od wielu, wielu lat „wuefiści” „dobijają się do drzwi”, za którymi przydziela się pedagogiczny obowiązek edukacji zdrowotnej, czyli nauczania w szkole właściwej postawy wobec zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego, duchowego, prokreacyjnego (seksualnego) i kształtowania zachowań zdrowotnych oraz postaw wobec zdrowia i choroby dzieci i młodzieży. Teraz spełniły się ich oczekiwania.

Zgodnie z zapisem w podstawie programowej, **wychowanie fizyczne** pełni ważne funkcje edukacyjne, rozwojowe i zdrowotne, wspiera rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny oraz zdrowie uczniów i kształtuje obyczaj aktywności fizycznej i troski o zdrowie w okresie całego życia [Podstawa Programowa 2009].

B. Woynarowska z przekonaniem twierdzi, że wdrożenie tych zmian wymagać będzie przygotowania tej grupy nauczycieli do nowych wyzwań. Szczególnie dotyczy to przygotowania do prowadzenia obowiązkowego modułu „edukacja zdrowotna” w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. Jest to zupełnie nowe zadanie zarówno pod względem formy (zajęcia w klasie, prowadzone metodami aktywnymi) jak i treści (duży udział zagadnień z dziedziny zdrowia psychospołecznego i umiejętności życiowych).

Należy zatem:

- zaoferować nauczycielom, w pierwszej kolejności gimnazjów, możliwość odbycia szkolenia na odpowiednio zaprogramowanych i prowadzonych kursach, organizowanych przez ośrodki doskonalenia nauczycieli i szkoły wyższe;
- umożliwić im uzyskanie konsultacji i pomocy w zakresie realizacji modułu „edukacja zdrowotna” [Woynarowska 2009].

Wiedza na temat stanu zdrowia dzieci i młodzieży to podstawa edukacji zdrowotnej

Fundamentalnym elementem przygotowania do realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej jest bogata wiedza biomedyczna, psychospołeczna i metodyczna, umożliwiająca postawienie diagnozy osobniczej i środowiskowej dotyczącej zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego, duchowego, prokreacyjnego (seksualnego) na określonym etapie rozwoju. Trzeba pamiętać, że uwarunkowania zdrowia są determinowane wieloma zmiennymi (zewnętrznymi i wewnętrznymi), przede wszystkim wiekiem, środowiskiem rodzinnym, rówieśniczym i szkolnym, mediami, ale też chęciami, zainteresowaniami i własnymi przekonaniami. Posiadana zaś wiedza zdrowotna i umiejętności dbania o zdrowie własne i innych są jednocześnie potencjałem i zasobem zdrowotnym, determinującym jakość życia na każdym etapie rozwoju osobniczego i społecznego człowieka [Woynarowska, Kowalewska, Izdebski i in. 2010, Frances, IlgLuise Bates Ames Sidney, Baker 2007].

Według definicji WHO z 1998 roku „zdrowie to stan pełnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej potwierdzony subiektywnie i obiektywnie, również przez badania lekarskie”.

O zdrowiu człowieka dorosłego w dużym stopniu decyduje już okres płodowy i niemowlęcy, czyli styl życia i samopoczucie matki, która automatycznie (biologicznie i psychicznie) przekazuje dziecku to wszystko co robi i przeżywa. Następne ważne determinanty zdrowego rozwoju dziecka to właściwa atmosfera w relacjach rodzinnych, na którą składa się między innymi akceptacja i przywiązanie rodziców do dziecka, zaspokajanie potrzeby bliskości, rozwoju i bezpieczeństwa oraz odpo-

wiedzialne zachowania zdrowotne samych rodziców. Wielu autorów twierdzi, że najważniejszy dla kształtowania zdrowej osobowości człowieka jest pierwszy etap jego życia. Dobrze jest, gdy towarzyszy mu atmosfera miłości, szacunku, wzajemnego zrozumienia i zgody w rodzinie. Umiejętność pełnienia roli matki i ojca umożliwia dziecku zdrowy start w przyszłość. Zdrowie każdego z nas zaczyna się w rodzinie. Towarzyszenie rozwojowi własnego dziecka w drodze do dorosłości jest przejawem odpowiedzialnego macierzyństwa i ojcostwa. Trzeba jednak pamiętać, że w społeczeństwie występuje zjawisko rodziny kryzysowej lub rodziny dysfunkcyjnej, niewydolnej wychowawczo i w takich rodzinach też żyją dzieci.

Z chwilą pójścia dziecka do szkoły w jego życiu pojawiają się nowi opiekunowie i wychowawcy, a wśród nich edukator czy promotor zdrowia, ale wszyscy wiemy, że takich osób we wszystkich dzisiejszych szkołach jeszcze nie ma. Jeśli są, to często wątpimy w ich kompetencje fachowe. Stajemy więc przed dylematem i rozważamy, komu powierzyć szkolną edukację zdrowotną naszych dzieci? Dobrym kandydatem byłby absolwent „akademii zdrowia”, który nie tylko posiadałby wszechstronną wiedzę zdrowotną, umiejętności, postawy i kompetencje, ale też kochał wszystkie dzieci, pocieszał smutne, wspierał niezaradne, pomagał słabszym, chronił przed zagrożeniami, rozwiązywał problemy, a jednocześnie byłby pasjonatem tego co robi i wiarygodnym wzorem do naśladowania prezentowanego stylu życia. Póki co nie mamy takich akademii ani ich absolwentów.

W obecnych rozwiązaniach systemowych proponowanych przez WHO, to zdrowie publiczne ma obowiązek zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego ogółowi ludności przez prozdrowotne działania zapobiegawcze i wspierające. Według definicji Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego:

Zdrowie publiczne jest to troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym polegająca na naukowym rozpoznaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz głównych zagrożeń zdrowia i ryzyka zdrowotnego, a także na inicjowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych i samorządowych, organizacji pozarządowych i innych instytucji publicznych i prywatnych, w celu osiągnięcia oczekiwanych przez społeczeństwo pożądaných efektów polityki zdrowotnej państwa i strategii określonej w Narodowym Programie Zdrowia oraz zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego [Wojtczak 2009, s.9]

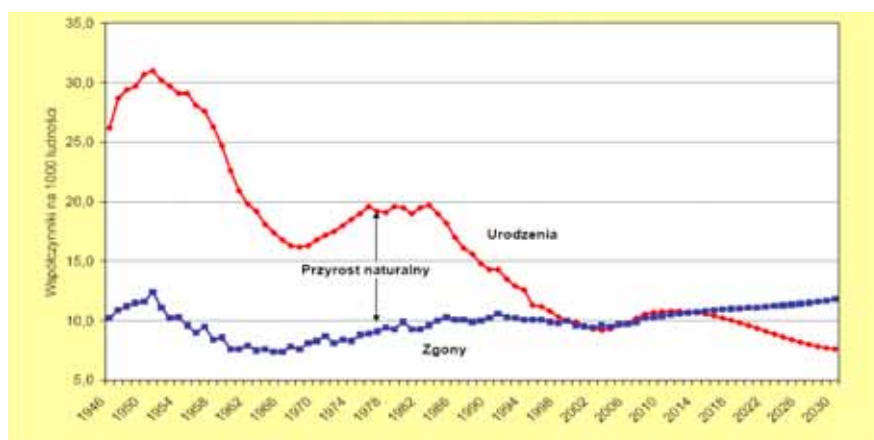
Definicja, która zapewne posłużyła do sformułowania powyżej przedstawionej ma dalszy ciąg, w którym autor wymienia konkretne działania umożliwiające osiągnięcie oczekiwanych i pożądaných efektów [Nosko 2005].

Zdrowie publiczne jest to troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegająca na rozpoznawaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądaných standardów zdrowia. Cel ten uzyskuje się przez kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom społecznym,

powszechny i równy dostęp do opieki medycznej, a przede wszystkim w wyniku **kształtowania nawyków zdrowego stylu życia w ramach edukacji przedszkolnej i szkolnej oraz realizacji programów promocji zdrowia w środowisku ludzi dorosłych** [Nosko 2005].

Okres dojrzewania młodzieży, z punktu widzenia zdrowia publicznego ma bardzo ważne znaczenie, ponieważ w tym czasie „dochodzą do głosu” ryzykowne zachowania antyzdrowotne, konsekwencją których może być utrata zdrowia i jakości życia. Do zachowań ryzykownych mogących być przyczyną nieodwracalnych, całonocnych problemów zdrowotnych, należą: palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, przedwczesna inicjacja seksualna, ryzyko w ruchu drogowym, ekstremalne aktywności, okaleczenia, diety oraz abnegacja intelektualna i fizyczna. Oprócz tego rozwój psychospołeczny nastolatka wchodzi w takie etapy, jak: krytycyzm wobec bliskich, autorytetów i otoczenia, eksperymentowanie w poszukiwaniu własnej tożsamości, próby samodzielnego życia, dokonywanie niezależnych wyborów, szukanie miejsca i akceptacji wśród rówieśników, nawiązywanie kontaktów emocjonalnych, tworzenie własnego, często ekstremalnego stylu życia. Szkolny edukator zdrowia młodzieży wobec wielu ryzykownych zachowań jest często bezradny, ale to właśnie do niego należy teraz chronienie zdrowia uczniów i minimalizowanie strat zdrowotnych, do których może dojść w obecnym i przyszłym życiu. Dorastanie, poszukiwanie własnej tożsamości odbywa się chaotycznie i ambiwalentnie, metodą prób i błędów. Przemianom tym towarzyszy stan wewnętrznego konfliktu pomiędzy potrzebą bycia dorosłym i samodzielnym, a pragnieniem zachowania przywilejów dziecka. Jest to czas intensywnego eksperymentowania z samym sobą i z innymi [Ogińska-Bulik 2010, Pospiszył, Szczepanik 2007, Maxwell 2000, Obuchowska 1996].

Odpowiedzialność edukatora zdrowia za decyzje i zachowania zdrowotne uczniów w obecnej sytuacji demograficznej Polski wzrasta z każdym dniem. W latach 1997-2007 rejestrowano ubytek liczby ludności Polski, która zmniejszyła się wówczas o ponad 175 tys. osób. Bezpośrednią przyczyną tego zjawiska był notowany w latach 1984-2003 spadek liczby urodzeń przy prawie nieistotnych zmianach w liczbie zgonów oraz ujemnym (w całym okresie powojennym) saldem migracji zagranicznych definitywnych (na pobyt stały). Największy ubytek przyrostu naturalnego wystąpił w 2003 roku i wynosił minus 14,1 tys. Obecnie poziom reprodukcji nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń, nadal utrzymuje się, obserwowany od 1989 r., okres depresji urodzeniowej. W 2007r. współczynnik dzietności wyniósł 1,31, co oznacza wzrost o 0,09 pkt. w stosunku do odnotowanego w 2003r., w którym wskaźnik ten był najniższy od ponad 50 lat. Rezultatem przemian w procesach demograficznych, a przede wszystkim głębokiej depresji urodzeniowej w latach 90-tych oraz na początku bieżącego stulecia, jest gwałtowne zmniejszenie się liczby dzieci i młodzieży (od 0 do 17 roku życia), szacuje się że w końcu 2008 r. ich udział w liczbie ludności wyniósł około 19,2% (w 2000 r. – 24,4%; w 1990 r. – 29%). Dzieci w wieku poniżej 15 roku życia stanowiły ok. 15,3% ogółu populacji wobec prawie 25% w 1990r. (w 2000 r. – ok. 19%). Dane te ilustruje rycina 1 [GUS 2009, Panek 2007].



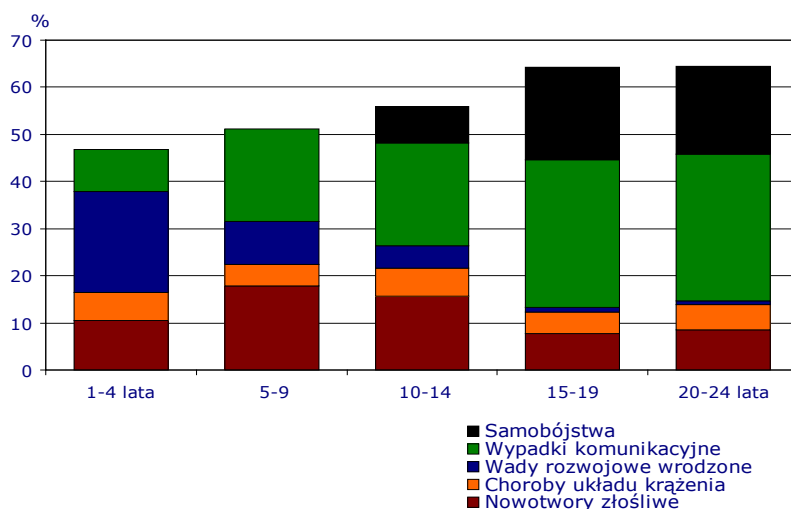
Ryc.1. Urodzenia, zgony, przyrost naturalny ludności w Polsce w latach 1946 - 2007 oraz ich prognoza na lata 2008-2030

Źródło: dane GUS, ww.stat.gov.pl, dostęp z dnia 10.10.2012 r.

Taka skrócona analiza stanu zdrowia dzieci i młodzieży, oparta o dane z dwóch raportów opracowanych w 2008 roku i danych z badań HBSC (Health Behaviour In School – aged Children) 2006, jest adekwatna do tematu rozdziału. W pracy edukatora zdrowia, aktualizowanie tej wiedzy stanowi bowiem wskazówkę dla jego autoedukacji zdrowotnej, jak i pracy dydaktycznej. Warto przypomnieć, że obecnie sieć badawcza HBSC obejmuje 43 kraje, a badania rozpoczęte zostały w 1982 roku przez trzy państwa: Finlandię Norwegię i Anglię. Powtarzane były co cztery lata, sukcesywnie przyłączały się do nich nowe kraje[Wojtyniak, Goryński 2008, Szymborski, Jakóbiak 2008, Mazur, Małkowska-Szkućnik 2011].

Zdecydowana większość stosowanych mierników stanu zdrowia wybranej populacji wskazuje na brak zdrowia, będący konsekwencją bezpośredniego i intensywnego działania czynników ryzyka zdrowia. Towarzyszą one różnego typu objawom patologicznym, chorobom lub ich skutkom w postaci niepełnosprawności lub zgonu (z uwzględnieniem przyczyn). Liczbowe dane z raportu ukazują, że chłopcy w wieku poniżej 10 lat hospitalizowani są najczęściej z powodu chorób układu oddechowego. Powyżej 10 lat wśród przyczyn hospitalizacji zaczynają dominować urazy i zatrucia, a obok nich choroby układu trawiennego. Inaczej przedstawia się struktura hospitalizacji kobiet (nas interesują dane dotyczące dziewcząt). W wieku do 10 lat główną przyczyną hospitalizacji dziewcząt są choroby układu oddechowego. Urazy i zatrucia są najczęstszą przyczyną hospitalizacji dziewcząt w wieku 10-14 lat. Poczynając od grupy wiekowej 15 - 19 lat aż do 39 lat dominują powikłania ciąży, porodu i porodu, przy równoczesnym wzroście częstotliwości występowania chorób układu moczowo-płciowego. Tradycyjnie zainteresowanie zdrowiem dzieci i młodzieży koncentruje się na zdrowiu fizycznym podczas gdy przyczyną niepokoju w całej Europie stają się zaburzenia psychospołeczne i choroby psychiczne dotyczące ludzi młodych. Problemy zdrowia psychicznego w okresie dorastania często przejawiają się w formie agresji i przemocy wobec innych i wobec samego siebie. W ramach badań HBSC w roku 2002 oceniono w Polsce, w grupie gimnazjalistów występowanie zespołu sześciu nasilonych zachowań ryzykownych: używanie tytoniu, alkoholu, narkotyków, kontakty seksualne, dręczenie innych, udział w bójkach.

Na rycinie 2 przedstawiono zróżnicowanie przyczyn zgonów młodych ludzi w Polsce.



Ryc. 2. Dominujące przyczyny zgonów dzieci i młodzieży w 2005 roku

Źródło: Raport Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce, Szymborski J., Jakóbiak K., 2008.

Samobójstwa stanowią corocznie w Polsce przyczynę kilkuset zgonów dzieci i ludzi młodych przed 19 rokiem życia. Często powodem targnięcia się na własne życie są depresje. Rozpowszechnienie depresji wynosi w Polsce 16,0% u dzieci dwunastoletnich, 19,0% u piętnastoletnich i prawie 30,0% u dziewiętnastoletniej młodzieży [Szymborski, Jakóbiak 2008].

Zdrowie młodzieży w Polsce, zdaniem J. Szymborskiego, K. Jakóbiaka i innych jest jednym najbardziej zaniedbywanych, marginalizowanych i ignorowanych obszarów medycyny i polityki zdrowotnej, pomimo iż ten okres życia decyduje o kapitale, z jakim młodzi ludzie wejdą w dorosłe życie. Jak wykazano na podstawie badań HBSC nad zachowaniami zdrowotnymi z 2006 roku, w okresie dojrzewania znacznemu pogorszeniu uległa samoocena zdrowia fizycznego i psychospołecznego. Młodzież coraz częściej podejmowała ryzykowne zachowania oraz nasilały się różnice w ich stanie zdrowia, w zależności od płci. Występowanie zaburzeń zależy od wieku biologicznego, toteż chłopcy i dziewczęta dojrzewający w innym tempie niż większość rówieśników mają większe problemy ze zdrowiem. Stwierdzono, że przy wzroście zamożności rodziców obserwuje się negatywne zmiany w zakresie funkcjonowania, co może rzutować na ograniczenie poczucia bezpieczeństwa i dalsze pogorszenie kondycji psychicznej młodego pokolenia. Warunkiem poprawy stanu zdrowia nastolatków jest stworzenie odpowiadającego ich potrzebom systemu świadczenia usług medycznych oraz poradnictwa psychicznego, intensyfikacja działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz szkolenia pracowników ochrony zdrowia w zakresie przewidywania i respektowania potrzeb młodzieży w okresie dorastania.

Najnowszy raport HBSC z 2010 roku nie zawiera interpretacji wyników ani analizy tendencji zmian uwarunkowań zdrowia i zachowań zdrowotnych w czasie. Ukierunkowane tematycznie analizy będą systematycznie opracowywane przez au-

torów. Przedstawione w raporcie wyniki badań dotyczą 10 tematów: rodziny, grupy rówieśniczej, nierówności społecznych, środowiska szkolnego, odżywiania i odchudzania się, aktywności fizycznej, zdrowia pozytywnego, zachowań ryzykownych, zdrowia seksualnego, przemocy i urazów [Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2010, s.10]. Zestawione wyniki zachowań zdrowotnych młodszych i starszych uczniów mogą posłużyć nauczycielom i edukatorom zdrowia do własnych potrzeb edukacyjnych i analiz badanych tematów.

Stan zdrowia psychicznego przedstawiono w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, w którym wskaźniki zaburzeń psychicznych występujących w najmłodszej grupie (0-29 lat) w latach 2003, 2005, 2007 wzrosły o 7%, a wskaźniki zaburzeń nerwicowych wzrosły o 31%. Zaburzenia rozwojowe i emocjonalne spowodowane spożywaniem alkoholu przez najmłodszych wzrosły o 43%, a te spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych- w kolejnych latach wzrosły 4-krotnie i 7-krotnie [Panek 2007]. Przedstawione dane wymagają poszerzenia i uszczegółowienia wiedzy na temat diagnozy stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, organizowanej profilaktyki i psychoterapii na skalę lokalną [Rybako-wa 2004, Wolańczyk, Komender 2005, Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psy-chicznego dla woj. lubelskiego na lata 2012-2016].

Według prof. B. Woynarowskiej wdrażanie nowej podstawy programowej to wy-zwanie dla szkoły i wielu wspierających ją instytucji. Aby mu sprostać, niezbędne są:

- pozytywne podejście i zaangażowanie nauczycieli wychowania fizycznego, dy-rekcji szkół i nauczycieli innych przedmiotów;
- zmiany w kształceniu przeddyplomowym nauczycieli wychowania fizycznego i innych przedmiotów;
- stworzenie systemu szkolenia dla pracujących wuefistów;
- opracowanie podręczników i pomocy metodycznych dla nauczycieli [Woyna-rowska 2009, s. 29-40].

Kto jest najlepszym edukatorem zdrowia?

W tabelce zestawione zostaną wyniki ankietowych badań własnych przepro-wadzonych wiosną 2009 roku, ukazujące osoby, które zdaniem badanych powinny prowadzić edukację zdrowotną w szkole oraz najważniejsze zachowania zdrowot-ne decydujące o posiadaniu i utrzymaniu dobrego samopoczucia.

W badaniach sondażowych wzięło udział ogółem 196 osób w tym 68 pracu-jących pielęgniarek, studiujących na pierwszym i drugim roku studiów pomosto-wych w Instytucie Zdrowia Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej i 128 studentów Akademii Wychowania Fizycznego w Warsza-wie kończących studia w Zamiejscowym Wydziale w Białej Podlaskiej. Respondenci zastali dobrani losowo.

Tabela 1. Potencjalny edukator zdrowia i zachowania zdrowotne chroniące przed chorobą według studentów AWF

Edukator zdrowia	% (N-128)	Zachowania zdrowotne	% (N-128)
Lekarz rodzinny	45,3	Ubiрам się stosownie do pogody	40,6
Rodzice (mama)	21,1	Spożywam witaminy i suplementy	30,5
Nauczyciel WF	14,8	Zdrowo się odżywiam	13,2
Wychowawca, pedagog	11,7	Hartuję ciało	7,8
Trener osobisty	3,1	Systematycznie ćwiczę	4,7
Osoba bliska, zaufana	3,1	Szczepię się	1,6
Dietetyk	-	Piję alkohol (wino)	1,6

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Potencjalny edukator zdrowia i zachowania zdrowotne chroniące przed chorobą według pracujących pielęgniarek

Edukator zdrowia	% (N-68)	Zachowania zdrowotne	% (N-68)
Pielęgniarka szkolna	39,7	Zdrowe, racjonalne żywienie	36,8
Edukator, lider zdrowia	35,3	Aktywność fizyczna w plenerze	23,5
Rodzice (mama, babcia)	10,3	Właściwe ubranie	14,7
Pedagog, psycholog	8,8	Profilaktyka, szczepienia	8,8
Osoba bliska będąca autorytetem	5,8	Odpowiedni wypoczynek, sen, relaks	7,3
		Eliminacja używek	4,4
		Pozytywne, optymistyczne nastawienie do ludzi i świata	4,4

Źródło: opracowanie własne.

Badani studenci AWF-u i pracujące pielęgniarki wskazali różne osoby, które powinny prowadzić edukację zdrowotną w szkole i w domu. Dla „wuefistów” najlepszym edukatorem zdrowia jest lekarz i matka, na kolejnym miejscu wskazali siebie. Pracujące pielęgniarki nie wskazały nauczyciela wychowania fizycznego jako edukatora, ale pielęgniarkę, lidera zdrowia i pedagoga. Obie grupy badanych wskazały te same zachowania zdrowotne, które należy stosować, aby nie zachorować, tylko w różnej kolejności. Należą do nich: ubiór stosowny do pogody, racjonalne żywienie, aktywność fizyczna i hartowanie. Przeprowadzony sondaż nie napawa

optymizmem, gdyż badani zawężili swoje myślenie tylko do wybranych przejawów dbałości o zdrowie fizyczne. Wykazali zatem zdecydowanie zbyt powierzchowne podejście do edukacji zdrowotnej.

Treści zamieszczone w tym rozdziale książki oraz wyniki uzyskane w ramach sondażu diagnostycznego pozwalają na sformułowanie kilku wniosków:

1. Nauczyciel wychowania fizycznego realizujący edukację zdrowotną we współczesnej szkole to osoba posiadająca kompetencje promotora zdrowia, uzyskane dzięki dodatkowemu szkoleniu ze specjalności zdrowie publiczne, promocja zdrowia lub specjalizacji z edukacji zdrowotnej.
2. Obecnie w Polsce występuje gwałtowne zmniejszenie liczby dzieci i młodzieży. Poziom reprodukcji nie gwarantuje zastępowalności pokoleń, od 1989 roku utrzymuje się okres depresji urodzeniowej. Zdrowie dzieci i młodzieży jest najbardziej zaniedbanym, marginalizowanym, ignorowanym obszarem medycyny i polityki zdrowotnej w Polsce, podczas gdy inwestując w zdrowie i rozwój młodego pokolenia w istocie inwestujemy w zdrowie i pomyślność osób dorosłych w kolejnym pokoleniu.
3. Badani studenci za najlepszego edukatora uznali lekarza rodzinnego, natomiast pielęgniarki-pielęgniarkę szkolną. Zachowaniami zdrowotnymi, które chronią przed chorobą, są według badanych przede wszystkim: ubieranie się stosownie do pogody i zdrowe żywienie.

Wobecnej sytuacji demograficznej i społecznej każde dziecko to nie tylko dobro, ale skarb narodowy całego społeczeństwa. Ich potrzeby zdrowotne należy więc kompetentnie rozpoznawać i realizować, a w zbliżającej się sytuacji kryzysu, dostarczać wsparcia, przykładu i poczucia bezpieczeństwa w życiu codziennym.

Od 2004 roku w Polsce na liście klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy znajduje się promotor zdrowia. Natomiast od 1999 roku kierunek „Zdrowie publiczne” realizowany jest w formie drugiego (społecznego) toru edukacyjnego. Pierwszy tor, dostępny tylko dla studentów medycyny, realizowany jest od 1991 roku [Wojtczak 2009].

Zarówno kompetencje promotora zdrowia, jak również treści realizowane na kierunku „Zdrowie publiczne”, to propozycje godne polecenia w dokształcaniu zdrowotnym nauczycieli wychowania fizycznego. Dobrym pomysłem jest również samodzielne poznawanie podstaw zdrowia publicznego przez nauczycieli wychowania fizycznego [Sygit 2010, Opolski 2011].

Wydaje się, że za kilka lat doczekamy sytuacji, która zakończy spory wokół osoby nauczającej dzieci umiejętności życiowych, umożliwiających kształtowanie zachowań zdrowotnych, w tym również zmian antyzdrowotnych przyzwyczajęń. Zapewne będzie nim nauczyciel wychowania fizycznego, posiadający wielowymiarowe kompetencje w zakresie zdrowia, który ukończył studia podyplomowe lub licencjat ze zdrowia publicznego. Dobrym rozwiązaniem byłoby również umożliwienie absolwentom „AWF-ów” ukończenia, obok specjalizacji z dyscyplin sportowych, specjalizacji z edukacji zdrowotnej w macierzystej uczelni.

2.2. Edukacja sportowa w wychowaniu fizycznym

Zdrowie będące dobrem i potencjałem każdego człowieka, należy chronić, pielęgnować i umacniać. Szkolni specjaliści od edukacji zdrowotnej na drugim miejscu po rodzinie uczą dbałości o zdrowie, kształtują prozdrowotne umiejętności podstawowe i specjalne. Ich wymierne efekty są jednak odległe w czasie i mało spektakularne. Natomiast wielowymiarowych sukcesów i satysfakcji, zarówno uczniom jak i nauczycielom, w krótkim czasie dostarcza trening sportowy, jako edukacyjna propozycja dla uczniów ruchowo uzdolnionych. Wydaje się, że każdy nauczyciel wychowania fizycznego rozpoczynający pracę w szkole staje przed dylematem zawodowym ukazującym mu co najmniej dwie drogi: pierwsza wskazuje kierunek możliwości osiągnięcia sukcesu sportowego, druga zachęca do budowania, umacniania i chronienia dobrostanu uczniów, czyli zdrowia w ujęciu wielowymiarowym [Demel 2008, Woynarowska 2007].

Rozwiązanie tego dylematu jest zadaniem trudnym, często wymaga wieloletnich przemyśleń i bagażu doświadczeń zawodowych. Podjęta decyzja ma zawsze charakter indywidualnych wyborów, dokonywanych w oparciu o osobistą filozofię, przyjęty model moralno-etyczny, posiadaną wiedzę, zainteresowania, zasób doświadczeń, które łącznie przyczyniają się do kreowania własnych przekonań, predyspozycji i umiejętności, a w konsekwencji wyboru profilu zawodowego.

Edukacja zdrowotna, będąca obowiązkowym zadaniem pedagogicznym nauczycieli wychowania fizycznego, jako liderów odpowiedzialnych za jej realizację, dotyczy wszystkich uczniów, natomiast **edukacja sportowa**, zwana również olimpijską, odnosi się tylko do nielicznych, tych uzdolnionych ruchowo. Pierwsza jest realizowana na korzyść zdrowia uczniów, druga nieraz kosztem ich zdrowia.

Według H. Sozańskiego i współautorów wychowanie fizyczne i sport są konarami tego samego drzewa. Rzecz tylko we właściwych celach, proporcjach i adekwatnych narzędziach-mądrym, systemowym podejściu do rozwijającego się, wzrastającego i dojrzewającego ustroju-równolegle do procesów socjalizacji i kształtowania osobowości. Pozostając w ścisłych-funkcjonalnych związkach, wychowanie fizyczne i sport-jednakowo potrzebne, posługujące się ruchem i wysiłkiem fizycznym-realizują swe funkcje zróżnicowanymi metodami przy pomocy różnych procedur kształtujących i realizacyjnych [Sozański, Siewierski, Adamczyk 2010].

Integracja tych dwóch rodzajów dążeń, czyli pogodzenia edukacji zdrowotnej ze sportową, w procesie dydaktycznym jest niezwykle trudna, a czasami wręcz niemożliwa. Jedna zmierza w kierunku zdrowia ucznia, druga w kierunku wyniku sportowego, warunkowanego zdrowiem ucznia-sportowca.

Sport jako element kultury od dawna traktowany był jako środek wychowania młodego człowieka, ponieważ wraz z wejściem sportu do szkoły pojawiła się zasada *fair play*. Również Manifest Sportowy UNESCO podaje, że bez *fair play* sport przestaje być sportem. Etyka leżała u podstaw sportu antycznej Grecji, jest obecna w nowożytnym olimpiźmie, współczesnym sporcie, którego podstawy wychowawcze wyznaczył Pierre de Coubertin. Wiązał on zasadę *fair play* z olimpiżmem, a ten traktował jako środek wychowania. Zasada ta zakorzeniła się w systemie edukacji

fizycznej szkół, co dobitnie dokumentują w swoich pracach Żukowska i Żukowski. Autorzy uważają, że zdrowie i aktywność sportowa młodzieży na wszystkich jej poziomach - od rekreacji do sportu kwalifikowanego - posiadają silne uwarunkowania psycho-socjo-pedagogiczne. Wskazują na to tradycje zdrowotno-oświatowe w kulturze edukacyjnej i ich związek z naukami o kulturze fizycznej w Polsce; rozwój wychowania zdrowotnego i szkoły promującej zdrowie, w których aktywność sportowa waży na zdrowym stylu życia, którego z kolei rola niewspółmiernie wzrosła i warunkuje zdrowie współczesnego człowieka. Ideę olimpijską jako środek wychowania szkolnego ukazuje również K. Zuchora, nieustannie popularyzujący dzieło Coubertina, który podstawy swej szkoły sportowej (olimpijskiej edukacji) wznosił na takich wartościach jak: zabawa, piękno, sprawiedliwość. Cały sens ukryty jest w zabawie, kto tego nie rozumie, sprowadza sport na pole pracy, gdzie rygor wysiłku i instynkt tłumią swobodny rozwój duchowy, zmieniają boisko w poligon, spór o wartości (uznanie społeczne, symboliczną nagrodę) zastępują dosłowną walką o rzeczy [Żukowska, Żukowski 2007, Nowocień 2010, Zuchora 2009, s. 346].

Sport jednak, mimo niezaprzeczalnych i niepodważalnych walorów... jest nośnikiem wielu różnorodnych problemów związanych z fetyszyzacją wyniku sportowego i komercjalizacją, nie jest wolny od zjawisk przemocy, dopingu, chuligaństwa, zachowań aspołecznych i niepohamowanej agresji [Dziubiński 2007].

W obecnie obowiązującej podstawie programowej treści dotyczące szkolnego sportu mają przygotować uczniów do pozytywnego, wielowymiarowego uczestnictwa w widowisku sportowym. Drugi etap edukacji powinien wyjaśniać uczniom dlaczego należy przestrzegać ustalonych reguł w rywalizacji sportowej, umożliwić uczestniczenie w sportowych rozgrywkach, w roli zawodników respektujących zasadę „czystej gry”, szanujących rywali, przepisy i decyzje sędziów, dziękujących za wspólną grę. Zobowiązuje nauczyciela do wyjaśnienia zasad kulturalnego kibicowania. Zgodnie z zapisem w podstawie programowej w gimnazjum, uczniowie samodzielnie planują rozgrywki sportowe według systemu „każdy z każdym”, wcielają się w role organizatorów, zawodników, sędziów i kibiców w szkolnych zawodach. Poznają również symbolikę olimpijską i stosują zasadę „czystej gry”. W szkole ponadgimnazjalnej uczeń działa jako krytyczny konsument (odbiorca) sportu, ponieważ zna relacje między sportem profesjonalnym, sportem dla wszystkich, a zdrowiem. Poznaje również wiedzę na temat konsekwencji dopingu i destrukcyjnego kibicowania [Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r.].

Metodyczno-programową propozycję zakładającą możliwość połączenia dbałości o zdrowie, sukces sportowy i kształtowanie nawyku rekreacji opracowali Kierczak i Janota w formie autorskiego poradnika metodycznego, który jest zgodny z obowiązującą podstawą programową [Kierczak, Janota 2009].

Minister Sportu i Turystyki wychowanie fizyczne i sport szkolny traktuje jako fundament polskiego sportu. Otwierając konferencję w Senacie RP przypomniał, że w połowie lat 50-tych, w krajach Unii Europejskiej zaniechano używania pojęcia kultura fizyczna, ratyfikowany traktat z Lizbony w art. 149 zawiera zapisy dotyczące sportu. W *Strategii rozwoju sportu* zapisano, że najważniejsza jest popularyzacja sportu dla wszystkich. Założono więc przywrócenie pozytywnego znaczenia aktywności sportowej, zaznaczając wyraźnie, że wspierany będzie tylko sport służący podniesieniu sprawności psychofizycznej i sport jako element spójności społecznej.

W. Osiński pisząc o sporcie dzieci i młodzieży zaleca koncepcję opartą na idei sportu szkolnego. Zdaniem autora „Silnie podkreśla się tu heteroteliczny charakter

sportu, jego zadania rozwojowe, znaczenie w uspołecznianiu, kształtowaniu cech osobowościowych i potrzebę przesycenia działania przez system najbardziej pożądanых wartości ogólnoludzkich. U podstaw rozwoju tego sportu leży założenie, że winien on wspomagać możliwie każde dziecko i wprowadzać do odpowiedzialnego i dojrzałego życia w różnych jego dziedzinach”[Osiński 2011, s. 90].

Z. Jaworski odnosząc się do sportu i zdrowia w szkole zaleca „zrównoważone” traktowanie sportu-widzenia w nim nie tylko korzyści z jego uprawiania (sprzyja zdrowiu jeśli jest uprawiany w granicach możliwości organizmu, przy przestrzeganiu zasad higieny i zdrowego stylu życia) ale i zagrożeń dla zdrowia (obniżanie wieku najwyższych osiągnięć sportowych, nadmierne obciążenie treningami i zawodami, doznawanie kontuzji, korzystanie z niedozwolonych środków dopingowych [Jaworski 2010].

2.3. Wychowanie fizyczne – wychowaniem zdrowotnym

Zdrowie młodzieży w Polsce jest najbardziej zaniedbywanym, marginalizowanym, ignorowanym obszarem medycyny i polityki zdrowotnej, pomimo, iż ten okres życia decyduje o kapitale, z jakim młodzi ludzie wejdą w dorosłe życie, czy zyskają zasoby korzystne dla zdrowia, czy też ujawnią się u nich problemy będące przyczyną rozwoju wielu chorób [Szymborski, Jakóbiak 2008].

Być może to stwierdzenie J. Szymborskiego i K. Jakóbiaka przyczyniło się, między innymi, do podjęcia decyzji zmieniających w systemie oświaty istniejący stan rzeczy. Nowe rozwiązania ustawodawcze, próbują regulować sytuację edukacji zdrowotnej w szkole, wiążąc ją z różnymi przedmiotami, ale w największym stopniu z wychowaniem fizycznym. Czy jednak podjęte działania przyczynią się, przynajmniej w jakimś stopniu, do poprawy sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży? Zdaniem W. Osińskiego „Trzeba mieć jednak świadomość, że kompetencje nauczyciela wychowania fizycznego kończą się tam, gdzie rozpoczyna się obszar działań wyraźnie zastrzeżonych dla lekarzy i fizjoterapeutów” [Osiński 2009, s. 12-19].

Integrowanie edukacji zdrowotnej z wychowaniem fizycznym zawsze miało swoich zwolenników i przeciwników. Interesujące wydaje się więc, jakie postawy wobec szkolnej edukacji zdrowotnej prezentują autorytety z dziedziny kultury fizycznej, a w szczególności z wychowania fizycznego. Dorobek naukowy ukazuje, że każdy z teoretyków i metodyków wychowania fizycznego ma swoje zawodowe preferencje i oczekiwania zakładające poprawę efektów edukacyjnych wychowania fizycznego. Do szerokiej grupy zwolenników integrowania szkolnego wychowania fizycznego z edukacją zdrowotną uczniów od wielu lat należą przede wszystkim: M. Demel, Z. Jaworski A. Pawłucki, A. Krawański, i T. Maszczak, W. Osiński i wielu innych. Działalność naukowa i akademicka każdego z nich dotyczy zagadnień wychowania fizycznego z perspektywy krzewienia kultury zdrowotnej, w formie publikacji naukowych, organizowania specjalności i studiów podyplomowych z edukacji zdrowotnej w uczelniach Łodzi, Warszawy, Gdańska, Kielc i Krakowa [Demel 1980, Jaworski 1977, Pawłucki 1997, Krawański 2003, Maszczak 2007,2009, Osiński 2009, 2011].

W związku z tym, aktualne rozwiązania w polskiej oświacie nadające wychowaniu fizycznemu charakter zdrowotny, a „wuefiście” rolę koordynatora szkolnej edukacji zdrowotnej, wychodzą naprzeciw ich wieloletnim oczekiwaniom.

W literaturze przedmiotu, od kilku lat dość często pojawiają się pytania o stan przygotowania zawodowego nauczycieli wychowania fizycznego do zadań wyznaczonych przez reformę edukacji; przypisując im wiodącą rolę, koordynatora w realizacji edukacji zdrowotnej uczniów. Trzeba pamiętać, że istotą edukacji zdrowotnej w szkole jest nie tylko przekazywanie wiedzy o zdrowiu i jego zagrożeniach, ale przede wszystkim kształtowanie właściwych postaw wobec zdrowia, przez nabycie umiejętności życiowych potrzebnych w dokonywaniu wyborów sprzyjających zdrowiu własnemu i innych ludzi oraz tworzeniu zdrowego środowiska.

We współczesnych systemach pracy, w różnych zawodach, występują pojęcia: kwalifikacje i kompetencje. Czy te, które posiadają pracujący nauczyciele, gwarantują uczniom realizację obecnych wyzwań zdrowotnych? Zgodnie z wytycznymi reformy oświaty, zapisanymi w podstawie programowej 2009/2010, nauczyciel wychowania fizycznego jest odpowiedzialny za bezpieczne uczestnictwo uczniów w aktywności fizycznej o charakterze rekreacyjnym i sportowym ze zrozumieniem jej znaczenia dla zdrowia. Ten główny cel ma być realizowany poprzez trzy rodzaje działań pedagogicznych, do których należą: (i) udział w aktywności fizycznej ukierunkowanej na zdrowie, wypoczynek i sport; (ii) stosowanie zasad bezpieczeństwa podczas aktywności fizycznej; (iii) poznawanie własnego rozwoju fizycznego i sprawności fizycznej oraz praktykowanie zachowań prozdrowotnych [Podstawa Programowa 2009].

