

AGNIESZKA SZKUDLAREK

UNIWERSYTET ŁÓDZKI
KOŁO NAUKOWE „FIZYCZNIE KULTURALNI” WYDZIAŁU NAUK O WYCHOWANIU

ARKADIUSZ KAŻMIERCZAK, JOLANTA E. KOWALSKA

UNIWERSYTET ŁÓDZKI
WYDZIAŁ NAUK O WYCHOWANIU

Rola i miejsce edukacji zdrowotnej w programach nauczania łódzkich szkół licealnych

Abstract

The role and place of health education in the curricula of secondary schools in Lodz

The article presents health education in the context of health issues as social values and the objective of the programme. The authors were trying to find out what is the opinion of youth and physical education teachers concerning school health education.

Therefore, an attempt was made to present the current status of health education in secondary schools teaching programmes using the empirical studies that have been carried out among 100 pupils and 30 teachers of physical education in 5 secondary schools in Lodz. In the research process an opinion of respondents was regarded significant about the health education in the process of teaching, as well as their ratio to the health as values. On the basis of the analysis of the research results it is possible to notice, that opinion of girls and boys, as well as teachers of physical education on health concerns differ significantly from each other.

The last part are the conclusions, which are at the same time, an attempt to present the role and place of health education in the school curricula of the tested schools.

Wprowadzenie

Sposób traktowania o zdrowiu jest odmienny w różnych kulturach, grupach i środowiskach, a tym samym wzory zachowań prozdrowotnych przekazywane dzieciom i młodzieży w procesie socjalizacji są niejednolite. Zdrowie jednostki i grup także nie jest równe. Pokazuje to, że praca nad pomnażaniem czy odzyskaniem zdrowia jest niezwykle długotrwała i złożona.

Pierwsze rozmyślenia na temat determinantów zdrowia pochodzą już z czasów starożytnych, żeby wspomnieć tu tylko o tradycjach medycyny chińskiej, pismach Hipokratesa czy Platona, które głosiły, że warunkiem zdrowia jest spełnienie wielu czynników. Naukowo udowodniono to dopiero w drugiej połowie XX wieku. Analizowano przyczyny wielu chorób pod względem medycznym, ale okazało się to nie do końca skuteczne. W procesie badawczym na początku XX wieku okazało się, że poprawa zdrowotna nastąpiła w wyniku działania środków zapobiegawczych niemedyceńskich. Mowa tutaj o radykalnej poprawie wyżywienia ludności, o zapewnieniu spełniającej sanitarne warunki wody pitnej czy skutecznego odprowadzania ścieków. Działania te miały na celu neutralizację zagrożeń zdrowotnych wynikających ze środowiska fizycznego. Badania wykazały, że w związku z tymi krokami uzyskano pozytywne efekty zdrowotne jeszcze przed wprowadzeniem do leczenia antybiotyków.

Na czynniki warunkujące zdrowie zwrócono szczególną uwagę w momencie opublikowania w 1974 roku tzw. Raportu Lalonde'a. Zaprezentowano w nim koncepcję obszarów pól zdrowia, które zawierają w sobie najważniejsze elementy o nim stanowiące. Są to: biologia człowieka, środowisko, styl życia oraz organizacja opieki zdrowotnej. Jest to model czysto teoretyczny, jednak skłonił on badaczy do sprawdzenia, w jak dużym stopniu mają one wpływ na zdrowie ludzkie. Przedstawiciele różnych krajów podjęli próbę oszacowania i opracowania raportów dla poszczególnych krajów. W Polsce takim wyznacznikiem stał się Narodowy Program Zdrowia – podstawowy dokument zdrowia publicznego. W tym przygotowanym dla Polski w latach 1996–2006 odnotowano, że największy wpływ na nasze zdrowie, bo aż w 50%, ma styl życia, jaki prowadzimy. Kolejne elementy to środowisko fizyczne i społeczne, decydujące w 20%. W takim samym stopniu zdrowie warunkuje podłoże genetyczne (20%). Na ostatnim miejscu znajduje się opieka zdrowotna, która może rozwiązać 10–15% problemów ze zdrowiem (Gaweł 2003). W ten sposób rozpoczął się proces uświadamiania społeczeństwa na temat możliwości wpływu każdego z nas na własne zdrowie, co spowodowało rozwój edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Tak w tym, jak i w następnych dokumentach (na lata 2007–2015 oraz w opracowaniu na lata 2016–2020) wyznaczane są kierunki działań strategicznych podejmowanych na rzecz poprawy jakości życia społeczeństwa polskiego. Szczególnego znaczenia nabiera w tym kontekście ustawa o zdrowiu publicznym uchwalona w 2015 roku, w której ogromny nacisk położony został przede wszystkim na przeciwdziałanie skutkom antyzdrowotnego stylu życia poprzez edukację.