Zgodnie z tym zapisem, pełnienie roli nauczyciela wychowania fizycznego we współczesnej szkole wymaga od niego kompetencji w zakresie edukacji zdrowotnej, dzięki którym efekty jego pracy przyczynią się do dbałości i umacniania zdrowia uczniów, a zatem bezpośrednio lub pośrednio do poprawy zastanej sytuacji zdrowotnej uczniów. Trzeba pamiętać o tym, że zestawione przez J. Szymborskiego i K. Jakóbika wyniki cyklicznie powtarzanych międzynarodowych badań ankietowych HBSC, dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży w wieku 11 – 15 lat i wykazały związek między nasileniem zachowań problemowych a zdrowiem subiektywnym młodzieży. Kolejne takie badania, jak wcześniej wspomniano przeprowadzono w Polsce w 2010 roku, a opublikowano w 2011. Ich wyniki stawiają gotową diagnozę stanu zdrowia uczniów, służącą do wytyczenia kierunku szkolnej edukacji zdrowotnej podejmowanej przez nauczycieli wychowania fizycznego [Mazur, Małkowska-Szukutnik 2011].

Wspomniany w pierwszym podrozdziale Jędrzej Śniadecki wychowanie pojmował jako łańcuch działań złożony z określonych ogniw, wśród których diagnoza pedagogiczna jest pierwszym zadaniem dla mistrza, który ma się zająć wychowaniem prowadzącym do wykreowania „dzieła sztuki”. Jakie ma być to dzieło, trudno przewidzieć, ale trzeba mieć nadzieję, że nauczyciel wychowania fizycznego jako edukator zdrowia będzie zmierzał w dobrym kierunku. W dużej części jako odpowiedź na to pytanie może posłużyć definicja wychowania fizycznego, sformułowana przed wielu laty przez W. Gniewkowskiego, a entuzjastycznie skomentowana przez M. Demela jako „znakomicie powiedziane”.

Wychowanie fizyczne powinno być pojmowane szeroko, jako wychowanie pełnego człowieka. Ciało ma być punktem zaczepienia, lecz celem – cały człowiek. Dlatego centralnym zagadnieniem w pracy szkolnej nie powinien być materiał ćwiczebny... Najważniejsze w wychowaniu nie jest to, czegośmy się nauczyli, ale jakimi się stajemy. Nie chodzi bowiem o bezbłędne wykonanie tego czy innego ćwiczenia, ale o to, czy wychowankowie czują się dobrze, czy mają ładną postawę, czy umieją się zachować w sposób celowy i rozumny w konkretnej sytuacji, czy zachowują pogodę ducha, czy są zahartowani na trud, niewygody, zmęczenie i zmienne warunki atmosferyczne. Czy są koleżeńscy, uczciwi, ofiarni? [Demel 1965, s. 87].

Cele kształcenia i wymagania ogólne z wychowania fizycznego w obecnie obowiązującej podstawie programowej są na każdym etapie edukacji rozwinięte w postaci konkretnych efektów w treściach nauczania, tj. wymaganiach szczegółowych [Podstawa Programowa z komentarzami 2009].

Cele kształcenia – wymagania ogólne, **klasy IV-VI**
Bezpieczne uczestnictwo w aktywności fizycznej o charakterze rekreacyjnym i sportowym oraz zrozumienie jej znaczenia dla zdrowia:

- udział w aktywności fizycznej ukierunkowanej na zdrowie, wypoczynek, sport;
- stosowanie zasad bezpieczeństwa podczas aktywności fizycznej;
- poznawanie własnego rozwoju fizycznego oraz praktykowanie zachowań prozdrowotnych.

Cele kształcenia – wymagania ogólne, **gimnazjum**.
Dbałość o sprawność fizyczną, prawidłowy rozwój, zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne oraz zrozumienie związku aktywności fizycznej ze zdrowiem, a w szczególności:

- umiejętność oceny własnej sprawności fizycznej i przebiegu rozwoju fizycznego w okresie dojrzewania;
- gotowość do uczestnictwa w rekreacyjnych i sportowych formach aktywności fizycznej oraz ich organizacji;
- zrozumienie związku aktywności fizycznej ze zdrowiem;
- umiejętności osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu i bezpieczeństwu.

Cele kształcenia – wymagania ogólne, liceum.

Przygotowanie do aktywności fizycznej przez całe życie oraz ochrona i doskonalenie zdrowia własnego oraz innych, w szczególności:

- uświadomienie potrzeby aktywności fizycznej przez całe życie;
- stosowanie w życiu codziennym zasad prozdrowotnego stylu życia;
- działanie jako krytyczny konsument (odbiorca sportu);
- umiejętności sprzyjające zapobieganiu chorobom i doskonaleniu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

NAUCZYCIEL EDUKACJI ZDROWOTNEJ

3.1. Promotor i edukator zdrowia

Zawód „Promotor zdrowia”, zgodnie z rozporządzeniem ministra pracy i polityki społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności, jest w grupie specjalistów ds. higieny, bezpieczeństwa pracy i ochrony środowiska, ma kod 228202. Opis zawodu „Promotor zdrowia” jest następujący:

Synteza

Rozpoznaje potrzeby, planuje i realizuje we współpracy z instytucjami i organizacjami państwowymi i społecznymi, programy oświaty zdrowotnej: określa strategię i taktykę postępowania w profilaktyce medycznej i promocji zdrowia, upowszechnia zasady wychowania zdrowotnego w podległym sobie regionie, placówce czy środowisku społecznym; prowadzi instruktaż i poradnictwo dla personelu oświatowego, nadzoruje i kontroluje działalność placówek oświaty zdrowotnej.

Zadania zawodowe

- badania diagnostyczne populacji w celu określenia potrzeb w zakresie oświaty zdrowotnej (zwalczanie robaczyc, próchnicy, paradontozy, wszawicy, grzybic i innych chorób) w środowisku szkolnym, wojsku, zakładach pracy i innych;
- ewidencja i gromadzenie danych, umożliwiających planowanie ukierunkowanych działań w zakresie oświaty zdrowotnej, np. przeciwdziałania rozpowszechnianiu się chorób społecznych (AIDS, chorób wenerycznych, żółtaczki zakaźnej, zatruc pokarmowych, świerzbu i innych). Wspólnie ze specjalistami z zakresu higieny, epidemiologii, medycyny szkolnej i innymi;
- przygotowania programów edukacyjnych z zakresu oświaty zdrowotnej dla osób i środowisk dotkniętych patologiami społecznymi: alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem i innymi;
- prowadzenie działalności oświatowej społeczeństwo o zagrożeniach zdrowotnych, wynikających z zaniedbań higieniczno – sanitarnych, za pomocą publikatorów: prasy, radia, telewizji, broszur, ulotek i innych;
- organizowanie konkursów, wystaw, imprez artystycznych, sportowych i innych, propagujących zachowania i nawyki prozdrowotne;
- nawiązanie łączności i współpracy z instytucjami, organami, placówkami i organizacjami, które uczestniczą w wychowaniu zdrowotnym społeczeństwa: (służba zdrowia, szkoły, harcerstwo, wojsko, organizacje sportowe, PCK i inne);
- szkolenie pracowników resortów oświaty, pomocy społecznej i innych w zakresie oświaty zdrowotnej, prowadzenie instruktażu w szkołach, klubach sportowych, wojsku, policji, straży pożarnej, zakładach pracy i innych placówkach o dużym znaczeniu społecznym.

Dodatkowe zadania zawodowe

- kierowanie placówkami oświaty zdrowotnej;
- prowadzenie badań naukowych i publikowanie ich wyników” [Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r.]

Każdy lekarz, pielęgniarka i położna podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń zawodowych mają ustawowy obowiązek realizacji zadań promotora zdrowia. Lekarz w ramach działań mających na celu zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy prowadzi edukację zdrowotną, systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań bilansowych, uczestniczy w realizacji programów zdrowotnych działając na rzecz zdrowia w społeczności lokalnej, rozpoznaje środowisko pacjenta, realizuje programy profilaktyki chorób. Zadania pielęgniarki i położnej z promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują: rozpoznanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców, rozpoznawanie ich potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych, prowadzenie edukacji zdrowotnej, poradnictwo w zakresie zdrowego stylu życia, monitorowanie rozwoju dziecka zgodnie z odrębnymi przepisami, realizację programów zdrowotnych i profilaktyki chorób, prowadzenie działań profilaktycznych u pacjentów z grup ryzyka zdrowotnego, organizację grup wsparcia, profilaktykę chorób wieku rozwojowego, edukację w zakresie obowiązkowych szczepień [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r., Andruszkiewicz, Banaszkiewicz 2010].

Działania podejmowane w ramach procesu edukacji i promocji zdrowia nie koncentrują się na wybranych osobach zagrożonych określonymi chorobami, ale na całej populacji, a ich celem jest umocnienie zdrowia rozumianego jako potencjał fizycznych, psychicznych, społecznych i duchowych predyspozycji człowieka. Najważniejszym obszarem działań w edukacji i promocji zdrowia są zadania kierowane do dzieci i młodzieży, które kształtują zdrowotne nawyki postępowania. Działania te powinny być powierzone osobom odpowiednio przygotowanym pod względem fachowej wiedzy i kompetencji, między innymi absolwentom zdrowia publicznego czerpiącym wiedzę z nauk społecznych i medycznych. Na wielodyscyplinary, a w szczególności pedagogiczno-medyczny charakter działań promotora zdrowia wskazuje definicja zdrowia według Wojtczaka, która mówi, że „zdrowie to nie tylko sprawność fizyczna, psychiczna i intelektualna, ale również chęć pełni życia, zdolność radzenia sobie z różnymi problemami oraz zdolność wypełniania życiowych i zawodowych ról. To także odporność psychiczna oraz umiejętność radzenia sobie z różnymi dolegliwościami i chorobami” [Wojtczak 2009, s. 3].

Zgodnie z jedną z nowych definicji promocji zdrowia, **promotor zdrowia** to profesjonalista realizujący proces, który umożliwia jednostkom, grupom lub społeczeństwom zwiększenie kontroli nad zdrowiem fizycznym, psychicznym, społecznym oraz duchowym, a także poprawę zdrowia. Można to osiągnąć poprzez tworzenie środowisk i społeczeństw, które charakteryzują się przejrzystą strukturą oraz wspierającym otoczeniem, gdzie ludzie będą dostrzegać, że są aktywnymi podmiotami. Będą mogli określać zasoby wewnętrzne i zewnętrzne oraz korzystać z nich w celu spełnienia pragnień, będą mogli zaspokoić potrzeby, odczuwać spełnienie oraz radzić sobie z otoczeniem, a także zmieniać je w zgodzie z duchem promocji zdrowia [Eriksson, Lindstrom 2008].

Wśród kadry zajmującej się promocją zdrowia w Polsce są przedstawiciele różnych zawodów, a mianowicie: pielęgniarki, pedagodzy, pracownicy socjalni, socjolodzy, psycholodzy, nauczyciele wychowania fizycznego. Osobami, które wydają się być najbardziej predysponowane do pełnienia roli promotora zdrowia są lekarze, jednak zdaniem Cianciary, studenci medycyny uczeni są etiologii i leczenia chorób, w pewnym stopniu także zapobiegania w wymiarze jednostkowym, ale nie zasad umacniania zdrowia populacji. Jej zdaniem promocja zdrowia nie ma wsparcia lekarzy[Cianciara 2010].

Najnowsze kierunki kształcenia pracowników zdrowia publicznego, promocji zdrowia oraz dyscyplin pokrewnych wyznaczyła deklaracja bolońska, której następstwem było stworzenie systemu szkolnictwa wyższego, w tym również kształcenie magistrów promocji zdrowia w Europie i Polsce. W latach 2008 i 2009 powstała wspólna (północnoamerykańska i europejska) lista kompetencji niezbędnych do włączenia się w działania promocji zdrowia. Znana jest pod nazwą „konsensusu z Galway” i obejmuje 8 obszarów, którymi są: katalizowanie zmian, przywództwo, szacowanie, planowanie, wdrożenie, ewaluacja, rzecznictwo i partnerstwo.

Zasadne wydaje się również przypomnienie pełnej definicji promocji zdrowia, zamieszczonej w 1986r. w „Karcie Ottawskiej” „... jest to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania. W celu osiągnięcia całkowitego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, zarówno jednostka, jak i grupa społeczna, muszą umieć określić i urzeczywistniać swoje aspiracje, zaspokajać potrzeby, radząc sobie z wyzwaniem swojego środowiska w jego istniejącym stanie lub dokonując w nim odpowiednich zmian. Dlatego zdrowie należy rozpatrywać w kategoriach zasobu, na którym człowiek się opiera w swoim codziennym życiu, a nie traktować jako cel, do którego zmierza.

Zdrowie to koncepcja pozytywna, kładąca nacisk zarówno na pełną sprawność fizyczną, jak i sprawność życiową w wymiarze jednostkowym i społecznym. W związku z tym, odpowiedzialność za rozwinięcie działań promocyjnych dla zdrowia spada nie tylko na ochronę zdrowia, lecz spoczywa ona również na tych wszystkich dziedzinach aktywności społecznej, które wywierają swój wpływ na zdrowy tryb życia i szeroko pojmowane dobre samopoczucie wszystkich członków społeczeństwa [Karski1992].

3.2. Kwalifikacje i kompetencje

Procesy globalizacji to niezliczona i nieskończona suma przeobrażeń we wszystkich sektorach życia z edukacją na czele, którą charakteryzuje koncepcja uczenia się i rozwijania swoich talentów przez całe życie. Obecnie wybór wykonywanego zawodu nie jest jednorazową decyzją na całe życie. Rozwijanie własnej kariery zawodowej wiąże się z dokonywaniem wyborów związanych z przekwalifikowaniem i nabywaniem nowych kompetencji[Delors 1998].

Wiadomości zdobyte w toku kształcenia formalnego i nieformalnego nie wystarczają na całe życie. Kluczowymi pojęciami w procesie rozwoju zawodowego są

kwalifikacje i kompetencje zawodowe, które należy umieć rozróżniać. Kwalifikacje uzyskuje się zazwyczaj przed podjęciem pracy, mogą występować na pięciu poziomach i decydują o możliwości uzyskania i wykonywania pracy. Kompetencje wymagają zatem kwalifikacji, ponieważ przyczyniają się do nowej jakości pracownika [Kwiatkowski, Woźniak 2002].

Istnieje wiele definicji kompetencji i zależnie od punktu widzenia akcentowane są poszczególne ich komponenty składowe. Należą do nich: działania, zdolności, cechy osobowości, wiedza i doświadczenie. Na przykład definicja, w której akcentuje się działanie, określa kompetencje jako zdolność i gotowość do wykonywania zadań na odpowiednim poziomie lub wyuczoną umiejętność robienia rzeczy dobrze oraz rozwinięte sprawności niezbędne do radzenia sobie z problemami. Do priorytetowych kompetencji nauczyciela należy otwartość na zmiany, z którymi spotyka się w swojej pracy zawodowej. Oznacza to otwartość na podmiotowość, twórczy rozwój dziecka, na nowości i innowacje, radzenie sobie ze stresem, zdolność i gotowość do rozstrzygania napięć i konfliktów w grupie szkolnej. Kompetencje nauczyciela łączy się również z poczuciem wartości zawodowej, z poczuciem bycia ekspertem w podejmowaniu decyzji i odpowiedzialnością za rozwój ucznia.

Poziom kompetencji wśród nauczycieli jest różny. Młody nauczyciel zdobywający kwalifikacje w toku studiów posiada **kompetencje wyjściowe**. Należą do nich ogólnokulturowe, ogólnohumanistyczne, psychologiczne i pedagogiczne kwalifikacje oraz kompetencje związane z umiejętnościami metodologicznymi i dydaktycznymi. Stanowią one podstawę kwalifikacji nauczycielskich. Wraz z upływem lat w toku praktyki pedagogicznej kształtują się **dojrzałe kompetencje**, które przejawiają się w samodzielnym doborze treści kształcenia, tworzeniu programów autorskich, innowacyjnej i twórczej ich realizacji, racjonalnej krytyce, refleksyjności w czasie ewaluacji procesów edukacyjnych. Jednak esencję zawodu nauczycielskiego stanowią **kompetencje komunikacyjno-interpretacyjne** oraz **kompetencje społeczne** związane z umiejętnościami wychowawczymi.

Nauczyciel posiadający takie kompetencje w sposób umiętny potrafi współpracować z innymi, przewidywać i skutecznie rozwiązuje konflikty. Umiejętności te uznawane są za jedne z najważniejszych zalet współczesnego nauczyciela. Kwalifikacje zdobyte w toku kształcenia formalnego nie wystarczają na całe życie. Należy aktualizować wiedzę i umiejętności, zachowywać równowagę między kompetencjami przedmiotowymi i kompetencjami pedagogicznymi [Ochmański, Sokołowska-Dzioba, Pilecki 2001].

Kompetencje kluczowe w uczeniu się przez całe życie zostały opracowane w jednym z raportów Komisji Europejskiej. Określono w nim zestaw ośmiu kompetencji kluczowych dla kształcenia ustawicznego. Należą do nich: porozumiewanie się w języku ojczystym, porozumiewanie się w językach obcych, kompetencje matematyczne i podstawowe kompetencje naukowo-techniczne, kompetencje informatyczne, umiejętność uczenia się, kompetencje społeczne i obywatelskie, inicjatywność i przedsiębiorczość oraz świadomość i ekspresja kulturalna [Kompetencje kluczowe w uczeniu się przez całe życie-europejskie ramy odniesienia 2006].

Naprzeciw nowym potrzebom w zakresie „zdrowotnego przygotowania” pedagogicznego nauczycieli wychowania fizycznego, jak również edukacji ukierunkowanej na rozwijanie zdrowotnych umiejętności i kompetencji, oraz promocji zdrowia uczniów, wychodzi podyplomowe kształcenie z edukacji zdrowotnej organizowane na mocy Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 roku. Studia te przygotowują do holistycznego wspierania zdrowia, kształtowania zdrowych postaw, umiejętności, nawyków, wartości osobowych i społecznych oraz integracji człowieka i środowiska. W praktycznym wymiarze ukazują, jak być osobowym wzorem zachowań zdrowotnych, gotowym do nieustannego doskonalenia, do konkretnych działań na rzecz zdrowotnej modyfikacji środowiska nauki, bycia otwartym i wrażliwym na potrzeby innych i stawania się autentycznym autorytetem czyli przewodnikiem uczniów [Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z dnia 30 grudnia 2006r.].

Obecnie w wielu polskich uczelniach realizowane są specjalności, studia podyplomowe i kursy „edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym”. Wśród tych uczelni znajdują się, między innymi: Uniwersytet Warszawski, Zielonogórski, w Szczecinie, Białymstoku, AWF-y w Warszawie, Krakowie, Katowicach, Poznaniu, Wszechnica Świętokrzyska w Kielcach, Politechnika Opolska i inne. Równoległe z tą działalnością edukacyjną jest kontynuowana i podejmowana działalność wydawnicza. Nie do przecenienia są artykuły publikowane w czasopiśmie: *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, Zdrowie Kultura Zdrowotna Edukacja* [Maszczak 2009].

Rynek księgarski proponuje coraz więcej gotowych materiałów metodycznych i podręczników z edukacji zdrowotnej dla studentów, nauczycieli i tych, którzy chcieliby poszerzyć i zaktualizować swoją wiedzę zdrowotną. Taka oferta wychodzi naprzeciw nauczycielom pracującym w szkole, którzy są zainteresowani doksztalceniem z edukacji zdrowotnej. Są to skuteczne sposoby zdobycia pożądaných kompetencji edukatora zdrowia, jednak kosztowne i czasochłonne [Kulmatycki 2003, Gaś 2006, Woynarowska 2007, 2011, Pankowska-Koc, Szczepkowska 2011, Węgrzycka-Gilun 2010, Sygit, Sygit 2008].

Już G. Piramowicz, powierzając nauczycielom odpowiedzialność za wychowanie zdrowotne uczniów, zalecał im systematyczne pogłębianie fachowej wiedzy w tej dziedzinie pisząc: „Niech myśl uważa, wszystkie postrzeżenia i doświadczenia zbiera, co im szkodzić może, co pomagać”.

Kompetencje zawodowe jako jeden z czynników dobrostanu zawodowego obejmują posiadanie odpowiedniego przygotowania do wykonywania zadań, gotowość do pełnienia roli lidera i działania w trudnych sytuacjach. Absolwent wychowania fizycznego jest wykwalifikowanym, potencjalnym nauczycielem posiadającym wykształcenie przyrodnicze, humanistyczne, społeczne i ekonomiczne, umożliwiające celowy i skuteczny rozwój fizyczny uczniów. A co z edukacją zdrowotną? Zdaniem prof. Woynarowskiej wdrożenie dokonanych zmian wymagać będzie specjalnego przygotowania tej grupy nauczycieli. Szczególnie dotyczy to przygotowania do prowadzenia obowiązkowego modułu „edukacja zdrowotna” w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. Jest to zupełnie nowe zadanie, zarówno pod względem formy (zajęcia w klasie, prowadzone metodami aktywnymi), jak i treści (duży udział zagadnień zdrowia psychospołecznego i umiejętności życiowych) [Woynarowska 2009, 2011, 2012].

Autorka uważa, że nowe rozwiązanie stwarza nauczycielom wychowania fizycznego szansę na zwiększenie swojego prestiżu zawodowego, możliwość szerszego udziału w życiu szkoły, własnego rozwoju i satysfakcji zawodowej. Jest również wyzwaniem dla szkoły i instytucji wspierających reformę. W tym celu niezbędna jest przede wszystkim: motywacja i zaangażowanie nauczycieli wychowania fizycznego, zmiany w kształceniu, stworzenie systemu szkoleń, opracowanie podręczników i poradników metodycznych.

Zdaniem D. Cianciary, przyszłość kształcenia w promocji zdrowia będzie związana z nauczaniem międzyprofesjonalnym. Ostatnie lata przyniosły nowe analizy, z których wynika niezbicie, że prewencja i promocja przynoszą znaczne oszczędności. W sytuacji gwałtownego zmniejszenia liczby dzieci i młodzieży (depresja urodzeniowa) należy pamiętać, że inwestując w zdrowie i rozwój młodego pokolenia, w istocie inwestujemy w zdrowie i pomyślność osób dorosłych [Cianciara, Urban, Gajewska 2006].

M. Czechowski i Z. Żukowska scharakteryzowali dwie grupy kompetencji, które są potrzebne nauczycielowi wychowania fizycznego do realizacji edukacji zdrowotnej. Do kompetencji przedmiotowych zaliczyli wiadomości i umiejętności dydaktyczno-organizatorskie. Natomiast do pedagogicznych – moralne, prakseologiczne, komunikacyjne, kreatywne i informacyjne [Czechowski, Żukowska 2010, s. 395-400].

L. Kulmatycki, na podstawie własnych doświadczeń i w efekcie współpracy z wieloma zespołami promocji zdrowia, opracował listę sześciu grup podstawowych kompetencji promotora zdrowia, takich jak: koncepcyjne, organizacyjne, edukacyjne, komunikacyjne, współpracy i marketingowe. W innej pracy, na temat wyboru roli nauczyciela wychowania fizycznego specjalnego, autorzy zaproponowali badanym studentom cztery typy ról: typ P – profesjonalny, typ I – interpersonalny, typ O – organizacyjny i typ H – holistyczny. Preferencje badanych wskazały nauczyciela z podejściem holistycznym, mającego potrzebę przekraczania granic własnej specjalności, z kreatywnym podejściem do pracy i będącym w ścisłym kontakcie z rodzicami uczniów [Kulmatycki 2009].

J. Wojciechowska stwierdziła, że nauczyciele wychowania fizycznego ze szkół średnich Gdańska nie są przygotowani w dostatecznym stopniu do prowadzenia profilaktyki zagrożeń zdrowia. Jako przykład autorka przedstawiła wyniki badań na temat społecznych aspektów epidemii HIV/AIDS, stwierdzając jednocześnie, że niezbędne wydaje się podniesienie poziomu rozważanej wiedzy u nauczycieli, którzy prowadzą zajęcia z edukacji zdrowotnej, chociaż profilaktyka zakażeń HIV jest tylko jednym z wielu tematów. Dodatkowo autorka wskazała, że jako źródła wiedzy na badany temat, 95% respondentów (wuefistów) wskazało popularne materiały edukacyjne, takie jak: ulotki, broszury i plakaty [Wojciechowska 2010, s.105-123].

A. Ziółkowski i A. Strzałkowska badali zdolności społeczne kandydatów na nauczycieli wychowania fizycznego w porównaniu z osobami kończącymi inne kierunki studiów. Wyniki badań określające poziom zdolności społecznych studentów różnych uczelni ujawniły, że kandydaci na nauczycieli kultury fizycznej osiągnęli wynik najniższy (poniżej normy). W związku z tym, że nauczyciel kultury fizycznej często jest modelem i wzorem osobowym do naśladowania przez wychowanków, autorzy proponują, aby w kształceniu przyszłych nauczycieli włożyć nacisk na: znajomość reguł społecznych (relacje podrzędności i nadrzędności w procesie wychowania), empatię pierwotną, dokładność empatyczną, aktywne słuchanie, poznanie społeczne [Ziółkowski, Strzałkowska 2010].

Zdaniem H. Wiśniewskiej-Śliwińskiej obecne standardy kształcenia na kierunku „Wychowanie fizyczne” dotyczące edukacji zdrowotnej dają szansę przygotowania nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji tej edukacji w szkole pod warunkiem opracowania odpowiedniego programu, a w szczególności metodyki edukacji zdrowotnej, szerokiego zakresu treści w tym zdrowia psychicznego [Wojciechowska 2010].

B. Woynarowska, jak wcześniej wspomniano, uważa, że w obecnej sytuacji, nauczyciel wychowania fizycznego wymaga przygotowania do prowadzenia obowiązkowego modułu „Edukacja zdrowotna” w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. Jest to zupełnie nowe zadanie, zarówno pod względem formy (zajęcia w klasie, prowadzone metodami aktywnymi), jak i treści (duży udział zagadnień zdrowia psychospołecznego i umiejętności życiowych). Należy zatem zaoferować nauczycielom, w pierwszej kolejności gimnazjów, możliwość odbycia szkolenia na odpowiednio zaprogramowanych i prowadzonych kursach, organizowanych przez ośrodki doskonalenia nauczycieli i szkoły wyższe, a ponadto umożliwić im uzyskanie konsultacji i pomocy w zakresie realizacji modułu edukacja zdrowotna.

Edukacja zdrowotna jest procesem dydaktyczno-wychowawczym, w którym uczniowie uczą się, jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki

W literaturze przedmiotu dominują teorie przedstawiające nauczyciela wychowania fizycznego pełniącego przede wszystkim rolę instruktora lub trenera sportu, przekonanego o tym, że sport we współczesnym wychowaniu fizycznym ma spełniać funkcje dwojakiego rodzaju. Pierwsza, powszechna, wzbogacająca formy i treści wychowania fizycznego. Druga, specjalistyczna, to zdobywanie kwalifikacji do podejmowania szkolenia wyczynowego. Jednak praktyka jest inna, w polskim sporcie młodzieżowym jedynym kryterium pracy i oceny są wyniki współzawodnictwa sportowego. Rywalizacja we wszystkich kategoriach wieku stała się sensem w samym sobie.

Uzyskanie kompetencji przez nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji edukacji zdrowotnej to ważny warunek tego, kiedy i w jakim stopniu uda się wdrożyć tę edukację w praktyce i zwiększyć jej skuteczność. Do pożądanych kompetencji nauczyciela wychowania fizycznego realizującego edukację zdrowotną zaliczono kompetencje w zakresie wszechstronnej i aktualnej wiedzy, umiejętności metodycznych, psycho-społecznych i prezentowanych postaw wobec zdrowia własnego i uczniów.

Wiedza o:

- rozwoju fizycznym, psychicznym, społecznym i psychoseksualnym dzieci i młodzieży oraz o zdrowiu i jego zasobach i czynnikach ryzyka dla zdrowia;
- profilaktyce najczęstszych problemów zdrowotnych i społecznych dzieci i młodzieży oraz profilaktyce chorób cywilizacyjnych;
- procesie edukacji zdrowotnej w szkole, w tym zwłaszcza ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności życiowych;
- promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem szkoły promującej zdrowie.

Umiejętności:

- diagnozowania potrzeb uczniów w zakresie edukacji zdrowotnej i planowania na tej podstawie jej programu;
- koordynowania działań w zakresie edukacji zdrowotnej w szkole, współdziałania z innymi nauczycielami, pielęgniarką szkolną, rodzicami i różnymi organizacjami;
- stosowania metod i technik nauczania wspierających aktywność i uczestnictwo uczniów oraz tworzenia atmosfery sprzyjającej uczeniu się i dobremu samopoczuciu;
- motywowania uczniów do troski o zdrowie i wspierania ich w tych działaniach;
- oceny procesu i wyników prowadzonej przez siebie edukacji zdrowotnej.

Postawa, którą charakteryzuje:

- przekonanie, że zdrowie jest wartością dla człowieka oraz cennym zasobem dla społeczeństwa;
- gotowość do tworzenia wzorców zachowań zdrowotnych dla uczniów;
- otwartość i wrażliwość na potrzeby innych, empatia, autentyczność;
- gotowość do doskonalenia własnego zdrowia oraz umiejętności życiowych;
- gotowość do działań na rzecz tworzenia zdrowego środowiska pracy i nauki [Podstawa Programowa z komentarzami 2009, s. 65-66].

Zgodnie z nowym Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, z 2012 roku, standardy kształcenia nauczycieli stanowią podstawę, aby włączyć do tego kształcenia zagadnienia biomedyczne i edukację zdrowotną. Decyzja o tym, czy tak się stanie, zależy od władz szkół wyższych kształcących nauczycieli. Należy mieć nadzieję, że w standardach kształcenia nauczycieli wychowania fizycznego będzie realizowana edukacja zdrowotna, w większym zakresie niż dotychczas [Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r.]. Wskazane byłyby również przygotowanie z podstaw zdrowia publicznego [Kulik, Latański 2002].

3.3. Kompetencje w zakresie różnych wymiarów zdrowia

Zdrowie każdego człowieka stanowi kompletną całość złożoną z powiązanych ze sobą i zależnych wzajemnie od siebie wymiarów, komponentów czy też aspektów. Spotyka się również określenie obszary lub płaszczyzny zdrowia, którymi są: zdrowie fizyczne zwane również somatycznym, zdrowie psychiczne, zdrowie społeczne, zdrowie duchowe, zdrowie środowiskowe, zdrowie seksualne mieszczące się w zdrowiu prokreacyjnym, określonym również jako reprodukcyjne (Tab.3). W związku z tym podziałem zdrowia Demel stwierdził: „...trzeba bowiem zdawać sobie sprawę, że zdrowie-teoretycznie podzielone-pozostaje jednością...” i powołał się na „wyjątkowo zdyscyplinowaną” formułę – definicję zdrowia J. Blicharskiego: „zdrowie to samostwierdzający układ równowagi między procesami analizy i katalizy w płaszczyźnie somatycznej, integracji i dezintegracji w płaszczyźnie psychicznej, syntonii i dystonii w płaszczyźnie społecznej”. Jednocześnie dodaje, że te wszystkie płaszczyzny nazwane są nadrzędnym mechanizmem regulacyjnym [Demel 1980, s.103].

Tabela 3. Przejawy wybranych wymiarów zdrowia człowieka

Wymiary zdrowia	Przejawy (cechy) zdrowia
Zdrowie fizyczne (somatyczne)	Sprawność fizyczna, poziom zdolności motorycznych: kondycyjnych, koordynacyjnych, gibkości. Wydolność tlenowa, fizyczna (funkcjonowanie układu krążenia, oddechowego, pokarmowego i innych). Odporność organizmu immunologiczna i fizyczna na zagrożenia epidemiologiczne, zmęczenie, temperaturę, ciśnienie.... Postawa – masa ciała (wskaźnik Queteleta- BMI). Racjonalne żywienie, sen i wypoczynek. Systematyczna, umiarkowana aktywność fizyczna.
Zdrowie psychiczne	Samodzielne, logiczne myślenie (zdolności poznawcze). Samoopanowanie emocjonalno-uczuciowe . Rozpoznanie i realizacja zainteresowań . Posiadanie poczucia bezpieczeństwa i własnej wartości. Świadome radzenie sobie ze stresem. Autostymulacja rozwoju. Chęć rozwiązywania konfliktów, pokonywanie trudności.
Zdrowie społeczne	Akceptacja i wypełnianie ról społecznych. Znajomość i przestrzeganie prawa (regulaminów, zasad, obyczajów, tradycji, norm). Utrzymywanie relacji prorodzinnych, zawodowych, społecznych. Budowanie więzi interpersonalnych. Wspieranie środowisk społecznych. Empatia, altruizm. Budowanie aktywnej postawy prospołecznej.
Zdrowie duchowe	Chęć poznawania prawdy obiektywnej. Praktykowanie wiary i modlitwy. Myślenie przyczynowo-skutkowe. Posiadanie poczucia sensu życia (radość życia) i przemijania. Umiejętność otwarcia na zmiany (również na niepowodzenia) i autokreacji. Czynienie dobra, unikanie zła (reagowanie przeciw złu). Niesienie bezinteresownej pomocy, pragnienie dobra dla innych (zdolność do miłości). Etyczna hierarchia wartości. Wolność wewnętrzna. Rozumienie choroby, niepełnosprawności cierpienia i śmierci. Poszukiwanie Boga.

Cd. Tabeli 3.

Zdrowie prokreacyjne	Afirmacja dziecka poczętego przez rodziców. Zaspokojenie potrzeby bliskości w dzieciństwie. Idealizacja ciała dziecka przez matkę. Wygaszanie ekspresji seksualnej przedszkolaka. Prawidłowe rozwiązanie problemu edypalnego (ukierunkowanie pożądania). Wiedza na temat rozwoju biologicznego człowieka ze szczególnym uwzględnieniem dojrzewania. Akceptacja własnego ciała, urody i płci. Oczekiwanie i akceptacja cech płciowych. Rozumienie pojęć; pożądanie, pragnienie, miłość. Praktykowanie wstrzemięźliwości seksualnej. Pielęgnowanie czułości, opanowywanie agresji. Gotowość na dojrzały związek seksualny otwarty na prokreację.
Zdrowie środowiskowe	Systematyczna obserwacja stanu środowiska. Ochrona środowiska. Dostrzeganie i ograniczanie zagrożeń i skutków zagrożeń naturalnych; powodzi, wichur, pożarów. Segregacja odpadów. Świadomość ekologiczna. Rozpoznawanie i eliminowanie negatywnego wpływu czynników biologicznych, chemicznych, fizycznych i geologicznych na zdrowie. Umiejętność zachowania się w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego, korzystania z pomocy medycznej, ratowniczej i służb bezpieczeństwa.

Źródło: opracowanie własne.

Wydaje się, że właściwe jest nazwanie tego „mechanizmu regulacyjnego” zdrowiem duchowym które, jako kolejny wymiar zdrowia, pojawiło się w literaturze przedmiotu dopiero na początku trzeciego tysiąclecia [Socha 2000, Thoresen, Harris 2002, Heszen-Niejodek 2003]. Według I. Heszen-Niejodek do przejawów duchowości człowieka należą: poszukiwania sensu życia (wydarzeń), poszukiwanie harmonii ze światem i ładu wewnętrznego, wrażliwość etyczna, skłonność do refleksji, zaangażowanie i poczucie wspólnoty, otwartość na zmiany, doświadczenia (niepowodzenia), samorealizacja, oryginalność, wolność wewnętrzna, sprzeciw i reakcja wobec zła, zrozumienie, służenie i wybaczenie innym, postawy religijne, praktykowanie wiary, modlitwy, poszukiwanie Boga. Zdrowie duchowe to istniejąca „niewidzialna rzeczywistość” związana bezpośrednio z duszą ludzką. Według rozważań K. Wojtyły, „dusza ludzka kryje w sobie tajemnice ludzkiej istoty, w niej się ześrodkowują te siły życiowe, które o istocie człowieka ostatecznie stanowią. Dusza oznacza w nim samo źródło i zasadę życia, źródło wszystkich przejawów życiowych” [Wojtyła 2003, s. 23]. Wielu autorów przyznaje, że określenie zdrowia duchowego to niezwykle trudne zadanie.

Na podstawie posiadanej wiedzy i poglądów autorka uważa, że: zdrowie duchowe to stan niematerialnej, ale rzeczywistej i samoistnej natury człowieka, przejawiający się w transcendentnej mocy wewnętrznej, która dzięki współdziałaniu rozumu i woli wartościuje jego przeżycia i czyny.

Przybliżmy teraz inne wymiary zdrowia, które składają się na jego całość. Do stosowania podziałów w teoretycznych rozważaniach nad zdrowiem upoważnia nas cel edukacyjny i naukowy. Najszerzej opisane w literaturze i najlepiej znane jest **zdrowie fizyczne**, czyli somatyczne, a więc to, które odnosi się do organizmu człowieka. Stanowi ono fundament, na którym rozwijają się i przejawiają inne wymiary zdrowia. Zawdzięczamy je naturze i pracy nad ciałem przez różne działania, między innymi czynności higieniczne, systematyczną aktywność, racjonalne żywienie i zabiegi hartowania. Działania te sprzyjają funkcjonowaniu organizmu i poszczególnych jego układów w ramach normy aktualnie przyjętej przez naukę. Stan zdrowia fizycznego określają różne wskaźniki, między innymi: budowy ciała, postawy ciała (wskaźnik BMI), sprawności fizycznej-motorycznej (testy sprawności) i wydolności fizycznej-kondycji (testy laboratoryjne, terenowe) [Osiński 1993, 2003, Jegier, Kozdroń 1997]. Dane opublikowane przez WHO w 2010 roku ukazują, że niska aktywność fizyczna jest czwartym wśród najważniejszych czynników ryzyka śmiertelności na świecie. Ten obszar zdrowia jest bardzo dobrze znany przede wszystkim nauczycielom wychowania fizycznego, którzy na każdym etapie procesu dydaktycznego, poczynając od diagnozy przez planowanie, realizację i ocenę efektów (wiedzy, umiejętności, postaw) doskonalą go i umacniają.

Definicję **zdrowia psychicznego** K. Dąbrowski sformułował następująco: „jest to zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego” [Dąbrowski 1985, s.33]. Większość psychologów zdrowia nie formułuje definicji zdrowia psychicznego, tylko jego idealny wzorzec. Najczęściej przy tym wskazują na model Eriksona i koncepcję dojrzałej osobowości Allporta, który przedstawia rezultaty procesu kształtowania się dojrzałej osobowości. W związku z tym doskonalenie psychologiczne nauczyciela wychowania fizycznego powinno objąć (przykładowo): poznanie teorii rozwoju psychospołecznego człowieka według E. Eriksona, kryteria dojrzałej osobowości według Allporta i współczesne ujęcia stresu psychicznego [Chodkiewicz 2006, Heszen, Sęk 2007]. W literaturze psychologicznej K. Ostrowska wielokrotnie określała zdrowie psychiczne, jako wieloczynnikowy, dynamiczny system zapewniający sprawne funkcjonowanie struktur poznawczych, emocjonalnych, działaniowych i w konsekwencji zapewniający zdolność zaspokajania potrzeb, realizację celów i dążeń, więz z innymi; rozpoznawanie, wybór i wykorzystywanie informacji istotnych dla utrzymania i rozwoju człowieka. W innym miejscu wymieniła części składowe zdrowia psychicznego, takie jak: zrozumienie własnych uczuć, przyjęte zasady myślenia i działania, poczucie własnej wartości, poczucie samospełnienia, samorealizacji, brak niepewności, odpowiednie reagowanie na stres, radzenie sobie ze stratami, dobre relacje ze społecznością, uczenie się na podstawie doświadczeń [Ostrowska 1998, 2003].

Zdaniem M. Demela najwięcej kłopotów przysparza kategoria „**zdrowie społeczne**”, mająca ściśle powiązanie ze zdrowiem psychicznym. Kłopoty, jakie ma człowiek z własną osobowością, przeglądają się zawsze w zwierciadle społecznym. Jednostka płaci psychiką za stosunki międzyosobowe i całokształt stosunków społecznych. Wymiar zdrowia społecznego najlepiej wyjaśnia określenie K. Ostrowskiej. Zdrowie społeczne wyraża się w umiejętności zawierania i podtrzymywania przyjaźni, satysfakcjonującym życiu rodzinnym, podejmowaniu aktywności z innymi ludźmi, poczuciu przynależności, otrzymywaniu i dawaniu wsparcia, pełnieniu różnych ról społecznych, dobrych kontaktach z sąsiadami, poczuciu pewności siebie, byciu sobą, zachowaniu tożsamości wśród innych. Na kształt zdrowia społecznego wpływa proces socjalizacji, w trakcie którego człowiek (jednostka) przyjmuje system wartości, norm i wzorów zachowań obowiązujących w danej zbiorowości. Socjalizacja to całozyciowy proces, który w największym nasileniu występuje, gdy dziecko rozpoczyna życie w społeczeństwie. Istotną rolę na tym etapie odgrywają rodzice, następnie wychowawcy, nauczyciele, rówieśnicy, różne instytucje i media. Trudności z przestrzeganiem prawa naturalnego i stanowionego oraz niewłaściwe zachowywanie się w rolach życiowych (ucznia, pasażera, pacjenta, kolegi...) to podstawowe zagrożenia w sferze zdrowia społecznego.

Zdrowie prokreacyjne zostało zdefiniowane podczas Międzynarodowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju w Kairze, w 1994 roku. Określono je jako stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań we wszystkich sferach związanych z układem rozrodczym. Oznacza to, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz są zdolni do prokreacji [Religa 2006]. Obszar zdrowia prokreacyjnego obejmuje takie tematy, jak: wiedza o ciele (anatomia, fizjologia), rozwój psychoseksualny, dojrzewanie biologiczne (seksualne), tożsamość psychoseksualna, wstrzemięźliwość seksualna, inicjacja seksualna, płodność, metody rozpoznawania płodności, antykoncepcja, dojrzała miłość, ciąża, rozwój prenatalny dziecka, rodzicielstwo, choroby i zagrożenia psychoseksualne. Wiedza prokreacyjna wyprzedzająca zmiany budowy ciała (cechy płciowe) i inne przejawy dojrzewania seksualnego może uchronić dzieci i młodzież przed wieloma ryzykownymi zachowaniami, których konsekwencje często obciążają całe życie. Należą do nich między innymi: syndrom Diany, przedwczesna inicjacja i rozwiązłość seksualna, postawa „macho”, pornografia, zakażenia HIV/AIDS i innymi chorobami, przedwczesne rodzicielstwo. Edukacja prokreacyjna to doskonały powód, aby nauczyciel wychowania fizycznego nawiązał ścisłą współpracę z nauczycielem edukacji prorodzinnej. Jestem przekonana, że większość wuefistów jest świadoma tego, że podczas każdej lekcji wychowania fizycznego dysponuje wieloma środkami dydaktycznymi promującymi zdrowie prokreacyjne. Są to sygnały werbalne afirmujące postawę ciała w każdym ćwiczeniu fizycznym, dostrzegające i akceptujące zmiany w budowie ciała, np. wstydlive garbienie się dziewcząt, ukrywających rosnące piersi, zaokrąglone biodra, zaburzenia koordynacji, ambiwalentne nastroje związane z cyklem miesięcznym, wybuchowość, nadpobudliwość, krytycyzm. Wśród sygnałów niewerbalnych najczęściej występują dotyk ciała podczas poprawiania błędnie przyjętej postawy w danym ćwiczeniu czy choćby przy pomiarach antropometrycznych. Wstydlivość, która stanowi tarczę ochronną intymności dziecka (szczególnie dojrzewających dziewcząt) często jest lekceważona i niedoceniana. Literatura na ten temat jest niezwykle bogata i interesująca dla osoby w każdym wieku [Augustyn 1999, Dziewiecki 2000, Sadowska 2004, Beisert 2006, Dudziak, Deluga 2006, Semen 2008].

Ostatnim wymiarem zdrowia, którym się zajmujemy jest **zdrowie środowiskowe** które, zgodnie z definicją przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia w 1996 roku, zawiera te aspekty zdrowia człowieka (w tym jakość życia), które są determinowane przez czynniki biologiczne, chemiczne, fizyczne, psychiczne i społeczne środowiska. Obejmuje też założenia teoretyczne i praktykę w zakresie oceny, eliminacji i zapobiegania obecności w środowisku tych czynników, które mogą oddziaływać negatywnie na zdrowie obecnego i przyszłych pokoleń. W dokumentach WHO „Zdrowie dzieci i środowisko” opracowanych w Londynie, w ramach trzeciej Ministerialnej Konferencji ds. Środowiska i Zdrowia w 1999 roku, wskazano trzy priorytetowe problemy zdrowia środowiskowego dzieci w Europie; astma i inne choroby układu oddechowego, narażenie na dym tytoniowy, urazy. Podkreślono też znaczenie działań zapobiegających zatruciu ołowiem u dzieci oraz chorobom związanym z jakością wody. Z punktu widzenia zdrowia środowiskowego, współczesne miasta skupiają problemy związane z uprzemysłowieniem, zagęszczeniem ludności, tworzeniem odpadów, gęstą siecią komunikacyjną i zanieczyszczeniem powietrza, co generuje takie problemy zdrowia publicznego, jak: choroby układu oddechowego, brak poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego i społecznego, nierówny dostęp do świadczeń medycznych, a w konsekwencji przedwczesne zgony [Bearer 2000, Jarońska 1998].

Opisane w podrozdziale wybrane wymiary zdrowia pod kątem zachowań zdrowotnych to podstawowy zasób informacji służących do kształtowania kompetencji nauczyciela wychowania fizycznego w zakresie edukacji zdrowotnej. Wymagane kompetencje dotyczą takich obszarów, jak wiedza, umiejętności i postawy z edukacji zdrowotnej całościowej, czyli wymagającej zintegrowania tych treści. Szczegółowy wykaz kompetencji opublikowało Ministerstwo w Podstawie Programowej z komentarzami. Zostały one przedstawione w poprzednim rozdziale. Doksztalcenie nauczycieli wychowania fizycznego, zapewniające nabycie przez nich tych kompetencji, to jedyny sposób na to, aby zostały one przekazane uczniom we właściwy i skuteczny sposób.

NAUCZYCIEL WYCHOWANIA FIZYCZNEGO KOORDYNATOREM EDUKACJI ZDROWOTNEJ W SZKOLE (BADANIA WŁASNE)

4.1. Wprowadzenie

Wobecnych czasach wszystkie grupy zawodowe doświadczają intensywnych i różnorodnych zmian wymagających od nich sprostania nowym wyzwaniom lub reorientacji zawodowej. Dotyczy to również nauczycieli wychowania fizycznego. Do zobrazowania ich aktualnej sytuacji posłużono się słowami Woynarowskiej: „...cała nowa podstawa programowa wprowadza niemal rewolucyjne zmiany w treściach i realizacji tego przedmiotu”. Te rewolucyjne zmiany stanowią właśnie wyzwania zawodowe dla wuefistów realizujących proces kształcenia, szczególnie w gimnazjach i liceach [Woynarowska 2008].

Zgodnie z zapisem w podstawie programowej wychowanie fizyczne pełni ważne funkcje edukacyjne, rozwojowe i zdrowotne. Wspiera rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny oraz zdrowie uczniów i kształtuje obyczaj aktywności fizycznej i troski o zdrowie w okresie całego życia. Pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej uczniów.

Zajęcia wychowania fizycznego w zakresie edukacji zdrowotnej powinny być dostosowane do potrzeb uczniów (po przeprowadzeniu diagnozy tych potrzeb). Uczniowie powinni aktywnie uczestniczyć w planowaniu, realizacji i ewaluacji zajęć. Zajęcia powinny być wspierane przez realizację treści z zakresu edukacji zdrowotnej, w ramach innych przedmiotów, w tym zwłaszcza: biologii, wychowania do życia w rodzinie, wiedzy o społeczeństwie, edukacji dla bezpieczeństwa, przedsiębiorczości, etyki, religii. Wymaga to koordynacji i współdziałania różnych przedmiotów oraz współpracy z pielęgniarką albo higienistką szkolną. Niezbędne jest także skoordynowanie tych zajęć z programami edukacyjnymi dotyczącymi zdrowia i profilaktyki zachowań ryzykownych lub chorób, oferowanymi szkołom przez różne podmioty [Podstawa Programowa 2009].

Wskazanie na wiodącą rolę nauczyciela wychowania fizycznego w realizacji edukacji zdrowotnej w szkole na różnych poziomach edukacji zgodne jest z modelem zalecanym przez WHO [WHO 2003].

Tak istotna modernizacja szkolnego wychowania fizycznego wymaga takiej zmiany myślenia i działania nauczyciela tego przedmiotu, aby wyłącznym celem jego działania nie było tylko usprawnianie ciała, lecz raczej wielowymiarowość zdrowia jako wartości, nie tylko fizycznej, ale również psychicznej, społecznej, czy duchowej. Od nauczyciela wymaga się przedsiębiorczości intelektualnej, dzięki której przygotowuje ucznia do roli zaradnego zdrowotnie obywatela, świadomie

funkcjonującego w globalnym społeczeństwie. Ułatwienie tego zadania proponuje wielu autorów. T. Maszczak już przed siedmioma laty zachęcał promotorów zdrowia do wypracowania określonego modelu edukacji zdrowotnej, proponując trzy paradygmaty. Paradygmat pierwszy dotyczy społeczno-ekologicznego modelu zdrowia. Wyróżnia on trzy grupy czynników determinujących zdrowie: biologiczne, środowiskowe oraz styl życia. Drugi paradygmat – model salutogenetyczny – jest modelem edukacji zorientowanej na zdrowie pozytywne. Jest on bliski modelowi społeczno ekologicznemu ze względu na podkreślenie indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie. Trzeci paradygmat – to model logicznych poziomów zdrowia, który wyraźnie akcentuje wpływ osobowości i stylu życia na zdrowie. Modele te korespondują z perspektywistyczną strategią zdrowia wypracowaną przez WHO, której główne wątki upowszechniane są w haśle: „twoje zdrowie w twoich rękach” [Maszczak 2005]. Same tytuły innych opracowań zachęcają wuefistów, którzy są otwarci na rozwój zawodowy warunkowany dodatkowymi obowiązkami, do auto-edukacji zdrowotnej [Charzyńska-Gula 2010].

Wdrażaniu podstawy programowej z edukacji zdrowotnej do szkoły podstawowej, gimnazjów i liceów towarzyszą liczne komentarze, opinie, badania, szkolenia, konferencje naukowe i metodyczne. Wprowadzanie rozłożonej na lata 2009-2015 istotnej dla polskiej oświaty zmiany wymaga zbierania informacji, wyników badań na temat warunków jej realizacji przez cały okres wdrażania. Dotychczas głos w dyskusji na ten temat w różnych formach zabierali teoretycy i metodycy wychowania fizycznego, eksperci współpracujący z ministerstwem, nauczyciele akademicy, studenci AWF kończący studia, pracownicy nadzoru w MEN i NIK, ale w największym stopniu obecnie pracujący nauczyciele, szczególnie nauczyciele wychowania fizycznego [Najwyższa Izba Kontroli 2010, Ministerstwo Edukacji Narodowej Departament Programów Nauczania i Podręczników 2010, Krawański 2010, Wrona-Wolny, Makowska 2011].

4.2. Cel pracy

Celem pracy jest ukazanie opinii nauczycieli wychowania fizycznego, pracujących w szkołach podstawowych, gimnazjach i liceach, w powiecie i mieście Biała Podlaska, na temat wybranych aspektów edukacji zdrowotnej w szkole. Realizacja celu będzie wymagała udzielenia odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

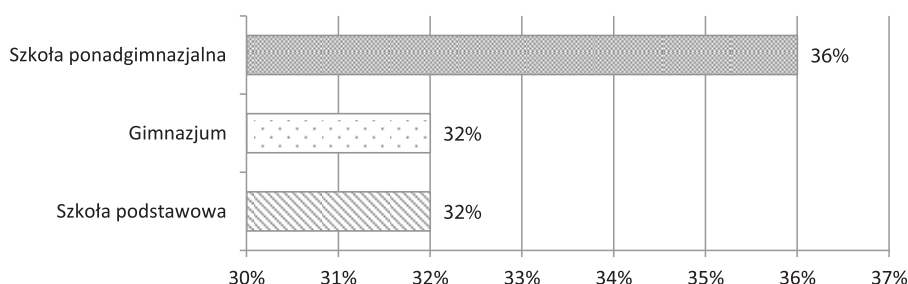
1. Jaka była reakcja badanych nauczycieli na wiadomość o tym, że mają pełnić w szkole rolę koordynatora edukacji zdrowotnej, jakie wiązały z tym plany?
2. Jak badani oceniają własne przygotowanie do realizacji edukacji zdrowotnej, a o jakie treści chcieliby poszerzyć wiedzę?
3. Jaka pomoc potrzebna jest koordynatorowi edukacji zdrowotnej i kto może jej udzielić?
4. Jakie gratyfikacje według ankietowanych powinien otrzymać koordynator edukacji zdrowotnej w szkole?
5. Jak dotychczas badani realizowali edukację zdrowotną i w jakich miejscach?
6. Jakie korzyści, według respondentów z edukacji zdrowotnej czerpie uczeń?
7. Jaka jest obecnie sytuacja edukacji zdrowotnej w szkole, w której pracują badani, kto jest jej koordynatorem i na jakich przedmiotach jest realizowana?

8. Jakie sposoby realizacji edukacji zdrowotnej w szkole proponują badani nauczyciele wychowania fizycznego?
9. Jakie zachowania zdrowotne i antyzdrowotne prezentują badani we własnej ocenie?
10. Z jakich źródeł respondenci czerpali wiedzę zdrowotną ucząc się w szkole podstawowej, gimnazjum i ponadgimnazjalnej?
11. Z jakich źródeł respondenci czerpali wiedzę zdrowotną dla potrzeb auto-edukacji, a z jakich ją czerpią aby przygotować się do prowadzenia edukacji zdrowotnej z uczniami?

Założono, że płeć i staż pracy badanych wuefistów różnicują opinie na podjęte zagadnienia szczegółowe charakteryzujące koordynatora edukacji zdrowotnej ze szkół powiatu i miasta Biała Podlaska. Do weryfikacji hipotezy zastosowano test istotności statystycznej Chi kwadrat Pearsona.

4.3. Materiał i metoda badań

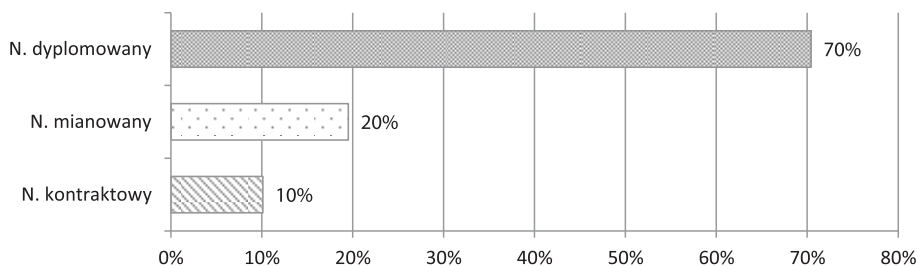
Badania ankietowe pilotażowe przeprowadzono w maju 2012 roku natomiast badania podstawowe we wrześniu i październiku 2012 roku wśród nauczycieli wychowania fizycznego pracujących w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych znajdujących się na terenie powiatu i miasta Biała Podlaska. Ogółem w badaniach uczestniczyło 150 nauczycieli wychowania fizycznego, wśród których było po 50,0% kobiet i mężczyzn. 36,0% badanych pracowało w szkołach ponadgimnazjalnych, a po 32,0% w szkole podstawowej i gimnazjum (ryc.3).



Ryc. 3. Miejsca pracy badanych nauczycieli wychowania fizycznego

Źródło: badania własne.

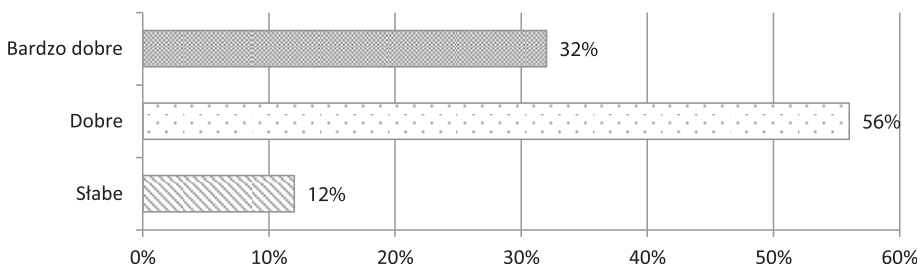
Aż 72,0% ankietowanych mieszka w mieście, pozostałe 28,0% na wsi. Pod względem stanowiska służbowego badanych nauczycieli 70,0% posiada stopień nauczyciela dyplomowanego, 20,0% – mianowanego, a 10,0% – kontraktowego (ryc. 4).



Ryc. 4. Stanowisko zawodowe posiadane przez badanych

Źródło: badania własne.

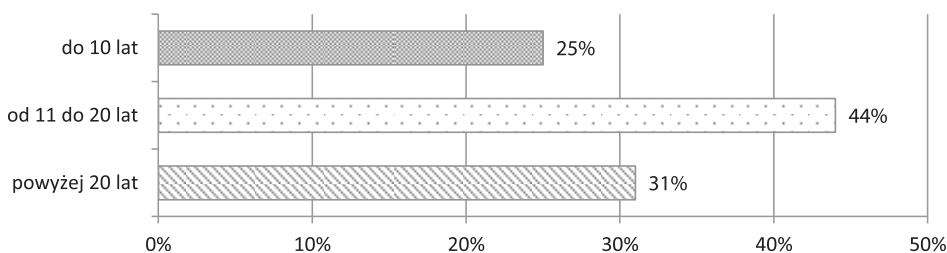
Warunki, w jakich pracują badani nauczyciele, są w większości dobre (56,0%). 32,0% respondentów pracuje w warunkach bardzo dobrych, 12,0% w słabych (ryc.5).



Ryc. 5. Warunki, w jakich pracują anketowani nauczyciele

Źródło: badania własne.

Staż pracy zawodowej dłuższy niż 20 lat posiada 25,0% ogółu badanych wuefistów, staż mieszczący się w przedziale lat 11-20 ma 44,0% anketowanych, pozostała grupa (31,0%) nauczycieli pracuje w szkole 10 lub mniej lat (ryc.6).



Ryc. 6. Staż pracy zawodowej respondentów

Źródło: badania własne.

W badaniach pilotażowych i podstawowych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Badania pilotażowe posłużyły do opracowania wersji kwestionariusza ankiety z zastosowaniem

pytań z kafeterią. Ankieta zawiera ogółem 24 pytania, wśród których 16 to pytania merytoryczne, pozostałe dotyczą danych charakteryzujących osoby badane. Ankietowanym zaproponowano 13 pytań z kafeterią (1-najważniejsze, 2-mniej ważne, 3-najmniej ważne) i możliwością udzielenia własnej odpowiedzi, jak również trzy pytania otwarte. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu Statistica 7.0. i Microsoft Excel. Uzyskano wartości procentowe wskazań i ich rangi wynikające ze średniej ważonej przedstawionej w procentach. Rangi zostały przeliczone w następujący sposób:

P_i – pytanie i-te ($i \in [1, n]$)

o_{ij} – j-ta odpowiedź na pytanie P_i

a_{ij1} – ilość zaznaczonych o_{ij} odpowiedzi jako 1 – najważniejsze

a_{ij2} – ilość zaznaczonych o_{ij} odpowiedzi jako 2 – ważne

a_{ij3} – ilość zaznaczonych o_{ij} odpowiedzi jako 3 – mało ważne

$$a_{ij} = 3 * a_{ij1} + 2 * a_{ij2} + 1 * a_{ij3}$$

$$a_i = \sum_{j=1}^n a_{ij}$$

r_{ij} – ranga o_{ij} odpowiedzi na pytanie P_i

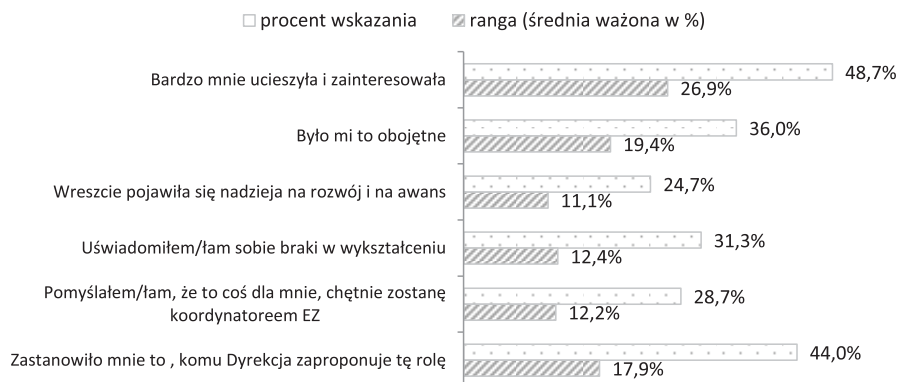
$$r_{ij} = \left(\frac{a_{ij}}{a_i} \right) * 100\%$$

Do weryfikacji hipotezy zastosowano test istotności Chi kwadrat Pearsona. Przyjęto poziom istotności statystycznej $p=0,05$.

4.4. Wyniki badań

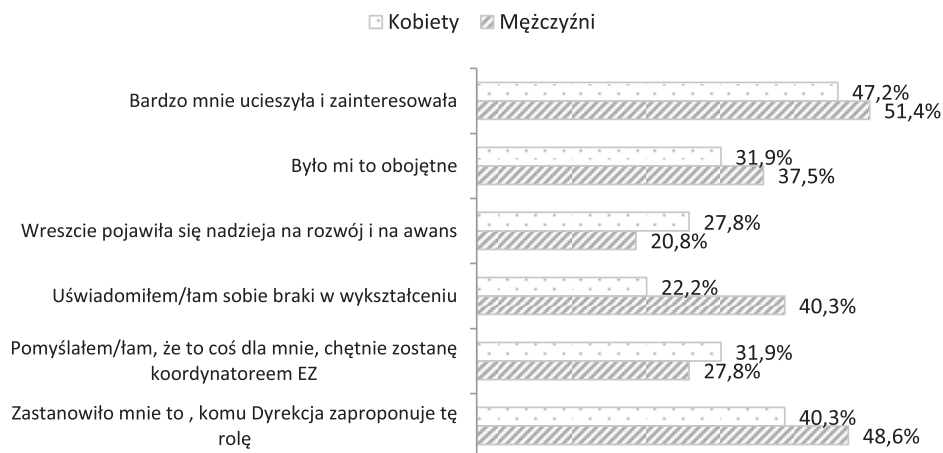
Zaprezentowane ryciny ilustrują uzyskane wyniki badań ukazujące opinie ogółu ankietowanych na temat szczegółowych zagadnień badawczych oraz rangę, która wynika ze średniej ważonej, tylko w odróżnieniu od niej wyrażona jest w procentach. Odpowiedzi 1 (najważniejsze) miały wagę 3, z 2 (mniej ważne) wagę 2, a 3 (najmniej ważne) wagę 1. Ilustrują również zróżnicowanie statystyczne danych charakteryzujących reakcje, wiedzę, działania, przekonania i dotychczasowe doświadczenia koordynatora edukacji zdrowotnej uczniów w opinii respondentów, w zależności od płci i stażu pracy.

„Wychowanie fizyczne pełni ważne funkcje edukacyjne, rozwojowe i zdrowotne. Wspiera rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny oraz zdrowie uczniów i kształtuje obyczaj aktywności fizycznej i troski o zdrowie w okresie całego życia. Pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej uczniów”. Jest to oryginalny zapis, który zamieszczono na 75 stronie „Podstawy programowej” [Podstawa Programowa 2009]. Jaka była reakcja badanych nauczycieli wychowania fizycznego pracujących w szkołach powiatu i miasta Biała Podlaska po przeczytaniu tego fragmentu rozporządzenia ministra? Dane, które umożliwiły poznanie tego pierwszego zagadnienia badawczego zaprezentowano na rycinie 7.



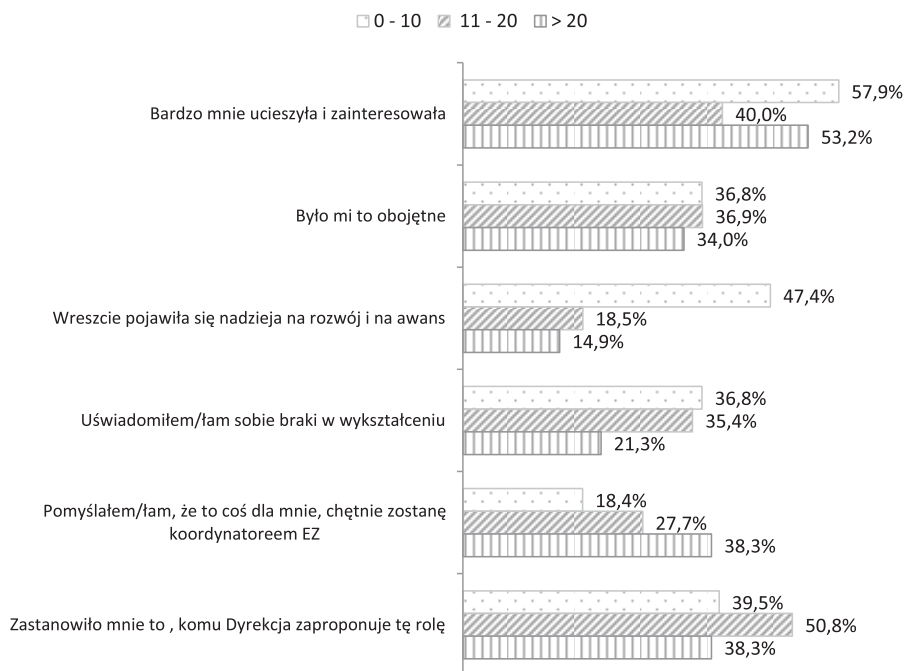
Ryc. 7. Reakcje badanych nauczycieli na wiadomość o tym, że nauczyciel wychowania fizycznego ma pełnić w szkole rolę koordynatora edukacji zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 7a. Zróżnicowanie reakcji badanych nauczycieli ze względu na płeć
(Wartość Chi kwadrat = 7,9975, $p=0,2383$)

Źródło: opracowanie własne.



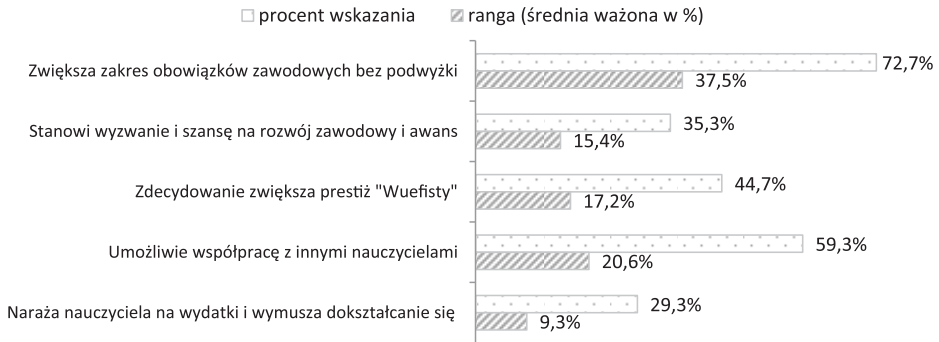
Ryc. 7b. Zróżnicowanie reakcji badanych nauczycieli ze względu na staż pracy (Wartość Chi kwadrat = 27,9952, $p=0,0055$)*

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań ukazujące reakcje badanych nauczycieli wychowania fizycznego informują, że prawie połowa ogółu (48,7%) po przeczytaniu zacytowanego zapisu odczuła zadowolenie i zainteresowanie. Niewiele mniej (44,0%) pomyślało z ciekawością, komu Dyrekcja proponuje rolę koordynatora szkolnej edukacji zdrowotnej. Kolejnym rodzajem reakcji badanych (36,0%) była ich obojętność na tę nową sytuację nauczyciela wychowania fizycznego. Pozostałe szczegółowe wyniki prezentuje rycina 7.

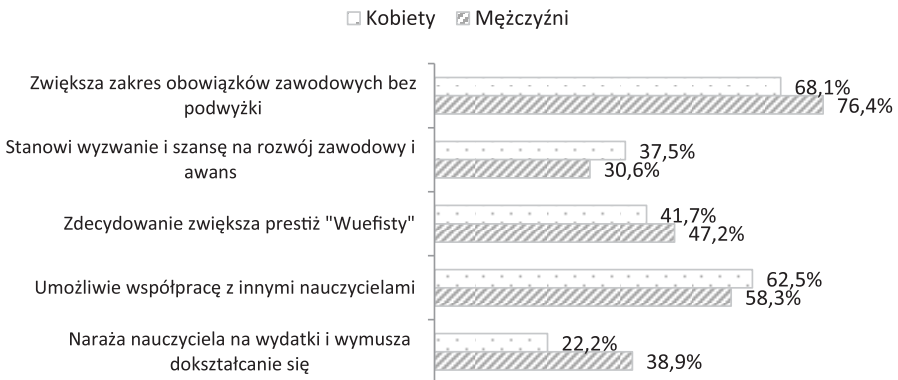
Płeć nie różnicuje istotnie reakcji emocjonalnych ankietowanych związanych z nową sytuacją zawodową (ryc. 7a.). Natomiast staż pracy różnicuje statystycznie emocje odczuwane przez badanych ($p=0,0055$), (ryc. 7b.).

W zacytowanym zapisie pojawiły się bowiem nowe wyzwania dla nauczyciela wychowania fizycznego, które w istotny sposób mogą zmienić zakres jego obowiązków zawodowych i dotychczasową pozycję w pracy i lokalnym środowisku. Dane zilustrowane na rycinie 8 ukazują, jakich zmian na tych płaszczyznach spodziewają się sami badani.



Ryc. 8. Zmiany, których doświadczy nauczyciel wychowania fizycznego, gdy zostanie koordynatorem edukacji zdrowotnej w szkole

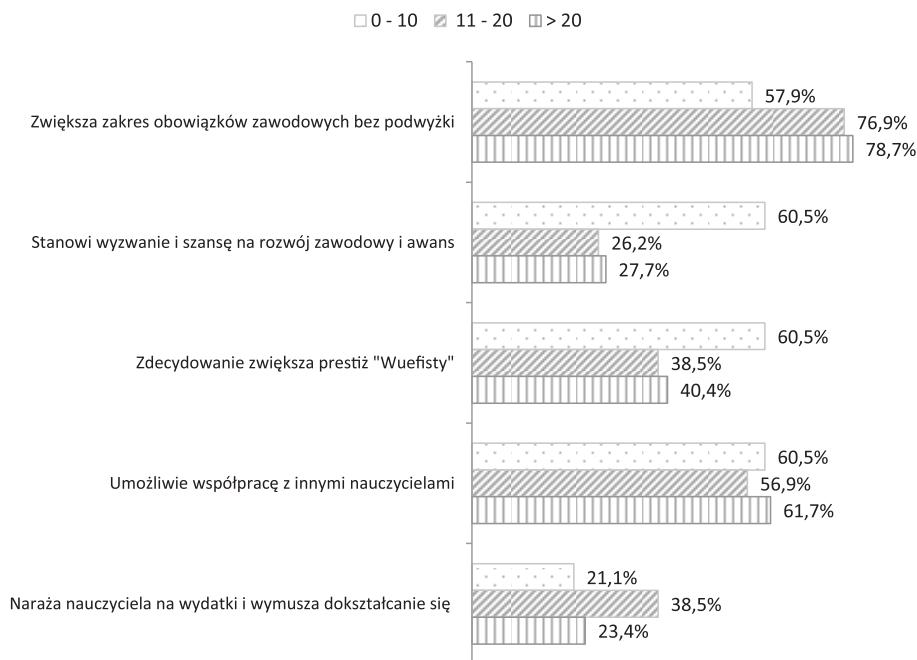
Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 8a. Zróżnicowanie zmian dotyczących tych nauczycieli, którzy zostaną koordynatorami edukacji zdrowotnej według płci ankietowanych.

(Wartość Chi kwadrat =7,3635,p=0,1178)

Źródło: opracowanie własne.



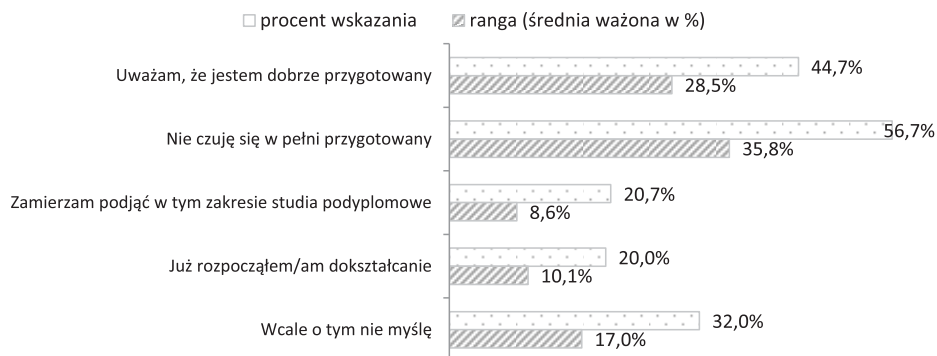
Ryc. 8b. Zróżnicowanie zmian dotyczących tych nauczycieli, którzy zostaną koordynatorami edukacji zdrowotnej według stażu pracy ankietowanych (Wartość Chi kwadrat =17,1600, $p=0,0284$)*

Źródło: opracowanie własne.

Aż 72,7% respondentów jest przekonanych, że pełnienie funkcji koordynatora przysporzy im obowiązków zawodowych bez zwiększenia zarobków, co jest dla nich powodem do zmartwienia. Kolejne wskazanie ponad połowy badanych (59,3%) informuje, że nowa rola umożliwi im współpracę z innymi nauczycielami. Dotychczas nauczyciele wychowania fizycznego byli bowiem zamknięci na taką współpracę (ryc. 8), gdyż praca na obiektach sportowych szkoły, które zazwyczaj znajdują się w innym miejscu niż pokój nauczycieli i sale (pracownie) przedmiotowe, uniemożliwiała nawet spotkania nauczycieli.

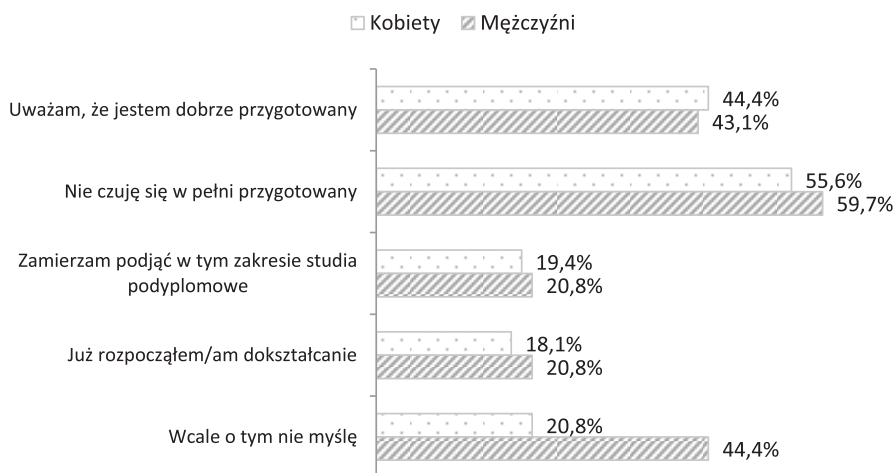
Płeć respondentów nie różnicuje istotnie statystycznie zmian, które czekają osoby podejmujące wyzwanie czyli rolę koordynatora edukacji zdrowotnej (ryc. 8a.). Natomiast staż pracy różnicuje istotnie zmiany czekające koordynatora, które badani wskazali ($p=0,0284$), (ryc. 8b.).

Te nowe wyzwania są dla badanych przyczynkiem do samooceny pod względem posiadanych kwalifikacji i kompetencji z edukacji zdrowotnej. Jakiej samooceny zawodowej dokonali zainteresowani, dowiemy się z wyników, które prezentuje rycina 9.



Ryc. 9. Samoocena posiadanych kwalifikacji i kompetencji do prowadzenia edukacji zdrowotnej przez badanych nauczycieli wychowania fizycznego

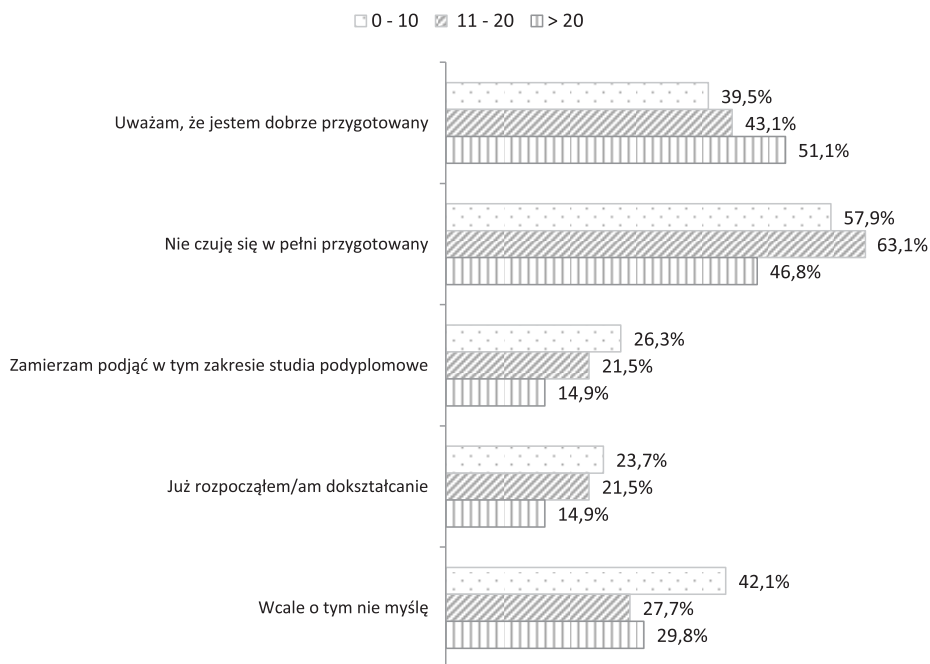
Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 9a. Zróżnicowanie samooceny kwalifikacji i kompetencji do prowadzenia edukacji zdrowotnej przez badanych nauczycieli wychowania fizycznego ze względu na płeć

(Wartość Chi kwadrat = 18,5168, $p=0023$)*

Źródło: opracowanie własne.