Edukacja zdrowotna jest częścią edukacji ogólnej. Wykorzystuje jej pojęcia, a także czerpie doświadczenie z takich dziedzin, jak: biologia, medycyna, statystyka, psychologia, pedagogika czy socjologia. Jest procesem pedagogicznym, planowanym i systematycznym, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych osób. Jej cele ukierunkowane są na zmiany postaw (we wszystkich komponentach: poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym) oraz umiejętności nie tylko w okresie uczęszczania do szkoły, ale i po jej zakończeniu. Wychowanie zdrowotne określono jako „integralną składową kształtowania pełnej osobowości” oraz istotny element „fachowego przygotowania w wielu dziedzinach pracy ludzkiej, zwłaszcza personelu medycznego, zawodowych wychowawców, pracowników opieki społecznej, inżynierów bezpieczeństwa i higieny pracy” (Demel 1968). Zdaniem Barbary Woynarowskiej ów proces opiera się na ukierunkowaniu życia uczniów według podobnych zasad. Jednak oprócz ulepszania swojego zdrowia i tworzenia przyjaznego środowiska mówi także o aktywnym uczestnictwie w zwalczaniu choroby. Ważne jest, aby poradzić sobie w razie jej wystąpienia oraz podejmować próbę zniwelowania jej negatywnych skutków (Woynarowska 2010).

Minister Edukacji Narodowej 23 grudnia 2008 roku wydał rozporządzenie w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego. Dokument opublikowany w Dzienniku Ustaw przewidywał wówczas szereg zmian z zakresu wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego we wszystkich typach szkół, które zaczęły obowiązywać od 1 września 2009 roku. Choć nie udało się wyodrębnić nowego obowiązkowego przedmiotu „edukacja zdrowotna”, to na pewno stała się ona ważnym zagadnieniem w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Woynarowska 2009). Zgodnie ze wskazaniem na IV etapie edukacji, a konkretnie w liceum zajęcia z edukacji zdrowotnej odbywają się w formie bloku tematycznego „edukacja zdrowotna”, a wychowanie fizyczne odgrywa tam wiodącą rolę. W podstawie programowej pojawił się szereg wskazań i zaleceń dotyczących warunków i sposobów realizacji edukacji zdrowotnej, obszarów tematycznych i treści nauczania, celów szczegółowych i założeń (MEN 2008).

Jeśli chodzi o sposób prowadzenia bloku o tematyce zdrowotnej, zwrócono uwagę na konieczność dostosowania lekcji do potrzeb uczniów. Niezbędne jest w tym wypadku przeprowadzenie pierwszego etapu przygotowania programu zajęć, tj. ustalenie potrzeb klasy, czyli diagnoza. Ponadto podkreślono znaczenie aktywnego uczestnictwa uczniów nie tylko w ewaluacji zajęć, ale także w momencie ich planowania i realizacji. W związku z założeniem, że do wielu przedmiotów należy włączyć treści edukacji zdrowotnej, pojawia się kolejne ważne zadanie dla nauczycieli i pracowników szkoły. Mają oni wspierać ideę wychowania do zdrowia w realizacji tych treści w ramach innych przedmiotów, a nie tylko podczas lekcji z wychowania fizycznego. Cały proces wymaga odpowiedniej koordynacji, zaangażowania, a także współdziałania nauczycieli różnych przedmiotów i współpracy z pielęgniarką szkolną. Ważna jest także synchronizacja programu szkoły z programami zewnętrznymi, które dotyczą zdrowia i profilaktyki chorób czy zachowań ryzykownych (Woynarowska 2010).

Na IV etapie kształcenia ogólnego zwraca się szczególną uwagę na zasadę holistycznego podejścia do zdrowia, gdzie oprócz zdrowia fizycznego należy

uwzględniać także zdrowie psychiczne i społeczne. W związku z tym rozszerzono treści nauczania w szkołach ponadgimnazjalnych o aspekty zdrowia psychospołecznego i umiejętności życiowych. Często w literaturze przedmiotu podkreśla się, jak ważne było ujęcie tych treści w podstawie programowej, ponieważ dla młodzieży w tej fazie rozwoju prawidłowe relacje społeczne są niezwykle istotne (Wolny 2008).

Zmiany systemowe pokazują, że bardzo duża odpowiedzialność za edukację zdrowotną spoczywa właśnie na szkole. Zwłaszcza obecnie, kiedy mowa o tym w ustawach i podstawach programowych. Zadaniem nauczycieli jest nie tylko pomoc w ukształtowaniu postaw uczniów, ale także w zrozumieniu wartości, które mają znaczenie w późniejszych wyborach dotyczących zdrowia. Muszą one ukierunkowywać na odpowiednią ścieżkę i pomóc w ich dokonywaniu. Szkoła ma obowiązek pokazać, że w swojej codziennej działalności wspiera wartości, które promuje. Są za to odpowiedzialni wszyscy pracownicy szkoły, którzy powinni tworzyć właściwą atmosferę i warunki sprzyjające zdrowiu (Kulik 1997). To wszystko nie oznacza, że należy wyłączyć rodzinę z tego procesu. Odwrotnie, trzeba ją umiejętnie włączyć i razem realizować założone cele.

Cel pracy

Niniejsza praca stanowi próbę przedstawienia opinii uczniów losowo wybranych liceów i ich nauczycieli wychowania fizycznego na temat roli i miejsca edukacji zdrowotnej w programie nauczania kształcenia ogólnego na IV etapie edukacji. Na potrzeby niniejszego opracowania sformułowano następujące problemy badawcze:

- Czy zdaniem badanej grupy chłopców i dziewcząt zajęcia z edukacji zdrowotnej są istotnym elementem kształcenia w edukacji ponadgimnazjalnej?
- Jak badana grupa uczniów ocenia poziom wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych realizowanej w szkole?
- Kto według badanej grupy dziewcząt i chłopców powinien być w największym stopniu kreatorem realizacji zadań edukacji zdrowotnej?
- Kto według badanej grupy nauczycieli wychowania fizycznego powinien być w największym stopniu kreatorem realizacji zadań z edukacji zdrowotnej w szkole?
- Jaka jest samoocena poziomu wiedzy dotyczącej założeń podstawy programowej w zakresie edukacji zdrowotnej wśród badanej grupy nauczycieli wychowania fizycznego?

Metodologia badań

Analiza wyników badań empirycznych miała na celu podjęcie próby odpowiedzi na wyżej postawione pytania badawcze. Materiał badań zebrano na podstawie opinii losowo wybranych uczniów (50 dziewcząt i 50 chłopców) oraz celowo

– wszystkich (trzydziestu) nauczycieli wychowania fizycznego nauczających w pięciu łódzkich liceach, z których pochodzą respondenci. Badaną grupę nauczycieli rozdzielono na podgrupy ze względu na wiek, płeć oraz staż zawodowy.

W procesie badawczym zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z techniką ankietową, w ramach której posłużono się kwestionariuszem ankiety (z pytaniami zarówno otwartymi, jak i zamkniętymi). Wyniki zostały przedstawione w tabelach prezentujących częstości występowania. Zebrany materiał badawczy poddano analizie badawczej i statystycznej. W obliczeniach posłużono się testem niezależności Chi-kwadrat Pearsona (χ^2) z wartościami odczytywanymi przy poziomie $\alpha = 0,05$.

Wyniki

Problematyka zagadnienia edukacji zdrowotnej w opinii badanych uczniów szkół licealnych

Biorąc pod uwagę fakt, że głównym założeniem edukacji zdrowotnej jest wykształcenie w uczniach prozdrowotnych nawyków i szacunku do zdrowia własnego i innych, wstępnie należało zbadać, jaki jest stosunek młodzieży do zdrowia jako wartości.

Tabela 1. Ponoszenie odpowiedzialności za własne zdrowie w samoocenie badanych uczniów

Poprzez zachowania prozdrowotne mogę decydować o swoim zdrowiu (odpowiedzi)	Wpływ stylu życia na stan zdrowia					
	DZ		CH		RAZEM	
	n	%	n	%	n	%
Tak	41	82	28	56	69	69
Nie	8	16	8	16	16	16
Nie mam zdania	1	2	14	28	15	15
Chi-kwadrat Pearsona	$\chi^2 = 12,66$ $p < 0,05, df = 2$					

Źródło: badania własne.

Zapytano uczniów czy uważają, że każdy z nas może wpływać na swoje zdrowie poprzez odpowiednie zachowania (tabela 1). I tak zdecydowana większość ankietowanych zgadza się ze stwierdzeniem, że każdy z nas ma wpływ na własne zdrowie poprzez zachowania prozdrowotne (69%). Znaczny odsetek uczniów (16%) uważa, że nie możemy kierować własnym zdrowiem. Pozostali (15%) nie mają opinii na ten temat. Dokonując analizy porównawczej pomiędzy dziewczętami a chłopcami, można zaobserwować, że uczennice liceum znacznie

częściej twierdzą, że nasze postępowanie warunkuje utrzymanie zdrowia (82%). U chłopców ponad połowa zgadza się z taką opinią (56%), ale też znaczna część nie ma opinii na ten temat (28%). Taki sam odsetek w przypadku obu płci (16%) nie wyraża swojego zdania w tym zakresie. Analiza statystyczna dokonana za pomocą testu chi-kwadrat Pearsona wykazuje istotnie statystyczną zależność pomiędzy badanymi zmiennymi (tabela 1: $\chi^2 = 12,66$).

Zawarte w tabeli 2 dane dotyczą opinii badanej grupy uczniów na temat znaczenia edukacji zdrowotnej w kształceniu ponadgimnazjalnym. Zapytano, czy uważają, że zajęcia z edukacji zdrowotnej są istotnym elementem kształcenia w edukacji na tym etapie.

Tabela 2. Znaczenie edukacji zdrowotnej w kształceniu ponadgimnazjalnym w opinii badanych uczniów

Zajęcia z edukacji zdrowotnej są istotnym elementem kształcenia (odpowiedzi)	Znaczenie edukacji zdrowotnej w opinii uczniów					
	DZ		CH		RAZEM	
	n	%	n	%	n	%
TAK	35	70	19	38	54	54
NIE	15	30	31	62	46	46
Chi-kwadrat Pearsona	$\chi^2 = 10,3$ $p < 0,05, df = 1$					

Źródło: badania własne.

Nieznaczna większość badanej grupy odpowiedziała, że zajęcia z edukacji zdrowotnej są ważne (54%), pozostali stwierdzili, że nie (46%). Różnice w opiniach chłopców i dziewcząt są jednak znaczące. Zdecydowana większość badanych płci żeńskiej odpowiedziała, że istnieje potrzeba przeprowadzania zajęć edukacji zdrowotnej (70%), natomiast chłopcy częściej uznawali, że takiej potrzeby nie ma (62%). Analiza statystyczna wykazała, że nie ma istotnej statystycznie zależności pomiędzy płcią badanej grupy uczniów a ich opinią na temat znaczenia edukacji zdrowotnej w kształceniu (tabela 2: $\chi^2 = 10,3$).