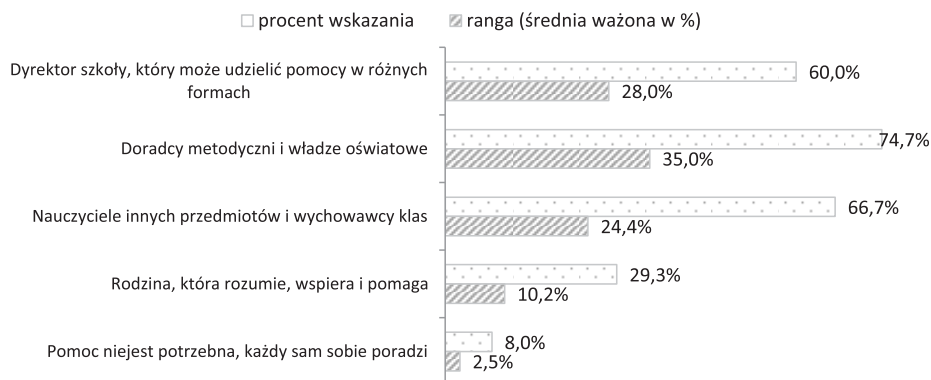
Ryc. 9b. Zróżnicowanie samooceny kwalifikacji i kompetencji do prowadzenia edukacji zdrowotnej przez badanych nauczycieli wychowania fizycznego w zależności od stażu pracy (Wartość Chi kwadrat =8,4502, $p=5849$)

Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa (56,7%) ogółu badanych samokrytycznie przyznała, że nie czuje się w pełni przygotowana do realizacji edukacji zdrowotnej. Niewiele mniej (44,7) oceniło swoje kompetencje wprost przeciwnie, gdyż uważa, że są dobrze przygotowani. Wyniki te ukazują aktualną sytuację kadrową w szkole. Widać stąd jednak, że wśród nauczycieli wf pracujących w szkole są tacy, którzy mogą sprostać nowym wyzwaniom. Co trzeci (32,0%) badany nie jest w ogóle zainteresowany tą nową sytuacją odnośnie edukacji zdrowotnej. Za osoby chcące z korzystać z wyzwania i zostać koordynatorem edukacji fizycznej można uznać 20,0% ogółu, którzy już podjęli doksztalcanie. Wszystkie dane na ten temat ilustruje rycina 9.

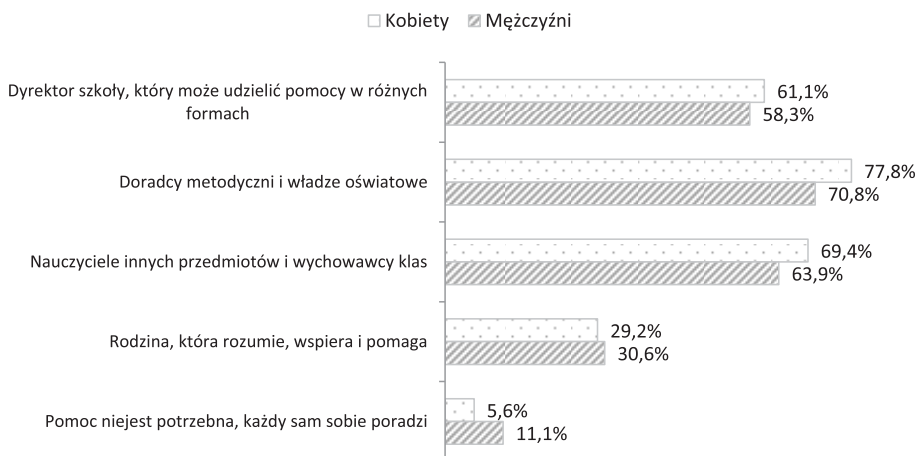
Płeć badanych różnicuje statystycznie samoocenę posiadanych kwalifikacji i kompetencji z edukacji zdrowotnej ($p=0,0023$), (ryc. 9a.). Brak natomiast zróżnicowania ze względu na staż pracy (ryc. 9b.).

Zastanawiająca jest sytuacja tych nauczycieli, którzy nie czują się przygotowani do nowej roli, i chcieliby uzyskać pomoc. Kto może im jej udzielić? Jakie zdanie na ten temat mają badani nauczyciele, ukazują dane zilustrowane na rycinie 10.



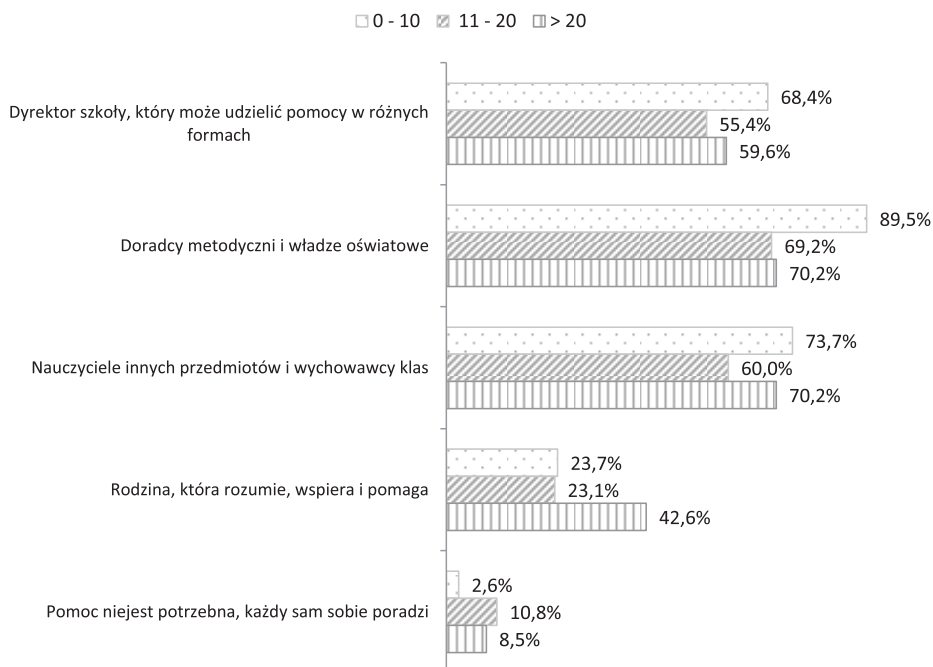
Ryc. 10. Osoby, które zdaniem respondentów mogą udzielić pomocy koordynatorowi edukacji zdrowotnej w szkole

Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 10a. Zróżnicowanie osób, które zdaniem respondentów mogą udzielić pomocy koordynatorowi edukacji zdrowotnej w szkole ze względu na płeć (Wartość Chi kwadrat=4,6026,p=0,4662)

Źródło: opracowanie własne.



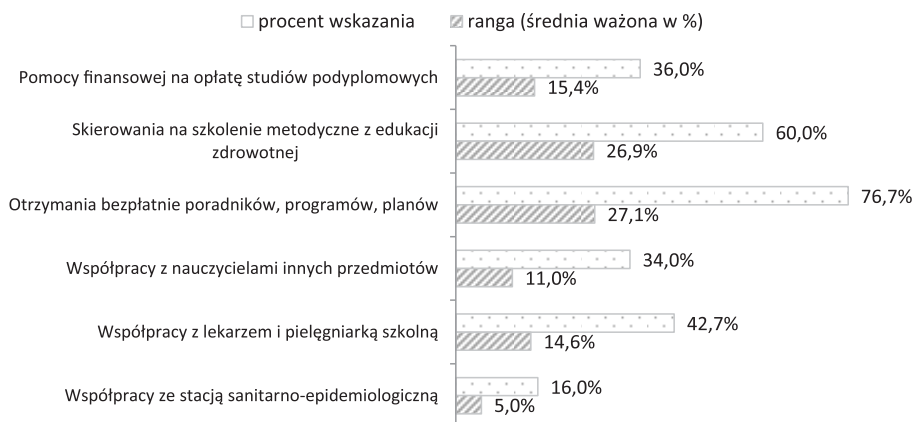
Ryc. 10b. Różnicowanie osób, które zdaniem respondentów mogą udzielić pomocy koordynatorowi edukacji zdrowotnej w szkole ze względu na staż pracy (Wartość Chi kwadrat=15,2878, $p=0,1219$).

Źródło: opracowanie własne.

Aż trzy czwarte ogółu ankietowanych uważa doradców metodycznych i osoby sprawujące władzę w oświacie za tych, którzy są kompetentni i przygotowani do pomocy, jakiej mogą udzielić koordynatorowi szkolnej edukacji zdrowotnej. Nieco mniej (66,7%, 60,0%) i z mniejszym przekonaniem (ranga 24,4%, 28,0%) jako źródła osobowej pomocy wskazało dyrektora szkoły, nauczycieli innych przedmiotów i wychowawców klas (ryc. 10).

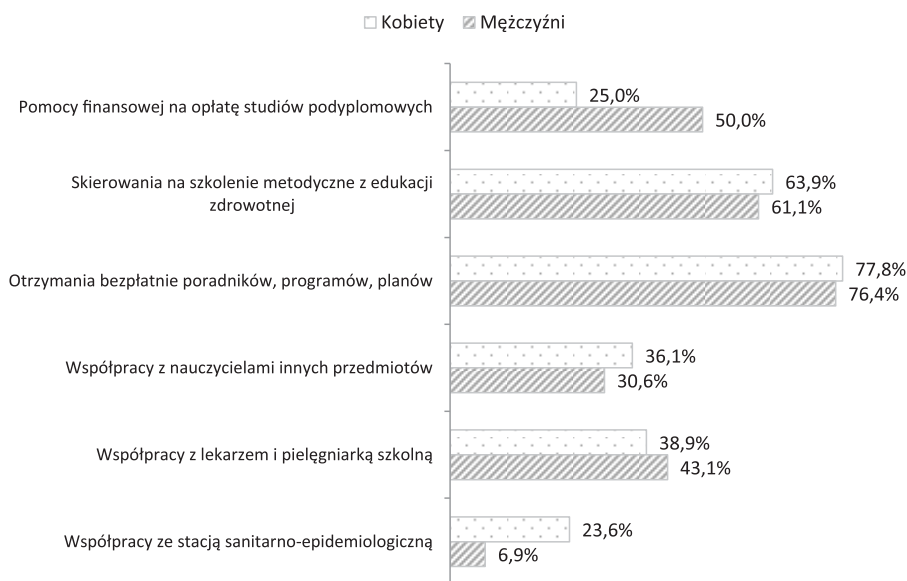
Wskazania osób, które zdaniem respondentów mogą udzielić pomocy koordynatorowi edukacji zdrowotnej w szkole dokonane przez badanych nie są istotnie różnicowane przez płeć i staż pracy (ryc. 10a.), (ryc. 10b.).

W następnej kolejności uznano, że nauczyciele wychowania fizycznego pracujący w szkole mogą oczekiwać jeszcze innych rodzajów wsparcia i pomocy (ryc. 11).



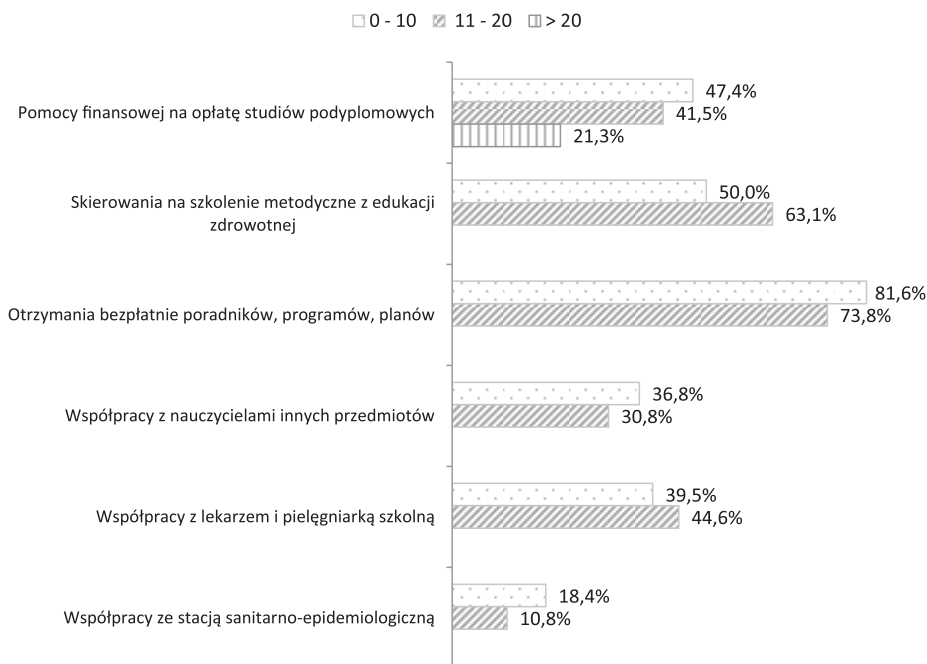
Ryc. 11. Rodzaje pomocy, których zdaniem ankietowanych może oczekiwać koordynator edukacji zdrowotnej w szkole

Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 11a. Zróżnicowanie rodzajów pomocy, ze względu na płeć, których zdaniem ankietowanych może oczekiwać koordynator edukacji zdrowotnej w szkole (Wartość Chi kwadrat=10,8931, p=0,0917)

Źródło: opracowanie własne.



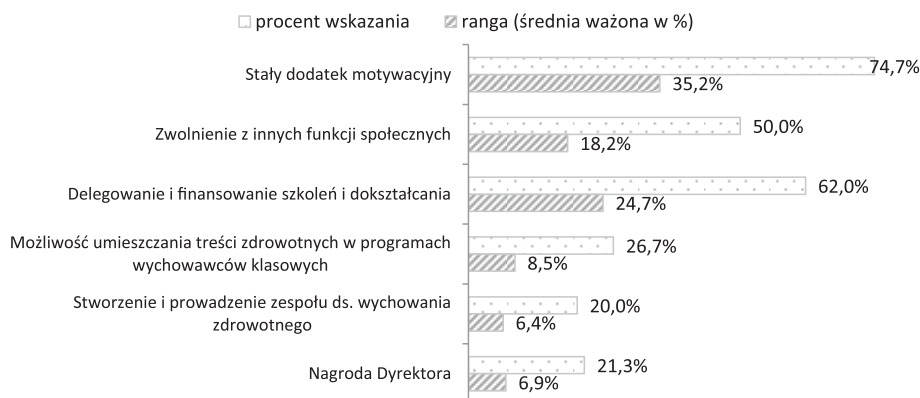
Ryc. 11b. Zróżnicowanie rodzajów pomocy, ze względu na staż pracy, których zdaniem ankietowanych może oczekiwać koordynator edukacji zdrowotnej w szkole (Wartość Chi kwadrat=11,9626, p=0,4486)

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci, w związku z nowym zakresem treści i celów, które mają realizować oczekują obok kompetentnego wsparcia osobowego także innych rodzajów pomocy. Zdecydowana większość (76,7%) jest przekonana, że powinna otrzymać bezpłatnie poradniki, programy i plany. Niewiele mniej (60,0%) oczekuje, aby skierowano ich na szkolenie metodyczne z edukacji zdrowotnej. Dość dużo z nich (42,7%) oczekuje na możliwość współpracy z lekarzem i pielęgniarką oraz na pomoc finansową (36,0%) przeznaczoną na podjęcie studiów podyplomowych (ryc. 11).

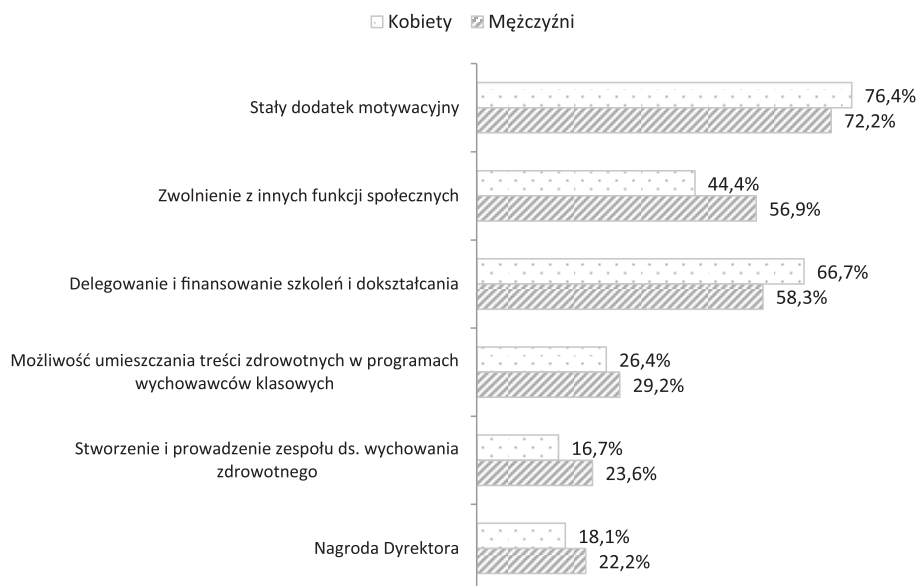
Inne rodzaje pomocy, których oczekują badani jako koordynatorzy zdrowia w szkole nie są statystycznie różnicowane zarówno przez płeć jak i staż pracy badanych (ryc. 11a.), (ryc. 11b.).

Pełnienie funkcji szkolnego koordynatora edukacji zdrowotnej to bezdyskusyjny awans zawodowy i społeczny. Czy z tym awansem powinny iść w parze jakieś formy uznania i motywacji? Jak jest zdanie badanych na ten temat, dowiemy się z wyników przedstawionych na rycinie 12.



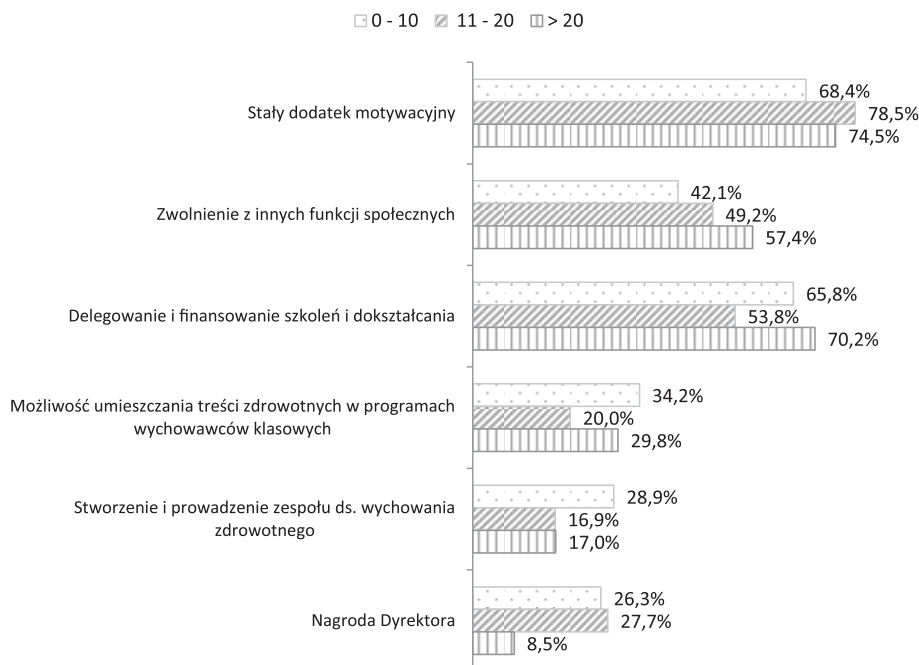
Ryc. 12. Formy uznania i motywacji, na jakie zdaniem respondentów zasługuje koordynator edukacji zdrowotnej w szkole

Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 12a. Zróżnicowanie form uznania i motywacji, na jakie zasługuje koordynator edukacji zdrowotnej w szkole, ze względu na płeć respondentów (Wartość Chi kwadrat=2,8484, $p=0,8276$)

Źródło: opracowanie własne



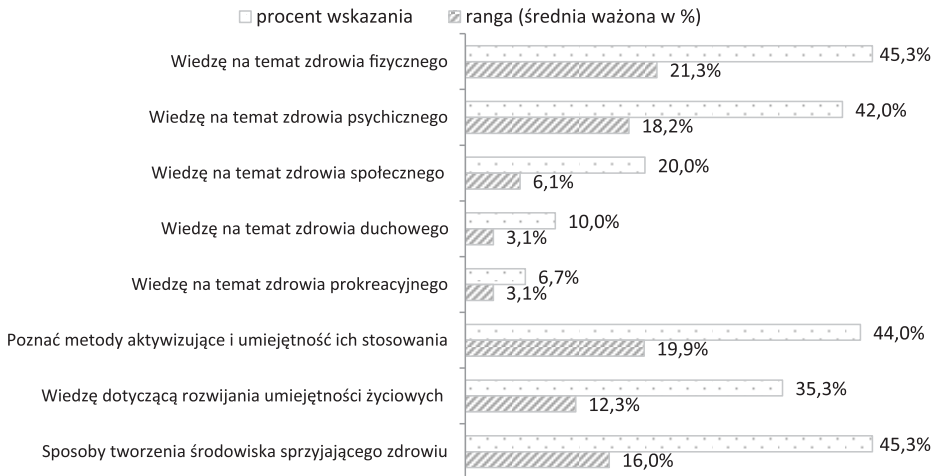
Ryc. 12b. Różnicowanie form uznania i motywacji, na jakie zdaniem respondentów zasługuje koordynator edukacji zdrowotnej w szkole, w zależności od stażu pracy (Wartość Chi kwadrat=12,2156, $p=0,4285$)

Źródło: opracowanie własne

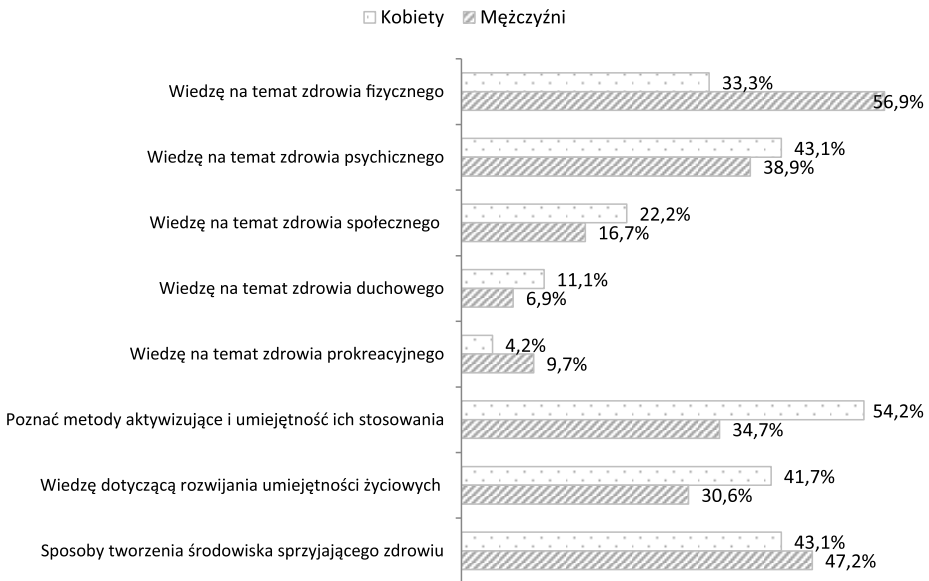
Zdecydowana większość respondentów (74,7%) uważa, że osoba koordynatora edukacji zdrowotnej w szkole powinna otrzymywać stały dodatek motywacyjny. Nieco mniej (62,0%) twierdzi, że koordynatora należy delegować na szkolenia lub inne rodzaje dokształcania, w których uczestniczy, a które szkoła powinna finansować. Według połowy nauczycieli należy go zwolnić z innych funkcji. W mniejszym zakresie proponowano koordynatorowi inne rodzaje wsparcia; możliwość umieszczania treści zdrowotnych w programach wychowawczych, nagrodę dyrektora, prowadzenie zespołu ds. wychowania zdrowotnego. Wszystkie formy uznania i motywacji ukazuje rycina 12.

Poziom zróżnicowania wskazanych form uznania i motywacji nie jest zróżnicowany statystycznie ani ze względu na płeć (ryc. 12a.) ani ze względu na staż pracy badanych (ryc. 12b.).

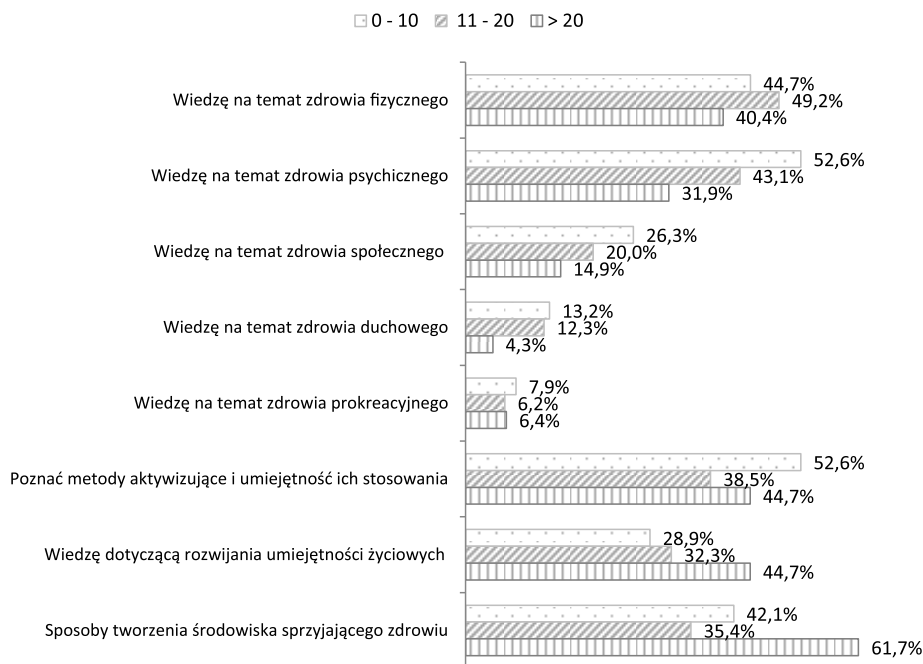
Następnym zagadnieniem objętym badaniem ankietowym były treści z dziedziny edukacji zdrowotnej, które respondenci chcieliby pogłębić w najbliższym czasie. Wyniki zamieszczono na rycinie 13.



Ryc. 13. Treści z zakresu edukacji zdrowotnej, które badani chcieliby poszerzyć i pogłębić
Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 13a. Zróżnicowanie treści z zakresu edukacji zdrowotnej, które badani chcieliby poszerzyć i pogłębić, ze względu na płeć
(Wartość Chi kwadrat=21,8182, $p=0,0052$)*
Źródło: opracowanie własne.

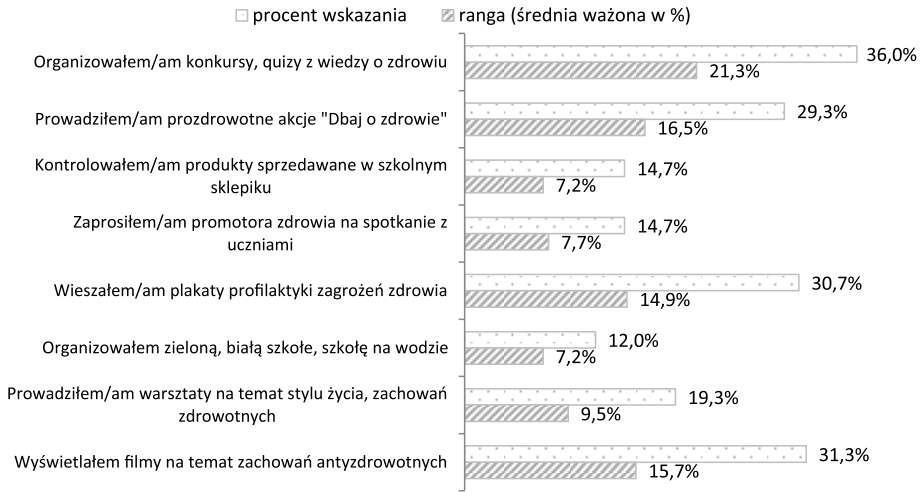


Ryc. 13b. Zróżnicowanie treści z zakresu edukacji zdrowotnej, które badani chcieliby poszerzyć i pogłębić, ze względu na staż pracy (Wartość Chi kwadrat=9,9450, $p=0,8694$)
Źródło: opracowanie własne.

Prawie połowa ogółu ankietowanych nauczycieli wychowania fizycznego wskazała cztery rodzaje treści z zakresu edukacji zdrowotnej, które chcieliby pogłębić. Należą do nich: wiedza na temat zdrowia fizycznego (45,3%), sposoby tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu (45,3%), metody aktywizujące i umiejętność ich stosowania w nauczaniu edukacji zdrowotnej (44,0%) i wiedza na temat zdrowia psychicznego (42,0%). Co piąty respondent (20,0%) był zainteresowany wiedzą na temat zdrowia społecznego (ryc. 13).

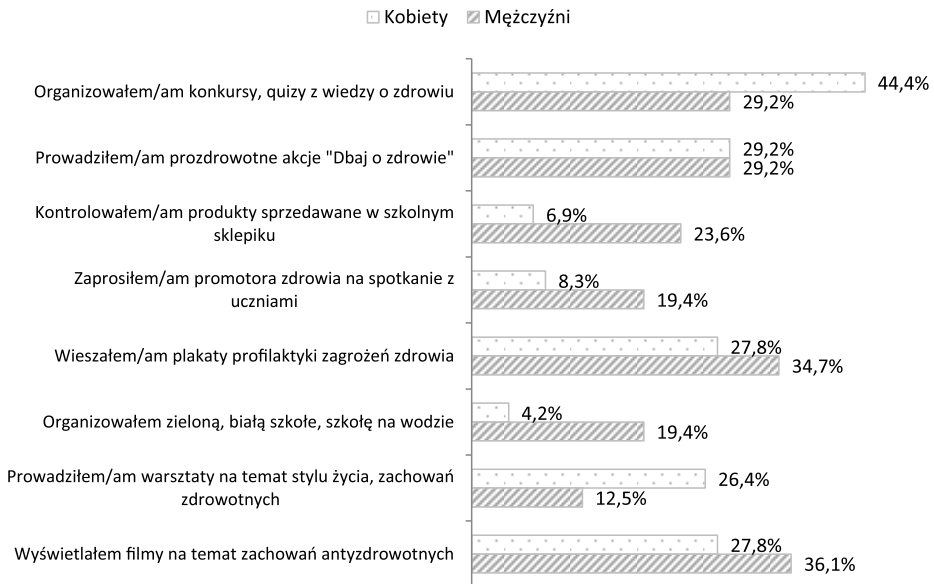
Wśród wskazanych treści z zakresu edukacji zdrowotnej, które badani chcieliby poszerzyć i pogłębić wystąpiło istotne zróżnicowanie wskazanych treści ze względu na płeć ($p=0,0000$), (ryc. 13a.), natomiast nie wystąpiło ze względu na staż pracy (ryc. 13b.).

Interesującym zagadnieniem było również poznanie sposobów, które dotychczas stosowali badani nauczyciele w celu przekazywania treści prozdrowotnych. Sposoby te, wśród których są również formy organizacyjne, metody i techniki dydaktyczne, ukazują wyniki zamieszczone na rycinie 14.



Ryc. 14. Metody i techniki stosowane w realizacji programu edukacji zdrowotnej w minionym czasie przez badanych nauczycieli wychowania fizycznego

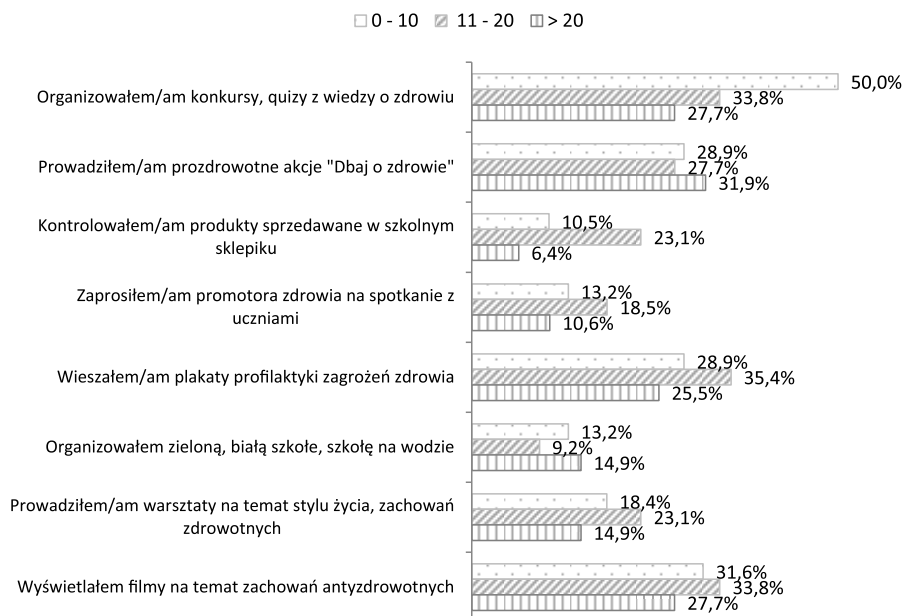
Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 14a. Zróżnicowanie metod i technik stosowanych w realizacji programu edukacji zdrowotnej w minionym czasie przez badanych nauczycieli w f, z uwzględnieniem płci

(Wartość Chi kwadrat=35,3464, p=0,0000)*

Źródło: opracowanie własne.



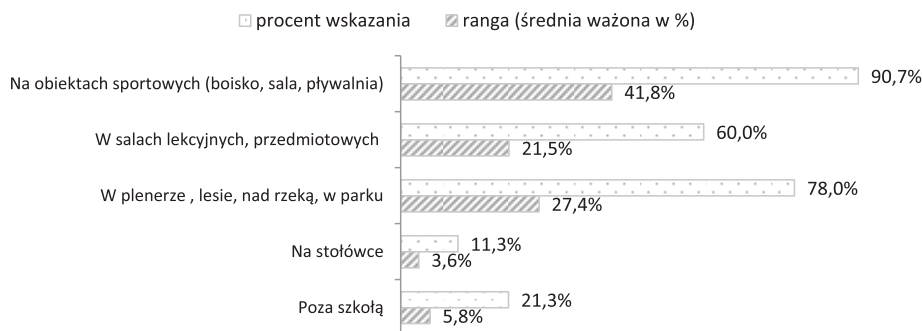
Ryc. 14b. Zróżnicowanie metod i technik stosowanych w realizacji programu edukacji zdrowotnej w minionym czasie przez badanych nauczycieli, z uwzględnieniem stażu pracy (Wartość Chi kwadrat=14,8166, $p=0,5381$)

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań (ryc. 14) ukazują, że ankietowani nauczyciele wychowania fizycznego w dotychczasowej pracy zawodowej do realizacji edukacji zdrowotnej posługiwali się kolejno: organizacją konkursów i quizów z wiedzy o zdrowiu (36,0%), projekcją filmów na temat zachowań antyzdrowotnych (31,3%), wieszali plakaty ukazujące zagrożenia zdrowotne (30,7%), prowadzili prozdrowotne akcje np. „Dbaj o zdrowie” (29,3%). W dużo mniejszym zakresie prowadzili warsztaty na temat stylu życia i poszczególnych zachowań zdrowotnych (19,3%), kontrolowali jakość produktów spożywczych sprzedawanych w sklepikach szkolnych (14,7%), organizowali spotkania dzieci i młodzieży z promotorem zdrowia (14,7%) (ryc. 14).

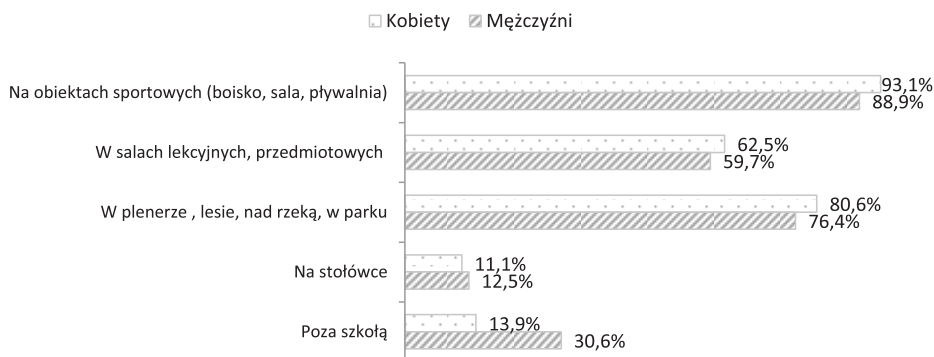
Płeć badanych jako zmienna różnicuje istotnie wskazania na poziomie $p=0,0000$. Natomiast staż pracy nie różnicuje statystycznie wskazanych form, metod i technik dydaktycznych stosowanych dotychczas przez badanych w nauczaniu edukacji zdrowotnej (ryc. 14a.), (ryc. 14b.).

Obiekty sportowe szkoły to podstawowe miejsce pracy nauczyciela wychowania fizycznego. Czy w tych miejscach można nauczać zachowań zdrowotnych? Dane z ryciny 15 posłużą do udzielenia odpowiedzi na to pytanie.



Ryc. 15. Miejsca, w których ankietowani najczęściej realizowali treści z edukacji zdrowotnej

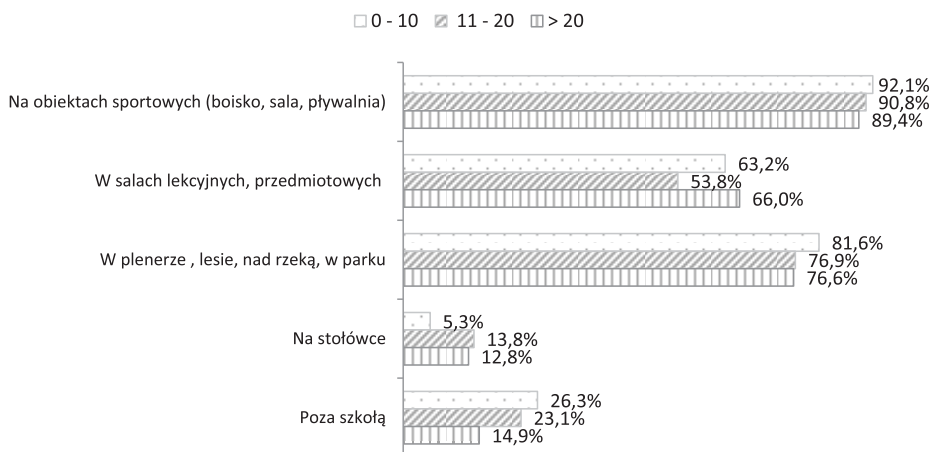
Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 15a. Zróżnicowanie miejsc, w których ankietowani najczęściej realizowali treści z edukacji zdrowotnej, ze względu na płeć

(Wartość Chi kwadrat=6,4333, $p=0,2663$)

Źródło: opracowanie własne.



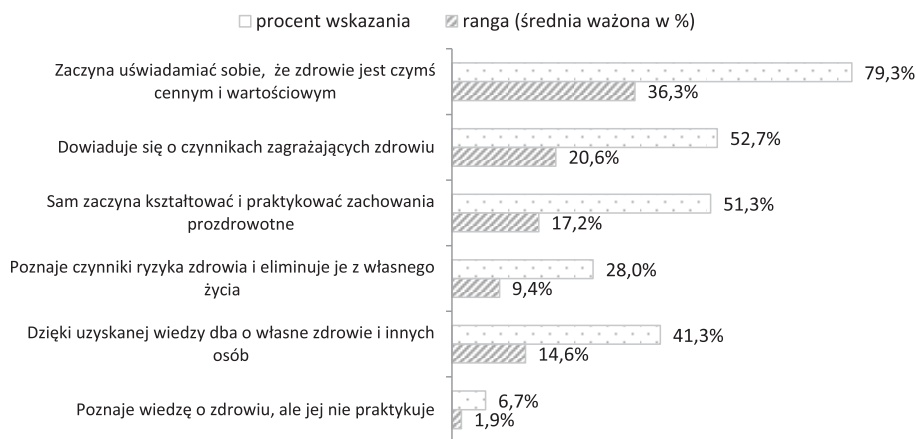
Ryc. 15b. Zróżnicowanie miejsc, w których ankietowani najczęściej realizowali treści z edukacji zdrowotnej, ze względu na staż pracy (Wartość Chi kwadrat=8,2582, $p=0,6036$)

Źródło: opracowanie własne.