Kolejne pytanie dotyczyło oceny badanej grupy uczniów na temat tego, jak często poruszane są treści z zakresu edukacji zdrowotnej na lekcjach wychowania fizycznego. Analiza wyników miała na celu obserwację sytuacji prowadzenia tego bloku tematycznego zgodnie z podstawą programową kształcenia ogólnego. Dane dotyczące tego zagadnienia przedstawiono w tabeli 3. Wynika z nich, że największy odsetek badanej grupy uczniów przyznaje, że nauczycielowi wychowania fizycznego zdarza się omawiać treści związane z edukacją zdrowotną (52%). Niepokojący jest fakt, że znaczna część tej grupy odpowiedziała, że nigdy na lekcjach te treści się nie pojawiają (32%). Niewielu respondentów twierdzi, że nauczycielowi wychowania fizycznego często zdarza się poruszać kwestie zdrowotne (11%), jednak najmniejszy odsetek stanowią ci, którzy uważają, że jest to bardzo częste zjawisko (5%). Bardziej krytyczne w ocenie tej sytuacji są zdecydowanie dziewczęta. Odpowiadały one najczęściej, że temat edukacji zdrowotnej nie pojawia się nigdy (48%) lub też że zdarza się rzadko (40%). Tylko niewiele z nich twierdzi, że nauczyciel

rozmawia z nimi na temat zdrowia często (10%) albo bardzo często (2%). Chłopcy natomiast w zdecydowanej większości odpowiedzieli, że zdarza się nauczycielowi omawiać tematy z zakresu edukacji zdrowotnej na lekcjach wychowania fizycznego (64%). To, że nigdy się to nie zdarza, przyznaje znacznie mniejszy odsetek respondentów aniżeli pośród respondentek (16%). Chłopcy częściej niż dziewczęta uważają, że edukacja zdrowotna pojawia się na lekcjach wychowania fizycznego często (12%) i bardzo często (8%). Różnice w tym zakresie między grupą dziewcząt i chłopców są zmiennymi istotnymi statystycznie (tabela 3: $\chi^2 = 12,66$).

Tabela 3. Edukacja zdrowotna na lekcjach wychowania fizycznego w opinii badanych uczniów

Nauczyciel wychowania fizycznego porusza na lekcji kwestie edukacji zdrowotnej (odpowiedzi)	Częstotliwość poruszania kwestii zdrowotnych na lekcjach wychowania fizycznego					
	DZ		CH		RAZEM	
	n	%	n	%	n	%
Nigdy	24	48	8	16	32	32
Zdarza się	20	40	32	64	52	52
Często	5	10	6	12	11	11
Bardzo często	1	2	4	8	5	5
Chi-kwadrat Pearsona	$\chi^2 = 12,66$ $p < 0,05, df = 3$					

Źródło: badania własne.

Tabela 4. Ocena badanych uczniów odnośnie poziomu wiedzy o edukacji zdrowotnej przekazywanej w szkole

Wiedzę przekazywaną w szkole oceniam (odpowiedzi w skali od 1 do 5):	Ocena uczniów dotycząca wiedzy na temat zdrowia przekazywanej w szkole					
	DZ		CH		RAZEM	
	n	%	n	%	n	%
1 (niedostatecznie)	17	34	3	6	20	20
2 (bardzo słabo)	11	22	12	24	23	23
3 (dostatecznie)	16	32	12	24	28	28
4 (dobrze)	5	10	17	34	22	22
5 (bardzo dobrze)	1	2	6	12	7	7

Źródło: badania własne.

Większość ankietowanych z badanej grupy uczniów odpowiedziała, że edukacja zdrowotna pojawia się na zajęciach wychowania fizycznego, dlatego zapytano ich, jak oceniają poziom dostarczanej wiedzy. Oceny przyznawano w skali 1–5, gdzie 1 była oceną najniższą, natomiast 5 – oceną najwyższą. Dane w tym zakresie zostały zaprezentowane w tabeli 4. Po raz kolejny największy odsetek dziewcząt dokonał oceny negatywnej, najniższej (34%). Podobny odsetek respondentek ocenił poziom dostarczanej wiedzy jako dostateczny (32%), a spora

część uznała, że jest on bardzo słaby (22%). Niewielki odsetek dziewcząt uznał, że należy ocenić przekazywaną przez nauczyciela wiedzę bardzo dobrze (2%). Zupełnie innej oceny dokonywali chłopcy. Ich zdaniem najbardziej odpowiednia ocena to 4 (34%), natomiast tyle samo ankietowanych odpowiedziało, że wiedza przekazywana w szkole jest bardzo słaba i dostateczna (24%). Spora część w tej grupie badanych wystawiła ocenę bardzo dobrą (12%), a najrzadziej oceniano poziom wiedzy na temat edukacji zdrowotnej przekazywanej na lekcjach wychowania fizycznego jako niedostateczny (6%).

Tabela 5. Kreator edukacji zdrowotnej w opinii uczniów

Kreatorem edukacji zdrowotnej w największym stopniu powinien być (odpowiedzi)	Osoby realizujące zadania z zakresu edukacji zdrowotnej					
	DZ		CH		RAZEM	
	n	%	n	%	n	%
Rodzic/opiekun	27	54	15	30	42	42
Wychowawca	1	2	3	6	4	4
Nauczyciel wychowania fizycznego	2	4	5	10	7	7
Specjalista w tej dziedzinie	20	40	26	52	46	46
Inny	0	0	1	2	1	1
Chi-kwadrat Pearsona	$x^2 = 7,49$ $p < 0,05, df = 4$					

Źródło: badania własne.

W tabeli 5 przedstawiono dane dotyczące opinii uczniów na temat tego, kto powinien być w największym stopniu kreatorem edukacji zdrowotnej. Zdaniem badanej grupy dziewcząt edukację zdrowotną powinno się pozostawić rodzicom/opiekunom (54%). Bardzo duży odsetek respondentek uważa, że najlepiej byłoby powierzyć realizację zadań edukacji zdrowotnej specjalistce (40%). Nieznaczna część utożsamia nauczyciela wychowania fizycznego z propagatorem zdrowia (4%) i bardzo niewiele badanych dziewcząt uznało, że to wychowawca powinien rozmawiać z nimi na temat zachowań prozdrowotnych (2%). Zdaniem chłopców kreatorem edukacji zdrowotnej w największym stopniu powinien być specjalista w tej dziedzinie (52%). Zaskakujące jest to, że wielu ankietowanych odpowiedziało, że to rodzice powinni dostarczać wiedzy potrzebnej do zachowania zdrowia (30%). Chłopcy znacznie częściej niż dziewczęta twierdzą, że zadaniem nauczyciela wychowania fizycznego jest realizacja zadań edukacji zdrowotnej (10%). Rzadko opiniowano, że powinien się tym zająć wychowawca klasy (6%). Analiza statystyczna wykazała, że zależność między badanymi zmiennymi jest istotna statystycznie (tabela 5: $x^2 = 7,49$).

W procesie kształcenia niezwykle ważna jest samokontrola i samoocena uczniów w celu uzyskania satysfakcjonujących wyników. Zapytano zatem badaną grupę uczniów o ich odczucia w kwestii świadomości poziomu własnej wiedzy w zakresie zdrowia. Dane przedstawione w tabeli 6 dotyczą samooceny

poziomu wiedzy uczniów na temat edukacji zdrowotnej. Badana grupa respondentów najczęściej odpowiadała, że poziom ich wiedzy jest wystarczająco dobry (46%). Sporo ankietowanych przyznało, że ich wiedza w tym zakresie jest raczej średnia (27%). Duży odsetek uważa, że posiada bardzo dużą wiedzę na temat zdrowia (20%), i nieliczni uznali, że stan ich wiedzy jest słaby (7%). W analizie badawczej można zauważyć jedynie, że w badanej grupie dziewczęta nieznacznie częściej aniżeli chłopcy uważają, że ich poziom wiedzy jest bardzo dobry (odpowiednio: 26% i 14%) – nie ma istotnych statystycznie zależności między badanymi zmiennymi.

Tabela 6. Samoocena badanych uczniów dotycząca poziomu wiedzy na temat edukacji zdrowotnej

Stopień swojej wiedzy na temat edukacji zdrowotnej oceniam na (odpowiedzi)	Samoocena poziomu własnej wiedzy dotyczącej edukacji zdrowotnej					
	DZ		CH		RAZEM	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo dobry	13	26	7	14	20	20
Wystarczająco dobry	22	44	24	48	46	46
Raczej średni	13	26	14	28	27	27
Słaby	2	4	5	10	7	7
Chi-kwadrat Pearsona	$\chi^2 = 3,21$ $p > 0,05, df = 3$					

Źródło: badania własne.

Problematyka zagadnienia edukacji zdrowotnej w opinii badanych nauczycieli wychowania fizycznego

Podobnie jak w przypadku badanej grupy uczniów wstępnie zapytano badaną grupę nauczycieli wychowania fizycznego, czy uważają, że zdrowie powinno być naczelną wartością społeczną dla każdego człowieka. Dane przedstawione w tabeli 7 wskazują na ich opinię w tym zakresie. Badana grupa w całości wykazuje pozytywną postawę wobec zdrowia jako wartości społecznej – większość odpowiedziała, że zgadza się z tym stwierdzeniem całkowicie (66,7%), spory odsetek – choć z mniejszym przekonaniem – również się zgadza (26,7%). Niewielki procent stanowi brak opinii na ten temat (6,6%). Widoczna jest natomiast różnica pomiędzy opiniami trzech badanych grup, gdzie wraz z wiekiem wzrasta odsetek odpowiedzi pozytywnych (przedział wieku 20–25 lat – 53,8%, przedział wieku 36–50 lat – 71,4%, przedział wieku 51+ – 100%). W przypadku młodszych grup część odpowiedziała, że zdrowie powinno być priorytetem społecznym, jednak postawa tego rodzaju była reprezentowana mniej licznie (przedział wieku 20–25 lat

– 30,8%, przedział wieku 36–50 lat – 28,6%), natomiast tylko w najmłodszej grupie wiekowej pewna część uznała, że nie ma własnego zdania na ten temat (15,4%). Żaden z respondentów nie udzielił odpowiedzi negatywnej.

Tabela 7. Postrzeganie zdrowia jako wartości społecznej przez badanych nauczycieli wychowania fizycznego

Zdrowie jest wartością społeczną (odpowiedzi)	Dbałość o zdrowie jako absolutny priorytet społeczny							
	20–25 lat		36–50 lat		51lat <		RAZEM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Całkowicie się zgadzam	7	53,8	10	71,4	3	100	20	66,7
Zgadzam się	4	30,8	4	28,6	0	0	8	26,7
Nie zgadzam się	0	0	0	0	0	0	0	0
Nie mam zdania	2	15,4	0	0	0	0	2	6,6

Źródło: badania własne.