Prawie wszyscy respondenci (90,7%) przyznali, że edukację zdrowotną realizowali na obiektach sportowych, które posiada szkoła. Ponad ¾ ankietowanych (78,0%) nauczali zdrowia w lesie, parku, nad rzeką, czyli w dostępnym plenerze. Ponad połowa nauczycieli (60,0%) przekazywała zagadnienia zdrowotne w tradycyjnych warunkach szkolnych, czyli w sali lekcyjnej. Nieliczni edukację zdrowotną prowadzili poza szkołą (21,3%) lub korzystali ze stołówki szkolnej (11,3%) (ryc. 15).

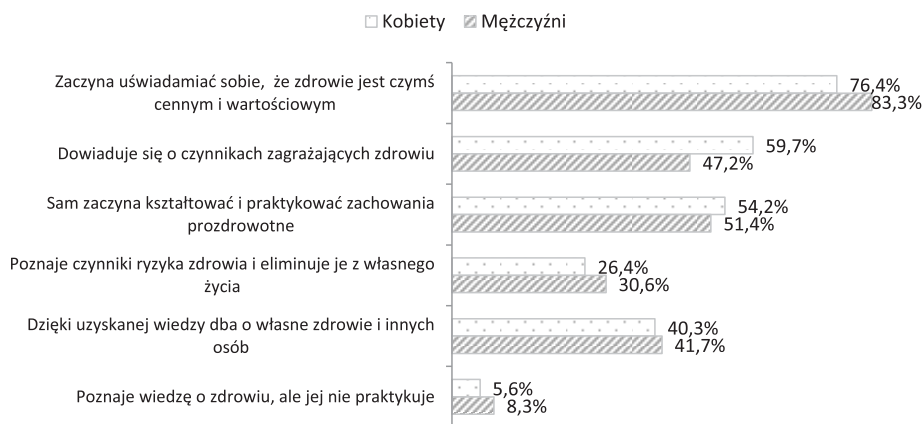
Test statystyczny Chi kwadrat Pearsona, któremu poddano płeć i staż pracy badanych nie różnicuje istotnie miejsc, w których badani realizowali edukację zdrowotną (ryc. 15a.), (ryc. 15b.).

W sytuacji, kiedy badani nauczyciele wychowania fizycznego nauczali zdrowia i będą nauczać zdrowia, postanowiono dowiedzieć się, jakie korzyści z tej edukacji, ich zdaniem, czerpią uczniowie? Różne warianty odpowiedzi prezentuje rycina 16.



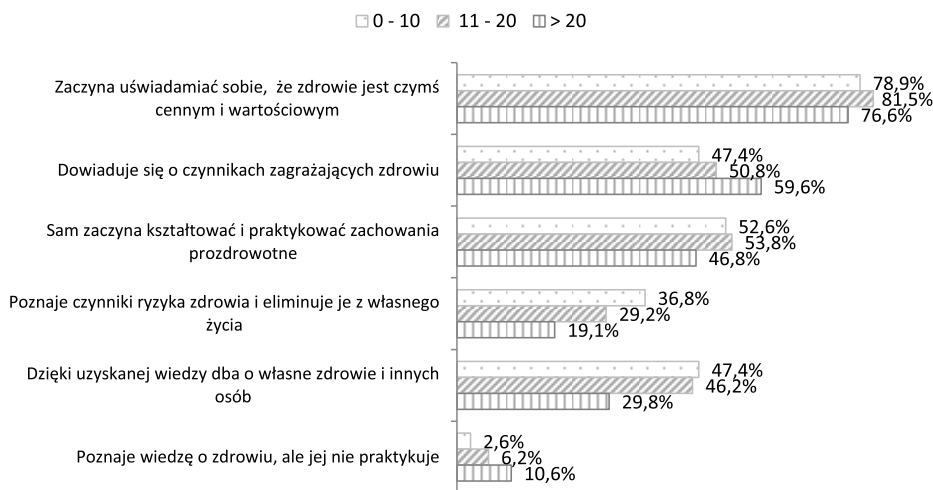
Ryc. 16. Korzyści czerpane przez uczniów z edukacji zdrowotnej według ankietowanych

Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 16a. Zróżnicowanie korzyści czerpanych przez uczniów z edukacji zdrowotnej według ankietowanych ze względu na płeć
(Wartość Chi kwadrat=7,9744, p=0,2400)

Źródło: opracowanie własne.



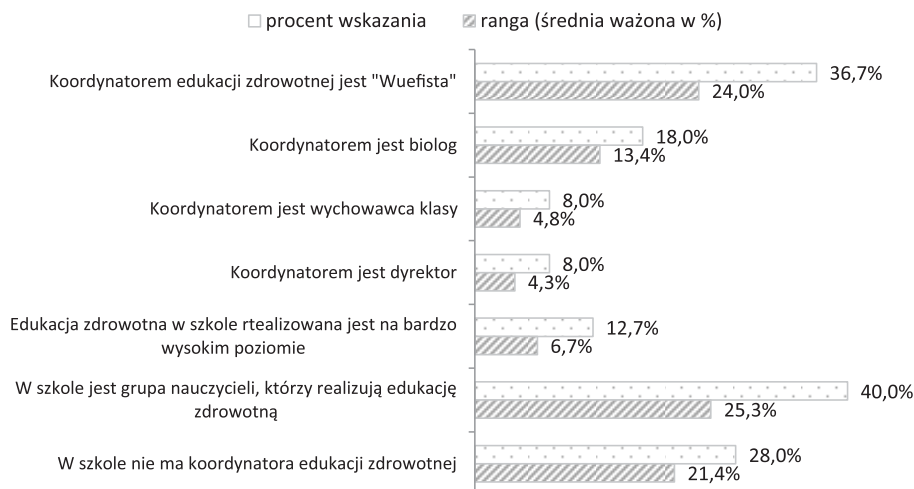
Ryc. 16b. Zróżnicowanie korzyści czerpanych przez uczniów z edukacji zdrowotnej według ankietowanych ze względu na staż pracy
(Wartość Chi kwadrat=18,6043, $p=0,0985$)

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowanie największa grupa spośród badanych nauczycieli (79,3%) twierdzi, że dzięki edukacji zdrowotnej dzieci i młodzież uświadamiają sobie, że zdrowie jest czymś cennym i wartościowym. Połowa respondentów jako korzyści edukacyjne wskazała: wiedzę uczniów na temat zagrożeń zdrowia, czyli czynników ryzyka, jak również nabycie umiejętności kształtowania i praktykowania zachowań zdrowotnych w codziennym życiu. Nieco mniej respondentów (41,3%) jest przekonanych, że przekazana uczniom wiedza o zdrowiu jest wykorzystana praktycznie w dbałości o zdrowie własne i innych. Co czwarty badany (28,0%) uważa, że znajomość czynników ryzyka przekłada się na ich eliminację z życia uczniów (ryc. 16).

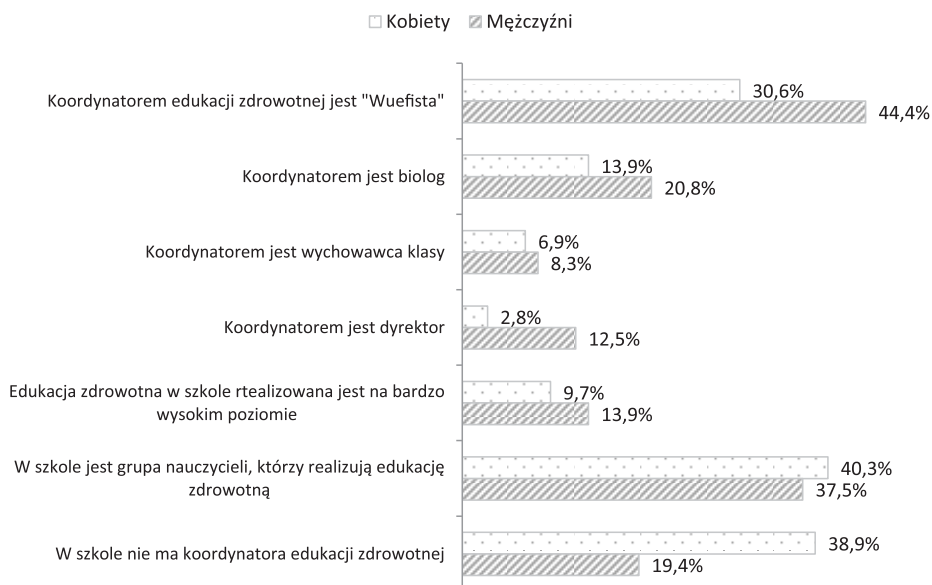
Korzyści czerpane przez uczniów z edukacji zdrowotnej według ankietowanych ze względu na płeć i staż pracy nie zostały zróżnicowane (ryc. 16a.), (ryc. 16b.).

Za ważną informację uznano aktualną sytuację edukacji zdrowotnej w szkole, w której badani pracują. Przedstawione wyniki ukazują sytuację edukacji zdrowotnej w szkołach, zarówno ogółem, jak z uwzględnieniem etapu nauczania (ryc. 17, ryc. 18).



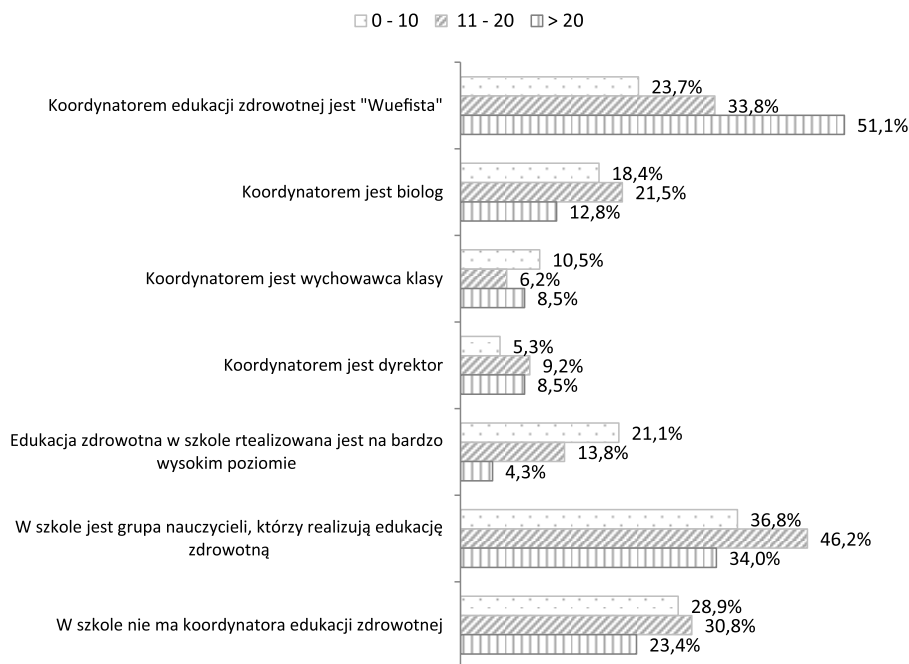
Ryc. 17. Obecna sytuacja edukacji zdrowotnej w szkołach, w których pracują badani nauczyciele wychowania fizycznego

Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 17a. Zróżnicowanie obecnej sytuacji edukacji zdrowotnej w szkołach, w których pracują badani nauczyciele wychowania fizycznego ze względu na płeć (Wartość Chi kwadrat=15,7935, $p=0,0270$)*

Źródło: opracowanie własne.

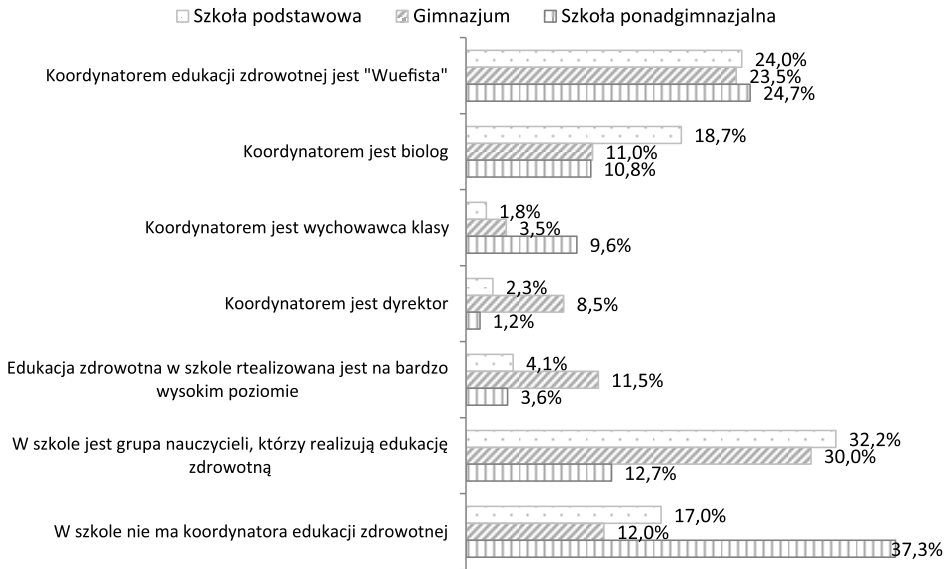


Ryc. 17b. Zróżnicowanie obecnej sytuacji edukacji zdrowotnej w szkołach, w których pracują badani nauczyciele wychowania fizycznego ze względu na staż pracy (Wartość Chi kwadrat=21,9454, $p=0,0797$)

Źródło: opracowanie własne.

Spośród wszystkich badanych, 36,7% stwierdziło, że wiodącą rolę w realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, w której pracują, pełni nauczyciel wychowania fizycznego. Według wskazań 18,0% osób funkcję tę pełni biolog, dalej odpowiednio wychowawca klasy (8,0%) i dyrektor (8,0%). Aż 28,0% ankietowanych stwierdziło, że w ich szkołach nie ma koordynatora edukacji zdrowotnej, a zdaniem 40,0% w ich szkole jest grupa nauczycieli, którzy realizują to zadanie (ryc. 17).

Zróżnicowanie obecnej sytuacji edukacji zdrowotnej w szkołach, w których pracują badani nauczyciele wychowania fizycznego ze względu na płeć jest zróżnicowane $p=0,0270$, (ryc. 17a.) natomiast ze względu na staż nie jest istotnie zróżnicowane (ryc. 17b.).

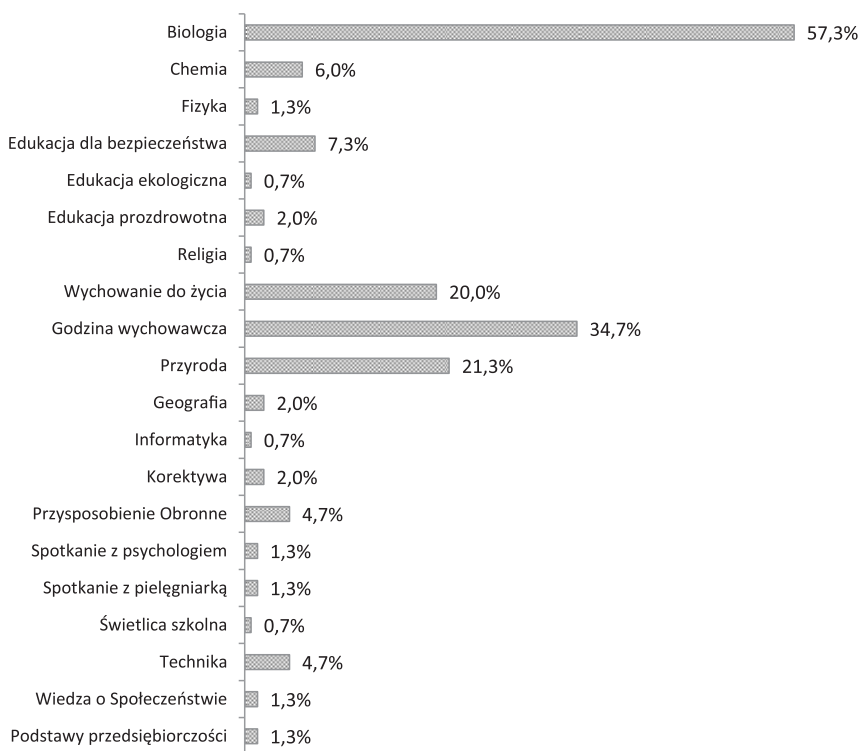


Ryc. 18. Aktualna sytuacja edukacji zdrowotnej w szkołach, w których pracują badani nauczyciele wychowania fizycznego, z uwzględnieniem rodzaju szkoły (szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła ponadgimnazjalna).

Źródło: opracowanie własne.

Wpływ na taki, a nie inny obraz sytuacji ma etap nauczania ponieważ podstawa programowa na każdym z nich obowiązywała w innym roku szkolnym. Szkoły ponadgimnazjalne dopiero od września 2012 roku funkcjonują zgodnie z nową podstawą programową. Zapewne to jest powodem tego, że aż 37,3% nauczycieli pracujących w liceach wskazało brak w szkole koordynatora edukacji zdrowotnej. W gimnazjach taką sytuację wskazało 12,0% ankietowanych, w szkole podstawowej 17,0% nauczycieli w f. Pełnienie przez nich funkcji szkolnego koordynatora wskazały zbliżone grupy ankietowanych z różnych poziomów edukacji: 24,0% ze szkoły podstawowej, 23,5%, z gimnazjum i 24,7% ze szkół ponadgimnazjalnych (ryc. 18).

Dopełnieniem obrazu sytuacji edukacji zdrowotnej w szkołach jest wskazanie innych przedmiotów poza wychowaniem fizycznym, na których w badanych szkołach jest ona obecnie realizowana. Dane te ilustruje rycina 19.

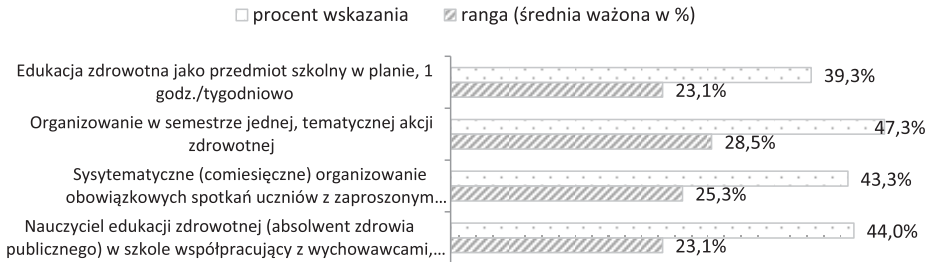


Ryc.19. Przedmioty, na których jest obecnie realizowana edukacja zdrowotna w szkołach zatrudniających badanych nauczycieli wychowania fizycznego

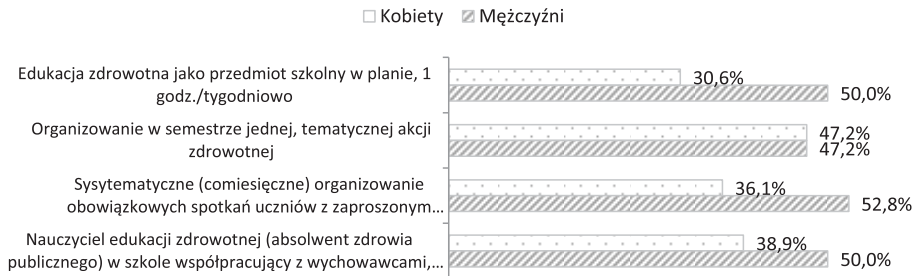
Źródło: opracowanie własne.

Edukacja zdrowotna w białskich szkołach jest realizowana, poza wychowaniem fizycznym, na takich przedmiotach jak: biologia (57,3%), godzina wychowawcza (34,7%), przyroda (21,3%) i w co piątej szkole na wychowaniu do życia w rodzinie (20,0%). W niewielkim zakresie wskazano również inne przedmioty (ryc. 19). Zapewne ta sytuacja ma bezpośredni związek z tym, kto pełni funkcję koordynatora edukacji zdrowotnej w szkole.

Na następnej rycinie przedstawiono procentowe udziały własnych pomysłów i wyobrażeń badanych, dotyczących sposobów organizacji i realizacji edukacji zdrowotnej w szkole (ryc. 20).

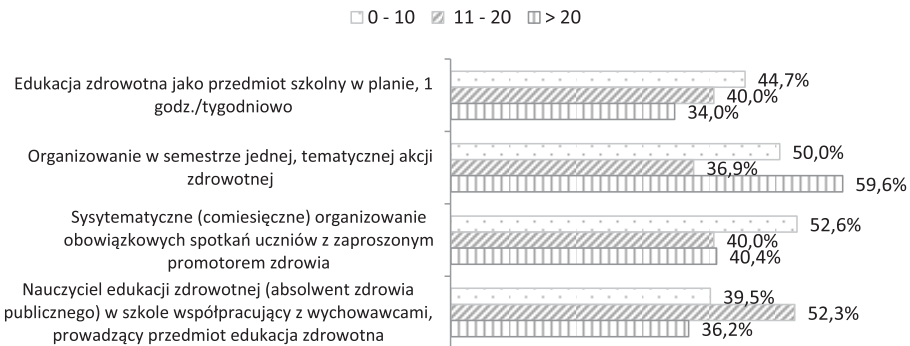


Ryc. 20. Zaproponowane przez respondentów sposoby realizacji edukacji zdrowotnej w szkole w przyszłości
Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 20a. Zróżnicowanie sposobów realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, w przyszłości, w zależności od płci badanych
(Wartość Chi kwadrat=10,1704, $p=0,0376$)*

Źródło: badania własne.



Ryc. 20b. Zróżnicowanie sposobów realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, w przyszłości, w zależności od stażu pracy badanych
(Wartość Chi kwadrat=5,2698, $p=0,7283$)

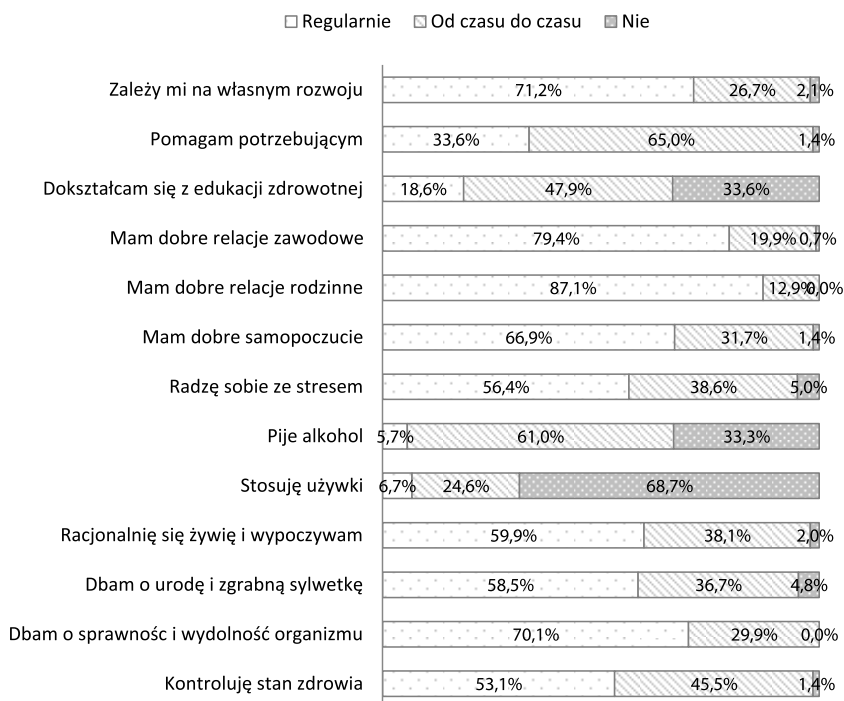
Źródło: badania własne

Największa grupa (47,3%) badanych nauczycieli wychowania fizycznego proponuje, aby raz w semestrze zorganizować w szkole akcję tematycznie związaną ze zdrowiem. Zdumiewająca jest ta postawa minimalizmu i powierzchowności, którą zaprezentowali respondenci. Dwie kolejne propozycje rozwiązań mają zbliżoną liczbę zwolenników, którzy proponują aby nauczycielem edukacji zdrowotnej w szkole był absolwent zdrowia publicznego (44,0%) i organizowanie raz w miesiącu obowiązkowych spotkań uczniów z promotorem zdrowia (43,3%). Co trzeci badany (39,3%) jest zwolennikiem wprowadzenia przedmiotu szkolnego z edukacji zdrowotnej realizowanego w formie 1godz./tygodniowo (ryc. 20). Obydwie zmienne nie różnicują statystycznie sposobów realizacji edukacji zdrowotnej w przyszłości, które proponują badani (ryc. 20a.), (ryc. 20b.).

Zróźnicowanie sposobów realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, według respondentów, które powinny być uwzględnione w przyszłości różnicuje płeć ($p=0,0376$), (ryc. 20a.). Zróźnicowanie nie występuje w zależności od stażu pracy badanych (ryc. 20b.).

Kolejna, 21 rycina przedstawia charakterystykę wybranych zachowań zdrowotnych „wuefistów” ze szkół w Białej Podlaskiej i okolicach. Według zaleceń psychologii społecznej, do atrybutów skutecznego nauczyciela należą: atrakcyjność, wiarygodność i pomysłowość. Oczywiście na talent pedagogiczny nie ma recepty, ale każda podpowiedź jest cenna. Według H. Grabowskiego „wymaga się, żeby nauczyciel był uzdolniony w dziedzinie, której naucza, a zarazem rozumiał uczniów niezdolnych. Oczekuje się od niego podwyższonego poziomu samooceny, a równocześnie skłonności do ustawicznego kształcenia i doskonalenia zawodowego. Chciałoby się, aby nauczyciel był zarówno osobą doświadczoną życiowo – co, jak wiadomo, przychodzi z wiekiem – jak i atrakcyjnym wzorem osobowym dla uczniów” [Grabowski 2004, s. 68].

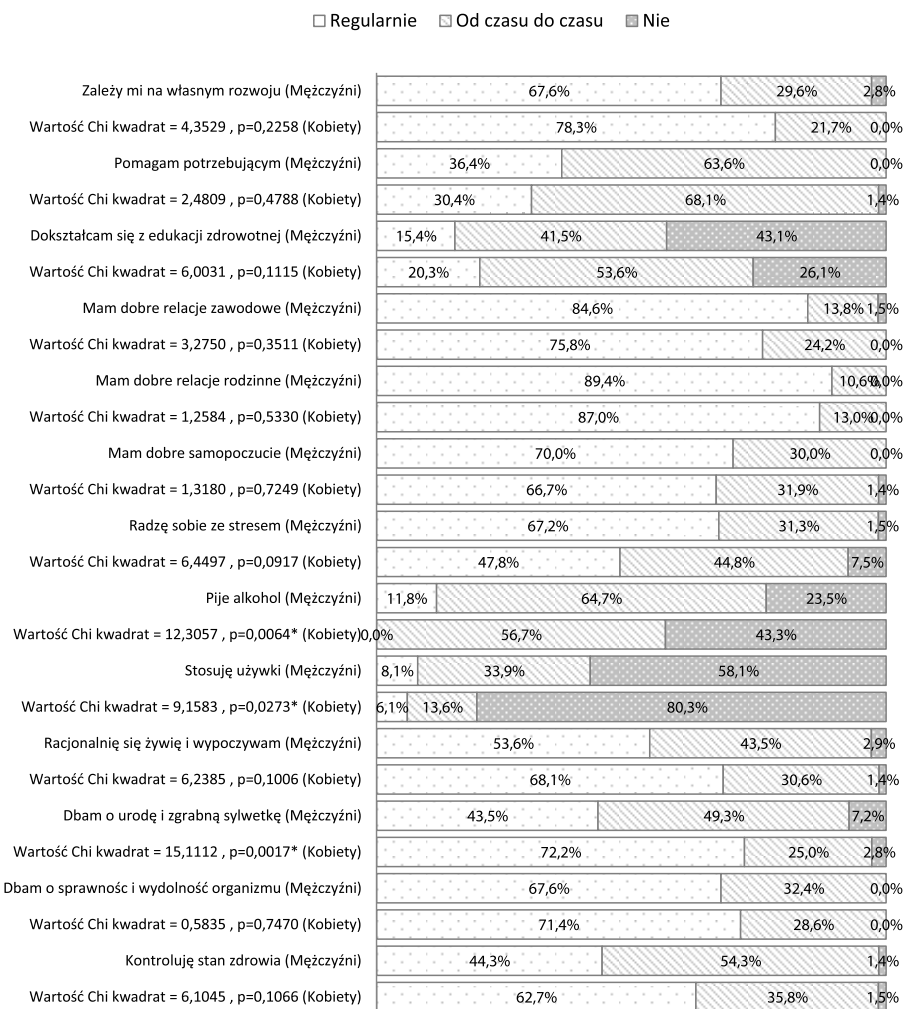
Wybrane cechy i zachowania zdrowotne badanych oraz częstotliwość ich przejawiania ukazują wyniki zamieszczone na rycinie 21.



Ryc. 21. Zachowania zdrowotne w stylu życia badanych nauczycieli wychowania fizycznego z uwzględnieniem częstotliwości

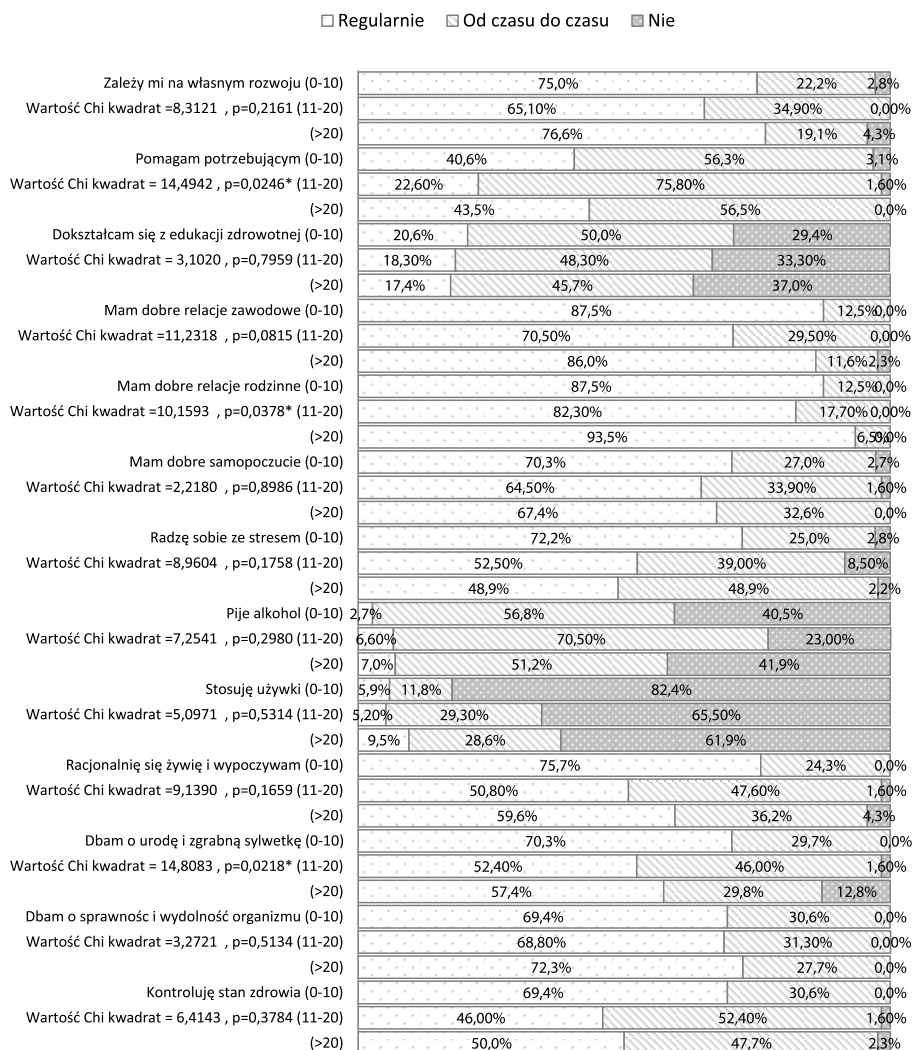
Źródło: badania własne.

*-istotne różnicowanie przy $p < 0,05$



Ryc. 21a. Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych badanych i ich częstotliwości ze względu na płeć, istotne różnice (picie alkoholu, stosowanie używek, dbanie o urodę i zgrabną sylwetkę) zaznaczono na rycinie gwiazdką (*)

Źródło: opracowanie własne.



*-istotne różnicowanie przy $p < 0,05$

Ryc. 21b. Różnicowanie zachowań zdrowotnych badanych i ich częstotliwości ze względu na staż pracy (0-10 lat, 11-20, powyżej 20 lat) . Istotne różnice (pomoc potrzebującym, relacje rodzinne, dbanie i urodę i zgrabną sylwetkę) zaznaczono na rycinie gwiazdką (*)

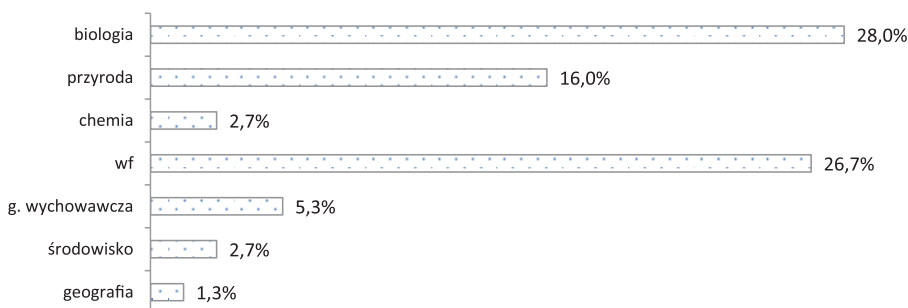
Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość respondentów to osoby mające dobre relacje rodzinne (87,1%) , zawodowe (79,4%), dbające o własny rozwój (71,2%), sprawność fizyczną i wydolność organizmu (70,1%), mające dobre samopoczucie (66,9%). Duża grupa ogółu racjonalnie się żywi i wypoczywa (59,9%), dba o urodę i sylwetkę (58,5%), radzi sobie ze stresem (56,4%) i kontroluje stan zdrowia (53,1%). W samoocenie zachowań badanych, występują też cechy, które nie są raczej pożądane w pracy nauczyciela edu-

kacji zdrowotnej. Są nimi: picie alkoholu (66,7%), stosowanie używek (31,3%), tylko sporadyczne dokształcanie się z edukacji zdrowotnej, do czego przyznaje się prawie połowa badanych (47,9%). Aż 65,0% spośród nich tylko od czasu do czasu udziela pomocy potrzebującym, a co trzeci nigdy nie dokształcał się z edukacji zdrowotnej (ryc.21).

Wśród zachowań zdrowotnych w stylu życia badanych, płeć różnicuje istotnie: picie alkoholu ($p=0,0064$), stosowanie używek ($p=0,0273$) i dbałość o urodę i zgrabną sylwetkę ($p=0,0017$), (ryc. 21a.). Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych ankietowanych ze względu na staż pracy jest istotne statystycznie w odniesieniu do: udzielania pomocy potrzebującym ($p=0,0246$), utrzymywania dobrych relacji rodzinnych ($p=0,0378$) i dbałości o urodę i zgrabną sylwetkę ($p=0,0218$), (ryc. 21.b.).

Wiedza z zakresu edukacji zdrowotnej to podstawa umiejętności, zachowań i postaw zdrowotnych każdego człowieka, a w przypadku koordynatora szkolnej edukacji zdrowotnej stanowi ona fundamentalną kompetencję. Kiedy, gdzie i w jakim zakresie tę wiedzę zdobywali badani, ukazał kolejne trzy ryciny (ryc. 22, ryc. 23, ryc. 24).

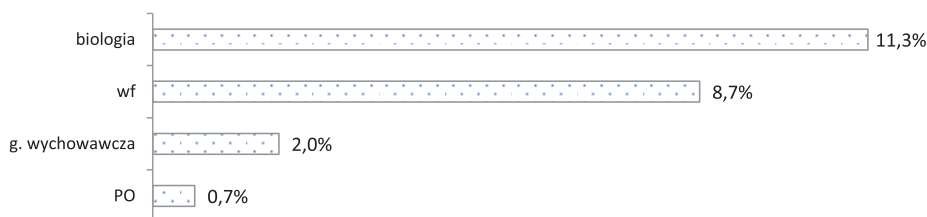


Ryc. 22. Przedmioty, na których badanym nauczycielom, podczas ich nauki w szkole podstawowej przekazywano wiadomości z edukacji zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Badani nauczyciele wskazali, że jeszcze w szkole podstawowej najwięcej dowiedzieli się o edukacji zdrowotnej na biologii, wychowaniu fizycznym i przyrodzie (28,0%, 26,7%, 16,0%). Wymienili również: godzinę wychowawczą (5,3%), chemię i środowisko (po 2,7%) (ryc. 22).

Przedmioty, które dostarczyły badanym wiedzy o edukacji zdrowotnej w gimnazjum, przedstawia rycina 23.

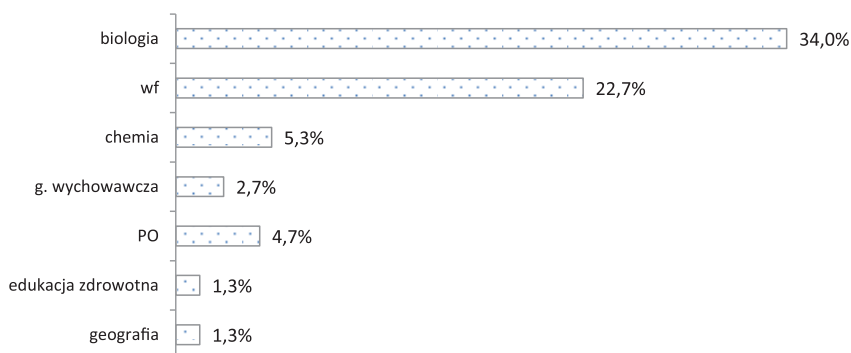


Ryc. 23. Przedmioty, na których badanym nauczycielom w gimnazjum przekazywano wiadomości z edukacji zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

W czasie, gdy badani uczyli się w gimnazjum, sytuacja edukacji zdrowotnej była podobna. Najwięcej wiadomości na temat zdrowia przekazano im na biologii (11,3%) i wychowaniu fizycznym (8,7%) nieco mniej na godzinie wychowawczej i przysposobieniu obronnym (ryc. 23).

Sytuację panującą w szkołach ponadgimnazjalnych ilustruje rycina 24.

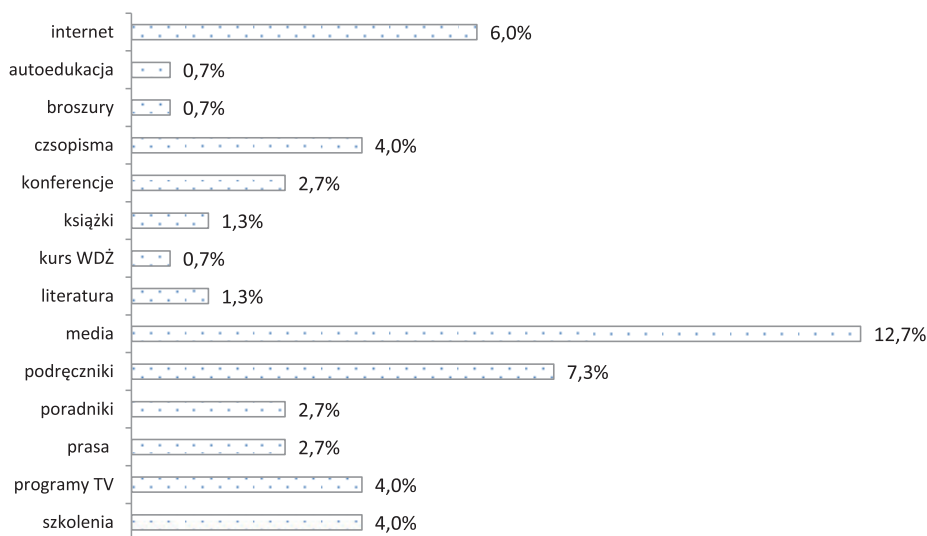


Ryc. 24. Przedmioty, na których badanym nauczycielom w szkołach ponadgimnazjalnych przekazywano wiadomości z edukacji zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Na trzecim etapie kształcenia badanych nauczycieli wiele przedmiotów dostarczało wiedzy z edukacji zdrowotnej. W największym zakresie była to biologia wskazana przez 34,0% ogółu ankietowanych, następnie wychowania fizyczne (22,7%). Nieco mniej osób wskazało chemię (5,3%), PO (4,7%) i godzinę wychowawczą (2,7%) (ryc. 24).