Tabela 8. Znaczenie edukacji zdrowotnej w kształceniu ponadgimnazjalnym w opinii badanych nauczycieli wychowania fizycznego

Istnieje potrzeba przeprowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej (odpowiedzi)	Znaczenie edukacji zdrowotnej w kształceniu ponadgimnazjalnym					
	K		M		RAZEM	
	n	%	n	%	n	%
Tak	10	83,3	8	44,4	18	60
Raczej tak	2	16,7	10	55,6	12	40
Nie	0	0	0	0	0	0
Raczej nie	0	0	0	0	0	0

Źródło: badania własne.

Aby zdiagnozować, jaki jest stosunek badanej grupy nauczycieli wychowania fizycznego do zagadnienia edukacji zdrowotnej w systemie szkolnym, zapytano kobiety i mężczyzn z tej grupy, czy uważają edukację zdrowotną za istotny element kształcenia ponadgimnazjalnego (tabela 8). Na pytanie: „Czy należy przeprowadzać zajęcia z edukacji zdrowotnej?” wszyscy odpowiedzieli twierdząco. Zdecydowana większość badanej grupy zdecydowanie uznała, że zajęcia te są potrzebne (60%), pozostała część ankietowanych uznała, że raczej istnieje taka konieczność (40%). Stanowczo zdecydowane w swojej opinii częściej były kobiety (83,3%), a tylko niewielka część z nich raczej zgadzała się z opinią na temat konieczności prowadzenia edukacji zdrowotnej (16,7%). U mężczyzn przeważała opinia mniej zdecydowana (55,6%), natomiast znaczny odsetek tej grupy stwierdza, że edukacja zdrowotna na pewno jest istotnym elementem kształcenia (44,4%). Żaden z badanych nie udzielił odpowiedzi negatywnej.

W tabeli 9 zapisano wartości dotyczące odpowiedzi badanej grupy nauczycieli wychowania fizycznego na pytanie: „Kto powinien być w największym stopniu kreatorem edukacji zdrowotnej w szkole?”. W analizie wyróżniono trzy grupy wiekowe, gdzie najmłodsza z nich (20–35 lat) w największym stopniu uznała, że główna rola w zakresie szerzenia edukacji o zdrowiu przypada nauczycielowi wychowania fizycznego (84,6%). Pozostali odpowiedzieli, że kreatorami edukacji zdrowotnej powinni być głównie rodzice (15,4%). Żaden spośród ankietowanych z najmłodszej grupy wiekowej nie uznał, że realizacją edukacji zdrowotnej powinien zająć się wychowawca klasy, nauczyciel biologii czy specjalista w tej dziedzinie. Badani ze średniej grupy wiekowej najliczniej uznali, że to rodzice powinni być propagatorami zdrowego stylu życia swoich dzieci (57,1%), dość duży odsetek odpowiedzi stanowiło przypisywanie tej roli nauczycielowi wychowania fizycznego (35,7%), a pozostali respondenci owej grupy uważają, że powinien być to wychowawca klasy (7,1%). Nikt nie wskazał w tym kontekście na nauczyciela biologii oraz specjalistę. W ostatniej grupie wiekowej ankietowani funkcję kreatora edukacji zdrowotnej najliczniej przypisują nauczycielowi biologii (66,7%), a także w sporej części rodzicom i opiekunom (33,3%). Co ciekawe, żaden z ankietowanych nie uznał, że rola propagatora w tym zakresie powinna przypadać nauczycielowi wychowania fizycznego. Nie pojawiły się także opinie na temat prowadzenia edukacji zdrowotnej przez wychowawcę klasy oraz specjalistę. Analiza statystyczna wskazuje na istotną statystycznie zależność pomiędzy badanymi zmiennymi (tabela 9: $\chi^2 = 27,15$).

Tabela 9. Kreator edukacji zdrowotnej w opinii badanych nauczycieli wychowania fizycznego

Kreatorem edukacji zdrowotnej w największym stopniu powinien być (odpowiedzi)	Osoby realizujące zadania z zakresu edukacji zdrowotnej (wiek)							
	35 lat		36–50 lat		51 lat <		RAZEM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rodzic/opiekun	2	15,4	8	57,1	1	33,3	11	36,6
Wychowawca klasy	0	0	1	7,1	0	0	1	3,3
Nauczyciel wychowania fizycznego	11	84,6	5	35,7	0	0	16	53,3
Nauczyciel biologii	0	0	0	0	2	66,7	2	6,6
Specjalista	0	0	0	0	0	0	0	0
Chi-kwadrat Pearsona	$\chi^2 = 27,15$ $p < 0,05$ df = 8							

Źródło: badania własne.

Tabela 10. Samoocena badanych nauczycieli wychowania fizycznego dotycząca znajomości podstawy programowej kształcenia ogólnego

Znajomość podstawy programowej (odpowiedzi)	Samoocena znajomości podstawy programowej nauczycieli							
	Staż 0–10 lat		Staż 11–20 lat		Staż 21 lat <		RAZEM	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Tak, zapoznałam/zapoznałem się z rozporządzeniem MEN	8	72,7	10	71,4	3	60	21	70
Znam podstawowe zasady, ale nie pamiętam szczegółów	3	27,3	2	14,3	0	0	5	16,7
Raczej nie, ale słyszałam/słyszałem, że ma swoje miejsce w programie	0	0	2	14,3	2	40	4	13,3
Nie, ponieważ w naszej szkole inny nauczyciel odpowiada za edukację zdrowotną	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: badania własne.

Edukacja zdrowotna ma swoje miejsce w podstawie programowej kształcenia ogólnego jako blok tematyczny wychowania fizycznego, dlatego zapytano badaną grupę nauczycieli o to, czy znają zapisy tej podstawy w tym zakresie. Tym razem podzielono respondentów na trzy grupy pod względem długości stażu pracy w zawodzie nauczyciela wychowania fizycznego (tabela 10). W grupie najmłodszej (0–10 lat) stażem najwięcej ankietowanych uznało, że zna podstawę programową w zakresie edukacji zdrowotnej (72,7%), pozostała część tej grupy stwierdziła, że zna ją w pewnym stopniu (27,3%). Żaden z badanych nie przyznał się do nieznajomości treści programowej kształcenia ogólnego. Nauczyciele z grupy średniej stażem w podobnym procencie zdecydowali, że znają rozporządzenie MEN (71,4%), istotny odsetek zna tylko podstawowe zasady tego rozporządzenia (14,3%) i w takim samym stopniu nauczyciele przyznają się do braku wiedzy na ten temat (14,3%). Ostatnią grupę respondentów stanowią nauczyciele ze stażem zawodowym powyżej 21 lat. Ponad połowa z nich oceniła swoją wiedzę na temat podstawy programowej pozytywnie (60%), jednak najczęściej ze wszystkich grup przyznawali się oni do nieznajomości zakresu kształcenia z edukacji zdrowotnej (40%). Żaden z respondentów spośród całej grupy badanych nauczycieli nie stwierdził, że nie zna podstawy programowej, ponieważ inny nauczyciel odpowiada za jej realizację.

Edukacja zdrowotna często stanowi przedmiot dyskusji reformatatorów na tle całości programu nauczania na poszczególnych etapach edukacji. Ważnym głosem w tej dyskusji powinien być głos nauczyciela wychowania fizycznego, któremu powierza się realizację zadań w tym zakresie w systemie szkolnym. Dlatego zapytano badaną grupę nauczycieli z różnym stażem zawodowym, czy uważają, że obecny program edukacji zdrowotnej powinien ulec zmianie, czy też nie

(tabela 11). Analiza wskazuje, że grupa nauczycieli z najmniejszym stażem zawodowym jako jedyna twierdzi, że zmiany w zakresie programu edukacji zdrowotnej są potrzebne (72%). Tylko niewielki odsetek sądzi, że zmiany nie są konieczne (18,2%), a pozostali nie wyrazili swojego stanowiska w tej sprawie (9,1%). Grupa ze średnim doświadczeniem zawodowym w większości uznała, że program edukacji zdrowotnej powinien pozostać bez zmian (57,1%), jednak spora część z nich stwierdziła, że nie ma zdania na ten temat (42,9%). Nauczyciele pracujący najdłużej w swoim zawodzie w zdecydowanej większości nie chcą zmian systemowych (80%), a niewielki odsetek osób z tej grupy nie wyraził swojej opinii w tej kwestii (20%). Wyniki poddano analizie statystycznej, która wskazuje na istotną statystycznie zależność pomiędzy badanymi zmiennymi (tabela 11: $\chi^2 = 19,98$).

Tabela 11. Potrzeba zmian programu edukacji zdrowotnej w opinii badanych nauczycieli wychowania fizycznego

Zmiany są potrzebne (odpowiedzi)	Potrzeba zmian programu edukacji zdrowotnej							
	Staż 0–10 lat		Staż 11–20 lat		Staż 21 lat <		RAZEM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	8	72,7	0	0	0	0	8	26,7
Nie	2	18,2	8	57,1	4	80	14	46,6
Nie mam zdania	1	9,1	6	42,9	1	20	8	26,7
Chi-kwadrat Pearsona	$\chi^2 = 19,98$ $p < 0,05$ df = 4							

Źródło: badania własne.

Wnioski

Trudno się nie zgodzić z tym, że zdrowie jest najważniejszą wartością w życiu człowieka. W dobie rozwoju techniki i motoryzacji, a także nasilających się chorób cywilizacyjnych należy szczególnie zwrócić uwagę na potrzebę jego pielęgnacji. W Polsce duża część społeczeństwa wykazuje złe nawyki żywieniowe, nie odpoczywa w odpowiedni sposób, a także rzadko poddaje się kontrolom lekarskim. Ciężko jest jednak wpłynąć na ludzi dorosłych, już w pełni ukształtowanych osobowościowo, dlatego proces przekazywania wartości co do zdrowia powinien rozpocząć się już od najmłodszych lat i trwać przez całą edukację. Choć w kształtowaniu nawyków wiele zależy od postawy rodziców, to szkolne wychowanie ma równie duże znaczenie. Problem ten jednak od zawsze jest marginalizowany. O teorii zdrowia mówi się wiele na lekcjach biologii czy przyrody, które uważane są za przedmioty istotne. Natomiast wychowanie fizyczne, które ma bezpośredni wpływ na stan dobrego samopoczucia, w opinii publicznej jest odbierane jako mało znaczące. Trudno jest zatem wprowadzać zmiany, kiedy społeczeństwo nie

do końca dostrzega istotną rolę nauczycieli wychowania fizycznego w propagowaniu zdrowego stylu życia ani nie prowadzi profilaktyki w trosce o zdrowie.