Za ważną uznano informację na temat aktualnych źródeł, z których badani czerpią wiedzę z edukacji zdrowotnej w postaci autoedukacji. Jest to wiedza, która wynika z potrzeby samouświadamienia zdrowotnego, pomagająca w utrwalaniu prozdrowotnych nawyków i eliminacji antyzdrowotnych. Źródła te ukażą dane procentowe zamieszczone na rycinie 25.

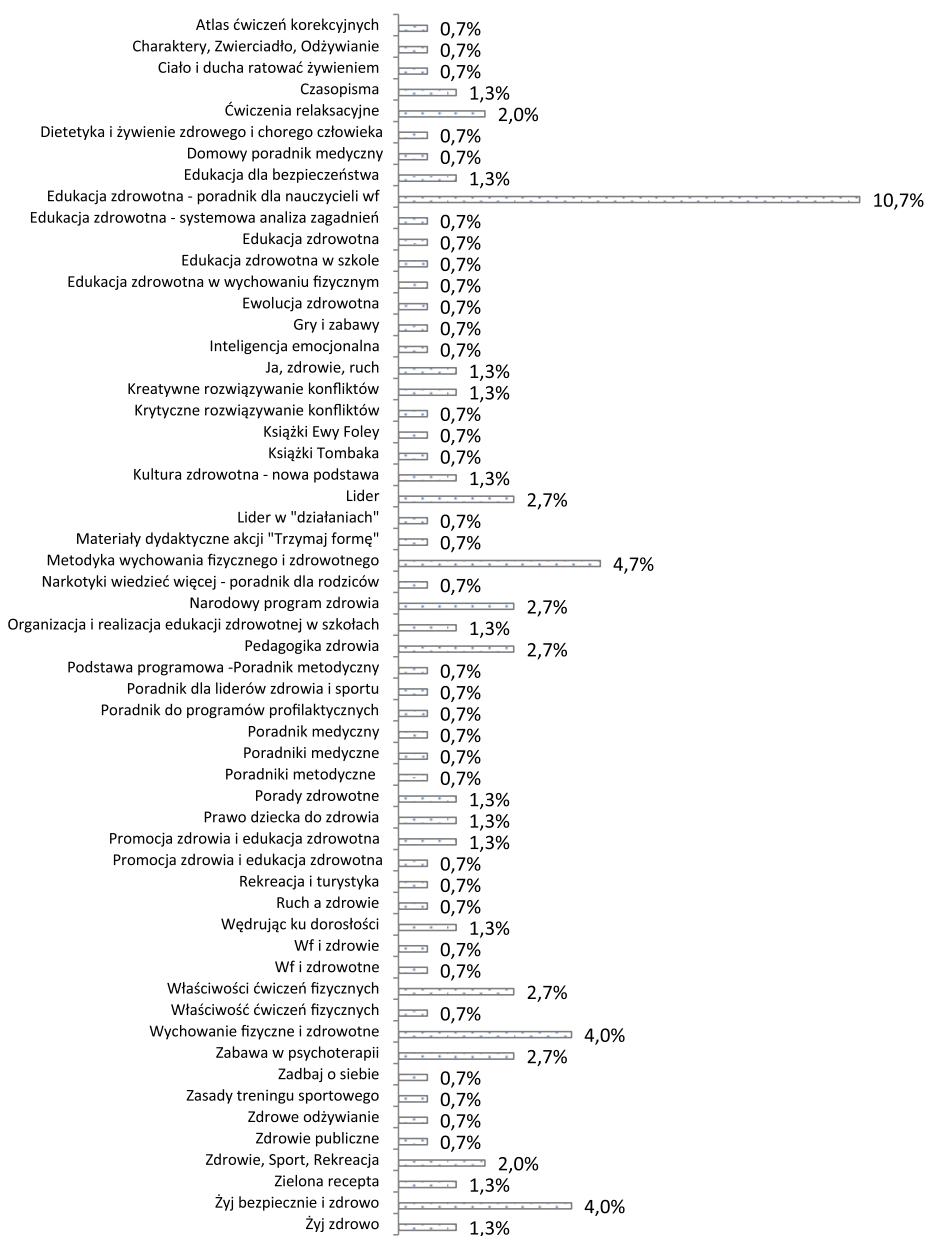


Ryc. 25. Źródła, z których badani nauczyciele wychowania fizycznego czerpali wiedzę na temat edukacji zdrowotnej, w ramach autoedukacji

Źródło: opracowanie własne.

Dane, przedstawione na rycinie 25 ukazują, że wśród źródeł wiedzy zdrowotnej, z których korzystają nauczyciele wychowania fizycznego dla zaspokojenia potrzeby autoedukacji, nie ma książek i czasopism naukowych. Wskazane źródła mają charakter popularno-naukowy i propagandowy. Należą do nich kolejno: media (12,7%), podręczniki (7,3%), Internet (6,0%), czasopisma, programy TV i szkolenia (po 4,0%), poradniki, prasa i konferencje (po 2,7%) (ryc.25).

Wiedza zdrowotna, która jest potrzebna nauczycielowi edukacji zdrowotnej, aby przekazać ją swoim uczniom, wymaga systematycznego aktualizowania i pogłębiania. Według Demela, heteroedukacja odwrócona oznacza sytuację, w której osoba wcześniej edukowana przez innych obecnie sama występuje w roli edukatora, oddziałując na środowisko społeczne, grupę, rodzinę, uczniów. Dlatego edukator nauczający zdrowia powinien posiadać aktualne i wszechstronne wykształcenie z dziedziny edukacji zdrowotnej i kompetencje zawodowe umożliwiające: dostosowanie się do nowych sytuacji, do dokonywania prozdrowotnych wyborów, do rozpoznawania własnych i innych osób zasobów dla zdrowia, radzenia sobie z problemami własnymi i innych oraz umiejętności umożliwiające zaspokajanie swoich i innych potrzeb, które warunkują zdrowie. Z jakich źródeł wiedzy zdrowotnej, na etapie hetero-edukacji odwróconej, czyli przygotowania się do nauczania zdrowia uczniów, korzystają badani nauczyciele wychowania fizycznego? Dane ilościowe służące do udzielenia odpowiedzi na postawione pytanie zamieszczono na rycinie 26. Książki i czasopisma, które wskazali respondenci jako wykorzystywane źródła wiedzy służące im do przygotowania się, tworzą różnorodne i szerokie spektrum publikacji.



Ryc. 26. Książki, podręczniki i czasopisma, z których przygotowują się badani wuefści do prowadzenia edukacji zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Największą popularnością wśród wuefistów nauczających edukacji zdrowotnej cieszy się poradnik, zatytułowany „Edukacja zdrowotna – poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego (10,7%). Jak wskazuje tytuł, nie jest to opracowanie naukowe, być może jest to poradnik metodyczny zawierający przykładowe scenariusze z edukacji zdrowotnej, jak ten autorstwa K. Pankowskiej-Koc i K. Szczepkowskiej [Pankowska-Koc, Szczepkowska 2011]. Dane ilościowe ukazujące rodzaje, tematy i tytuły źródeł wiedzy, które służą badanym do przygotowania się, do nauczania zdrowotnego dzieci i młodzieży, pozwalają sformułować następujące stwierdzenia: niewielu nauczycieli pełni funkcję edukatora zdrowia, ponieważ tylko nieliczni podali określone tytuły naukowych książek i czasopism z promocji i edukacji zdrowia. Co dziesiąty korzysta z poradników, 4,7% sięga do metodyki nauczania zdrowotnego, 4,0% pogłębia wiedzę z wychowania fizycznego i zdrowotnego oraz bezpieczeństwa. Kolejne źródła wiedzy, z których przygotowywało się 2,7% respondentów, to czasopismo Lider, Narodowy Program Zdrowia, Pedagogika zdrowia, Właściwości ćwiczeń fizycznych i Zabawa w psychoterapii. Ćwiczenia relaksacyjne, Zdrowie sport i rekreację wskazało po 2,0% ankietowanych. Inne pozycje zostały podane przez pojedyncze osoby (ryc. 26).

Wyniki te mogą świadczyć o rozproszonych i powierzchownych indywidualnych zainteresowaniach badanych, jeżeli chodzi o poszerzanie wiedzy zdrowotnej. Określone przez ankietowanych tytuły nie wskazują wartościowych naukowo książek, aktualnych raportów, sprawdzonych programów czy artykułów w czasopismach recenzowanych, których tak dużo w ostatnich latach pojawiło się na rynku księgarskim, w bibliotekach i Internecie. Pocieszające jest to, że tematyka zgłębianą przez tę niewielką grupę badanych wuefistów wykracza nieco poza teorię i metodykę wychowania fizycznego.

4.5. Dyskusja

Wyniki badań ukazują opinię badanych nauczycieli wychowania fizycznego pracujących w szkołach na terenie powiatu i miasta Biała Podlaska na temat wielu aspektów związanych bezpośrednio z kompetencjami do nauczania edukacji zdrowotnej w szkole. Respondenci na wiadomość o wiodącej roli edukacji zareagowali z zadowoleniem i zainteresowaniem, uważają, że przybędzie im obowiązków zawodowych bez podwyżki zarobków. Ponad połowa z nich nie czuje się w pełni przygotowana do nauczania edukacji zdrowotnej. Uważają, że profesjonalnej pomocy mogą im udzielić: doradcy metodyczni, władze oświatowe, dyrektor szkoły i inni nauczyciele. Oczekują też na bezpłatne podręczniki, programy, skierowania na szkolenia i przyznanie dodatku motywacyjnego.

Wyniki J. Nowocienia i M. Czechowskiego z 2010r. ukazały, że znajomości treści nowej podstawy programowej przez badanych nauczycieli gimnazjum jest wprost proporcjonalna do ich stażu zawodowego. Im dłużej pracuje nauczyciel, tym więcej wie na ten temat. Samoocena kompetencji w zakresie realizacji treści wychowania fizycznego przez ankietowanych była następująca: najwyższy poziom kompetencji (4,54) posiadają badani nauczyciele w dziedzinie realizacji zajęć sportowych, następnie bezpiecznej aktywności fizycznej i higieny osobistej (4,51) oraz sportów całego życia i odpoczynku (4,37). Swoją umiejętność diagnozy sprawności i rozwoju fizycznego ocenili na poziomie 4,22, a treningu zdrowotnego na poziomie 4,0, podczas gdy najmłodszy stażem na 3,77. Badani zaaprobowali 30-godzinny moduł

edukacji zdrowotnej, ale krytycznie oceniali sposób jego wdrażania, brak doksztalcania, podręczników i to, że zajęcia z edukacji zdrowotnej niejako zabierają lekcje przeznaczone na aktywność fizyczną [Nowocień, Czechowski 2011, s. 8-18].

P. F. Nowak przedstawił wyniki badań z 2011r. ukazujące opinie uczniów na temat koncepcji wychowania fizycznego realizowanego w ich szkole. Badani uczniowie stwierdzili, że edukacja zdrowotna w ich szkole jest prowadzona bardzo rzadko. Podczas lekcji nieczęsto mówi się o zdrowiu, tak uważa 13,0% dziewcząt i 19,0% chłopców. Co piąty chłopiec wyraża opinię, że szkolne wychowanie fizyczne nie ma żadnego wpływu na zdrowie człowieka. Z ogółu badanych nauczycieli 79,3% twierdzi, że dzięki edukacji zdrowotnej dzieci i młodzież uświadamiają sobie, że zdrowie jest czymś cennym i wartościowym. Połowa respondentów jako korzyści edukacyjne wskazała: wiedzę uczniów na temat zagrożeń zdrowia, czyli czynników ryzyka, jak również nabycie umiejętności kształtowania i praktykowania zachowań zdrowotnych w codziennym życiu. Dla 38,0% dziewcząt i 31,0% chłopców nauczyciel wychowania fizycznego jest wzorem zdrowego stylu życia [Nowak 2011]. Według wyników autorki nauczyciel jako wzór zdrowego stylu życia praktykuje najczęściej takie zachowania zdrowotne jak: dobre relacje rodzinne (87,1%) i zawodowe (79,4%), dbałość o własny rozwój (71,2%), sprawność i wydolność (70,1%), co drugi badany: racjonalnie się żywi i wypoczywa, dba o urodę i sylwetkę, radzi sobie ze stresem i kontroluje stan zdrowia.

Autor przedstawił także opinie nauczycieli różnych przedmiotów z województwa opolskiego na temat poziomu realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Badani nauczyciele potwierdzili, że w ich szkołach są prowadzone różne akcje i programy promocji zdrowia. Nauczyciele z krótszym stażem zawodowym gorzej ocenili edukację zdrowotną w szkołach niż dłużej pracujący. Blisko połowa badanych wykazuje zainteresowanie edukacją zdrowotną, jednak nie potrafią opisać programu promocji zdrowia realizowanego w ich szkole [Nowak 2012].

W badaniach autorki aż $\frac{3}{4}$ ogółu przejawia zainteresowanie, połowa uważa, że jest przygotowana do nauczania edukacji zdrowotnej uczniów, ale tylko co piąty rozpoczął doksztalcenie zdrowotne. Status edukacji zdrowotnej w podstawie programowej odpowiada jednemu z modeli zaproponowanych przez Światową organizację Zdrowia według którego przedmiotem wiodącym jest wychowanie fizyczne, a treści rozproszone w różnych przedmiotach. Skuteczna realizacja tego modelu wymaga dobrego przygotowania wszystkich nauczycieli w tym zakresie, a szczególnie nauczycieli wychowania fizycznego. Studenci kończący AWF w Krakowie twierdzą, że są gotowi do realizacji edukacji zdrowotnej, uzasadniają również potrzebę praktyk w szkole [Wrona – Wolny, Makowska 2011:477-483]. Badani wuefiści - Białczanie deklarują potrzebę dodatkowego wykształcenia ze zdrowia fizycznego, umiejętności tworzenia środowiska zdrowotnego, stosowania metod i technik aktywizujących, zdrowia psychicznego, a w szczególności kształtowania i przejawiania umiejętności życiowych.

Wyniki badań H. Wiśniewskiej-Śliwińskiej i współautorów, prowadzonych wśród nauczycieli wychowania fizycznego z woj. małopolskiego i śląskiego, ukazały, że zdecydowana większość respondentów (74,2%) popiera dotychczasowy sposób realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Prawie połowa ogółu (41,7%) określa swoją wiedzę o zdrowiu na wysokim poziomie, natomiast tylko 1,3% oceniło posiadane przygotowanie metodyczne na bardzo dobrym poziomie, 69,5% jako przeciętne, 23,8% jako niewielkie. Przyznali, że potrzebują w tym zakresie pomocy od innych nauczycieli i dyrekcji. Treściami, których realizacja sprawia badanym najwięcej problemów, były: zdrowie psychospołeczne, pierwsza pomoc i edukacja seksualna. Problemu dydaktycznego nie

stanowiła natomiast realizacja tematu z aktywności ruchowej i zasad bezpieczeństwa. Badani nauczyciele nie przejawiają dużego zainteresowania doksztalcaniem z edukacji zdrowotnej [Wiśniewska-Śliwińska, Marcinkowski, Wiśniewski 2010].

Według wyników, 1/3 białskich nauczycieli realizowało dotychczas edukację zdrowotną w szkole przy pomocy takich technik jak: konkursy, quizy wiedzy o zdrowiu, akcje zdrowotne, plakaty profilaktyki zagrożeń i filmy o zagrożeniach zdrowotnych. Wydaje się, że wymienione techniki mogą towarzyszyć lub wspierać szkolną edukację zdrowotną, ale to za mało, aby same konkursy, plakaty, filmy, quizy zrealizowały program. Jeżeli chodzi o aktualne przygotowanie to 44,7% ogółu uważa że są dobrze przygotowani do nauczania edukacji zdrowotnej, 56,7% nie jest do tego przygotowana, a 20,0% już się dokształca na temat zdrowia. Uogólniając, można stwierdzić, że tylko 20,0% nauczycieli wychowania fizycznego myśli poważnie o podjęciu nowego wyzwania. Podobnie jak badani przez Wiśniewską-Śliwińską pomocy i wsparcia oczekują od dyrekcji i innych nauczycieli, Białczanie jako osoby mogące im pomóc wskazali doradców metodycznych i władze oświatowe. Oczekują również, że otrzymają bezpłatne poradniki i programy (76,7%), skierowanie na refundowane szkolenia z edukacji zdrowotnej (60,0%) i rozpoczną współpracę z lekarzem i pielęgniarką (42,7%).

Uzasadniona potrzeba jaką jest przygotowanie nauczycieli do edukacji zdrowotnej została uwzględniona w nowych standardach kształcenia nauczycieli. W styczniu 2012 roku ukazało się Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela. Są to jedyne standardy w szkolnictwie wyższym. Zdaniem B. Woynarowskiej należy to uznać za wyraźny postęp w stosunku do dotychczasowych standardów. Jednak obserwacje wskazują, że wielu nauczycieli akademickich kształcących pedagogów i nauczycieli nie docenia potrzeby edukacji zdrowotnej lub preferuje tradycyjne podejście, ukierunkowane na przekazywanie wiedzy o zdrowiu. A jeszcze częściej o chorobach. W tej sytuacji trudno będzie przygotować przyszłych nauczycieli do realizacji edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży zgodnie z jej celami zapisanymi w komentarzu do podstawy programowej przedmiotu wychowania fizycznego [MEN, 2009, s. 56-57]. Podstawowe zadania szkolnego koordynatora edukacji zdrowotnej to: koordynowanie realizacji edukacji zdrowotnej w ramach poszczególnych przedmiotów, uzgadnianie wdrażania dodatkowych programów edukacyjnych w ścisłym powiązaniu z zapisami w podstawie programowej, opracowanie lub wybór programów o sprawdzonej jakości, współdziałanie z pielęgniarką szkolną, pedagogiem szkolnym oraz innymi organizacjami oferującymi szkole różne programy edukacyjne i profilaktyczne zwłaszcza stacją sanitarno-epidemiologiczną, organizowanie i prowadzenie wewnętrznego doskonalenia nauczycieli i szkoleń dla innych pracowników szkoły w zakresie edukacji zdrowotnej. Liczne kontakty z nauczycielami różnych przedmiotów wskazują że nie postrzegają oni swojej roli w edukacji zdrowotnej [Woynarowska 2008, s. 60, 2012a, s. 4-10].

Należy stwierdzić, że z przedstawionych wyników własnych i innych autorów wynika się smutny portret edukatora zdrowia w szkole, pozbawionego determinacji ukończenia dodatkowego kierunku studiów, np. ze zdrowia publicznego, ratownictwa medycznego czy promocji zdrowia, czytającego naukowe publikacje i śledzącego aktualne raporty stanu zdrowia i jego zagrożeń. Badani to osoby przekonane o posiadaniu odpowiednich kompetencji z edukacji zdrowotnej, i nieprzejawiające chęci do samodzielnego podejmowania trudu doksztalcania, przyjmowania bezinteresownie nowych obowiązków, uważający że wsparcie materialne, intelektualne, organizacyjne i motywacyjne powinni otrzymać od Dyrekcji, władz oświatowych i innych nauczycieli.

4.6. Wnioski

Podsumowanie szczegółowych wyników badań własnych pozwala sformułować następujące wnioski końcowe:

1. Nauczyciele wychowania fizycznego ze szkół w Białej Podlaskiej i okolicach na wiadomość o wiodącej roli wychowania fizycznego w realizacji edukacji zdrowotnej zareagowali zadowoleniem i zainteresowaniem, lecz uważają, że przybędzie im obowiązków zawodowych bez podwyżki zarobków.
2. Ponad połowa badanych nie czuje się w pełni przygotowana do realizacji edukacji zdrowotnej. Nieco mniej uważa wprost przeciwnie, że są dobrze przygotowani. Mniejszość z nich interesuje poszerzenie wiedzy na temat zdrowia fizycznego, sposobów tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu, metod aktywizujących oraz zdrowia psychicznego i społecznego.
3. Profesjonalnej pomocy koordynatorom mogą, zdaniem badanych, udzielić: doradcy metodyczni, władze oświatowe, dyrektor szkoły i inni nauczyciele. Oczekiwana pomoc dotyczy bezpłatnych poradników, programów, skierowania na szkolenie i przyznania stałego dodatku motywacyjnego, nagrody.
4. Dotychczas badani nauczyciele przekazywali treści zdrowotne organizując konkursy i quizy o zdrowiu, wieszając plakaty i wyświetlając filmy, jako miejsca realizacji wskazując obiekty sportowe i plener.
5. Do korzyści z edukacji zdrowotnej, które czerpią uczniowie, ankietowani zaliczyli: uświadomienie sobie, że zdrowie jest cenną wartością, poznanie zagrożeń zdrowia i umiejętność praktykowania przez nich zachowań zdrowotnych.
6. Obecna sytuacja w szkołach badanych jest taka, że w co piątą koordynatorem edukacji zdrowotnej jest wuefista i funkcjonuje grupa nauczycieli zaangażowana w realizację treści. Poza wychowaniem fizycznym, tematy zdrowotne podejmuje się na biologii, godzinie wychowawczej, przyrodzie i wychowaniu do życia w rodzinie.
7. Ankietowani są zdania, że w ramach edukacji zdrowotnej należy organizować raz w semestrze tematyczną akcję zdrowotną, comiesięczne spotkania uczniów z promotorami zdrowia, a przedmiot ten powinni prowadzić absolwenci zdrowia publicznego.
8. Samoocena zachowań zdrowotnych wykazała, że większość badanych ma dobre relacje rodzinne, dba o własny rozwój, sprawność, urodę, sylwetkę, racjonalne żywienie, wypoczynek, radzi sobie ze stresem, i kontroluje zdrowie. Większość od czasu do czasu pomaga potrzebującym, pije alkohol i doskonali się z edukacji zdrowotnej. Niewielu stosuje używki.

Wśród źródeł wiedzy zdrowotnej nauczycieli wychowania fizycznego na poziomie heteroedukacji wymieniono wychowanie fizyczne, biologię, godzinę wychowawczą, chemię i PO, a na poziomie autoedukacji – podstawowymi źródłami wiedzy zdrowotnej były media elektroniczne i drukowane. Tylko co dziesiąty z respondentów pogłębia swoją wiedzę dla potrzeby nauczania zdrowotnego, czyli wystąpienia w roli edukatora (heteroedukacja odwrócona).

Jeżeli chodzi o weryfikację hipotezy, która zakładała, że z płcią i staż pracy wuefistów różnicują istotnie opinie badanych na podjęte zagadnienia szczegółowe charakteryzujące kompetencje koordynatora edukacji zdrowotnej w szkole to została częściowo potwierdzona. Płeć badanych różnicuje istotnie: samoocenę kwalifikacji i kompetencji, rodzaje treści, z których chcieliby się badani nauczyciele doskonalić,

metody i techniki dydaktyczne stosowane w nauczaniu edukacji zdrowotnej, stan obecnej sytuacji edukacji zdrowotnej w szkole oraz sposoby, które zaproponowali wuefiści do zastosowania w przyszłości w nauczaniu zdrowotnym. W zachowaniach zdrowotnych stylu życia badanych płeć różnicuje: picie alkoholu, stosowanie używek i dbanie o urodę i sylwetkę.

Staż pracy badanych różnicuje istotnie: reakcje emocjonalne i zainteresowanie rolą koordynatora oraz zmiany, które dotyczą tych, którzy zostaną koordynatorami edukacji zdrowotnej w szkole. W zachowaniach zdrowotnych stylu życia staż pracy różnicuje pomaganie potrzebującym, relacje rodzinne i dbanie o urodę i sylwetkę.

Sylwetka koordynatora edukacji zdrowotnej nauczającego uczniów w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych w powiecie i mieście Biała Podlaska wykreowana przez autorkę na podstawie wyników badań.

Cechy charakteryzujące koordynatora zgodne są z opinią większości badanych wuefistów i ukazują, że jest to osoba pracująca w szkole ponad 10 lat, zatrudniona na etacie nauczyciela dyplomowanego, pracująca w szkole z dobrymi warunkami do realizacji wychowania fizycznego. Jest zadowolona i zainteresowana szansą pełnienia w szkole roli koordynatora edukacji zdrowotnej zastanawia ją, komu Dyrekcja proponuje to stanowisko. Jest świadoma tego, że jeśli otrzyma ten prestiżowy awans to przybędzie jej obowiązków, ale jednocześnie umożliwi nawiązanie współpracy z innymi nauczycielami. Nie czuje się w pełni przygotowana do bycia liderem zdrowotnym w szkole, ale wierzy że otrzyma pomoc od: doradcy metodycznego, władz oświatowych, nauczycieli, wychowawców i dyrektora. Jest to osoba przekonana o tym, że uzyska również inne formy pomocy takie jak: bezpłatne poradniki, programy plany, skierowania na szkolenie, a czasami możliwość współpracy z lekarzem i pielęgniarką. Jej zdaniem pełnienie roli koordynatora związane jest z dodatkiem motywacyjnym, delegacjami zawodowymi zrefundowanym doksztalcaniem, co wymaga odciążenia z innych funkcji społeczno-zawodowych. Uważa, że dobrze byłoby zdobyć dodatkowe wykształcenie: ze zdrowia fizycznego, tworzenia środowiska zdrowotnego, metod i technik aktywizujących, zdrowia psychicznego, a w szczególności umiejętności życiowych. Ma za sobą pewne doświadczenia w nauczaniu edukacji zdrowotnej ponieważ - organizowała konkursy, quizy o zdrowiu, wyświetlała filmy, wieszała plakaty i realizowała akcje zdrowotne. Łączyła to z dotychczasową pracą na obiektach sportowych i w plenerze, od czasu do czasu w sali lekcyjnej. Uważa, że edukacja zdrowotna uświadamia uczniom wartość

i cenę zdrowia, ukazuje czynniki ryzyka i kreuje indywidualne zachowania prozdrowotne, powoduje, że uczniowie zaczynają dbać o zdrowie. Choć obecnie tylko co trzecia szkoła ma koordynatora edukacji zdrowotnej, to jest nadzieja na to, że wuefista jako koordynator przy pomocy grupy nauczycieli zadba o wdrożenie edukacji zdrowotnej do szkoły. Zgodnie z założeniami ministra mamy na to czas do 2015 roku. W przyszłości chciałaby edukację zdrowotną realizować w formie akcji zdrowotnych i spotkań z promotorami zdrowia - raz w semestrze. Jako dobre rozwiązanie uważa zatrudnienie w szkole absolwenta zdrowia publicznego.

Jestem przekonana o tym, że powyższa charakterystyka koordynatora edukacji zdrowotnej w szkole ukazuje osobę, która zdecydowanie nie przyczyni się skutecznie do poprawy stanu zdrowia uczniów teraz i w przyszłości. Należy stwierdzić, że z przedstawionych wyników własnych i innych autorów wyłania się smutny portret edukatora zdrowia w szkole, pozbawionego determinacji ukończenia dodatkowego kierunku studiów, np. ze zdrowia publicznego, ratownictwa medycznego czy promocji zdrowia. Nieczytającego naukowych książek, czasopism, nieśledzącego aktualnych raportów stanu zdrowia i jego zagrożeń. Badani to osoby przekonane o posiadaniu odpowiednich kompetencji z edukacji zdrowotnej, i nieprzejawiające chęci do samodzielnego podejmowania trudu dokształcania, przyjmowania bezinteresownie nowych obowiązków, uważający, że wsparcie materialne, intelektualne, organizacyjne i motywacyjne powinni otrzymać od Dyrekcji, władz oświatowych i innych nauczycieli.

KULTURA ZDROWOTNA EFEKTEM EDUKACJI ZDROWOTNEJ

5.1. Kultura i zdrowie

Kultura człowieka, jako ogół posiadanych dóbr duchowych, w tym świadomych zachowań, które przejawia, może być opisywana z perspektywy wybranego obszaru życia jednostki. Tymi obszarami mogą być przykładowo etapy rozwoju człowieka, płeć, środowiska społeczne, dziedziny nauki i sztuki lub inne uwarunkowania jego funkcjonowania. Zdrowie, zainteresowania zdrowotne, nastawienia emocjonalne, wiedza na jego temat, umiejętności, zachowania i obyczaje z nim związane, to tylko podstawowe przejawy kultury człowieka wobec zdrowia. Kształtowaniem kultury człowieka, po rodzinie, w bardzo dużym stopniu zajmuje się szkoła. Wiedza, umiejętności, kwalifikacje i kompetencje nabywane na różnych etapach edukacji formalnej i nieformalnej kształtują zachowania i nawyki przejawiane w codziennym życiu. Dodając do tego wartości, zasady, nastawienia, przekonania i dorobek materialny, otrzymamy całokształt kultury każdego z nas.

Ze źródeł encyklopedycznych dowiadujemy się, że kulturę stanowi całość ludzkich urzeczywistnień twórczych. W związku z tym przyjęto, że kultura jako zjawisko związane z człowiekiem to kultura osoby, którą stanowi to, co poszczególni ludzie sobie przyswoili [Nagórny, Jeżyna 2005].

Kultura odnosi się do wszystkich wymiarów życia człowieka, stanowi również regulator aksjologiczny i normatywny współżycia społecznego. W danym społeczeństwie na określonym etapie rozwoju cywilizacyjnego występuje znaczne zróżnicowanie poglądów dotyczących kryteriów zdrowotnych, zagrożeń zdrowia, zdrowia jako wartości, zróżnicowań stylów życia w różnych grupach i warstwach społecznych, zróżnicowań w postawach wobec osób chorych i niepełnosprawnych, wyobrażeń o zdrowiu i chorobie, ogólnej wiedzy o zdrowiu. Możemy mówić o kulturze zdrowotnej, że składa się na nią system wartości przypisywanych zdrowiu obiektywnemu i subiektywnemu, indywidualnemu i publicznemu. Przejawia się ona w świadomej regulacji stosunków człowiek – środowisko, w poczuciu odpowiedzialności za własne i publiczne zdrowie oraz uwrażliwieniu na potrzeby zdrowotne, zwłaszcza ludzi potrzebujących pomocy [Tobiasz-Adamczyk 2000].

A. Kłoskowska, używając określenia „kulturowe wzory zachowań” ukazuje te zachowania, które są społecznym nawykiem, odznaczają się (mającą swe źródło w procesie uczenia się) regularnością oraz wykazują zdolność generalizowania reakcji odnoszonych do określonych podmiotów. Wzory te przyswajane są w toku socjalizacji i stosowane w różnych sytuacjach, niezależnie od miejsca i okoliczności towarzyszących ich kontekstowi. Autorka wyróżnia dwa typy zachowań – bezpośrednie i symboliczne. Czynności bezpośrednie to „zachowania polegające na manipulacji własnym ciałem i wszystkimi przedmiotami zewnętrznymi do osiągnięcia bezpośrednich, obiektywnych rezultatów tych manipulacji.” Należą do nich zwyczaje żywieniowe, nawyki higieniczne, zachowania rekreacyjne, zachowania medyczne

i inne oraz czynności składające się na kulturowe wzory zachowań antyzdrowotnych. Natomiast zachowania symboliczne jedynie przekazują jakieś znaczenie lub wyrażają wartość, są związane z kulturą zdrowia psychospołecznego i symbolicznymi przejawami kultury ciała, obserwowane w ramach kultury sportowej, cyrkowej czy taneczno-baletowej [Kłoskowska 2011, s. 81-83].

Bogusz, rozważając społeczno-kulturowy kontekst postrzegania zdrowia jako wartości stwierdziła, że analiza wpływu kultury na zdrowie i realizację zachowań zdrowotnych prowadzi do następujących konstatacji:

- kultura danej społeczności stanowi punkt odniesienia w ocenie zdrowia jako jednej z wartości życiowych;
- potoczne określenia zdrowia i choroby uwarunkowane są kulturowo;
- kultura kształtuje wzory zachowań w zdrowiu i chorobie;
- kultura określa normy dotyczące zdrowia i choroby [Bogusz 2004].

W kulturze zdrowotnej społeczeństw szczególnie miejsce należy przyznać ujawnianym przez ich członków zachowaniom kulturowym związanych ze zdrowiem, które E. Roman określa mianem kulturowych wzorów zachowań zdrowotnych. Są to społecznie ujawniane sposoby chronienia (odtworzenia, tworzenia, utrwalania, modyfikacji itp.) zdrowia jako wartości uznawanej w danej grupie społecznej, przekazywane z pokolenia na pokolenie mechanizmem socjalizacji, bądź kreowane i utrwalane w sytuacjach społecznych [Roman 1994].

Rodzinna edukacja zdrowotna, realizowana zazwyczaj intuicyjnie w oparciu o „pedagogikę serca” matki zatroskanej o dobro bliskich, w tym przede wszystkim o zdrowie, to początek podróży każdego z nas w świat kultury zdrowotnej. Kontynuację kształcenia zdrowotnego w następnej kolejności podejmuje szkoła, media, rówieśnicy i system ochrony zdrowia. Całościowym efektem tych wychowawczych, edukacyjnych, socjalizacyjnych i kulturowych działań zdrowotnych adresowanych do dzieci i młodzieży są określone postawy wobec zdrowia przejawiające się w zachowaniach zdrowotnych i stylu życia.

Autorka zakładając, że kultura zdrowotna osoby to efekt edukacji zdrowotnej, podjęła próbę ukazania praktycznych przejawów kultury zdrowotnej obserwowanych w codziennym życiu z perspektywy stylu życia i wybranych postaw wobec zdrowia własnego i innych, będących zachowaniami osób w wymiarze emocjonalnym, intelektualnym i dyspozycyjnym. Dla realizacji tego celu posłużono się analizą dostępnej literatury z wychowania zdrowotnego, pedagogiki zdrowia, psychologii behawioralnej, filozofii kultury fizycznej, edukacji zdrowotnej i zdrowia publicznego.

5.2. Kultura zdrowotna według wybranych autorów

W literaturze podejmującej temat kultury zdrowotnej na przestrzeni kilku ostatnich dekad wśród autorów prym wiedzie dorobek naukowy Zygmunta Jaworskiego. Zdaniem autora, pionierem w nadaniu rangi pojęciu kultury zdrowotnej był prawdopodobnie K. Sosnowski, który dokonał tego w 1917 roku. Kolejnym autorem-prekursorem, posługującym się w swojej publikacji kulturą zdrowotną, był B. Kożusznik. Sam Jaworski uważa, że:

Pojęcie „kultura zdrowotna” jest pojemne, uniwersalne, adekwatne do współczesnych potrzeb, stanowi swego rodzaju zwornik czy wspólny mianownik takich pojęć, jak: higiena, higiena szkolna, wychowanie zdrowotne, edukacja zdrowotna czy prozdrowotna.

W innym miejscu, gdzie autor wyjaśnia pojęcia i podstawowe zakresy kultury zdrowotnej w jej ogólnospołecznym znaczeniu napisał, że kultura zdrowotna (turysty) to najbardziej pojemne określenie tego wszystkiego, co wiąże się z niezbędnymi zachowaniami w trosce o zdrowie i życie własne oraz publiczne [Jaworski, 2005, s. 39-46 2008, s. 125-138, 2009, s. 109-122].

Zatem kultura zdrowotna jest pojęciem znanym i opisywanym od wielu lat, jednak popularności przysporzyła mu definicja M. Demela i K. Zuchory z 1975 roku. Według autorów:

Na kulturę zdrowotną składa się system wartości przywiązanych do zdrowia fizycznego i psychicznego, obiektywnego i subiektywnego, jednostkowego i publicznego. Kultura ta przejawia się w higienicznej organizacji środowiska, świadomym regulowaniu relacji człowiek-środowisko, w reżimie życia, słowem w tym wszystkim, co Grzegorz Piramowicz trafnie nazwał „*obyczajami co do zdrowia*”. W aspekcie wychowawczym kultura zdrowotna polega przede wszystkim na świadomej i stałej pracy nad sobą, na poczuciu odpowiedzialności za zdrowie własne i publiczne oraz wrażliwości na potrzeby zdrowotne, a zwłaszcza cierpienia drugiego człowieka [Demel, Zuchora 1975, s. 146-149].

Definicja ta, jak już wcześniej wspomniano, służy wielu autorom piszącym na temat kultury i zdrowia, również na stronach internetowych, szkoda tylko, że nie wszyscy powołują się na jej twórców. M. Zych w pracy na temat kulturowych wyznaczników zdrowia ukazała wielostronny charakter powiązań między kulturą danej zbiorowości a zdrowiem ludzi. Zdaniem autorki, kultura kształtuje: ogólny poziom życia danej zbiorowości, wyobrażenia o zdrowiu i chorobie, sposób spostrzegania, odczuwania, opisywania i interpretowania objawów chorobowych, wiedzę i wierzenia na temat przyczyn chorób, postawy i zachowania wobec choroby, postawy i zachowania wobec leczenia oraz postawy personelu instytucji medycznych wobec pacjentów i styl życia [Zych 2012].

Z kolei A. Kamiński w swoim sposobie definiowania kultury zdrowia zawarł dynamiczne pojęcie samego zdrowia. Autor określił, że kultura zdrowia to nie tylko informacje, instruktaż, poradnictwo, ale przede wszystkim współdziałanie „w instytucjonalnym organizowaniu zachowań profilaktycznych, sprzyjających zdrowemu trybowi życia w pracy i we wczasowaniu” [Kamiński 1982, s. 362].

Spojrzenie na kulturę zdrowotną z perspektywy szkoły i funkcjonujących w niej zachowań zdrowotnych (żywieniowych, higienicznych, rekreacyjnych, aktywności fizycznej) prezentuje w swoich badaniach A. Gaweł, dostarczając one przesłanek do udzielenia odpowiedzi na pytania o znaczenie przyznawane zdrowiu w systemie

wartości szkoły oraz utrwalone wzory zachowań zdrowotnych jako punkt odniesienia dla opisywania kultury zdrowotnej społeczeństwa. Według autorki kulturę zdrowotną można określić jako ponadjednostkowy system przekonań wyznaczających zakres schematów myślowych oraz repertuar zachowań związanych z nimi bezpośrednio, zaś za podstawę oceny przyjąć analizę świadomości zdrowotnej poszczególnych uczestników kultury.

Szczególną rolę w procesie tworzenia **kultury zdrowotnej** przypisać należy wychowaniu zdrowotnemu rozumianemu jako szereg intencjonalnych działań pedagogicznych, ukierunkowanych na formowanie u osoby wychowywanej „osobowości dbającej o zdrowie” [Gaweł 2006, s. 63-73, 2009, s. 103-108].

Dobrze zrealizowany program wychowania fizycznego, ściśle powiązany z edukacją zdrowotną może przyczynić się do lepszego stanu zdrowia w dzieciństwie i młodości, a w dalszych latach do poprawy jakości życia, przedłużenia czasu jego trwania i zmniejszenia niedogodności związanych ze starością. Może również znacząco, co ma także pozytywne konsekwencje ekonomiczne, przyczynić się do zmniejszenia kosztów ochrony zdrowia [Podstawa Programowa z komentarzami Tom 8, 2009].