Przedmiotem rozważań niniejszej pracy był problem edukacji zdrowotnej, który w polskim systemie edukacji ma nadal niewielkie znaczenie. Celem badań było sprawdzenie opinii grup docelowych na temat tych zajęć w szkole, czyli uczniów oraz nauczycieli wychowania fizycznego. Analiza pokazuje, że zdecydowana większość nauczycieli wychowania fizycznego przyznaje, że zna zasady dotyczące przeprowadzania edukacji zdrowotnej wynikające z podstawy programowej. Tym samym są świadomi tego, że to na ich barkach spoczywa odpowiedzialność za realizację tego bloku. Jednak zdaniem badanych uczniów na lekcjach wychowania fizycznego tematy związane ze zdrowiem poruszane są rzadko lub też wcale. To dowodzi, że edukacja zdrowotna ma swoje miejsce w podstawie programowej kształcenia ogólnego, jednak nie przekłada się to na programy nauczania badanych szkół licealnych. Badania wskazują, że istnieje istotna zależność między płcią badanych a ich stosunkiem do konieczności przeprowadzania zajęć z edukacji zdrowotnej. W przypadku uczniów dziewczęta uważają, że edukacja zdrowotna jest istotnym elementem kształcenia na IV etapie edukacji, natomiast chłopcy sądzą, że nie. Podobnie sytuacja przedstawia się u badanych nauczycieli wychowania fizycznego. Choć wszyscy udzielili odpowiedzi pozytywnych, to kobiety jednak są bardziej przekonane o potrzebie przeprowadzania zajęć z edukacji zdrowotnej aniżeli mężczyźni. Wyniki te pokazują, że zdaniem większości ankietowanych wychowanie zdrowotne odgrywa istotną rolę w systemie szkolnym.

Okazuje się, że mimo przekonania zarówno wychowanków, jak i wychowawców co do wartości zdrowia, a także rozumienia potrzeby przeprowadzania zajęć z edukacji zdrowotnej, nikt nie oczekuje zmian systemowych. Analiza dowodzi, że z punktu widzenia uczniów szkół ponadgimnazjalnych zajęcia te realizowane są rzadko lub też wcale, a ich jakość została przez uczniów oceniona raczej negatywnie. Fakt ten nie powoduje jednak, że badani licealiści chcieliby, aby ta sytuacja uległa zmianie. Jeśli obie grupy są zdania, że mamy wpływ na własne zdrowie, kierując nim poprzez odpowiednie zachowania, ale nie widzą potrzeby modyfikacji programu, to może oznaczać, że kierują nimi pewne obawy. Być może nie wierzą w działanie edukacji z tym zakresie albo też nie chcą podejmować dodatkowych obowiązków. Przedstawione wyniki badań są zbieżne z tymi, które zostały zaprezentowane przez innych badaczy tego problemu, m.in. J. Derbich, J. Nowocienia, M. Czechowskiego, J. Kowalską, A. Gaweł, J. Malanowską, W. Wronę-Wolny, B. Makowską i in.

Edukacja zdrowotna z założenia ma być procesem kształtowania u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia zdrowego środowiska. Choć badana grupa uczniów oceniła swoją wiedzę dotyczącą zdrowia jako wystarczająco dobrą, to można zauważyć, że młodzi ludzie, którzy kończą edukację ustawiczną i właśnie wkraczają w dorosłe życie, nie posiadają jeszcze kompetencji pozwalających na budowanie pozytywnego obrazu świata w zakresie zdrowia i – jak wynika z badań – nie do końca są gotowi na racjonalną ocenę systemu realizacji edukacji zdrowotnej, a także na propozycję zmian w tym zakresie.

Literatura

- Demel M., *O wychowaniu zdrowotnym*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1968.
- Derbich J., Nowocień J., *Warsztaty pedagogiczne dla nauczycieli inspiracją edukacji zdrowotnej*, [w:] K. Baranowicz (red.), *Pedagogika alternatywna: dylematy praktyki*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2000.
- Gaweł A., *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
- Kulik T.B., *Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole*, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej, Stalowa Wola 1997.
- Malanowska J., *Ewolucyjne spojrzenie na ścieżkę prozdrowotną w oparciu o badania nauczycieli przeprowadzone w latach 1999, 2002, 2004*, DODN we Wrocławiu, EZiPZwSz, z. 9, 2005.
- MEN, *Podstawa Programowa Kształcenia Ogólnego dla gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych, których ukończenie umożliwia uzyskanie świadectwa dojrzałości po zdaniu egzaminu maturalnego*, Warszawa 2008, Załącznik nr 4, www.men.gov.pl, http://www.bip.men.gov.pl/men_bip/akty_prawne/rozporzadzenie_20081223_zal_4.pdf.
- Wolny B., *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla nauczycieli realizujących edukację prozdrowotną*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego im. Jana Pawła II Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie, Stalowa Wola 2008.
- Wrona-Wolny W., Makowska B., Jawień B. (red.), *Nauczyciel w edukacji zdrowotnej*, t. I i II, Kraków 2002.
- Woynarowska B., *Historia edukacji zdrowotnej w podstawach programowych kształcenia ogólnego 1997–2009*, [w:] T. Frołowicz, T. Lisicki (red.), *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa społeczna i humanistyczna*, t. III, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk 2009.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.