5.3. Styl życia i postawy zdrowotne jako przejawy kultury zdrowotnej

Ze względu na złożoność i znaczenie stylu życia jako najważniejszego uwarunkowania zdrowia zajmują się nim przedstawiciele wielu dziedzin nauki, a wśród nich pedagodzy, psycholodzy zdrowia, socjolodzy i pracownicy ochrony zdrowia.

Antonina Ostrowska w **stylu życia** (prozdrowotnym) wyróżnia cztery grupy zachowań:

1. Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym (dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, czas i jakość snu).
2. Zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym (korzystanie i dawanie wsparcia społecznego, radzenie sobie ze stresem).
3. Zachowania prewencyjne (samokontrola zdrowia, poddawanie się badaniom profilaktycznym, bezpieczeństwo w życiu codziennym, bezpieczne zachowania seksualne).
4. Niepodejmowanie zachowań ryzykownych (niepalenie tytoniu, ograniczone używanie alkoholu, nienadużywanie leków, nieużywanie substancji psychoaktywnych) [Ostrowska 1999].

W strukturalnym bogactwie komponentów stylu życia, przejawianym w zachowaniach zdrowotnych i antyzdrowotnych, zainteresowaniem naukowców cieszą się przede wszystkim: aktywność fizyczna, żywienie, czas wolny, radzenie sobie ze stresem oraz czynniki ryzyka zdrowia, często prowadzące do uzależnień. Zachowania ryzykowne dla zdrowia to działania podejmowane przez człowieka, które w sposób bezpośredni lub pośredni wpływają negatywnie na stan zdrowia (te zachowania to podstawowe zadanie dla edukacji, promocji zdrowia i psychoprofilaktyki, realizujących programy pierwszo, drugo, i trzeciorzędowej profilaktyki zagrożeń zdrowia).

Styl życia w badaniach empirycznych ukazywany jest pod kątem specyfiki i jakości wybranych zachowań zdrowotnych z perspektywy różnych grup wieku, płci i zróżnicowania społeczno-ekonomicznego. Diagnoza konsekwencji zdrowotnych zachowań antyzdrowotnych jest wyzwaniem dla promotorów zdrowia i sygnałem do rozpoczęcia wieloetapowej profilaktyki ułatwiającej zmianę zachowania. Podstawą skuteczności oddziaływań edukacyjno-profilaktycznych jest dobry przykład i wyposażenie uczniów w życiowe umiejętności podstawowe i specjalne [Mazur, Kowalewska, Woynarowska 2003, Mazur, Woynarowska 2004, Woynarowska 2011].

Według A. Płotki, współcześnie do przejawów twórczego stylu życia zaliczamy także kształtowanie własnej osobowości i losu, kreowanie własnego stylu życia, łączącego wzory dostarczane przez kulturę w szczególną kompozycję, odpowiadającą naszej indywidualności i warunkom bytowania. Autorka przedstawiła tabelaryczne zestawienie przykładowych, uproszczonych modeli stylów życia (tabela 4). Charakterystyka każdego z nich obejmuje: określone wartości, główną aktywność, sprzyjające cechy osobowości i główne korzyści osobiste [Płotka 2003].

Tabela 4. Uproszczona charakterystyka porównawcza stylów życia

Nazwa stylu	Realizowane wartości główne	Główna aktywność	Sprzyjające cechy osobowości	Główne korzyści osobiste
Heroiczny	Wielkie idee osobiste	Walka	Ofiarność, odwaga, odpowiedzialność	Udział w wielkich sprawach, napięcie i radość walki
Wytwórczy	Efektywny udział w społecznym podziale pracy, użyteczne wytwory lub usługi	Praca	Kompetencja, dyscyplina, identyfikowanie się z pracą	Zadowolenie z przebiegu pracy i jej wyników
Hedonistyczny	Przyjemność osobista	Zabawa	Beztroska, potrzeba zabawy	Intensywne, wyrafinowane przyjemności zmysłowe i duchowe
Konsumpcyjny	Posiadanie pieniędzy, przedmiotów, stanowisk, prestiż płynący z posiadania	Praca i używanie	Nastawienie na współzawodnicztwo i dorabianie się, zamiłowanie do wygód i rozrywek	Komfort życiowy

Cd. Tabeli 4.

Twórczy	Innowacje, dzieła, samorealizacja	Twórczość, wdrażanie innowacji	Niezależność, nastawienia twórcze	Radość działania, samorealizacja, wzbogacenie otoczenia i własnego życia nowymi wartościami
Perfekcjonistyczny	Trwałe wartości moralne, rozwój duchowy	Życie podporządkowane zasadom i wzorowemu przestrzeganiu norm	Dojrzałość emocjonalna, wrażliwe sumienie, silna wola, odwaga, zdolność do poświęceń	Satysfakcja moralna, poczucie niezależności, doskonalenie się wewnętrzne, szacunek otoczenia

Źródło: A. Płotka, Zdrowy styl życia psychicznego, 2003.

W Europejskich Ankietowych Badaniach Zdrowia EHIS dzieci i młodzieży w 2009 roku zaprezentowano zagadnienia związane ze stanem zdrowia dzieci i młodzieży, niepełnosprawnością, chorobami nowotworowymi i zakaźnymi oraz zaburzeniami zdrowia psychicznego, korzystanie z ochrony zdrowia, profilaktyki, zażywania leków i powodów umieralności. Jak wiemy, do określonego stanu zdrowia przyczynia się w największym stopniu styl życia. W raporcie przedstawiono też wybrane aspekty stylu życia, takie jak: sposoby spędzania czasu wolnego przez dzieci i młodzież, aktywność fizyczną uczniów oraz palenie tytoniu, spożycie alkoholu i ich związek ze zdrowiem. Dokonane analizy wyników badań zdrowia realizowanych w 2004 r. i 2009 r. ukazały, że zmniejszył się odsetek dzieci do lat 14 z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, trwającymi do 6 miesięcy. Najbardziej rozpowszechnionymi chorobami i dolegliwościami wśród dzieci były: alergie, choroby oka i astma, częstsze w wieku 5-9 lat, starsza grupa (10-14) częściej cierpiała z powodu chorób oka, kręgosłupa i bólów głowy (częściej młodzież w miastach niż na wsi). W porównaniu z 2004 rokiem odnotowano zmniejszenie odsetka dzieci niepełnosprawnych w wieku poniżej 15 lat. Niepełnosprawność częściej występowała w miastach i wśród chłopców. W 2009 r. 5,0% dzieci z miasta uległo wypadkom. Liczba starszej młodzieży (19-29) korzystającej z ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej wzrosła dwukrotnie. Do najczęstszych zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci do 18 lat należały zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne. W opiece szpitalnej leczone były zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. Młodzież starsza (19-29) najczęściej leczona była z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i somatoformicznych zaburzeń nastroju (afektywnych) spowodowanych używaniem alkoholu oraz z powodu schizofrenii. Przyczynami hospitalizacji były zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu, schizofrenia i zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. Wskaźniki zachorowalności dzieci na nowotwory wzrosły. Wśród młodszych najczęściej jest to białaczka limfatyczna, a wśród starszych (15-19) choroby Hodgkina, nowotwory tarczycy, mózgu i skóry. Dzięki obowiązkowym szczepieniom sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych jest dobra. Tendencja wzrostowa dotyczy liczby dzieci chorych na odrę, biegunkę i kilkukrotnie wyższą liczbę zakażeń wirusem HIV, zachorowań na gruźlicę płuc, kiłę, wzw typu B i rzeżączkę.

Styl życia to podstawowy obszar funkcjonowania dzieci i młodzieży, od którego zależy zachowanie dobrego zdrowia. Europejskie Ankietowe Badania Zdrowia EHIS pozwoliły na analizę wybranych elementów (zachowań zdrowotnych) stylu życia, takich jak: picie soków, spożywanie owoców i warzyw, oglądanie TV i komputer, aktywność fizyczna, palenie tytoniu, picie alkoholu. Zbyt małe spożycie owoców i warzyw, oglądanie TV i korzystanie z komputera ponad 2 godziny dziennie, nadwaga i otyłość, brak aktywności fizycznej i palenie tytoniu przyczyniają się do rozwoju przewlekłych chorób, szczególnie takich jak: choroby układu krążenia, niektóre rodzaje nowotworów złośliwych i cukrzyca typu drugiego. Odnotowano spadek odsetka dzieci karmionych piersią. Dzieci i młodzież z miast częściej korzystały z opieki ambulatoryjnej, porad profilaktycznych i szczepień. Wystąpił znaczny wzrost zażywania leków, w przypadku dzieci o 25,0%, a wśród młodzieży o 20,0%, powodem jest samodzielne leczenie i działania marketingowe koncernów farmaceutycznych. Umieralność dzieci i młodzieży to ostatni omawiany aspekt. Głównym powodem zgonów wśród młodych osób (1-24) były przyczyny zewnętrzne, wypadki komunikacyjne i samobójstwa. Kolejne powody to choroby nowotworowe [GUS Kraków 2011].

Poznanie postaw człowieka jest jednym ze sposobów zrozumienia i wyjaśnienia jego zachowań wobec otoczenia. W postawie jako aktywności człowieka przejawiają się jego zamierzenia i stała dążność ukierunkowana na określony cel.

W literaturze mamy do czynienia z wieloma sposobami określania postaw zarówno przez psychologów, socjologów, jak przez reprezentantów innych dyscyplin. Postawa stanowi bowiem podstawowe pojęcie humanistyki.

W socjologicznym ujęciu postawa jest tworem o złożonej strukturze i definiuje się ją jako względnie trwałą organizację przekonań, odnoszących się do określonego przedmiotu lub sytuacji, predysponującą daną osobę do reagowania na nie w określony sposób. S. Nowak określa ją jako „ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie towarzyszących tym emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań o naturze i własnościach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec przedmiotu”. Według autora postawy obojętne są niemożliwe [Nowak 1973].

T. Mądrzycki, S. Mika, B. Wojcieszke określają postawę jako pewnego rodzaju strukturę psychiczną składającą się z elementów tworzących zwartą całość, przez którą człowiek odnosi się do otoczenia. T. Mądrzycki napisał, że postawa jest organizacją wiedzy, przekonań, uczuć, motywów i pewnych wzorów zachowania jednostki, związana z określonym przedmiotem lub klasą przedmiotów [Mądrzycki 1997].

S. Mika mianem postawy określa względnie trwałą strukturę (lub dyspozycję do pojawienia się takiej struktury) procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek podmiotu do danego przedmiotu. Tak rozumiana postawa zawiera trzy elementy, z których dwa (poznawczy i emocjonalny) stanowią jej wewnętrzną stronę, zaś trzeci (zachowanie) – jej stronę zewnętrzną. Proporcje między wymienionymi składnikami mogą być różne, ale w pełnej postawie powinny być wszystkie obecne, chociaż widoczny jest tylko trzeci. Badać i opisywać można wszystkie trzy elementy razem lub każdy z nich oddzielnie [Mika 1981].

Według stanowiska B. Wojcieszke postawy zawierają w sobie jedynie czynnik emocjonalno-uczuciowy. ...Postawą wobec dowolnego obiektu (przedmiotu, zdarzenia, idei, innej osoby) nazywa autor względnie stałą skłonność do pozytywnego lub negatywnego ustosunkowania się człowieka do tego obiektu. Postawę człowieka wobec jakiegoś obiektu określa więc miejsce na dwubiegunowym continuum ustosunkowania się do danego przedmiotu. Jednym biegunem continuum jest postawa negatywna (całkowicie odrzucająca) drugim zaś postawa pozytywna (całkowicie akceptująca) [Wojcieszke 2000].

W literaturze zdrowia publicznego, promocji zdrowia, psychologii i socjologii zdrowia badania postaw wobec zdrowia mają charakter śladowy i wybiórczy. Najszerszej ten temat w swoich pracach teoretycznych przedstawił i scharakteryzował, z punktu widzenia wnikliwego obserwatora (historyka, pedagoga i lekarza), M. Demel. Twórca polskiej pedagogiki zdrowia w swoich książkach opisał szeroką gamę postaw wobec zdrowia własnego i innych. Wśród postaw, które opisał, znalazły się takie, jak: postawa gapiostwa, brutalności, dowcipkowania, znieczulicy i samarytańska, czyli te, które ukazują sposoby odnoszenia się do zdrowia i choroby innych. Przedstawione przez autora postawy ludzi do własnego zdrowia i choroby są nader zróżnicowane, od irracjonalnie przeczułonych do lekkomyślnych lub wyolbrzymiających stan zdrowia i jego zagrożenia. Wśród nich autor opisał: postawę lekomanii, hipochondrii, kancerofobii, hysterii, a nawet terroryzmu (...*bo wam umrę...*). Wskazał również postawy wyrachowane i eksploatorskie zakładające wykorzystywanie i niszczenie własnego zdrowia. Dostrzegł również postawy: ambicji i snobizmu. Zdaniem autora na „...dojrzałą postawę do spraw zdrowia składają się głównie: racjonalny, emocjonalnie zrównoważony stosunek do choroby, inwalidztwa i śmierci, poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialność za zdrowie publiczne, gotowość i umiejętność spieszenia z pomocą innym [Demel 1980].

Ta niezwykle bogata i barwna lista postaw wobec zdrowia i choroby (według Demela) nie doczekała się dotychczas diagnozy i weryfikacji empirycznej.

Przejawianie samodzielności w codziennych działaniach życiowych i zdrowotnych do późnej starości zależy nie tylko od czynników genetycznych, ale od wczesnej, systematycznej i samodzielnej troski o zdrowie i tworzenie warunków sprzyjających optymalnemu rozwojowi i funkcjonowaniu człowieka budującego racjonalne postawy wobec zdrowia. W literaturze przedmiotu autorzy opisują tylko nieliczne postawy wobec zdrowia. Woynarowska wskazuje na postawę bierną wobec zdrowia, opisaną przez Puchalskiego i Korzeniowską, którą przejawiają osoby odporne, wycofane, odcinające się od jakichkolwiek praktyk prozdrowotnych. Kolejną, postawę roszczeniową (zdaniem Gniazdowskiego ukształtowaną w czasach realnego socjalizmu) cechuje nadmierne przerzucanie odpowiedzialności za swoje zdrowie na państwo i jego subsystemy. Podobną postawą jest wyuczona bezradność, przejawiająca się w niechęci lub niezdolności samodzielnego działania w tej sferze, „opiekujcie się mną”. Ta infantylna postawa żywi się pasożytowaniem na dobrej woli innych szczególnie wtedy, gdy przybiera formy hipochondrii, świadomie kulturowanej słabości i niezaradności wobec spraw zdrowia i nie tylko. Przeciwną do wymienionych jest postawa healthismu-nadmierna koncentracja na zdrowiu (kult zdrowia, obsesja zdrowia), zakładająca, że zdrowie można osiągnąć przez wysiłek i samodyscyplinę z przesadną koncentracją na doskonaleniu, chronieniu ciała, kształtowaniu jego masy i rozmiarów. Pojęcie tej postawy wprowadził R. Crawford. Współcześnie, szczególnie wśród kobiet, doskonalenie zdrowia bywa utożsamiane z „dbałością” o ciało czyli doszowywania jego wyglądu, wymiarów i proporcji do aktualnych kanonów estetycz-

nych (modowych). Wyznaczają je kreatorzy mody i celebryci. Uzyskanie wytyczonych norm uzyskuje się przez stosowanie kosmetyków, operacji plastycznych, diet odchudzających i uprawiania kulturystyki, również przez mężczyzn [Woynarowska 2007].

Tabela 5. Charakterystyka wybranych postaw wobec zdrowia własnego i innych osób

Rodzaj postawy	Opis postawy
Dojrzała	Racjonalny, emocjonalnie zrównoważony stosunek do choroby, inwalidztwa, śmierci. Poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialność za zdrowie publiczne. Gotowość i umiejętność spieszenia z pomocą innym.
Autokreacyjna	Przekonanie o odpowiedzialności za swój los, pomyślność, zdrowie, autokreacja zdrowia. Zdrowie jest obiektem troski, dbałości i kontroli by jak najdłużej było w dobrym stanie, gwarantującym sprawne społeczne funkcjonowanie i zaspokojenie życiowych aspiracji.
Wyrachowana	Żerowanie na chorobie, słabości, wyłudzenie urlopów, wcześniejszych zdrowotnych, zapomóg, rent inwalidzkich, prowokowanie różnych nadużyć.
Eksploatatorska	Przekonanie o tym, że każdy człowiek ma zdrowie po to, aby je maksymalnie wykorzystać, przede wszystkim do robienia kariery, odniesienia sukcesu, zdobycia popularności, wzbogacenia się (np. sporty ekstremalne).
Roszczeniowa	Nadmierne przerzucenie na państwo i jego systemy odpowiedzialności za zaspokojenie podstawowych potrzeb związanych ze sferą zdrowia, świadome zwalnianie się z odpowiedzialności i troski o własne zdrowie.
Lekomania	Opiera się na przekonaniu, że współczesne leki są bardzo skuteczne i są w stanie wyleczyć większość zaburzeń psychosomatycznych i chorób, bez działań ubocznych. Dobrze, że można je nabyć i zażywać bez konsultacji z lekarzem.
Znachorstwo	Zawierzenie uzdrowiaczom i przekonanie, że bioenergoterapia, homeopatia, medycyna alternatywna, to metody, które skutecznie leczą choroby – nie to, co medycyna konwencjonalna.
Hipochondria	Przesadne przeczulenie, wyolbrzymianie i symulacja zagrożenia zdrowia.
Kancerofobia	Nieuzasadniony lęk przed nowotworem (fobia). Bezsilność i przekonanie o śmiertelnych konsekwencjach choroby.
Abnegacja	Lekceważenie stanu zdrowia i samopoczucia. Niechęć do podejmowania zachowań zdrowotnych; osobie takiej nie zależy na dbałości o zdrowie, poprawie, umocnieniu, kontroli zdrowia.
Wyuczona bezradność	Przejawia się w niechęci lub wręcz niezdolności do samodzielnego szukania pomocy (opiekujcie się mną), dbałości o zdrowie.
Opór	Odcinanie się od jakichkolwiek praktyk prozdrowotnych, podejmowanie antyzdrowotnych zachowań, dołączenie do grupy osób akceptujących czynniki ryzyka zdrowia.
Ambicja	Ukrywanie rzeczywistego stanu, łagodzenie jego obrazu przed bliskimi, personelem medycznym.

Histeria	Ucieczka w chorobę, wymuszanie zainteresowania swoją wyolbrzymioną lub wymyśloną słabością infantylne reakcje, skłonność do terroru (bo wam umrę).
Helthizm	Przekonanie, że zdrowie jest bardziej znaczące niż wszystkie inne wartości jest celem samym w sobie, a nie środkiem (zasobem) do osiągnięcia innych celów i wartości. Genezy healthizmu upatruje się w postępujących procesach medykalizacji życia społecznego, estetyzacji, kosmetyzacji ciała (ciało symbolem zdrowia).
Postawa samarytańska	Każdy człowiek powinien bezinteresownie udzielać pomocy drugiemu człowiekowi w sytuacji choroby lub zagrożenia zdrowia bez względu na stopień pokrewieństwa.
Postawa znieczulicy (społecznej, zawodowej)	To przekonanie, że brak zainteresowania słabością, chorobą innych osób nie jest niczym złym. Stan zdrowia, jego utrata to prywatna sprawa każdego człowieka.
Gapiostwo	Bierne zaspokajanie własnej ciekawości w sytuacji utraty zdrowia, cierpienia lub zaślabnięcia (wypadku) innej osoby.
Brutalność	Świadome narażanie innych osób na utratę zdrowia (zarażanie). Prowokowanie i udział w bójkach, kaleczenie, zastraszanie, molestowanie, gwałcenie.

Źródło: opracowanie własne.

Proces kształtowania postaw wobec zdrowia i choroby charakteryzuje się tym, że trwa przez całe życie człowieka. Największe nasilenie tego procesu przypada na okres dzieciństwa i młodości, w środowisku rodziny, zgodnie z hasłem *zdrowie zaczyna się w domu*. Oddziaływanie zdrowotne rodziny ma wymiar wielostronny i dotyczy wszystkich jej członków. Jego poziom jest uwarunkowany kulturą zdrowotną rodziców, czyli ich wykształceniem, kulturą pedagogiczną, poziomem uznawania wartości zdrowia, kulturą spędzania czasu wolnego i warunkami życia rodziny.

Wyniki badań wielu autorów potwierdzają rolę kobiet (matek i babć) jako domowych ekspertów w sprawach dbałości o zdrowie, zapobiegania zagrożeniom i leczenia. Kobieta, dzięki specyficznym cechom swojej fizjologii i psychiki, zawsze uznawana była za kompetentną i biegłą w tych sprawach. Jako pierwsza rozpoznawała dolegliwości, dysponowała zasobem wiedzy dotyczącym etiologii i profilaktyki, decydowała o wyborze metody terapeutycznej, uczestniczyła w rehabilitacji. Zawsze chętnie dzieliła się swoją wiedzą i doświadczeniami z innymi, a szczególnie z własnymi dziećmi. Wymienione działania przyczyniają się do kształtowania postaw dzieci i młodzieży wobec zdrowia i wielu zachowań z nim związanych. O postawach dzieci i młodzieży wobec zdrowia możemy mówić wówczas gdy: posiadają stosowny do swojego wieku zasób wiedzy o zdrowiu, jego uwarunkowaniach, przejawach i wyznacznikach; potrafią przeżywać określone stany emocjonalne związane ze zdrowiem, chorobą, niepełnosprawnością, cierpieniem; posiadają umiejętność ochrony zdrowia własnego i innych i są gotowi do stosowania tych umiejętności w codziennym życiu [Piątkowski 2008, Lewicki 2006].

Z chwilą pójścia dziecka do szkoły, dotychczasowe działania rodziców będą wspomagane przez koordynatora i nauczyciela edukacji zdrowotnej, a także przez rówieśników i media. Nadal jednak odpowiedzialność za zdrowie dziecka spoczywa na rodzicach, dlatego bardzo ważną sprawą jest ich współpraca z gronem pedagogicznym i personelem medycznym.

Według Cz. Lewickiego, który opisał rodzaje i mechanizmy kształtowania się postaw zdrowotno-sprawnościowych dzieci i młodzieży, kształtowanie, bądź zmiana tych postaw musi się opierać na uprzedniej diagnozie ich poziomu. Nie jest to łatwe ze względu na brak odpowiednich narzędzi diagnostycznych. W diagnozie pedagogicznej najczęściej posługiwano się obserwacją, wywiadem i wynikami testów. Autor stwierdził, że nie lekceważąc negatywnych postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży, proces edukacji zdrowotnej powinien koncentrować się przede wszystkim na kształtowaniu postaw pozytywnych, które zestawiał w ośmiu grupach (tab.6,7,8,9,10,11,12).

Tabela 6. Ideowe postawy zdrowotne według Cz. Lewickiego

Rodzaj postawy	Opis postawy
Humanizm	Uznawanie zdrowia i sprawności fizycznej za ważną wartość w życiu, o które należy dbać
Egalitaryzm i demokratyzm	Każdy człowiek ma jednakowe prawo do opieki zdrowotnej i korzystania z urządzeń służących zdrowiu
Racjonalizm	Wiara w rozum ludzki przy zapobieganiu i leczeniu chorób: co dziś jest śmiertelne, jutro będzie uleczalne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Społeczne postawy zdrowotne według Cz. Lewickiego

Rodzaj postawy	Opis postawy
Postawa społecznej użyteczności	Zachowanie, w miarę możliwości, równowagi między tym, co człowiek bierze od społeczeństwa w zakresie zdrowia, a tym co daje (np. krwiodawstwo)
Postawa społecznej gospodarności	Poszanowanie i racjonalne użytkowanie dóbr społecznych służących zdrowiu i sprawności fizycznej

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8. Interpersonalne postawy zdrowotne według Cz. Lewickiego

Rodzaj postawy	Opis postawy
Poszanowanie życia i zdrowia człowieka	Dążenie każdego człowieka do samozachowania oraz nienarażania innych na cierpienie fizyczne i psychiczne
Tolerancja	Powstrzymywanie się człowieka przed dyskryminacją, ograniczeniem swobody czy prześladowaniem innych z powodu choroby, kalectwa, odmiennego wyglądu, niższej sprawności fizycznej
Opiekuńczość	Dostrzeganie i uwzględnianie w swoim postępowaniu potrzeb zdrowotnych i ruchowych innych ludzi
Współodczuwanie (empatia)	Gotowość do wczuwania się w przeżycia ludzi chorych, kalekich, mniej sprawnych. Solidarność z nimi i udzielanie wsparcia duchowego

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 9. Intrapersonalne postawy zdrowotne według Cz. Lewickiego

Rodzaj postawy	Opis postawy
Godność osobista	Odnosi się do każdego człowieka i oznacza uznawanie samego siebie za wartość bez względu na swoją kondycję fizyczną i stan zdrowia
Samokontrola zdrowotno-sprawnościowa	Podejmowanie czynności samopoznania samooce-ny własnego rozwoju fizycznego, motorycznego i zdrowotnego oraz odpowiedniego reagowania na wynik tej samooceny
Perfekcjonizm zdrowotno-sprawnościowy	Jest konsekwencją poprzedniej postawy, polega na dążeniu do doskonałości zdrowotnej i sprawnościowej
Optymizm zdrowotny i sprawnościowy	Polega na wierze w sens terapii, rehabilitacji zdrowotnej, efektywność treningów i ćwiczeń fizycznych

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 10. Kulturowe postawy zdrowotne według Cz. Lewickiego

Rodzaj postawy	Opis postawy
Szacunek wobec wytworów oraz dzieł kultury zdrowotnej	Przejawia się w szacunku do dzieł kultury (historii i dorobku), aby mogły one służyć nie tylko obecnym, ale i następnym pokoleniom
Dążenie do kontaktu z kulturą zdrowotną	Otwartość i właściwe rozumienie przez wychowan-ka problemów współczesnej kultury zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 11. Intelaktualne postawy zdrowotne według Cz. Lewickiego

Rodzaj postawy	Opis postawy
Poznawcza dociekliwość zdrowotna	Chodzi tu o tendencję do autorefleksji w zakresie zdrowia, stawiania sobie pytań odnośnie własnego samopoczucia i dążenie do szukania odpowiedzi
Racjonalizm i krytycyzm zdrowotny	Jej istotą jest wiara w działanie oraz środki stosowane i zalecane w terapii oraz zachowaniu zdrowia przez medycynę naukową, z jednoczesnym odrzu-ceniem różnych „uzdrowiaczy” i preparatów rekla-mowanych w TV

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 12. Postawy zdrowotne wynikające z kontaktów człowieka z przyrodą według Cz. Lewickiego

Rodzaj postawy	Opis postawy
Szacunek wobec przyrody jako źródła zdrowia	Należy nie tylko rozumieć, że niszcząc przyrodę człowiek działa przeciwko sobie i swojemu zdrowiu, ale także z tego powodu przeżywał określone emocje i był zdolny do podejmowania konkretnych działań ekologicznych
Dążność do kontaktów oraz racjonalnego korzystania z przyrody	Istotą postawy jest wiara w uzdrawiające właściwości przyrody i wynikające z niej działania (wycieczki plenerowe, kąpiele słoneczne, wodne...)

Źródło: opracowanie własne.

Proces kształtowania postaw zdrowotnych to zadanie na całe życie. Jego nasilenie, jak już wspomniano, występuje w dzieciństwie i w młodości. Wzorcami osobowymi, zarówno w kształtowaniu jak i zmianie postaw zdrowotnych, są rodzice, rodzeństwo, nauczyciele i rówieśnicy, w literaturze określani jako nadawcy, przekaziele, wzorce osobowe. Na efektywność kształtowania lub zmian postaw zdrowotnych ma wpływ wiele cech i czynników oraz środków. Do tych ostatnich należą: media elektroniczne i drukowane, literatura, akcje zdrowotne, programy profilaktyczne (jawne i ukryte), imprezy ekologiczne, rekreacyjne i turystyczne. Edukator zdrowia w szkole ma obecnie do dyspozycji coraz więcej metod, środków i warunków dydaktycznych do atrakcyjnego i skutecznego kształtowania postaw zdrowotnych uczniów.

Pamiętajmy, że najważniejszym środkiem w edukacji zdrowotnej jest ten, o którym dawno powiedziano, że ruch to zdrowie. Nadworny lekarz królów polskich Wojciech Oczko (1537-1599), który już wtedy propagował uprawianie kultury fizycznej jest również autorem powiedzenia: „Ruch zastąpi prawie każdy lek, podczas gdy żaden lek nie zastąpi ruchu”. Współcześni naukowcy znaczenie ruchu dla zdrowia badają od 1953 roku, a ich wyniki ukazują, że obecnie brak regularnych ćwiczeń fizycznych jest przyczyną rozwoju co najmniej 20 chorób przewlekłych [Morris, Heady, Raffle i wsp. 1953, Drabik 1997, Jegier 2005].

Dane opublikowane przez WHO w 2010 roku ukazują, że niska aktywność fizyczna jest czwartym wśród najważniejszych czynników ryzyka śmiertelności na świecie. Z nadciśnieniem związanych jest 13,0% zgonów, z paleniem papierosów 9,0%, z brakiem aktywności fizycznej 6,0%, z wysokim stężeniem glukozy we krwi 6,0%, a nadmierna masa ciała była przyczyną 5,0% zgonów. Trzeba pamiętać, że brak regularnej aktywności fizycznej przyczynia się do występowania nadwagi i otyłości, nadciśnienia, nieprawidłowego stężenia glukozy, wielu chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy, i nowotworów [WHO 2010]. Choroby układu krążenia są również największym zagrożeniem zdrowia i życia Polaków. Wydolność wysiłkowa warunkowana w największym stopniu aktywnością fizyczną uznawana jest za jeden z najważniejszych, pozytywnych wykładników stanu zdrowia, ogólnego rozwoju układów: ruchowego, sercowo-naczyniowego, oddechowego. Wysoki poziom wydolności wysiłkowej uzyskany w dzieciństwie umożliwia dobre przystosowanie funkcjonowania organizmu do zmieniających się warunków środowiskowych i społecznych w dalszych okresach życia każdego z nas. To tylko nauczyciel wychowania

fizycznego może spowodować, że coraz więcej dzieci, młodzieży i dorosłych zrozumie, że obowiązkowa, codzienna aktywność fizyczna w odczuwanym zmęczeniu ukrywa skarb, którym jest zdrowie. Metodyczne propozycje (scenariusze) zdrowotne, profilaktyki zagrożeń sercowo-naczyniowych są gotowe wystarczy tylko chcieć skorzystać z zaproszenia specjalisty-kardiologa W. Drygasa-koordynatora Programu Polkard Media Junior „Pamiętaj o sercu” [Drygas s. internetowa].

ANEKS

Zofia Kubińska, Państwowa Szkoła Wyższa
im Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej ul. Sidorska 95/97
Kierunki: Turystyka i Rekreacja, Zdrowie Publiczne
e-mail: zofiakubinska@wp.pl

Ankieta na temat:

Nauczyciel wychowania fizycznego koordynatorem edukacji zdrowotnej w szkole

Zwracam się do Państwa z serdeczną prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie. Jest ona anonimowa i posłuży do napisania autorskiej monografii. Proszę wybrać 3 odpowiedzi i ponumerować, 1-najważniejsze, 2-ważne, 3-mało ważne, lub wpisać własne.

1. Jaka była Pana/i reakcja na wiadomość o tym, że nauczyciel wychowania fizycznego ma pełnić w szkole rolę koordynatora edukacji zdrowotnej?

- ☐ Bardzo mnie ucieszyła i zainteresowała
- ☐ Było mi to obojętne
- ☐ Wreszcie pojawiła się nadzieja na rozwój i awans
- ☐ Uświadomiłem/am sobie braki w wykształceniu
- ☐ Pomyślałem/łam, że to coś dla mnie, chętnie zostanę koordynatorem EZ
- ☐ Zastanawiało mnie to, komu Dyrekcja proponuje tę rolę

Inna

2. Co zdaniem Pana/i daje nauczycielowi wychowania fizycznego powierzenie mu roli koordynatora edukacji zdrowotnej?

- ☐ Zwiększony zakres obowiązków zawodowych bez podwyżki
- ☐ Stanowi wyzwanie i szansę na rozwój zawodowy i awans
- ☐ Zdecydowanie zwiększa prestiż wuefisty
- ☐ Umożliwia współpracę z innymi nauczycielami
- ☐ Naraża nauczyciela na wydatki i wymusza doksztalcanie się

Inna

3. Jak Pan/i ocenia stan własnych kwalifikacji i kompetencji do realizacji edukacji zdrowotnej?

- ☐ Uważam, że jestem dobrze przygotowany
- ☐ Nie czuję się w pełni przygotowany
- ☐ Zamierzam podjąć w tym zakresie studia podyplomowe
- ☐ Już rozpocząłem/am doksztalcanie
- ☐ Wcale o tym nie myślę

Inna

4. Kto zdaniem Pana/i może udzielić pomocy osobie pełniącej funkcję koordynatora zdrowia?

- ☐ Dyrektor szkoły, który może udzielić pomocy w różnych formach
- ☐ Doradcy metodyczni i władze oświatowe
- ☐ Nauczyciele innych przedmiotów i wychowawcy klas
- ☐ Rodzina, która rozumie, wspiera i pomaga
- ☐ Pomoc nie jest potrzebna, każdy sam sobie poradzi

Inna

5. Jakiego rodzaju pomocy zdaniem Pana/i może oczekiwać koordynator?

- ☐ Pomocy finansowej na opłatę studiów podyplomowych
- ☐ Skierowania na szkolenie metodyczne z edukacji zdrowotnej
- ☐ Otrzymania bezpłatnie poradników, programów, planów
- ☐ Współpracy z nauczycielami innych przedmiotów
- ☐ Współpracy z lekarzem i pielęgniarką szkolną.
- ☐ Współpracy ze stacją sanitarno-epidemiologiczną

Inna

6. Jakie formy uznania wg Pana/i należą się koordynatorowi edukacji zdrowotnej?

- ☐ Stały dodatek motywacyjny
- ☐ Zwolnienie z innych funkcji społecznych
- ☐ Delegowanie i finansowanie szkoleń i doskonalenia
- ☐ Możliwości umieszczania treści zdrowotnych w programach wychowawców klasowych
- ☐ Stworzenie i prowadzenie zespołu d/s wychowania zdrowotnego
- ☐ Nagroda Dyrektora

Inna

7. Jakie treści z edukacji zdrowotnej chciałby Pan/i pogłębić?

- ☐ Wiedzę na temat zdrowia fizycznego
- ☐ Wiedzę na temat zdrowia psychicznego
- ☐ Wiedzę na temat zdrowia społecznego
- ☐ Wiedzę na temat zdrowia duchowego
- ☐ Wiedzę na temat zdrowia prokreacyjnego
- ☐ Poznać metody aktywizujące i umiejętność ich stosowania
- ☐ Wiedzę dotyczącą rozwijania umiejętności życiowych
- ☐ Sposoby tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu

Inna

8. Jak dotychczas realizował/a Pan/i treści z edukacji zdrowotnej?

- ☐ Organizowałem konkursy, quizy z wiedzy o zdrowiu
- ☐ Prowadziłem/am prozdrowotne akcje „Dbaj o zdrowie”
- ☐ Kontrolowałem/am produkty sprzedawane w szkolnym sklepiu
- ☐ Zaprosiłem/am promotora zdrowia na spotkanie z uczniami
- ☐ Wieszałem/am plakaty profilaktyki zagrożeń zdrowia
- ☐ Organizowałem zieloną, białą szkołę, szkołę na wodzie
- ☐ Prowadziłem/am warsztaty na temat stylu życia, zachowań zdrowotnych
- ☐ Wyświetlałem filmy na temat zachowań antyzdrowotnych

Inna

9. W jakich miejscach w szkole i otoczeniu realizował/a Pan/i edukację zdrowotną?

- ☐ Na obiektach sportowych (boisko, sala, pływalnia)
- ☐ W salach lekcyjnych, przedmiotowych
- ☐ W plenerze, lesie, nad rzeką, w parku
- ☐ Na stołówce
- ☐ Poza szkołą

Inna

10. Jakie najważniejsze korzyści, zdaniem Pana/i czerpie uczeń z edukacji zdrowotnej?

- ☐ Zaczyna uświadamiać sobie, że zdrowie jest czymś cennym i wartościowym
- ☐ Dowiaduje się o czynnikach zagrażających zdrowiu
- ☐ Sam zaczyna kształtować i praktykować zachowania prozdrowotne
- ☐ Poznaje czynniki ryzyka zdrowia i eliminuje je z własnego życia
- ☐ Dzięki uzyskanej wiedzy dba o własne zdrowie i innych osób
- ☐ Poznaje wiedzę o zdrowiu, ale jej nie praktykuje

Inna

11. Jaka jest obecna sytuacja edukacji zdrowotnej w Pana/i szkole?

- ☐ Koordynatorem edukacji zdrowotnej jest wuefista
- ☐ Koordynatorem jest biolog
- ☐ Koordynatorem jest wychowawca klasy
- ☐ Koordynatorem jest dyrektor
- ☐ Edukacja zdrowotna w szkole realizowana jest na bardzo wysokim poziomie
- ☐ W szkole jest grupa nauczycieli, którzy realizują edukację zdrowotną
- ☐ W szkole nie ma koordynatora edukacji zdrowotnej

Inna

12. Na jakich przedmiotach, poza wychowaniem fizycznym w Pana/ni szkole jest obecnie realizowana edukacja zdrowotna?

.....

.....

.....

13. W jaki sposób Pana/i zdaniem należy realizować edukację zdrowotną w szkole?

- ☐ Edukacja zdrowotna jako przedmiot szkolny w planie, 1 godz./tygodniowo
- ☐ Organizowanie w semestrze jednej, tematycznej akcji zdrowotnej
- ☐ Systematyczne (comiesięczne) organizowanie obowiązkowych spotkań uczniów z zaproszonym promotorem zdrowia
- ☐ Nauczyciel edukacji zdrowotnej (absolwent zdrowia publicznego) w szkole współpracujący z wychowawcami, prowadzący przedmiot edukacja zdrowotna

Inna

14. Proszę Pana/ią o samoocenę własnych zachowań zdrowotnych.

Zachowania zdrowotne	Regularnie	Od czasu do czasu	Nie
Kontroluję stan zdrowia			
Dbam o sprawność i wydolność organizmu			
Dbam o urodę i zgrabną sylwetkę			
Racjonalnie się żywię i wypoczywam			
Stosuję diety			
Piję alkohol			
Radzę sobie ze stresem			
Mam dobre samopoczucie			
Mam dobre relacje rodzinne			
Mam dobre relacje zawodowe			
Dokształcam się z edukacji zdrowotnej			
Pomagam potrzebującym			
Zależy mi na własnym rozwoju			

15. Z jakich źródeł (przedmiotów) czerpał Pan/i wiedzę zdrowotną w szkole, a z jakich obecnie?

Szkoła podstawowa

.....

Gimnazjum

.....

Obecnie

.....

16. Proszę podać tytuły książek, czasopism, z których przygotowuje się Pan/i do prowadzenia edukacji zdrowotnej?

.....

.....

Metryczka (proszę podkreślić i wpisać właściwe dane)

Płeć: Kobieta, Mężczyzna, **Wiek**

Miejsce pracy: szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, w mieście, na wsi

Warunki pracy: słabe, dobre, bardzo dobre

Staż pracy

Wykształcenie: zawodowe-licencjackie, wyższe-magisterskie

Specjalność ukończonych studiów

Studia podyplomowe

Posiadany stopień awansu zawodowego

Dziękuję Pani, Panu! *Zofia Kubińska*

Streszczenie

Książka „Koordynator edukacji zdrowotnej w szkole w opinii nauczycieli wychowania fizycznego” dotyczy zagadnień związanych z rolą koordynatora edukacji zdrowotnej w polskiej szkole, którą ustawodawca zaproponował nauczycielowi wychowania fizycznego. Ukazuje początki, historię i obecną sytuację edukacji zdrowotnej w szkole, wykreowaną przez Ministra Edukacji, a zapisaną w podstawie programowej 2009 r. Sytuacja ta stawia ważne wyzwanie przed nauczycielami wychowania fizycznego, przydzielając im przewodnią rolę w edukacji zdrowotnej ucznia.

Całość treści książki ujęto w pięć powiązanych tematycznie rozdziałów. Pierwsze trzy mają charakter teoretyczny: opisują początki i dzieje wychowania zdrowotnego, jego miejsce w programach szkoły polskiej, w różnych czasach. Przybliżają sytuację edukacji zdrowotnej w innych krajach, charakteryzują warsztat zawodowy nauczyciela wychowania fizycznego i ukazują kwalifikacje i kompetencje edukatora-promotora zdrowia z uwzględnieniem wiedzy, umiejętności i postaw.

Główny cel pracy, którym było ukazanie opinii nauczycieli wychowania fizycznego na temat wybranych aspektów edukacji zdrowotnej w szkołach podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w powiecie Biała Podlaska, zrealizowano w rozdziale czwartym. Mając na uwadze wiodącą rolę wychowania fizycznego i nauczyciela w realizacji edukacji zdrowotnej uczniów przedstawiono wyniki badań ukazujące kompetencje, przekonania, dotychczasowe doświadczenia, źródła wiedzy z edukacji zdrowotnej i zachowania badanych z tym związane. W badaniach podstawowych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, przy czym funkcję narzędzia pełnił autorski kwestionariusz ankiety. Przeprowadzono je we wrześniu i październiku 2012 roku i objęto nimi 150 nauczycieli wychowania fizycznego pracujących na trzech etapach edukacji w szkołach miasta i powiatu Biała Podlaska.

Wyniki ukazały, że badani z zadowoleniem i zainteresowaniem przyjęli wiadomość o wiodącej roli przedmiotu w realizacji edukacji zdrowotnej uczniów. Świadomi są, że oznacza to dla nich dodatkowe obowiązki bez podwyżki zarobków. Połowa z nich nie czuje się przygotowana do realizacji edukacji zdrowotnej. Profesjonalnej pomocy oczekują od doradców metodycznych, dyrektorów i innych nauczycieli, licząc też na bezpłatne podręczniki, skierowania na szkolenia i dodatek motywacyjny.

W ostatnim rozdziale książki zawarto wiadomości na temat efektywności nauczania edukacji zdrowotnej, która wpływa na określony poziom kultury zdrowotnej absolwentów szkoły. Konsekwencje procesu dydaktyczno-wychowawczego w tej dziedzinie ukazano pod postacią wykreowanych zachowań zdrowotnych jako składowych stylu życia i wybranych postaw wobec zdrowia w dorosłości. To w nich prezentowana jest na co dzień kultura zdrowotna człowieka i społeczeństwa.

Abstract

The present book, entitled „Health education coordinators in the opinion of sports teachers”, embraces problems bound with fulfilling by sports teachers a role of health education coordinators. It describes beginnings, history and a current situation of health education in schools, introduced by the Ministry of Education in 2009. Such a novelty made a great challenge for physical education teachers, predicted as health education leaders.

The contents of the book are divided into five mutually related chapters. The first three ones describe the beginnings of health education and its position in school programs in different periods. They introduce the situation of health education in foreign countries, characterize the professional skills of sports teachers, as well as qualifications required from a health educator, regarding one's knowledge, skills and attitudes.

The main aim of the work was showing of opinions of physical education teachers, concerning selected aspects of health education in elementary schools, junior high schools and high schools in Biała Podlaska District, was realized in the Chapter Four. Regarding the important role of physical education and sports teachers in the health education of pupils, presented were the research results, showing skills, opinions, experiences, sources of information and attitudes of the respondents. As a research method applied was the diagnostic survey, whereas a tool was an author's questionnaire. The research was conducted in September and October 2012, embracing 150 sports teachers hired in three levels of schools in the town and district of Biała Podlaska.

Obtained were results showing, that tested teachers accepted with interest and contentment the news about a leading role of their subject, although it was bringing additional duties with no salary advance. A half of tested teachers, however, don't consider themselves prepared to realize the subject of health education leaders. They expect assistance from methodical advisers, school headmasters and other teachers. Such an assistance may take a form of free handbooks, referrals to training courses or incentive bonuses.

The last chapter of the book contains an information about the effectiveness of health education, influencing a specified level of health culture of the school graduates. Determined educational processes create specified health attitudes, creating the ways of their adult life. Those attitudes reflected the every day's health culture of a human being and a society.

Piśmiennictwo

- Andruszkiewicz A. Banaszekiewicz M. [2010] Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarstwa i położnictwa. Tom II, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Augustyn J. [1999] Integracja seksualna. Wyd. WAM, Kraków.
- Babińska Z. Bandosz P. Zdrojewski T. Wyrzykowski B. [2004] Epidemiologia otyłości i otyłości brzusznej w Polsce, Europie Zachodniej i USA. *Kardiologia w Praktyce* 5: 3-7.
- Bandura A. [1977] Social learning theory, Englewood Cliffs, Prentice Hall. Inc.
- Bearer CF. [2000] The special and unique vulnerability of children to environmental hazards. *Neurotoxicology*, Dec;21(6):925-34.
- Bednarczyk H. Woźniak I. Kwiatkowski S.M. (red.) [2007] Krajowe standardy kwalifikacji zawodowych. Rozwój i współpraca. Wyd. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.
- Beisert M. (red.) [2006] Seksualność w cyklu życia człowieka. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Bogusz R. [2004] Zdrowie jako wartość deklarowana i realizowana. W: *Zdrowie Choroba Społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. (red.). W. Piątkowski Wyd. UMCS, Lublin.
- Boonen A. de Vries N. de Ruiter S. Bowker S. Buijs G. [2010] Przewodnik HEPS. Promowanie zdrowego Żywienia i aktywności fizycznej w szkole. Wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Botvin G. Baker E. Dusenbury L. Botvin E. Diaz T. [1995] Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*;273 (14).
- Centers for Disease Control and Prevention. School Health Guidelines to Promote Healthy Eating and Physical Activity. Recommendations and Reports 2011;16/60(RR05);1-71.
- Cendrowski Z. Czerska E. Frołowicz T. Madejski E. Pośpiech J. Przybylski W. Przy siężna B. Woynarowska B. [2009] Komentarz do podstawy programowej przedmiotu wychowanie fizyczne. Podstawa programowa wraz z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa. Warszawa, Ministerstwo Edukacji Narodowej: 56-57.
- Charzyńska-Gula M. [1997] Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej: scenariusze zajęć w klasach I-II gimnazjum. Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego. Wydział Pielęgniarstwa. Wyd. Akademia Medyczna, Lublin.
- Charzyńska-Gula M. (red.) [2010] Zrozumieć promocję zdrowia. Przewodnik do zajęć. Wyd. Makmed, Lublin.
- Chodkiewicz J. [2006] Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia. Wyd. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź.
- Cianciara D. Urban E. Gajewska M. [2006] Studia dyplomowe w dziedzinie promocji zdrowia oraz dyscyplinach pokrewnych w Polsce. W: *Potencjał promocji zdrowia w Polsce: Kształcenie i doskonalenie zawodowe pracowników i realizatorów*. Wyd. PZH, Warszawa.
- Cianciara D. [2010] Zarys współczesnej promocji zdrowia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.

- Czechowski M. Żukowska Z. [2010] Kompetencje nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji edukacji zdrowotnej. Roczniki Państwowego Zakładu Higieny, nr 4
- Dadaczyński K. Paulus P. de Vries N. i in. [2010] Katalog i narzędzie HEPS, wersja w języku polskim. Wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Dąbrowski K. (red.) [1985] Zdrowie psychiczne. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Dąbrowski K. [1989] W poszukiwaniu zdrowia psychicznego. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Delores J. (red.) [1998] Edukacja- jest w niej ukryty skarb. Raport dla UNESCO Międzynarodowej Komisji ds. Edukacji i dla XXI wieku. Wyd. Stowarzyszenie Oświatowców Polskich, Warszawa.
- Demel M. [1965] Propedeutyka wychowania fizycznego. Wyd. Sport i Turystyka, Warszawa.
- Demel M. [1968] O wychowaniu zdrowotnym. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa.
- Demel M. Zuchora K. [1975] Cele kształcenia i wychowania fizycznego oraz zdrowotnego. Kultura Fizyczna nr 4.
- Demel M. [1980] Pedagogika zdrowia. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Demel M. [2000] Z dziejów promocji zdrowia w Polsce. T.I, II. Wyd. AWF im. B. Czecha, Kraków.
- Demel M.[2000] Z dziejów promocji zdrowia w Polsce. Tom III Trudne lata 1945-1989. Wyd. AWF im. B. Czecha, Kraków.
- Demel M. [2005] List do organizatorów i uczestników konferencji. W: 200 lat wychowania zdrowotnego w Polsce. Wyd. AWF i S, Gdańsk.
- Demel M.[2008] Repetycje. Wybrane zdania o kulturze fizycznej, o zdrowiu i wychowaniu. Studia i Monografie AWF, Warszawa (Pierwodruk w: Roczniki Naukowe AWF w Warszawie, t. XXIV 1979).
- Demel M. [2009] O co i po co pytamy historię. Zdrowie - Kultura Zdrowotna - Edukacja Perspektywa społeczna i humanistyczna t. III Wyd. AWF i S, Gdańsk.
- Drabik J.[1997] Aktywność, sprawność i wydolność fizyczna jako miernik zdrowia człowieka. Wyd. AWF Gdańsk.
- Drygas W. Szkoła w Programie Polkard Media Junior. Pamiętaj o sercu ! www.pamietajoseru.pl/program/dla_szkol.html
- Dudek D. [2005] Materiały pomocnicze do ćwiczeń z historii rekreacji ruchowej. Wyd. Proksenia, Kraków
- Dudziak U. Deluga A. (red.) [2006] Naturalne planowanie rodziny. Wyd. Fundacja Nasza Przyszłość, Szczecinek.
- Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z dnia 30 grudnia 2006 r./L394 https://ec.europa.eu/dgs/education_culture/publ/pdf/.
- Dziewiecki M. [2000] Ciesność Płciowość Seksualność. Wyd. Jedność, Kielce.
- Dziubiński Z. (red.) [2007] Sport a agresja. Wyd. AWF, Salezjańska Organizacja Sportowa RP, Warszawa .
- Eriksson M. Lindstrom B. [2008] A salutogenic of The Ottawa Charter. Health Promotion International, 23 (2).
- Frances L. IlgLuise Bates Ames Sidney M. Baker [2007] Rozwój psychiczny dziecka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Gaś Z. B.[2006] Profilaktyka w szkole. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa

- Gaweł A. [2006] Kultura zdrowotna szkoły. Kultura i Edukacja, nr1.
- Gaweł A. [2009] Metodologiczne aspekty badań kultury zdrowotnej szkoły. Zdrowie- Kultura Zdrowotna- Edukacja t. IV Wyd. AWF i S, Gdańsk.
- GUS, 2009, Departament Badań Demograficznych, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2008 roku, www.stat.gov.pl/.../gus/.
- GUS w Krakowie [2011]. Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r. Studia i analizy statystyczne, Kraków, K. Jakóbik, www.stat.gov.pl.
- Heszen-Niejodek I. [2003] Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. W: Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.). Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Heszen I. Sęk H.[2007] Psychologia zdrowia. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Hollingworth W. Hawkins J. Lawlor DA. Brown M. Marsh T. Kipping RR.(2012) Economic evaluation of lifestyle intervention in the treatment of overweight or obesity in children. IntJBE36(4).
- Jarosińska D.[1998] Medycyna środowiskowa-integracja nauk medycznych na rzecz zdrowia środowiskowego. Medycyna Środowiskowa;1.
- Jarosz M. [2009] Działania prowadzone w Polsce na rzecz zwalczania nadwagi i otyłości. II Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością Szczecin, 15-17 października 2009 r. Warszawa.www.endokrynologia.viamedica.pl.
- Jaworski Z. [1977] Propedeutyka kultury zdrowotnej i fizycznej w systemie edukacji. Wyd. AWF, Warszawa.
- Jaworski Z. [2005] Koncepcje krzewienia kultury zdrowotnej w szkole polskiej (1965-2004). Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam”, Warszawa.
- Jaworski Z. [2005] O miejsce w edukacji szkolnej dla pojęcia kultury zdrowotnej, w: 200 lat wychowania zdrowotnego w Polsce. Wyd. AWFis, Gdańsk .
- Jaworski Z. [2008] Kultura zdrowotna turysty-refleksje i wnioski. Zdrowie -Kultura Zdrowotna - Edukacja t. II Wyd. AWFis, Gdańsk .
- Jaworski Z. [2009] Kultura zdrowotna w szkole polskiej w latach 1919-1939. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 8.
- Jaworski Z. [2009] O krzewieniu kultury zdrowotnej w polskiej szkole- blaski i cienie. Zdrowie -Kultura Zdrowotna- Edukacja t. III Wyd. AWFis, Gdańsk.
- Jaworski Z. [2009] Transformacja pojęć: od higieny do kultury zdrowotnej. Zdrowie- Kultura Zdrowotna-Edukacja t.IV Wyd. AWFis, Gdańsk.
- Jaworski Z. [2010] Kultura zdrowotna w polskiej szkole w latach 1945-1989, elementy rzeczywistości i wizji. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr1.
- Jaworski Z. [2010] Sport a zdrowie-dwa aspekty problemu. Zdrowie- Kultura Zdrowotna-Edukacja t.VI Wyd. AWFis, Gdańsk.
- Jegier A. Kozdroń E. [1997] Metody oceny sprawności i wydolności fizycznej człowieka. Wyd. TKKF Zarząd Główny, Warszawa.
- Jegier A. [2005] Aktywność ruchowa w promocji zdrowia oraz zapobieganiu chorobom przewlekłym: Medycyna sportowa A. Jegier, K. Nazar, A. Dziak (red.) Wyd. Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej, Warszawa .
- Jensen BB. Simovska V. (eds.) [2002] Models of health promoting schools in Europe. International Planning CommitteeCopenhagen.
- Kamiński A. [1982] Funkcje pedagogiki społecznej. Wyd. PWN, Warszawa.
- Kannas L. [2005] “Zdrowie” - nowy przedmiotu szkolny w Finlandii: budowanie programu i metodologii jego nauczania i kształcenia nauczycieli. W:Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej. Wyd. Kate-

- dra Biomedycznych Podstaw rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego.
- Kann L. Telljohann SK. Wooley SF. [2007] Health education: results of health policy and school curricula. *JSchHealth* 77(8).
- Karski J. B. [1992] Promocja zdrowia. Wybrane materiały źródłowe i ich dokumenty podstawowe. Wyd. CMDNŚSM, Warszawa.
- Keyte J. Harris S. Margetts B. Robinson S. Baird J. [2012] Engagement with the National Healthy Schools Programme is associated with higher fruit and vegetable consumption in primary school children. *J Hum DietaNur.* 25 (2).
- Kickbusch I. Nutbeam D. [1998] Health Promotion Glossary. WHO Geneva.
- Kickbusch I. and Maag D. [2008] Health Literacy in: Heggenuhogen K and Quah S (editors). *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 3. Academic Press, San Diego.
- Kierczak U. Janota J. [2009] Koncepcja edukacji fizycznej, zdrowie, sport, rekreacja. Gimnazjum. Program nauczania i propozycje zajęć fakultatywnych. Poradnik metodyczny. Wyd. „Impuls”, Kraków.
- Kłosowska A. [2011] Kultura masowa. Krytyka i obrona. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Kompetencje kluczowe w uczeniu się przez całe życie-europejskie ramy odniesienia. Załącznik do zalecenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r.
- Krawański A. [2003] Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego. Wyd. AWF, Poznań.
- Krawański A. [2010] Prozdrowotnie zorientowana edukacja fizyczna elementem kształcenia ogólnego. *Zdrowie-Kultura Zdrowotna-Edukacja t. V* Wyd. AWFis, Gdańsk.
- Kulik T. B. Latański M. (red.) [2002] Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych. Wyd. Czelej, Lublin.
- Kulmatycki L. [2003] Promocja zdrowia w kulturze fizycznej. Kryteria dobrej praktyki. Wyd. AWF, Wrocław.
- Kulmatycki L. [2009] Edukacja zdrowotna w szkole polskiej – uwagi krytyczne. *Zdrowie-Kultura Zdrowotna-Edukacja, t. III* Wyd. AWFisGdańsk.
- Lalonde M. [1974] A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document: Information Canada, Ottawa.
- Lewicki Cz. [2006] Edukacja zdrowotna-systemowa analiza zagadnień. Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Maszczał T. [2005] Zdrowie jako wartość uniwersalna. *Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu*. Zeszyt 54.
- Maszczał T. (red.), [2007] Edukacja fizyczna w nowej szkole. Wyd. AWF Warszawa.
- Maszczał T. [2009] „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” w służbie edukacji. *Zdrowie- Kultura Zdrowotna- Edukacja t. IV* Wyd. AWFis, Gdańsk.
- Maxwell R. [2000] Dzieci alkohol narkotyki. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Mazur J. Kowalewska A. Woynarowska B. [2003] Picie alkoholu i inne zachowania ryzykowne dla zdrowia u młodzieży w wieku 11-15 lat. *MedWiekuRozw* 7,1.
- Mazur J. Małkowska-Szkućnik A. (red.) [2011] Wyniki badań HBSC 2010 Raport techniczny. Wyd. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

- Mazur J. Woynarowska B. [2004] Współwystępowanie palenia tytoniu i picia alkoholu w zespole zachowań ryzykownych u młodzieży szkolnej; Tendencje zmian w latach 1990-2002. Alkoholizm i Narkomania, 17,1-2.
- Mądrzycki T. [1997] Psychologiczne problemy kształtowania postaw. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa .
- Mika S. [1981] Psychologia społeczna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Ministerstwo Oświaty i Wychowania Instytut Programów Szkolnych(1985) Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa (autor Małgorzata Salinger).
- Ministerstwo Edukacji Narodowej [1997]. Zarządzenie nr 8 Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 maja 1997 r. w sprawie podstaw programowych obowiązkowych przedmiotów ogólnokształcących.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej [2009] Podstawa programowa z komentarzami. Tom 8. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum. Warszawa.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej [2010] Departament Programu Nauczania i Podręczników. Informacja o Wynikach Monitorowania Wdrażania Podstawy Programowej Wychowania Przedszkolnego i Kształcenia Ogólnego w Roku Szkolnym 2009/2010. Listopad 2010 Warszawa.
- Mizia T.(red.) [1988] Grzegorz Piramowicz. Powinności nauczyciela. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Morris J.N. Heady J.A. Raffle P.A. Roberts C.G. Parks J.W. [1953] Coronary heart disease and physical activity of work. Lancet no 2.
- Moya Martinez P. Sanchez Lopez M. Lopez Bastiola J. EscribanaSotos F. Notario Pacheco B. Salcedo Aguilar F. Martinez VIZCAINO V. [2011] Cost-effectiveness of interventions to reduce overweight and obesity in 9-10 year olds. GacSanit25(3).
- Nagórny J. Jeżyna K. [2005]Jan Paweł II Encyklopedia nauczania moralnego. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom .
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. Warszawa 2011, Ministerstwo Zdrowia.
- Najwyższa Izba Kontroli [2010] Departament Nauki Oświaty i Dziedzictwa Narodowego. Informacje o wynikach kontroli. Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych. Warszawa.
- Niemiec T.(red.) [2006] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. WYD. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa.
- Nosko J. [2005] Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe. Wyd. IMP Łódź.
- Nowak P. F. [2011] Nauczyciel wychowania fizycznego promotorem zachowań prozdrowotnych. Rozprawy Naukowe AWF Wrocław, nr 35.
- Nowak P. F. [2012] Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole w opinii nauczycieli. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu; 18 (3).
- Nowak S. [1973] Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych. W: Teorie postaw. S. Nowak (red). Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Nowocien J. [2010] Zasada fair play źródłem wartości moralnych w wychowaniu przez sport. W: Fair play w sporcie i olimpizmie. Szansa czy utopia. Z. Żukowska R. Żukowski (red.) Wyd.Estrella, Polski Komitet Olimpijski, Klub Fair Play, Warszawa.

- Nowocien J. Czechowski M. [2011] Kompetencje nauczycieli w f – w realizacji nowej podstawy programowej. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, nr 5.
- Obuchowska I. [1996] *Drogi dorastania*. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Ochmański M. Sokołowska-Dzioba T. Pilecki A. (red.), [2001] *Edukacja w perspektywie integracji Europy*. Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Warszawa.
- Ogińska-Bulik N.(red). [2010] *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*. Wyd. Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź.
- Opolski J.(red.) [2011] *Zdrowie Publiczne Wybrane Zagadnienia*. t1. Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie. www.cmkp.edu.pl
- Osiński W. Wieczorek R. [1985] *Teoria wychowania fizycznego*. Wyd. AWF Poznań, nr 59.
- Osiński W. (red). [1993] *Motoryczność człowieka – jego struktura i uwarunkowania*. Seria: Monografie nr 310, AWF, Poznań.
- Osiński W. [2009] *Profilaktyka bólów kręgosłupa – zaniedbany problem wychowania fizycznego*. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* nr 4.
- Osiński W. [2011] *Teoria wychowania fizycznego*. Wyd. AWF, Poznań.
- Ostrowska A. [1999] *Styl życia a zdrowie*. Wyd. IFiS PAN, Warszawa.
- Ostrowska K. [1998] *Zdrowie młodzieży w aspekcie psychicznym*. W: *Zdrowie dzieci i młodzieży w aspekcie fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym*. A. Jopkiewicz. J. Schejbal (red.) Wyd. Kieleckie Towarzystwo Naukowe, Kielce.
- Ostrowska K. [2003] *Zdrowie a dojrzała osobowość*. *Wychowawca* nr12.
- Ośrodek Rozwoju Edukacji /www.ore.edu.pl/index.php?
- Ottawa Charter for Health Promotion. Canada Health Promotion, Ottawa 1986,1(4), III-V.
- Ottawa, Charter for Health Promotion: Health Promotion International, 1987,1.
- Panek T.(red). [2007] *Statystyka społeczna*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Pankowska-Koc K. Szczepkowska K. [2011] *Edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym*. Wyd. Althea, Warszawa.
- Pawłucki A. [1997] *Nauczyciel wobec wartości zdrowia. Studium krytyczne*. Wyd. AWF, Gdańsk.
- Piątkowski W. [2008] *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Wyd. Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Płotka A. [2003] *Zdrowy styl życia psychicznego*. Wyd. NeuroCentrum, Lublin.
- Podstawa Programowa Wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół obowiązująca od roku szkolnego 2009/2010, Warszawa 2009, wyd. I.
- Podstawa Programowa z komentarzami. Tom 8. *Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*. 2009 MEN.
- Pospiszył I. Szczepanik R. (red). [2007] *Zachowania dewiacyjne dziewcząt i kobiet*. Wyd. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, Łódź.
- Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa lubelskiego na lata 2012-2016. Departament Zdrowia i Polityki społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie. Lublin, czerwiec 2012 r.
- Roman E. [1994] *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesu socjalizacji młodzieży*. *Forum Oświatowe*, nr 1.

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2002 r., nr 51, poz. 458).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego. (Dz. U. z 1999 r. poz. 129).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 września 2004 r. w sprawie standardów kształcenia nauczycieli (Dz. U. 2004 Nr 207, poz. 2110).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. Nr 4 poz. 17).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku oraz zakresu jej stosowania.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela (Dz. U. 2012, Nr 25, poz. 131).
- Rybakowa M. [2006] Medycyna wieku młodzieńczego.: wybrane problemy endokrynologiczne i psychospołeczne. Rola lekarza rodzinnego. Postępy Nauk Medycznych nr 6.
- Sadowska L. (red.) [2004] Szanse i zagrożenia ludzkiej płciowości. Wyd. Fundacja Nasza Przyszłość, Szczecinek.
- Semen Y. [2008] Seksualność według Jana Pawła II. Wyd. Świętego Wojciecha, Poznań.
- Shurke M. de Paz Niebies. [2011] The impact and health of health and health behaviors on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Skirmuntt G. [2009] Edukacja zdrowotna w nowej podstawie programowej. <http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/>.
- Socha P. (red.) [2000] Duchowy rozwój człowieka. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Social, personal & health education. Junior certificate. Guidelines for teachers. National Council for Curriculum Assessment. Dublin 2001.
- Somerset S. Markwell K. [2009] The impact of school-based food garden on attitudes and skills to identify fruits and vegetables: 12-month intervention trial.
- Sozański H. Siewierski M. Adamczyk J. [2010] Sport w szkole - stan i perspektywy. W: Wychowanie fizyczne i sport w szkole. Z. Szaleniec, J. Bergier (red.) Wyd. Kancelaria Senatu RP, Warszawa.
- Sygit M. Sygit K. [2008] Wychowanie zdrowotne. Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Sygit M. [2010] Zdrowie publiczne. Wyd. Oficyna WoltersKluwer, Warszawa.
- Szymborski J. Jakóbk K. [2008] Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Śniadecki J. [1990] O fizycznym wychowaniu dzieci. (ze wstępem Macieja Demela) Wyd. AWF im. B. Czecha, Kraków.
- Thoresen CE. Harris A.H.S. [2002] Spirituality and Health: What's The Evidence and What's Needed? *Annals of Behavioral Medicine*, 24.

- Tobiasz-Adamczyk B. [2000] Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Tones K. Green J. [2004] Health promotion. Planning and strategies. Sage London.
- Węgrzycka-Giluń J. (red.) [2010] Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki. Wyd. Fundacja ETOH, Warszawa.
- World Health Organization [1978] Alma-Ata 1978, Primary Health Care. WHO Geneva.
- World Health Organization [1981] Global Strategy for Health for All by The Year 2000. Geneva „Health For All” Series, No. 3.
- World Health Organization [1993] Life skills education in schools, Geneva WHO.
- World Health Organization [2003]: Skills for health. Skills based health education including life Skills: A important component of child friendly/health promoting school. Series on School Health. Document 9, Geneva WHO.
- World Health Organization [2010] Global recommendations on physical activity for health. Geneva WHO
- Wiśniewska –Śliwińska H. [2010] Głos w dyskusji nt. najnowszych trendów w edukacji zdrowotnej. Problemy Higieny i Epidemiologii, nr 2.
- Wiśniewska-Śliwińska H. Marcinkowski J.T. Wiśniewski S.A. [2010] Opinie nauczycieli wychowania fizycznego względem propozycji ustanowienia ich głównymi edukatorami zdrowotnymi w szkole. Hygeia Public Health, 45(2).
- Wojciechowska J. [2010] Ocena przygotowania nauczycieli szkół średnich Gdańsk do prowadzenia zajęć na temat społecznych aspektów HIV/AIDS. Kultura i Edukacja nr 4.
- Wojcieszke B. [2000] Postawy i ich zmiana. W: Psychologia, T. 3, J. Strelau (red.) Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk.
- Wojtczak A. [2009] Zdrowie publiczne wyzwanie dla systemów zdrowia XXI wieku. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Wojtyła K. [2003] Rozważania o istocie człowieka. Wyd. WAM, Kraków.
- Wojtyniak B. Goryński P. (red.) [2008] Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa www.pzh.gov.pl.
- Wolańczyk T. Komender J. (red.) [2005] Zaburzenia behawioralne i emocjonalne u dzieci. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Woynarowska B. Sokołowska M. [2006] Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej zdrowie. Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole; Zeszyt 10 www.ore.edu.pl.
- Woynarowska B. [2007] Edukacja zdrowotna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Woynarowska B. [2008] Edukacja zdrowotna w szkole w Polsce. Zmiany w ostatnich dekadach i nowa propozycja. Probl Hig Epidemiol 89 (4).
- Woynarowska B. [2008] Edukacja zdrowotna w nowej podstawie programowej kształcenia ogólnego w szkole – szansa i wyzwanie. Lider 11;3-5.
- Woynarowska B. [2009] Edukacja zdrowotna w nowej podstawie programowej kształcenia ogólnego w szkole –szansa i wyzwanie. E- BOOK www.toodoc.com.
- Woynarowska B. [2009] Historia edukacji zdrowotnej w podstawach programowych kształcenia ogólnego 1997-2009. Zdrowie -Kultura Zdrowotna- Edukacja t.III Wyd. AWFIS, Gdańsk.

- Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., Komosińska K. [2010] Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania. Podręcznik akademicki. Wyd. Naukowe PWN SA, Warszawa.
- Woynarowska B., Sokołowska M. (tłumaczenie i opracowanie), [2010] Przewodnik HEPS. Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach. Wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Woynarowska B. (red.) [2011] Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów. Wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Woynarowska B. (red.) [2012] Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli gimnazjum. Wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Woynarowska B. [2012] Edukacja zdrowotna Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. Wyd. Pedagogiczne ZNP, Kielce.
- Woynarowska B. [2012a] Edukacja zdrowotna – w nowych standardach kształcenia nauczycieli. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 5;4-10
- Wroczyński R. [1985] Powszechne dzieje wychowania fizycznego i sportu. Wyd. Ossolińskich, Wrocław.
- Wrona-Wolny W. Makowska B. [2011] Opinie studentów-przyszłych nauczycieli wychowania fizycznego dotyczące realizowanych przez nich zajęć z edukacji zdrowotnej w szkole. *Hygeia Public Health* 2011, 46(4): 477-483.
- Ziółkowski A. Strzałkowska A. [2010] Zdolności społeczne nauczycieli kultury fizycznej i ich rola w umacnianiu zdrowia społecznego uczniów. *Zdrowie-Kultura Zdrowotna- Edukacja t. V* Wyd. AWF i S, Gdańsk.
- Zuchora K. [2009] Nauczyciel i wartości z filozofii kultury fizycznej i pedagogiki sportu. Akademia Wychowania Fizycznego, Sp. Wyd. Heliodor, Warszawa.
- Zych M., Kulturowe wyznaczniki zdrowia, http://betazoid.republika.pl/07_KULTU-ROWE_WYZ_wt.pdf.
- Żukowska Z. Żukowski R. [2007] Zdrowie i aktywność sportowa młodzieży w świetle rozwoju nauk o kulturze fizycznej i pedagogiki. W: *Kultura fizyczna i zdrowotna w życiu współczesnego człowieka*. A. Kaźmierczak, A. Makarczuk, A. Maszorek-Szymala (red.) Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

Spis rycin

- Ryc. 1. Urodzenia, zgony, przyrost naturalny ludności w Polsce w latach 1946 - 2007 oraz ich prognoza na lata 2008-2030
- Ryc. 2. Dominujące przyczyny zgonów dzieci i młodzieży w 2005 roku
- Ryc. 3. Miejsca pracy badanych nauczycieli wychowania fizycznego
- Ryc. 4. Stanowisko zawodowe posiadane przez badanych
- Ryc. 5. Warunki, w jakich pracują ankietowani nauczyciele
- Ryc. 6. Staż pracy zawodowej respondentów
- Ryc. 7. Reakcje badanych nauczycieli na wiadomość o tym, że nauczyciel wychowania fizycznego ma pełnić w szkole rolę koordynatora edukacji zdrowotnej
- Ryc. 7a. Zróżnicowanie reakcji badanych nauczycieli ze względu na płeć
- Ryc. 7b. Zróżnicowanie reakcji badanych nauczycieli ze względu na staż pracy
- Ryc. 8 Zmiany, których doświadczy nauczyciel wychowania fizycznego, gdy zostanie koordynatorem edukacji zdrowotnej w szkole
- Ryc. 8a. Zróżnicowanie zmian dotyczące tych nauczycieli, którzy zostaną koordynatorami edukacji zdrowotnej według płci ankietowanych
- Ryc. 8b. Zróżnicowanie zmian dotyczące tych nauczycieli, którzy zostaną koordynatorami edukacji zdrowotnej według stażu pracy ankietowanych
- Ryc. 9. Samoocena posiadanych kwalifikacji i kompetencji do prowadzenia edukacji zdrowotnej przez badanych nauczycieli wychowania fizycznego
- Ryc. 9a. Zróżnicowanie samooceny kwalifikacji i kompetencji do prowadzenia edukacji zdrowotnej przez badanych nauczycieli wychowania fizycznego ze względu na płeć
- Ryc. 9b. Zróżnicowanie samooceny kwalifikacji i kompetencji do prowadzenia edukacji zdrowotnej przez badanych nauczycieli wychowania fizycznego w zależności od stażu pracy
- Ryc. 10. Osoby, które zdaniem respondentów mogą udzielić pomocy koordynatorowi edukacji zdrowotnej w szkole
- Ryc. 10a. Zróżnicowanie osób, które zdaniem respondentów mogą udzielić pomocy koordynatorowi edukacji zdrowotnej w szkole ze względu na płeć
- Ryc. 10b. Zróżnicowanie osób, które zdaniem respondentów mogą udzielić pomocy koordynatorowi edukacji zdrowotnej w szkole ze względu na staż pracy
- Ryc. 11. Zakres i rodzaj pomocy, której zdaniem ankietowanych może oczekiwać koordynator edukacji zdrowotnej
- Ryc. 11a. Zróżnicowanie rodzajów pomocy, ze względu na płeć, których zdaniem ankietowanych może oczekiwać koordynator edukacji zdrowotnej w szkole
- Ryc. 11b. Zróżnicowanie rodzajów pomocy, ze względu na staż pracy, których zdaniem ankietowanych może oczekiwać koordynator edukacji zdrowotnej w szkole
- Ryc. 12. Formy uznania i motywacji, na jakie zdaniem respondentów zasługuje koordynator edukacji zdrowotnej w szkole
- Ryc. 12a. Zróżnicowanie form uznania i motywacji, na jakie zasługuje koordynator edukacji zdrowotnej w szkole, ze względu na płeć respondentów
- Ryc. 12b. Zróżnicowanie form uznania i motywacji, na jakie zdaniem respondentów zasługuje koordynator edukacji zdrowotnej w szkole, w zależności od stażu pracy
- Ryc. 13. Treści z zakresu edukacji zdrowotnej, które badani chcieliby poszerzyć i pogłębić

- Ryc. 13a. Zróżnicowanie treści z zakresu edukacji zdrowotnej, które badani chcieliby poszerzyć i pogłębić, ze względu na płeć
- Ryc. 13b. Zróżnicowanie treści z zakresu edukacji zdrowotnej, które badani chcieliby poszerzyć i pogłębić, ze względu na staż pracy
- Ryc. 14. Formy i metody stosowane w realizacji programu edukacji zdrowotnej w minionym czasie przez badanych nauczycieli wychowania fizycznego
- Ryc. 14a. Zróżnicowanie metod i technik stosowanych w realizacji programu edukacji zdrowotnej w minionym czasie przez badanych nauczycieli w f, z uwzględnieniem płci
- Ryc. 14b. Zróżnicowanie metod i technik stosowanych w realizacji programu edukacji zdrowotnej w minionym czasie przez badanych nauczycieli, z uwzględnieniem stażu pracy
- Ryc. 15. Miejsca, w których ankietowani najczęściej realizowali treści z edukacji zdrowotnej
- Ryc. 15a. Zróżnicowanie miejsc, w których ankietowani najczęściej realizowali treści z edukacji zdrowotnej, ze względu na płeć
- Ryc. 15b. Zróżnicowanie miejsc, w których ankietowani najczęściej realizowali treści z edukacji zdrowotnej, ze względu na staż pracy
- Ryc. 16. Korzyści czerpane przez uczniów z edukacji zdrowotnej według ankietowanych
- Ryc. 16a. Zróżnicowanie korzyści czerpanych przez uczniów z edukacji zdrowotnej według ankietowanych ze względu na płeć
- Ryc. 16b. Zróżnicowanie korzyści czerpanych przez uczniów z edukacji zdrowotnej według ankietowanych ze względu na staż pracy
- Ryc. 17. Obecna sytuacja edukacji zdrowotnej w szkołach, w których pracują badani nauczyciele wychowania fizycznego
- Ryc. 17a. Zróżnicowanie obecnej sytuacji edukacji zdrowotnej w szkołach, w których pracują badani nauczyciele wychowania fizycznego ze względu na płeć
- Ryc. 17b. Zróżnicowanie obecnej sytuacji edukacji zdrowotnej w szkołach, w których pracują badani nauczyciele wychowania fizycznego ze względu na staż pracy
- Ryc. 18. Aktualna sytuacja edukacji zdrowotnej w szkołach, w których pracują badani nauczyciele wychowania fizycznego, z uwzględnieniem rodzaju szkoły
- Ryc. 19. Przedmioty, na których jest obecnie realizowana edukacja zdrowotna w szkołach zatrudniających badanych nauczycieli wychowania fizycznego
- Ryc. 20. Zaproponowane przez respondentów sposoby realizacji edukacji zdrowotnej w szkole w przyszłości
- Ryc. 20a. Zróżnicowanie sposobów realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, w przyszłości, w zależności od płci badanych
- Ryc. 20b. Zróżnicowanie sposobów realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, w przyszłości, w zależności od stażu pracy badanych
- Ryc. 21. Samoocena zachowań zdrowotnych badanych nauczycieli wychowania fizycznego z uwzględnieniem częstotliwości
- Ryc. 21a. Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych badanych i ich częstotliwości ze względu na płeć, istotne różnice (picie alkoholu, stosowanie używek, dbanie o urodę i zgrabną sylwetkę) zaznaczono na rycinie gwiazdką (*)

- Ryc. 21b. Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych badanych i ich częstotliwości ze względu na staż pracy (0-10 lat, 11-20, powyżej 20 lat) . Istotne różnice (pomoc potrzebującym, relacje rodzinne, dbanie i urodę i zgrabną sylwetkę) zaznaczono na rycinie gwiazdką (*)
- Ryc. 22. Przedmioty, na których badanym nauczycielom, podczas ich nauki w szkole podstawowej przekazywano wiadomości z edukacji zdrowotnej
- Ryc. 23. Przedmioty, na których badanym nauczycielom w gimnazjum przekazywano wiadomości z edukacji zdrowotnej
- Ryc. 24. Przedmioty, na których badanym nauczycielom w szkołach ponadgimnazjalnych przekazywano wiadomości z edukacji zdrowotnej
- Ryc. 25. Źródła, z których badani nauczyciele wychowania fizycznego czerpali wiedzę o edukacji zdrowotnej w ramach autoedukacji
- Ryc. 26. Książki, podręczniki i czasopisma, z których przygotowują się badani wuści do prowadzenia edukacji zdrowotnej

Spis tabel

- Tabela 1. Potencjalny edukator zdrowia i zachowania zdrowotne chroniące przed chorobą według studentów AWF
- Tabela 2. Potencjalny edukator zdrowia i zachowania zdrowotne chroniące przed chorobą według pracujących pielęgniarek
- Tabela 3. Przejawy wybranych wymiarów zdrowia człowieka
- Tabela 4. Uproszczona charakterystyka porównawcza stylów życia
- Tabela 5. Charakterystyka wybranych postaw wobec zdrowia własnego i innych osób
- Tabela 6. Ideowe postawy zdrowotne według Cz. Lewickiego
- Tabela 8. Interpersonalne postawy zdrowotne według Cz. Lewickiego
- Tabela 9. Intrapersonalne postawy zdrowotne według Cz. Lewickiego
- Tabela 10. Kulturowe postawy zdrowotne według Cz. Lewickiego
- Tabela 11. Intelktualne postawy zdrowotne według Lewickiego
- Tabela 12. Postawy zdrowotne wynikające z kontaktów człowieka z przyrodą według Cz. Lewickiego

